

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE EDUCACION DE ENFERMERIA
PROGRAMA DE POST GRADO



TITULO DE INVESTIGACION

**" CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN LA
ASISTENCIA A PACIENTES PEDIATRICOS PARA LA RECUPERACION
POSTANESTESICA DEL BLOQUE MATERNO INFANTIL
HOSPITAL ESCUELA "**

PRESENTADO POR

Lesbia Raquel Rivera Gonzalez

PREVIA OBTENCION DEL TITULO

**ESPECIALISTA EN ATENCION EN SALUD INTEGRAL
AL NIÑO Y AL ADOLESCENTE**

TEGUCIGALPA, M.D.C.

HONDURAS, C.A.

2007

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE EDUCACION DE ENFERMERIA
PROGRAMA DE POST GRADO



TITULO DE INVESTIGACIÓN

***“CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN LA
ASISTENCIA A PACIENTES PEDIATRICOS PARA LA
RECUPERACION POSTANESTÉSICA DEL BLOQUE
MATERNO INFANTIL, HOSPITAL ESCUELA.”***

PRESENTADO POR:

LESBIA RAQUEL RIVERA GONZALEZ

PREVIA OBTENCION DEL TITULO:

ESPECIALISTA EN ATENCION EN SALUD INTEGRAL AL NIÑO Y AL
ADOLESCENTE

TEGUCIGALPA, M.D.C, 2007 HONDURAS C. A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE EDUCACION DE ENFERMERIA
PROGRAMA DE POST GRADO



TITULO DE INVESTIGACIÓN

***“CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN LA
ASISTENCIA A PACIENTES PEDIATRICOS PARA LA
RECUPERACION POSTANESTÉSICA DEL BLOQUE
MATERNO INFANTIL, HOSPITAL ESCUELA.”***

PRESENTADO POR:

LESBIA RAQUEL RIVERA GONZALEZ

PREVIA OBTENCION DEL TITULO:

ESPECIALISTA EN ATENCION EN SALUD INTEGRAL AL NIÑO Y AL
ADOLESCENTE

TEGUCIGALPA, M.D.C, 2007 HONDURAS C. A.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS:

Doctor Raúl Antonio Santos

SECRETARIO GENERAL UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
HONDURAS:

Abogado Adalid Rodríguez

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS:

Doctor Renato Valenzuela

SECRETARIA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS:

Licenciada Trinidad de Jesús Vásquez

DIRECTORA DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO:

Lic. Irma Herrera

JEFE DEPTO EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA:

Lic. Reina Lidyliá Grogan

COORDINADORA POST GRADO EN ENFERMERÍA:

McE. Mirna Ledesma Vásquez

DIRECTORA DE TESIS: MsC. Juana Carolina Buchanan.

TERNA EXAMINADORA: Lic. Maria Isabel Rodezno.

TERNA EXAMINADORA: Lic. Sofía Reyes

TERNA EXAMINADORA: MsC. Juana Carolina Buchanan.

COORDINADORA DEL POSTGRADO DE ENFERMERIA:

MsC. Myrna Ledesma Vásquez.

ASESORAS DE LA INVESTIGACIÓN:

MsC. . Juana Carolina Buchanan.

MsC. Myrna Ledesma Vásquez.

Esp. Lilian Bobadilla

"CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN LA ASISTENCIA
A PACIENTES PEDIATRICOS PARA LA RECUPERACION
POSTANESTÈSICA DEL BLOQUE MATERNO INFANTIL, HOSPITAL
ESCUELA."

APROBACION DE TESIS.



MsC. JUANA CAROLINA BUCHANAN

DIRECTORA DE TESIS



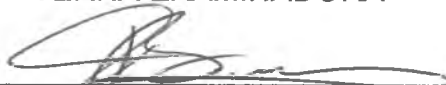
MsC. MARIA ISABEL RODEZNO

TERNA EXAMINADORA



MsC. SOFIA REYES

TERNA EXAMINADORA



MsC. JUANA CAROLINA BUCHANAN

TERNA EXAMINADORA



MsC. MYRNA VASQUEZ DE CRUZ

DIRECTORA DE POST-GRADO EN ENFERMERIA

INDICE

CAPITULO I.....Pág. 1 al 8

1.1 Introducción.....	1, 2.
1.2 Justificación.....	3
1.3 Planteamiento del problema.....	4,5
1.4 Objetivo general.....	6
1.5 Objetivos específicos.....	6
1.6 Definición del problema.....	7
1.7 Hipótesis.	8

CAPITULO II.....Pág. 9 al 36

2.1 Marco teórico.....	9-33
2.2 Definición de variables.....	33-36

CAPITULO III.....Pág. 37 al 46

3.1 Metodología.....	37-46
3.2 Limitantes del estudio.....	44
3.3 Consideraciones éticas.....	44
3.4 Plan de tabulacion y análisis.....	45-46

CAPITULO IV.....Pág. 47 al 68

4.1 Resultados.....	47
4.2 Presentación y análisis de resultados.....	48-72

CAPITULO V.....Pág. 73 al 81

5.1 Discusión.....	73-78
5.2 Conclusiones.....	79-80
5.3 Recomendaciones.....	81

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....Pág.82 al 84

ANEXOS.....Pág.85 al 109

1 Instrumentos.....86- 101

2 Consentimiento libre esclarecido.....102

3 Tablas y gráficos.....103-108

4 Otros.....109

DEDICATORIA

A los niños de Honduras el motivo de mi esfuerzo y superación.

A mi hijo David Gale Rivera y mi esposo David Gale.

A mi familia mi madre Maria Raquel González, mi padre Leonel Rivera, mis hermanos Leonel Fernando, y Nancy Edith.

A mi gremio Enfermería profesional.

A los niños de Honduras, mi País.

AGRADECIMIENTO

- ✚ Primeramente a mi Dios quien nos faculta para lograr nuestros objetivos si los ponemos en sus manos.
- ✚ A mi familia por sus palabras de animo y comprensión; y en especial a mi esposo David Gale por su ayuda incondicional en todo momento, sacrificando momentos de relajamiento por el estrés de cargas académicas; igualmente debo agradecer a mi hijo David Gale Rivera, que a pesar de su corta edad a sabido otorgarme tiempo y espacio de realizar mis tareas, pero sobre todo por ser mi mayor inspiración de superación que puedo tener.
- ✚ A la Secretaria de Salud de mi País por apoyar estos programas educativos, y aprobar los permisos correspondientes para la asistencia a clases.
- ✚ A mis docentes y compañeras del postgrado por los conocimientos y experiencias compartidos.
- ✚ A mis jefes, y compañeros de trabajo, que apoyaron mis proyectos educativos en el servicio.
- ✚ A la Unión Centroamericana Central Adventista, por el apoyo espiritual y financiero brindado.

Toda investigación amerita de esfuerzo y mucha ayuda, esta es una buena razón para dar gracias a las personas que gentilmente contribuyeron al logro de nuestro objetivo.

Gracias a todos.

RESUMEN

La unidad de cuidados post-anestésicos (UCPA, o sala de recuperación) es el área del hospital que se designa para la vigilancia y cuidado de pacientes, que se recupera de los cambios fisiológicos producidos por la anestesia y la cirugía(1).

La recuperación anestésica suele ocurrir sin incidentes; sin embargo un estudio reportado por Cooper y Col(2) indicó que casi el 70% de los accidentes críticos se atribuyen a un error humano, y ocurren en el cuidado de pacientes . A partir de este análisis se estimó que es posible prevenir el 50% de la mortalidad relacionada. Considerando que no existen estudios en el país relacionados con este tema; la presente investigación tiene como objetivo, determinar el grado de conocimientos y prácticas que tiene el personal auxiliar de Enfermería, en la asistencia al paciente postoperado.

La investigación es de tipo cualitativo y cuantitativo, analítico y transversal, llevado a cabo en la Unidad de Recuperación del Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela. La recolección de datos se realizó en febrero, marzo, y abril del 2007, mediante la técnica de entrevista y la observación; utilizando tres instrumentos, el primero para medir el conocimiento del personal de enfermería, el segundo consiste en verificar el registro de las acciones de enfermería en el expediente clínico y un tercer instrumento de observación, basado en una lista de cotejo con criterios y parámetros estandarizados para medir el desempeño.

Previo a la recolección de datos, se obtuvo la autorización de la Directora de Enfermería del hospital, la enfermera Jefe de los servicios quirúrgicos, y la enfermera jefe, de la sala de Recuperación; así como el consentimiento informado por escrito de todo el personal participante; donde se explicó los

objetivos del estudio, la importancia del mismo y las implicaciones de su participación.

Entre los principales resultados se encontró que el 50% del personal auxiliar de enfermería, tiene mas de 16 años de laborar en la sala de recuperación, el 25% no recibió inducción formal a su trabajo y el 67% no ha recibido capacitación desde su ingreso.

Al indagar sobre los conocimientos del personal de enfermería en relación al cuidado postoperatorio, únicamente el 42% obtuvo un índice de bueno¹, el 58% deficiente², Indicando desconocimiento de aspectos básicos en el cuidado del paciente postoperado tales como: parámetros normales de signos vitales, toma y frecuencia de los mismos; así como las actividades prioritarias al recibir el paciente, también de las complicaciones más comunes, y criterios para el traslado a sala.

En cuanto al índice de desempeño del personal auxiliar de enfermería, el 84% fue deficiente.

Al relacionar el conocimiento con el desempeño se encontró que a pesar que el 42% posee buenos conocimientos su desempeño es deficiente, sugiriendonos un aumento del riesgo de complicación del paciente.

Es indispensable que la unidad de recuperación sea atendida por enfermeras especializadas con conocimientos y habilidades, y que transformen el servicio en un medio heurístico y así prevenir las complicaciones postoperatorias(3).

¹ Corresponde al rango de 60% a 79%.

² Corresponde al rango de 35% a 59%.

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El presente informe detalla la estructura, desarrollo y resultados de la investigación realizada en la sala de Recuperación Postanestésica del Hospital Materno Infantil, y es una respuesta a la necesidad de sistematizar los procesos de enfermería que se realizan en el post operatorio inmediato, específicamente de los pacientes comprendidos entre las edades de 0 a 19 años.

Además es una oportunidad de realizar una proyección en el servicio de los conocimientos adquiridos en la especialidad de "Atención en Salud Integral al Niño y al Adolescente".

El documento en mención está encaminado a brindar un panorama de la realidad de la Sala de Recuperación, con el propósito de ayudar a la mejora y rescate de "El quehacer de enfermería" y su rol en el paciente pediátrico post operado.

El estado anestésico, usualmente reversible, requiere una vigilancia continua en todo paciente que lo reciba para hacerle una intervención quirúrgica, hasta que estas drogas y sus metabolismos sean reducidos en su concentración o eliminados del organismo y éste recupere su nivel de conciencia normal y/o sus signos vitales normales de respiración, presión arterial, pulso y temperatura(1).

El proceso de recuperación difiere mucho según el tipo de procedimiento efectuado, en la mayoría de los pacientes el objetivo principal es asegurar que estén en condiciones de proteger la vía aérea con mínima demora y, además, libres de somnolencia, ataxia, dolor y debilidad muscular.

Por ello es indispensable tener registros bien documentados y veraces, como una ayuda para una rápida evaluación e interpretación de los cambios fisiológicos que puedan presentarse (1).

Al hacerlo, desde que el paciente ingresa a la sala de Recuperación, hasta su traslado, resultan de gran utilidad principalmente para él y para los profesionales que lo atienden, pues de manera rápida y efectiva en cualquier momento se pueden determinar con seguridad sus condiciones fisiológicas que permiten orientar y encausar conocimientos y destrezas hacia una terapia adecuada para cada caso en particular.

La clave del tratamiento a seguir esta determinada por la necesidad del paciente.

La vigilancia y el tratamiento de la UCPAP además de facilitar los servicios de enfermería, ayudan a salvar vidas.

A lo largo de la historia se ha logrado reducir sustancialmente, hasta un 30% la morbilidad y mortalidad en el post operatorio inmediato, con la atención por médicos y enfermeras especializados permitiendo a las UCPAP fungir como un verdadero laboratorio de investigaciones, con amplias posibilidades de enseñanza, ya que al termino del acto intervencionista, se pueden analizar todos los factores que estuvieron en juego desde la visita previa hasta el fin de la recuperación (1).

Por eso creemos que el estudio realizado puede motivar al personal involucrado a actualizar sus conocimientos para mejorar su desempeño.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La fase de la asistencia post quirúrgica, esta dirigida a reconocer la importancia de los signos de alerta que pueda presentar el paciente, después de someterse a alguna cirugía, y de anticipar o prever las complicaciones post operatorias.

La observación minuciosa y continua del paciente, debe ser hasta que los signos vitales estén estables, respire sin dificultad, los reflejos vuelvan a ser normales, y que el paciente haya recobrado totalmente sus capacidades motoras y este despierto; considerando estos conceptos, creo de vital importancia, la elaboración de un estudio investigativo, basado en la evidencia, en el área donde laboro actualmente, que nos revele datos importantes sobre el nivel de conocimientos que tiene el personal de enfermería y los procesos de enfermería que se realizan en la unidad de cuidados post anestésico (UCPA).

La UCPA, o sala de recuperación del Hospital Materno Infantil, cuenta con 2 profesionales de enfermería cubriendo turno A y B de lunes a viernes, apoyadas por 13 auxiliares de enfermería, haciendo turnos rotatorios de A, B, C, mas una ayudante de enfermería; hay dos personas por contrato de todo el recurso humano de la sala. Debido a que el 70% del personal tiene más de 10 años de laborar en este servicio, y a la falta de actualización y capacitación del personal, pretendo, identificar si todas las activadas y atenciones que se brindan en la sala son suficientes o si se puede hacer más para la recuperación exitosa de los pacientes en el tiempo esperado (3).

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando un paciente post operado llega a la sala de cuidados post anestésicos, o sala de recuperación, es importante brindarle una atención inmediata y continuar el monitoreo de los signos vitales, asegurando el nivel de oxigenación óptimo, su función circulatoria normalizada evidenciada en la presión arterial, y su capacidad termorreguladora propia; también, evaluar la actividad muscular y su estado de conciencia en la medida que se va recuperando, con el fin de anticiparnos a posibles complicaciones, como: Paro cardio-respiratorio, infecciones mediatas, sangrados, hipotermia, hipertensiones fulminantes, etc.

Para minimizar riesgos al paciente en esta unidad, es de vital importancia utilizar instrumentos validos de atención que ayuden a guiar las acciones de enfermería en un orden favorable para el paciente y simplifiquen y organicen sus labores (4).

Planteamiento

Notamos que en la sala de Recuperación Materno Infantil, la atención de enfermería varía entre un paciente a otro sin un orden específico; y que también existen diferencias de atención entre una enfermera y otra, ocasionando a los pacientes un mayor riesgo de complicaciones y deterioro en su estado de salud, situación contraria a la razón principal de ingresarlos a esta unidad.

Uno de los factores que puede marcar estas variaciones, son las diferencias que hay entre una persona y otra, el conocimiento y la experiencia de cada una; pero mayormente porque no se cuenta con un manual de procedimientos instituido como normas de atención de enfermería, solo existe un manual de normas del servicio quirúrgico que incluye a sala de operaciones y recuperación del Bloque Medico Quirúrgico y Bloque Materno Infantil, pero que aun no se ha logrado socializar, al personal de esta área.

Nuestra investigación tiene el fin de determinar si el personal de enfermería tiene el conocimiento necesario para brindar la asistencia correcta, sistematizada y de calidad, a los pacientes pediátricos y de que manera utilizan ese conocimiento en la práctica, así podremos saber con certeza si es importante o no implementar algún tipo de instrumento que permita a los pacientes, recuperarse con el mínimo de riesgos de su situación de salud.

1.6 DEFINICIÓN DE PROBLEMA

¿Cuales son los conocimientos y prácticas del personal de enfermería en la asistencia a pacientes pediátricos para la recuperación postanestésica, en el Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela?

1.7 HIPÓTESIS

El personal Auxiliar de Enfermería con más antigüedad laboral en la sala de recuperación pediátrica tiene mejores conocimientos y desempeño que las de menos tiempo de laborar en la unidad.

CAPITULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

UNIDAD DE CUIDADOS POSTANESTESICOS.

La unidad de cuidados post-anestésicos (UCPA, o sala de recuperación) es el área del hospital que se designa para la vigilancia y cuidado de pacientes que se recuperan de los cambios fisiológicos inmediatos producidos por la anestesia y la cirugía. Las normas en el cuidado post-anestésico están avaladas por la American Society of Anesthesiologists de Estados Unidos, e incluyen el uso del oxímetro de pulso. Es indispensable que la UCPA esté atendida por enfermeras especialmente capacitadas y diestras para reconocer pronto las complicaciones postoperatorias.

La localización de la UCPA que debe ser en las inmediaciones del quirófano, facilitan el rápido acceso a la consulta y asistencia médicas.

De manera específica es indispensable que haya siempre disponible un anestesiólogo para poder garantizar la recuperación sin riesgos de la anestesia. Habrá de contarse con equipo y fármacos para proporcionar la asistencia ordinaria (oxígeno suplementario, aspiración, vigilancia de signos vitales, oxímetro de pulso, electrocardiógrafo) y soporte avanzado de órganos (ventiladores, transductores para vigilar presiones intravasculares, dispositivos para administración continua de fármacos).

Es indispensable contar con un desfibrilador eléctrico y con los fármacos apropiados para asistir en la óptima provisión de reanimación cardiopulmonar. La UCPA debe tener un buen acceso a los servicios de radiología y de gases sanguíneos arteriales. El tamaño de la UCPA depende del número y tipo de procedimientos operatorios; se necesitan aproximadamente 1.5 camas de recuperación por cada quirófano.

El egreso de los pacientes de la UCPA es responsabilidad de un médico, con mayor frecuencia de un anestesiólogo.

Desde el punto de vista administrativo, por lo general es también un anestesiólogo quien funge como director médico de la UCPA y/o una enfermera especialista reconocida (2).

En la actualidad nuestro sistema de salud ha pretendido adoptar la política de buenas prácticas clínicas en todos los niveles de atención en la red; para lograrlo se debe fortalecer el área de la investigación y ésta debería ser basada en la evidencia a fin de tener un mejor impacto.

La unidad de cuidados postanestésicos es una sala especializada, catalogada como área crítica por la complejidad y estado del paciente que se atiende; sin embargo, en nuestro país no hay estudios publicados y actuales referentes.

En un estudio expuesto por el departamento y cátedra de anestesiología de Uruguay en 1996 (5), enfocado a la calidad asistencial en el área de recuperación postanestésica se encontró que el 63% de los pacientes dados de alta de la UCPA, no logró discriminar al personal responsable de su atención por lo que no sintió diferencia entre el médico, enfermera, etc.

En el análisis de satisfacción, ésta fue catalogada como de "muy buena", pero el 42% de los pacientes recibieron una inadecuada información de su diagnóstico, un 32% presentó disconfort durante su estancia en el área, citando molestias con: el frío y los ruidos generados por el personal del lugar.

En conclusión se menciona la necesidad de crear medidas educativas e información para los recursos humanos que trabajan en las salas de recuperación postanestésicas tendientes a mejorar la relación con el paciente, mejorar la infraestructura y aplicar normas de seguridad(5).

La recuperación anestésica suele ocurrir sin incidentes; sin embargo un estudio reportado por Cooper y Col (3) indicó que casi el 70% de los accidentes críticos se atribuyen a un error humano, clasificado el 24% como administración

inadecuada de fármacos, uso incorrecto del aparato de anestesia 22% y errores en la atención de las vías respiratorias 16%, los cuales ocurren en el cuidado del pacientes .

La UCPAP se mantiene en silencio, aseada y sin equipo innecesario. Debe pintarse con colores suaves y placenteros y contar con iluminación indirecta, techo a prueba de ruidos, equipo que controle o elimine el ruido (bacinetes plásticos, protectores de caucho en camas y mesas) y secciones aisladas, pero a la vista para los pacientes inquietos. Además debe estar bien ventilada. Dichas características tienen gran valor psicológico para disminuir la ansiedad del paciente. La cama debe proporcionar acceso fácil al individuo, debe ser segura, debe moverse con facilidad, debe colocarse con rapidez en posición para tratar el choque y tiene características que facilitan la atención, como postes para líquidos intravenosos, barandales laterales, frenos en las ruedas y espacios para colocar el expediente (2).

En algunos hospitales y centros de cirugía ambulatoria se acostumbra dividir la atención post anestésica en dos fases:

Fase I: Consiste en la recuperación inmediata y requiere cuidados intensivos de enfermería.

Fase II: Se reserva para personas que requieren una observación menos frecuente y menores cuidados de enfermería. En la unidad de fase dos el individuo se prepara para ser dado de alta a su hogar.

En las instituciones donde la sala de recuperación no se divide en dos sitios distintos la persona permanece en la unidad de cuidados post anestésicos y es dada de alta a su hogar directamente de esa unidad.

Las enfermeras responsables de la sala de la recuperación deben contar con habilidades especiales. Debe vigilar con frecuencia (cada 15 minutos), el pulso, electrocardiograma, frecuencia respiratoria, presión arterial y oximetría de pulso del paciente. En algunos casos también es necesario vigilar los niveles de dióxido de carbono del final de la respiración.

Las vías respiratorias del sujeto pueden obstruirse debido a los efectos latentes de la anestesia reciente, y la enfermera de la recuperación debe estar preparada para auxiliar en la re-intubación y en otras urgencias que puedan surgir. Por eso la importancia de poseer habilidades notorias de valoración y clínicas y enseñanza para el paciente (7).

RECUPERACIÓN DE LA ANESTESIA

La recuperación anestésica suele ocurrir sin incidentes. Se inicia con la suspensión de la administración de los anestésicos y la extubación traqueal, mientras el paciente permanece todavía en la sala de operaciones. La velocidad en el decremento de la concentración alveolar (presión parcial) de un anestésico inhalado, como reflejo de la recuperación, depende de la ventilación del paciente, la solubilidad en sangre y lípidos del anestésico, la magnitud del metabolismo de éste y la duración de la anestesia. Es probable que los pacientes comiencen a responder a estímulos verbales cuando las concentraciones alveolares disminuyan. La recuperación de los efectos anestésicos de los fármacos inyectados depende de la dosis administrada, el tiempo transcurrido desde la última inyección, y la liposolubilidad del fármaco, así como de su inactivación hepática, su eliminación renal o ambos. Si se administraron relajantes musculares, es importante evaluar la actividad residual de estos agentes. Dicha evaluación se hace con mayor frecuencia en la sala de operaciones, antes de permitir el retorno espontáneo de la ventilación o considerar la extubación traqueal (2).

INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS POST-ANESTÉSICOS

Es responsabilidad del anestesiólogo o anestesista transferir al paciente, después de la operación del quirófano a la unidad de recuperación. Mientras se transfiere a la persona del quirófano a la recuperación, el anestesiólogo debe permanecer junto a la cabecera de la camilla (para mantener las vías respiratorias permeables), mientras un miembro del equipo quirúrgico (enfermera circulante) permanece en el otro extremo.

El traslado implica tener consideración especial a la región de la incisión, a posibles cambios vasculares y a la exposición. Cada vez que se mueve al paciente post operado hay que tomar en cuenta la localización de la incisión quirúrgica; en muchos casos las suturas de las heridas están sumamente tensas y debe procurarse no someter la región suturada a mas tensión.

Además es necesario asegurarse de que la persona no este sobre los drenes o equipo de drenaje, pues los obstaculiza. Es posible que surja hipotensión arterial grave cuando se cambia de una posición a otra. Por tanto los pacientes se deben mover lenta y cuidadosamente.

Tan pronto se coloque al sujeto a la camilla o a la cama, se retira la bata sucia y se reemplaza con una seca. Se cubre con sabanas ligeras y tibias, así mismo se colocan barandales laterales para protegerlo contra caídas.

La enfermera que recibe el paciente en la recuperación verifica lo siguiente con el anestesiólogo o anestesista:

- Diagnostico médico y tipo de operación realizada.
- Antecedentes médicos y de alergias aplicables.
- Edad del paciente y estado general.
- Permeabilidad de las vías respiratorias y signos vitales.
- Anestésico y otros medicamentos empleados en la cirugía.
- Cualquier problema que haya surgido en el quirófano y pudiera influir en la asistencia post operatoria (hemorragia abundante, choque, paro cardiaco).

- Proceso patológico identificado en la cirugía.
- Volúmenes de líquidos administrados, hemorragia calculada y transfusiones.
- Cualquier tubo, dreno, catéter, sonda u otros dispositivos similares.
- Información específica sobre lo que el cirujano o anestesiólogo desea que se notifique (presión arterial, frecuencia respiratoria con límites específicos).

Los objetivos del tratamiento de enfermería en la recuperación son cuidar al paciente cuando se recupere de los efectos de la anestesia, es decir, hasta que vuelva a desplegar sus funciones motoras y sensoriales, esté orientado, sus signos vitales sean estables y no haya evidencia de hemorragia u otras complicaciones (7).

Con frecuencia, la enfermera de la UCPA se encarga del cuidado de un solo paciente. Requiere particular atención el monitoreo de la oxigenación (oximetría de pulso) ventilación (frecuencia respiratoria, permeabilidad de vías respiratorias) y circulación (presión arterial, frecuencia cardíaca, electrocardiograma). Deben registrarse los signos vitales por lo menos cada 15 minutos, mientras el paciente permanece en la UCPA.

Los signos vitales y otra información pertinente se registran en una hoja aparte (forma de registro) que luego se integra al expediente médico del paciente.

La enfermera alienta al paciente a que tosa, respire profundamente y cambie de posición. Antes del traslado o alta de la UCPA, el paciente es evaluado por el médico (por lo general, un anestesiólogo) quien escribe una nota en el expediente médico describiendo los aspectos pertinentes del período anestésico y de la estancia de aquel en la UCPA. Esta nota será una fuente útil de información para anestesiólogos que en el futuro podrían tener a su cargo la administración de anestesia a este mismo paciente.

Aunque no se han estandarizado los criterios para el egreso de la UCPA, es característico que incluyan una evaluación del paciente en cuanto a

- ↓ Actividad (movimiento de extremidades en respuesta a una orden)
- ↓ Respiración
- ↓ Presión arterial
- ↓ Estado de la conciencia
- ↓ Coloración.

La enfermera de la UCPA debe dar una descripción completa de la evolución transoperatoria y postoperatoria inmediata del paciente a la enfermera de guardia, al momento en que el paciente sea entregado al siguiente turno.

Como se ha mencionado anteriormente el personal de Enfermería juega un papel fundamental en el cuidado del paciente postoperado, específicamente el paciente pediátrico; para lo que en algunos países los profesionales de la Enfermería han querido dar un perfil específico del personal que labora en estas unidades tomando en cuenta los siguientes puntos mínimos:

- Paradigmático o instrumental: capacidad para desarrollar cuidados postoperatorios inmediatos.
- Humanístico Social: capacidad para organizar, interpretar y transformar el servicio en un medio heurístico. (Capacidad de un sistema para realizar de forma inmediata innovaciones positivas para sus fines, la capacidad heurística es un rasgo característico de los humanos, desde cuyo punto de vista puede describirse como el arte y la ciencia del descubrimiento y de la invención o de resolver problemas mediante la creatividad y el pensamiento lateral o pensamiento divergente. Heurística=Eureka, Arquímedes)
- Define lo que debe ser, lo que debe hacer, y porque hacer en el servicio.

Para el logro de estos objetivos se deben definir las funciones basados en los siguientes conceptos:

Funciones Dependientes. Incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que debe realizar la enfermera/o, la responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

Funciones Interdependientes. Se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como colaborativos interdependientes, y son complicaciones fisiológicas que la enfermera/os controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo (4).

Funciones Independiente. Dimensión independiente de la/o enfermera/o, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales son los procesos de atención de Enfermería (PAE) y (DE) Diagnósticos de Enfermería (4).

Resulta imprescindible diagnosticar y tratar en la UCPA una diversidad de trastornos fisiológicos que afectan a múltiples sistemas de órganos al momento de emerger de los efectos anestésicos y de la operación.

TRASTORNOS FISIOLÓGICOS EN EL POSTOPERATORIO INICIAL

Resulta imprescindible diagnosticar y tratar en la UCPA una diversidad de trastornos fisiológicos que afectan a múltiples sistemas de órganos al momento de emerger de los efectos anestésicos y de la operación.

Obstrucción de vías respiratorias superiores

La obstrucción de vías respiratorias superiores que se presenta en la UCPA suele deberse a **oclusión de la faringe por la lengua**. La obstrucción laríngea es menos frecuente, pero puede ser consecuencia de laringo-espasmo, o bien ser causada por edema, lo que refleja traumatismo directo en la vía respiratoria. La obstrucción de la laringe o faringe puede ocurrir después de cirugía de cabeza y cuello, cuando ésta no se coloca de manera adecuada para mantener la permeabilidad de las vías respiratorias superiores.

El laringo-espasmo

Se trata inicialmente mediante la extensión de la cabeza y el desplazamiento anterior de la mandíbula, más la aplicación de presión respiratoria positiva con una bolsa Ambú que suministre oxígeno puro. Si el laringo-espasmo es **incompleto**, este tratamiento resulta suficiente hasta que aquél se corrija de manera espontánea. **El laringo-espasmo completo** que persiste a pesar de estas maniobras debe tratarse con prontitud mediante la administración intravenosa de succinilcolina. Están indicadas la laringoscopia directa y la intubación traqueal con una cánula con globo, cuando persiste la obstrucción respiratoria superior a pesar de la colocación adecuada de la cabeza y el uso de vías artificiales. *Si la intubación traqueal resulta técnicamente imposible, la colocación de una aguja calibre 12 a 14 a través de la membrana cricotiroides (cricotirotomía) puede proporcionar oxigenación suplementaria hasta que se efectúe un procedimiento más definitivo, como la traqueotomía.*

La obstrucción respiratoria superior debido a **edema laríngeo** como el que puede seguir a la intubación traqueal, puede tratarse mediante humidificación de los gases inhalados y administración de adrenalina racémica nebulizada (0,25 a 0,5 M. L. de adrenalina en cinco M. L. de agua o de solución salina interna). Se ha utilizado dexametasona (0,15 mg.kg por vía intravenosa) para el

tratamiento del edema laríngeo, pero no se ha confirmado la eficacia de este tratamiento. **En los niños, el edema laríngeo puede comenzar pronto en obstrucción completa de vías respiratorias superiores, lo que realza la importancia de la vigilancia estrecha en la UCPA.**

Hipoxémia arterial

La hipoxémia arterial (PaO_2 menor de 60 mm) en el post operatorio inmediato, casi siempre refleja el impacto de los fármacos anestésicos o de la operación. La incidencia de hipoxémia arterial en los pacientes, puede exceder de 50% en las primeras tres horas del post operatorio. Las disminuciones de la PaO_2 son frecuentes, en particular después de cirugía abdominal superior o torácica.

Etiología

Los factores que conducen a hipoxémia arterial postoperatoria son múltiples. Es frecuente que se relacionen con hipoxémia arterial postoperatoria: edad avanzada, obesidad, antecedente de tabaquismo, y enfermedad pulmonar coexistente.

Hipo ventilación

Durante el postoperatorio temprano, es posible que la hipo ventilación favorezca la hipoventilación.

Etiología.

Los factores que conducen a la hipo ventilación postoperatoria son múltiples. Sin embargo, una causa frecuente es la estimulación inadecuada de la ventilación por el sistema nervioso central.

Hipotensión

Etiología

Deben considerarse causas múltiples en el diagnóstico diferencial de la hipotensión en la sala de recuperación. Sin embargo, la causa más probable de esta alteración es la disminución del retorno venoso y la reducción del gasto cardíaco, debido a hipovolemia. De hecho, es probable que los efectos residuales de los anestésicos atenúe las respuestas vasoconstrictoras, que producen la hipotensión como una manifestación temprana de hipovolemia. Por la general, esta última es un reflejo de la restitución insuficiente de sangre perdida o de fugas hacia el tercer espacio durante la operación. También habrá de considerarse una hemorragia continua no reconocida, como causa de hipovolemia e hipotensión. La disminución de la contractilidad 1000 o África, causante de hipotensión en la UCPA, puede deberse a efectos residuales de los anestésicos, disfunción cardíaca coexistente o infarto agudo del miocardio. De hecho, se ha visto que muchos pacientes con infarto del miocardio postoperatorio confirmado han experimentado un período inexplicable de hipotensión, con o sin extrasístoles ventriculares, en la UCPA. La angina de pecho se presenta en solo cerca del 25% de estos pacientes, lo que tal vez refleje enmascaramiento del dolor, por los efectos analgésicos residuales de los anestésicos. Los pacientes más propensos a experimentar un infarto del miocardio en el postoperatorio son aquellos con hipertrofia ventricular izquierda, antecedente de hipertensión, diabetes mellitus o enfermedad arterial coexistente. La sepsis que conduce a vaso dilatación y exceso de líquido capilar puede ser causante de la hipotensión en especial después de cirugía en las vías genito urinarias.

Hipertensión

Etiología

La hipertensión que se presenta en el periodo postoperatorio inmediato casi siempre se debe a la estimulación producida por el dolor que el paciente percibe al salir de la anestesia. Cuando ocurre hipertensión durante la recuperación anestésica, por lo general se manifiesta durante los 30 minutos siguientes a la operación. Ocurre hipertensión preoperatoria en cerca de 50% de los pacientes que presentan hipertensión en la UCPA. La hipertensión postoperatoria puede exacerbarse cuando se suspenden los fármacos antihipertensivos en el preoperatorio. Otras causas por considerar cuando se presentan hipertensión en la UCPA son la administración excesiva de líquidos, la hipoxémia arterial y la hipercapnia. Los aumentos excesivos o sostenidos en la presión arterial pueden favorecer insuficiencia ventricular izquierda, con edema pulmonar, isquemia miocárdica (por la mayor necesidad miocárdica de oxígeno), arritmias cardíacas y hemorragia cerebral.

Arritmias cardíacas

Etiología

Las arritmias cardíacas que ocurren en el postoperatorio inmediato tienen causas múltiples. La hipoxémia arterial debe considerarse como la causa principal cuando las arritmias se manifiestan inicialmente en la UCPA. La taquicardia sinusal, que es una situación frecuente en el postoperatorio temprano, sugiere la presencia de hipoxémia arterial, hipovolemia o dolor. La bradicardia sinusal acompaña a la hipoxémia arterial y a la disminución de la temperatura corporal, y puede reflejar los efectos de anticolinesterazas que se administraron con anterioridad para revertir los efectos de relajantes musculares no despolarizantes. La aparición de extrasístoles ventriculares sugiere la presencia de hipoxémia arterial, isquemia miocárdica, anomalías electrolíticas o acidosis respiratoria. La hipertensión puede aumentar la irritabilidad miocárdica,

que favorece las extrasístoles ventriculares. La aparición de arritmias cardíacas en pacientes que reciben preparados digitálicos debe aumentar la sospecha de intoxicación digitálica.

Tratamiento

La mayor parte de las arritmias cardíacas que se presentan en la UCPA no requieren más tratamiento que la corrección de la causa subyacente. Independientemente del tipo de arritmia cardíaca, la prioridad inicial es asegurarse de la permeabilidad de las vías respiratorias superiores y de la adecuada oxigenación. Fármaco-terapias específicas para tratar las arritmias cardíacas hemodinámicamente significativas consisten en la administración de atropina (3 a 6 mg/kg por vía intravenosa) para aumentar la frecuencia cardíaca, verapamil (75 a 150 mg/kg por vía intravenosa, en un tiempo de uno a tres minutos) para disminuir la frecuencia cardíaca, y lidocaína (1 a 1.5 miligramos por kilo por vía intravenosa) para suprimir las extrasístoles ventriculares. Es necesaria la cardioversión eléctrica para el tratamiento de las taquicardias y arritmias auriculares o ventriculares hemodinámicamente significativa que no responden al tratamiento con fármacos.

Insuficiencia renal

La oliguria (menos de 0, 5 mililitros por kilo por hora) que se manifiesta en la UCPA casi siempre es reflejo de la disminución del flujo sanguíneo renal, debido a hipovolemia o disminución del gasto cardíaco (véase el apartado hipotensión). Es importante colocar una sonda urinaria para el reconocimiento temprano de la oliguria en pacientes postoperatorios con alto riesgo de insuficiencia renal.

Trastornos hemorrágicos

Los trastornos hemorrágicos que ocurren en el período postoperatorio, con mayor frecuencia reflejan hemorragia secundaria o una hemostasia quirúrgica inadecuada. De otro modo, la hemorragia postoperatoria puede deberse a coagulopatías, y es probable diagnosticar usando pruebas específicas de laboratorio. Mientras se esperan los resultados de estas pruebas, resulta útil llevar a cabo una prueba de coagulación sanguínea total en la cabecera del paciente, para evaluar la formación de coágulos (formación en menos de 12 minutos), la red trasera (función plaquetaria) y su lisis.

La cuenta plaquetaria es útil al evaluar la hemorragia después de transfusiones masivas de sangre. Un déficit plaquetario cualitativo puede deberse a fármacos ingeridos en el preoperatorio, como es el caso del ácido acetilsalicílico. Este problema se reconoce mediante la demostración de la prolongación de los tiempos de sangrado, a pesar de una cuenta plaquetaria normal. En estas situaciones, la administración de plaquetas revierte la trombocitopenia también, los tiempos de sangrado regresan a la normalidad.

La trombocitopenia, la prolongación del tiempo de protrombina, la disminución de la concentración sérica de fibrinógeno y el aumento de los niveles circulatorios de los productos de degradación de la fibrina, sugieren coagulación intravascular diseminada. La ilusión de los factores V y VIII, por transfusiones masivas de sangre entera o la redención inadecuada de la heparina se manifiestan en una forma de prolongación del tiempo parcial de trombo plasma. El plasma fresco congelado revierte la prolongación de tiempo de protrombina y del tiempo parcial de tromboplastina cuando este problema se debe a una enfermedad hepática o a deficiencia de factor V y VIII. La protamina revierte la prolongación del tiempo parcial de tromboplastina causada por la heparina.

Disminución de la temperatura corporal

La disminución de la temperatura corporal es una complicación de operaciones que se efectúan en quirófanos fríos. Los anestésicos y relajantes musculares inhiben los mecanismos compensatorios que regulan la pérdida de calor (la constricción periférica, escalofríos). La pérdida de calor corporal en el trans operatorio se reduce al mantener la temperatura del quirófano cerca de los 21 °C, y calentando los gases inhalados. Cuando se presenta escalofríos en pacientes recién operados, es importante administrar oxígeno suplementario inspirado, para compensar el notable aumento (300% a 400%) del consumo de oxígeno que acompaña a la mayor actividad del músculo estriado. El temblor post operatorio puede tratarse mediante calentamiento de la superficie cutánea (tema de Bair Hugger) y con fármacos (meperidina 25 mg por kilo vía intravenosa)

Agitación (delirio en la emergencia)

Un pequeño número de pacientes despiertan de la anestesia en un estado de agitación, que puede requerir restricción física. La incidencia de esta conducta parece ser mayor en pacientes jóvenes que están aprensivos respecto a los resultados de la operación, y que temen mucho al dolor. Hipoxémia arterial o hípercapnia, deben considerarse inicialmente como causa de la agitación. La percepción del dolor por los pacientes que no han recuperado por completo la conciencia y el autocontrol puede manifestarse por agitación. Otras causas de esta son dilatación gástrica y retención urinaria no identificadas. La incidencia de agitación postoperatoria aumenta en pacientes que reciben escopolamina como medicación preoperatoria, en particular cuando este fármaco se administra sin opioides. También pueden presentarse agitación después de la administración de atropina, pero la incidencia es menor que la que se asocia con escopolamina. La administración fisostigmina (15 a 45 mg por kilo por vía intravenosa) atenúa o revierte la agitación que se relaciona con fármacos

anticolinérgicos. Presumiblemente, la fisostigmina (15 a 45 mg.kg por vía intravenosa) atenúa o revierte la agitación que se relaciona con fármacos anticolinérgicos.

Despertamiento retardado

Incluso después de cirugía y anestesia prolongada, es razonable esperar una respuesta a la estimulación dentro de los siguientes 60 a 90 minutos. Cuando ocurre despertamiento retardado, es importante evaluar los signos vitales (presión arterial, saturación del oxígeno de hemoglobina arterial, electrocardiograma, temperatura corporal) y efectuar un examen neurológico (los pacientes pueden estar hiperrefléxicos en el periodo postoperatorio temprano). El análisis de los gases sanguíneos revela problemas de oxigenación, ventilación, alteraciones de electrolitos y trastornos metabólicos (concentración de glucosa sanguínea). Pueden ordenarse estudios radiológicos para evaluar posibles anomalías intracraneales o intratorácicas.

Tratamiento

La causa más común de despertamiento retardado en la UCPA es la sedación residual a causa de los fármacos que se utilizan durante la anestesia. Si la causa de despertamiento retardado pudieran ser los efectos residuales de los opioides, es conveniente administrar naloxona. La fisostigmina (15 a 45 mg por kilo por vía intravenosa) puede ser eficaz para revertir los efectos de los fármacos anticolinérgicos sobre el sistema nervioso central (en especial, la escopolamina) que contribuyen a la sedación. El flumazenil (8 a 15 miligramos por kilo por vía intravenosa) es un antagonista específico de los efectos residuales depresores de las benzodiazepinas. En la ausencia de efectos farmacológicos que expliquen el despertamiento retardado, es importante considerar otras causas, como hipotermia (en especial cuando es inferior a 33 °C), hipoglucemia y aumento de la presión intracraneana. Está indicada una

prueba clínica empírica, que consiste en la administración intravenosa de glucosa al 50%, cuando se sospecha hipoglucemia.

Náusea y vómito

La náusea y el vómito, junto con el dolor, son los problemas postoperatorios más frecuentes. La incidencia de náusea y vómito depende de muchos factores, y es probable que afecte a entre 20% y 30% de los pacientes en el postoperatorio. Aunque rara vez es causa de morbilidad grave, el vómito persistente puede retrasar el egreso de la UCPA.

Tratamiento

La administración de un antiemético profiláctico (droperidol, 10 a 20 miligramos por kilo por vía intravenosa, ondancetron, 4 a 8 mg por vía intravenosa) puede estar indicada en pacientes que tienen un mayor riesgo de eventos adversos, en caso de que ocurran náusea y vómito en el postoperatorio. Dosis mayores de droperidol pueden producir sedación y retrasar el egreso de la UCPA. La eficacia de la metoclopramida (10 a 20 mg por vía intravenosa) parece ser menor que la del droperidol. La escopolamina transdérmica puede ser un tratamiento profiláctico eficaz para disminuir la frecuencia de náusea y vómito postoperatorios, en especial después de procedimientos laparoscópicos. Si la náusea y el vómito postoperatorio son tan intensos que requieren tratamiento farmacológico, antes habrán de descartarse causas como hipoxemia arterial, hipotensión, hipoglucemia y aumento de la presión intracraneal. El antiemético que se administra con mayor frecuencia en la UCPA es el droperidol.

Dolor

El dolor es una reacción normal, conforme desaparecen los efectos de los anestésicos durante el postoperatorio temprano.

Etiología

Muchos factores influyen en la incidencia y de la edad del dolor postoperatorio. Al parecer, los lactantes y los ancianos experimentan menos dolor que los pacientes de edades intermedias. La necesidad de medicación contra el dolor postoperatorio disminuye cuando los anestesiólogos visitan a los pacientes en el preoperatorio y ofrecen una explicación detallada de los sucesos post operatoria, incluyendo la presencia del dolor.

Por lo general, la inclusión de opioides en la medicación preoperatoria o la administración de uno en la inducción anestésica retardan la primera solicitud postoperatoria de medicación analgésica. Se piensa que la administración de un opioide antes de un estímulo doloroso (analgesia pre-vaciamento) disminuye la intensidad subsecuente de dolor, al producir inhibición de las fibras C y el *desarrollo subsecuente de cualquier memoria del estímulo doloroso en el sistema nervioso*. Características pre operatorias, como una personalidad neurótica o el miedo al dolor, tienden a aumentar el dolor post operatorio.

El sitio de la operación influye en la gravedad de esta secuela, de modo que las operaciones más dolorosas son la torácica, la abdominal superior y la ortopédica.

Tratamiento

El desarrollo de técnicas eficaces para el control del dolor, en especial la administración intravenosa continua o intermitente (analgesia controlada por el paciente) de opioides y la administración neuraxial de opioides, dio lugar a la creación de servicios para el control del dolor agudo, basados en la anestesiología, los cuales pueden asumir la completa responsabilidad del alivio del dolor postoperatorio (2).

Terapia respiratoria post operatoria

La terapia respiratoria post operatoria tiene por objeto prevenir las complicaciones pulmonares, representadas con mayor frecuencia por la

neumonía y la hipoxémia arterial. La frecuencia de complicaciones pulmonares post operatorias es mayor después de cirugía torácica y abdominal superior. Por ejemplo, la atelectasia postoperatorias importantes se presentan en 20% a 40% de los pacientes sometidos a estos tipos de cirugía. La cirugía abdominal inferior se relaciona con una menor incidencia de complicaciones pulmonares post operatorias. Además del sitio de la operación y una disminución relacionada de los volúmenes pulmonares (CRF, CV) otros factores que influyen en la incidencia de complicaciones pulmonares son enfermedades pulmonares coexistentes, antecedentes de tabaquismo, obesidad y edades crecientes. La elección de fármacos o técnicas que se utilizan para producir anestesia no parece alterar invariablemente la incidencia de infecciones pulmonares postoperatorias. Es probable que la incisión abdominal superior vertical (en vez de transversa) como la que se realiza para colecistectomía, no altere la frecuencia de complicaciones pulmonares postoperatorias.

Oxigenoterapia

La oxigenoterapia, que se administra en la forma de concentraciones crecientes de oxígeno inhalado (oxígeno suplementario) está indicada cuando la PaO_2 es menor de 60 mm. De hecho, a menudo se suministra sistemáticamente oxígeno suplementario en la UCPA, independientemente de la duración o tipo de operación, ya que casi todos los pacientes muestran disminución de la Pao_2 después de la anestesia y la cirugía. Nunca habrá de retirarse el oxígeno suplementario en el periodo postoperatorio por temor de abolir el control hipóxico de la ventilación que puede presentarse en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En presencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, relacionada con retención de dióxido de carbono, dosis graduadas de oxígeno suplementario administradas con una mascarilla acoplada (Venturi) aumenta la Pao_2 del

paciente a niveles aceptables. Por lo general se administra oxigenoterapia con una cánula nasal o una mascarilla facial

Cánula nasal

Es posible administrar oxígeno suplementario a través de una cánula nasal, con mínima molestia para el paciente. La cánula nasal presenta dos puntas que se extienden cerca de 1 cm. dentro de las narinas del paciente, y se sostiene en su lugar mediante una correa elástica ajustable en la cabeza. Las concentraciones de oxígeno inspirado que se alcanzan con una cánula nasal, dependen de la velocidad del flujo de oxígeno, así como del volumen corriente del paciente, frecuencia respiratoria, velocidad de flujo y volumen de la nasofaringe.

Las velocidades de flujo de oxígeno mayor es de 6 litros por minuto (concentraciones de oxígeno inhalados cercanas a 44%) no siempre aumentaron más las concentraciones de oxígeno inhalado, puesto que la nasofaringe ya está llena. Velocidades excesivas del flujo de oxígeno pueden ocasionar la deglución de aire y distensión gástrica. La respiración por la boca no disminuye la eficacia del tratamiento con oxígeno que se suministre por la cánula nasal, debido a que el flujo a través de la faringe (efecto de Bernoulli) acarrea el oxígeno desde la nariz.

Mascarilla

Las mascarillas que se usan para oxigenoterapia se clasifican en simple, con reinspiración parcial, sin reinspiración, y con retención de aire.

Mascarilla Simple.

La mascarilla simple no incluye válvula ni bolsa de depósito para oxígeno. Esta mascarilla puede proveer concentraciones de oxígeno inhalado de 35% a 60% con flujos de cinco a seis litros por minuto. Las variaciones en los parámetros ventilatorio del paciente alteran las concentraciones de oxígeno inhalado. La

maskara simple ofrece poca o ninguna ventaja sobre la cánula nasal, en términos de la liberación constante de concentraciones de oxígeno inhalado.

Maskara de Reinspiración parcial.

Una maskara con reinspiración parcial es un sistema sin válvula que incluye una bolsa reservorio de oxígeno. Con flujos de oxígeno superiores a 10 litros por minuto, las concentraciones de oxígeno inhalado se encuentran entre 50% y 65%.

Maskara Sin reinspiración.

Una maskara sin reinspiración incluye una válvula unidireccional, más una bolsa reservorio de oxígeno. Las concentraciones de oxígeno inhalado pueden aumentar hasta cerca de 100% usando esta maskara facial. Sin embargo, es difícil proporcionar una maskara que se ajuste suficientemente para eliminar por completo la retención de aire del ambiente. La velocidad del flujo de oxígeno dentro de este sistema debe ser suficiente para inflar la bolsa reservorio.

Maskara Con retención de aire.

La maskara con retención de aire (Venturi) utiliza el principio de Bernoulli para retener grandes volúmenes de aire ambiente (hasta 100 litros por minuto) para mezclarla con el flujo de oxígeno a través de un inyector (2 a 12 litros por minuto).

La mezcla de gases resultante produce concentraciones estables de oxígeno inhalado entre 24% y 40% dependiendo del calibre del inyector de oxígeno. Más aún, el alto flujo de gas en la maskara da por resultado concentraciones constantes de oxígeno inhalado, a pesar de cambios en las características de la ventilación del paciente.

Humidificación y terapia por aerosol

En las vías respiratorias superiores, los gases inhalados normalmente se calientan, filtran y un humidifican. Cuando se inhalan gases secos o se pasa por alto el sistema acondicionador natural (la nariz) por medio de una cánula traqueal o tubo de traqueotomía, las vías respiratorias inferiores deben proporcionar la humedad adicional.

En estas situaciones suele considerarse el uso de dispositivos de humidificación artificial, como humidificadores ó nebulizadores. Por lo general, estos, se utilizan cuando se inhalan gases secos a través de la vía respiratoria natural, con el fin de proporcionar un contenido de agua similar al que se encuentra normalmente en el aire ambiente.

Cuando se pasa por alto la vía respiratoria, a menudo es inadecuado el uso de un humidificador y el déficit de agua debe compensarlo mediante el uso de un dispositivo más eficaz.

Los nebulizadores son dispositivos que liberan una suspensión de partículas (de aerosol) en un gas transportador. Es indispensable utilizar agua estéril y libre de pirógenos en todos los humidificadores y nebulizadores para evitar la posibilidad de que el reservorio de agua se convierta en una fuente de infecciones adquiridas en el hospital (nosocomiales).

Nebulizadores a chorro

Los nebulizadores a chorro son el tipo de generador de aerosol de un uso más frecuente. El gas entra a alta presión en la Cámara de nebulización, a través de un orificio restringido que produce una corriente de chorro de alta velocidad. Este flujo del chorro se dirige a través del extremo de un tubo de diámetro pequeño que está inmerso en el líquido por nebulizar.

Se produce una presión subambiente (efecto de Bernoulli) inmediatamente adyacente al tubo, lo que hace que la superficie del líquido se desplace al interior del tubo. Cuando el líquido alcanza la parte alta del tubo, se aereoliza,

por el flujo del chorro, en partículas por lo general de menos de 30 mm de diámetro.

Los nebulizadores a chorro se utilizan en la terapia respiratoria para humidificar gases inspirados (son más eficientes que los humidificadores) disminuir la viscosidad de las secreciones respiratorias y administrar fármacos broncodilatadores (adrenalina racémica, albuterol) directamente en las vías respiratorias.

Higiene bronquial

La higiene bronquial depende de la eliminación óptima de las secreciones pulmonares, por la depuración mucociliar, aspiración traqueal y fisioterapia torácica.

Depuración mucociliar

Los cilios presentes en las células epiteliales que recubre la mucosa respiratoria son los encargados de desplazar las secreciones de las vías respiratorias (10 a 100 ml al día) hacia la apertura glótica. Se produce depresión de la actividad ciliar, y la consecuente retención de secreciones, con el uso de anestésicos inhalados, tubos traqueales, y la inhalación de gases fríos y secos o de oxígeno en concentraciones altas, así como por infecciones pulmonares.

Tos

La tos es un mecanismo importante para la eliminación de secreciones de las vías respiratorias mayores. Las velocidades altas del flujo del aire que se requieren para eliminar las secreciones de las vías respiratorias superiores, se generan con mayor eficacia a nivel de los volúmenes pulmonares grandes. Los patrones de respiración superficial y rápida y la disminución de los volúmenes pulmonares, característicos de los pacientes postoperatorios que sufren dolor, limitan la eficacia de la tos.

Aspiración traqueal

Es indispensable llevar a cabo la aspiración bucotraqueal o nasotraqueal sólo cuando la auscultación del tórax revela la retención de secreciones que no se desprenden con tos.

La aspiración traqueal no debe ser profiláctica ni de un uso sistemático, por ejemplo, la irritación mecánica por el catéter durante la aspiración traqueal puede causar traumatismo de la mucosa respiratoria y predisponer a la colonización bacteriana.

La estimulación mecánica de la tráquea o de la Carina por el catéter puede provocar una respuesta vasovagal, con bradicardia y la hipotensión resultante. La aspiración traqueal también predispone a hipoxémia arterial significativa, debido a la aspiración de gases pulmonares con la asociación de cierre de las vías respiratorias menores y colapso alveolar.

Durante la aspiración traqueal, la hipoxémia arterial se reduce mediante: 1) administración de oxígeno antes de la aspiración, 2) selección de un catéter de aspiración que no sea mayor que la mitad del diámetro interno de la tráquea, 3) duración de la aspiración menor de 15 segundos, y 4) inflación manual de los pulmones con oxígeno después de la aspiración.

Fisioterapia torácica

La fisioterapia torácica consiste en drenaje postural, percusión, vibración, respiración profunda, y tos asistida.

Estas maniobras ayudan a la eliminación de las secreciones respiratorias y mejoran la inflación de los alvéolos mal ventilados.

Respiración profunda voluntaria y ambulación

La respiración profunda voluntaria, con mantenimiento de la inspiración a una inflación máxima durante tres a cinco segundos, crea un gran gradiente de presión traspulmonar y facilita la reexpulsión de los alvéolos en colapso y la

recuperación de los volúmenes pulmonares. Es necesario que el paciente esté motivado y se le ofrezca una analgesia postoperatoria adecuada, para asegurar la respiración profunda óptima.

Respiración con presión positiva intermitente

Es discutible el uso de la respiración con presión positiva intermitente (RPPI) como método para disminuir la incidencia de complicaciones pulmonares postoperatoria. Ciertamente, la terapia RPPI postoperatoria no tiene por qué ser de uso sistemático. De hecho, no hay pruebas de que este tratamiento sea más eficaz que la respiración voluntaria profunda y la ambulación, para alterar la frecuencia y gravedad de las complicaciones pulmonares postoperatorias. Cuando se prescribe la RPPI el énfasis debe recaer en el logro de un volumen corriente óptimo, más que en la creación de una presión respiratoria máxima.

Espirometría incentiva

La espirometría incentiva es una forma de respiración voluntaria profunda en la cual se establece cierto volumen inhalado o una "meta" a lograr por el paciente. Cuando se prevé el uso de la espirometría incentiva, resulta útil medir la capacidad en inspiratoria preoperatoria, así como instruir al paciente en el uso del dispositivo.

La capacidad inspiratoria preoperatoria debe ser la meta postoperatoria.

El tratamiento también enfatiza la relación del volumen inhalado para proporcionar una inflación sostenida, la cual es importante para la expansión de los alvéolos en colapso. La principal desventaja de este tratamiento es que se requiere la cooperación del paciente, lo cual está condicionado a que no haya un dolor postoperatorio intenso.

2.2 IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

- ❖ Edad: Se toma en cuenta los años cumplidos del persona auxiliar de enfermería al momento de la entrevista.
- ❖ Estado civil: Relación de pareja; soltera, casada, unión libre, separada, viuda.
- ❖ Paridad: Número de hijos que ha tenido.
- ❖ Hijos vivos: Número de hijos vivos hasta el momento de la entrevista.
- ❖ Dependientes: Número de personas que dependen económicamente del entrevistado; hijos, padres, sobrinos, nietos, esposo.
- ❖ Ingreso mensual: Cantidad de dinero mensual en lempiras con que cuenta y número de miembros beneficiarios.
- ❖ Tenencia de la vivienda: Si la casa donde reside actualmente es propia, alquilada o la está pagando.
- ❖ Escolaridad: El grado de formación académica alcanzado al momento de la entrevista.

B. CARACTERÍSTICAS LABORALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

- ❖ Preparación académica en el área de trabajo: número y tipo de capacitación y actualización específica del área de recuperación pediátrica.
- ❖ Antigüedad laboral: Años que tiene de laborar como auxiliar de Enfermería en el Hospital Escuela.
- ❖ Antigüedad laboral en la sala: Años que tiene de laborar como auxiliar de Enfermería en la sala de recuperación.

C. CONOCIMIENTOS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

- ❖ Inducción: Orientación recibida al ingreso en la sala, con duración en días, semanas y meses, las áreas/contenido, énfasis en la inducción.
- ❖ capacitaciones recibidas desde su contratación: cuántas capacitaciones ha recibido a través de eventos educativos, tales como: seminarios, talleres, cursos, congresos, otros.
- ❖ Conocimiento de los diferentes tipos de anestесias utilizados en el hospital: si conoce el nombre de cada una, que incluye la anestesia local, sedación, general, epidural, raquídea.
- ❖ Conocimiento de las principales complicaciones por anestesia: Incluye los signos de alarma en los pacientes post operados, conocimientos y aplicación de los mismos en su ejercicio profesional.
- ❖ Conocimiento de los parámetros normales de los signos vitales según la edad: incluyendo la frecuencia respiratoria por minuto, la frecuencia cardiaca o pulso, temperatura y tensión arterial, en recién nacidos, escolares y adolescentes.
- ❖ Índice de conocimiento: Puntuación total obtenida por las auxiliares de Enfermería en los conocimientos evaluados en el instrumento no.1, expresados en rangos de Excelente (91%-100%), Muy bueno (80%-90%), Bueno (60%-79%), Deficiente (35%-59%), muy deficiente (0%-34%)

D. DESEMPEÑO OBSERVADO EN LA AUXILIAR DE ENFERMERIA:

- ❖ Desempeño en la valoración inicial del paciente: Actividad que realiza la Auxiliar de Enfermería inmediatamente al recibo del paciente en la unidad de recuperación; que incluye: verificación de permeabilidad de las

vías aéreas, revisión de drenos, sondas, catéteres y herida quirúrgica, toma de signos vitales, valoración del estado de conciencia.

- ❖ Habilidad en la toma de Signos Vitales: Manejo de las técnicas y procedimientos en la toma del pulso, frecuencia respiratoria, temperatura y presión arterial; incluyendo la frecuencia y duración de las tomas, el uso adecuado del equipo.
- ❖ Frecuencia de tomas de los signos vitales: Cantidad de veces en la que la auxiliar de Enfermería procede a tomar los signos vitales en la primera hora.
- ❖ Desempeño en la valoración para el traslado del paciente: Actividades que realiza la Auxiliar de Enfermería para determinar en que condiciones se traslada el paciente, verificando el estado de conciencia y la movilidad.
- ❖ Registro de las acciones de Enfermería: Anotaciones realizadas por la Auxiliar de Enfermería en el expediente clínico y en el libro de ingresos de la sala, incluyendo el llenado correcto de la hoja de recuperación. Registro del cumplimiento de las indicaciones médicas, el contenido de la nota de enfermería y la respectiva firma.
- ❖ Índice del desempeño: Puntuación total obtenida por las auxiliares de Enfermería evaluados en el instrumento no.2 y 3, expresados en rangos de Excelente (91%-100%), Muy bueno (80%-90%), Bueno (60%-79%), Deficiente (35%-59%), muy deficiente (0%-34%)

CAPITULO III

3.1 METODOLOGÍA

El presente estudio tiene un **diseño** cualitativo y cuantitativo, analítico y transversal, realizado en la sala de recuperación del BMI, para medir el conocimiento y practica de Enfermería en la asistencia a Pacientes Pediátricos para la Recuperación Anestésico post quirúrgico del H. M. I, durante el periodo de febrero-agosto 2007.

Universo y Muestra: El universo lo constituye 12 Auxiliares de Enfermería que laboran en la sala de recuperación; y la muestra el 100% de éste personal. El **método** utilizado para recolección de datos fue la entrevista, la observación y la revisión de documento.

Los instrumentos fueron tres:

- a. El primero fue aplicado al personal de enfermería, para medir el nivel de conocimientos sobre el cuidado a los pacientes, a través de la aplicación de una encuesta semi-estructurada que consiste en 25 preguntas; que incluye, datos generales, socio demográfico y de conocimientos de la auxiliar de enfermería.
- b. El segundo instrumento fue aplicado mediante la técnica de observación, utilizando una lista de cotejo para registrar las actividades que realiza la auxiliar de enfermería que brinda asistencia a pacientes pediátricos post-operados.

- c. El tercer instrumento consistió en una lista de cotejo para la recolección de datos del expediente o cuadro clínico, y del libro de ingresos de la sala.

Procedimiento para la recolección de los datos: Antes de la ejecución del estudio, fue necesaria, obtener la autorización por parte de la Directora de Enfermería, la Jefa de servicio Quirúrgicos, y la Jefa de la Unidad de Recuperación; así mismo la obtención del **consentimiento informado** a la población en estudio, se explicó el propósito del mismo, las implicaciones de su participación y la utilización de los resultados de la presente investigación.

Previo a la recolección de los datos, se hizo la validación de los tres instrumentos antes mencionados, mediante una prueba piloto, tomando como muestra a 8 auxiliares de enfermería de la Sala de Recuperación de Adultos del Hospital Escuela, con características similares a la población en estudio.

Como resultado de esta prueba piloto, se modificó y se eliminó algunas preguntas que no eran pertinentes al estudio, así mismo se determinó el tiempo requerido para la aplicación de los instrumentos.

Para evaluar el conocimiento de los parámetros normales de los signos vitales, se utilizó los parámetros establecidos en la Pediatría de Whaley Wong 1998; que se basan en:

Frecuencia respiratoria: RN de 30-50 x min. Escolar de 18-25 x min.
Adolescente de 15-20 x min.

Parámetros de referencia en frecuencia cardiaca: RN de 100-180 x min.
Escolar 80-120 x min. Adolescente 60-100 x min.

Parámetros de referencia en presión arterial RN de 80/50. Escolar 100/60.
Adolescente 120/70.

Para determinar el índice de conocimientos general de la auxiliar de enfermería de la sala de recuperación, se, asignó una puntuación a cada respuesta dada en el instrumento no 1; que incluye:

- ↓ Menciona las primeras cinco actividades de enfermería que se realiza en la sala de recuperación a los pacientes post operados y el orden en que se hace.
- ↓ Conoce cuales son las anestesia de mayor uso en el hospital y el tiempo esperado de la recuperación según el tipo de la anestesia.
- ↓ conoce la frecuencia correcta de tomas de signos vitales en la primera hora post anestésica del paciente.
- ↓ Conoce parámetros normales de signos vitales en pacientes pediátricos.
- ↓ conoce sobre las complicaciones post anestésicas mas comunes
- ↓ conoce los criterios de traslado de los pacientes (Escala de Aldrette)
- ↓ conoce sobre existencia de manuales o protocolos de atención en la unidad de cuidados post anestésicos.

También se determino el índice de desempeño general de la auxiliar de enfermería, se utilizó resultados de los instrumentos 2 y 3 que incluye:

- ↓ Desempeño de enfermería en el registro correcto y completo del ingreso y estadía y traslado del paciente.
- ↓ Desempeño de enfermería al recibir al paciente en la unidad.
- ↓ Desempeño de enfermería en la toma de los signos vitales y la frecuencia de las tomas en la primera hora.
- ↓ Desempeño de enfermería en la asistencia post operatoria.

En la aplicación de instrumento No. 1, a través de la técnica de la entrevista, se indaga directamente al personal de enfermería sobre sus conocimientos de parámetros normales de los signos vitales, en recién nacidos, escolares y adolescentes, así como la frecuencia correcta en que se debe tomarse los

mismos; en la primera hora después de la cirugía, y otros conocimientos básicos sobre las complicaciones y tratamientos post anestésicos.

Esta encuesta fue aplicada individualmente a cada auxiliar, por la investigadora principal del estudio, y les tomó un promedio de 20 min. En responderla completamente, la mayoría no tuvo problemas de interpretación de las preguntas.

Para la aplicación del instrumento no. 2 se utilizó la técnica de la observación, y ésta se realizó en dos ocasiones a cada auxiliar de enfermería; procurando que al momento de la observación las condiciones del ambiente laboral fueran similares, tomando en cuenta que; la auxiliar de Enfermería era responsable de uno o máximo dos pacientes al momento de la observación, no aplicar el instrumento durante se realizaba el cambio de turno, ya sea al recibirlo o al entregarlo, para evitar distracciones en la atención del paciente; estas condiciones fueron mas frecuentes en el turno "B" que corresponde de 2pm a 9pm, por lo que todas las observaciones se realizaron en este turno.

El instrumento consiste en una lista de cotejo que incluye actividades puntuales a observar, donde el observador (en este caso fue el investigador principal), solo tiene dos opciones para marcar "si lo hizo" o "no lo hizo".

la lista de cotejo contemplo los siguientes puntos a observar al momento de recibir al paciente:

- ✚ Se dirige de inmediato al paciente
- ✚ Verifica permeabilidad de vías aéreas
- ✚ Aplica oxigeno al paciente si lo necesita
- ✚ Descubre zona de herida quirúrgica
- ✚ Verifica permeabilidad en drenos y sondas
- ✚ Verifica permeabilidad de vía intra venosa
- ✚ Saluda al paciente si éste llega despierto
- ✚ Toma signos vitales de la valoración inicial

✚ Pide y recibe información del acto quirúrgico

También se observa la primera toma de los signos vitales, de la siguiente manera:

Al tomar el pulso

- ✚ Utiliza dedo índice y medio.
- ✚ Utiliza estetoscopio sobre la zona del corazón.
- ✚ Ausculta el minuto completo.

Al tomar frecuencia respiratoria:

- ✚ Descubre el tórax del paciente.
- ✚ Utiliza estetoscopio sobre tórax.
- ✚ Ausculta el minuto completo.

Al tomar presión arterial:

- ✚ Utiliza aparato correcto para el tamaño del paciente.
- ✚ Utiliza estetoscopio en pulso braquial.
- ✚ Observa el marcador de la presión.
- ✚ Se distrae o habla durante el procedimiento.

Al tomar la temperatura:

- ✚ Limpia el termómetro antes de usarlo.
- ✚ Baja línea de mercurio.
- ✚ Deja el termómetro por tres minutos.

Al momento que el paciente se despierta:

- ✚ Pregunta al paciente como se siente.
- ✚ Acude de inmediato a su llamado.
- ✚ Se lava las manos antes de tocar al paciente.

Para la aplicación del instrumento no 3; el mismo observador (en este caso la investigadora principal) realizó la revisión del registro hecho por la auxiliar de Enfermería, con respecto a las actividades realizadas con el paciente y anotadas en el expediente clínico; y en el libro de ingresos de la sala.

Mediante una lista de cotejo, verificando anotaciones específicas desde los datos generales del paciente, cirugía practicada, número de registro clínico, etc., con el objetivo único de confirmar si el registro fue realizado o no fue realizado, y manejando los datos del paciente en completa confidencialidad.

Entre algunas de las anotaciones revisadas incluyó la nota de Enfermería cotejando los siguientes puntos:

- ✚ Menciona el estado del paciente al recibirlo.
- ✚ Menciona el estado de conciencia del paciente.
- ✚ Menciona la evolución de los signos vitales.
- ✚ Menciona cuidados específicos que realizó.
- ✚ Menciona el estado del paciente al momento de trasladarlo.
- ✚ Hace algún comentario especial.
- ✚ Firma con su nombre la nota de Enfermería.

La recolección de los datos se realizó en los meses de Febrero, Marzo y Abril, del 2007

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS.

Se elabora un plan de tabulación y análisis de los datos en base a los objetivos e hipótesis. Se utiliza el programa Social Portage for Social Science (SPSS) 11.5, para Windows; con el que se hace el análisis de datos y correlación de variables; frecuencia, media, mediana, moda, significancia de hipótesis; también se usó el programa Excel para elaboración gráficos y tablas.

Los resultados del estudio se presentan a través de informe escrito, que contiene tablas y gráficos, conclusiones y recomendaciones según los objetivos.

Como producto final de la investigación se realizó un plan de intervención en la sala de recuperación, que consiste de un programa educativo, y la elaboración de protocolos de atención.

La socialización de los resultados, se realiza en eventos científicos con el personal de la Sala de Recuperación y autoridades de Enfermería de Hospital Escuela, también en la XIV Jornada Científica en noviembre, 2007, y la publicación en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas.

3.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La investigación se realiza sin mayores dificultades, sin embargo se tuvo limitación en cuanto a la obtención de informes de estudios similares para enriquecer la discusión y análisis del mismo, pues en el país no hay estudios registrados en los sistemas de información visitados.

3.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Previo a la realización del estudio, se convocó a una reunión a las autoridades de Enfermería del Hospital Escuela; responsables de las unidades de recuperación de niños y adultos donde se hizo el estudio y la prueba piloto, para dar a conocer los objetivos de la investigación, y obtener la autorización y la cooperación de las jefaturas y el personal involucrados en el mismo.

También se obtuvo previo a la aplicación de los instrumentos el consentimiento informado de cada participante, donde se les detalla los objetivos del estudio y las implicaciones legales de su participación, la confidencialidad y anonimato de la información.

3.4 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Objetivo	Variable	Estadística aplicada	Cruce de variables
1-Characterizar al personal que labora en la sala de recuperación de H. E. -B. M. I.	Edad Estado civil Paridad Dependientes Ingreso mensual Tenencia de vivienda Escolaridad Antigüedad laboral, Hospitalaria, y de la sala.	Descriptiva Frecuencia, porcentaje Medidas de tendencia central Media, mediana, moda.	
2. Determinar el nivel de conocimientos de la auxiliar de enfermería sobre los cuidados en el post operatorio inmediato de enfermería al paciente pediátrico.	Inducción Capacitaciones recibidas Conocimientos de las anestесias Conocimientos de complicaciones anestésicas Conocimientos parámetros signos vitales Índice conocimiento	Descriptiva Frecuencia, porcentaje Medidas de tendencia central Media, mediana, moda	Conocimientos de parámetros de signos vitales con: 1. Antigüedad laboral en la sala de recuperación. 2. Frecuencia de tomas de signos vitales.

Objetivo	Variable	Estadística aplicada	Cruce de variables
3. Determinar el nivel de desempeño, de la auxiliar de enfermería en la atención a pacientes pediátricos post operados	Desempeño de la valoración inicial al paciente Habilidad en la toma de signos vitales Desempeño de la valoración de traslado del paciente Registro de las acciones de Enfermería. Índice de desempeño	Descriptiva Frecuencia, porcentaje Medidas de tendencia central Media, mediana, moda.	
4 Asociar el nivel de conocimientos que tiene el personal auxiliar de Enfermería, de la sala de recuperación con su desempeño actual.	Índice de conocimientos Índice de desempeño	Descriptiva Frecuencia, porcentaje Medidas de tendencia central Media, mediana, moda, mínima, máxima.	Índice de conocimientos con: Índice de desempeño

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Objetivo No. 1

Caracterizar al personal que labora en la sala de recuperación de Hospital Escuela Bloque Materno Infantil.

Tabla No. 1

**Características socio-demográficas del personal Auxiliar de Enfermería;
Sala Recuperación, Bloque Materno Infantil, Hospital Escuela, Febrero-
Agosto 2 007.**

CARACTERISTICA	Nº	%
Edad		
20 a 39 años	5	41.7
40 a 59 años	5	41.7
> 60 años	2	16.7
Total	12	100.0
Estado Civil		
Casada	1	8.3
Soltera	4	33.3
Separada	2	16.7
unión libre	3	25.0
Viuda	2	16.7
Total	12	100.0
Numero de hijos		
Ninguno	3	25.0
Un hijo	3	25.0
Dos hijos	3	25.0
Tres hijos	2	16.7
Cuatro y mas	1	8.3
Total	12	100.0
Numero de dependientes a cargo de la enfermera		
Ninguno	1	8.3
Uno	3	25.0
Dos	6	50.0
Mas de tres	2	16.7
Total	12	100.0
Estado legal de la vivienda de la enfermera		
Alquilada	6	50.0
Propia	4	33.3
Pagándola	2	16.7
<i>Total</i>	<i>12</i>	<i>100.0</i>
Escolaridad de la enfermera		
Secundaria Completa	3	25.0
Secundaria Incompleta	5	41.7
Universitaria Incompleta	4	33.3
Total	12	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a personal auxiliar de enfermería en sala de recuperación BMI/2007.

N=12

Tabla no. 1

Se indica que del total de los 12 auxiliares de enfermería en estudio, el 41.7% presentan edades entre 20 y 39 años y en igual porcentaje las que se encuentran entre 40 y 59 años. El 33.3% (4) son solteras y el 25% (3) vive en unión libre. El 25 % no tiene hijos y el 50% tiene uno a dos hijos, únicamente dos mujeres o sea el 16.7% tienen mas de tres hijos, El 50% aun no tiene su casa propia y en relación a la escolaridad el 41.7% tiene secundaria completa y el 33.3% cursa estudios universitarios.

Tabla No. 2

Algunas Características laborales del personal Auxiliar de Enfermería.

Características	Nº	%
Antigüedad en el hospital		
Menos de 5 años	4	33.3
De 6 a 15 años	2	16.7
Mas de 16 años	6	50.0
Total	12	100.0
Antigüedad en la sala de recuperación		
Menos de 5 años	5	41.7
De 6 a 15 años	1	8.3
Mas de 16 años	6	50.0
Total	12	100.0
Inducción al ingreso de la sala		
No	3	25.0
Si	9	75.0
Total	12	100.0
Ingreso mensual de la enfermera		
Menos de Lps.3,000	2	16.7
De Lps.3,001 a Lps.5,000	1	8.3
De Lps.5,001 a Lps.7,000	2	16.7
De Lps.7,001 a Lps.9,000	2	16.7
Mas de Lps.9,001	5	41.7
Total	12	100.0
Capacitaciones Recibidas Relacionadas con su trabajo		
No	8	66.7
Si	4	33.3
Total	12	100.0

Fuente: EAPAESR/BMI/2007

Tabla no. 2, señala algunas características laborales del personal auxiliar de enfermería; observándose que el 50% tiene mas de 16 años de laborar en la de recuperación, el 75% recibió inducción al ingresar a la unidad, pero el 66.7% no ha recibido ningún tipo de capacitación desde entonces; y el 41.7% tiene un salario mayor a los nueve mil lempiras, mientras un 16.7% ganan menos de tres mil lempiras.

Objetivo No. 2

Determinar el nivel de conocimientos de la auxiliar de enfermería sobre los cuidados en el post operatorio inmediato (sobre signos vitales parámetros y frecuencia correcta de las tomas, tiempo de recuperación esperado por tipo de anestesia, complicaciones mas frecuentes) al paciente pediátrico.

Tabla No. 3

Conocimientos de la Auxiliar de Enfermería sobre parámetros normales de frecuencia respiratoria en recién nacidos, escolares y adolescentes.

Edad	Parámetro	% Respuestas correctas	% Respuestas incorrectas
Frecuencia respiratoria			
Recién nacidos	De 30-50 x min.	58.4	41.6
Escolar	De 18-25 x min.	83.3	16.7
Adolescentes	De 15-20 x min.	50.0	50.0
Frecuencia cardiaca			
Recién nacidos	De 100-180 x min.	91.7	8.3
Escolar	De 80-120 x min.	66.7	33.3
Adolescentes	De 60-100 x min.	66.7	33.3
Presión arterial			
Recién nacidos	De 80/50mm/dl.	25	75.0
Escolar	De 100/60mm/dl.	83.3	16.7
Adolescentes	De 120/70mm/dl.	100.0	0.0

Fuente: EPAESR/BMI/2007

N=12

Tabla no. 3, nos muestra el conocimiento de la Auxiliar de Enfermería sobre el conocimiento de parámetros normales de los signos vitales. En relación al Recién nacido, el 41.6% no contesto correctamente el parámetro de la frecuencia respiratoria, el 8.3% de la frecuencia cardiaca y el 75% no conocía el parámetro de la presión arterial. En relación al escolar las respuestas correctas resultaron en un 83.3% en la frecuencia respiratoria, un 66.7% en la frecuencia cardiaca, y un 83% en la presión arterial.

En la categoría del adolescente las respuestas correctas fueron del 50% en la frecuencia respiratoria, el 66.7% en la frecuencia cardiaca, y el 100% en la presión arterial.

Tabla No. 4

Índice de conocimientos de la auxiliar de enfermería en relación a parámetros normales de frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y presión arterial en recién nacidos, escolares y adolescentes.

Índice de conocimientos	Nº	%
Excelente (de 91 a 100%)	2	16.7
Muy bueno (de 80 a 90%)	1	8.3
Bueno (de 60 a 79%)	4	33.3
Deficiente (de 35 a 59%)	4	33.3
Muy deficiente (de 0 a 34%)	1	8.3
Total	12	100.0

Fuente: EAPAESR/BMI/2007

N=12

Tabla no. 4 Esta tabla nos indica los índices del conocimiento que demostró el personal auxiliar de Enfermería, sobre los parámetros normales de los signos vitales, incluyendo la frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, temperatura y presión arterial, para los rangos de recién nacidos, escolares, y adolescentes; en la cual encontramos a una persona en el índice de muy deficiente y 4 de ellas con puntuaciones deficientes representando el 33.3%, El 33.3% tiene buen conocimiento de los parámetros en cuestión, un 8.3% muy buenos conocimientos y finalmente el 16.7% obtuvo un índice de conocimiento excelente.

Tabla No. 5

Correlación, entre Índice de conocimientos sobre parámetros normales de signos vitales y antigüedad de personal auxiliar de enfermería.

Índice de conocimiento de parámetros normales de signos vitales	Antigüedad en la sala			
	Menos de 16 años		Mas de 16 años	
	Nº	%	Nº	%
Excelente 80%-100%	1	17	1	17
Bueno 60%-79%	3	50	2	33
Deficiente 0%-59%	2	33	3	50
Total	6	100	6	100

Fuente: EAPAESR/BMI/2007

N=12

Tabla no. 5 Al correlacionar los índices de conocimiento de parámetros de los signos vitales, con la antigüedad del personal de enfermería, notamos que un 50% del personal de mas antigüedad en la sala, obtuvo en índice de conocimiento deficiente, y el 50% del personal con menos años de laborar en la unidad, se destaca con un índice de conocimiento bueno.

En ambas categorías de antigüedad laboral, el 17% tiene índice de conocimiento excelente.

Tabla No. 6

Conocimientos de la auxiliar de enfermería sobre la frecuencia correcta de tomas de signos vitales en la primera hora post-operatoria a los pacientes pediátricos.

frecuencia	Nº	%
Cada 5 minutos	1	8.3
Cada 15 minutos	11	91.7
Total	12	100

Fuente: EAPAESR/BMI/2007

N=12

Tabla no.6 El conocimiento que refirió tener el personal auxiliar de enfermería, acerca de la frecuencia correcta en la que se debe tomar los signos vitales a los pacientes atendidos en la recuperación, específicamente en la primera hora fue casi unánime, pues el 91.7% conoce que se debe tomar cada 15 minutos la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura y presión arterial.

Tabla No. 7

Conocimientos de la auxiliar de enfermería según tiempo esperado de recuperación y complicaciones post anestésica.

Conocimientos de enfermería	Tiempo de esperado de recuperación.		Complicaciones post anestésicas	
	Nº	%	Nº	%
Correctos	10	83.3	10	83.3
Incorrectos	2	16.7	2	16.7
Total	12	100	12	100

Fuente: EPAESR/BMI/2007

N=12

Tabla no. 7 Claramente podemos observar que la mayoría las auxiliares de Enfermería, el 83.3%, conoce qué complicaciones esperar en los pacientes ingresados a la UCPAP, en cuanto al tiempo promedio de la recuperación de los pacientes según la anestesia aplicada, el 83.3% tiene conocimientos acertados, pero hay un 16.7% que lo desconoce.

Tabla No. 8

Índice de conocimientos general del personal auxiliar de enfermería en el cuidado post anestésico inmediato.

Índice	Nº	%
Bueno (de 60 a 79%)	5	41.7
Deficiente (de 35 a 59%)	7	58.3
Total	12	100.0

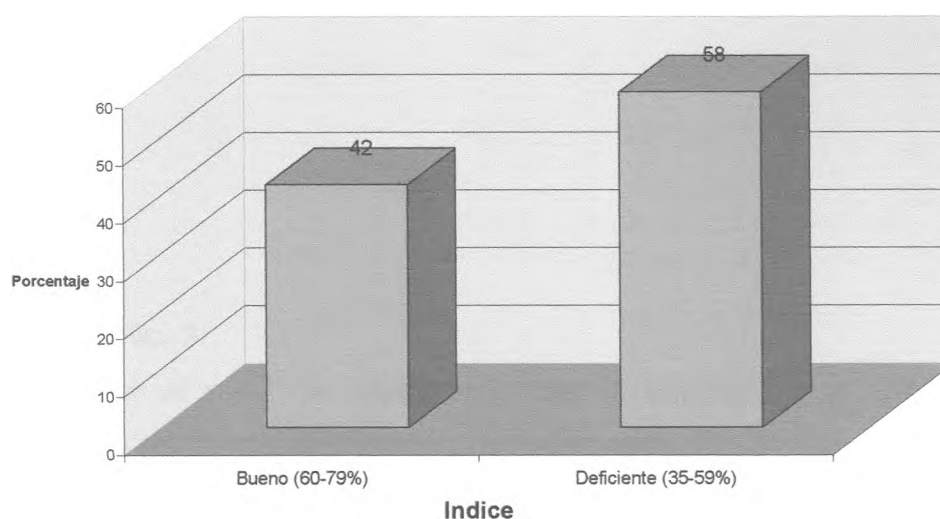
Fuente: EAPAESR/BMI/2007

N=12

Tabla no. 8 en esta tabla se revela el índice de conocimientos generales del personal auxiliar de Enfermería, que se obtuvo en el estudio, donde el 58.3% se reporta con un conocimiento deficiente y el 41.7% con buenos conocimientos sobre el manejo de pacientes en la sala de recuperación.

Grafico No. 1

Índice de conocimientos general del personal auxiliar de enfermería en el cuidado post anestésico inmediato.



Fuente: EAPAESR/BMI/2007

N=12

Este índice general incluye conocimientos de los parámetros normales de los signos vitales, conocimientos de la frecuencia correcta de tomas de los signos vitales en la primera hora post anestésica, conocimientos del tiempo aproximado de recuperación según el tipo de anestesia, y conocimiento de las principales complicaciones producidas por la anestesia.

Objetivo No. 3

Determinar el nivel de desempeño, de la auxiliar de enfermería en la atención a pacientes pediátricos post operados.

Tabla No. 9

Desempeño observado en el personal auxiliar de enfermería, según la frecuencia de tomas de los signos vitales del paciente, en la primera hora post anestésica

Desempeño observado	Nº	%
Correcto	0	0
Incorrecto	12	100
Total	12	100

Fuente: Encuesta de observación a personal auxiliar de enfermería en sala de recuperación BMI/2007 N=12

Tabla no. 9 Basados en que el monitoreo de los signos vitales durante la primera hora del postoperatorio inmediato debe realizarse cada quince minutos, observamos que el 100% del personal auxiliar de enfermería, no esta tomando con la frecuencia correcta los signos vitales al paciente, y que en el expediente solo se encontró el registro de los signos vitales de la valoración inicial.

Tabla No. 10

Desempeño observado en el personal auxiliar de enfermería, según las acciones realizadas al recibir al paciente.

Desempeño al recibo del paciente	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Se dirige de inmediato al paciente	6	50.0	6	50.0
Verifica permeabilidad de vías aéreas	11	91.7	1	8.3
Aplica oxígeno al paciente si lo necesita	6	50.0	6	50.0
Descubre al paciente y vé la herida quirúrgica	9	75.0	3	25.0
Verifica permeabilidad en drenos y sondas	5	41.7	7	58.3
Verifica permeabilidad de vía intra venosa	12	100.0	0	0
Saluda al paciente si esta despierto	1	8.3	11	91.7
Toma signos vitales de la valoración inicial	11	91.7	1	8.3
Pide y recibe información del acto quirúrgico	6	50.0	6	50.0

Fuente: EDOAPAE/BMI/2007

N=12

En tabla no.10, observamos las actividades que realiza la auxiliar de Enfermería al momento de recibir el paciente del quirófano, donde el 50% del personal en estudio, se dirige de inmediato a recibir a los pacientes la mitad del personal no esta pendiente de la llegada de los pacientes, pero el 91.7% verifica que el paciente se encuentre respirando y mantenga permeable su vía ventilatoria, aunque solo la mitad de las auxiliares provee oxígeno de inmediato al paciente que lo requiere.

El 75% esta pendiente de la zona y herida quirúrgica, para valorar sangrado edemas etc., el 91.7% toma los signos vitales para la valoración inicial, pero solo el 8.3% saluda al paciente cuando éste viene despierto.

Tabla No. 11

Desempeño observado del personal auxiliar de enfermería, según lo encontrado en el registro de Enfermería.

Desempeño observado en el registro de Enfermería	si		no	
	Nº	%	Nº	%
Utiliza correctamente la hoja de recuperación	12	100.0	0	0
Registra datos generales completos de la cirugía	4	33.3	8	66.7
Registra datos completos y correctos del paciente	12	100.0	0	0
Realiza nota de enfermería completa	4	33.3	8	66.7
Cumple y marca indicaciones medicas	12	100.0	0	0
Registra las indicaciones cumplidas	11	91.7	1	8.3
Justifica indicaciones que quedan pendientes.	9	75.0	3	25.0
Firma con su nombre la nota de Enfermería	1	8.3	11	91.7

Fuente: EDOAPAE/BMI/2007

N=12

Tabla no.11 se observa el desempeño de Enfermería en cuanto al registro que realizan las auxiliares en el expediente clínico, y libro de registro de la sala, se encontró que el 66.7%, no completa los datos generales del paciente, solo el 33.3% completan su nota de Enfermería con todas las acciones realizadas, el 25% no justifica las indicaciones que no se cumplen, y el 91.7% no se identifican como responsables del cuidado que realizan al no firmar la nota de enfermería.

Tabla No.12

Índice del desempeño general del personal auxiliar de enfermería en el cuidado post anestésico inmediato

Índice de desempeño general	Nº	%
Bueno (60-79%)	2	16
Deficiente (35-59%)	9	75
Muy deficiente (0-34%)	1	9
Total	12	100

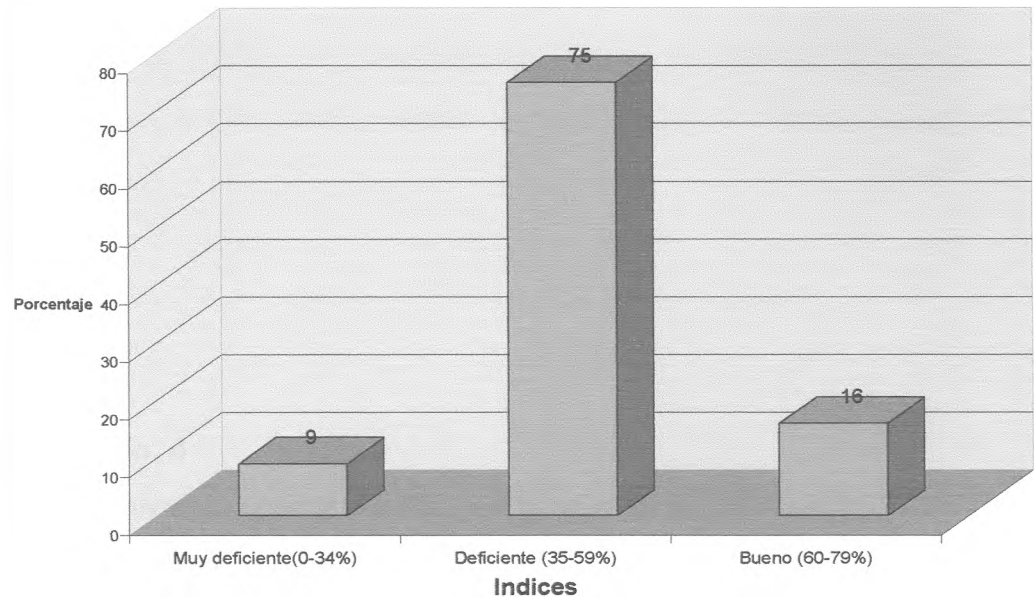
Fuente: EDOAPAE/BMI/2007

N=12

Tabla no. 12 Los resultados de esta tabla incluyen los resultados del desempeño representados en las tablas no. 9, 10, y 11, donde notamos que el 75% de las auxiliares de enfermería de la Sala de Recuperación tienen un desempeño deficiente, aunque hay un 16% que su desempeño es bueno, no figuran los rangos de muy bueno ni excelente.

Grafico No. 2

Índice del desempeño general del personal auxiliar de enfermería en el cuidado post anestésico inmediato



Fuente: EDOAPAE/BMI/2007

N=12

Objetivo No. 4

Asociar el nivel de conocimientos que tiene el personal auxiliar de Enfermería, de la sala de recuperación con su desempeño actual.

Tabla No. 13

Relación entre Índice del conocimiento con el índice de desempeño general de enfermería en el cuidado post anestésico inmediato pediátrico.

Valores relacionados	Índice de Conocimiento (%)	Índice de Desempeño (%)
Media	59.67	45.17
Moda	57.5	45
Mediana	54	38
Mínimo	39	23
Máximo	73	64

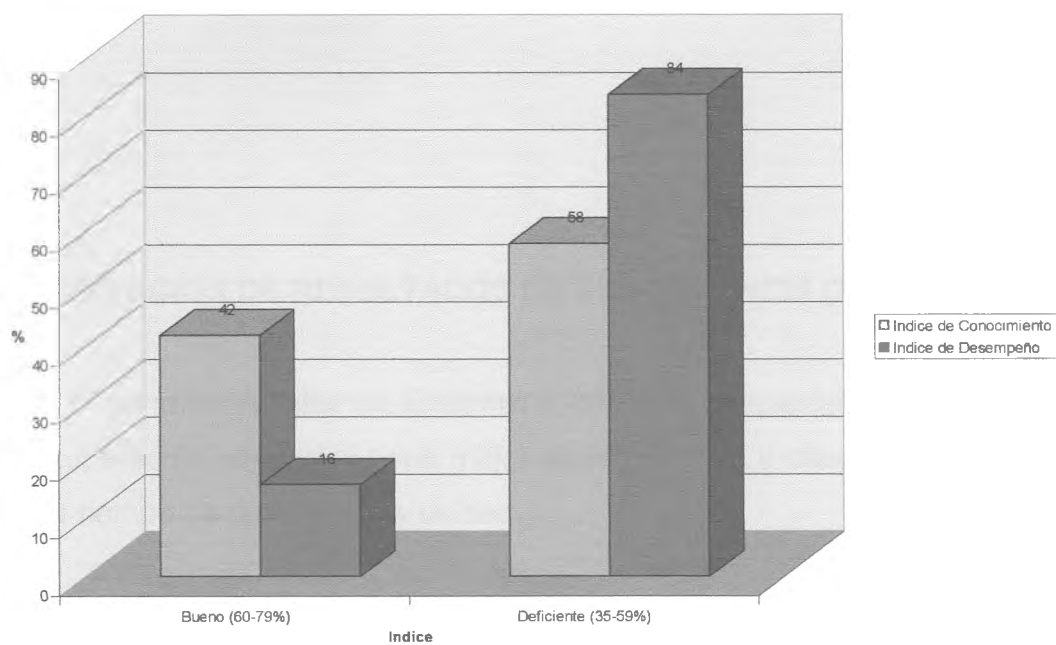
Fuente: EDOAPAE/BMI/2007

N=12

Tabla no. 13 Vemos claramente, las diferencias encontradas entre lo que el personal conoce en teoría y en lo observado en la practica, al tomar el índice de conocimiento medio podemos aproximarlo a un 60% lo que significa que el personal de enfermería tiene solo un sesenta por ciento del conocimiento en el manejo del paciente pediátrico post-operado, en relación a todo lo que debería saber para dar atención a los paciente; y de este conocimiento que tienen solo se pone en practica el 45.17% , esto desmerita su desempeño laboral. El porcentaje mínimo que se obtuvo en conocimiento, nos indica que es necesario establecer un programa de actualización de conocimientos, de los procesos de enfermería para elevar ese índice de deficiencia en conocimiento.

Grafico No. 3

Relación entre Índice del conocimiento con el índice de desempeño general de enfermería en el cuidado post anestésico inmediato pediátrico.



Fuente: EDOAPAE/BMI/2007

N=12

PRESENTACION DE RESULTADOS DE SIGNIFICANCIA DE HIPOTESIS

H1. El personal Auxiliar de Enfermería con más antigüedad laboral en la sala de recuperación pediátrica tiene mejor conocimientos y desempeño que las de menos tiempo de laborar en la unidad.

Tabla No. 14
Según coeficiente de correlación Spearman.

edad de la enfermera	Coeficiente de correlación Spearman	1.000						
	Sig. (bilateral)							
antigüedad en el hospital	Coeficiente de correlación	.604(*)	1.000					
	Sig. (bilateral)	.037						
antigüedad en la sala	Coeficiente de correlación	.624(*)	.968(**)	1.000				
	Sig. (bilateral)	.030	.000					
índice de conocimiento del personal de la sala recuperación	Coeficiente de correlación	.221	.160	.245	1.000			
	Sig. (bilateral)	.491	.619	.442				
índice de desempeño en el manejo de paciente postoperado	Coeficiente de correlación	-.074	.040	.182	.548	1.000		
	Sig. (bilateral)	.820	.901	.572	.065			
		edad de la enfermera	antigüedad en el hospital	antigüedad en la sala	índice de conocimiento del personal de la sala recuperación	índice de desempeño general	índice de conocimiento parámetros signos vitales	índice de conocimiento de las complicaciones post anestésicas
N		12	12	12	12	12	12	12

Tabla No. 15
Aplicación de la T de student.

T de estudio	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
antigüedad en la sala	2.58	1.505	.434
índice de desempeño en el manejo de paciente postoperado	3.92	.515	.149
índice de conocimiento del personal de la sala recuperación	3.58	.515	.149

Fuente: Encuesta de observación aplicada a personal de enfermería en sala de recuperación BMI

N= 12

Tablas no 14, 15.

Para comprobación de la hipótesis alternativa o de investigación; se realizaron las correlaciones según el coeficiente de correlación de Spearman y de Pearson considerando un margen de error de hasta 0.005 y un nivel de confianza de 95% encontrando los siguientes resultados:

Según coeficiente de correlación Spearman.

- ✚ Al correlacionar el índice de conocimientos e índice de desempeño del personal auxiliar de Enfermería con la antigüedad laboral en la sala de recuperación no se encontró significancia entre estas variables; sin embargo se realizaron otras correlaciones que resultaron ser entre moderadas a fuertes, y con significancias.
- ✚ Se correlaciona la antigüedad laboral hospitalaria con la edad de la enfermera encontrando una relación moderada $r_s = .624$ y valor $p < .037$.
- ✚ Otra correlación moderada fue la antigüedad laboral en la sala con la edad de la enfermera, resultando la $r_s = .624$ y valor $p < .030$.

- ↓ Una relación fuerte se dio al correlacionar la antigüedad laboral de la sala con la antigüedad laboral hospitalaria, siendo la $r_s = .968$ y un valor $p < .00$.
- ↓ Al realizarse las mismas correlaciones descritas anteriormente con **Pearson**, no se encontró significancia.

Al no encontrar significancia de nuestra hipótesis con la correlaciones de **Spearman y Pearson** se procedió a la aplicación de la misma con la **T de student**.

Por lo tanto diremos que; se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alternativa (H_1), lo que significa que el mejor conocimiento y mejor desempeño no tienen relación con la antigüedad laboral en la sala.

CAPITULO V

5.1 DISCUSIÓN

El personal Auxiliar de Enfermería que labora en la Sala de Recuperación es mayoritariamente de sexo femenino, de 12 auxiliares solamente hay un hombre en el grupo, la edad media es de 43 años, sin embargo un 41.7% se acerca a los 60 años de edad y un 16.7% ya los sobrepasa.

Este dato es de mucha relevancia si tomamos en cuenta la complejidad y la exigencia que demanda la sala sobre todo en la agilidad y el manejo del estrés requerido en el personal.

Debido a las características del servicio y de las diferentes patologías que a el llegan el personal de enfermería debe estar preparado física y emocionalmente para poder prevenir, detectar y comunicar los posibles cambios en los pacientes que atenderá (4).

El 33% del grupo en estudio es soltero, el 16.7% es viudo y el 16.7% es separado. Hay 3 personas que viven en unión libre y una es casada.

El 50% no tiene casa propia, y debe pagar alquiler más gastos del hogar y servicios públicos, lo que puede afectar su economía.

La paridad oscila en 2 hijos por enfermera pero el 50% tiene más de tres dependientes a su cargo, entre ellos los padres, hermanos, nietos, o familia cercana.

En el aspecto laboral nos llama grandemente la atención que el 50% del personal tiene más de 16 años de laborar en la enfermería y el mismo tiempo de desempeñarse en la Sala de Recuperación del B.M.I. lo que nos indica que

no tuvieron rotación por las diferentes áreas de trabajo desde su ingreso al hospital.

Esto se podría tomar como una fortaleza en el sentido de la gran experiencia adquirida por el personal y el conocimiento acumulado en este tiempo.

Sin embargo también podemos decir que es una amenaza por la facilidad de rutinizar las actividades de enfermería al realizar cuidados a los pacientes, lo que comúnmente sucede en los diferentes servicios de atención, una rutina que provoca la omisión de pasos y medidas de mucha importancia en el manejo de pacientes y el uso exclusivo de el sentido común y creatividad individual para el manejo del paciente, poniendo en alto riesgo la recuperación de paciente.

El 100% del personal mencionó que no conoce la existencia de manuales y protocolos en la unidad, sin embargo hay un manual de atención general del servicio quirúrgico, pero que aun no se ha socializado con el personal de la unidad en estudio.

Los temas de salud son complejos, por lo que tenemos que normalizar y reglamentar las acciones que se realizan sistematizando y documentando los resultados concretos al interior de nuestra institución. Hemos tomado el compromiso de garantizar condiciones favorables para la salud del pueblo hondureño formulando normas de aplicación y cumplimiento obligatorio en el ámbito hospitalario proporcionándonos lineamientos encaminados a cumplir los principios de equidad, solidaridad, accesibilidad en el logro del bienestar y mejoramiento de la calidad de vida, colectiva e individual, de la población Hondureña (15).

A pesar de no contar con protocolos de atención, si hay conocimiento sobre la frecuencia correcta de tomar los signos vitales en la primera hora posquirúrgica, pues el 92% del personal auxiliar de Enfermería, conoce que el periodo de recuperación inmediato, merece una vigilancia estricta de los signos vitales,

monitoreándolos cada 15 minutos aun y cuando el 100% no pone en practica este conocimiento (ver tabla no.9) pues solo se tomó y se registró una vez los signos vitales del paciente en la primera hora, y si para poder trasladar al paciente uno de los criterios es que se deben normalizar los signos vitales del mismo, este principio no se podría evaluar con una sola toma y registro de los signos vitales.

A menos que se indique una vigilancia mas frecuente, se registraran la presión arterial, pulso y frecuencia respiratoria cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos las siguientes dos horas. En adelante se miden con menos frecuencia si permanecen estables. La temperatura se registrara cada 4 horas durante las primeras 24 horas (7).

En cuanto a las características educativas podemos mencionar que el 41.7% tiene su secundaria incompleta y un 33% llegó a iniciar sus estudios universitarios, actualmente tres de ellos continúan el programa de profesionalización de enfermería en la facultad de ciencias medicas-Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Según los datos obtenidos el 75% del personal recibieron inducción al ingresar a trabajar en la sala, sin embargo no hay un manual de orientación básica, utilizado para esta actividad, por lo que la instrucción ha sido impartida por la enfermera jefe que está asignada en el periodo de su ingreso.

El 66.7% del personal no ha recibido ningún tipo de capacitación desde su ingreso.

La sala de recuperación o su equivalente, debe contar en horario hábil con al menos una Enfermera Universitaria responsable tanto del funcionamiento del recinto como de asignar personal auxiliar para el cuidado de los pacientes. El personal a cargo del cuidado de los pacientes deberá tener mínimo grado

técnico, y atender un máximo de 6 pacientes adultos o 4 pacientes pediátricos simultáneos en la sala. Debe agregarse la disponibilidad de personal que cumpla las funciones de estafeta y traslado de pacientes. El personal de la sala de recuperación deberá estar capacitado en proveer oxígeno suplementario, en el uso de los equipos de monitorización y en reconocer emergencias de la vía aérea y de la circulación. Idealmente deberá estar capacitado en proveer asistencia cardiaca y ventilatoria básica Resucitación Cardio Pulmonar. (21)

Al indagar con el personal Auxiliar de Enfermería sobre los conocimientos de signos vitales, actividades específicas al recibir al paciente, complicaciones anestésicas y valoración de traslado del paciente el 58.3% del personal auxiliar de enfermería obtuvo un índice de 35% a 59% clasificándolo como deficiente, sin embargo un 41.7% obtuvo un índice de bueno con puntuaciones mayores de 60%.

En cuanto a los parámetros normales de los signos vitales notamos que existe una diferencia marcada en el conocimiento según los rangos de edad, es decir que el conocimiento de los parámetros de los recién nacidos es menor al que se tiene del rango de un escolar y del adolescente, a pesar que en esta unidad se reciben pacientes pediátricos en los diferentes rangos mencionados (ver tabla no.3).

Esta diferencia de conocimiento puede influir en la capacidad de anticipar un evento o complicación y esto repercute directamente en la seguridad del paciente.

En cuanto al conocimiento de las diferentes anestесias utilizadas en el hospital el 83% de las auxiliares tiene claro el tiempo en el cual un paciente post operado puede y debe despertarse según el tipo de anestesia recibida, pero un 17% todavía muestra dudas al respecto.

El Perioperative Nursing Data Set (PNDS) es un modelo útil que utilizan las enfermeras en Estados Unidos durante la fase de atención post operatoria. Los

sucesos de interés para las enfermeras en el área de hospitalización durante la fase posterior a la cirugía incluyen diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados para el paciente y su familia (7).

Al observar las actividades realizadas por la auxiliar de enfermería al momento de recibir al paciente, la frecuencia de tomas de los signos vitales en la primera hora de ingreso del paciente, revisar el registro de enfermería en el expediente clínico y el libro de la sala el 75% del personal obtuvo un índice de desempeño deficiente.

Aunque es importante mencionar que en la sala solo hay un equipo para la toma de presión arterial pediátrica y éste es adecuado para pacientes en edad escolar, en la actualidad, se usa para todos los pacientes pediátricos y agregando que los dos estetoscopios existentes no están en buenas condiciones, no se cuenta con monitores cardiacos ni oxímetros de pulso.

El trabajo además de ser manual, se dificulta por el estado del equipo, lo que puede influir en el desempeño y aumentar la proporción de errores humanos por la falta del equipamiento combinado con un sistema débil de capacitación, como lo menciona el Dr. Alfredo Vidal julio/2003, (8) recomienda que el análisis debe ir más allá de la causa evidente o directa y se deben buscarse los factores contribuyentes que actúan sobre esta causa evidente. Es importante distinguir los errores activos de los latentes. Los errores activos son aquellos que son visibles, como por ejemplo que un piloto choque un avión. El error latente es un problema no descubierto en el sistema, que en el anterior ejemplo da lugar a que el avión funcione mal y el piloto choque. Los errores latentes son la amenaza más importante en el complejo sistema de salud por su capacidad de generar múltiples tipos de errores activos. Por otro lado, el enfoque de las personas como causa del error promueve mayor temor en los profesionales de salud y genera una creciente tendencia al ocultamiento de los errores. Este

ocultamiento es quizás una de las barreras más importantes para la construcción de un sistema de salud más seguro. Los errores siempre ocurrirán, pero es posible minimizar su ocurrencia o sus consecuencias, sólo si se lo enfrenta con una mirada más inquisidora, que logre avanzar más allá de “lo que le pasó a ese médico, o a esa enfermera”, buscando las causas primarias, que generalmente radican, como se mencionó con anterioridad, en la estructura de un sistema que debe ser corregido o mejorado (8).

Las valoraciones frecuentes y precisas de la saturación de oxígeno, la regularidad y amplitud del pulso, profundidad y naturaleza de las respiraciones, color de la piel, nivel de conciencia y habilidad para responder a las ordenes son las piedras angulares de la atención de enfermería en la UCPA. La enfermera debe realizar una valoración de base seguida por la revisión del sitio quirúrgico en cuanto a drenaje y hemorragia, y se asegura de que todas las sondas de drenaje y líneas de vigilancia estén conectadas y funcionando. Después de la valoración inicial, se verifican los signos vitales y se evalúa el estado físico general de la persona al menos cada 15 minutos. En orden decreciente de prioridad se procede a valorar la función y permeabilidad de las vías respiratorias para después valorar la función cardiovascular, estado del sitio quirúrgico y funcionamiento del sistema nervioso central. También es indispensable que la enfermera esté informada de cualquier aspecto pertinente de los antecedentes preoperatorios que pudieran ser de importancia en este punto (7).

5.2 CONCLUSIONES

Al iniciar nuestro estudio nos propusimos los objetivos ya anteriormente expuestos a lo cual respondemos de la siguiente manera.

1. Que el personal de enfermería de la sala de recuperación, del Bloque Materno Infantil tiene condiciones socio-económicas similares entre si, debido mayormente a su genero ya que casi todas son de sexo femenino, excepto uno de ellos. Todos tienen concluido su plan de educación básico, logrando obtener su diploma de auxiliar de enfermería.
2. Sus ingresos mensuales varían un poco de acuerdo a la antigüedad que tienen de laborar en la institución pero la mayoría, el 68%, supera un salario de Lps. 7,000.00; a pesar de ésto, el 50%, aun no tienen una vivienda propia, y continúan alquilando, todas tienen obligación y dependientes a su cargo, y lideran en sus familias como jefes de hogar.
3. La mayoría tiene más de 16 años de laborar en la sala de recuperación y han permanecido en este servicio desde que ingresaron al hospital, solo 3 personas mencionaron no haber recibido inducción al ingresar a la sala, pero el 75% si recibió esa inducción, sin embargo pese a la antigüedad de sus labores solo el 33% de ellas a recibido cursos relacionados con sus tareas, la mayoría no ha reforzado ni actualizado sus conocimientos.
4. Las calificaciones obtenidas en cuanto al nivel de conocimiento del personal auxiliar de Enfermería respecto al manejo del paciente pediátrico postoperado van de bueno a deficiente, aquí se ve el resultado de no contar con un plan de educación continua y permanente que le permita al personal afirmar sus conocimientos y mejorar la utilización de técnicas básicas en su labor.
5. Se observó que el índice de desempeño máximo obtenido por el personal fue calificado de 64%, y un mínimo de 23%, el promedio de 46%.

El trabajo de enfermería en la sala de recuperación pediátrica, es muy importante e invaluable, pues combina acciones tanto asistenciales, como de soporte psicológico y emocional al paciente que ha recibido algún tipo de anestesia.

El personal de enfermería es el que proporciona los cuidados y vigilancia estricta de corta duración al paciente para asegurar una evolución rápida, sin incidentes, ni complicaciones; la clave de el éxito asistencial será el reconocimiento de los signos de alerta y la actuación inmediata, con la observación y monitorización exactas del tratamiento y del proceso que se deriva de este.

Nada de esto será posible sin proponernos planes, procesos, y objetivos definidos y específicos que nos permitan aumentar, y afianzar los conocimientos y mejorar nuestras acciones e impacto en la salud de nuestros pacientes. Necesitamos de una reforma que promueva las buenas prácticas clínicas, que permitan el uso adecuado de recursos humanos, materiales, y financieros, estableciendo parámetros de evaluación e indicadores de calidad.

También que fortalezca la ética, la responsabilidad, la sensibilidad humana, y el espíritu de servicio del personal (26).

5.3 RECOMENDACIONES

Nuestras recomendaciones son:

1. Establecer un calendario de reuniones de trabajo periódicas y permanentes con el personal de enfermería, dirigidas por la jefatura de sala, con el apoyo de las jefaturas del servicio quirúrgico, departamento de educación y departamento de enfermería, e iniciar un proceso que ayude a mejorar la calidad de atención en la sala que incluya: reflexión, discusión, planificación, métodos, compromisos, y evaluación de los procesos de enfermería.
2. Incorporar a las reuniones de trabajo un plan educativo en cooperación con los diferentes profesionales que se relacionan directamente con el personal de la sala, con temas de interés y que ayuden a mejorar la atención del servicio.
3. Socializar con el personal de la sala el manual de normas ya existente del servicio quirúrgico,
4. Revisar la misión y visión de la Institución y nuestro perfil de desempeño por el cuál fuimos contratados.
5. Diseñar un manual de protocolo de enfermería, funcional, actualizado y basado en las normas de atención institucionales, que de respuesta a dudas y aclare las funciones específicas del personal de enfermería, para el manejo de las diferentes situaciones que se presenten.
6. Socializar e implementar el manual de protocolos y asegurar su sostenibilidad.
7. Fomentar en el personal el deseo de investigación productiva que resulte en aportes positivos y constructivos al mejoramiento de la sala.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. www.ametd.com.mx/revista/vol1_no3_jul_2007/hoja_recuperacion.pdf
2. Roberto K. Stoelting, Bases de la anestesia, Mc Graw Hill, 3ª edición 1998.
3. www.scare.org.co/.../articulos/1996/vol_3/html/riesgo%20anestesico%20% mortalidad%20en%20anestesiologia.htm
4. www.enfermeriaperu.com/mistrabajos/perfilenferecup.htm
5. Gerald A. Maccioli, Jerry M. Calkins, Vincent J. Collins, Anestesia General y Regional, Mc Graw Hill 3a edición.
6. [www.anestesia.kinta-dimencion.com/areas/publicaciones/calidad_ asistencial.1996](http://www.anestesia.kinta-dimencion.com/areas/publicaciones/calidad_asistencial.1996).
7. Brunner y Sudarth, Enfermería medicoquirúrgica, Mc Graw Hill. 10ª edición. 2004.
8. www.codeinep.org/epidemiologia/efectosadversosyerroremed1.htm /julio/2003.
9. Luz Hidela Patiño, Conceptos Básicos de la Anestesia Pediátrica, Gente nueva, Santa Fe Bogota, 1ª edición.
10. Nimmo, Walther S., Rowbotham, David J, Saunders Anestesiología I, II, III. 1994.

11. Adriani, John Anestésia Regional de Labat, Técnicas y aplicaciones clínicas, 3ª edición, I, II. c.1972.
12. Holzer James F. Complicaciones en Anestesia, Gravestein 1990.
13. Lilian Sholthis, Doris Smith Suddarth. Enfermería Medico-Quirúrgica I, 2ª edición, 1978.
14. Brunner y Suddarth, Enfermería Práctica. Interamericana, 1984.
15. Normas de Atención, Procedimientos, Organización y funciones del Centro Quirúrgico del Hospital Escuela, Secretaria de Salud. Dirección General de Regulación Sanitaria. Departamento de Desarrollo de Servicios de Salud, Hospital Escuela. 1ª edición, 2005. Tegucigalpa, Honduras.
16. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio, Metodología de la investigación, 3ª edición ,2003.
17. Nelson, tratado de pediatría, 15ª edición, Behman, Kliegman, Arvin. c.1997.
18. Nelson, tratado de pediatría, 17ª edición, Behman, Kliegman, Arvin. c.2005.
19. Tom Lissauer, Texto Ilustrado de Pediatría, 2ª edición. Graham Clayden. c. 2003.
20. www.Anestesia/criterios%20para%20darde%20%alta.pdf.com
21. www.Guiasclinicas.sociedaddeanestesiologia/chile./html.document.com
22. www.hospitalgeneraldemexico/o_d/html,document.

23. www.anestesologia-latina.com

24. Norma para la práctica de anestesia. HTML, documento. Secretaria de Salud Mexicana.

25. www.-x-pain.com La anestesia epidural.

26. www.monografias.com Perfil de la enfermera en el área quirúrgica.

ANEXOS

1. INSTRUMENTOS:

- 1.1 INSTRUMENTOS No.1: DIRIGIDO A PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA
 - 1.2 INSTRUMENTO No.2: OBSERVACIÓN DE LA PRACTICA A PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA, UTILIZANDO LISTA DE COTEJO
 - 1.3 INSTRUMENTO No.3: REVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA REGISTRADA EN EXPEDIENTE Y LIBRO DE INGRESOS DE LA SALA.
- 2. CONSENTIMIENTO LIBRE Y ESCLARECIDO.
 - 3. GRAFICAS Y CUADROS.
 - 4. OTROS. (Escala modificada de ALDRETTE).

INSTRUMENTO No 1
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE EDUCACION DE ENFERMERIA
PROGRAMA DE POST GRADO
ESPECIALIDAD ATENCION EN SALUD INTEGRAL AL NIÑO Y AL
ADOLESCENTE

INVESTIGACION: CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN LA SALA
DE RECUPERACION DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL

ENCUESTA APLICADA A PERSONAL DE ENFERMERIA

Fecha: _____ Código _____

Lea cuidadosamente las preguntas y marque con una **X** ó escriba con letra clara su respuesta; y le pedimos que conteste este cuestionario con la toda sinceridad. No hay respuestas incorrectas.

A.- Datos Generales:

5. Que edad tiene? 1. _____

6. Cual es su estado civil actual?

Soltera/o ☐

Casada/o ☐

Separada/o ☐

Divorciada/o ☐

Viuda/o

☐

Unión libre

☐

3. Cuantos hijos tiene? 1. _____

Vivos? 2. _____

B.- Datos Socio-económicos:

4. Cual es su ingreso familiar mensual?

1. Menos de L.3,000

☐

2. De L.3,001 a L.5,000

☐

3. De L.5,001 a L.7,000

☐

4. De L.7,001 a 9,000

☐

5. Más de 9,001

☐

5. Cuantas personas tiene a su cargo o numero de dependientes:

1. Hijos _____

2. Padres _____

3. Hermanos _____

4. Nietos _____

5. Esposa/o _____

6. Otros _____

6. La casa donde Usted vive es propia, alquilada o la esta pagando?

7. Cual es su ultimo año completo de estudio? (especifique el año y curso?)

_____.

8. Titulo obtenido y año de graduación en enfermería:

_____.

C. Datos Laborales:

9. Cuantos años tiene de laborar en el Hospital?

1. Menos de 5 años

☐

2. De 6 a 10 años

☐

3. De 11 a 15 años

☐

4. Mas de 16 años

☐

10. Cuantos años tiene de laborar en la sala de Recuperación?

1. Menos de 5 años

☐

2. De 6 a 10 años

☐

3. De 11 a 15 años

☐

4. Más de 16 años

☐

11. Que cargo desempeña actualmente?

12. Recibió algún tipo de inducción al iniciar a laborar en la sala?

Si

1. ☐

No

2. ☐

Si respondió si, como la califica?

Formal

☐

Informal

☐

13. En caso de haber recibido inducción, cuanto tiempo duro esta?

1. _____ Días 2. _____ Semanas 3. _____ Meses

14. Durante el tiempo que ha laborado en esta sala ha recibido alguna capacitación relacionada directamente con su puesto y funciones?

Si 1. ☐ No 2. ☐

Si su respuesta es Si, en que temas?

D.- Datos para Medición de Conocimientos:

15. Que tipo de anestesia de las que se administran en el hospital conoce Ud?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

16. Al recibir un paciente de sala de operaciones, cuales son las primeras 5 actividades que le realiza. Escríbalas según el orden en que las hace.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

17. Cuenta con el equipo y material necesario para atender a los pacientes post operados?

Si 1. ☐ No 2. ☐

Si su respuesta es NO, que equipos o materiales carecen en la sala?

18. Con que frecuencia cree Usted que deben tomarse los signos vitales del paciente post operado en la primera hora en la recuperación?

1. Cada 05 minutos ☐

2. Cada 10 minutos ☐

3. Cada 15 minutos ☐

4. Cada 20 minutos ☐

5. Cada 30 minutos ☐

6. Cada hora ☐

7. Otro _____.

19. Según su experiencia, cuanto tiempo tarda en recuperarse un paciente que recibió anestesia general por la vía intravenosa?

20. Según su experiencia cuales son los signos vitales normales que tiene un niño en estas diferentes edades? Escriba su respuesta en los cuadros según la edad.

Signos Vitales	Recién Nacido	Escolar	Adolescente
Frecuencia Respiratoria por minuto			
Frecuencia Cardíaca por minuto			
Presión Arterial			

21. Según su experiencia, cuales son las complicaciones mas frecuentes que puede presentar un paciente que ha recibido algún tipo de anestesia? Mencione por lo menos 3.

1. _____
2. _____
3. _____

22. A su criterio, que requisitos debe tener un paciente para trasladarlo a sala? Mencione por lo menos dos).

1. _____
2. _____
3. _____

23. Ha escuchado ó conoce la Escala Aldrette?

Si 1. ☐ No 2. ☐

Si su respuesta es Si, para que sirve y que mide?

24. Sabe Usted si existe en la sala algún manual de normas ó protocolos de atención de enfermería?

Si 1. ☐ No 2. ☐

Si su respuesta es Si, tiene acceso a ellos?

Si 1. ☐ No 2. ☐

25. En el tiempo de laborar en el hospital, ha recibido algún tipo de reconocimiento por su trabajo ó por alguna habilidad especial que Usted haya desarrollado?

Si 1. ☐ No 2. ☐

Si su respuesta es Si, fue por escrito o verbal? Y porque recibió el reconocimiento?

GRACIAS POR SU AYUDA Y POR SU TIEMPO

INSTRUMENTO No 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE EDUCACION DE ENFERMERIA
PROGRAMA DE POST GRADO
ESPECIALIDAD ATENCION EN SALUD INTEGRAL AL NIÑO Y AL ADOLESCENTE

INVESTIGACION: CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN LA SALA
DE RECUPERACION DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL

INSTRUMENTO DE OBSERVACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA
(LISTA DE COTEJO)

1. Al recibir al paciente hace lo siguiente?

	SI	NO
Se dirige a recibirlo de inmediato	1. ☐	2. ☐
Verifica permeabilidad de vía aérea	1. ☐	2. ☐
Aplica oxigeno al paciente, si es necesario	1. ☐	2. ☐
Descubre al paciente para ver herida quirúrgica	1. ☐	2. ☐
Busca drenos, sondas y verifica permeabilidad	1. ☐	2. ☐

Verifica permeabilidad de vía intravenosa

1. ☐ 2. ☐

Saluda al paciente que viene despierto

1. ☐ 2. ☐

Toma signos vitales al momento de recibirlo

1. ☐ 2. ☐

Recibe y/o pide información verbal del estado del paciente 1. ☐ 2. ☐

2.-¿ Con que frecuencia toma y registra los signos vitales en la primera hora de recibido el paciente? (marque con una X el rango observado)

Signos Vitales	Cada 15 Minutos	Cada 20 Minutos	Cada 25 Minutos	Cada 30 Minutos	Cada Hora	Sin Frecuencia exacta.
Frecuencia Cardíaca						
Frecuencia Respiratoria						
Temperatura						
Presión Arterial						

3.-¿Al tomar el pulso hace lo siguiente?

Utiliza dedo índice y medio 1. ☐ 2. ☐ _____

Utiliza estetoscopio sobre zona del corazón 1. ☐ 2. ☐ _____

Ausculata el minuto completo 1. ☐ 2. ☐ _____

4.- Al tomar frecuencia respiratoria hace lo siguiente?

Descubre tórax del paciente 1. ☐ 2. ☐ _____

Utiliza estetoscopio en el tórax 1. ☐ 2. ☐ _____

Ausculata el minuto completo 1. ☐ 2. ☐ _____

5.- Al tomar presión arterial hace lo siguiente?

Utiliza aparato correcto para el tamaño del

Paciente 1. ☐ 2. ☐ _____

Utiliza estetoscopio en pulso braquial 1. ☐ 2. ☐ _____

Observa el marcador de la presión 1. ☐ 2. ☐ _____

Se distrae o habla durante el procedimiento 1. ☐ 2. ☐ _____

6.- Al tomar la temperatura auxiliar hace lo siguiente?

Limpia termómetro antes del uso 1. ☐ 2. ☐ _____

Baja línea de mercurio antes del uso 1. ☐ 2. ☐ _____

Coloca correctamente el termómetro 1. ☐ 2. ☐ _____

Deja el termómetro por 3 minutos 1. ☐ 2. ☐ _____

7- Al despertarse el paciente hace lo siguiente?

Pregunta al paciente como se siente 1. ☐ 2. ☐ _____

Acude de inmediato al llamado del paciente 1. ☐ 2. ☐ _____

Se lava las manos antes de tocar al Pte. 1. ☐ 2. ☐ _____

INSTRUMENTO No 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE EDUCACION DE ENFERMERIA
PROGRAMA DE POST GRADO
ESPECIALIDAD ATENCION EN SALUD INTEGRAL AL NIÑO Y AL ADOLESCENTE

INVESTIGACION: CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN LA SALA
DE RECUPERACION DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL

INSTRUMENTO DE APLICACIÓN A REVISION DEL REGISTRO DE ENFERMERIA
(EXPEDIENTE CLINICO – LIBRO DE INGRESOS)

Fecha: _____ Código: _____

1.- Utiliza la hoja de registro de recuperación. 1. Si ☐ 2. No ☐

2.- Registra y llena correctamente con datos completos los diferentes
espacios de la hoja de recuperación?

SI NO Especifique

1. ☐ 2. ☐

3.- Anota los datos con el color de tinta correspondiente al turno? Azul o Negro = T "A" , verde = T "B" , Rojo = T "C"

Si 1. ☐ No 2. ☐

4.- La nota de enfermería contiene los siguientes datos del paciente:

	SI	NO	Observaciones
Estado al recibirlo	1. ☐	2. ☐	_____
Estado de conciencia	1. ☐	2. ☐	_____
Evolución de S/V.	1. ☐	2. ☐	_____
Cuidados realizados	1. ☐	2. ☐	_____
Estado al trasladarlo	1. ☐	2. ☐	_____
Observaciones especiales	1. ☐	2. ☐	_____

Firma la nota de enfermería 1. ☐ 2. ☐ _____

5.- En las indicaciones medicas, hace lo siguiente?:

SI NO

1. ☐ 2. ☐ Cumple y marca indicaciones médicas cumplidas.

Numero de Indicaciones cumplidas: _____

1. ☐ 2. ☐ Registra indicaciones cumplidas, como medicamentos, ingestas, excretas.

Observaciones: _____

1. ☐ 2. ☐ Justifica y marca con "P" las indicaciones pendientes.

Numero de indicaciones pendientes: _____

1. ☐ 2. ☐ Firma al pie de las indicaciones medicas identificándose claramente.

Observaciones: _____

6.- Cuantas veces registra la toma de signos vitales en la primera hora?

Signos Vitales	Una Vez	Dos Veces	Tres Veces	Cuatro Veces	Mas de Cuatro	Ninguna	Registra sin Hora
F. C.							
F. R.							
P/A							
T°							

7.- Registra y anota los datos completos solicitados en el libro de

ingresos?

Si 1. ☐

No 2. ☐

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE EDUCACION DE ENFERMERIA
PROGRAMA DE POST GRADO
ESPECIALIDAD ATENCION EN SALUD INTEGRAL AL NIÑO Y AL
ADOLESCENTE

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estamos realizando un estudio sobre la práctica y conocimientos de enfermería en el servicio de recuperación post anestésica del Hospital Materno Infantil. Con ese fin solicitamos su ayuda para que conteste unas preguntas de un cuestionario, sus respuestas nos proporcionaran información muy valiosa que será manejada, con la más estricta confidencialidad y bajo la categoría de anónimo, por lo que no nos interesa su nombre, solamente rogamos sinceridad en sus respuestas.

Su ayuda servirá para mejorar la atención de enfermería en el servicio.
Si desea colaborar escriba su nombre y firma en las siguientes líneas.

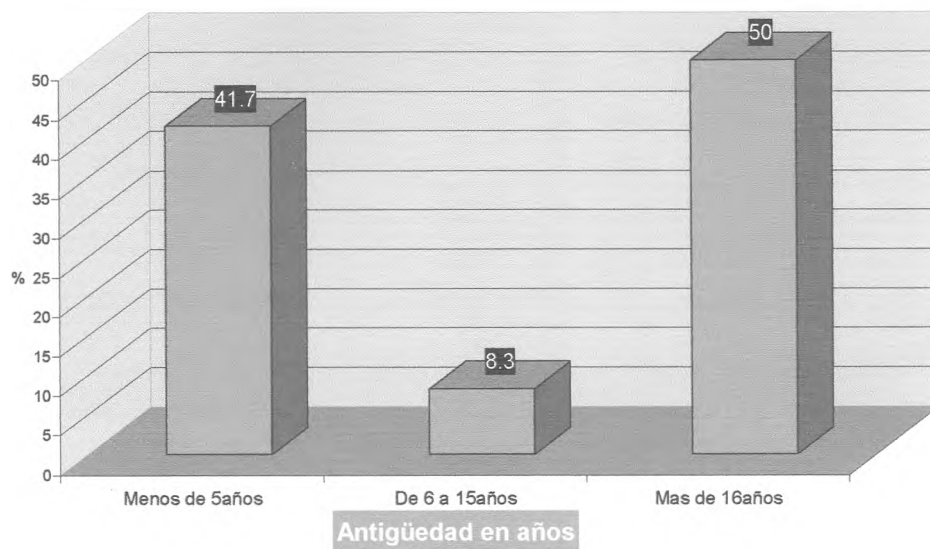
Nombre

Firma

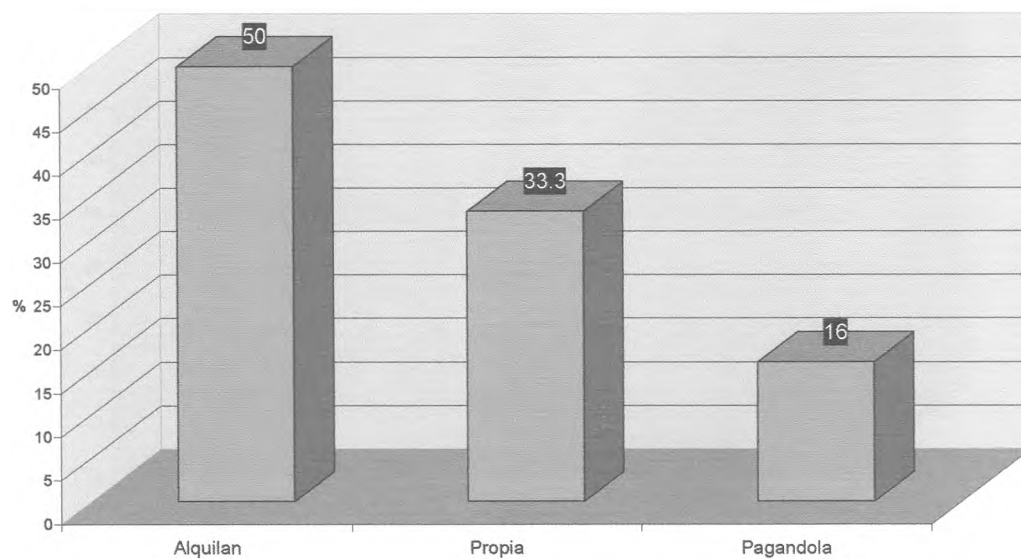
Gracias por su ayuda.

8. TABLAS Y GRÁFICOS

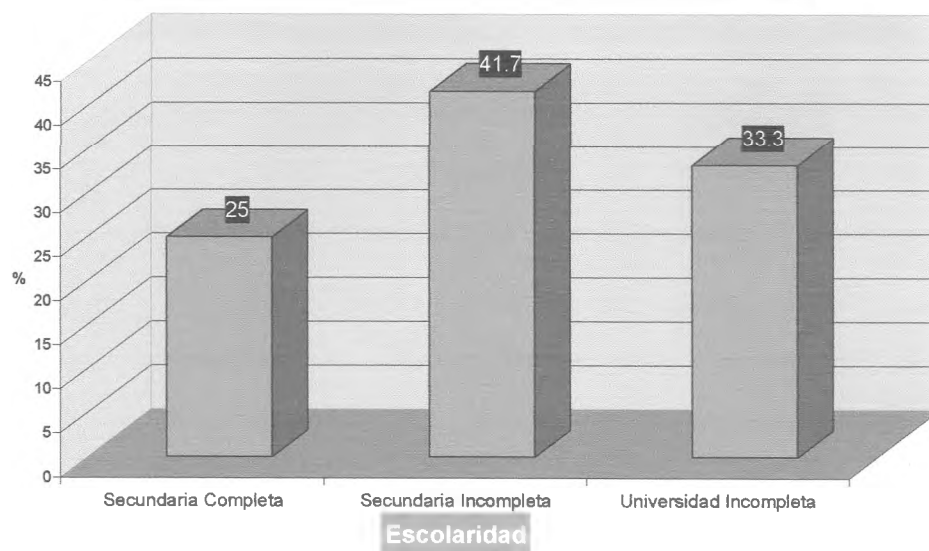
Antigüedad Laboral del personal auxiliar en la sala de Recuperación, BMI, 2 007



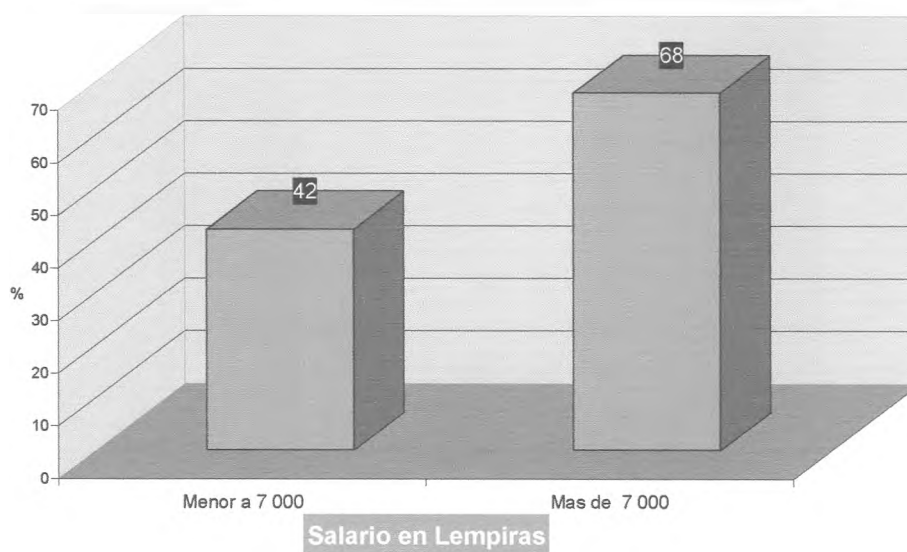
Condicion Legal de la Vivienda del Personal Auxiiar de la Sala de Recuperación, BMI, Febrero-Marzo 2 007



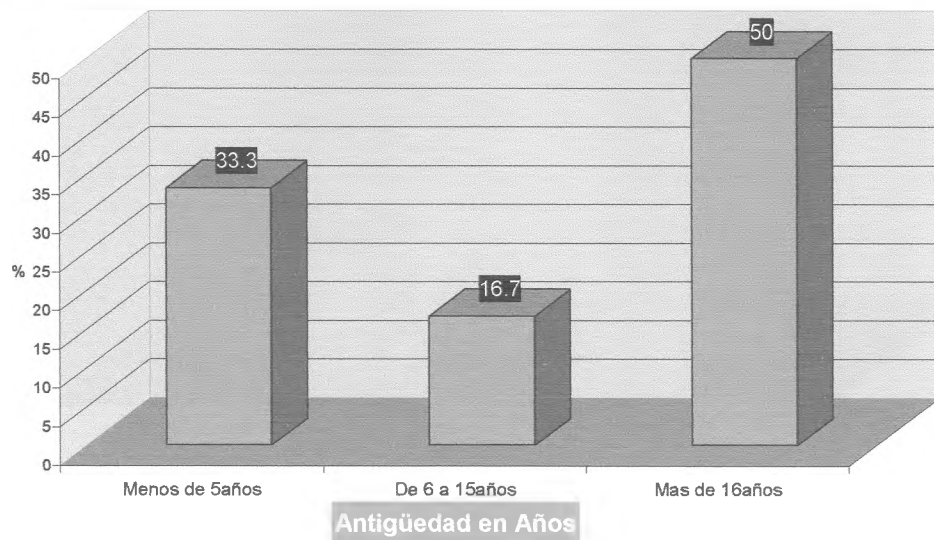
Escolaridad del Personal Auxiliar de la Sala de Recuperación, BMI, Febrero-Marzo 2 007



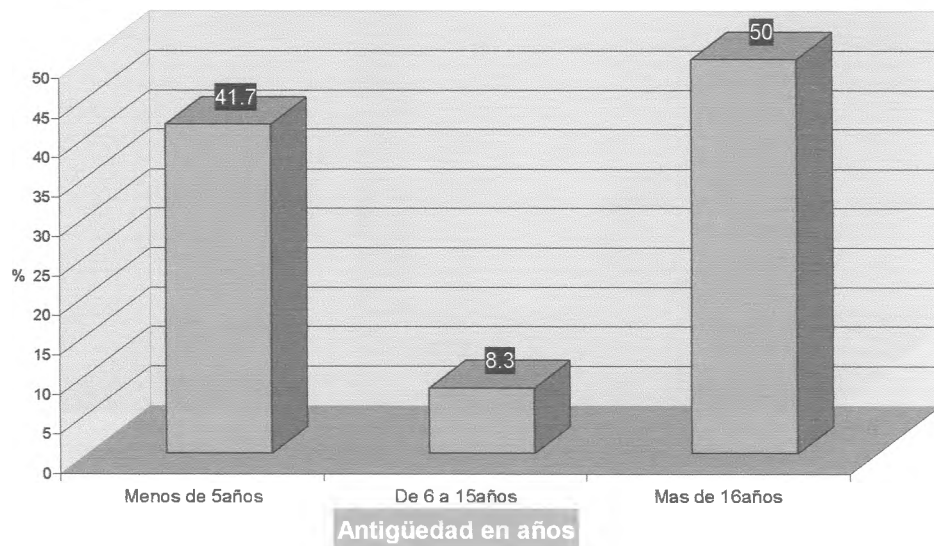
Ingreso Mensual del Personal Auxiliar de la Sala de Recuperación, BMI, Febrero-Marzo 2 007



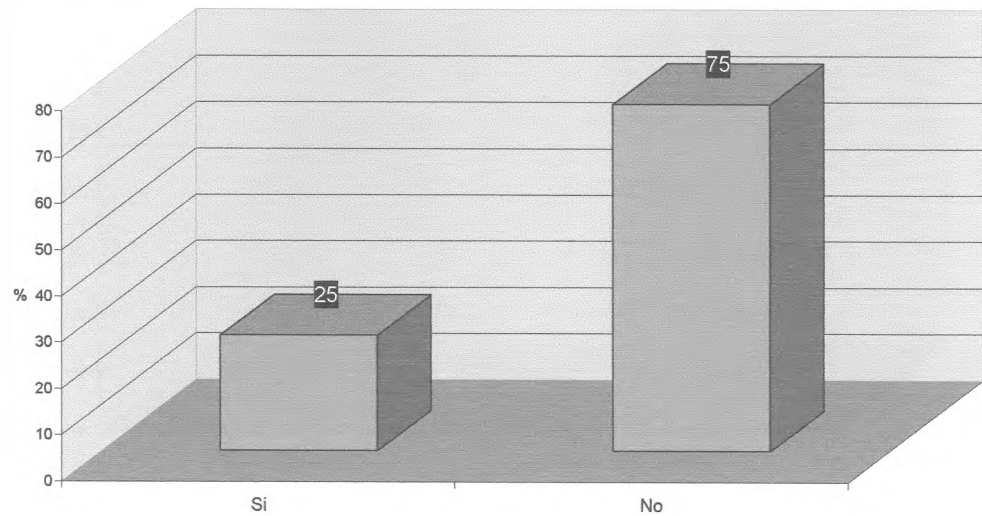
Antigüedad Laboral Hospitalaria del Personal Auxiliar de la Sala de Recuperación, BMI, Febrero-Marzo 2 007



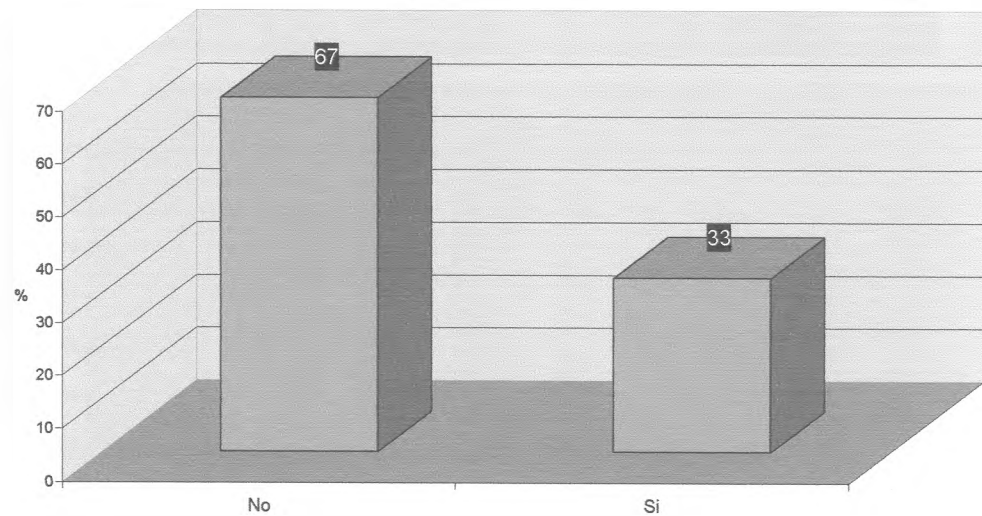
Antigüedad Laboral del personal auxiliar en la sala de Recuperación, BMI, 2 007



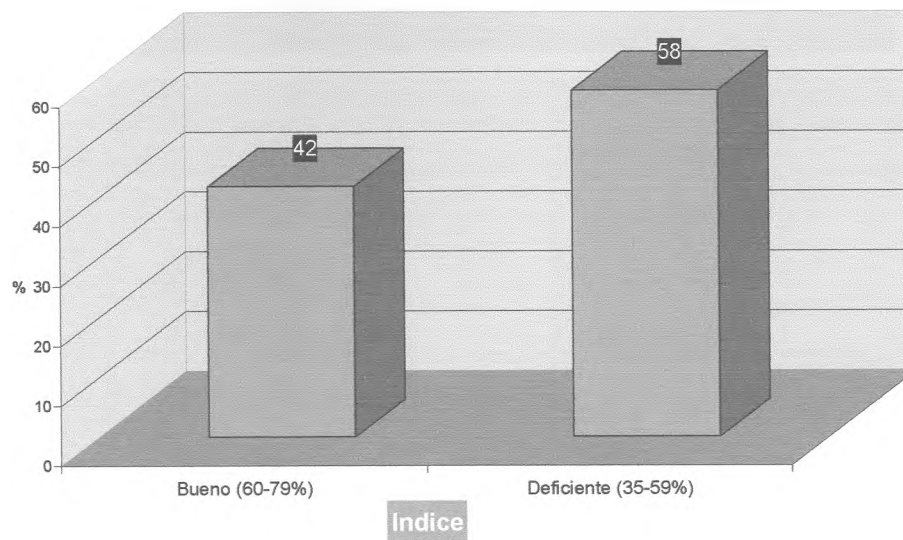
Personal Auxiliar que Recibio Curso Formal de Inducción al Ingreso en la Sala de Recuperación, BMI, Febrero-Marzo 2 007



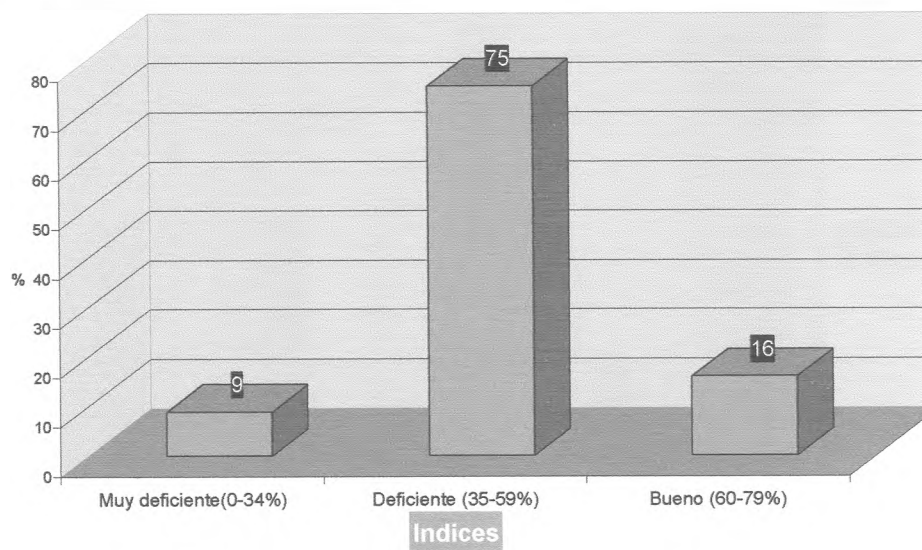
Personal auxiliar que ha recibido capacitaciones relacionadas con su trabajo, desde su ingreso a la sala de Recuperación, BMI, febrero-marzo 2 007



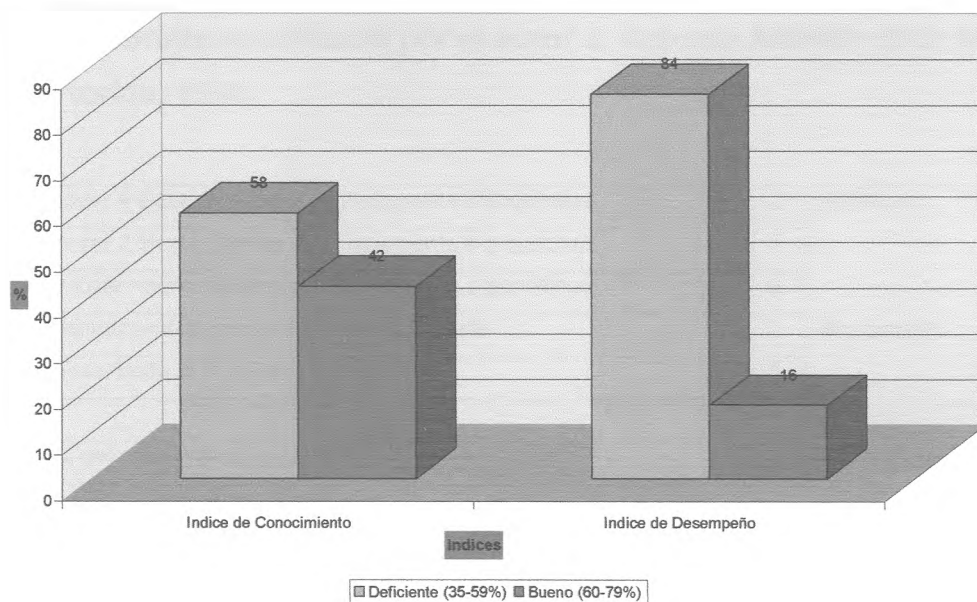
Indice de conocimiento obtenido por el personal auxiliar de la sala de Recuperación, BMI, febrero-marzo, 2 007



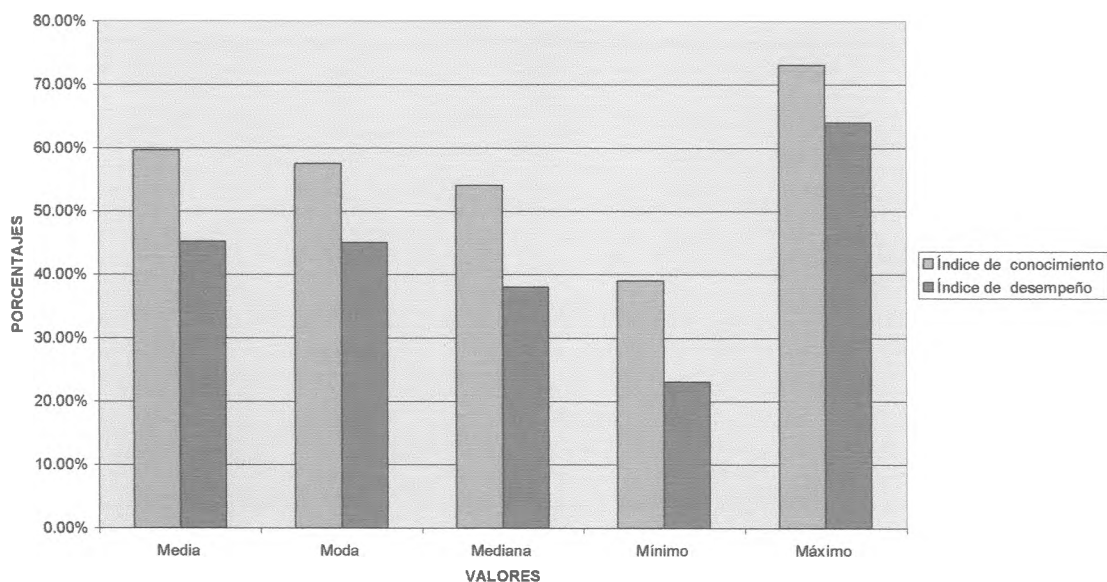
Indice del Desempeño Obtenido por el Personal Auxiliar de la Sala de Recuperación, BMI, Febrero-Marzo, 2 007



Relación entre índice de conocimiento e índice del desempeño del personal auxiliar de la sala de Recuperación, BMI, febrero-marzo, 2 007



Relacion entre índice de conocimiento e índice de desempeño en el cuidado de enfermería del paciente pediátrico pos-operado en la UCPA BMI-HE



9. OTROS:

**Escala de Aldrette modificada por el autor J. Antonio Aldrette M/D; MS.
Destin, Florida, 1994.**

Capaz de mover 4 extremidades voluntariamente o a solicitud	2	Actividad
Capaz de mover 2 extremidades voluntariamente o a solicitud	1	
incapaz de mover extremidades voluntariamente o a solicitud	0	
Capaz de respirar profundamente y toser libremente	2	Respiración
Disnea o limitación de la respiración	1	
Apnea	0	
T. A. $\pm$ 20% del nivel pre-anestésico	2	Circulación
T. A. $\pm$ (20-49)% del nivel pre-anestésico	1	
T. A. $\pm$ 50% del nivel pre-anestésico	0	
Completamente despierto	2	Conciencia
Despierta al llamado	1	
No responde	0	
Capaz de mantener saturación O ₂ > 92% con aire ambiente	2	Saturación de O ₂
Necesita inhalar O ₂ para mantener saturación de O ₂ > 90%	1	
Saturación de O ₂ <90% aun con O ₂ suplementario	0	