

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LAS
ESCALAS DE MEDICION QUE EVALUAN LAS ENFERMERAS
EN EL POST OPERATORIO, EN EL SERVICIO DE
RECUPERACION DEL HOSPITAL II PASCO – ESSALUD 2014**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN
CENTRO QUIRÚRGICO**

TESISTA:

**Lic. Enf. Rocío del Pilar ALIAGA LOPEZ
Lic. Enf. Enrique ROJAS CHIARA**

ASESORA: Dra. Irene DEZA Y FALCÓN

**HUÁNUCO - PERÚ
2019**

DEDICATORIA

A Dios, por habernos permitido llegar hasta este punto y darnos la vida para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A nuestras familias, por representar el motor que impulsa nuestras acciones.

Los autores

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, creador del universo y dueño de nuestras vidas. También agradecemos a nuestras familias, por representar la motivación en cada momento.

A lo largo del tiempo invertido en la planificación y la realización de esta tesis, hemos tenido la oportunidad de compartir con muchas personas tanto los planteamientos como los hallazgos. Gracias a todas ellas por su apoyo.

A la Dirección de investigación de la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán Medrano”, por brindarnos la oportunidad de realizar investigaciones que contribuyan al análisis de temáticas de las determinantes de la Calidad Universitaria en el contexto de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco (UNHEVAL).

A enfermeros del Hospital II Pasco- ESSALUD, y en especial a quienes constituyeron la muestra por todo el apoyo brindado para la realización de esta investigación, ya que sin su colaboración no se hubiera logrado lo planeado.

Finalmente, se hace extensivo nuestra gratitud a todas aquellas personas que, de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de la presente investigación.

Los autores

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre nivel conocimiento y aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en el Servicio de Recuperación del Hospital II Pasco – Essalud, 2014.

Metodología. El método utilizado fue no probabilístico por conveniencia, se llevó a cabo con la totalidad de enfermeros del Hospital II Pasco Essalud que trabajan en el Servicio de Recuperación, conformado por 30 enfermeras. El tipo de estudio fue descriptivo/correlacional, retrospectivo, observacional y transversal; y el diseño que se utilizó fue descriptivo/correlacional, por el tiempo de recolección de los datos es retrospectivo y observacional. El instrumento a utilizarse fueron dos cuestionarios ad hoc para el estudio, en base a la escala del test de Likert.

Resultados. En la muestra de estudio de 30 Licenciados en Enfermería incluidos en el estudio, se encontró que el 50.00% ($n = 15/30$) corresponde a la edad de 39 a 49 años, seguido por el 36.66% ($n = 11/30$) edad de 30 a 39 años y por el 10.00 % ($n = 3/30$) de las edades de 18 a 29 años y 3.34% ($1/30$) de la edad de 50 a más años respectivamente. Respecto al sexo el 86.67% ($n = 26/30$) fue de sexo femenino y el 13.33% ($n = 4/30$) de sexo masculino. La tabla de correlaciones muestra que el factor conocimiento de las escalas de medición de la enfermera y aplicación de las escalas de medición de la enfermera en el post operatorio, en el Servicio de Recuperación del Hospital

II Pasco – Essalud en el año 2014, están relacionados, siendo su coeficiente de correlación respectivamente 0,593.

Conclusiones: El factor conocimiento de las escalas de medición de la enfermera y su aplicación de la enfermera en el post operatorio, están relacionados en el Servicio de Recuperación del Hospital II Pasco – Essalud en el año 2014, siendo su coeficiente de correlación 0,593.

PALABRAS CLAVES: Conocimiento – Aplicación - Escalas de medición post operatorio

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between knowledge level and application of the measurement scales evaluated by nurses in the post-operative period, in the Hospital II Pasco Recovery Service - Essalud, 2014.

Methods. The method was used non-probabilistic for convenience; it was performed with all the nurses of Hospital II Pasco Essalud who work in the Recovery Service, made up of 30 nurses. The type of study was descriptive / correlational, retrospective, observational and cross-sectional; and the design that was used was descriptive / correlational, for the time of data collection is retrospective and observational. The instrument to be used were two ad hoc questionnaires for the study, based on the Likert test scale.

Result: In the study sample of 30 Nursing Graduates included in the study, it was found that 50.00% (n = 15/30) corresponds to the age of 39 to 49 years, followed by 36.66% (n = 11 / 30) age from 30 to 39 years and by 10.00% (n = 3/30) of the ages of 18 to 29 years and 3.34% (1/30) of the age of 50 to more years respectively. Regarding sex, 86.67% (n = 26/30) was female and 13.33% (n = 4/30) was male. The correlation table shows that the knowledge factor of the nurse's measurement scales and application of the nurse's measurement scales in the post-operative period, in the II Hospital Pasco - Essalud Recovery Service in 2014, are related, being its correlation coefficient respectively 0.593.

Conclusions: The knowledge factor of the scales of measurement of the nurse and its application of the nurse in the post-operative, are related in the Service of Recovery of the Hospital II Pasco - Essalud in the year 2014, being its coefficient of correlation 0,593.

KEY WORDS: Knowledge - Application - Post operative measurement scales.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	vi
INDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
INTRODUCCIÓN	13
CAPITULO I	30
1. MARCO TEÓRICO	30
1.1. ANTECEDENTES	30
1.2. BASES TEÓRICAS	36
1.3. BASES CONCEPTUALES	40
CAPITULO II	62
2. MARCO METODOLÓGICO	62
2.1. ÁMBITO DE ESTUDIO	62
2.2. POBLACIÓN	63
2.3. MUESTRA	64
2.4. NIVELES Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	64
2.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	65
2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	66
2.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	67
2.8. PROCEDIMIENTO DE DATOS	80
2.9. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	80
2.10. ASPECTOS ÉTICOS	81
CAPITULO III	82
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	82
3.1. RESULTADOS	82

DISCUSIÓN	92
CONCLUSIONES	96
RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXOS	100
NOTA BIOGRÁFICA	109

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Aspectos Sociodemográficos de la muestra en estudio, Enfermeras de la unidad de recuperación del Hospital II Pasco Essalud, 2014.	84
Tabla 2	Conocimiento de las escalas de medición que evalúan las Enfermeras en el post operatorio, en el servicio de recuperación del Hospital II Pasco – Essalud, 2014.	86
Tabla 3	Aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en el servicio de recuperación del hospital II Pasco, Essalud 2014.	87
Tabla 4	Relación entre nivel de conocimiento y aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en el servicio de recuperación del hospital II Pasco – Essalud, 2014.	88
Tabla 5	Relación entre Nivel Conocimiento y Aplicación de las Escalas de Medición que Evalúan las Enfermeras en el post operatorio, en el Servicio de Recuperación del Hospital II Pasco – Essalud 2014.	91

LISTA DE GRÁFICOS

		Pág.
Tabla 1	Representación gráfica de la distribución de la edad de los profesionales de enfermería del Hospital II Pasco Essalud, 2014.	84
Tabla 2	Representación gráfica del sexo de los profesionales de enfermería del Hospital II Pasco Essalud, 2014.	85
Tabla 3	Representación gráfica del nivel de Conocimientos de los profesionales de enfermería del Hospital II Pasco Essalud, 2014.	86
Tabla 4	Representación gráfica de la Aplicación de Escalas de valoración	87

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 1	Consentimiento Informado.	100
Anexo 2	Guía de entrevista sociodemográfica de muestra en estudio.	101
Anexo 3	Cuestionario sobre conocimiento en la aplicación de escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio.	102
Anexo 4	Cuestionario sobre aplicación de escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio.	103
Anexo 5	Determinación de la confiabilidad del cuestionario – aplicado a las enfermeras para medir el conocimiento de escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en el hospital II PASCO ESSALUD 2014,	104
Anexo 6	Matriz de datos del cuestionario para medir el conocimiento de escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, para la determinación de la confiabilidad el método del índice kr - 20 de Kuder Richardson.	105
Anexo 7	Autorización para publicación de tesis electrónicas de la segunda especialidad.	106

INTRODUCCIÓN

El personal de enfermería debe tener conocimientos completos de su trabajo y sus responsabilidades. Cuando el personal de la unidad de recuperación siente un respeto genuino por el paciente y sigue las normas y procedimientos del centro quirúrgico, disminuye la posibilidad de lesionar al paciente o de ser acusado de negligencia o práctica inadecuada. Es responsabilidad de cada enfermera suministrar asistencia conforme las normas establecidas basado en evidencia científica y conocimiento de la atención de enfermería al paciente operado en el postoperatorio inmediato.

La enfermera en la unidad de recuperación, asiste al paciente post anestésico en el post operatorio inmediato, brinda cuidados con paciencia, comprensión y gran destreza, debe ser capaz de tomar juicios rápidos y adecuados haciendo uso de escalas de medición que evalúen post operatorio. La sala de recuperación debe ser siempre un medio seguro y aceptable en el que pueda realizarse la recuperación. Anteriormente, los pacientes quirúrgicos eran transferidos directamente de las salas de cirugía a la cama de hospitalización, donde el cuidado inmediato de enfermería variaba mucho permitiendo complicaciones que no eran reconocidas y tratadas a tiempo.

Revertir el fenómeno anestésico es tan fascinante como la inducción del mismo. Idealmente, la anestesia debe terminar pronto después de finalizar la cirugía. Raramente se usa un solo agente o técnica anestésico; más

frecuentemente los pacientes reciben múltiples agentes por varias rutas (intravenosa, inhalada, regional, etc.). Los estudios de investigación sobre la eliminación de las drogas usualmente involucran una sola droga y por esto no necesariamente se aplican a la situación clínica donde la “polifarmacia” es más frecuentemente la regla que la excepción. Otros factores como el enfriamiento, la hemodilución, la alteración de la función cardiovascular y respiratoria, la interacción farmacológica y los trastornos en los mecanismos de eliminación pueden afectar también el retorno de la conciencia, sensibilidad y de la fuerza muscular.

La necesidad de la documentación y evaluación de la condición física de los pacientes a su llegada a la sala de recuperación post anestésica resulta del patrón desorganizado de índices que incluyen los signos vitales, las complicaciones y si se utilizó o no una vía aérea artificial. La falta de unidad de criterios hizo aparente el requerimiento de establecer un sistema puntual reconocido que indicara la condición de llegada del paciente, su progreso hacia la recuperación de reflejos y conciencia y, sobre todo, si los pacientes podían ser trasladados a la zona de hospitalización donde el cuidado de enfermería es menos intenso y donde la valoración es menos frecuente.

Los intentos tempranos para comparar y estandarizar la fase de recuperación de la anestesia eran demasiado complicados. Esta complejidad fue causada por el uso de múltiples agentes y la ausencia de una medida de laboratorios única y analítica que pudiera cuantificar objetivamente esta recuperación. Se

hizo aparente que los signos clínicos y síntomas usualmente aplicados para evaluar estas situaciones eran más apropiados, llevando eventualmente a establecer los criterios para dar de alta. La razón que impulsan al uso clínico de escalas, cuestionarios, test, e índices pueden ser diversos, como son la ayuda al diagnóstico, el apoyo al umbral de tratamiento, la comunicación con otros profesionales, y el establecimiento de un referente poblacional.

El uso de escalas ASA, GLASGOW, EVA, ALDRETE e interpretación de las escalas de medición facilitan el trabajo de los profesionales enfermeros en:

Ayuda al diagnóstico. El diagnóstico clínico no queda determinado por la prueba, sino que advierte del riesgo de padecer el problema, siendo el profesional el que confirma o no su presencia, junto a otros datos clínicos valorados. Es de suma importancia conocer las capacidades de los métodos diagnósticos y pronósticos empleados para la correcta interpretación de los resultados. Para ello son fundamentales la sensibilidad y especificidad de una escala a la vez que la prevalencia esperada del problema en la población sujeta a estudio. No se debe olvidar que el criterio profesional es siempre necesario para tomar una decisión clínica, y que no sea la escala la que decida por el profesional. Como nota aclaratoria deben definirse los conceptos de sensibilidad y especificidad. Así, la sensibilidad responde a la proporción de casos (personas con un problema de salud) en los que la prueba (escala) da positivo, es decir, indica la capacidad de la escala para detectar casos. En cambio, la especificidad es la proporción de no-casos en los que el resultado

de la prueba (escala) es negativo, o lo que es lo mismo, indica la capacidad para detectar no-casos.

Apoyo al umbral de tratamiento: Si el fin último de la administración de una escala es determinar una actitud terapéutica, será necesario definir de antemano un umbral de tratamiento, es decir, una probabilidad de padecer el problema de salud previa a la administración de la escala a partir de la cual se decidirá tratar al paciente. Esta probabilidad umbral depende del beneficio de tratar personas con el problema y del coste de tratar personas sin el problema. Si el beneficio de intervenir es alto y los costes son pequeños, el umbral de tratamiento será bajo como en la prevención de úlceras por presión, y viceversa. De nuevo, se hace patente el criterio profesional como elemento determinante en la toma de decisiones clínicas más allá del valor numérico obtenido tras la administración de una escala.

Comunicación con otros profesionales: El valor obtenido fruto de la administración de una escala permite una comunicación sintetizada y objetiva, evitando equívocos por parte del receptor. Esta utilidad es de gran aceptación para la comunicación entre niveles asistenciales. Debe mencionarse que el valor encontrado en una escala puede y debe ser matizado con información de interés, bien por no estar recogida en la escala o por su relevancia clínica.

En la investigación clínica: Al encontrar valores objetivos cuantificables y con un referente poblacional, la escala se convierte en uno de los métodos de recogida de datos más utilizados en la investigación cuantitativa. De este

modo, mediante una escala se pueden desarrollar investigaciones para describir atributos poblacionales, compararlos con otras poblaciones o con una misma población mediada por un intervalo de tiempo, e incluso valorar la efectividad de una determinada intervención. Las escalas de calidad de vida son el paradigma de este uso y han posibilitado expandir los estudios de efectividad desde el punto de vista de coste-utilidad, aunque aún persisten algunas lagunas por resolver desde el punto de vista de los modelos económicos utilitaristas. Como limitación adicional a la extrapolación de instrumentos desarrollados en contextos ajenos donde se dan poblaciones con diferencias socioculturales, la adaptación transcultural al medio donde se pretende usar es un paso obligado y muchas veces menoscabado en los estudios de validación. Como resultado de esta negligencia es frecuente encontrar un perjuicio en la validez del contenido de la escala, y una variación en su sensibilidad y especificidad. No debe perderse de vista que ninguna prueba es perfecta, y que cualquier puntuación observada en un cuestionario es la suma de una puntuación verdadera y un error aleatorio. El desconocimiento del error de medición de las pruebas indicadas puede poner en riesgo a la persona en estudio. El proceso de construcción clinimétrica puede, si está bien realizado, disminuir al mínimo este error. La evaluación crítica del instrumento y del estudio de validación aportará elementos de juicio suficientes como para determinar su aplicabilidad. Es preciso recordar que el uso indiscriminado de instrumentos clinimétricos nunca podrá suplir las

imprescindibles habilidades en entrevista clínica y el conocimiento cualitativo de las respuestas humanas a la hora de emitir juicios.

Atención de enfermería la unidad de recuperación: La atención de enfermería en la unidad de recuperación es durante las veinticuatro horas el día a paciente programados por un acto quirúrgico u pacientes de emergencia, el personal de enfermería cumple funciones asistenciales en la recuperación post anestésica y post quirúrgica inmediata en el post operatorio inmediato, el paciente está en tránsito por la unidad de recuperación hacia su unidad de hospitalización, estabilizado en sus funciones vitales y sin señales de alguna complicación, orientado en tiempo y espacio y con el alivio del dolor quirúrgico, la permanencia del paciente es de aproximadamente entre una a dos horas tiempo necesario para la metabolización y eliminación de las drogas y gases anestésicos, al final de este periodo la enfermera de recuperación traslada al paciente a su unidad de hospitalización en compañía del camillero o técnico de la unidad, siendo el paciente recepcionado por la enfermera de hospitalización.

La investigación del problema, se justifica por las razones siguientes:

J. Antonio Aldrete, en el año 2007, demostró la necesidad de un sistema práctico y objetivo que permita evaluar la condición clínica de las cirugías al final de la anestesia y seguir su recuperación gradual hacia la conciencia, recuperación de la fuerza y determinar el momento en que deben ser dados

de alta, el mismo que ha sido satisfecha usando el Puntaje de Recuperación Post anestésica. Ha demostrado ser efectivo, confiable y seguro en cientos de millones de pacientes evaluados con este método en los Estados Unidos y la mayoría de países latinoamericanos. Últimamente, la popularidad de la cirugía ambulatoria ha requerido una modificación de la escala de original ampliándola para que incluya criterios que permitan saber si el paciente está listo para deambular en la calle y eventualmente está listo para ir a su casa. Las dos escalas, con o sin modificaciones, han sido usadas para comparar la velocidad de recuperación de diferentes anestésicos y técnicas e inclusive para determinar los criterios de cuidado de algunos anesthesiólogos (1).

Silva, Ana Gracinda Dense da, en 1999. El crecimiento del equipo de enfermería en las instituciones de salud es importante para el funcionamiento adecuado de las unidades y servicios los objetivos organizacionales, siendo responsabilidad de enfermería que gerencia este servicio, por tanto, esta debe tener preparación administrativa, para que pueda utilizar esta actividad en forma racional atendiendo las necesidades del cliente, de las unidades y del equipo. Objetivo: identificar principios básicos en la elaboración de escalas de trabajo e identificar responsabilidades de enfermería .Resultados: mostraron que las escalas sobre responsabilidad de la enfermería son de tres tipos mensual, de tareas y de días: que las enfermeras encuentran estrategias para ligar con esa actividad siguiendo modelos e reglas teóricas, así como, considerar la realidad institucional de modo que maximizaren los recursos de

que disponen; aún, el conocimiento de la legislación trabajando fundamentalmente para la elaboración de las mismas, sin olvidar, los aspectos que humanizan esa acción. En la elaboración de escalas las enfermeras enfrentan esa función, de manera semejante, para toda realidad; usando la negociación para superar conflictos y dificultades; siendo importante que la preparación para la función de gerenciamiento, incluye aspectos relacionados a la administración de personas y de los aspectos legales y humanitarios (2).

Alves, Dense; Koizumi, Maria Sumie, en el 2000. En el estudio analiza la escala de coma de Glasgow, viene siendo aplicada y registrada por los enfermeros de los servicios de emergencia dada la integración de la asistencia pre hospitalaria y hospitalización de emergencia. Se evidencia que la validación no es realizada en forma regular y sistemática se analizó la conducta de esos profesionales en algunas situaciones específicas de pacientes críticos con traumatismo craneo encefálico. Los resultados indican la necesidad de una revalidación de la escala de Glasgow en los servicios de emergencia (3).

Sousa, Fátima Aparecida, Emm Faleiros, 1999. El estudio describe la aplicación de los métodos de estimación de categorías y estimación de magnitudes. Por tal motivo aborda conceptos referentes al paradigma teórico sobre el cual ellos son basados y también varios estudios del ámbito de la enfermería en los cuales fueran utilizadas esas estrategias de medición. y

finalmente cambiamos consideraciones al respecto de las ventajas de utilizar el método de estimación de magnitudes (4).

La unidad de recuperación es crítica dentro de un hospital, en el convergen pacientes post quirúrgico en el que participa el anestesiólogo que tiene estrecha relación con la enfermera de la unidad de recuperación, ella será la encargada de recuperar al paciente del acto anestésico y de prevenir o dar la alerta de alguna complicación postquirúrgica por tanto debe estar basada en conocimientos especializados en anestesia así como conocer la hoja de anestesia es un registro que consigna importante información para la atención en el post operatorio inmediato al paciente quirúrgico. En la hoja de anestesia se consignan los datos de ubicación del paciente en el hospital, edad, sexo resultados de análisis preoperatorios, e interpretar las escalas RCV, ASA, EVA, ALDRETE, antecedentes patológicos, diagnóstico presuntivo, cirugía propuesta, diagnóstico definitivo y operación realizada, también está registrada el tipo de anestesia y las drogas y gases empleados durante el acto quirúrgico, todos estos datos al ser interpretados direcciona la atención de enfermería individualizada al paciente post operado como un todo no solo en su estado anestésico post quirúrgico.

Por estas razones se justificó el proyecto de investigación ya que es indispensable el nivel de conocimiento y la adecuada aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en la Unidad de Recuperación del Hospital II Pasco Essalud.

El propósito del problema de investigación fue el siguiente:

Se elaboró con la necesidad de proporcionar información sistematizada y actualizada sobre el nivel de conocimiento y la adecuada aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en la Unidad de Recuperación del Hospital Il Pasco Essalud, nos permitirá evaluar la condición clínica de las cirugías al final de la anestesia y seguir su recuperación gradual hacia la conciencia, recuperación de la fuerza y determinar el momento en que deben ser dados de alta, ha sido satisfactoria usando el Puntaje de Recuperación Post anestésica basada en conocimientos especializados en anestesia y recuperación, conocer e interpretar las escalas RCV, ASA, EVA Y ALDRETE, instrumentos que contribuyen a la atención del paciente post operado como un todo y no solo en su estado anestésico quirúrgico. También cabe destacar que la investigación se justifica, ya que resalta la mística y vocación de servicio que debe caracterizar a los profesionales de enfermería, debido a que los resultados evidencian las necesidades de inculcar en los mismos durante su formación un sólido apego a su rol en el cuidado del paciente de manera humanística y holística.

Viabilidad

El presente proyecto es viable puesto que se dispone de los aspectos operativos y metodológicos para llevarlo a cabo. Del mismo modo será financiado por el equipo de investigadores.

Limitaciones

La presente investigación está limitada, en cuanto al carácter transversal de los datos obtenidos a partir de las encuestas que se van a realizar a las unidades de análisis. Por ello, sería de gran interés que en futuras investigaciones se llevase a cabo un estudio longitudinal que contemplará las posibles variaciones a lo largo del tiempo en las percepciones de distintos grupos incluyendo a los (potenciales o actuales).

Dado a que el estudio es de naturaleza correlacional, con un número escaso de sujetos en relación a la amplitud de profesionales que forman parte del colectivo de enfermería, surge la necesidad de realizar estudios posteriores que incluyan en mayor medida diferentes factores extra laborales a los que se exponen estos profesionales en cada uno de los turnos, así como la influencia de los puestos específicos de riesgo, incluyendo a aquellos profesionales que están con licencia por incapacidad en el trabajo por pertenecer a este mismo grupo.

El problema que nos planteamos fue el siguiente:

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en el Servicio de Recuperación del Hospital II Pasco – Essalud 2014?

El problema de investigación presentó como objetivo general:

Determinar la relación entre nivel de conocimiento y aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en el Servicio de Recuperación del Hospital II Pasco – Essalud, 2014.

Entre sus objetivos específicos que se presentó:

- Identificar el nivel de conocimiento de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en el Servicio de Recuperación del Hospital II Pasco – Essalud.
- Establecer la aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en el Servicio de Recuperación del Hospital II Pasco – Essalud.

El problema de investigación presentó como hipótesis general:

Ha: La relación entre nivel de conocimiento y aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en el Servicio de Recuperación del Hospital II Pasco – Essalud, es significativa.

Ho: La relación entre nivel de conocimiento y aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en el Servicio de Recuperación del Hospital II Pasco – Essalud, no es significativa.

Las variables del problema de investigación fueron:

✓ **Variable Independiente**

Nivel de conocimiento de escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio.

✓ **Variable dependiente**

Aplicación de escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio.

La operacionalización de las variables fue el siguiente:

VARIABLE INDEPENDIENTE						
VARIABLES	DIMENSIONES	TIPO VARIABLE	INDICADORES			ESCALA DE MEDICIÓN
Nivel de conocimiento de escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio.	Nivel de conocimientos	Cualitativo	1.-Conoce la escala de ALDRETE en el post operatorio.	SI	NO	Ordinal
			2.-Conoce los niveles de la escala ASA.	SI	NO	
			3.-Conoce reacciones adversas de los medicamentos anestésicos más usados en centro quirúrgico.	SI	NO	
			4.-Conoce el objetivo la escala de GLASWOG.	SI	NO	
			5.-Conoce los parámetros de la escala de GLASWOG.	SI	NO	
			6.-Conoce el objetivo la escala de ASA.	SI	NO	
			7.-Conoce los valores de cada ítem de la escala de GLASWOG.	SI	NO	
			8.-Conoce cuantos son los parámetros de ALDRETE	SI	NO	

			9.-Conoce cuales son los parámetros de la escala de EVA.	SI	NO	
			10.-Conoce usted cuantos parámetros se evalúan en la escala de EVA.	SI	NO	
VARIABLE DEPENDIENTE						
Aplicación de escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio.	Escalas de evaluación en el post operatorio	Cualitativo	1.-Aplica las escalas de la intensidad del dolor.	SI	NO	Ordinal
			2.-Todos los ítems que exige la escala de ALDRETE.	SI	NO	
			3.-Todos los ítems que exige la escala de ASA.	SI	NO	
			4.-Todos los ítems que exige la escala de GLASWOG	SI	NO	
			5.-Aplica adecuadamente en sus intervenciones la escala de EVA.	SI	NO	
			6.-Los diagnósticos de enfermería adecuadamente acorde a las escalas utilizadas.	SI	NO	
			7.-Están registradas Adecuadamente las escalas de evaluación del paciente post operado.	SI	NO	

			8.-La unidad de recuperación está equipada para la evaluación del paciente post quirúrgico.	SI	NO	
			9.-En la aplicación de instrumentos ASA, ALDERETE, GLASWOG durante la evaluación del paciente, cree usted que le ayuda a simplificar sus funciones.	SI	NO	
			10.-En la aplicación de instrumentos: ASA, ALDERETE, GLASWOG en la evaluación del paciente nos permite evaluar su estado hemodinámico y no solo en su estado anestésico.			

DEFINICIÓN DE TERMINOS OPERACIONALES

Instrumentos Clinimétricos. - Son todas los scores o escalas clínicas que se han construido para valorar el estado de los pacientes y poder inferir sus cuidados.

Conocimiento. - Es el aprendizaje adquirido en preparación y el transcurso del ejercicio de la profesión

Escala de medición. - Es un instrumento clinimétrico

Post operatorio. - Es el periodo de tiempo que transcurre desde que finaliza el acto quirúrgico hasta que el paciente este de vuelta en su unidad de hospitalización, sin complicaciones quirúrgicas

Post anestésico. - Se refiere al tiempo que transcurre para que se metabolice y elimine los agentes anestésicos y el paciente este orientado en tiempo, espacio y recobre la movilidad de sus miembros bloqueados.

Dolor. - Es una sensación desagradable que debe emplear un instrumento clinimétrico. Para ser evaluado y evaluar su terapia antálgica.

Servicio de Recuperación. - Ambiente de servicio específico del profesional de Enfermería para vigilar la recuperación post anestésica del paciente post operado durante las 12 primeras horas.

CAPITULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES

La revisión sistemática de artículos científicos publicados e investigaciones ejecutadas en el plano internacional y nacional, nos muestran evidencias sobre algunos estudios relacionados al nivel de conocimiento y aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, encontrándose los siguientes:

Antecedente Internacional

En México (2011), Torres Santiago, Marisol, Zárate Grajales, Rosa Amarilis y Matus Miranda, Reyna, (8) publicaron un estudio sobre “Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación”, cuyo objetivo fue construir y validar un instrumento para evaluar la calidad de los registros clínicos de enfermería. La metodología utilizada fue, partiendo de la variable calidad de los registros clínicos de enfermería se realizó la búsqueda de información con respecto a la temática en diversas bases de datos como Pub Med, medline, Elsevier, Cochraner, consultó la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (nom-168-SSA-1998), el Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México. Así

como los estándares para la Certificación de Establecimientos de la Atención Médica del Consejo de Salubridad General. Con ello se consideró la normativa para el llenado del formato de los registros clínicos de enfermería, elaborada por la Subdirección de Enfermería perteneciente a una Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención del sector público. Construyeron un instrumento que mide la calidad de los registros clínicos de enfermería (CARCE) en sus tres dimensiones estructura, continuidad de los cuidados y seguridad del paciente. Resultados: Para la confiabilidad de sus instrumentos utilizaron el coeficiente Kuder-Richardson, alcanzando un índice de .86. Se aplicaron pruebas no paramétricas U de Mann-Whinney y Kruskal Wallis para determinar el poder de discriminación entre las variables obteniendo diferencias estadísticamente significativas $p=0.0001$.

Discusión: Coincidiendo con el Modelo **BIPS** un acrónimo para la documentación de enfermería que significa bienestar, integridad, prevención y seguridad vistos como los principales objetivos de los cuidados de enfermería y la perspectiva de Björvell C et al, quienes construyeron instrumentos para evaluar el grado en que los registros describen aspectos importantes del paciente en relación con la atención de enfermería. El instrumento CARCE aquí propuesto concuerda con los autores mencionados

en virtud de que integra la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente. **Conclusiones:** El instrumento reúne los elementos esenciales de confiabilidad y validez, así como el poder de discriminación entre las variables intervinientes. Por lo anterior se propone como un instrumento para la evaluación objetiva de los registros clínicos de enfermería en instituciones de salud pública y privada.

Antecedente Nacional

En el año 2012, Morales Loayza, Sandra Carmela, en la ciudad de Tacna, Perú; publicó un estudio sobre, "CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS – HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA AÑO 2011", un estudio tipo cuantitativo, prospectivo, de corte transversal; cuyo objetivo fue determinar la calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de los profesionales de enfermería hospitalaria. La población estuvo conformada por 64 historias clínicas correspondientes al I semestre, se aplicó una Lista de cotejo, a través de observación directa y evaluación. El análisis y procesamiento de los datos se hizo en el software SPSS versión 20, estadística descriptiva, se realizó pruebas de confiabilidad KR 20 y coeficiente de correlación. Concluyendo que las notas de enfermería presentan un porcentaje significativo de

regular calidad con un 54,7%. El 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE) (5).

En el año 2011, Marisol Torres Santiago, Rosa Amarilis Zárate Grajales, Reyna Matus Miranda, en la ciudad de México D. F., publicaron un estudio sobre “Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación”, cuyo objetivo fue construir y validar un instrumento para evaluar la calidad de los registros clínicos de enfermería. La metodología utilizada fue, partiendo de la variable calidad de los registros clínicos de enfermería se realizó la búsqueda de información con respecto a la temática en diversas bases de datos como Pub Med, medline, Elsevier, Cochraner, se consultó la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (nom-168-SSA-1998), el Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México. Así como los estándares para la Certificación de Establecimientos de la Atención Médica del Consejo de Salubridad General. Con ello se consideró la normativa para el llenado del formato de los registros clínicos de enfermería, elaborada por la Subdirección de Enfermería perteneciente a una Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención

del sector público. Se construyó un instrumento que mide la calidad de los registros clínicos de enfermería (carce) en sus tres dimensiones estructura, continuidad de los cuidados y seguridad del paciente. Resultados: Para obtener la confiabilidad se utilizó el coeficiente Kuder-Richardson, alcanzando un índice de .86. Se aplicaron pruebas no paramétricas U de Mann-Whinney y Kruskal Wallis para determinar el poder de discriminación entre las variables obteniendo diferencias estadísticamente significativas $p=0.0001$. Discusión: Coincidiendo con el Modelo vips un acrónimo para la documentación de enfermería que significa bienestar, integridad, prevención y seguridad vistos como los principales objetivos de los cuidados de enfermería y la perspectiva de Björvell C et al, quienes construyeron instrumentos para evaluar el grado en que los registros describen aspectos importantes del paciente en relación con la atención de enfermería. El instrumento carce aquí propuesto concuerda con los autores mencionados en virtud de que integra la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente. Conclusiones: El instrumento reúne los elementos esenciales de confiabilidad y validez, así como el poder de discriminación entre las variables intervinientes. Por lo anterior se propone como un instrumento

para la evaluación objetiva de los registros clínicos de enfermería en instituciones de salud pública y privada (6).

En el año 2007, J. Antonio Aldrete, demostró la necesidad de un sistema práctico y objetivo que permita evaluar la condición clínica de las cirugías, al final de la anestesia y seguir su recuperación gradual hacia la conciencia, recuperación de la fuerza y determinar el momento en que deben ser dados de alta, habiendo sido satisfecho este requerimiento usando el Puntaje de Recuperación Post anestésica. Ha demostrado ser efectivo, confiable y seguro en cientos de millones de pacientes evaluados con este método en los Estados Unidos y la mayoría de países latinoamericanos. Últimamente, la popularidad de la cirugía ambulatoria ha requerido una modificación de la escala de original ampliándola para que incluya criterios que permitan saber si el paciente está listo para deambular en la calle y eventualmente está listo para ir a su casa.

Las dos escalas, con o sin modificaciones, han sido usadas para compararla velocidad de recuperación de diferentes anestésicos y técnicas e inclusive para determinar los criterios de cuidado de algunos anesthesiólogos (1).

1.2. BASES TEÓRICAS

La Teoría del Conocimiento

Epistemológicamente la Teoría del Conocimiento, según Morris, nos refiere que es, el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie. Científicamente, es estudiado por la epistemología, que se la define como la **'teoría del conocimiento'**; etimológicamente, su raíz madre deriva del griego episteme, ciencia, pues por extensión se acepta que ella es la base de todo conocimiento. Su definición formal es "Estudio crítico del desarrollo, métodos y resultados de las ciencias". Se la define también como "El campo del saber que trata del estudio del conocimiento humano desde el punto de vista científico".(10)

En cambio, **gnoseología** deriva del griego gnosis, conocimiento al que también estudia, pero desde un punto de vista general, sin limitarse a lo científico. En la práctica, la gnoseología es considerada como una forma de entender el conocimiento desde la cual el hombre -partiendo de su ámbito individual, personal y cotidiano- establece relación con las cosas, fenómenos, otros hombres y aún con lo trascendente (11).

La teoría del conocimiento plantea tres grandes cuestiones:

1. La “posibilidad” de conocer. ¿Qué posibilidad tiene el hombre para conocer?

La epistemología propone soluciones opuestas:

a) *Escepticismo*: los escépticos dudan de la capacidad del hombre para conocer y por tanto para alcanzar alguna verdad o certeza. Sus maximalistas ponen en duda todo, desconfían de la razón y aún de sus propias impresiones sensibles; viven en completa indiferencia, ignorando todo lo aceptado, en cuanto especulación o práctica. Esta posición extrema tiene en el probabilismo seguidores que tratan de “atenuar” tal radicalismo y cuyo principio lo enuncian así: “nunca estaremos seguros de poseer la verdad, pero podemos fiarnos de algunas probables representaciones de ella, lo que nos bastará en la práctica”.

b) *Dogmatismo*: el dogmático sostiene que sí es posible conocer y que para lograrlo solo existen verdades primitivas o evidentes, que tienen ese carácter porque al pretender refutarlas implícita e involuntariamente se les afirma y porque fuera de ellas no puede haber conocimiento.

Las verdades evidentes del dogmatismo son:

- La existencia del mundo material, del yo cognoscente, del principio de la no contradicción y la amplitud de la mente para conocer.

2. **La “naturaleza del conocimiento”**, es decir, **¿cuál es la esencia del conocimiento?** Se acepta al conocer como un acto consciente e intencional del sujeto para aprehender mentalmente las cualidades del objeto, por tanto, primariamente la relación sujeto-conocimiento se establece como un **ser-en** pero también con un **ser-hacia** que le da intencionalidad, característica que lo hace frágil y cambiante; por eso, en investigación se tiene la certeza que, Popper Dixit, “La verdad en ciencia siempre es provisional”.

Para interpretar la naturaleza del conocimiento, su teoría propone dos grandes vertientes:

- a) **Idealismo**: como doctrina reduce el conocer al mundo a una actividad del espíritu e identifica lo real con lo racional, al objeto con el sujeto del conocimiento y afirma que aun lo que no se puede ver puede ser conocido.
- b) **Realismo**: al contrario, sostiene que el hombre solo puede conocer al “ser en sí mismo” o al “ser real” únicamente cuando su juicio es o está acorde con “su” realidad,

deviniendo en la corriente epistemológica opuesta al Idealismo.

3. **Los “medios para obtener conocimiento”:** Tema controvertido, que implica conceptuar de qué se vale el hombre para iniciar y desarrollar el conocimiento.

Las primeras experiencias del protosapiens se habrían manifestado concomitantes a cambios anatómicos; así, el tiempo consolida la oposición del pulgar, éxito que potencia y es potenciado por el desarrollo del cerebro, que por acierto y fracaso comienza a catalogar y valorar e instintivamente a desechar lo superfluo y solo guardar hechos esenciales y vitales. Alcanza su apogeo al desarrollar el lenguaje, hecho que mejora sustancialmente el avance al facilitar la transmisión a cada nueva generación lo aprendido de la anterior, para mantener la vida y que finalmente le va a hacer la especie dominante. Estos logros se perpetúan con el desarrollo de la escritura y más aún con la reciente invención de la imprenta.

Consecuente con este avance y tal como hoy se acepta, el inicio y desarrollo del conocimiento es un proceso gradual: el hombre al comienzo tiene en la experiencia captada por los sentidos la base para aprehender la realidad, luego aprende a

razonar, es decir a derivar juicios que le lleven a representaciones abstractas, un campo diferenciado ya de la inicial captura de la realidad en su experiencia diaria.

Caracterización del conocimiento

Basados en este desarrollo del h. sapiens, al conocimiento se le caracteriza siguiendo el medio con que se le aprehende; así, al conocer obtenido por la experiencia se le llama conocimiento empírico y al que procede de la razón, conocimiento racional. Ambas son etapas o formas válidas para conocer (3).

1.3. BASES CONCEPTUALES

Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía

El objetivo final de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la Cirugía y de este manual es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos.

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior

a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior (7,8), pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. A medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos de la Lista de verificación, podrán integrar los controles en sus esquemas de trabajo habituales y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de intervención explícita por parte del Coordinador.

Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la Lista de verificación en su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos.

Casi todos los pasos serán confirmados verbalmente por el personal que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave. Así pues, durante la “Entrada”, es decir, antes de la inducción de anestesia, el Coordinador de la lista confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el

procedimiento, así como su consentimiento para ser operado. Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente. Además, revisará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia. Lo ideal es que el cirujano esté presente en la fase de Entrada, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista de verificación.

En la "Pausa quirúrgica", cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo se detendrá justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos, y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de verificación. Asimismo, confirmarán si se han administrado

antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales. En la "Salida", todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse. Por último, antes de que el paciente salga del quirófano, repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación.

Para que la aplicación de la Lista de verificación tenga éxito, es fundamental que el proceso lo dirija una sola persona. En el complejo entorno del quirófano es fácil que se olvide alguno de los pasos durante los acelerados preparativos preoperatorios, intraoperatorios o posoperatorios.

La designación de una única persona para confirmar la ejecución de cada uno de los puntos de la Lista de verificación puede garantizar que no se omita ninguna medida de seguridad con las prisas por pasar a la fase} siguiente de la operación. Hasta que los miembros del equipo quirúrgico se familiaricen con todos los

pasos a seguir, es probable que el Coordinador de la lista tenga que guiarlos a través del proceso de verificación.

Un posible inconveniente de que haya una sola persona encargada de la lista es que podría generarse un antagonismo con otros miembros del equipo quirúrgico. El Coordinador de la lista puede y debe impedir que el equipo pase a la siguiente fase de la operación mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los puntos, lo cual puede contrariar o irritar a otros miembros del equipo. Por ello, los hospitales deben estudiar cuidadosamente qué miembro del personal es más adecuado para desempeñar esta función. Como ya se mencionó, en muchas instituciones será un enfermero circulante, pero cualquier profesional sanitario podría coordinar el proceso de verificación de la lista.

La fase de "Entrada" requiere la presencia al menos del anestesista y del personal de enfermería. El Coordinador de la lista podrá rellenar esta parte de una sola vez o secuencialmente, en función de cómo se desarrolle la preparación para la anestesia. A continuación, se explican pormenorizadamente los distintos apartados de la "Entrada":

EL PACIENTE HA CONFIRMADO SU IDENTIDAD, EL SITIO QUIRÚRGICO, EL PROCEDIMIENTO Y SU CONSENTIMIENTO

El coordinador confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de intervención prevista, el lugar anatómico de la intervención y el consentimiento del paciente para su realización. Aunque pueda parecer repetitivo, este punto es esencial para garantizar que no se opera a la persona equivocada o el lugar anatómico equivocado ni se realiza una intervención equivocada. Si el paciente no pudiera confirmar estos datos, como por ejemplo en el caso de niños o pacientes incapacitados, puede asumir esta función un familiar o tutor. En caso de que no esté presente el tutor o un familiar y se omita este paso, por ejemplo, en una emergencia, se dejará sin marcar la casilla correspondiente.

DEMARCACIÓN DEL SITIO/NO PROCEDE

El Coordinador de la lista debe confirmar que el cirujano que va a realizar la operación ha marcado el sitio quirúrgico (por lo general con un rotulador) en los casos que impliquen lateralidad (distinción entre izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles (p. ej. un dedo, una lesión cutánea o una vértebra en concreto). En el caso de las estructuras mediales (como el

tiroides) o únicas (como el bazo), la delimitación del sitio dependerá de la práctica local. Algunos hospitales no la exigen por ser extremadamente raro que se opere en lugar equivocado. No obstante, la delimitación sistemática del sitio supone una confirmación adicional de que el lugar anatómico y el procedimiento son correctos.

SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA

Para completar este paso, el Coordinador pedirá al anestesista que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido como una inspección formal del instrumental anestésico, de la medicación y del riesgo anestésico del paciente antes de cada intervención. Además de confirmar que el paciente es apto para someterse a la operación, el equipo de anestesia debe inspeccionar el equipo de intubación y aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación (incluidos el oxígeno y los fármacos inhalados), la succión y los fármacos, dispositivos y equipos de urgencia para cerciorarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento.

PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO

El Coordinador de la lista confirmará que al paciente se le haya colocado antes de la inducción de la anestesia un pulsioxímetro

que funcione correctamente. Lo ideal es que la lectura del dispositivo sea visible para el equipo quirúrgico. A ser posible, debe utilizarse un sistema de señal sonora que alerte del pulso y la saturación de oxígeno. La OMS ha recomendado encarecidamente la utilización del pulsioxímetro como componente necesario para la seguridad de la anestesia. Si no se dispone de uno, el cirujano y el anestesista deben evaluar la gravedad del caso y considerar la posibilidad de aplazar la intervención hasta que se tomen las medidas necesarias para disponer de uno. En caso de urgencia, para salvar un miembro o la vida, puede obviarse este requisito, pero en ese caso se dejará sin marcar esta casilla.

¿TIENE EL PACIENTE ALERGIAS CONOCIDAS?

El Coordinador de la lista dirigirá esta pregunta y las dos siguientes al anestesista. Primero, le preguntará si el paciente tiene alergias conocidas y, si es así, cuáles. La pregunta ha de formularse, aunque el Coordinador ya conozca la respuesta, para confirmar así que el anestesista es consciente de la existencia de alergias que supongan un riesgo para el paciente. Sólo entonces se marcará la casilla correspondiente. Si el Coordinador tiene conocimiento de alguna alergia que el anestesista desconozca, debe comunicarle esa información.

¿TIENE EL PACIENTE VÍA AÉREA DIFÍCIL/RIESGO DE ASPIRACIÓN?

El Coordinador confirmará verbalmente que el equipo de anestesia ha valorado de forma objetiva si el paciente presenta algún problema en la vía aérea que pueda dificultar la intubación. Existen múltiples formas de graduar la vía aérea, como la clasificación de Mallampati, la distancia tiromentoniana o la escala de Bellhouse-Doré. La evaluación objetiva de la vía aérea con un método válido es más importante que el método elegido en sí mismo. La muerte por pérdida de la vía aérea durante la anestesia sigue siendo lamentablemente frecuente en todo el mundo, pero puede evitarse con una planificación adecuada. Si el examen de la vía aérea indica un alto riesgo de vía aérea difícil (grado 3 o 4 de Mallampati, por ejemplo), el equipo de anestesia debe estar preparado para una eventual complicación grave en la vía aérea. Ello implica, como mínimo, adaptar el método anestésico (por ejemplo, utilizar anestesia local, si es posible) y tener a mano equipo de emergencia. Un asistente capacitado ya sea un segundo anestesista, el cirujano o un miembro del equipo de enfermería, deberá estar presente físicamente para ayudar en la inducción de la anestesia.

Como parte de la evaluación de la vía aérea también debe examinarse el riesgo de aspiración. Si el paciente padece reflujo activo sintomático o tiene el estómago lleno, el anestesista debe prepararse para una posible aspiración. El riesgo puede limitarse modificando el plan anestésico (por ejemplo, utilizando técnicas de inducción rápida o solicitando la ayuda de un asistente que aplique presión sobre el cartílago cricoides durante la inducción). Ante un paciente con vía aérea difícil o riesgo de aspiración, sólo deberá marcarse la casilla (e iniciarse la inducción) después de que el anestesista haya confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones.

¿TIENE EL PACIENTE RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 ML/KG EN LOS NIÑOS)?

En este punto, el Coordinador le preguntará al equipo de anestesia si el paciente corre el riesgo de perder más de medio litro de sangre en la operación, con el fin de garantizar que se reconoce esta posible complicación crítica y se está preparado para hacerle frente. La pérdida de un gran volumen de sangre se encuentra entre los peligros más comunes y graves para los pacientes quirúrgicos, y el riesgo de choque hipovolémico aumenta cuando la pérdida de sangre supera los 500 ml (7 ml/kg

en niños). Una preparación adecuada y la reanimación pueden mitigar considerablemente las consecuencias. Es posible que los cirujanos no comuniquen sistemáticamente el riesgo de hemorragia al equipo de anestesia y al personal de enfermería. Por consiguiente, si el anestesista no conoce el riesgo de hemorragia del paciente, debe comentarlo con el cirujano antes de inducir la anestesia. Si existiera un riesgo de hemorragia superior a 500 ml, se recomienda vivamente que antes de la incisión cutánea se coloquen al menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central. Además, el equipo debe confirmar la disponibilidad de líquidos o sangre para la reanimación. (Nótese que durante la “Pausa quirúrgica” el cirujano volverá a revisar la previsión de hemorragia, lo que permite un segundo control de seguridad al anestesista y al personal de enfermería.)

EN ESTE PUNTO SE HA COMPLETADO LA FASE DE “ENTRADA” Y PUEDE PROCEDERSE A LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA.

CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN.

Los miembros de los equipos quirúrgicos pueden cambiar con frecuencia.

La gestión eficaz de situaciones de alto riesgo requiere que todos los miembros del equipo sepan quién es cada uno y cuál es su función y capacidad. Ello se consigue con una simple presentación. El Coordinador de la lista pedirá a cada una de las personas presentes en el quirófano que se presente por su nombre y función. Los equipos que ya se conozcan pueden confirmar que todos se conocen, pero los nuevos miembros o las personas que hayan entrado en el quirófano después de la última operación, entre ellos los estudiantes y otro tipo de personal, deben presentarse personalmente.

CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE LA IDENTIDAD DEL PACIENTE, EL SITIO QUIRÚRGICO Y EL PROCEDIMIENTO

Este momento se corresponde con la “Pausa quirúrgica” convencional y cumple la normativa de muchos organismos de reglamentación nacional e internacional. Antes de que el cirujano realice a la incisión cutánea, el Coordinador de la lista u otro miembro del equipo pedirá a los presentes que se detengan y confirmen verbalmente el nombre del paciente, el tipo de intervención que va a realizarse, su localización anatómica y, si procede, la posición del paciente para evitar operar al paciente o el sitio equivocados. Por ejemplo, el enfermero circulante

anunciaría “Hagamos la pausa quirúrgica” y añadiría “¿Estamos todos de acuerdo en que este es el paciente X, al que vamos a operar de una hernia inguinal derecha?”. La casilla no deberá marcarse hasta que el anestesista, el cirujano y el enfermero circulante hayan confirmado de forma explícita e individual que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es conveniente obtener también su confirmación.

PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS

La comunicación eficaz entre todo el equipo quirúrgico es fundamental para la seguridad de la cirugía, la eficiencia del trabajo en equipo y la prevención de complicaciones graves. Para garantizar que se comunican cuestiones esenciales sobre el paciente, en la pausa quirúrgica el Coordinador de la lista dirigirá una conversación rápida entre el cirujano, el anestesista y el personal de enfermería sobre los principales peligros y los planes operatorios. Para ello, sencillamente puede formularle a cada miembro del equipo la pregunta correspondiente en voz alta. El orden de la conversación no importa, pero la casilla correspondiente sólo se rellenará después de que cada disciplina clínica haya aportado su información.

Cuando se trate de procedimientos rutinarios o con los cuales todo el equipo esté familiarizado, el cirujano puede sencillamente

anunciar: “Este es un caso rutinario de X tiempo de duración” y preguntar al anestesista y al personal de enfermería si tienen alguna reserva en particular.

EL CIRUJANO REvisa LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA

El objetivo mínimo de hablar sobre los “pasos críticos o imprevistos” es informar a todos los miembros del equipo de cualquier actuación que ponga al paciente en riesgo por hemorragia rápida, lesión u otra morbilidad importante. Asimismo, ofrece la oportunidad de revisar los pasos que puedan requerir equipos, implantes o preparativos especiales.

EL EQUIPO DE ANESTESIA REvisa SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO

En pacientes en los que el procedimiento entrañe riesgo de hemorragia intensa, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad importante, un miembro del equipo de anestesia debe revisar en voz alta los planes y problemas específicos de la reanimación, especialmente, la intención de utilizar hemoderivados y cualquier característica o comorbilidad del paciente (como enfermedades cardíacas o pulmonares, arritmias, hemopatías, etc.) que complique la situación. Se

entiende que muchas intervenciones no entrañan riesgos o problemas particularmente críticos que deban ser compartidos con el equipo. En tales casos, el anestesista puede decir simplemente: "Este caso no presenta problemas especiales".

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REvisa SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS

El instrumentista, que prepara el instrumental y el equipo necesarios para la operación, debe confirmar verbalmente que se han esterilizado y que, en el caso del instrumental esterilizado por calor, se han verificado los indicadores de esterilidad. Cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de los indicadores de esterilidad deberá comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión.

Este momento ofrece también la oportunidad de hablar de cualquier problema relacionado con el instrumental y equipos u otros preparativos para la intervención, así como de cualquier duda sobre la seguridad que puedan tener el instrumentista o el enfermero circulante, en particular aquellas que no hayan sido tratadas por el cirujano y el equipo de anestesia. Si no hay

cuestiones especiales, el instrumentista puede decir sencillamente: “Esterilidad comprobada. Ninguna duda al respecto.”

¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

A pesar del consenso y de las pruebas convincentes de que la profilaxis antibiótica de las infecciones quirúrgicas es más eficaz cuando se han alcanzado concentraciones séricas y/o tisulares adecuadas del antibiótico, los equipos quirúrgicos no administran sistemáticamente antibióticos en la hora anterior a la incisión. Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el Coordinador de la lista preguntará en voz alta durante la pausa quirúrgica si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores. El responsable de esta administración, que suele ser el anestesista, debe confirmarlo verbalmente. Si no se hubieran administrado antibióticos profilácticos, deben administrarse en ese momento, antes de la incisión. Si se hubieran administrado más de 60 minutos antes, el equipo debe considerar la posibilidad de administrar una nueva dosis; si no se administra, la casilla se dejará en blanco.

Cuando la profilaxis antibiótica no se considere necesaria (por ejemplo, si no hay incisión cutánea o en casos de contaminación

ya tratados con antibióticos), se marcará la casilla “no procede” una vez confirmado verbalmente por el equipo.

¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?

Los estudios de imagen son fundamentales para garantizar una buena planificación y desarrollo de muchas operaciones, como los procedimientos ortopédicos, medulares y torácicos o muchas resecciones de tumores. En la “pausa quirúrgica”, el Coordinador de la lista preguntará al cirujano si el caso requiere algún estudio de imagen. De ser así, el Coordinador confirmará verbalmente que dichas imágenes están en el quirófano y en lugar bien visible para que puedan utilizarse durante la operación. Sólo entonces se marcará la casilla. Si se necesitan imágenes, pero no se dispone de ellas, deben conseguirse. El cirujano será quien decida si opera o no sin el apoyo de esas imágenes cuando sean necesarias, pero no estén disponibles; si se decide a operar, la casilla se dejará sin marcar. Si no se necesitan imágenes se marcará la casilla “no procede”.

La fase de “Salida” puede iniciarla el enfermero circulante, el cirujano o el anestesista, y debe llevarse a cabo antes de que el cirujano abandone el quirófano. Puede coincidir, por ejemplo, con el cierre de la herida.

Una vez más, las casillas sólo se marcarán cuando el Coordinador haya confirmado que el equipo ha abordado cada punto de la lista.

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO

Dado que el procedimiento puede haberse modificado o ampliado en el curso de la operación, el Coordinador de la lista confirmará con el cirujano y el resto del equipo el procedimiento exacto que se haya realizado. Puede hacerse a modo de pregunta: “¿Qué procedimiento se ha realizado?” o a modo de confirmación: “Hemos llevado a cabo la intervención X, ¿no es así?”

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO QUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO PROCEDEN)

El olvido de instrumentos, gasas y agujas es un error poco común, pero que sigue ocurriendo y puede resultar catastrófico. El enfermero circulante o el instrumentista deberán por tanto confirmar verbalmente la exactitud del recuento final de gasas y agujas. En caso de que se haya abierto una cavidad también deberá confirmarse el recuento exacto del instrumental.

Si los recuentos no concuerdan, se alertará al equipo para que se puedan tomar las medidas adecuadas (como examinar los paños quirúrgicos, la basura y la herida o, si fuera necesario, obtener imágenes radiográficas).

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (INCLUIDO EL NOMBRE DEL PACIENTE)

La rotulación incorrecta de las muestras anatomopatológicas puede ser desastrosa para el paciente y es a menudo una fuente demostrada de errores por parte de los laboratorios. El enfermero circulante confirmará el correcto etiquetado de toda muestra anatomopatológica obtenida durante la intervención mediante la lectura en voz alta del nombre del paciente, la descripción de la muestra y cualquier detalle orientativo.

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS

Los problemas relacionados con el equipo son habituales en los quirófanos. Es importante identificar los fallos y el instrumental o los equipos que no han funcionado bien para evitar que se vuelvan a utilizar antes de solucionar el problema. El Coordinador de la lista debe cerciorarse de que se identifiquen

los problemas relacionados con el instrumental y los equipos que hayan surgido durante la intervención.

EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE.

El cirujano, el anestesista y el enfermero revisarán el plan de tratamiento y recuperación posoperatorio, centrándose en particular en las cuestiones intraoperatorias o anestésicas que pudieran afectar al paciente. Tienen especial importancia aquellos eventos que presenten un riesgo específico para el paciente durante la recuperación y que quizás no sean evidentes para todos los interesados. La finalidad de esta medida es transmitir información fundamental de forma eficiente y adecuada a la totalidad del equipo.

CON ESTA ÚLTIMA MEDIDA SE COMPLETA LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD. SI SE DESEA, SE PUEDE AÑADIR LA LISTA A LA HISTORIA DEL PACIENTE O ARCHIVARLA PARA FINES DE CONTROL DE LA CALIDAD.

MODIFICACIÓN DE LA LISTA

La Lista de verificación puede modificarse teniendo en cuenta las diferencias entre los centros sanitarios con respecto a sus procesos, la cultura de quirófano y el grado de familiaridad de los

miembros del equipo entre sí. Sin embargo, se desaconseja vivamente eliminar medidas de seguridad porque se considere que no se puedan realizaren el entorno o las circunstancias existentes. Las medidas de seguridad deberían impulsar un cambio real que lleve a los equipos quirúrgicos a cumplir todos y cada uno de los puntos de la Lista.

Por razones de brevedad, la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía no pretendió ser exhaustiva. Es posible que los diferentes centros quieran añadir otras medidas a esa Lista. Los equipos deberían considerar la posibilidad de añadir controles de seguridad para procedimientos específicos, especialmente si forman parte de procesos sistemáticos establecidos en el centro. Cada fase debería utilizarse como una oportunidad de verificar el cumplimiento sistemático de las medidas de seguridad fundamentales. Como medidas adicionales se podrían incluir la confirmación de la prevención de las tromboembolias venosas con medios mecánicos (como medias y botas de compresión secuencial) y/o farmacológicos (heparina o warfarina) cuando esté indicada, la disponibilidad de implantes esenciales (como mallas o prótesis), otras necesidades de instrumental o equipos o los resultados de las biopsias, análisis y determinaciones del grupo sanguíneo que

sean fundamentales antes de la operación. Se recomienda que cada centro reformatee, reordene o revise la Lista de verificación para acomodarla a la práctica local, siempre que se garantice el cumplimiento eficiente de las medidas de seguridad esenciales. No obstante, los centros y los profesionales deben ser conscientes del riesgo de convertir la Lista de verificación en un instrumento complejo y difícil de utilizar (7,8).

CAPITULO II

2. MARCO METODOLÓGICO

2.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El Hospital II Pasco ESSALUD, está ubicada en la ciudad de Cerro de Pasco, Departamento de Pasco, situada a un poco más de 4.330 m.s.n.m., en la Meseta del Bombón, ubicada en el distrito de Simón Bolívar la cual Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos además de ser una institución persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente.

2.2. POBLACIÓN

Población 30 enfermeras de la Unidad de Recuperación del Hospital II Cerro de Pasco Essalud.

- **Ubicación en el espacio:** El estudio se llevó a cabo en la seguridad social de Pasco.
- **Características de la población:**
 - ✓ **Criterio de inclusión:** En el estudio se incluyó a los enfermeros que:
 - Durante el periodo en estudio, se encontraban laborando en el hospital en estudio.
 - Los que ejercen función asistencial.
 - Tuvieron como mínimo un año de experiencia.
 - Aceptaron voluntariamente participar en el estudio mediante la firma de su consentimiento informado.
 - ✓ **Criterios de exclusión:** Se excluyeron a los profesionales de enfermería que:
 - Se encontraban ausentes en el momento de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.
 - Que no aceptaron participar en el estudio (rechacen el consentimiento informado).

2.3. MUESTRA

Unidad de análisis

Los profesionales de enfermería

Unidad de muestreo

Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

Marco muestral

Enfermeras en el post operatorio,

Tipo de muestreo

En la presente investigación se realizó el muestreo no probabilístico según criterio y accesibilidad de los investigadores.

2.4. NIVELES Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

2.4.1. Tipo de Investigación

Según el análisis y alcance de los resultados el estudio fue de tipo descriptivo **observacional**, puesto que no se realizó ninguna manipulación de las variables, sino que se tomó la información en el contexto natural de la población donde se buscó la relación de ambos,

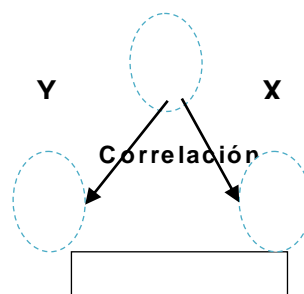
De acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue de tipo **prospectivo**.

Por el número de variables fue **descriptivo**, por el mismo hecho de contar con dos variables en estudio, en el cual se describió el fenómeno.

Y por el período y secuencia del estudio; el tipo de estudio fue **transversal** por lo que se estudió las variables en un solo período de tiempo.

2.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño que se utilizó para el presente estudio fue: el Descriptivo Correlacional, tal como se muestra en el siguiente esquema:



DONDE:

- N=** Enfermeras del Servicio de Recuperación.
- X=** Nivel de conocimiento de escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio.
- Y=** Aplicación de escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio.
- r =** Relación nivel de conocimiento y aplicación de escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio.

2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.6.1. TÉCNICAS

La técnica que se utilizó fue la entrevista a los enfermeros del Servicio de Recuperación del Hospital II Cerro de Pasco Essalud.

2.6.2. INSTRUMENTOS

El instrumento para medir la aplicación de las escalas fue elaborado por los responsables del estudio y basado en la escala de Likert, siendo validado por juicio de expertos para medir el nivel de conocimiento de las escalas que se utilizan en el post operatorio: RCV, ASA, EVA, ALDRETE y fueron las siguientes:

- **Cuestionario sobre conocimiento en la aplicación de escalas de medición que evalúan las Enfermeras en el post operatorio (Anexo 03):** Es un instrumento que recoge información sobre los conocimientos que tiene la Enfermera respecto a las Escalas de medición aplicadas en el Servicio de Recuperación. Su medición corresponde a: Bueno, regular, malo.
- **Cuestionario sobre la aplicación de las Escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio (Anexo 04):** Mide el Cumplimiento en la

utilización de las Escalas de medición aplicados por la Enfermera en el servicio de recuperación.

- **Se elaboraron los instrumentos en base a la Escala Likert** (también denominada método de evaluaciones sumarias) se denomina así por Rensis Likert, quien publicó en 1932 un informe donde describía su uso. Es una escala psicométrica comúnmente utilizada en cuestionarios y es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación, principalmente en ciencias sociales. Al responder a una pregunta de un cuestionario elaborado con la técnica de Likert, se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración (elemento, ítem o reactivo o pregunta).

2.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

2.7.1. Validez

Para validar los instrumentos de recolección de datos se aplicó dos fases, siguiendo 10 pasos, los cuales se detallan a continuación:

2.7.1.1. FASE CUALITATIVA DE LA VALIDACIÓN

A. VALIDEZ DE CONTENIDO

1. Revisión de la literatura

Para la construcción de los instrumentos de recolección de datos, se realizó la revisión de la literatura disponible en nuestro medio, como son los antecedentes investigativos. Para dicha revisión se tuvo en cuenta tres circunstancias: primera circunstancia, el concepto está plenamente definido; segunda circunstancia, el concepto está parcialmente definido; y tercera circunstancia, el concepto no está definido. En el presente estudio, los instrumentos corresponden a la segunda circunstancia, los conceptos están parcialmente definidos, pues existen circunstancias en las cuales podemos encontrar teoría medianamente consistente sobre un concepto, pero no hay instrumentos y tampoco hay un consenso acerca del concepto que deseamos medir.

2. Exploración del concepto

Se realizó únicamente este procedimiento siendo que los reactivos de los instrumentos están parcialmente definidos, para explorar dicho concepto se aplicó una entrevista a profundidad a

nivel de la población y a nivel de expertos, para identificar las percepciones personales que tienen a nivel individual cada uno de los evaluados, lo único que se buscó con este procedimiento fue encontrar el mayor número de características que nos emitieron y enunciaron las personas entrevistadas respecto a los instrumentos de las variables en estudio. Durante la entrevista a profundidad se tomó nota de las palabras claves que ayudaron a definir el concepto.

3. Enlistar los temas

Después de haber tomado nota de las palabras claves o respuestas obtenidas en las entrevistas a profundidad, se procedió a elaborar un listado de dichas palabras; este procedimiento se realizó hasta lograr completar las respuestas con el número de palabras clave correspondientes a las variables en estudio.

Una vez obtenido el listado de palabras clave a partir de las entrevistas realizadas, se prosiguió a resumir el número de temas, muchos de ellos fueron repetidos y muchas respuestas fueron

coincidentes entre las personas que hemos entrevistado; finalmente, se agrupó los conceptos.

4. Formulación de los ítems

Una vez elaborado listado de respuestas resumidas o sintetizadas que habíamos obtenido en el paso anterior. Con estos temas se formularon los ítems (Un ítem o reactivo es un enunciado u oración que escribimos en forma interrogativa o afirmativa y que constituye el cuerpo fundamental del instrumento que pretendemos construir), con el fin de corroborar si realmente existen las características que hemos enlistado.

Se formuló los ítems en dos sentidos, la mitad de ellos son favorables y la otra mitad desfavorables, el orden en el que se deben plantear estos conceptos favorables y desfavorables fue aleatorio, de hecho, hasta este punto no existe ningún orden entre los ítems que hemos construido, podemos aleatorizar completamente todo el listado de preguntas que hemos construido y es de esta forma en la que debemos presentarla a la población objetivo.

5. Selección de los jueces

El instrumento fue validado mediante apreciación de juicio de expertos. Un juez, dentro del tema de la validación de instrumentos, es una persona que nos ayudó a evaluar los ítems formulados en función a la suficiencia, pertinencia y claridad con la que estén redactados, y si bien son investigadores, su línea de investigación no necesariamente es la misma que la nuestra, de manera que no necesariamente son expertos en el tema que estamos investigando.

El primer punto es hacer una selección adecuada de jueces: se seleccionaron cinco jueces profesionales de la salud: un Médico: Dr. Esquives Cortez, Max Ronald y cuatro Lic. En Enfermería: Lic. Eliana Alcocer España, Lic. Emir Cornelio Chacón, Lic. Janeth Morales Arias, Lic. Carla Cano. La tarea de los jueces fue evaluar los ítems construidos.

Fue la decisión final del investigador elegir los ítems a ser eliminados, recordando que el investigador, el autor de los instrumentos que se

está construyendo, además de experto, es un juez y un especialista dentro de su línea de investigación.

6. Aplicación de la prueba piloto

Esta fue la primera vez que presentamos el instrumento recién construido a la población objeto de la evaluación; población en la cual evaluamos el concepto que pretendimos medir; precisamente por ello se denomina prueba piloto porque es la primera vez que lo aplicamos a la población. Una de las funciones de la prueba piloto fue volver a evaluar la claridad con la que están redactados los ítems, que si bien los jueces, nos han ayudado a evaluar esta característica, ellos no son la población objetivo, de manera que en la aplicación de la prueba piloto se contó con la presencia de la persona que creó el instrumento a fin de aclarar los conceptos redactados en él y que la población objetivo no entiende.

Es por esta razón que en esta fase de la aplicación de la prueba piloto nos aseguramos y cercioramos de que la población en la cual se aplicó este

instrumento entendiera claramente cada uno de los conceptos escritos en los ítems que constituyeron el instrumento; y por esta misma razón, en la primera fase si fue necesario que el investigador, el creador del instrumento, sea quien aplique la prueba piloto.

Ya con los instrumentos creados se cumplió la validez de contenido, pero sin haber evaluado ninguna de sus propiedades métricas. Hasta aquí ya se cumplió con la validez de contenido.

2.7.1.2. FASE CUANTITATIVA DE LA VALIDACIÓN

B. VALIDEZ INTERNA

En esta etapa, se procedió a la validación de instrumentos y a la evaluación de sus propiedades métricas, siguiendo los siguientes pasos.

C. VALIDEZ DE CONSTRUCTO

7. Evaluación de la consistencia

Luego de aplicar los instrumentos a una muestra piloto, se halló la correlación del puntaje que obtuvo para cada ítem, ello con el fin de ver que los puntajes de cada ítem realmente están siendo representados en el total.

Mientras más altos sean estos índices de correlación, mejor representados estarán en la suma total. La correlación "r" de Pearson varía entre 0 y 1, mientras más alto sea este valor, mayor correlación habrá entre el ítem; y el total valores superiores a 0,8 nos indican buena participación de este ítem en el resultado total. A este procedimiento de correlacionar todos los ítems con la suma total se le denomina correlación ítem-total. Ahora, para que exista una buena correlación entre cada uno de los ítems con la suma total, la condición es que debe haber buena dispersión en sus resultados tanto en cada ítem como en la suma total.

Como la dispersión o variabilidad se mide en términos de varianza, entonces, debe haber valores altos de varianza en cada uno de los ítems y también en el puntaje total.

En el presente estudio, los instrumentos de recolección de datos tuvieron respuestas cuya naturaleza es de tipo dicotómica, por ello se aplicó KR20.

8. Reducción de los ítems

La reducción del número de ítems se realizó mediante procedimientos netamente matemáticos. Para ello se ordenó todos los ítems según el índice de correlación que guardan con el resultado total de mayor a menor, de modo que los últimos 10 ítems tienen la menor magnitud de correlación con el puntaje total, estos ítems fueron los eliminados. La razón es muy simple porque son los que expresan menor correlación con el puntaje total o porque la variabilidad que exhiben no fue lo suficientemente amplia para expresar el grado de correlación con el puntaje total; quizá porque fueron ítems ambiguos y no pudieron detectar la verdadera intención que tuvimos al momento de utilizarlos para evaluar un concepto en la población.

9. Reducción de las dimensiones

Una dimensión es un elemento que compone el instrumento, y hasta este momento lo único que compone el instrumento son los ítems, por lo tanto, cada uno de los ítems viene a representar una

dimensión; sin embargo, debemos reunir estos ítems según un concepto más amplio que los pueda agrupar.

Entonces, en este punto, en la reducción de dimensiones, nos enfocamos en agrupar ítems que pueden representar un concepto más amplio entre todos ellos. A estos conjuntos de ítems que finalmente conforman el instrumento que estamos construyendo se les denomina dimensiones.

Entonces ahora el concepto de consistencia interna toma una acepción mucho más amplia, porque antes teníamos que ver si los puntajes de cada ítem eran consistentes con el puntaje global, ahora tenemos que ver si los puntajes de cada dimensión son consistentes con el puntaje total y, por otro lado, si los puntajes de cada ítem son consistentes con el puntaje total de su dimensión.

Incluso debemos calcular un KR20 para cada uno de los ítems respecto de su dimensión y también un KR20 para el puntaje de cada dimensión respecto del puntaje total, y el razonamiento es exactamente el mismo que hacíamos cuando

evaluábamos la consistencia interna, porque estamos evaluando una validez hacia adentro.

Desde el punto de vista de la validación de instrumentos, podemos diferenciar al análisis factorial en dos momentos: primero, el análisis factorial exploratorio; y segundo, el análisis factorial confirmatorio. También se aplicará el análisis factorial exploratorio y el confirmatorio, para determinar con exactitud que reactivos pertenecen a las dimensiones del estudio.

10. Identificación de criterio

Esto corresponde a la validez externa, por lo tanto, un criterio no es más que una segunda forma de evaluar el concepto que pretendemos medir, por eso, a este paso se le denomina “identifica un criterio” y para poder identificar claramente un criterio vamos a referirnos al paso número uno, a la revisión de la literatura.

Se evaluó una concordancia para el cual se aplicará la prueba estadística Kappa de Cohen y si lo que estamos realizando es una correlación aplicamos la prueba correlación de Pearson.

Aplicamos el índice de correlación “r” de Pearson y con esto cubrimos el primer caso donde el concepto está plenamente definido y existe un Gold Standard, prueba patrón.

2.7.2. Confiabilidad

Para estimar la confiabilidad de los instrumentos inferenciales de nuestro estudio, vimos por conveniente realizar la validez de consistencia interna para la cual empleamos el método del índice KR - 20 de Kuder Richardson, ya que dichos instrumentos contemplaban en su totalidad respuestas de tipo dicotómicas. Cuya formula

es:

$$\text{Confiabilidad} = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k P_i Q_i}{S_x^2} \right]$$

Donde:

K = Numero de ítems.

p = Porcentaje de personas que responde correctamente cada ítem.

q = **1 - p**, Porcentaje de personas que responde incorrectamente cada ítem.

$\sum \mathbf{p \cdot q}$ = Sumatoria de proporciones de aciertos por desaciertos.

S²_x = Varianza del total de aciertos.

TABLA A. Estimación de la confiabilidad del anexo 03, por el método de consistencia interna de Kuder Richardson.

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO EN LA APLICACIÓN DE ESCALAS DE MEDICIÓN QUE EVALÚAN LAS ENFERMERAS EN EL POST OPERATORIO	
No. ítems	KR20
10	0,87

Fuente: confiabilidad del Cuestionario sobre conocimiento en la aplicación de escalas

Se considera que el coeficiente de confiabilidad es bueno cuando se aproxima a 1. Expresado en porcentaje: mayor a 70%. Como el valor de KR 20 es 0.87 expresado en porcentaje: 87%, se considera que el instrumento es más confiable; por lo cual la consideramos efectiva y confiable para nuestros propósitos.

TABLA B. Estimación de la confiabilidad del anexo 04, por el método de consistencia interna de Kuder Richardson.

CUESTIONARIO SOBRE LA APLICACIÓN DE ESCALAS DE MEDICIÓN QUE EVALÚAN LAS ENFERMERAS EN EL POST OPERATORIO	
No. ítems	KR20
10	0,809

Fuente: confiabilidad del Cuestionario sobre aplicación de escalas de Medición

Se considera que el coeficiente de confiabilidad es bueno cuando se aproxima a 1. Expresado en porcentaje: mayor a 70%. Como el valor de KR 20 es 0.809 expresado en porcentaje: 80.9%, se considera que el instrumento es más confiable; por lo cual la consideramos efectiva y confiable para nuestros propósitos.

2.8. PROCEDIMIENTO DE DATOS

- a) Solicitar permiso al Hospital II Cerro de Pasco Essalud, para realizar el proyecto de investigación en dicha institución.
- b) Coordinación con la Jefatura de Centro Quirúrgico.
- c) Aplicación de la prueba piloto a los enfermeros de la Unidad de Recuperación.
- d) Determinación de la población.
- e) Aplicación de los instrumentos de recolección de datos.
- f) Procesamiento y análisis de trabajo estadístico.
- g) Elaboración de informe final.

2.9. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

- ❖ Los datos se tabularon utilizando el programa Excel a un paquete estadístico SPSS.
- ❖ Primero: Codificamos las variables de los instrumentos.

- ❖ Segundo: Se elaboró la base de datos considerando las variables categóricas y numéricas.
- ❖ Los datos se presentaron en forma descriptiva e inferencial.
- ❖ La descripción de datos categóricos se realizó mediante tablas de frecuencias y sus gráficas.
- ❖ Los datos numéricos se analizaron mediante medidas de: tendencia central.
- ❖ El análisis inferencial se realizó mediante la estadística no paramétrica, considerando que las variables de análisis, en gran medida, son categóricas.
- ❖ El estadístico de prueba que se utilizó fue el χ^2 de Pearson.

2.10. ASPECTOS ÉTICOS

Se realizó esta investigación haciendo uso del CONSENTIMIENTO INFORMADO, donde cada uno de los participantes de la investigación, luego de la información brindada, nos dio su permiso para que su participación sea de manera voluntaria, confidencial y no sea usada para ningún otro propósito.

CAPITULO III

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. RESULTADOS

3.1.1. Análisis descriptivo

Investigación Descriptiva Correlacional: tiene como finalidad determinar el grado de relación no causal existente entre dos o más variables. Se caracterizan porque primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación. Aunque la investigación correlacional no establece de forma directa relaciones causales, puede aportar indicios sobre las posibles causas de un fenómeno.

Este tipo de investigación descriptiva busca determinar el grado de relación existente entre las variables, a partir de mediciones únicas de observaciones de las variables en estudio, de hechos que se presentaron naturalmente sin intervención del investigador, pueden en este sentido retrospectivos y/o prospectivos, dependiendo de si se quiere recolectar la información de hechos que ya se presentaron o se van a presentar en el tiempo. En el

marco de lo explicitado, la presentación de los resultados de la investigación por el tipo de diseño metodológico descriptivo correlacional, se realiza sobre la base de la ficha ad hoc construida para el estudio, que nos brinda información de las variables más relevantes relacionadas asociadas al problema en estudio, permitiendo de esta manera realizar inferencias válidas para el estudio.

En primera instancia se realiza un análisis descriptivo de las variables más relevantes del estudio, para más adelante realizar el análisis estadístico correlacional para la comprobación de la hipótesis.

Se aplicó un cuestionario tipo Likert a 30 enfermeros que trabajan en la Unidad de Recuperación del Hospital II Cerro de Pasco Essalud, para medir el nivel de conocimiento de las escalas que se utilizan en el post operatorio: RCV, ASA, EVA, ALDRETE, así como para medir la aplicación de las escalas, instrumentos ad hoc que fueron elaborados por los responsables del estudio, quienes ingresaron al estudio previo consentimiento informado verbal.

TABLA 01: Aspectos Sociodemográficos de la muestra en estudio, Enfermeras de la unidad de recuperación del Hospital II Pasco Essalud, 2014.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	FRECUENCIA	
	N°	%
Edad (años)		
18 a 29 años	3	10.00
30 a 39 años	11	36.66
39 a 49 años	15	50.00
50 a más años	1	3.34
Total	30	100.00
Sexo		
Masculino	4	13.33
Femenino	26	86.67
Total	30	100.00

Fuente: Aspectos socio demográficos (Anexo 1)

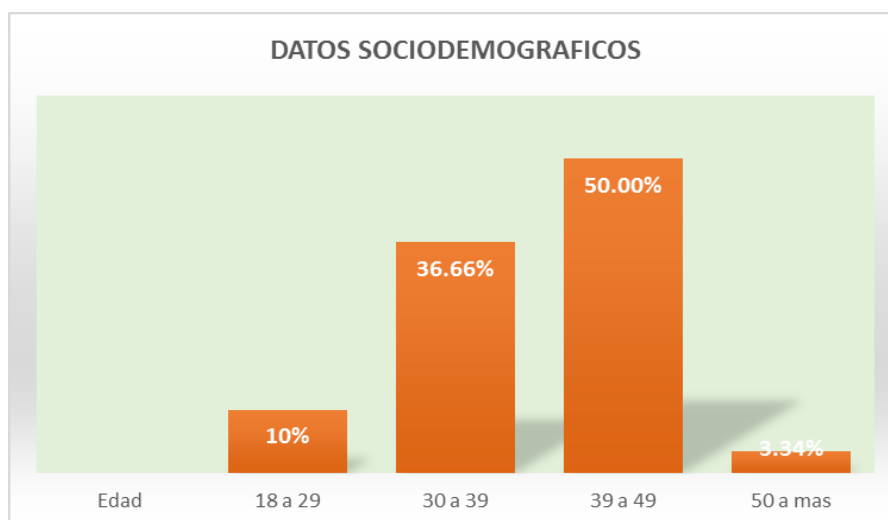


Figura 1: Representación gráfica de la distribución de la edad de los profesionales de enfermería del Hospital II Pasco Essalud, 2014.

Interpretación

En la figura 1 se puede observar que, del total de la muestra (30) Licenciados en Enfermería, se encontró que el 50.00% (n = 15/30) corresponde a la edad de 39 a 49 años, seguido por el 36.66% (n = 11/30) de 30 a 39 años seguido

de un 10.00 % ($n = 3/30$) a las edades de 18 a 29 años y finalmente un 3.34% ($1/30$) con edad de 50 a más años respectivamente.

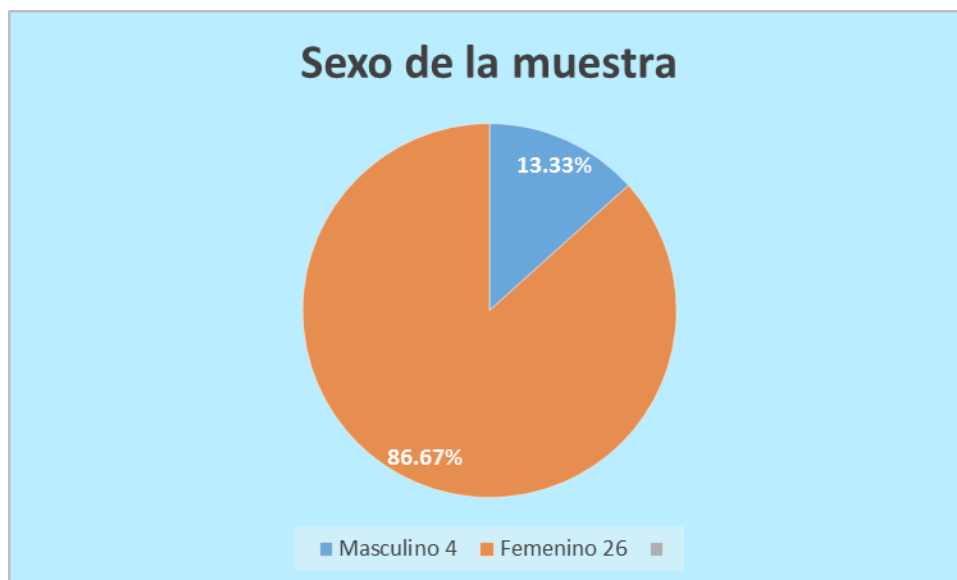


Figura 2: Representación gráfica del sexo de los profesionales de enfermería del Hospital II Pasco Essalud, 2014.

Interpretación

En la figura 2 se observa respecto al sexo que, el 86.67% ($n = 26/30$) de la muestra son de sexo femenino y el 13.33% ($n = 4/30$) son de sexo masculino.

TABLA 02: Conocimiento de las escalas de medición que evalúan las Enfermeras en el post operatorio, en el servicio de recuperación del Hospital II Pasco – Essalud, 2014.

CONOCIMIENTO DE LAS ESCALAS DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	
	N°	%
Conoce	29	96.66
Desconoce	1	3.34
Total	30	100.00

Fuente: Nivel de conocimientos (Anexo 2)

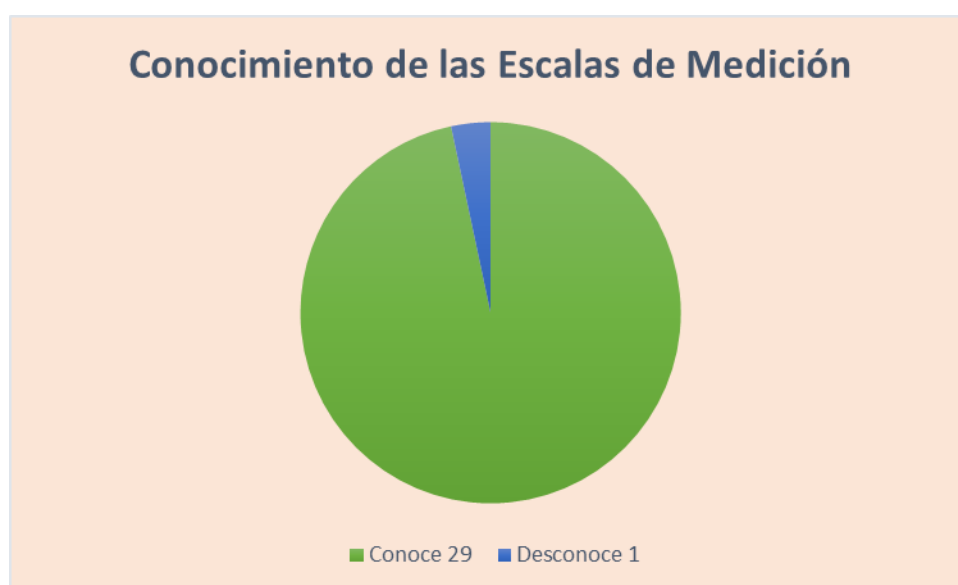


Figura 3: Representación gráfica del nivel de Conocimientos de los profesionales de enfermería del Hospital II Pasco Essalud, 2014.

Interpretación

La figura 3 nos muestra que el 96.66% (n = 29/30) de enfermeros encuestados del Servicio de Recuperación del Hospital II Pasco Essalud, conocen las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio y un 3.34% desconocen estas escalas de medición.

TABLA 03: Aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en el servicio de recuperación del hospital II Pasco, Essalud 2014.

APLICACIÓN DE LAS ESCALAS DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	
	N°	%
Aplica	30	0.00
No aplica	0	100.00
Total	30	100.00

Fuente: Aplicación de las Escalas de medición (Anexo 3)

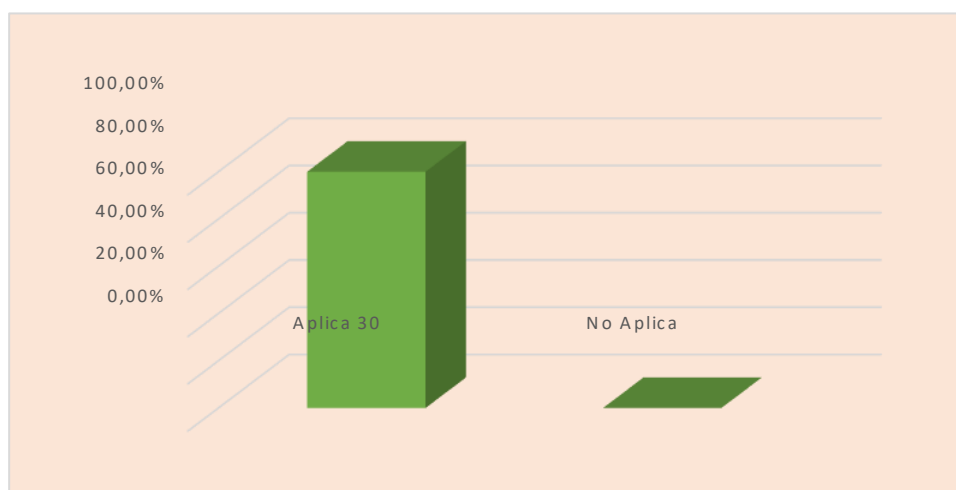


Figura 4: Representación gráfica de la Aplicación de Escalas de valoración

Interpretación:

La figura 4 nos muestra que el 100% (n = 30/30) de enfermeros encuestados del Servicio de Recuperación del Hospital II Pasco Essalud, aplican las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio.

TABLA 04: Relación entre nivel de conocimiento y aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en el servicio de recuperación del hospital II Pasco – Essalud, 2014.

APLICACIÓN DE LAS ESCALAS DE MEDICIÓN	CONOCIMIENTO DE LAS ESCALAS DE MEDICIÓN	
	Conoce (29)	Desconoce (1)
Aplica (30)	96.66	3.34
No aplica (0)	0	100%
Total		100%

Fuente: Trabajo investigación: Relación nivel de conocimiento y aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en el Servicio de Recuperación del Hospital II Pasco – Essalud, 2014.

Análisis e interpretación: La tabla 04 nos muestra que el 96.66% (n = 29/30) de casos de enfermeras conocen las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio y están relacionados con la aplicación de dichas escalas, en el Servicio de Recuperación del Hospital II Pasco – Essalud.

3.1.2. Comprobación de la hipótesis

3.1.2.1. Proceso de la Prueba de Hipótesis

Hipótesis de Investigación:

Hi: La relación entre nivel conocimiento y la aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en la Unidad de Recuperación del Hospital II Pasco – Essalud, **es significativa.**

Hipótesis Nula:

Ho: La relación entre nivel conocimiento y la aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en la Unidad de Recuperación del Hospital II Pasco – Essalud, **no es significativa.**

Evaluando la prueba de normalidad

Pruebas de Normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Puntaje en Conocimiento de las escalas de medición	,136	246	,000	,949	246	,000
Puntaje en Aplicación de las escalas de medición	,169	246	,000	,947	246	,000

Corrección de significación de Lilliefors

Todas las variables tienen distribución no paramétrica.

Correlaciones

			Puntaje en conocimiento de las escalas de medición	Puntaje en aplicación de las escalas de medición
Tau_B de Kendall	Puntaje en conocimiento de las escalas de medición de la enfermera	Coefficiente de correlación	1,000	,302**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	30	30
	Puntaje en aplicación de las escalas de medición de la enfermera	Coefficiente de correlación	,302**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	30	30
Rho de Spearman	Puntaje en conocimiento de las escalas de medición de la enfermera	Coefficiente de correlación	1,000	,409**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	9	30
	Puntaje en aplicación de las escalas de medición de la enfermera	Coefficiente de correlación	,593**	,585**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
		N	30	30

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

La tabla de correlaciones muestra que el factor conocimiento de las escalas de medición de la enfermera y aplicación de las escalas de medición de la enfermera en el post operatorio, en el Servicio de Recuperación del Hospital II Pasco – Essalud en el año 2014, **están relacionados significativamente**, siendo su **coeficiente de correlación de 0,593 y valor p 0,000**.

Tabla 05: Relación entre Nivel Conocimiento y Aplicación de las Escalas de Medición que Evalúan las Enfermeras en el post operatorio, en el Servicio de Recuperación del Hospital II Pasco – Essalud 2014.

Correlación	Rho de Spearman	Valor de p
Nivel de Conocimiento y Aplicación de las Escalas de Medición que Evalúan las Enfermeras en el post operatorio	0,593	0, 000

DISCUSIÓN

Los riesgos que inciden en la morbilidad anestésica quirúrgica son muchos y muy heterogéneos: cirugía mayor, vascular, colorrectal, urológica, plástica prolongada, sepsis, enfermedades con depresión de la respuesta inmune, compromisos múltiples con alteraciones cardiopulmonares y metabólicas (9). Mora García (10), en su propuesta incluye parámetros edad, obesidad, hipersensibilidad, número de fármacos, vía aérea difícil, enfermedades previas, tolerancia al esfuerzo, antecedentes anestésicos y quirúrgicos, tipo de cirugía, y la duración de esta, son de fácil y rápida valoración y tienen una correspondencia razonable con los puntajes propuestos por el autor, y el grado de riesgo del I al V.

Los anestesiólogos y los profesionales de enfermería que trabajan en Centros Quirúrgicos y/o Servicios de Recuperación, están acostumbrados al manejo de diversas escalas que nos ayudan a establecer el plan peri y post anestésico, poder platicar con nuestros pacientes y sus familiares, con el cirujano y el resto del equipo quirúrgico, sobre las alternativas de la técnica anestésica, sus beneficios y riesgos, así como del pronóstico inmediato y a largo plazo. De todas las escalas disponibles, la valoración del estado físico, no del riesgo anestésico, de la American Society of Anesthesiologists (ASA) es con mucho, la que más se utiliza.

Las escalas se tratan de mediciones rápidas y aplicables a casi todos los pacientes que se anestesian día con día. Existen múltiples escalas y se podría

ir describiendo varias escalas que usamos día con día: Aldrete, Ramsay, NYHA, Glasgow, APACHE, entre otras mediciones que son determinantes para la valoración de muchos y muy diversos parámetros, en escenarios clínicos generales o especiales. Todas estas escalas han sido utilizadas en su tiempo, habiéndose demostrado su utilidad por diversos investigadores, en diferentes grupos que, de edad, así como en diferentes países. Sus limitaciones son variables, la mayoría de ellas tienen un índice de certeza pronóstica aceptable. Por tanto, es necesario que la enfermera tenga un nivel óptimo de conocimientos al respecto de las escalas, las mismas que deben correlacionar con la aplicación de dichas escalas.

La recuperación posanestésica la podemos dividir en tres fases: temprana, intermedia y tardía. La valoración durante la fase temprana incluye la monitorización de la medida de la presión sanguínea, ritmo respiratorio y grado de consciencia. Cuando el paciente sale del quirófano es trasladado a la Sala de Recuperación Post-Anestésica (URPA). Se corresponde con la llamada Fase I de recuperación posanestésica. Cuando el paciente reúne determinadas condiciones llamadas criterios de Aldrete (11,12) puede ser trasladado a la Sala de Readaptación al Medio (SRM) donde se lleva a cabo la recuperación intermedia.

La fase intermedia se prolonga hasta que el paciente se encuentra preparado para ir a su domicilio y se corresponde con la Fase II de recuperación posanestésica. En determinados procesos en Cirugía Ambulatoria los

pacientes pueden ser trasladados directamente a la SRM por no necesitar monitorización postoperatoria. A este proceso se le denomina Fast-Track. Es una forma de descongestionar la URPA y se considera una mejora del proceso anestésico quirúrgico ambulatorio. En el estudio de Chung et al sobre dolor postoperatorio (13) son analizados los datos sobre 10.008 pacientes de cirugía ambulatoria. Se mide el dolor postoperatorio utilizando la escala VAS en la unidad de reanimación postoperatoria (URPA), la sala de readaptación al medio (SRM) y tras el alta a las 24 horas en el domicilio. El porcentaje de dolor severo en la URPA fue del 5,3 %, en la SRM fue del 1,7% y a las 24 horas en el domicilio fue del 5,3 %. Estos autores encuentran que existe una correlación entre el dolor moderado-severo y el índice de masa corporal, la duración del tiempo quirúrgico y ciertos tipos de intervenciones. Se encontró mayor grado de dolor en determinados procesos de cirugía ortopédica, urología, cirugía general y cirugía plástica. Se apreció más intensidad dolorosa en pacientes jóvenes, ASA I y con tendencia al sobrepeso. En el grupo que refirió dolor moderado-severo, la duración de la anestesia, el tiempo en la URPA y en la SRM fue mayor que el resto de los pacientes. La conclusión de los autores sugiere que el grupo de pacientes con estos factores predictivos necesitaran mejorar la profilaxis en la terapia analgésica; lo descrito por varios autores son coincidentes con nuestro estudio (9,10,11,12,13), donde se enfatiza que las escalas son competencia médica con participación activa de enfermería, quienes tienen un conocimiento adecuado respecto a las

diferentes escalas así como el nivel de aplicación es acorde a ese nivel, RCV, Aldrete, Glasgow, ASA, EVA, contiene información en su nomenclatura y en su interpretación se infiere la atención de enfermería en el pre-post anestésica y quirúrgica, la atención debe ser individualizada aunada a la tecnología sin olvidarse la preparación de las unidades con equipos e insumos y sobre todo no desprenderse de la humanización, J. Antonio Aldrete, reconoció la necesidad de un sistema práctico y objetivo que permita evaluar la condición clínica de las cirugías al final de la anestesia y seguir su recuperación gradual de la consciencia, recuperación de la fuerza y determinar el momento en que deben ser dados de alta, resultados que concuerda con nuestros hallazgos, mostrando que el factor conocimiento de las escalas de medición de la enfermera y aplicación de las escalas de medición por parte de la enfermera en el post operatorio están relacionados, en la Unidad de Recuperación del Hospital II Pasco – Essalud en el año 2014, siendo su coeficiente de correlación respectivamente 0,593.

Una limitación de nuestro estudio es el tamaño muestral incluido en el estudio. Es necesario realizar otros estudios más exhaustivos y con un tamaño muestral más grande.

CONCLUSIONES

Después de haber analizado e interpretado los resultados obtenidos en el estudio "Nivel de conocimiento y aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en el servicio de recuperación del Hospital II Pasco – Essalud, 2014".

Se concluyó lo siguiente:

1. El factor de conocimiento de las escalas de medición de la enfermera y su aplicación de la enfermera en el post operatorio, están relacionados en el Servicio de Recuperación del Hospital II Pasco – Essalud en el año 2014, siendo su coeficiente de correlación 0,593.
2. El estudio demostró que si existe correlación alguna entre el factor de conocimiento de las escalas de medición de la enfermera y su aplicación de la enfermera en el post operatorio.
3. El estudio precisó que el mayor porcentaje de la muestra corresponde a la edad entre 39 a 49 años de edad, siendo el sexo femenino el más resaltante.
4. Se evidenció en mayor porcentaje, que los enfermeros encuestados conocen y aplican las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio.

RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS

1. El Gerente Publico o quien haga las veces en el Hospital II Pasco Essalud, deben de impulsar políticas integrales de mejoramiento continuo de la calidad de atención con énfasis en los eventos quirúrgicos, basadas en las particularidades locales y con énfasis en escenarios urbanos y urbanos marginales, siendo necesario el fortificar con capacitación al personal de Enfermería, elevando consiguientemente la calidad de atención al paciente quirúrgico, con un nivel de conocimientos que exige la calidad del paciente al cual se brinda cuidado, evitando funciones y/o actividades repetitivas.
2. Realizar otros estudios donde se mida la participación de Enfermería, en el uso de las escalas de medición en el post operatorio con tamaños muestrales más grandes, a fin de generar comportamientos proactivos dentro de lo que nos compete en el escenario de las intervenciones quirúrgicas.
3. El incremento del equipo de enfermería en las instituciones de salud, es importante para el funcionamiento adecuado de las unidades y servicios de recuperación, sin embargo, los profesionales de enfermería que laboren en estos servicios deben tener preparación óptima al respecto, lo que significa acreditación de la especialidad en Centro Quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALDRETE, J. Antonio M.D., M.S.: Escala Aldrete y aldrete Modificada. Fundación Index; Granada España 2007.
2. SILVA GRACINDA, Ignacio Da.: Elaboración de escalas en enfermería. Revista para médicos 15 (2) 23- 30, Abr- Jun Belém; Brasil 2001.
3. ALVES, DENSE, KOIZUMI, SUMIE María: Escala de Coma de Glasgow en servicio de emergencia. Revista de enfermería 12 (3) – 100, set- dec; Brasil.1999.
4. SOUSA, Fátima; EMM FALEIROS, Aparecida: Medición escalas de categorías versus escala de razón. Revista de enfermería 12 (1): 24- 33, Jan-Abr; Brasil 1999.
5. FREITES D., TORCATT M. Información que posee el profesional de Enfermería que labora en las unidades clínicas de cirugía del Hospital Universitario de Caracas sobre los registros de Enfermería. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. 2007.
6. MORALES LOAYZA, Sandra Carmela. Calidad de las notas de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos – Hospital Regional Moquegua, año 2011.

7. Organización Mundial de la Salud. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: la cirugía segura salva vidas. ISBN 978 92 4 359859 8 (Clasificación NLM: WO 178), 2009.
8. Manual de Instrucciones para el uso del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMSII. SESCAM. [Sede web]* España; 2013 [acceso 06 de Marzo del 2015]. Disponible en http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/cursos/manual_de_uso_listado_verificacion_quirurgica-jun13.pdf
9. Tote SP, Grounds RM. Performing preoperative optimization of the high – risk surgical patient. *BJ of Anaesth*, 2006; 97:4-11.
10. CORTES B. Una Nueva Escala para Valorar el Riesgo Anestésico. *Anestesia en México*, Vol.17, No.1, (Enero-Abril), 2005
11. ALDRETE, J. The post-anesthesia recovery score revisited. *J Clin Anesth* 7 (1995), 89–91.
12. ALDRETE, J., and Kroulik, D. A postanesthetic recovery score. *Anesth Analg* 49 (1970), 924–934
13. CHUNG, F., RITCHIE, E., and SU, J. Postoperative pain in ambulatory surgery. *Anesthesia and Analgesia* 85 (1997), 808 – 816.

ANEXOS

ANEXO 01

CODIGO			
--------	--	--	--



CONSENTIMIENTO INFORMADO



Fecha:

Yo,, con documento de identidad N°, certifico que he sido informado con la claridad y veracidad respecto al trabajo académico y estoy de acuerdo en participar en la presente investigación titulada: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LAS ESCALAS DE MEDICIÓN QUE EVALUAN LAS ENFERMERAS EN EL POST OPERATORIO, EN EL SERVICIO DE RECUPERACIÓN DEL HOSPITAL II PASCO – ESSALUD 2014”**, que lleva a cabo la Lic. de Enfermería y alumna de la Segunda Especialidad de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

El objetivo del estudio es determinar la relación que existe entre “EL NIVEL DE CONOCIMIENTO de los Enfermeros (as) frente a las ESCALAS DE MEDICION EN EL POST OPERATORIO.

Entiendo que mi participación es voluntaria, que mis respuestas serán confidenciales y que no recibiré dinero por mi colaboración; por lo que acepto participar de forma voluntaria(o) como colaborador(a).

Permito que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

Firma Madre o Padre

Firma investigador



ANEXO 02



GUIA DE ENTREVISTA SOCIODEMOGRAFICA DE MUESTRA EN ESTUDIO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Nivel de conocimiento y aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en el servicio de recuperación del hospital Il Pasco- Essalud, 2014.

INSTRUCCIONES. Con el propósito de mejorar el cuidado del profesional de Enfermería en el servicio de Recuperación, quien evalúa en el post operatorio, se le solicita marcar con honestidad con un aspa (X) en la respuesta que crea conveniente. Sólo necesitamos conocer su opinión para poder evaluar y mejorar las acciones en este campo.

Gracias por su colaboración.

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1.- Marque en el recuadro correspondiente, respecto a su edad actual

- a) Entre 18 a 29 años ()
- b) Entre 30 a 39 años ()
- c) Entre 39 a 49 años ()
- d) Entre 50 a más años ()

2.- Indique su género

- a) Masculino ()
- b) Femenino ()

Código:

Fecha:



ANEXO 03

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN



**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO EN LA APLICACIÓN DE
ESCALAS DE MEDICIÓN QUE EVALÚAN LAS ENFERMERAS EN EL
POST OPERATORIO**

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Nivel de conocimiento y aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en el servicio de recuperación del hospital II Pasco- Essalud, 2014.

INSTRUCCIONES. Con el propósito de mejorar el cuidado del profesional de Enfermería en el servicio de Recuperación, quien evalúa en el post operatorio, se le solicita marcar con honestidad con un aspa (X) en la respuesta que crea conveniente. Sólo necesitamos conocer su opinión para poder evaluar y mejorar las acciones en este campo.

Gracias por su colaboración.

Conoce (c)	Desconoce (d)
2 puntos	0 puntos

N°	REACTIVOS	RESPUESTA	
		C	D
	Conoce:		
1	La escala de ALDRETE en el post operatorio.		
2	Los niveles de la escala ASA.		
3	Reacciones adversas de los medicamentos anestésicos más usados en centro quirúrgico.		
4	El objetivo la escala de GLASWOG.		
5	Los parámetros de la escala de GLASWOG.		
6	El objetivo la escala de ASA.		

7	Los valores de cada ítem de la escala de GLASWOG.		
8	Cuántos son los parámetros de ALDRETE		
9	Cuáles son los parámetros de la escala de EVA.		
10	Cuántos parámetros se evalúan en la escala de EVA.		

Escala Valorativa: Conoce (11 – 20)

desconoce: (0 – 10)

Código:

Fecha:



ANEXO 04

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"



CUESTIONARIO SOBRE LA APLICACIÓN DE ESCALAS DE MEDICIÓN QUE EVALÚAN LAS ENFERMERAS EN EL POST OPERATORIO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Nivel de conocimiento y aplicación de las escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, en el servicio de recuperación del hospital II Pasco- Essalud, 2014.

INSTRUCCIONES. Con el propósito de mejorar el cuidado del profesional de Enfermería en el servicio de Recuperación, quien evalúa en el post operatorio, se le solicita marcar con honestidad con un aspa (X) en la respuesta que crea conveniente. Sólo necesitamos conocer su opinión para poder evaluar y mejorar las acciones en este campo.

Gracias por su colaboración.

Aplica (A)	No Aplica (NA)
2 puntos	0 puntos

N°	REACTIVOS	RESPUESTAS	
		A	NA
1	Aplica las escalas de la intensidad del dolor.		
2	Aplica todos los ítems que exige la escala de ALDRETE.		
3	Aplica todos los ítems que exige la escala de ASA.		
4	Aplica todos los ítems que exige la escala de GLASWOG.		
5	Aplica adecuadamente en sus intervenciones la escala de EVA.		
6	Aplica los diagnósticos de enfermería adecuadamente acorde a las escalas utilizadas.		

7	Están registradas Adecuadamente las escalas de evaluación del paciente post operado.		
8	La unidad de recuperación está equipada para la evaluación del paciente post quirúrgico.		
9	En la aplicación de instrumentos ASA, ALDERETE, GLASWOG en la evaluación del paciente, cree usted que le ayuda a simplificar sus funciones.		
10	En la aplicación de instrumentos como: ASA, ALDERETE, GLASWOG en la evaluación del paciente nos permite evaluar su estado hemodinámico y no solo en su estado anestésico.		

Escala Valorativa: Aplica (11 – 20)

No Aplica: (0 – 10)

ANEXO 05

Determinación de la Confiabilidad del Cuestionario – Aplicado a las Enfermeras para medir el Conocimiento de Escalas de Medición que Evalúan las Enfermeras en el post operatorio, en el Hospital II Pasco Essalud 2014, Coeficiente KR 20.

El cuestionario que evalúa el conocimiento de escalas de medición que evalúan las enfermeras en el post operatorio, se aplicó a una prueba piloto de 30 enfermeras del Servicio de Recuperación del Hospital II Pasco ESSALUD. Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar la fórmula de KR20 para ítems dicotómicos.

Cuya formula es:

$$Confiabilidad = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k P_i q_i}{S_x^2} \right]$$

Donde:

K = Numero de ítems = 10

p = Porcentaje de personas que responde correctamente cada ítem.

q = **1 – p**, Porcentaje de personas que responde incorrectamente cada ítem.

$\sum \mathbf{p \cdot q}$ = Sumatoria de proporciones de aciertos por desaciertos.

S²_x = Varianza del total de aciertos.

ANEXO 06

MATRIZ DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA MEDIR EL CONOCIMIENTO DE ESCALAS DE MEDICIÓN QUE EVALÚAN LAS ENFERMERAS EN EL POST OPERATORIO, PARA LA DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD EL MÉTODO DEL ÍNDICE KR - 20 DE KUDER RICHARDSON.

N°	i1	i2	i3	i4	i5	i6	i7	i8	i9	i10	Suma
1	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	16
2	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	16
3	0	0	2	2	2	2	0	2	2	2	14
4	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	16
5	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	16
6	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	16
7	2	0	2	2	2	2	0	2	2	0	14
8	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	16
9	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	16
10	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	16
11	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	16
12	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	16
13	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	16
14	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	16
15	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	16
16	0	0	2	2	2	2	0	2	2	2	14
17	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	16
18	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	16
19	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	16
20	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	16
21	0	0	2	2	2	2	0	2	2	2	14
22	2	2	2	2	2	0	2	2	0	2	16
23	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	16
24	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	16
25	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	16
26	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	16
27	2	2	0	2	2	2	2	0	2	2	16
28	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	16
29	0	0	2	2	2	2	0	2	2	2	14
30	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	16
Var	1.11	0.51	2.42	0.46	0.2	0.56	1.02	0.59	2.01	1.98	71.09
					ΣVar.	16.3					

ANEXO 07

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

- Apellidos y nombres: ROJAS CHIARA, Enrique; DNI: 43272251;
Correo electrónico: enriquerch_919@hotmail.com.; Celular:
963916404.

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

SEGUNDA ESPECIALIDAD
Facultad de Enfermería
E.A.P: ENFERMERÍA

Título profesional obtenido: SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRURGICO

TITULO DE TESIS: “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LAS ESCALAS DE MEDICION QUE EVALUAN LAS ENFERMERAS EN EL POST OPERATORIO, EN EL SERVICIO DE RECUPERACION DEL HOSPITAL II PASCO – ESSALUD 2014”

Tipo de acceso que autoriza (n) el (los) autor (es)

MARCA “X”	Categoría de acceso	Descripción del acceso
x	PÚBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.

	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso el registro del dato con información básica, mas no al texto completo.
--	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

Al elegir la opción “público”, es a través de la presente autorizo o autorizamos de manera gratuita al repositorio institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el portal **web repositorio, unheval.edu.pe** por un plazo indefinido, consistiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso que haya marcado la opción “restringido” por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso_____

- () 1 año
- () 2 años
- () 3 años
- () 4 años

Luego del periodo señalado por usted (ES), automáticamente la tesis pasara a ser de acceso público.

Fecha y firma:

ROJAS CHIARA, Enrique

DNI: 43272251

NOTA BIOGRÁFICA

1. DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS : Enrique ROJAS CHIARA
- FECHA DE NACIMIENTO : 11/09/1985
- LUGAR DE NACIMIENTO : Cerro de Pasco
- DIRECCIÓN : Urb. las begonias Mz“v” Lte1–Comas-Lima
- E-MAIL : enriquerch_919@hotmail.com.
- CELULAR : 963916404
- DNI: : 43272251

ESTUDIOS REALIZADOS

2.1. ESTUDIOS PRIMARIOS

- Institución educativa “Ricardo Palma” – Pasco

2.2. ESTUDIOS SECUNDARIOS

- Institución educativa “Ricardo Palma” – Pasco

2.3. ESTUDIOS SUPERIORES UNIVERSITARIOS

- Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión – Pasco