

**UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”  
HUÁNUCO**



**FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

---

---

**TIEMPO PARA UNA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, DE CALIDAD,  
BRINDADA AL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO  
INCONSCIENTE EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST  
ANESTÉSICO DEL HOSPITAL II ESSALUD-HUÁNUCO, 2016**

---

---

**TESISTA: LIC. ENF. GEORGINA SONIA ROSALES FIGUEROA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**HUÁNUCO – PERÚ  
2016**

## **DEDICATORIA**

A mis queridos hijos:  
Paúl, Paola y Grissel  
Motivo de mi inspiración para seguir  
adelante y ponerme al servicio de la  
población.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi asesora de investigación Dra. Marina Llanos Melgarejo, por su dedicación y ayuda para la culminación de este estudio.

A todas aquellas personas que de una u otra forma hicieron posible el desarrollo de la presente investigación.

A todos, muchas gracias.

**La Autora.**

## RESUMEN

El presente trabajo permite determinar el tiempo para una atención de enfermería, de calidad, brindada al paciente post operado inmediato inconsciente.

Se llevó a cabo mediante un estudio descriptivo, y transversal con 108 pacientes post operados inmediatos de ambos sexos en la unidad de recuperación post anestésico del Hospital II EsSalud-Huánuco durante el periodo 2016. El tipo de muestreo fue por conveniencia.

Los resultados y conclusiones obtenidos en cuanto a la valoración de las vías aéreas, monitoreo y valoración de las funciones vitales, el tiempo que la enfermera de unidad de recuperación postanestésia se toma en estas actividades es de un promedio de 4 a 5 minutos, mientras que en la evaluación de Score, es de 2 minutos; en la valoración de la vía periférica se toma 3 minutos; sin embargo en fluidoterapia se obtuvo mayor porcentaje en valores de 5 a 10 minutos. Así también respecto al manejo y control del dolor estuvo entre 5 a 10 minutos, por último en brindar calor local se realizó en un promedio de 5 minutos.

La administración de fármacos, el tiempo que demanda la atención de la administración de antibióticos según prescripción médica y administración de otros fármacos es de 10 a más minutos en 63.9% (69) y 41.7% (45) respectivamente. Respecto a la higiene se observa que la enfermera de la unidad de recuperación post anestesia realiza las siguientes actividades de regular a pésimo: cambio de apósitos, cambio de evacuación de bolsas de drenajes y otros (higiene), ya que se observó porcentajes de 52.8 (57), 68.5 (74) y 31.5 (34) respectivamente con ningún minuto de tiempo de realización.

En las actividades específicas se observa que el 30.6% (33) no realiza movilización de fisioterapia pulmonar en 2 horas, pero valores porcentajes de 25% (27) lo realizaron en 5 minutos, 14.8% (16) en 8 minutos. Sin embargo, el 33.3% (36) recibieron orientación emocional en la unidad de recuperación post anestesia y el 16.7% (18) le realizaron monitoreo de signos de complicación.

## ABSTRACT

The present work allows to determine the time for a nursing care, of quality, given to the immediate postoperative patient unconscious.

A descriptive, cross-sectional study was carried out with 108 immediate post-surgery patients of both sexes in the post-anesthetic recovery unit of Hospital EsSalud-Huánuco during the period 2016. The type of sampling was for convenience.

The results and conclusions obtained regarding airway assessment, monitoring and assessment of vital functions, the time that the nurse of the postanesthetic recovery unit is taken in these activities is an average of 4 to 5 minutes, while in Score evaluation, is 2 minutes; in the evaluation of the peripheral intravenous line takes 3 minutes; however in fluid therapy a higher percentage was obtained in values of 5 to 10 minutes. Also, with regard to the control and control of pain, between 5 and 10 minutes, finally providing local heat was performed in an average of 5 minutes.

Drug administration, the time required for the administration of antibiotics by prescription and the administration of other drugs is 63.9% (69) and 41.7% (45), respectively. About hygiene, it is observed that the nurse of the post anesthesia recovery unit performs the following activities from normal to lousy: the change of the excesses, the change of evacuation of the bags of drains and others (hygiene), since it can be observed the percentages of 52.8 (57), 68.5 (74) and 31.5 (34) respectively without any minute of time of accomplishment.

In the specific activities, 30.6% (33) did not mobilize pulmonary physiotherapy in 2 hours, but 25% (27) did so in 5 minutes, 14.8% (16) in 8 minutes. However, 33.3% (36) received emotional guidance in the post anesthesia recovery unit and 16.7% (18) underwent monitoring of signs of complication.

## INDICE

	<b>Pág.</b>
<b>Dedicatoria</b>	<b>1</b>
<b>Agradecimiento</b>	<b>2</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>

### **CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO**

1.1 Antecedentes de Investigación	8
1.2 Bases Teóricas	11
1.2.1 Definición de Términos Básicos	24
1.3 Objetivos:	
1.3.1 Objetivo General	26
1.3.2 Objetivos Específicos	27
1.4 Hipótesis	28
1.5 Variables	29
1.6 Operacionalización de Variables	29
1.7 Propuesta de Indicadores	33

### **CAPÍTULO II ASPECTOS METODOLÓGICOS**

2.1 Ámbito de estudio	36
2.2 Población	37
2.3 Muestra	37
2.4 Tipo de Estudio	38
2.5 Diseño de Investigación	38
2.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	38
2.7 Procedimientos de recolección de datos	38
2.8 Análisis de Datos	39

**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS**

3.1	Presentación	40
3.2	Discusión	62
	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>65</b>
	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>67</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>68</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>70</b>

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo y se observa el tiempo para una atención de enfermería, de calidad, brindada al paciente post operado inmediato inconsciente en la unidad de recuperación post anestésico del Hospital II EsSalud-Huánuco.

Para el efecto el estudio se divide en tres capítulos y son como siguen:

En el primer capítulo se aborda el Marco teórico donde se consignan los antecedentes, la investigación bibliográfica, la hipótesis, variables, indicadores, objetivos, población y muestra.

En el segundo capítulo se expone el marco metodológico, donde se contemplan el ámbito de estudio, población, muestra, diseño y metodología utilizada.

En el tercer capítulo se presentan los resultados, también se expone la discusión de los resultados.

Posteriormente, se muestran las conclusiones obtenidas en la presente investigación y las recomendaciones del caso.

Finalizamos el trabajo con la presentación de las referencias bibliográficas que orientó el estudio, adjuntando los anexos con la información complementaria.

## **CAPÍTULO I**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN:**

La revisión de investigaciones previas es fundamental ante los resultados y conclusiones obtenidos, los cuales pueden aportar conocimiento al desarrollo de la que se está llevando a cabo; en este sentido, y de acuerdo a la variable Tiempo que demanda una atención de calidad de enfermería en la Unidad de Recuperación, se citan los siguientes:

**MOGOLLÓN, Carmen y PINTO, Zoila** en el estudio descriptivo ***“Comunicación terapéutica en la satisfacción de las necesidades de los enfermos en el postoperatorio inmediato en la unidad de recuperación del Hospital Central de Maracay, Estado Aragua”*** arribo a las siguientes conclusiones:

Que la comunicación terapéutica constituye una herramienta de trabajo realmente significativa para los profesionales de enfermería para ayudar a la satisfacción de las necesidades de los enfermos durante el post-operatorio inmediato en la Unidad de Recuperación del Hospital Central de Maracay, Estado Aragua. Con respecto a la aplicación de los principios de la misma, en la población en estudio existen limitaciones, ya que en el principio de aceptación en un promedio del 50%, cuya diferencia, 50%, reconoce las diferencias personales, valora al enfermo, respeta las creencias personales y toma en cuenta las opiniones del enfermo.

Igual situación se observó en cuanto al principio de interés, sólo el 50% muestra preocupación para establecer la comunicación. En relación al principio de honestidad de los profesionales observados se denotó deficiencia en la receptividad ante las necesidades de los mismos al comunicarse con los enfermos, debido al valor promedio del 40%.

El principio de coherencia se encontraron limitaciones, 40%, al expresarse de manera precisa, con un vocabulario adecuado y expresarse coherentemente con los enfermos. Acerca del principio de asistencia, se observó ser aplicado por el promedio del 50% de los profesionales de enfermería en cuanto a dedicar tiempo y hacer un esfuerzo durante sus actividades para acercarse a los enfermos. Con respecto a la aplicación del principio de comunicación terapéutica Protección, un promedio del 55% lo considera. En relación al principio Permiso, lo aplican de forma satisfactoria, el 65% de los profesionales mediante la solicitud del consentimiento e informar a los enfermos en el post-operatorio inmediato acerca de los procedimientos a realizar.

En las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería en la satisfacción de las necesidades de los enfermos, se distinguió el mayor porcentaje de No lo hizo, 53% en cuanto las biológicas, donde se tomó en cuenta la medición de signos vitales, prepararlos para la higiene personal, orientarlo sobre la necesidad de sueño y descanso, así como de los diferentes cambios de posiciones y movilización, contrario a un solo 47% que lo hace siempre.

En relación a la satisfacción de las necesidades emocionales, de acuerdo a las observaciones el promedio de 63% se ubicó en No por tanto no son satisfechas por la totalidad de los profesionales de enfermería, únicamente un 37% de éstos lo hacen. En la satisfacción de las necesidades sociales, se apreció que un 60% proporcionaban los cuidados especiales e informaban a los familiares del enfermo post-operado dependiente de sus necesidades.

De acuerdo a lo anterior se puede distinguir deficiencias en la aplicación de los principios de la comunicación terapéutica en los profesionales de enfermería así como limitaciones significativas en la satisfacción de las necesidades de los enfermos post-operados.

**FANNY MARACARA DE LA CRUZ**, en el trabajo de investigación ***“Relación que existe entre el cuidado que proporciona la enfermera y la evaluación de desempeño que realiza en el Hospital “Dr. J. Antonio Vargas” I.V.S.S. en Maracay”*** concluye que:

El nivel académico de las/os Enfermeras/os estudiadas, confirma que los Cuidados Proporcionados a los Pacientes hospitalizados son realizados por profesionales, ya que el 72,5% son T.S.U. y el 27,5 son Licenciados.

Las Acciones de Cuidado Proporcionado por las Enfermeras representó una alta ocurrencia con un 45% sin embargo, ante la actividad mencionada existe un nivel de ocurrencia baja 62,5% en el factor Evaluación Formal de igual manera en la Evaluación Formal, se determinó un nivel de ocurrencia bajo en un 100%.

Las Acciones Administrativas determinaron un nivel de ocurrencia alto representado por un 60% no obstante para el Factor Evaluación Formal, en donde predominó una diferencia porcentual baja con un 85,7% del mismo modo la Evaluación Informal presentó una categoría de ocurrencia baja en un 11,1 %.

Los resultados evidencian que existe una relación estadística altamente positiva a un 0,625  $P < 005$  entre los factores Acciones de Cuidado y la Evaluación Formal.

Al análisis de la Evaluación entre las Acciones de Cuidado y la Evaluación Informal correspondiente a la hipótesis N° 2 se obtuvo una correlación de Pearson 0,766 positivo, que parece asegurar la existencia de una asociación significativa.

En la relación de los factores Acciones Administrativas y Evaluación Formal de las Enfermeras se obtuvo como resultado un coeficiente de 0,514 positivo que permite afirmar la existencia de una asociación significativa entre ambos factores.

La Correlación de Pearson en la relación de los factores correspondientes a la Hipótesis Específica N° 4 resultó ser de 0,654 positiva, lo cual indica una asociación significativa entre ambos factores.

El análisis de ambas variables del estudio, presentan un resultado de 0,701 positivo con una moderada significación estadística que indica que existe una asociación directa entre el Cuidado que Proporciona la Enfermera a los Pacientes Hospitalizados y la Evaluación del Desempeño.

## **1.2 BASES TEÓRICAS:**

### **CUIDADO:**

Acto que realiza la enfermera hacia el individuo con necesidades, para mejorar su condición de salud.

Enfermería es una profesión que nace con el hombre, pero la Ciencia más moderna. Por este motivo los Enfermeros, debemos de satisfacer todas las demandas de la salud de los individuos, cubrir todas sus necesidades a lo largo de su vida, y considerar al hombre y a la mujer como seres holísticos y complejos. Esta es la Filosofía que debemos de tomar todos los profesionales, para posicionar a la enfermería en la sociedad actual. Por este motivo los cuidados de enfermería deben ser el eje de nuestra atención, pero ellos deberán de ser prestados a través de una metodología científica y sistematizada, como el Proceso de Atención de Enfermería. Utilizar cada día más los planes de cuidados individuales y ayudar a cada persona de manera diferente, porque no somos iguales y cada uno tiene sus necesidades de atención. Enfermería debe de estar ante todo con el enfermo,

ayudarlo en la batalla contra la enfermedad y con el sano para promocionar su salud.

El objetivo fundamental de su modelo de **Florence de Nightingale**: es conservar la energía vital del paciente, y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actúe sobre él.

Su teoría se centró en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

Ella afirmó: "Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz".

Acción Básica de Salud: "Conservación de la energía vital del paciente a fin de colocarlo en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre el cuerpo".

### **CUIDAR:**

Poner atención y esmero en el paciente, velar, esmerarse mirar por su salud.

**Florence de Nightingale** ya demostró que no era suficiente curar heridas y distribuir medicamentos para lograr que sobrevivieran los enfermos sino que debíamos poner en marcha todo aquello que moviera su energía y su potencial de vida.

Cuidar es actuar sobre el poder de existir, es posibilitar la liberación de las capacidades de cada ser humano para existir, para vivir, cuidar es en definitiva promover la vida.

El CEP es la entidad máxima representativa de la profesión encargada de velar por el ejercicio profesional, la fiel observancia de las normas éticas de la profesión, de promover y desarrollar su progreso científico, tecnológico y cultural a fin de cumplir con la

misión específica de cuidar la salud y la vida de las personas confiadas a su cuidado.

### **CALIDAD:**

Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida.

La Organización Mundial de la Salud, en su constitución, afirma que toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha incluido la calidad de atención como un objetivo del macroproyecto de salud para todos. Define como requisitos de la calidad en salud: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del usuario y el impacto final en la salud de la población.

- Es un atributo que se construye colectivamente, no se impone.
- La Calidad es construida por las personas que están motivadas y participan de un proceso de educación permanente para alcanzar niveles sucesivos de calidad.
- La calidad de atención de salud se centra en el enfoque al cliente, toma como base el trabajo en equipo y se desarrolla a través de la mejora de procesos.
- La calidad busca la satisfacción de los usuarios, de los servicios de salud y de los proveedores de los servicios.

Igualmente el Diccionario Mosby (1999) define calidad como "La asistencia detallada y constante que se presta en circunstancias en que está comprometida la vida del paciente" (p. 114).

Existen varias definiciones acerca de la calidad de la atención: para *Donabedian* es el "cambio en el estado de salud actual y futuro

del paciente que puede atribuirse a la atención precedente en salud", es decir, se refiere a los resultados de la atención y usa una definición amplia de salud que incluye mejoría de las funciones sociales y psicológicas, además del énfasis usual en los aspectos físicos y psicológicos que comprenden también actividades del paciente, conocimientos de salud adquiridos por él y cambios conductuales relacionados con la salud.

Para diversos profesionales de salud la calidad de la atención médica se fundamentará en la realización de un diagnóstico adecuado para cada paciente, disponiendo para ello de los mejores y menos molestos métodos y como consecuencia, la administración de un tratamiento idóneo para restablecer, en lo posible, la salud.<sup>1</sup> *Montiel* considera que la calidad se determina también por la accesibilidad de los servicios, la continuidad y la satisfacción de los pacientes.<sup>5</sup>

En tal sentido la calidad de la atención fue definida como el "grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales".<sup>6</sup> Implícito en las diversas definiciones se encuentran los objetivos de la calidad de la atención en nuestro país como: el buen desempeño profesional; el uso eficiente de los recursos; garantizar el mínimo de daños y lograr la satisfacción del paciente y los familiares.<sup>3</sup>

## **BREVE HISTORIA DE LA CALIDAD**

La calidad en materia de atención médica se está conociendo ampliamente gracias a la influencia de los medios de comunicación y a la respuesta de los consumidores y proveedores a los informes de **Institute of Medicine** sobre la calidad y la seguridad de los pacientes. La industria del cuidado de la salud tiene por lo tanto la oportunidad de reconocer y promover la importancia de la calidad.

Sin embargo, la calidad en la atención médica surgió hace mucho tiempo, con la presencia de dos proveedores de gran influencia: una enfermera de apellido Nightingale y un médico de apellido Codman.

Florencia Nightingale es reconocida a nivel mundial como una enfermera visionaria. Su educación y trabajo en la promoción de la ciencia y el arte de la enfermería distinguió a Nightingale de los demás en cuanto a la calidad del cuidado de la salud y la enfermería. Nightingale desafió a una sociedad autoritaria y dominada por el sexo masculino en Inglaterra para modificar las prácticas del cuidado de la salud durante la guerra de Crimea. Su influencia ayudó a salvar miles de vidas y cambió para siempre las prácticas del cuidado de la salud. La higiene básica y el estricto apego a la disminución de la propagación de organismos infecciosos, aunado al análisis estadístico y a la presentación gráfica de las causas de muerte, otorgaron evidencias científicas a la enfermería y un aspecto distintivo a la atención de calidad. Ese trabajo le retribuyó a Nightingale un lugar en la historia y permitió que la atención de calidad estuviera a la vanguardia de la ciencia de la enfermería.

Al mismo tiempo que el trabajo de Nightingale acerca de la calidad del cuidado de la salud y la enfermería comenzó a alcanzar su clímax, se dio a conocer el trabajo del médico Earnest Codman. En 1914, Codman solicitó una recopilación y análisis de resultados quirúrgicos. Consideraba que el estudio de lo que sucedía a un paciente permitiría crear mejores procesos y prácticas. Codman cargaba una tarjeta de bolsillo a la que llamaba tarjeta de resultados finales, en la que registraba el número de caso de cada paciente, el diagnóstico preoperatorio, el nombre de los integrantes del equipo quirúrgico, los procedimientos y los resultados. Utilizaba las tarjetas para estudiar los resultados, que fueron la base de una

mejora en la calidad. Alentó a sus compañeros a que hicieran lo mismo; sin embargo, las avanzadas ideas de Codman no fueron escuchadas y la sociedad médica local le quitó la presidencia. A pesar del resultado inesperado y negativo, había plantado la semilla que ayudó a fundar el **American College of Surgeons** (Codman, 1934).

Nightingale y Codman fueron visionarios en la búsqueda de calidad en la atención médica. Por desgracia, sus contemporáneos no aceptaron sus ideas. Sin embargo, su trabajo les retribuyó un lugar en la historia e inició la práctica de la calidad que aún sigue evolucionando. Actualmente, el monitoreo de los resultados de los pacientes es importante ya que los consumidores y compradores de servicios de salud comienzan a demandar pruebas de los resultados de los servicios proporcionados. Por ejemplo, un grupo dirigido por consumidores de las compañías de Fortune 500 creó el grupo Leapfrog, cuyos lineamientos exigen evidencias de prácticas seguras y de calidad antes de adquirir contratos de atención médica para sus empleados. El pago de servicios por parte de grandes empresarios está teniendo gran impacto en el hecho de probar la existencia de altos niveles de calidad en las instalaciones de atención médica de casos agudos.

Además, las expectativas de las agencias de acreditación, organizaciones voluntarias de atención médica y agencias reguladoras locales, estatales y nacionales han fomentado un enfoque en el que se demandan evidencias de mejora de la calidad de las instalaciones de atención médica de casos agudos. Algunas de estas organizaciones son **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations**, **Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)** y **American Hospital Association**. Estos grupos presentan cada año recomendaciones relacionadas con mejores prácticas y los practicantes del cuidado de la salud

son evaluados utilizando criterios para poblaciones de pacientes específicas. Por ejemplo, los principales criterios incluyen recomendaciones de prácticas para pacientes internos con ataques al corazón, infarto agudo de miocardio y neumonía comunitaria adquirida. Las organizaciones de atención médica del país esperan recopilar y brindar información que demuestre que las prácticas basadas en evidencias están promoviendo un mayor apego a los procesos de calidad en torno al cuidado de la salud.

En retrospectiva, dos pioneros en enfermería y medicina iniciaron la integración de procesos de calidad en relación al suministro de la atención médica. Nightingale y Codman revelaron la importancia de la atención médica de calidad y los consumidores actuales de servicios de salud demandan que el trabajo que ellos iniciaron hace un siglo continúe y se expanda, y que la calidad ocupe un lugar importante en la prestación de servicios de atención médica.

El sitio en Internet TexasHealth.org contiene enlaces a otros sitios de Internet ("Sitios vinculados"). Los enlaces son estrictamente para propósitos informativos y su buen uso es determinado a juicio del Grupo de trabajo de Internet de TexasHealth.org. Los sitios vinculados no son controlados por Texas Health Resources, y Texas Health Resources no es responsable del contenido de ningún sitio vinculado que no controle, incluyendo ilimitadamente cualquier enlace contenido en el sitio vinculado, o cualquier cambio o actualización al sitio vinculado. Texas Health Resources no es responsable de la transmisión en la red ni de cualquier otra forma de transmisión recibida desde cualquier sitio vinculado. Texas Health Resources ofrece estos enlaces únicamente para su comodidad, y la incorporación de cualquier enlace no implica la aprobación de Texas Health Resources del sitio ni de cualquier asociación con sus operadores.

Texas Health Resources reevalúa anualmente todos los sitios Web externos de estos enlaces relacionados con la salud

## **COMO ABORDAR LA EVALUACION DE LA CALIDAD**

El estado actual y resultado final de la atención con consecuencia de interacciones diferentes: genéticas, ambientales, conductuales y práctica médica. Por la influencia que ejerce en los resultados, las diversas características del paciente, su estructura familiar, así como circunstancias de la sociedad y factores ambientales, no pueden atribuirse directamente a la atención médica que reciben los pacientes.<sup>7</sup>

Coincidiendo con lo expuesto, otros autores definen la evaluación de la calidad de atención como un proceso comparativo entre los resultados obtenidos y los objetivos propuestos, con el fin de promover el perfeccionamiento.<sup>5</sup>

Experiencia de un método de control sistemático es el "Sistema de Auditoría Médica Hospitalaria",<sup>2</sup> donde se valora a través de los registros en las historias clínicas, mediante instructivo elaborado al efecto. Los autores afirman la necesidad que los especialistas deben ser seleccionados entre los de más experiencia y nivel científico-técnico, requisitos que se imparten por la Facultad de Salud Pública y que coinciden con lo expuesto por la enfermera *Montiel*.<sup>3,5</sup> La evaluación de los resultados se reconoce como de gran importancia en las evaluaciones de la atención médica, así como para la definición de la política de salud.<sup>7</sup>

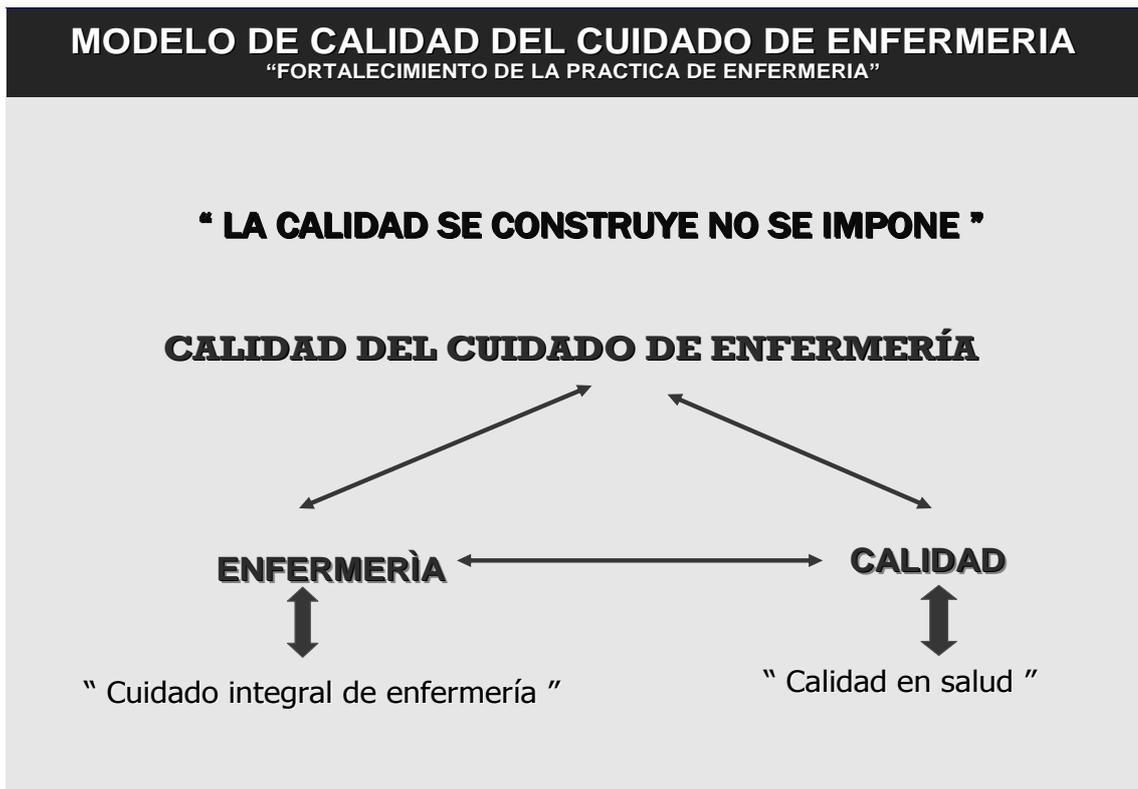
En diferentes países, desde sus inicios uno de los problemas que se planteaba en todos los programas era el método de análisis. Desde 1966 *Donabedian* propuso la clasificación para el *control* de la calidad en 3 grupos:

- Métodos de análisis de Estructura
- Métodos de análisis del Proceso
- Métodos de análisis de los Resultados

Sobre la evaluación de la calidad se requiere, de indicadores específicos por áreas técnicas o administrativas con énfasis en el desarrollo de las unidades de salud y la atención a los problemas prioritarios.<sup>8</sup>

### **CUIDADO DE CALIDAD DE ENFERMERÍA:**

“Es un servicio que la enfermera ofrece a las personas desde el nacimiento hasta la muerte durante los periodos de salud y enfermedad para satisfacer sus necesidades relacionadas con las experiencias o vivencias de su salud a fin de lograr su independencia total para promover su salud. La entrega del servicio se hace de persona a persona utilizando el método científico, sin embargo para la entrega es imprescindible entablar una interacción humana con el usuario de manera positiva capaz de generar confianza y empatía y que la persona asistida participe activamente en el cuidado de su salud y se empodere de un saber que le permita cuidarse así mismo”



## **HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE CALIDAD DE ENFERMERÍA:**

### **A. ELEMENTOS DEL MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA:**

- 1.- Interacción enfermero –usuario
- 2.- Uso del Método Científico
- 3.- Naturaleza del Cuidado
- 4.- Organización del servicio centrado en el usuario.

### **B. ELEMENTOS DEL MODELO CONCEPTUAL DE CALIDAD:**

1. Buena Relación enfermera usuario
2. Uso de la información para la toma de decisiones
3. Buena competencia técnica
4. Buena Organización del servicio

## **CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA:**

### **ENFERMERÍA:**

“Es un servicio que la enfermera ofrece a las personas desde el nacimiento hasta la muerte durante los periodos de salud y enfermedad para satisfacer sus necesidades relacionadas con las experiencias o vivencias de su salud a fin de lograr su independencia total para promover su salud. La entrega del servicio se hace de persona a persona utilizando el método científico, sin embargo para la entrega es imprescindible entablar una interacción humana con el usuario de manera positiva capaz de generar confianza y empatía y que la persona asistida participe activamente en el cuidado de su salud y se empodere de un saber que le permita cuidarse así mismo”

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POST OPERADO INMEDIATO:**

En cuanto a los cuidados especiales al ayudar en la satisfacción de las necesidades biológicas de los enfermos, Auccasi, M. (1998), los clasifica atendiendo a la complejidad de las cirugías: **Cirugías Menor:** Con manejo anestesiológico locales, **Cirugías Intermedias:** Anestesia de tiempo prolongado de una (01) hora. Y **Cirugías Mayores:** Anestesia de tiempo prolongado mayor de una (01) hora y el compromiso quirúrgico al organismo es frontal.

De igual manera, el mismo autor refiere otra clasificación por categoría:

**Paciente Categoría I.** Comprende a los pacientes cuya complejidad quirúrgica no compromete frontalmente los parámetros vitales, la conciencia, el sensorio y la capacidad de protección. Ejemplo: Cura Quirúrgica de hernia, Hemorroidectomía, apendicetomía y fijación externa de fracturas. Las acciones de enfermería se basan en implementar un plan de cuidados de enfermería individualizados, así como el control y monitorización de funciones vitales cada 15 minutos hasta que se estabilice, luego cada 2 horas.

**Paciente Categoría II.** Estos pacientes presentan compromiso sensible lo expuesto anteriormente. Ejemplo: Laparotomía Exploratorias, Histerectomías, Prostatectomías, Gastrectomías, Colectomías, Reducción + Osteosíntesis de Fracturas, exploraciones vasculares, Toracotomías, etc. La intervención de enfermería está referida a implementar un plan de cuidados de enfermería individualizados en enfermos, al igual la monitorización de las funciones vitales cada 15 minutos por 1 hora, luego en forma horaria hasta que se estabilice, luego cada 2 horas.

**Paciente Categoría III.** Presentan un compromiso serio de la salud y procedimiento quirúrgico amplio. Ejemplo: Cambio de válvulas cardiacas, Prótesis Total de Cadera, todas las cirugías de alto riesgo complicadas o graves. En estos enfermos las funciones vitales deben ser monitorizadas cada 5 – 10 minutos por 1 hora, luego cada 15 minutos por 1 hora; continuando luego cada 30 minutos por 1 hora y posteriormente en forma horaria. (p.45).

Independientemente de su categoría, Aucassi, M. (1998) indica que existen cuidados comunes que se llevan a cabo durante ambos períodos, los cuales satisfacen sus necesidades biológicas de eliminación, oxígeno e hidratación, entre ellos destaca:

- Mantener vías aéreas permeables y adoptar una posición optima en pacientes quirúrgicos en el postoperatorio inmediato.
- Monitoreo de drenajes, tubos y catéteres, de secreciones, cantidad, color, olor por turnos en hoja de control del Servicio de Recuperación.
- Preparar y revisar el funcionamiento de todos los equipos, set de medicamentos y fuentes de oxígeno.
- Colocar y asegurarse del buen funcionamiento de los dispositivos de monitorización y vigilancia objetiva de las funciones vitales.
- Manejo e intervención de situaciones en las que es necesario efectuar maniobras dirigidas a la reanimación cardiorrespiratorio del paciente.
- Establecer una vigilancia estricta de apósitos de la herida operatoria para detectar precozmente la hemorragia quirúrgica.
- Movilización y fisioterapia pulmonar cada 2 horas en pacientes con dependencia II y III.
- Implementar un plan de manejo de dolor postoperatorio y bienestar del paciente

- Todos los eventos clínicos quirúrgicos y de cuidados de Enfermería durante el postoperatorio inmediato deberán registrarse cuidadosamente con carácter de obligatoriedad en los registros de evolución del Servicio de Recuperación. (p.46).

De acuerdo a lo anterior, la fase del post-operatorio inmediato implica una observación continua y una comunicación constante con el enfermo para conocer y ayudarlo en la satisfacción de las necesidades, previendo complicaciones y proporcionándole cuidados de calidad con la finalidad de contribuir con su recuperación lo más pronto posible.

### **1.2.1 DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS:**

#### **TIEMPO:**

- ARISTÓTELES, mencionó que el tiempo es aquello en lo que se producen acontecimientos.
- MEISTER ECKHART, dice que “el tiempo es lo que cambia y se diversifica: la eternidad se mantiene simple”
- MARTIN HEIDEGGER, dice que el tiempo es temporal.
- LAROUSSE, define al tiempo como una duración de los fenómenos, una ocasión de hacer algo.

#### **ATENCIÓN DE CALIDAD:**

La atención de calidad en salud se expresa con el logro de los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para el paciente. Hay que darle calidad en la atención de salud al paciente con el máximo beneficio y el mínimo riesgo.

Una enfermera en la atención de calidad es quien proporciona el cuidado inicial, la reacción del paciente y las complicaciones post operatorias es capaz de sobre salir sin ningún problema a la fase que termina la anestesia general.

## **POST OPERADO INMEDIATO INCONSCIENTE:**

El post-operatorio corresponde al período posterior de la intervención quirúrgica, **Beare, P. y Myers, J.** (1993) indican que "...comienza con la finalización de la cirugía y la admisión del enfermo en la Unidad de Recuperación Postanestésica" (p. 432), su período varía de acuerdo a las condiciones y requerimientos del paciente para recuperarse del estrés de la anestesia y de la intervención quirúrgica propiamente. El postoperatorio se denomina la fase que comprende desde que concluye el acto quirúrgico hasta la recuperación de la salud del enfermo, comprende a su vez en dos etapas: Inmediato y Mediato.

**Brunner, D. y Suddart, D.** lo define (1992), como: "... el traslado del recién operado del quirófano a la Sala de recuperación con atención a la comodidad, seguridad y estado general, para una función óptima" (p.369).

**Beare, P. y Myers, J.** (1993) señalan que "...es durante este período que el enfermo se estabiliza y surgen los efectos anestésicos residuales" (p.432), por lo general tiene una duración de 48 horas. El segundo, corresponde a "... la resolución de las interrupciones y desequilibrios fisiológicos y psicológicos que siguen a la cirugía, a la anestesia y a la curación" (p. 436).

El postoperatorio inmediato, es la fase en que el enfermo que egresa de quirófano hasta la Unidad de Recuperación bajo efecto de la anestesia, la cual dura hasta que los signos vitales permanezcan estables y responde de forma adecuada.

En la Unidad de Recuperación los enfermos que han egresado del acto quirúrgico se encuentran susceptibles, estresados y aún bajo efectos de la anestesia; experimentan dolor físico posterior a la intervención que también les afecta emocionalmente; lo que

caracteriza al enfermo en la unidad de recuperación es el dolor pos-operatorio, el cual genera en él incomodidades y la vulnerabilidad emocional ante su angustia, temor y la sensibilidad de encontrarse desvalido. Como se puede evidenciar el período de recuperación es una fase delicada y traumática, donde requieren sentirse acompañados, atendidos y apoyados emocionalmente.

Bajo esta perspectiva, el paciente quirúrgico en el postoperatorio inmediato de complejidad diversa necesita de controles y cuidados especiales según el tipo de cirugía a que fue sometido y tipo de anestesia empleado que generará una evolución variada.

### **UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTESIA:**

**BRUNNER, D. Y SUDDART** (1992), señala que la Sala de Recuperación es una unidad que se encuentra en el mismo piso de los quirófanos o cerca de ellos, donde los profesionales de enfermería preparados especialmente para cuidar el enfermo post-operado, donde recibirá el mejor cuidado, agregan las autoras además que debe ser un ambiente tranquilo, ordenado y contar con los diferentes equipos, la temperatura debe mantenerse entre 20 °C y 22,2°C, aire fresco pero sin corriente de aire, el paciente permanecerá en la unidad hasta que se ha recuperado de la anestesia y sus signos vitales estabilizados. (p. 365).

### **1.3 OBJETIVOS:**

#### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL:**

Determinar el tiempo preciso que hace uso el Profesional de enfermería en la atención de calidad del paciente post operado inmediato inconsciente, en la unidad de recuperación post anestésico del Hospital II Essalud de Huánuco, periodo abril a junio del 2016.

### 1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer las características sociodemográficas de los pacientes en estudio
- Conocer el tiempo que demanda al profesional de enfermería en los cuidados de enfermería: valoración (de la permeabilidad de las de las vías, de las funciones vitales, de apósitos, drenajes, conexiones de SNG; dren penrose, tubular u otros, y sonda vesical; evaluación de Score, de la vía periférica y fluidoterapia) brindados al paciente post operado inmediato inconsciente en la URPA.
- Conocer el tiempo que demanda al profesional de enfermería los cuidados en la intervención (manejo y control del dolor,) brindados al paciente post operado inmediato inconsciente en la URPA.
- Conocer el tiempo que demanda al profesional de enfermería los cuidados en la administración programada de analgésicos (controlando los efectos secundarios) brindados al paciente post operado inmediato inconsciente en la URPA.
- Conocer el tiempo que demanda al profesional de enfermería los cuidados en brindar calor local brindado al paciente post operado inmediato inconsciente en la URPA.
- Conocer el tiempo que demanda al profesional de enfermería los cuidados en la administración de fármacos (administración de antibióticos según prescripción médica y administración de otros fármacos) brindados al paciente post operado inmediato inconsciente en la URPA.

- Conocer el tiempo que demanda al profesional de enfermería los cuidados en la higiene realizada al paciente post operado inmediato inconsciente en la URPA.
- Conocer el tiempo que demanda al profesional de enfermería los cuidados en realizar la movilización de fisioterapia pulmonar al paciente post operado inmediato inconsciente en la URPA.
- Conocer el porcentaje de pacientes post operados inmediatos inconscientes que reciben orientación emocional por parte del profesional de enfermería asignado a su cuidado en la URPA.
- Conocer el porcentaje de pacientes post operados inmediatos inconscientes a los que se realizaron el monitoreo de sus signos de complicación, por parte del profesional de enfermería asignado a su cuidado en la URPA.
- Globalizar el tiempo que demanda en cada función y actividad de enfermería en el P.O.i inconsciente en la URPA.
- Delimitar el personal profesional necesario a brindar atención en la URPA de acuerdo a la demanda de los pacientes.

#### **1.4 HIPOTESIS:**

- **Hipótesis General:**

**H<sub>0</sub>:** El tiempo que demanda una atención de calidad en el postoperado inmediato inconsciente no es aceptable por parte del profesional de salud en la unidad de recuperación postanestésico.

**H<sub>1</sub>:** El tiempo que demanda una atención de calidad en el postoperado inmediato inconsciente es aceptable por parte

del profesional de salud en la unidad de recuperación postanestésico.

### 1.5 VARIABLES:

#### VARIABLE DEPENDIENTE

Tiempo para una atención de enfermería, de calidad, brindada al paciente post operado inmediato inconsciente.

#### VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

### 1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>				
Tiempo que demanda una atención de calidad de enfermería en el post operado	Tiempo total	Minutos	Tiempo promedio Tiempo máximo Tiempo mínimo	Intervalo
	Valoración	Minutos	Tiempo promedio Tiempo máximo Tiempo mínimo	Intervalo
	Manejo y control del	Minutos	Tiempo promedio	Intervalo

	dolor		Tiempo máximo Tiempo mínimo	
	Administración programada de analgésicos	Minutos	Tiempo promedio Tiempo máximo Tiempo mínimo	Intervalo
	Brindar calor local	Minutos	Tiempo promedio Tiempo máximo Tiempo mínimo	Intervalo
	Administración de antibióticos	Minutos	Tiempo promedio Tiempo máximo Tiempo mínimo	Intervalo
	Higiene realizada al paciente	Minutos	Tiempo promedio Tiempo máximo Tiempo mínimo	Intervalo
	Realizar la movilización de fisioterapia pulmonar	Minutos	Tiempo promedio Tiempo máximo	Intervalo

			Tiempo mínimo	
	Pacientes post operados inmediatos inconscientes que reciben orientación emocional	Porcentaje	Proporción	Intervalo
	Pacientes post operados inmediatos inconscientes a los que se realizaron el monitoreo de sus signos de complicación	Porcentaje	Proporción	Intervalo
<b>VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN</b>				
Sociodemográficas	Edad	Cuantitativa	En años	Razón
	Sexo	Cualitativa	Masculino Femenino	Nominal
Características Clínicas	Cuidados de enfermería	Minutos	Tiempo promedio Tiempo máximo Tiempo mínimo	Intervalo
	Manejo y control del dolor	Minutos	Tiempo promedio Tiempo máximo	Intervalo

			Tiempo mínimo	
	Administración programada de analgésicos	Minutos	Tiempo promedio Tiempo máximo Tiempo mínimo	Intervalo
	Brindar calor local	Minutos	Tiempo promedio Tiempo máximo Tiempo mínimo	Intervalo
	Cuidados en la administración de fármacos	Minutos	Tiempo promedio Tiempo máximo Tiempo mínimo	Intervalo
	Cuidados en la higiene	Minutos	Tiempo promedio Tiempo máximo Tiempo mínimo	Intervalo
	Movilización de fisioterapia pulmonar	Minutos	Tiempo promedio Tiempo máximo Tiempo mínimo	Intervalo

	Orientación emocional	Minutos	Tiempo promedio Tiempo máximo Tiempo mínimo	Intervalo
	Monitoreo de sus signos de complicación	Minutos	Tiempo promedio Tiempo máximo Tiempo mínimo	Intervalo

### 1.7 PROPUESTA DE INDICADORES:

<p><b>1. VALORACIÓN DE LAS VÍAS AEREAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a). Mantener permeabilidad de las vías aéreas</li> <li>b). Observar tubo orofaríngeo</li> <li>c). Observar obstrucción o secreciones</li> <li>d). Aspiración de secreciones</li> <li>e). Administración de Oxígeno</li> </ul>
<p><b>2. MONITOREO Y VALORACIÓN DE FUNCIONES VITALES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a). Saturación de Oxígeno</li> <li>b). Presión Arterial</li> <li>c). Frecuencia Cardiaca</li> <li>d). Frecuencia respiratoria</li> <li>e). Temperatura</li> </ul>
<p><b>3. EVALUACIÓN DEL SCORE según ALDRETE: (0 – 10)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a).Color</li> <li>b).respiración</li> <li>c).circulación</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>d).conciencia</li> <li>e).Actividad motora</li> </ul>
<p><b>4.OBSERVACIÓN Y VALORACIÓN GENERAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a).vigilancia de apósitos de herida operatoria</li> <li>b).Drenajes y conexiones de S.N.G</li> <li>c).Dren Penrose, Tubular u otros.</li> <li>d).Sonda Vesical</li> </ul>
<p><b>5. VALORACIÓN DE VÍA PERIFERICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a).Si está canalizada adecuadamente</li> <li>b).Si hay infiltración</li> </ul>
<p><b>6. FLUIDOTERAPIA</b></p>
<p><b>7.- MANEJO Y CONTROL DEL DOLOR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a).Valoración de la intensidad de dolor</li> <li>b).Observar signos y síntomas del dolor</li> <li>c).Administración programada de analgésicos</li> <li>d).Control de efectos secundarios de analgésicos</li> </ul>
<p><b>8. BRINDAR CALOR LOCAL</b></p>
<p><b>9. ADMINISTRACIÓN DE FARMACOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a).Administración de Antibióticos según prescripción médica</li> <li>b).Administración de otros fármacos.</li> </ul>
<p><b>10. HIGIENE GENERAL.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a).Cambio de apósitos</li> <li>b).Cambio y evacuación de bolsas de drenajes</li> <li>c).Otros</li> </ul>
<p><b>11. Movilización y fisioterapia pulmonar cada 2 horas en pacientes con dependencia II y III.</b></p>
<p><b>12.- APOYO EMOCIONAL</b></p>
<p><b>13.- MONITOREO SIGNOS DE COMPLICACIONES</b></p>

**14. OTROS**

.....  
.....  
.....

## **CAPÍTULO II**

### **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

#### **2.1 AMBITO DE ESTUDIO:**

El presente estudio de investigación se llevó a cabo en el Departamento de Huánuco, Provincia de Huánuco, Distrito de Amarilis, en el Hospital EsSalud II Huánuco, que se encuentra ubicado en jirón José Olaya S/N. Su creación como sistema de salud data del año 1975 en que los Doctores Cerrón, Corchera y López se preocuparon por realizar gestiones administrativas con la Sede Central del Seguro Social de Lima, de donde traen el acuerdo de fomentar la creación de un policlínico en la ciudad de Huánuco, brindando servicios de consulta externa de medicina general, atención de tópico y análisis de laboratorio.

Posteriormente se contrató mayor personal, a ante la demanda de los asegurados implementándose más servicios.

En 1987 comienza a funcionar el nuevo hospital en su local propio hasta la fecha situado en el distrito de Amarilis con un área de 9,000 m<sup>2</sup>.

Con resolución de gerencia N° 1431-GG-IPSS-96 el 02 – 09 – 1996, se eleva la categoría del Hospital I a Hospital nivel II hasta la fecha.

El Seguro Social de Salud (ESSALUD), con ley N° 27056 del 30 de enero de 1999 se crea sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social.

El Hospital de EsSalud, atiende a 99,728 asegurados de la jurisdicción de Huánuco.

Actualmente brinda los servicios Emergencia, Shock trauma, UVI con tres camas, de Hospitalización con las especialidades de Medicina general, cirugía, traumatología, urología, pediatría, ginecología; Obstetricia, Neonatología, con un aproximado de 65 camas. Sala de operaciones, sala de partos, consultorios externos, Odontología, programas de atención al niño, adolescente, adulto y adulto mayor, servicios de Laboratorio, rayos x, ecografía, endoscopía, Ecocardiograma, farmacia, medicina complementaria y otros.

Profesionalmente cuenta con 38 médicos en diferentes especialidades como: oftalmología, pediatría, medicina interna, internistas, cirujanos, psiquiatría, urología, cardiología, ginecología, gastroenterología, emergencista, radiología, anestesiología, otorrinolaringología, traumatología, neurología, medicina general; 72 enfermeras y 42 técnicos de enfermería y administrativos.

Efectuándose el presente trabajo en el servicio de Centro quirúrgico, unidad de Recuperación Post anestésico, donde laboran una enfermera por turno (Mañana y Tarde), cubriendo en las noches por la modalidad de Reten.

## **2.2 POBLACIÓN:**

El estudio se llevó a cabo en el Hospital II EsSalud en la Unidad de Recuperación postanestésico. La población accesible estuvo conformada por todos los pacientes programados para intervención quirúrgica en el trimestre de abril a junio de 2016

## **2.3 MUESTRA:**

Para el estudio se utilizó una muestra de 108 pacientes post operados inmediatos de ambos sexos. El tipo de muestreo fue por conveniencia.

## 2.4 TIPO DE ESTUDIO.

Estudio descriptivo, y transversal.

Según el análisis y alcance de los resultados, es un estudio de tipo descriptivo porque al finalizar el presente trabajo de investigación se presentaron los tiempos de demanda de una atención de calidad de enfermería. Y también se detallaron los hechos de acuerdo a lo que iba sucediendo.

Según el período de tiempo es de tipo transversal porque el análisis del comportamiento de la variable se desarrolló en un momento dado.

## 2.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El Diseño empleado en el presente trabajo de investigación es Descriptivo (Muestra - Observación), cuyo diagrama es:



Donde:

**M** : Es la muestra de estudio.

**O** : Observación de datos relevantes de dicha población muestral.

## 2.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Como técnica para el desarrollo del presente trabajo se utilizó lo siguiente:

### a) Instrumentos de Recolección de Datos.

Guía de observación

## 2.7 Procedimientos de recolección de datos

Para obtener la información de la presente investigación se realizó la gestión respectiva con los directivos de los establecimientos de

salud, indicados, a fin de que se nos autorice la aplicación del estudio.

Para la recolección de datos, se capacitaron a un equipo de encuestadores independientes con estudios profesionales.

La muestra participante del estudio fueron previamente informados por escrito en el consentimiento informado y el compromiso de confidencialidad, sobre el manejo de la información. Una vez leído este documento, lo firmaron así como el investigador y finalmente se les entregó una copia para que se lo lleven.

## **2.8 Análisis de los datos**

- **Análisis descriptivo**

El análisis descriptivo de cada una de las variables en estudio se realizó mediante la distribución de frecuencias en el caso de variables categóricas, medidas de tendencia central y de dispersión en el caso de variables cuantitativas.

El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows

### CAPÍTULO III RESULTADOS

#### 3.1 PRESENTACIÓN

##### a) Características sociodemográficas de los pacientes post operados inmediatamente.

Tabla 01. Características sociodemográficas de los pacientes post operados la Unidad de Recuperación Post Anestésico del Hospital II EsSALUD de Huánuco, 2016

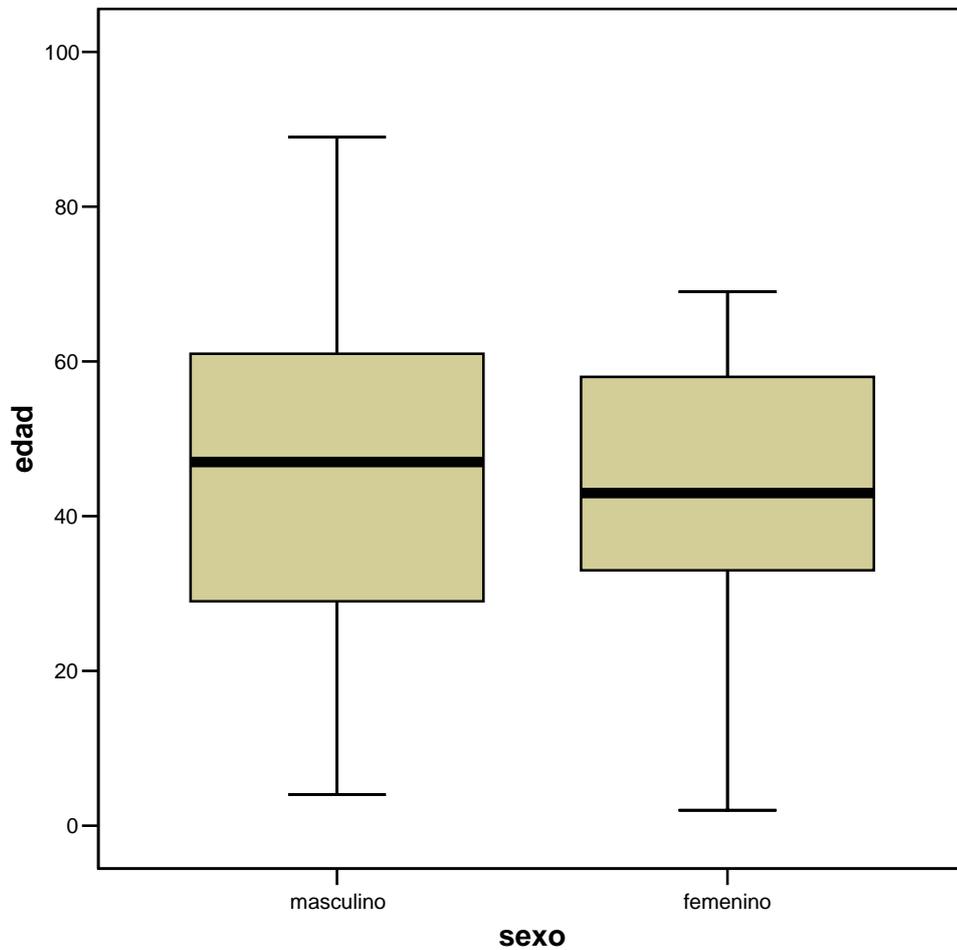
Características sociodemográficas de los pacientes post operados	N = 108	
	N°	%
<b>Edad (años):</b>		
< de 15 años	12	11.1
De 16 a 30 años	12	11.1
De 31 a 60 años	59	54.6
> de 61 años	25	23.2
$\bar{X}_+ D.E$ 44.28;18.89		
<b>Sexo:</b>		
Masculino	45	41.7
Femenino	63	58.3

**Fuente:** Guía de observación (Anexo N° 01)

La distribución de la edad de los pacientes post operados inmediatamente, se encontró en una proporción de 11.1% (12) para pacientes menores de 15 años y de 16 a 30 años; el 54.6% (59) de los pacientes de 31 a 60 años; y el 23.2% (25) pacientes mayores de 61 años de edad, esto quiere decir que nuestra muestra fue conformada en su mayoría por adultos maduros.

En cuanto se refiere al sexo de los pacientes post operados inmediatamente, el 41.7% (45) son de género masculino, y un 58.3% (63) son del género femenino; en términos generales podemos decir que la gran mayoría de los pacientes post operados son femeninos.

**GRÁFICO N° 01**  
**EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES POST OPERADOS INMEDIATOS**  
**DE LOS PACIENTES POST OPERADOS INMEDIATAMENTE**  
**UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTESIA –**  
**HOSPITAL II ESSALUD, RED ASISTENCIAL HUÁNUCO – 2016.**



El gráfico refleja que la edad promedio de los pacientes post operados fue de  $44.28 \pm 18.89$  años, siendo la edad mínima 2 años y la máxima 89 años de edad.

**TABLA N° 02**  
**CARACTERÍSTICAS OPERATORIAS DE LOS PACIENTES POST**  
**OPERADOS INMEDIATAMENTE**  
**UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTESIA –**  
**HOSPITAL II ESSALUD, RED ASISTENCIAL HUÁNUCO – 2016.**

CARACTERÍSTICAS OPERATORIAS	N = 108	
	N°	%
<b>Técnica Operatoria:</b>		
Colelap	40	37.0
Quistectomía	4	3.7
Reducción más osteosíntesis más	2	1.9
Fisura radio		
Reducción cruenta	8	7.4
Apendicectomía	11	10.2
Eventración abdominal	4	3.7
Prostatectomía	3	2.8
Histerovaginal	2	1.9
Henioplastía	2	1.9
Laparoscopia diagnóstica	5	4.6
Laparoscopia exploratoria	7	6.5
Colecistectomía	9	8.3
Liberación de adherencias más	2	1.9
Colecistectomía		
Endoscopia diagnóstica	1	0.9
Histerolap	2	1.9
Histología abdominal	2	1.9
Pielocistectomía	1	0.9
Reconstrucción más sutura herida en el labio	1	0.9
Fulguración de endometriosis laparoscopica	1	0.9
<b>Tiempo de estancia en recuperación:</b>		
Menor de 2 horas	9	8.3
De 2 a 3 horas	91	84.3
Mayor de 3 horas	8	7.4
$\bar{X} \pm D.E$ 2.35;2.25		

**Fuente:** Formulario de entrevista (Anexo N° 01).

En cuanto a la técnica operatoria de los pacientes post operatorios reportaron que el 37% (40) de los pacientes se realizaron una colelap, el 10.2% (11) pacientes apendicectomía, seguido de un 7.4% (8) pacientes por reducción cruenta y con menores porcentajes las demás técnicas operatorias.

Con respecto al tiempo de operación de los pacientes en estudio, se evidenció que un 84.3% (91) de ellos se operaron entre 2 a 3 horas, seguido de un 8.3% (9) de los pacientes se operaron menor de 2 horas, y por último un 7.4% (8) fueron operados mayor de 3 horas. Teniendo el tiempo promedio de operación de 2 horas con 35 minutos, con una desviación estándar de  $\pm 2$  horas 25 minutos.



Tiempo requerido para el cuidado de atención de las vías aéreas:

**TABLA N° 03**  
**VALORACIÓN DE LAS VÍAS AEREAS DE LOS PACIENTES POST OPERADOS INMEDIATAMENTE**  
**UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTESIA –**  
**HOSPITAL II ESSALUD, RED ASISTENCIAL HUÁNUCO – 2016.**

VALORACIÓN DE LAS VÍAS AEREAS	TIEMPO EN MINUTOS (n=108)																					
	Ninguno		1'		2'		3'		4'		5'		6'		7'		8'		9'		10 a más'	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mantener permeabilidad de las vías aéreas	--	--	--	--	6	5.6	30	27.8	38	35.2	30	27.8	--	--	--	--	2	1.9	2	1.9	2	1.9
Observar tubo orofaríngeo	4	3.7	1	0.9	53	49.1	42	39.9	3	2.8	3	2.8	--	--	--	--	--	--	--	--	2	1.9
Observar obstrucción o secreciones	--	--	1	0.9	27	25.0	47	43.5	28	25.9	4	3.7	1	0.9	--	--	--	--	--	--	--	--
Aspiración de secreciones	13	12.0	1	0.9	3	2.8	29	26.9	14	13.0	36	33.3	10	9.3	--	--	--	--	--	--	2	1.9
Administración de oxígeno	--	--	1	0.9	86	79.6	16	14.8	--	--	5	4.6	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FUENTE: Guía de observación (Anexo N° 1)

En cuanto a la valoración de las vías aéreas se puede observar que el tiempo que demandó la enfermera en mantener la permeabilidad de las vías aéreas fue sólo el 35.2% (38) en 4 minutos, seguido de 27.8% (30) en 3 y 5 minutos. En observar tubo orofaríngeo se reportó que el 49.1% (53) en 2 minutos, seguido del 39.9% (42) en 4 minutos. Así mismo, en observar obstrucción o secreciones, el 43.5% (47) en 3 minutos, seguido del 25.9% (28) en 4 minutos y el 25% (27) en 2 minutos; en la aspiración de secreciones se encontró que el 33.3% (36) en 5 minutos, y 26.9% (29) en 3 minutos, y por último en administración del oxígeno se reportó que el 79.6% (86) en 2 minutos; es decir que la enfermera de unidad de recuperación postanestésia se toma un promedio de 4 a 5 minutos en la valoración de las vías aéreas.

**TABLA N° 04**  
**MONITOREO Y VALORACIÓN DE LAS FUNCIONES VITALES DE LOS PACIENTES POST OPERADOS**  
**INMEDIATAMENTE**  
**UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTESIA –**  
**HOSPITAL II ESSALUD, RED ASISTENCIAL HUÁNUCO – 2016.**

MONITOREO Y VALORACIÓN DE LAS FUNCIONES VITALES	TIEMPO EN MINUTOS (n=108)																					
	Ninguno		1'		2'		3'		4'		5'		6'		7'		8'		9'		10 a más'	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Saturación de oxígeno	--	--	6	5.6	40	37.0	26	24.1	22	20.4	14	13.0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Presión arterial	--	--	1	0.9	36	33.3	60	55.6	6	5.6	3	2.8	--	--	--	--	1	0.9	--	--	1	0.9
Frecuencia cardíaca	--	--	4	3.7	64	59.3	34	31.5	4	3.7	2	1.9	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Frecuencia respiratoria	--	--	4	3.7	58	53.7	42	38.9	4	3.7	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Temperatura	--	--	22	20.4	68	63.0	16	14.8	2	1.9	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**FUENTE:** Guía de observación (Anexo N° 1)

Con respecto al monitoreo y valoración de las funciones vitales, las enfermeras de la unidad de recuperación postanestesia toman un tiempo de 1 a 5 minutos en porcentajes de 37 (40), 24.1 (26), y 20.4 (22) en 2, 3 y 4 minutos respectivamente en el monitoreo de la saturación de oxígeno, en la presión arterial se observa que el 55.6 (60) del os pacientes fueron monitoreados en 3 minutos, seguido de 33.3% (36) en 2 minutos; a lo que respecta a la frecuencia cardíaca y respiratoria podemos afirmar que también fueron valorados con similares valores de 2 a 3 minutos, en cambio en la valoración de la temperatura se observa que el 63% (68) la enfermera lo realizó en 2 minutos y el 20.4% (22) en un minuto. Por ende, se afirma que el tiempo que demanda la enfermera en el monitoreo y valoración de las funciones vitales es de 2 a 3 minutos, teniendo un porcentaje menor en 5 minutos.

**TABLA N° 05**  
**EVALUACIÓN DE SCORE DE LOS PACIENTES POST OPERADOS INMEDIATAMENTE**  
**UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTESIA –**  
**HOSPITAL II ESSALUD, RED ASISTENCIAL HUÁNUCO – 2016.**

EVALUACIÓN DE SCORE	TIEMPO EN MINUTOS (n=108)																					
	Ninguno		1'		2'		3'		4'		5'		6'		7'		8'		9'		10 a más'	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Color	--	--	28	25.9	76	70.4	4	3.7	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Respiración	--	--	2	1.9	79	73.1	27	25.0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Circulación	--	--	2	1.9	84	77.8	20	18.5	2	1.9	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Conciencia	--	--	14	13.0	86	79.6	7	6.5	--	--	1	0.9	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Temperatura	--	--	24	22.2	78	72.2	5	4.6	--	--	1	0.9	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**FUENTE:** Guía de observación (Anexo N° 1)

En la evaluación de Score, se reportó que las enfermeras toman un tiempo de demanda en esta evaluación de 2 minutos, es decir en la valoración de color alcanza una proporción considerable de un 70.4% (76); en respiración de 73.1% (79); en circulación de 77.8% (84); en conciencia el 79.6% (86) y en temperatura de 72.2% (78).

**TABLA N° 06**  
**OBSERVACIÓN Y VALORACIÓN GENERAL DE LOS PACIENTES POST OPERADOS INMEDIATAMENTE**  
**UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTESIA –**  
**HOSPITAL II ESSALUD, RED ASISTENCIAL HUÁNUCO – 2016.**

OBSERVACIÓN Y VALORACIÓN	TIEMPO EN MINUTOS (n=108)																					
	Ninguno		1'		2'		3'		4'		5'		6'		7'		8'		9'		10 a más'	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Vigilancia de apósitos de herida operatoria	1	0.9	--	--	31	28.7	23	21.3	7	6.5	40	37.0	--	--	--	--	2	1.9	--	--	4	3.7
Drenajes y conexiones de SNG	82	75.9	--	--	2	1.9	8	7.4	5	4.6	11	10.2	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Dren penrose, tubular u otros	84	77.8	1	0.9	2	1.9	13	12.0	3	2.8	4	3.7	--	--	--	--	--	--	--	--	1	0.9
Sonda vesical	--	--	1	0.9	13	12.0	49	45.4	17	15.7	23	21.3	2	1.9	2	1.9	--	--	1	0.9	--	--

**FUENTE:** Guía de observación (Anexo N° 1)

En la observación y valoración de las actividades como vigilancia de apósitos, drenajes y conexiones de SNG; dren Penrose, tubular u otros, Y sonda vesical, se obtuvo que el tiempo de demanda de atención de dichas actividades fue de 5

minutos, pero se observa que en la observación y valoración de drenajes y conexiones de SNG; dren Penrose, tubular u otros no se reportaron ningún tiempo en porcentajes de 75.9% (82) y 77.8% (84) respectivamente.

**TABLA N° 07**  
**VALORACIÓN DE LA VÍA PERIFÉRICA Y FLUIDOTERAPIA DE LOS PACIENTES POST OPERADOS**  
**INMEDIATAMENTE**  
**UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTESIA –**  
**HOSPITAL II ESSALUD, RED ASISTENCIAL HUÁNUCO – 2016.**

VALORACIÓN DE LA VÍA PERIFÉRICA Y FLUIDOTERAPIA	TIEMPO EN MINUTOS (n=108)																							
	Ninguno		1'		2'		3'		4'		5'		6'		7'		8'		9'		10 a más'			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Vía periférica	--	--	1	0.9	13	12.0	49	45.4	17	15.7	23	21.3	2	1.9	2	1.9	--	--	--	--	--	--	1	0.9
Fluidoterapia	2	1.9	--	--	--	--	--	--	--	--	19	17.5	5	4.6	4	3.7	29	26.9	1	0.9	48	44.4		

**FUENTE:** Guía de observación (Anexo N° 1)

Con respecto a la valoración de la vía periférica se observa que el 45.4% (49) de los pacientes en estudio se le valoró en 3 minutos; seguido de 21.3% (23) en 5 minutos, el 15.7% (17) en 4 minutos. Y en el de fluidoterapia se obtuvo que mayor porcentaje en valores de 5 a 10 minutos, es decir que el 44.4% (48) se le realizó en 10 a más minutos, seguido de 26.9% (29) en 8 minutos, 17.5% (19) en 5 minutos.

**TABLA N° 08**  
**MANEJO Y CONTROL DEL DOLOR DE LOS PACIENTES POST OPERADOS INMEDIATAMENTE**  
**UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTESIA –**  
**HOSPITAL II ESSALUD, RED ASISTENCIAL HUÁNUCO – 2016.**

MANEJO Y CONTROL DEL DOLOR	TIEMPO EN MINUTOS (n=108)																							
	Ninguno		1'		2'		3'		4'		5'		6'		7'		8'		9'		10 a más'			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Valoración de la intensidad del dolor	--	--	--	--	3	2.8	19	17.6	22	20.4	57	52.8	1	0.9	--	--	--	--	--	--	--	--	6	5.6
Observación de signos y síntomas del dolor	--	--	--	--	26	24.1	31	28.7	1	0.9	44	40.7	--	--	--	--	2	1.9	--	--	--	--	4	3.7
Administración programada de analgésicos	--	--	--	--	--	--	1	0.9	3	2.8	11	10.2	4	3.7	4	3.7	4	3.7	21	19.4	--	--	64	59.25
Control de efectos secundarios de analgésicos	2	1.9	--	--	1	1.9	2	1.9	4	3.7	17	15.7	3	2.8	4	3.7	7	6.5	--	--	--	--	68	62.96
Brindar calor local	4	3.7	--	--	26	24.1	30	27.8	7	6.5	35	32.4	1	0.9	--	--	--	--	--	--	--	--	5	4.6

FUENTE: Guía de observación (Anexo N° 1)

Con respecto al manejo y control del dolor en la actividad de valoración de la intensidad del dolor se obtuvo que el 52.8% (57) de los pacientes en estudio se le valoró en 5 minutos; seguido de 20.4% (22) en 4 minutos, el 17.6% (19) en 3 minutos. Y en la observación de signos y síntomas del dolor se obtuvo el mayor porcentaje de 40.7% (44) en 5 minutos, en la administración programada de analgésicos el 59.25% (64) se le realizó en 10 a más minutos; así mismo en el control de efectos secundarios de analgésicos el 62.96% (68) en 10 a más minutos. Por último en brindar calor local se observó que el 32.4% (35) se realizó en 5 minutos.

**TABLA N° 09**  
**ADMINISTRACIÓN DE FARMACOS DE LOS PACIENTES POST OPERADOS INMEDIATAMENTE**  
**UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTESIA –**  
**HOSPITAL II ESSALUD, RED ASISTENCIAL HUÁNUCO – 2016.**

ADMINISTRACIÓN DE FARMACOS	TIEMPO EN MINUTOS (n=108)																					
	Ninguno		1'		2'		3'		4'		5'		6'		7'		8'		9'		10 a más'	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Administración de antibióticos según prescripción médica	--	--	--	--	1	0.9	--	--	--	--	11	10.2	5	4.6	6	5.6	16	14.8	--	--	69	63.9
Administración de otros fármacos	4	3.7	--	--	2	1.9	4	3.7	6	5.6	30	27.8	3	2.8	4	3.7	10	9.3	--	--	45	41.7

**FUENTE:** Guía de observación (Anexo N° 1)

En la administración de fármacos, se obtuvo que el tiempo de demanda la atención de la administración de antibióticos según prescripción médica y administración de otros fármacos es de 10 a más minutos en 63.9% (69) y 41.7% (45) respectivamente.

**TABLA N° 10**  
**HIGIENE GENERAL DE LOS PACIENTES POST OPERADOS INMEDIATAMENTE**  
**UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTESIA –**  
**HOSPITAL II ESSALUD, RED ASISTENCIAL HUÁNUCO – 2016.**

HIGIENE GENERAL	TIEMPO EN MINUTOS (n=108)																					
	Ninguno		1'		2'		3'		4'		5'		6'		7'		8'		9'		10 a más'	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Cambio de apósitos	57	52.8	--	--	--	--	7	6.5	5	44.6	32	29.6	3	2.8	--	--	1	0.9	--	--	3	2.8
Cambio de evacuación de bolsas de drenajes	74	68.5	--	--	1	0.9	4	3.7	3	2.8	11	10.2	1	0.9	--	--	5	4.6	--	--	9	8.3
Otros (higiene)	34	31.5	--	--	9	8.3	19	17.6	4	3.7	37	34.3	--	--	2	1.9	--	--	--	--	3	2.8

**FUENTE:** Guía de observación (Anexo N° 1)

A lo que respecta en higiene se observa que la enfermera de la unidad de recuperación post anestesia realiza las siguientes actividades de regular a pésimo: cambio de apósitos, cambio de evacuación de bolsas de drenajes y otros (higiene), ya que se observó porcentajes de 52.8 (57), 68.5 (74) y 31.5 (34) respectivamente con ningún minuto de tiempo de realización.

**TABLA N° 11**  
**ACTIVIDADES ESPECÍFICAS CON LOS PACIENTES POST OPERADOS INMEDIATAMENTE**  
**UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTESIA**  
**- HOSPITAL II ESSALUD, RED ASISTENCIAL HUÁNUCO - 2016.**

ACTIVIDADES ESPECIFICAS	TIEMPO EN MINUTOS (n=108)																					
	Ninguno		1'		2'		3'		4'		5'		6'		7'		8'		9'		10 a más'	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Movilización y fisioterapia pulmonar cada 2 horas	33	30.6	--	--	--	--	1	0.9	9	8.3	27	25.0	3	2.8	--	--	16	14.8	--	--	19	
Apoyo emocional (comunicación)	--	--	--	--	--	--	5	4.6	5	4.6	36	33.3	3	2.8	--	--	18	16.7	--	--	41	
Monitoreo de signos de complicaciones	17	15.7	--	--	1	0.9	6	5.6	--	--	18	16.7	1	0.9	1	0.9	12	11.1	--	--	52	

**FUENTE:** Guía de observación (Anexo N° 1)

En las actividades específicas se observa que el 30.6% (33) no realiza movilización de fisioterapia pulmonar en 2 horas, pero valores porcentajes de 25% (27) lo realizaron en 5 minutos, 14.8% (16) en 8 minutos. Sin embargo, el 33.3% (36) recibieron orientación emocional en la unidad de recuperación post anestesia y el 16.7% (18) le realizaron monitoreo de signos de complicación.

**TABLA N° 12**  
**PUNTAJE TOTAL DEL TIEMPO EN MINUTOS DE LAS ACTIVIDADES DE VALORACIÓN DE LOS PACIENTES POST**  
**OPERADOS INMEDIATAMENTE**  
**UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTESIA –**  
**HOSPITAL II ESSALUD, RED ASISTENCIAL HUÁNUCO – 2016.**

<b>N°</b>	<b>Puntaje total</b>
<b>1</b>	95
<b>2</b>	120
<b>3</b>	112
<b>4</b>	90
<b>5</b>	91
<b>6</b>	65
<b>7</b>	111
<b>8</b>	67
<b>9</b>	90
<b>10</b>	102
<b>11</b>	143
<b>12</b>	74
<b>13</b>	121
<b>14</b>	75
<b>15</b>	94
<b>16</b>	116
<b>17</b>	141
<b>18</b>	115
<b>19</b>	95
<b>20</b>	104

<b>N°</b>	<b>Puntaje total</b>
<b>21</b>	105
<b>22</b>	106
<b>23</b>	97
<b>24</b>	137
<b>25</b>	137
<b>26</b>	88
<b>27</b>	88
<b>28</b>	96
<b>29</b>	89
<b>30</b>	85
<b>31</b>	88
<b>32</b>	81
<b>33</b>	121
<b>34</b>	120
<b>35</b>	122
<b>36</b>	192
<b>37</b>	216
<b>38</b>	142
<b>39</b>	141
<b>40</b>	186

<b>N°</b>	<b>Puntaje total</b>
41	117
42	150
43	119
44	119
45	160
46	122
47	111
48	110
49	136
50	119
51	123
52	123
53	175
54	137
55	125
56	138
57	164
58	135
59	155
60	121
61	130
62	118
63	119
64	150
65	124
66	172
67	113

<b>N°</b>	<b>Puntaje total</b>
68	118
69	120
70	147
71	123
72	149
73	118
74	135
75	113
76	131
77	128
78	130
79	127
80	111
81	121
82	123
83	108
84	151
85	125
86	124
87	122
88	135
89	135
90	117
91	155
92	146
93	131
94	167

<b>N°</b>	<b>Puntaje total</b>
<b>95</b>	142
<b>96</b>	128
<b>97</b>	115
<b>98</b>	120
<b>99</b>	121
<b>100</b>	125
<b>101</b>	115
<b>102</b>	136
<b>103</b>	171
<b>104</b>	165
<b>105</b>	138
<b>106</b>	130
<b>107</b>	139
<b>108</b>	111

**FUENTE:** Guía de observación (Anexo N° 1)



### **3.2 DISCUSION.**

En el presente estudio abordamos el tiempo que demanda una atención de calidad de enfermería en el post operado inmediato en la unidad de recuperación postanestésico, se obtuvo en el presente trabajo que una enfermera se demora con cada paciente de 1 hora a más, siendo la atención individualizada y priorizando a la persona como un ser holístico, teniendo en cuenta el lugar, tipo, técnica de operación y sus complicaciones, con ello se pretende establecer un proceso de control de tiempo orientados a la atención que brinda la enfermera en dicha unidad, ya que siendo el único objetivo del a misma el mantenimiento o mejoramiento de la calidad en consecuencia la satisfacción que los pacientes post operados nos dará una valoración subjetiva de la calidad de servicios que brinda el profesional de enfermería. Podemos considerar que la satisfacción de los pacientes a menudo se ve como un componente importante de la calidad, pero la satisfacción tiene también algunas limitaciones como medida de la calidad porque estos generalmente poseen sólo una visión incompleta de la ciencia y la tecnología de la atención, de manera que sus juicios en relación con estos aspectos pueden ser insuficientes pese a que los pacientes en estudio se caracterizan por tener niveles educativos aceptables y de nivel superior, con lo que posibilita un mejor conocimiento de los derechos y estándares de la calidad de atención.

En la misma medida que se dé un grado de atención de calidad adecuada, esto conllevará a que la labor que brinda la enfermera en la unidad de recuperación post anestésica sea de calidad y que determine la continuidad de la asistencia al servicio, la recomendación a otros clientes y finalmente el beneficio directo del usuario. De lo contrario cuando exista una atención de nivel bajo, los usuarios dejan

de utilizar los servicios que ofrece la institución e inician la búsqueda de servicios alternativos, que le permitan cubrir sus requerimientos.

En toda organización prestadora de servicios de salud, las personas continuamente buscan servicios donde el profesional médico o no médico (en este caso profesional de enfermería) brinden opciones con calidad del modo adecuado y que satisfaga sus necesidades, sin embargo son ellos los que escogen las entidades prestadoras de servicio e instalaciones que ofertan la mejor atención disponible, según su propia percepción.

En definitiva, el indicador de calidad es como un instrumento que nos permita adelantarnos al constante proceso de cambio en que se encuentran los servicios de salud. La adopción de las diversas aportaciones técnicas facilitará la aplicación generalizada de instrumentos y su planificación y en último término, una actuación más próxima a la satisfacción.

En el estudio efectuado, observamos que el tiempo que demanda la enfermera en la atención de los pacientes post operados, refleja que la (el) profesional evidencia una calidad de servicio en todas las dimensiones y/o actividades, aunque falla en las actividades de higiene general y algunas actividades específicas.

Los servicios de salud deben ser enfocados a los pacientes. El sistema de atención en salud debe hacer honor al paciente como individuo, respetando sus decisiones, cultura, contexto social y familiar y su estructura de preferencias y necesidades específicas, teniendo como pilares fundamentales en la atención la individualidad, la información (definida como la posibilidad de conocer el qué, entender, por qué y comprender el para qué), respeto por la intimidad del paciente, sus valores culturales, etnia, valores sociales que hacen a cada paciente un ser único y variable que se comportará diferente

de acuerdo a las condiciones fisiológicas, emocionales y del entorno concomitantes con su proceso salud enfermedad, lo cual lo llevan a tener necesidades y expectativas diferentes al momento de acudir a los servicios de salud.

### CONCLUSIONES:

- ✓ Los pacientes post operados inmediatos en estudio, fue conformada en su mayoría por adultos maduros de ambos sexos siendo la gran mayoría de los pacientes post operados son femeninos.
- ✓ En cuanto a la valoración de las vías aéreas, monitoreo y valoración de las funciones vitales, observación y valoración de las actividades como vigilancia de apósitos, drenajes y conexiones de SNG; dren penrose, tubular u otros, y sonda vesical se observó que el tiempo que la enfermera de unidad de recuperación postanestésia se toma en estas dos actividades es de un promedio de 4 a 5 minutos.
- ✓ En la evaluación de Score, se reportó que las enfermeras toman un tiempo de demanda en esta evaluación de 2 minutos; en la valoración de la vía periférica se toma 3 minutos; sin embargo en fluidoterapia se obtuvo mayor porcentaje en valores de 5 a 10 minutos.
- ✓ Con respecto al manejo y control del dolor en sus actividades de valoración de la intensidad del dolor, observación de signos y síntomas del dolor, administración programada de analgésicos, control de efectos secundarios de analgésicos estuvo entre 5 a 10 minutos. Por último en brindar calor local se realizó en un promedio de 5 minutos.
- ✓ En la administración de fármacos, se obtuvo que el tiempo de demanda la atención de la administración de antibióticos según prescripción médica y administración de otros fármacos es de 10 a más minutos en 63.9% (69) y 41.7% (45) respectivamente.
- ✓ A lo que respecta en higiene se observa que la enfermera de la unidad de recuperación post anestesia realiza las siguientes actividades de regular a pésimo: cambio de apósitos, cambio de evacuación de bolsas de drenajes y otros (higiene), ya que se

observó porcentajes de 52.8 (57), 68.5 (74) y 31.5 (34) respectivamente con ningún minuto de tiempo de realización.

- ✓ En las actividades específicas se observa que el 30.6% (33) no realiza movilización de fisioterapia pulmonar en 2 horas, pero valores porcentajes de 25% (27) lo realizaron en 5 minutos, 14.8% (16) en 8 minutos. Sin embargo, el 33.3% (36) recibieron orientación emocional en la unidad de recuperación post anestesia y el 16.7% (18) le realizaron monitoreo de signos de complicación.

**RECOMENDACIONES:**

- ✓ Se recomienda, planificar y efectuar procesos de mejora continua para las atenciones con enfoque de Calidad Total.
  
- ✓ La aceptación de sugerencias y reclamos en el servicio por parte del paciente, de manera permanente; por constituir un importante punto de referencia para valorar la calidad de atención que brinda el personal, pues las exigencias de los pacientes son tan cambiantes como las instancias en que nos desenvolvemos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. AUCCASI, M. (1998). Esbozando el Perfil Enfermero de la Unidad de Recuperación. Hospital Nacional Hipólito Unánue. (s/l).
2. JOANNA RUTH FULLER (1998) Instrumentación quirúrgica, Editorial Médica Panamericana.
3. L.S BRUNNER D.S.SUDDARTH (1985) Manual de Enfermería Médico Quirúrgico - España.
4. GRUPO EDITORIAL OCEANO S.A. (MCMLXXXVII) Manual de la Enfermería – España.
5. ENCARTA 2004. Enciclopedia Microsoft Corporation C.D.
6. MARRINER, A. (1994) Modelos y Teorías de Enfermería. Harcourt/Brace. Madrid.
7. ESPINO, J. (2001) El Enfermo en la Unidad de Cuidados Críticos. Hospital Universitario de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. Disponible en: [www.google.com](http://www.google.com).
8. GASCA, R. (2001) Calidad de Atención. (Documento en línea) [www.google.com](http://www.google.com)
9. MOSBY (1995) Diccionario de Medicina. Grupo Editorial Mosby/Océano. España.
10. Esteban A. El control de la calidad asistencial, una responsabilidad compartida. Rev Clin Esp 1988;182(3):166.
11. Martínez Junco H. Sistema de auditoría médica hospitalaria. Rev Cubana Adm Salud 1988;14(1):55-72.
12. Fernández Caballero E. Calidad de la atención médica. Notas de clase del curso sobre técnicas de dirección a personal dirigente de enfermería, ISCM-H, Cuba, 1990.
13. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring Michigan: Helth Administration, 1980.
14. Montiel Morales G. Administración de los servicios de salud en enfermería. Evaluación de la calidad de atención de los servicios de enfermería, México: OPS-CIESS, 1988.

15. Lohr K. Strategic for Quality Assurance. Vol I, Vol II. Institute of Medicine. Washington DC: Nacional Academy, 1990.
16. Paganini JA. Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. Washington DC: OPS-OMS, 1993.
17. Paganini JM. La garantía de calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe. Washington DC. OPS-OMS, 1992.
18. Booz-Allen, Hamilton. Mejorar en la efectividad de la entrega del cuidado de Salud. Nueva York:, 1992.
19. [http:// www. monografias. Com / trabajos/ enfermería.](http://www.monografias.com/trabajos/enfermeria)

# **ANEXOS**

**ANEXO N° 01.**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA – SEGUNDA ESPECIALIDAD DE  
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**GUÍA DE OBSERVACIÓN**

**TITULO:** “Tiempo para una atención de enfermería, de calidad, brindada al paciente post operado inmediato inconsciente en la Unidad de Recuperación Post Anestésico del Hospital II EsSalud-Huánuco, 2016”

**INSTRUCCIONES:**

Por favor se le sugiere que responda con veracidad de acuerdo a lo observado sobre el tiempo de cada una de las actividades

**GRACIAS.**

**FECHA:**

**N°:**

**I. DATOS GENERALES:**

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted hasta la fecha?

2. Sexo:  
Masculino ( )                      femenino ( )

3. Técnica quirúrgica   
que le realizaron:

4. Tiempo de operación:  minutos

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>TIEMPO EN MINUTOS</b>
<p><b>1. VALORACIÓN DE LAS VÍAS AEREAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mantener permeabilidad de las vías aéreas</li> <li>b) Observar tubo orofaríngeo</li> <li>c) Observar obstrucción o secreciones</li> <li>d) Aspiración de secreciones</li> <li>e) Administración de Oxígeno</li> </ul>	
<p><b>2. MONITOREO Y VALORACIÓN DE FUNCIONES VITALES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Saturación de Oxígeno</li> <li>b) Presión Arterial</li> <li>c) Frecuencia Cardíaca</li> <li>d) Frecuencia respiratoria</li> <li>e) Temperatura</li> </ul>	
<p><b>3. EVALUACIÓN DEL SCORE según Aldrete:</b> <b>(0 – 10)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Color</li> <li>b) Respiración</li> <li>c) Circulación</li> <li>d) Conciencia</li> <li>e) Actividad motora</li> </ul>	
<p><b>4. OBSERVACIÓN Y VALORACIÓN GENERAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Vigilancia de apósitos de herida operatoria</li> <li>b) Drenajes y conexiones de S.N.G</li> <li>c) Dren Penrose, Tubular u otros.</li> <li>d) Sonda Vesical</li> </ul>	
<p><b>5. VALORACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Si está canalizada adecuadamente</li> <li>b) Si hay infiltración</li> </ul>	
<p><b>6. FLUIDOTERAPIA</b></p>	

<b>7. MANEJO Y CONTROL DEL DOLOR:</b> a) Valoración de la intensidad de dolor b) Observar signos y síntomas del dolor c) Administración programada de analgésicos d) Control de efectos secundarios de analgésicos	
<b>8. BRINDAR CALOR LOCAL</b>	
<b>9. ADMINISTRACIÓN DE FARMACOS:</b> a) Administración de Antibióticos según prescripción médica b) Administración de otros fármacos.	
<b>10. HIGIENE GENERAL.</b> a) cambio de apósitos b) cambio y evacuación de bolsas de drenajes c) otros	
<b>11. MOVILIZACIÓN Y FISIOTERAPIA PULMONAR CADA 2 HORAS EN PACIENTES CON DEPENDENCIA II Y III.</b>	
<b>12. APOYO EMOCIONAL (COMUNICACIÓN)</b>	
<b>13. MONITOREO SIGNOS DE COMPLICACIONES</b>	
<b>T O T A L :</b>	

## **NOTA BIOGRÁFICA**

La Lic. Enf. Georgina Sonia Rosales Figueroa nació en la ciudad de Huánuco el 15 de Marzo de 1972.

Cursó sus estudios secundarios en el Colegio Nacional Nuestra Señora de las Mercedes.

Prosiguió sus estudios, profesionales, en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, en la Escuela Profesional de Enfermería – Facultad de Enfermería.

Obtuvo su Grado de Bachiller el año 1996.