

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADO DE ENFERMERÍA POSOPERATORIO INMEDIATO
A PACIENTES ADULTOS CON TRAUMATISMO
CRANEOENCEFÁLICO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA
ESPECIALIDADES Y QUIRÓFANO DEL HOSPITAL MANUEL
NÚÑEZ BUTRÓN – PUNO 2014**

TESIS

PRESENTADA POR:

MIRIAM MÓNICA PALACIOS GARCIA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**FACULTAD DE ENFERMERÍA****ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

CUIDADO DE ENFERMERÍA POSOPERATORIO INMEDIATO A
PACIENTES ADULTOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES Y QUIRÓFANO DEL
HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN – PUNO 2014

TESIS PRESENTADA POR:

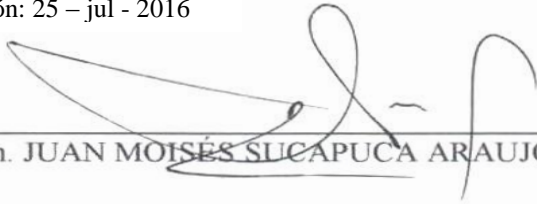
MIRIAM MÓNICA PALACIOS GARCIA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERÍA
APROBADO POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

Fecha de sustentación: 25 – jul - 2016

PRESIDENTE

:


Dr. Cn. JUAN MOISÉS SUCAPUCA ARAUJO

PRIMER MIEMBRO

:


Mtro. DENICES SOLEDAD ABARCA FERNÁNDEZ

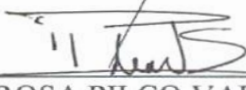
SEGUNDO MIEMBRO

:


Mg. ZORAIDA NICOLASA RAMOS PINEDA


DIRECTORA

:


Mg. ROSA PILCO VARGAS

ASESORA

:


Lic. MARGOT ALEJANDRINA MUÑOZ MENDOZA

Línea: Salud del adulto

Área: Del adulto

Tema: Calidad de vida: discapacidad visual auditiva y motora,
accidentes y traumatismo

PUNO – PERU

2017

DEDICATORIA

A Dios por concederme el don de la vida, brindarme salud, darme protección, derramar sus bendiciones por el camino que he elegido en el transcurso de mi formación profesional y por iluminarme para obrar bien.

A mi familia, a mis padres Mario y Mercedes y hermano Joseph, por brindarme su comprensión y gran apoyo en cada una de mis elecciones, por guiarme en el camino de la vida, por brindarme su protección y amor incondicional.

A mis docentes, por sus enseñanzas, apoyo y motivación para culminar con mis estudios profesionales.

A mis amigas y amigos, que con sus palabras de aliento me ayudaron a seguir adelante en los momentos de desesperanza.

Miriam

AGRADECIMIENTO

- *A nuestra alma mater, Universidad Nacional del Altiplano – Puno por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente.*
- *A los docentes por haberme brindado el conocimiento teórico – práctico y a todo el personal administrativo por despejar mis dudas y atender mis necesidades durante la etapa de estudiante.*
- *A los miembros del jurado revisor, Presidente: Dr. Cn. Juan Moisés Sucapuca Araujo, Primer miembro: Mtro. Denices Soledad Abarca Fernández y Segundo miembro: Mg. Zoraida Nicolasa Ramos Pineda; por su paciencia, comprensión, sugerencias y aportes para el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.*
- *A mi directora y asesora de tesis: Mg. Rosa Pilco Vargas y Lic. Margot Alejandrina Muñoz Mendoza; por su dedicación, orientación, apoyo moral y consejos durante el proceso de revisión del presente trabajo de investigación*
- *A los profesionales del centro quirúrgico y cirugía especialidades del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón por haberme brindado las facilidades de caso durante la ejecución del presente trabajo de investigación*

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN..... | 6 |
| ABSTRACT..... | 7 |
| INTRODUCCIÓN | 8 |
| CAPITULO I:EL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 10 |
| 1.1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN..... | 10 |
| 1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN | 13 |
| 1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 18 |
| CAPITULO II:MARCO TEÓRICO, MARCO CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACIÓN..... | 19 |
| 2.1. MARCO TEÓRICO | 19 |
| 2.2. MARCO CONCEPTUAL:..... | 63 |
| CAPITULO III:MÉTODO DE INVESTIGACIÓN | 67 |
| 3.1. EN RELACIÓN A LA MUESTRA | 68 |
| 3.2. EN RELACIÓN A LA TÉCNICA E INSTRUMENTO..... | 69 |
| 3.3. EN RELACIÓN AL ANÁLISIS | 74 |
| CAPITULO IV:CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN..... | 75 |
| CAPITULO V:EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS..... | 77 |
| 5.1. RESULTADOS | 77 |
| 5.2. DISCUSIÓN..... | 80 |
| CONCLUSIONES | 87 |
| RECOMENDACIONES | 88 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 89 |
| ANEXOS | 94 |

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar el cuidado de enfermería posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico del servicio de Cirugía Especialidades y Quirófano del hospital Manuel Núñez Butrón – Puno 2014². La muestra de estudio estuvo conformada por 10 profesionales de enfermería que realizan el cuidado a pacientes en fase posoperatorio inmediato en los servicios de Cirugía Especialidades y Quirófano del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno. El estudio fue de tipo descriptivo transversal. Para la recolección de datos se aplicó la técnica de la observación directa y como instrumento dos guías de observación. Para el análisis de la información se utilizó la estadística porcentual. Los resultados obtenidos revelaron que el 60 % de los observados en el servicio de cirugía especialidades cumplen medianamente con el cuidado posoperatorio inmediato en pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico, mientras que el 100 % cumplen en el servicio de quirófano. Del análisis de los resultados se concluye que un grupo considerable de profesionales de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno cumplen medianamente con el cuidado. Debido a que, existen actividades que estarían realizando de forma incorrecta y sin fundamento científico, aumentando el riesgo de experimentar alguna complicación posoperatoria e incluso exponiendo la supervivencia del paciente.

PALABRAS CLAVE: Cuidado, Posoperatorio, Traumatismo Craneoencefálico

ABSTRACT

This research was conducted to determine the immediate postoperative nursing care to adult patients with traumatic head injury in the specialties surgery and operating room services at Manuel Núñez Butrón Hospital - Puno 2014 ". The study sample consisted of 10 nursing professionals who work in specialties and surgery operating room services. As a type of design, the descriptive, transversal study is used. For data collection, the direct observation technique is applied and as instrument, two guides of observation is used. For the analysis of the information, statistics percentage is used. The results revealed that 60% of the observed in the service of surgery specialties fulfill moderately postoperative care in adult patients with traumatic brain injury, while 100% fulfill it in the operating room service. Analyzing the result, we concluded that a large group of nurses fulfill halfway with care because of there are some activities that we have been doing incorrectly and without scientific basis, increasing the risk of experiencing any postoperative complication and even exposing the patient survival.

KEY WORDS: Care, Postoperative, Traumatic Brain Injury

INTRODUCCIÓN

El cuidado durante el periodo posoperatorio inmediato está dirigido a restablecer el equilibrio fisiológico normal como “alimentación, ruidos intestinales, micción, defecación, deambulación, etc.” Ante ello, su cumplimiento es necesario porque durante esta fase el paciente posoperado se encuentra en un periodo inconsciente, sumamente dependiente de los cuidados de enfermería y por lo tanto expuesto a riesgos como lesiones y complicaciones que pueden retardar su recuperación y rehabilitación posterior.

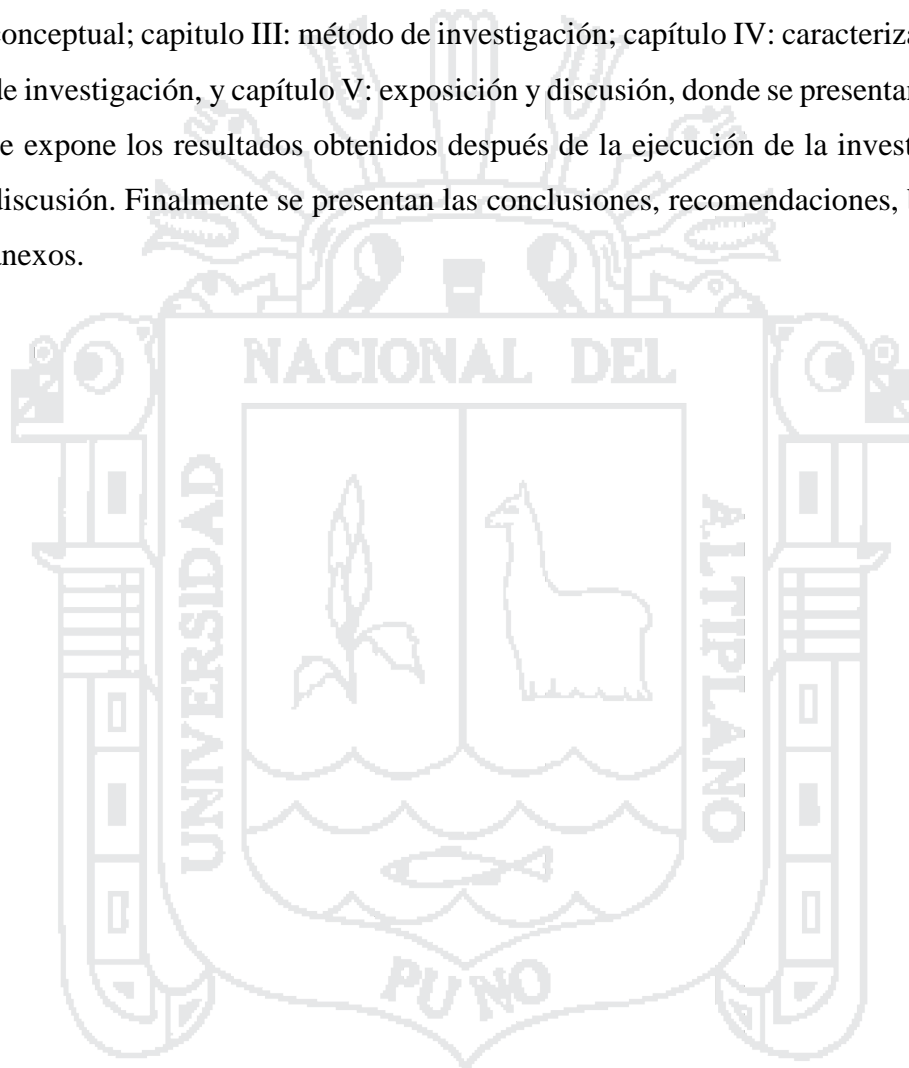
En los servicios de Cirugía Especialidades y Quirófano del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno, el profesional de enfermería cumple un rol indispensable durante el cuidado al paciente en fase posoperatorio inmediato, porque de ello depende que el paciente se recupere de los efectos de la anestesia (despliegue de la función motora y sensorial), este orientado, sus signos vitales sean estables y no haya evidencia de hemorragia u otras complicaciones que pongan en riesgo su supervivencia después de la intervención quirúrgica .

Es así que en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Durante las prácticas pre profesionales, se observó que en este nosocomio no todos los profesionales de enfermería cumplen con los cuidados especializados en el posoperatorio inmediato como lo indica la teoría en cuanto a pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE), pudiendo dar lugar a serias complicaciones, al aumento de secuelas e incluso a poner en riesgo la supervivencia del paciente durante el restablecimiento de su salud.

Lo que motivó a la realización de la presente investigación, con el objetivo de determinar el cuidado de enfermería posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico; constituida por una muestra de 10 enfermeras que realizan el cuidado a pacientes posoperados en los servicios de Cirugía Especialidades y Quirófano del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno; elegidas por criterios de inclusión y exclusión, siendo el estudio de tipo descriptivo – transversal; para recolectar los datos se aplicó la técnica de la observación directa y como instrumento

dos guías de observación de 15 y 49 ítems respectivamente basados en los indicadores de la variable de estudio.

La presente investigación se sub divide en capítulos, siendo el capítulo I: el problema, antecedentes y objetivos de la investigación; capítulo II: marco teórico y conceptual; capítulo III: método de investigación; capítulo IV: caracterización del área de investigación, y capítulo V: exposición y discusión, donde se presentan los cuadros, se expone los resultados obtenidos después de la ejecución de la investigación, y su discusión. Finalmente se presentan las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.



CAPITULO I: EL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

La cirugía es una de las modalidades de terapia médica más importante en el que el profesional de enfermería brinda cuidados quirúrgicos especializados, siendo este una experiencia estresante por implicar una amenaza a la integridad del organismo y a la vida misma, y a pesar del perfeccionamiento de las nuevas técnicas quirúrgicas y de los nuevos cuidados de enfermería quirúrgica, el cuidado que brinda enfermería influye de gran manera en la recuperación y la aparición de complicaciones posoperatorias, constituyendo este último un problema de salud pública tanto a nivel local, nacional y mundial, dado que no solo se asocian al incremento de la morbi – mortalidad intrahospitalaria sino también el de los costos hospitalarios.

En estudios realizados en hospitales locales se ha demostrado que las complicaciones posoperatorias incrementan la estancia hospitalaria en más de 8 días, dependiendo este tiempo, del tipo de complicación. Causando un incremento en el uso de medicamentos, exámenes auxiliares y de los costos por día/cama. Estas complicaciones dependen de la interrelación de una serie de factores que la determinan y de circunstancias que cambian radicalmente su duración, como el tipo de cirugía, la enfermedad que la condicionó, la edad del paciente, su estado general, las enfermedades asociadas y las complicaciones preoperatorias e intraoperatorias previos existentes, así como del cuidado que enfermería brinda durante el periodo posoperatorio inmediato⁽¹⁾.

Entre los diagnósticos que requieren de intervención quirúrgica se encuentra el traumatismo craneoencefálico (TCE), que es la primera causa de muerte en personas menores de 45 años con una incidencia mundial de 430 casos por cada 100.000 habitantes al año. Llegando a 100.000 muertes al año, las cifras globales según Gutiérrez j. (2000), reportaron que de 322 pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE), el 40.5% sucedieron en accidentes de tránsito, el 27% por armas de fuego y

11.8% por caídas. Considerándose severos el 60.3%, moderados el 6.8% y leves el 1.3%. Un 59.5% recibieron tratamiento médico y 39.5% quirúrgico⁽²⁾. Mientras que, de acuerdo al perfil epidemiológico nacional de las intervenciones quirúrgicas, el traumatismo craneoencefálico (TCE) constituye una de las principales causas de muerte entre la población pediátrica y adulta joven. Siendo las causas más frecuentes de traumatismo craneal cerrado los accidentes de tráfico (75%), seguido de las caídas en un (20%) y lesiones deportivas alrededor del (5%)⁽³⁾. Así mismo, el sistema nacional de salud muestra que la mortalidad por accidentes en los últimos años ha aumentado a 18.76 % por cada 100.000 habitantes, ubicándose entre las 10 primeras causas de mortalidad nacional⁽⁴⁾.

Por otro lado, los datos epidemiológicos locales muestran un incremento en la mortalidad intrahospitalaria por traumatismos cerebrales múltiples en el servicio de cirugía de un 12.5% a un 16.8% constituyendo la primera causa de muerte⁽⁵⁾, y las complicaciones posoperatorias más frecuentes que se presentan son; hemorragia intracraneal del 2% al 4%, hematomas post operatorios e infección posoperatoria de 1% a 3% respectivamente. Hipertensión intracraneana (PIC) en un 3%, seguido de infarto cerebral, edema cerebral, fístula de líquido cefalorraquídeo (L.C.R.), y daños neurológicos (hemiplejía, afasia) y de pares craneales⁽³⁾.

En el establecimiento del ministerio de salud de puno. Como es el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Durante las prácticas pre profesionales, se ha observado que en este nosocomio se brinda cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE), quienes en su mayoría son de bajos recursos y/o precaria situación económica, y son candidatos a intervenciones quirúrgicas que requieren cuidados especializados de enfermería en el posoperatorio inmediato para lograr el restablecimiento de su salud, se observó también que este tipo de pacientes necesitan un tiempo considerable de atención (días, semanas hasta meses) para lograr su restablecimiento, el cual depende del tipo de lesión, la gravedad y de la calidad de cuidados que se le brinde.

En cuanto a las historias clínicas y los registros hospitalarios muestran que la causa más frecuente de traumatismo craneoencefálico (TCE) son los accidentes de

tránsito. Respecto de los cuales los familiares refieren que las aseguradoras como el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)⁽⁶⁾ y la asociación de fondos contra accidentes de tránsito puno (AFOCAT)⁽⁷⁾. No cubren los gastos totales hospitalarios del traumatizado, siendo los familiares mismos quienes hacen los sacrificios posibles para cubrir los gastos restantes. En el Perú, en la última década han ocurrido 700 000 accidentes de tránsito, que han ocasionado 31 0000 muertes y 117 000 personas quedaron discapacitadas de por vida, ascendiendo el costo del tratamiento hasta 150 millones de dólares anuales. Mientras que las aseguradoras solo asignan s/. 18,000. Y s/. 17 750 por paciente respectivamente, para la atención pre-hospitalaria (atención hospitalaria, quirúrgica y farmacéutica) y otros gastos que sean necesarios para la rehabilitación de la víctima, montos que resultan insuficientes para el tratamiento del traumatizado⁽⁸⁾.

Para el tratamiento y el restablecimiento de la salud del paciente traumatizado, el profesional de enfermería que labora en la unidad de recuperación posanestésica (URPA) debe brindar cuidados en base al proceso de atención de enfermería (PAE), los cuales deben ir dirigidos a; mantener la vía aérea expedita, optimizar la oxigenación y ventilación, maximizar el apoyo circulatorio y control de hemorragia, monitorear la función neurológica a través de la escala de ALDRETE y GLASGOW propiamente, control de temperatura y valoración del dolor, además de mantener la presión intracraneana y disminuir el riesgo de convulsiones postraumática, deterioro de la integridad cutánea y de infección. Cuidados que deben disminuir el tiempo de recuperación del paciente y la estancia de días en el área de hospitalización, además garantizar la integralidad del paciente como ser humano.

En vista de que la planificación del cuidado de enfermería pos operatorio inmediato en pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) es un factor predeterminante en la supervivencia y disminución de secuelas del paciente, siendo el cuidado de enfermería imprescindible y fundamental dentro del equipo quirúrgico y hospitalario, se hace necesario plantear la siguiente interrogante. ¿cuál es el cuidado de enfermería posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico del servicio de Cirugía Especialidades y Quirófano del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno 2014?

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A NIVEL MUNDIAL

Puertas, (2002), en su estudio sobre “eficacia de una técnica psicológica en pacientes quirúrgicos”, con el objetivo de diseñar y comprobar la eficacia de una técnica psicológica en pacientes quirúrgicos, para reducir los niveles de ansiedad y depresión y facilitar la recuperación. El estudio fue de tipo experimental. La muestra fue repartida al azar en dos grupos: experimental y control. La técnica se compuso de diferentes elementos: 1) información; 2) expresión de emociones; 3) respiración, relajación, visualización; 4) ejercicios para facilitar la recuperación; 5) entrega de hojas informativas. Los resultados fueron: que el grupo experimental respecto al grupo control, padeció menos ansiedad y depresión posquirúrgicas, sufrió menos dolor y complicaciones después de la operación, necesitó menos analgésicos, recuperó antes sus funciones orgánicas, y se acortó su estancia hospitalaria ⁽⁹⁾.

Vargas r. (2005). En su estudio sobre “repercusión de las intervenciones de enfermería sobre la presión de perfusión cerebral en pacientes adultos con lesiones cerebrales”. Con el objetivo de conocer por medio de revisión bibliográfica las situaciones que causan alteraciones de la presión perfusión cerebral (PPC) en los adultos con lesiones neurológicas y las intervenciones del personal de enfermería que pueden prevenirlas y (o) controlarlas: el estudio fue de tipo monográfico. El medio fue la revisión bibliográfica exhaustiva utilizando los distintos medios existentes como base de datos. Cuyos resultados mostraron que; los traumas son la primera causa de mortalidad e incapacidad de los individuos menores de 45 años de edad; el objetivo fundamental del cuidado al paciente con lesión cerebral es la prevención o reducción del daño secundario provocado por la fiebre, las convulsiones, el desequilibrio hidroelectrolítico, entre otros; el cuidado de los pacientes con lesión neurológica cerebral requiere un trabajo interdisciplinario cuyo objetivo es la recuperación y la rehabilitación y el pronto reingreso del paciente a su vida familiar, social y laboral. También que el cerebro posee un mecanismo de autorregulación que consiste en mantener la perfusión cerebral entre 50 y 150 mm hg; el espacio intracraneal comprende tres componentes, el tejido cerebral (80%), al líquido cefalorraquídeo

(10%) y la sangre (10%) cuyo equilibrio se entiende por la hipótesis de Monro - Kellie establece que el incremento del volumen de uno de los componentes intracraneales debe ser compensado con la disminución de uno o más de los otros dos, de forma que el volumen total se mantenga constante; el tratamiento para el control de la hipertensión intracraneana (PIC) es mantener la cabecera de la cama a 30 grados, hiperventilación por periodos cortos, líquidos endovenosos, diuréticos osmóticos como el manitol para evitar el edema cerebral, control de la presión arterial media evitando la hipertensión, opioides para el manejo del dolor, anticonvulsivantes de manera profiláctica, drenaje de líquido cefalorraquídeo y la descompresión quirúrgica; los mayores agravantes de la hipertensión intracraneana son los trastornos hidroelectrolíticos, la hipertermia, la hiperglucemia, el aumento de la presión intratorácica, las convulsiones y la hipercapnia⁽¹⁰⁾.

Benítez L., Carrero M. & Potelá A. (2004). En su estudio sobre “propuesta de un programa de atención de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico severo que ingresan a emergencia de adultos del hospital central Dr. Luis Ortega de Porlamar. 2004”. Con el objetivo diseñar una propuesta de un programa de atención de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico severo que ingresan a la emergencia de adultos del hospital central Dr. Luis Ortega de Porlamar. El estudio fue de tipo proyectiva de diseño transversal. El instrumento fue la guía de observación. Los resultados obtenidos indican que 66,07% de los(as) enfermeros(as) observados realizan siempre la reanimación del paciente con traumatismo craneoencefálico severo, mientras que 33,93% nunca ejecutan esta actividad, así como 70,54% ejecutan las acciones concernientes al manejo hidroelectrolítico, a los exámenes de laboratorio y el tratamiento de estos pacientes con traumatismo craneoencefálico severo. Estos resultados justifican la realización de este tipo de programas ⁽¹¹⁾.

Crespo A. & Yugsi L. (2013). En su estudio sobre “nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma craneoencefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, julio 2011 a julio 2012”. Con el objetivo de capacitar a las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma craneoencefálico grave, e implementar protocolos de

atención de enfermería. El estudio fue tipo descriptivo, analítico de corte transversal. Los instrumentos fueron la encuesta y guía de observación. Cuyos resultados muestran que el 100 % de las enfermeras/os no están capacitadas para el manejo de este tipo de pacientes, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente ⁽¹²⁾.

Barzola g. (2013). En su estudio sobre “cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico en la unidad de cuidados intensivos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, de abril a junio del 2013”. Con el objetivo de determinar los cuidados de enfermería proporcionados a los pacientes con traumatismo craneoencefálico en la unidad de cuidados intensivos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de la ciudad de Guayaquil, de abril a junio del 2013. El estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal. Las técnicas utilizadas fueron la encuesta y la observación. Cuyos resultados muestran que, referente al cuidado de enfermería se determinó que es limitado ya que existen actividades que en su mayoría no son realizadas, en cuanto a verificar la permeabilidad de las vías respiratorias, el 30% lo realiza y el 70% no lo hace; llevar registros estadísticos de la frecuencia respiratoria y verificación de gases arteriales, el 59% siempre lo hace y 41% a veces lo realiza; en cuanto a las necesidades circulatorias, se constató que el profesional de enfermería pocas veces cuantifica y registra la frecuencia cardíaca, lo que evidencia el déficit de la calidad de atención de las licenciadas en estos usuarios, porque sólo el 59% asume la responsabilidad de cuantificación y registro de frecuencia cardíaca, observándose que existe un 29% que a veces realiza esta actividad, y el 18% nunca lo realiza ⁽¹³⁾.

Saca N., SichiQUI O. & Quito S, (2013). En su estudio sobre “cuidado de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico del área de cirugía del hospital “Vicente Corral Moscoso” Cuenca 2013”. Con el objetivo de determinar el cuidado de enfermería que se brinda a los pacientes que presentan “traumatismo craneoencefálico” en el área de cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso. El estudio fue de tipo descriptivo de método transversal. El instrumento fue la entrevista con un formulario de preguntas abiertas. Los resultados de acuerdo al grado de eficacia y eficiencia muestran que, el cuidado de enfermería se encuentra en un nivel medio

puesto que un grupo considerable de profesionales de enfermería realiza los cuidados de forma incorrecta y sin fundamento científico y que solo el 62.7 % de los profesionales cumplen con la valoración de enfermería mientras que un 37.3 % no lo realiza ⁽¹⁴⁾.

A NIVEL NACIONAL

Lima velazco u. & isabel n. (2007). En el estudio sobre “satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería posoperatoria en el servicio de cirugía del hospital santa maría del socorro Ica – 2006”. El objetivo era determinar el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería posoperatoria en el servicio de cirugía del hospital santa maría del socorro. El estudio fue de tipo descriptivo transversal. El método fue un cuestionario tipo escala Likert con 30 reactivos y otra escala para determinar la atención de enfermería posoperatoria. Los resultados que encontró el autor fue; que; los pacientes pos operados en su mayoría fueron mujeres y casadas, con un nivel educativo aceptable. La permanencia posoperatoria mayoritariamente fue de 4 días (60.6%). El nivel de satisfacción en relación a necesidades y expectativas fue parcialmente satisfecho con un promedio de 3.60 y 3.70 y en relación a percepciones resultó satisfecho con 4.12 de promedio. La atención de enfermería posoperatoria fue buena con 47.5%.por lo cual la autora concluye que; el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería posoperatoria resultó parcialmente satisfecho con un promedio general de 3.72 ⁽¹⁵⁾.

Por otro lado, Incalla I. & Zegarra T. (2007). En el estudio sobre “conocimiento y actitud de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalúen el pre y posoperatorio, pos anestésico y dolor en el servicio de recuperación del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguir Escobedo”. El objetivo era evaluar la actitud de las enfermeras respecto al cuidado del paciente quirúrgico haciendo uso de las escalas de medición durante el pre y posoperatorio, posanestésico y dolor. El estudio fue cuasi experimental. El estudio comprende un pre test, un periodo de capacitación sobre escalas y su empleo y un post test de control. Cuyos resultados fueron qué, la importancia del uso de escalas radica en la unificación de criterios, la perspectiva de la correspondencia al equipo de salud y el concepto de

poder referenciar un cuidado y concreta utilidad para la evaluación del paciente grave y qué la actitud de las enfermeras de recuperación después de la capacitación sobre el uso de escalas en la unidad de recuperación posquirúrgica la considera positiva porque su empleo da ciencia a la atención integral de enfermería, simplifica los registros y permite compartir responsabilidades con el equipo de salud ⁽¹⁶⁾.



1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Determinar el cuidado de enfermería posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico del servicio de Cirugía Especialidades y Quirófano del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno 2014”

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar el cuidado de enfermería en el posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico en la unidad de recuperación Posanestésica (URPA) en Quirófano.
2. Identificar el cuidado de enfermería en el posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico en el servicio de cirugía especialidades.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO, MARCO CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. TEORÍAS EXISTENTES SOBRE EL PROBLEMA

En 1859 Florence Nightingale expresó el firme convencimiento de que el conocimiento de la enfermería era intrínsecamente distinto al de la medicina. Diferenciando así la medicina de la enfermería *“la medicina es la cirugía de las funciones, como la cirugía propiamente dicha lo es de los miembros y de los órganos. Ninguna puede hacer otra cosa que quitar obstáculos, ninguna puede curar; solo la naturaleza cura. La cirugía extrae la bala de la pierna, la cual es un obstáculo para curar, pero la naturaleza cura la herida. Igual sucede con la medicina; la función de un órgano es obstaculizada, la medicina ayuda a la naturaleza a remover ese obstáculo, pero no hace más. Y lo que la enfermería ha de realizar en ambos casos es colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”* (17).

Después de Florence Nightingale las enfermeras han seguido preocupándose por ésta cuestión y reflexionando sobre el cuidar y los cuidados, han elaborado modelos y teorías de enfermería. En todos ellos se analiza la relación establecida entre enfermera y paciente, ahí se pone de manifiesto la importancia que las enfermeras han dado a la relación de cuidado. La elaboración de los modelos se ha realizado influenciada por las corrientes de pensamiento, y con la idea de cómo realizar mejor ese “poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe”.

La importancia de la relación de cuidado puede ser observado en el libro i de los aforismos hipocráticos: *“la vida es breve; el arte, extenso; la ocasión, fugaz; la experiencia, insegura; y el juicio, difícil. Es preciso no sólo disponerse a hacer lo debido uno mismo, sino además (que colaboren) el enfermo, los que le asisten y las circunstancias externas”* (18). La parte final alude a la colaboración del enfermo y a la de los que le asisten. Considera por tanto que no solo es necesario que el médico haga

lo debido. Sino que, para lograr el restablecimiento del enfermo, hace falta que los que le asisten, aquellos que le prestan cuidados, colaboren. Éste sería el primer sentido de la palabra cuidado que propone Ann Davis.

El sentido de esta investigación tiene como principal escenario el ambiente hospitalario por lo tanto el cuidado enfermero es asistencialista donde prima el modelo de enfermería de Virginia Henderson. Quien afirma que, el cuidado del enfermero se basa en la satisfacción de las 14 necesidades básicas fundamentales y que el rol de enfermería consiste en ayudar al paciente a recuperar su independencia lo más rápido posible.

2.1.2. CUIDADO

El proceso de cuidar es una acción terapéutica que permite a través de la interacción enfermera-paciente alcanzar el máximo potencial de salud del paciente. Es la aportación propia de la enfermera al cuidado de la salud, destacando su relevancia en la consecución de la misma, el cuidado es un servicio a la humanidad que la enfermera asume y que lleva a cabo “poniendo al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actué sobre él” ⁽¹⁷⁾ impidiendo que el proceso reparador se rompa, y así hacer efectivo dicho proceso devolviendo la salud al paciente ⁽¹⁹⁾.

La vida se describe como una fusión de actividades vitales, donde la individualidad de la persona debe ser plenamente respetada, pues la persona tiende hacia la independencia y que el grado de dependencia - independencia en el que se encuentre no disminuye su dignidad y por lo tanto la persona debe ser valorada independientemente de la etapa de la vida en que se encuentre y de la situación especial en que se enmarque su vida, incluyendo los períodos de crisis, teniendo en cuenta los factores físicos, psicológicos y sociales; cada persona cambia la forma de realizar las actividades de vida dentro de los márgenes que le son propios y que tendrá consideración de normalidad ⁽²⁰⁾.

El actual desarrollo de la ciencia enfermera, y la consolidación progresiva de su rol específico y autónomo dentro del proceso asistencial, ha determinado de forma

obligada la existencia de una documentación de enfermería donde los profesionales pueden reflejar los problemas básicos de salud que se observan en el paciente, así como las actuaciones que se derivan de la actividad de cuidar, como es el plan de cuidados intraoperatorios, a través del cual la enfermera proporciona cuidados específicos inherentes al proceso de recuperación del paciente.

Los cuidados contribuyen a la salud de la persona en la medida en que influyen positivamente en su función, estos cuidados dependen de la buena valoración que realice la enfermera durante el proceso de atención (PAE). Siendo este un instrumento que le permite a la enfermera organizar los cuidados de las personas, las familias y las comunidades, de manera integral ⁽²¹⁾. De modo que la enfermería se realice con la persona en una plena interacción, en estrecho vínculo con el proceso de atención de enfermería (PAE), lo que le permite a la enfermera dirigir todo su esfuerzo hacia la persona y así conformar su “plan de cuidados” en respuesta a los diagnósticos previamente priorizados para el logro del mayor bienestar y felicidad del paciente, a partir del pleno respeto de su dignidad.

Hoy en día con la profesionalización, enfermería es responsable de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades de las personas ante diversas experiencias que enfrenta cada individuo a lo largo de su vida, ya sea para restaurar su salud o para mantenerla. "la práctica se centra en el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud" ⁽¹⁸⁾.

El interés de la enfermera en su práctica profesional está centrado en llevar a cabo actividades de cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades de supervivencia (comer, beber, respirar, eliminar, descansar, moverse, protegerse, etc.), a lograr la recuperación y mantenimiento de la salud del paciente, la convivencia con la enfermedad y sus manifestaciones, sin olvidar el origen o residencia y la cultura en el que se desarrolla y lo hacen tanto para sí mismas como para quienes dependen de ellas. Por ello el cuidado profesional es la esencia de la disciplina de enfermería y tienen como fin cuidar integralmente al ser humano en condiciones de salud y enfermedad mediante enseñanzas de cuidado, sustentadas en un conocimiento teórico-práctico científico y

humanístico para conservación y mantenimiento de la vida ⁽²²⁾. Así mismo, “desarrollar en la persona y su entorno, hábitos de cuidados o estilos de vida saludables que le permitan vivir en salud y desarrollar las potencialidades humanas” ⁽²⁰⁾.

Finalmente, el cuidado es indivisible; cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones indivisibles. Para cuidar en el sentido más amplio, es decir, conocer a la persona, su entorno y apoyarla hacia mejorar su salud, la enfermera necesita algo que es limitado: “tiempo”. Un tiempo muy corto significa un cuidado de enfermería incompleto, ya que se cumplirá sólo con las actividades rutinarias, pero entonces se sacrifica una parte esencial del cuidado, el que exige reflexión, apoyo, confort y educación ⁽¹⁸⁾.

2.1.3. CUIDADO DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

La enfermería quirúrgica profesional implica el cuidado total de enfermo, cuya continuidad comprenden las tareas perioperatorias de la enfermera de quirófano.

La enfermería quirúrgica es una especialidad que se ocupa de la asistencia en la fase crítica y que, si bien es exigente, brinda grandes satisfacciones personales. Es una actividad dinámica, con cambios constantes, en la que los cuidados que se brindan al paciente, constituyen un factor decisivo para su supervivencia posoperatoria ⁽²³⁾.

La terapéutica quirúrgica puede dividirse en tres etapas: la preparación preoperatoria, la intervención en si (operatoria) y el período posoperatorio que a su vez puede subdividirse en posoperatorio inmediato, mediato y tardío ⁽²⁴⁾.

a. La Fase Preoperatoria

Comienza con la decisión de efectuar la intervención quirúrgica. Termina con el paciente en el quirófano. En este proceso se efectúan todas las preparaciones, tanto administrativas, como clínicas del paciente sometido a una cirugía.

El manejo del cuidado del paciente se planifica con base en la historia médica del paciente realizándose una valoración integral para planificar y dar comienzo a las intervenciones.

b. La Fase Trans-Operatoria

Comienza cuando se recibe al paciente en el quirófano, y termina cuando se pasa al paciente a la sala de recuperación. Durante este periodo es donde se realiza la anestesia y la cirugía propiamente tal.

c. La Fase Posoperatoria

Esta fase continúa con las transferencias del operado a la sala de recuperación, hasta el período de recuperación inmediata y la rehabilitación total. Esta etapa puede ser variable y su tiempo está relacionado con la complejidad de la cirugía.

Esta fase se divide en dos etapas las cuales son:

- Posoperatorio inmediato. - que abarca las primeras 24 horas después del acto quirúrgico, *siendo este el objeto de estudio del presente trabajo de investigación.*
- Posoperatorio mediato. - abarca a partir de las primeras 24 horas hasta el alta del paciente pos operado.

2.1.4. CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL POSOPERATORIO

El periodo posoperatorio se extiende desde el momento en que el paciente deja el quirófano hasta la última visita de seguimiento con el cirujano. Esta etapa puede ser de apenas una semana o prolongarse en varios meses. Durante el periodo posoperatorio, los cuidados de enfermería se dirigen a restablecer el equilibrio fisiológico normal como “alimentación, ruidos intestinales, micción, defecación, deambulacion, todo ello acompañado de sensación de bienestar” ⁽¹⁾. Además, aliviar el dolor, prevenir complicaciones y enseñar los cuidados personales necesarios. La valoración cuidadosa e intervención inmediata ayudan al paciente a recuperar el funcionamiento normal con la mayor rapidez, seguridad y comodidad posible. El cuidado continúa en la comunidad a través de cuidados a domicilio, visitas a clínicas,

visitas al consultorio o seguimiento telefónico facilitan una recuperación sin complicaciones ⁽²⁵⁾.

El propósito del cuidado posquirúrgico de enfermería es proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, con capacidad, seguridad y calidez. Es indispensable que el personal del área de recuperación tenga contacto (comunicación) con el paciente y sus familiares para garantizar el cuidado de enfermería ⁽²⁶⁾.

La asistencia de enfermería en el posoperatorio entraña el cuidado intensivo con la finalidad de: apreciar el estado del paciente, psicológica y físicamente e intervenir eficazmente para fomentar la recuperación, prevenir y apreciar oportunamente las complicaciones, proteger al paciente de lesión durante el período de inconsciencia, aliviar molestias y ayudar al paciente a recuperar su independencia ⁽²⁷⁾. Esta etapa depende de varias circunstancias que pueden cambiar radicalmente su duración, entre las que se puede mencionar el tipo de cirugía, la enfermedad que la condicionó, la edad del paciente, su estado general, las enfermedades asociadas y las complicaciones posoperatorias si es que las hubo.

El posoperatorio puede dividirse en dos fases: la primera es el posoperatorio inmediato, que se caracteriza por la recuperación inicial de estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras 24 horas siguientes a la intervención. La segunda fase posoperatorio mediato que es el periodo de resolución y curación, que puede llegar a ser incluso de meses en casos de intervenciones mayores. Aunque no existe una línea divisoria clara entre la fase inicial de la recuperación posoperatoria y la segunda fase. Los cuidados de enfermería y las consideraciones relativas a ello se expondrán por separado, aunque sin olvidar que ambos períodos se superponen ⁽²⁸⁾.

❖ **Objetivos del cuidado de enfermería en el período posoperatorio**

El principal propósito del cuidado de enfermería en el posoperatorio consiste en auxiliar al paciente a recuperar la función normal con la mayor rapidez, seguridad y comodidad posibles.

Los objetivos específicos relacionados con este fin son:

- Ayudar al paciente a conservar la función respiratoria óptima.

- Valorar el estado cardiovascular y corregir cualquier posible desviación.
- Promover la comodidad y seguridad del paciente.
- Propiciar el mejor estado general del paciente mediante nutrición, y eliminación apropiada, y conservación del balance de líquidos y electrolitos.
- Facilitar la cicatrización de la herida y evitar o controlar la infección.
- Estimular la actividad mediante ejercicios tempranos, ambulación y rehabilitación.
- Contribuir en la mayor medida posible al bienestar psicosocial del paciente y su familia.
- Documentar todas las fases del proceso de enfermería e informar de los datos pertinentes ⁽²⁵⁾.

2.1.4.1. CUIDADO POSOPERATORIO INMEDIATO DE ENFERMERÍA:

La fase del posoperatorio inmediato comienza una vez que se ha completado el procedimiento quirúrgico hasta las primeras 24 horas; donde el paciente debe ser observado en un entorno controlado, como la unidad de recuperación posanestésica (URPA), unidad de cuidados intensivos o reanimación, antes de ser trasladado a la unidad de hospitalización.

La duración y el tipo de cuidados y de la observación posoperatoria variaran en función de lo siguiente:

- Situación del paciente.
- Necesidad de soporte fisiológico.
- Complejidad del procedimiento quirúrgico.
- Tipo de anestesia administrado.
- Necesidad de tratamiento para el dolor.
- Periodo para controlar los parámetros vitales y evaluar el estado fisiológico, es decir, tiempo que tarde el paciente en estabilizarse.
- Cuidados de la herida quirúrgica (apósito), drenajes y sondas ⁽²⁹⁾.

Durante esta etapa, el paciente debe ser trasladado a una unidad de recuperación posanestésica (URPA), donde se le pueda controlar de manera adecuada, y pueda ser prevenido de los problemas potenciales y reales secundarios a la anestesia y la cirugía.

Estas unidades deben estar dotados de los medios materiales y humanos necesarios para una buena vigilancia y cuidados de enfermería. A la llegada del paciente a esta unidad la enfermera deberá realizar una exploración exhaustiva del mismo (valoración de enfermería), identificar los problemas potenciales y reales (diagnóstico de enfermería), con el fin de poder detectar que nivel de cuidados requiere para finalmente trazar un plan eficaz de cuidados.

Para ello la enfermera deberá apoyarse de informes o registros de quirófano que le proporcionan información sobre el tipo de intervención, los problemas o incidencias ocurridos en quirófano, hemorragia, tipo de incisión y cura, situación de drenajes, etc. Junto con el informe del preoperatorio que le permitirán conocer el estado del paciente, antecedentes, enfermedades previas, hábitos, alergias, etc., finalmente, el informe de anestesia permitirá que la enfermera conozca el tipo de anestesia que se ha utilizado: local, regional, inhalatoria, intravenosa, etc. Ya que le proporcionara datos que le permitirán anticiparse a las posibles complicaciones. Sus propias observaciones complementaran los datos anteriores ⁽³⁰⁾.

A través de los registros (hoja de valoración), la enfermera revisara todos los sistemas del paciente y sus posibles alteraciones secundarias al acto quirúrgico y la anestesia.

❖ **Objetivo:**

Lograr una observación muy estrecha, diagnóstico y un cuidado adecuado del paciente hasta la recuperación de los efectos del anestésico.

a) ADMISIÓN DEL PACIENTE POSOPERADO A LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSANESTÉSICA (URPA).

Es responsabilidad del anestesiólogo y la enfermera anestesista transferir al paciente, después de la operación, del quirófano a la unidad de cuidados posanestésico (URPA). Mientras el paciente es transferido, el anestesiólogo debe permanecer en la cabecera de la camilla (para mantener las vías respiratorias permeables), el traslado implica tener consideración especial a la región de la incisión, a posibles cambios vasculares y a la exposición. Por lo tanto, el paciente debe ser movido lenta y cuidadosamente. ⁽¹⁾

La enfermera que recibe al paciente en la unidad de recuperación posanestésica debe valorar lo siguiente con el anesthesiólogo o anestesista:

1. Identificar al paciente por su nombre.
2. Diagnóstico médico y tipo de operación realizada.
3. Edad del paciente y estado general, permeabilidad de las vías aéreas y signos vitales.
4. Volúmenes de líquidos administrados, hemorragia calculada y transfusiones.
5. Cualquier tubo, dren, catéter, sonda u otros dispositivos similares.
6. Antecedentes médicos y de alergias aplicables.
7. Anestésicos y otros medicamentos empleados (opioides y otros analgésicos, relajantes musculares, antibióticos, etc.).
8. Cualquier problema que haya surgido en el quirófano y pudiera influir en la asistencia posoperatoria (ej.: hemorragia abundante, choque, paro cardiaco).
9. Información específica sobre lo que el cirujano o anesthesiólogo desee que se le notifique (ej. Presión arterial, frecuencia cardiaca mayores o menores de los parámetros normales).

CUIDADOS EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSANESTÉSICA (URPA)

Los objetivos del cuidado de enfermería en la unidad posanestésica son cuidar del paciente cuando se recupere de los efectos de la anestesia (es decir, hasta que vuelva a desplegar sus funciones motora y sensorial), este orientado, sus signos vitales sean estables y no haya evidencia de hemorragia u otras complicaciones.

Este cuidado posoperatorio le permitirá a la enfermera registrar sus actividades y asegurar una continuidad en los cuidados a la vez que unifica criterios y demuestra las funciones de enfermería en el área quirúrgica consolidando su identidad profesional (31).

❖ Valoración del paciente:

La enfermera debe seguir una valoración de base iniciando por la valoración de los signos vitales seguido de la evaluación del estado físico general de la persona al menos cada 15 min. En orden decreciente de la prioridad ⁽²⁵⁾.

1. Valoración periódica de las constantes vitales (saturación de oxígeno, la regularidad y amplitud del pulso, profundidad y naturaleza de las respiraciones, temperatura y presión arterial).
2. Valoración la permeabilidad de las vías respiratorias y ventilación (respiración tipo y profundidad de la misma).
3. Valoración de la función circulatoria (permeabilidad de las vías de inserción intravenosa, presencia de hemorragia, presión arterial (PA), frecuencia cardíaca (FC), etc.).
4. Valoración del estado de conciencia utilizando la escala GLASGOW y la reactividad pupilar.
5. Valoración del test de recuperación posanestésica utilizando la escala de ALDRETE.
6. Valoración del estado de la herida operatoria (olor, color, sistemas de drenaje, apósitos, etc.).
7. Valoración de la intensidad del dolor y su localización utilizando la escala de EVA.
8. Valoración de la administración de la terapia prescrita y de sus efectos secundarios.
9. Valoración de la temperatura corporal y ambiental del paciente.
10. Valoración del estado de la piel y mucosas (flebitis, enrojecimiento, palidez, cianosis, resequedad, etc.).
11. Valoración de la función digestiva (permeabilidad de la vía periférica, sensación de náuseas, vómitos, etc.).
12. Valoración del sistema de eliminación (egresos, ingresos, diuresis, líquido drenado, etc.).
13. Valoración la necesidad de movilización del paciente (cambios de posición, ejercicios pasivos).
14. Valoración de la necesidad de reposo y confort del paciente (sueño, descanso, posición, temor, ansiedad, etc.).

15. Valoración de la necesidad de higiene del paciente (estado de prendas, mantas, aseo, etc.).

❖ **Diagnóstico de enfermería:**

La formulación de un diagnóstico es la segunda fase del proceso de cuidados de enfermería (PAE), esta se refiere a la identificación del problema y para lograrlo debemos de interpretar los datos recogidos en la valoración.

“el diagnóstico enfermero es un juicio clínico acerca del individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso deliberado sistemático de recogida de datos y análisis. Proporciona la base de las prescripciones para la terapia definitiva, de la cual la enfermera es responsable”.

Los diagnósticos de enfermería son; problemas que pueden prevenirse, resolverse o reducirse, mediante actividades independientes que enfermería puede realizar en el ejercicio de su profesión, basada en sus conocimientos, experiencia y responsabilidad legal están capacitadas para tratar independientemente" ⁽³²⁾.

La enfermera ha de tener siempre en cuenta al diagnosticar que es responsable del proceso y del plan de cuidados que se deriva del mismo. Por ello ha de ser consciente tanto de los recursos del individuo, familia y comunidad como de sus habilidades, conocimientos propios y experiencia clínica. A medida que aumentan dichos conocimientos, lo hace también su responsabilidad de diagnosticar y tratar.

1. Formulación:

Según Gordon para realizar el diagnóstico se debe seguir el formato pes: problema + etiología + signos y síntomas.

Dónde:

- Para el problema, se utiliza la taxonomía diagnóstica validada y mayoritariamente aceptada: NANDA II (2000).
- Se usa el “relacionado con” para unir el problema con la causa, etiología o factor relacionado.

- Así mismo escribir el “manifestado por” para incluir los signos y síntomas que evidencian el diagnóstico.

2. Tipos de diagnóstico

2.1. Diagnóstico real. - describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad a una situación de salud o proceso vital. Su identificación se apoya en la existencia de características definitorias. El problema está presente en el momento de la valoración. Se aconseja escribirlo en formato pes.

Diagnóstico real: problema, + causas, + signos y síntomas

- Dolor agudo (00132) r/c intervención quirúrgica e/p herida quirúrgica y drenajes
- Náuseas (00134) r/c medicación anestésica, intervención quirúrgica y cambios en el estado de salud e/p sensación nauseosa.
- Deterioro de la movilidad física (00085) r/c intervención quirúrgica y medicación anestésica e/p pérdida del nivel de consciencia y restricciones de la movilidad impuestas.
- Deterioro de la integridad cutánea (00046) r/c incisión quirúrgica y drenajes e/p alteración de la superficie cutánea e invasión de las estructuras corporales.
- Termorregulación ineficaz (00008) r/c deterioro de la termorregulación por el proceso anestésico y la exposición a factores ambientales e/p piel fría, palidez moderada, cianosis de lechos ungueales ⁽³³⁾.

2.2. Diagnóstico de riesgo. - describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención sobre los factores de riesgo.

“riesgo de”, + problema, + causa

- Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica (00246) r/c intervención quirúrgica y estado general del paciente.

- Riesgo de sangrado (00206) r/c intervención quirúrgica.
- Riesgo de infección (00004) r/c procedimientos invasivos (intervención quirúrgica, drenajes, catéteres, etc.) Y pérdida de la integridad cutánea.
- Riesgo de lesión postural perioperatoria (00087) r/c posición quirúrgica y pérdida del nivel de consciencia ⁽³⁴⁾.
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025) r/c deterioro de la eliminación urinaria y sangrado quirúrgico.
- Riesgo de aspiración (00039) r/c nivel de conciencia disminuido y presencia de tubo endotraqueal.
- Riesgo de estreñimiento (00015) r/c alteración de la ingesta e intervención quirúrgica ⁽³¹⁾.

2.3. diagnósticos de salud. - juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición de un nivel específico de salud a otro más alto.

“potencial de mejora”, + problema

- C.P.: Bronco-Aspiración.
- C.P.: Shock Hipovolémico.
- C.P.: Laringo-Espasmo.

❖ **Cuidados de enfermería:**

La mayoría de los pacientes pos operados pasa del quirófano directamente a la unidad de recuperación posanestésica (URPA) donde permanecen de unos minutos hasta 6 horas, para recibir los cuidados especiales que requieren en el posoperatorio inmediato, estos cuidados incluyen:

1. Conservación de los signos vitales

El cuidado de enfermería está dirigido durante las 6 primeras horas a llevar un control horario de los signos vitales, temperatura, respiración, pulso y presión arterial que son parámetros a través de los cuales es posible evaluar la salud de un individuo, pues sus valores se mantienen constantes dentro de ciertos límites, en estado de normalidad.

El control horario de los signos vitales es una de las funciones del personal de Enfermería que permite detectar alteraciones potenciales o reales, modificatorias del equilibrio Psico-físico del individuo. Esta valoración constituye el punto de partida en la toma de decisiones objetivas que determinan un cuidado reflexivo e individualizado al paciente.

La profesión de enfermería exige una preparación teórico-práctica continua a fin de permitir al enfermero actuar en forma segura y ordenada en el control de los signos vitales, al reconocimiento de sus alteraciones y la adopción de una conducta apropiada.

Temperatura. - debe ser controlada frecuentemente. Es frecuente que en los primeros dos días del posoperatorio haya un aumento de la temperatura que raramente llega a los 38° c. La fiebre se produce por la liberación de pirógenos producidos por los granulocitos e histiocitos (neutrófilos – basófilos) al cumplir su función de macrófagos en el área operatoria. Una temperatura elevada durante los primeros días puede indicar deshidratación o complicaciones tales como atelectasia o neumonía. Puede tener su origen en catéteres o sonda vesical lo que obliga al cambio de ellas, después de los tres a cinco primeros días puede ser provocada por una infección de la herida.

Tensión arterial. - se debe controlar y compararlo con los valores pre y posoperatorios. Cuando la presión sanguínea sistólica es inferior a 100 mm hg se trata de una hipotensión, por debajo de 80 mm hg señala colapso vascular, característico de shock. La hipotensión posoperatoria puede deberse al uso de agentes anestésicos, a una dosis excesiva posoperatoria de algún medicamento, ventilación pulmonar insuficiente, cambios bruscos de posición, dolor, pérdida de sangre o líquidos.

Pulsos. - tener en cuenta todas sus características. Una frecuencia de hasta 100 por minuto generalmente no tiene mayor significado en el posoperatorio inmediato, excepto que se trate de un pulso saltón, caso en el que se sospecha la existencia de fiebre. Cuando la frecuencia aumenta a más de 100 por minuto se pensará en la

posibilidad de una trombosis venosa. Si se acompaña de signos respiratorios se debe pensar en una atelectasia.

Respiración. - se deben controlar las características de la respiración. Este parámetro revela alteraciones como atelectasia, obstrucciones bronquiales, trombo embolismo, depresión respiratoria pos anestésico o medicamentoso, modificaciones el medio interno. Se debe asegurar que la vía aérea esté permeable. Ya que la cirugía obliga a los pacientes a cierto estado de rigidez y les impide toser y respirar profundamente. Por otra parte, la morfina y ciertos analgésicos son depresores del centro respiratorio ⁽¹⁾.

2. Conservación de la permeabilidad de las vías respiratorias y ventilación:

El objetivo principal es conservar la ventilación pulmonar para así prevenir la hipoxemia, la hipercapnia y el aumento de la PIC (presión intracraneana). Anomalías que pueden surgir si la vía respiratoria se encuentran obstruidas y la ventilación está reducida (hipo ventilación). La enfermera revisa las prescripciones médicas de oxigenoterapia para cumplirlas, si es el caso, y valora la frecuencia y profundidad respiratoria, facilidad de las respiraciones, saturación de oxígeno y ruidos respiratorios.

Los pacientes que recibieron anestesia prolongada suelen estar inconscientes y con todos los músculos relajados. Esta relajación abarca los músculos de la faringe, de modo que, al estar la persona en posición dorsal el maxilar inferior y la lengua se desplazan hacia atrás. Lo que puede obstruir de manera más o menos completa las vías respiratorias. Lo que se denomina obstrucción hipo faríngea. Los signos y síntomas de oclusión incluyen sofocamiento, respiraciones ruidosas e irregulares, y en cuestión de minutos color azul de la piel (cianosis). Debido a que los movimientos torácicos y diafragmáticos no significan necesariamente que el individuo este respirando, la única forma de saber a ciencia cierta si está respirando, es colocando la palma sobre su boca y nariz a fin de sentir su aliento.

Con frecuencia el anestesista deja una sonda de plástico en la boca del paciente para mantener la permeabilidad de las vías respiratorias. Este dispositivo solo debe

quitarse hasta que ciertos reflejos como el reflejo nauseoso, indiquen que se está restableciendo la acción refleja. En ocasiones el paciente es trasladado a la unidad de recuperación posanestésica aun con la sonda endotraqueal colocada por lo que puede ser necesario continuar con la ventilación mecánica. De ser así; la enfermera ayuda en la preparación del ventilador y procedimientos de entubación. Algunos pacientes sobre todo los que se han sometido a intervenciones quirúrgicas extensas y prolongadas pueden permanecer intubados y con ventilación mecánica.

Las dificultades respiratorias también pueden depender de la excesiva producción de moco o aspiración del material vomitado. Para ello se debe mantener al paciente apoyado sobre de lado para que el líquido acumulado salga por los labios. Si tiene apretado los dientes debe abrirse manualmente la boca con un abate lenguas. Si hubiera vómito, se voltea la cabeza de la persona hacia un lado y se recibe el material en un recipiente de emesis. El moco o vomito se aspira con una sonda de aspiración faríngea introducida hasta la bucofaríngea o nasofaríngea de 15 a 20 cm (25).

La cabecera de la cama se eleva a 30^ac y se vigila constantemente al paciente tanto para conservar las vías espiratorias como para disminuir el riesgo de aspiración, además evitando la rotación y flexo extensión del cuello, estas medidas mejoran el retorno venoso y mejoran la función pulmonar. Para mantener una ventilación adecuada, se administra oxígeno a alto flujo a todo paciente pos operado de traumatismo craneoencefálico. Mantener la pao₂ por encima de los 70 mmh, evitar la tos y la lucha por que podrían incrementar la presión intracraneal PIC, además se debe considerar las características de las drogas utilizadas durante la cirugía a fin de evitar sedantes de acción prolongada porque existe riesgo de sobre sedación y prolongar la relajación de los músculos respiratorios.

3. Conservación de la estabilidad cardiovascular:

Para valorar el estado cardiovascular, la enfermera valora el estado mental del paciente, sus signos vitales, ritmo cardiaco, humedad, color de piel y gasto urinario. La presión venosa central, la presión de la arteria pulmonar y las líneas arteriales se vigilan si la condición del paciente lo requiere, también valora la

permeabilidad de las vías intravenosas, todo ello para prevenir las complicaciones posanestésicas como; la hipotensión y choque, hemorragia, hipertensión y disritmias ⁽²⁵⁾. Un episodio de hipotensión aumenta la mortalidad del paciente en un 100%, por que influye negativamente en el pronóstico del paciente, sobre todo en aquellos pacientes que han sufrido un traumatismo craneoencefálico grave, esto porque la autorregulación cerebral es el mecanismo compensatorio que mantiene un adecuado flujo sanguíneo.

Así mismo, se debe mantener la perfusión cerebral y las presiones sistólicas por encima de los 90 mmHg a fin de prevenir el riesgo de isquemia cerebral secundaria, restituir la volemia a través de venas periféricas de buen calibre. Mantener la presión arterial media (PAM) no menor de 80 mmHg y recuperar pulsos de características normales, además de disminuir la incidencia de hemorragias, facilitar el drenaje venoso y vigilar la presión intracraneana (PIC) ⁽³⁵⁾.

4. Conservación del estado neurológico

El manejo de los pacientes con lesión en la cabeza debe estar guiada por una evaluación clínica y protocolos basados en la escala de coma de GLASGOW (anexo 16) para evaluar tres respuestas: verbal, ocular y motora. Además, valorar el estado de recuperación posanestésico a través de escala de ALDRETE (anexo 16).

Todas las alteraciones del nivel de conciencia son emergencias potencialmente letales hasta que las funciones vitales estén estabilizadas. La presencia de una anisocoria mayor a 2 mm con una midriasis unilateral es indicativo de compromiso del 3er nervio craneal, por lo que el cuidado de enfermería está dirigido a realizar un examen pupilar buscando dos componentes simetría y respuesta a la luz ⁽²⁵⁾.

5. Conservación de la exposición:

Para facilitar el examen y una evaluación completa, el paciente debe de ser desvestido totalmente, para tener una mayor visibilidad de las estructuras corporales. Para valorar el sitio quirúrgico, tamaño de la incisión, estado de los sistemas de drenaje, vías y sondas.

6. Alivio del dolor

El dolor posoperatorio está clasificado como un dolor agudo, siendo un dolor no útil para el diagnóstico. Los analgésicos opioides se administran en forma juiciosa mientras el paciente está en la unidad posanestésica, a menudo por vía intravenosa, esta vía proporciona alivio inmediato de acción breve, lo que reduce el potencial de interacción farmacológica o depresión respiratoria prolongada, mientras los anestésicos aún se encuentran activos en el sistema. Además de vigilar el estado fisiológico del paciente, la enfermera proporciona apoyo psicológico para aliviar los miedos y preocupaciones del paciente para disminuir la ansiedad.

Para valorar el dolor la enfermera debe tener en cuenta: el tipo de anestesia, el tamaño y localización de la herida quirúrgica, el estado general del paciente, además de descartar que el dolor se deba a problemas secundarios al acto quirúrgico y no relacionados directamente con el mismo ⁽¹⁾. Para ello la enfermera utiliza la nemotecnia del EVA (anexo n° 16), que permite evaluar la efectividad de las terapias álgidas y su repercusión en el paciente brindando un cuidado individualizada al dolor de acuerdo al acto quirúrgico practicado en él ⁽¹⁶⁾.

Por último, la enfermera que trabaja en la unidad de recuperación posanestésica, debe de realizar la valoración y revisión de las directrices posoperatorias del cirujano y el anestesista para realizar un mejor diagnóstico del estado del paciente ⁽³⁶⁾.

7. Alivio de la ansiedad:

Tras determinados tipos de intervención quirúrgica el paciente pasa rutinariamente a la unidad de recuperación posanestésica (URPA), donde pueda que manifieste diversas alteraciones psicológicas. Hewitt, 2002. Destaca la ansiedad, el estrés y la desesperación como los principales desordenes afectivos manifestados por los pacientes críticos que se encuentran en la fase posoperatoria inmediata, siendo sus necesidades primarias la sensación de seguridad. Además, afirma que; las drogas sedantes desempeñan un rol importante en la aparición de los estados confusionales (desorientación, alteraciones perceptivas como ilusiones, delirios, alucinaciones visuales y táctiles, etc.) ⁽²⁾.

Por otro lado, la ansiedad posquirúrgica experimentada por el paciente puede causar problemas fisiológicos como, curación lenta de las heridas, disminución de la respuesta inmune y un incremento del riesgo de infecciones. Además, puede exacerbar el dolor y dañar significativamente el bienestar psicológico ⁽³⁷⁾.

Por ello la enfermera proporciona apoyo psicológico en un esfuerzo por aliviar los miedos y preocupaciones del paciente, así mismo revisa la historia clínica en busca de necesidades y preocupaciones especiales de la persona. Cuando su condición lo permite un familiar cercano puede visitarlo por algunos minutos. Esto suele disminuir la ansiedad de la familia, haciendo que el paciente se sienta más seguro.

8. Control de náuseas y vómitos:

La náusea y el vómito son problemas usuales. La enfermera debe intervenir al primer momento en el que el paciente presente náuseas, para evitar que progrese a vómito. Se dispone de muchos medicamentos para controlar las náuseas y el vómito sin sedar excesivamente al paciente y suelen administrarse durante la cirugía y en la unidad de recuperación posanestésica.

La administración intravenosa o intramuscular del droperidol, es común sobre todo en el medio ambulatorio. La metoclopramida, proclorperazina y prometazina son otros fármacos antieméticos que se prescriben con frecuencia. Aunque es costoso el ondasetron es un antiemético que se utiliza a menudo y tiene pocos efectos adversos ⁽²⁵⁾.

9. Balance hidroelectrolítico:

Tanto los anestésicos, la intervención y el dolor en sí misma, estimulan la secreción de hormona antidiurética (ADH). El acto quirúrgico desencadena, además, la producción de aldosterona, la cual, al conservar el sodio en la sangre, favorece la retención hídrica. El volumen de orina se reduce independientemente del aporte líquido.

10. Administración parenteral de líquidos y electrolitos:

En las operaciones de cirugía mayor, el enfermo por lo general no ingiere líquidos o alimentos por boca durante 24 a 72 horas. En este período es necesario administrar líquidos, electrolitos y calorías para mantener el equilibrio del medio interno.

La recuperación de una anestesia general es gradual; así, los efectos más profundos suelen desaparecer antes de salir del quirófano, pero la recuperación de la consciencia y la estabilización hemodinámica no se consiguen hasta transcurrido un tiempo (que puede ser desde algunos minutos a varias horas), período durante el cual el paciente suele permanecer bajo vigilancia estrecha en una unidad de reanimación o recuperación de la coordinación motora y de las funciones cognitivas superiores que puede tardar incluso un par de días o más, sobre todo en personas mayores ⁽²⁵⁾.

b) TRASLADO DEL PACIENTE A LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Una vez que el paciente se ha recuperado parcialmente de los efectos de la anestesia, este posiblemente consiente, sus signos vitales se han estabilizado y se juzga que su estado físico y psicológico ha evolucionado, se le lleva a la unidad de hospitalización. Para ello una enfermera y un ayudante acompañan al cliente a la unidad, en donde notifican su llegada a la persona a cargo. El personal de sala de recuperación pasa al paciente a su cama, comprobando que se encuentre cómodo y que todos los tubos, drenes y otros estén colocados y funcionen. La enfermera de sala de recuperación muestra a quien lo recibe la condición de los apósitos y explica la colocación de los drenes y sus cuidados. Si duerme aún, suele ser mejor colocarlo de lado, a menos que esté contraindicada esta posición. Es necesario tomar las precauciones para protegerlo; por ejemplo, colocarlo en la cama en la posición más baja compatible con la seguridad, de tal forma que sus vías respiratorias estén permeables y las secreciones puedan drenar con facilidad por la boca.

RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

La unidad del paciente se prepara al reunir el equipo y suministros necesarios como; poste para líquidos intravenosos, aparato para sostener el receptáculo del drenaje, riñonera para emesis, pañuelos y toallas desechables, mantas y hojas de registro posoperatorio. Cuando se avisa al personal de hospitalización que el paciente ya viene en camino de la unidad posanestésica, se informa de cualquier objeto adicional que pueda requerirse. La enfermera de la unidad posanestésica informa a la enfermera que recibe al paciente, los datos relacionados con el estado de este. El informe incluye:

1. Diagnóstico médico.
2. Procedimientos efectuados.
3. Enfermedades asociadas.
4. Incidentes transoperatorios inesperados.
5. Pérdida estimada de sangre.
6. Tipo y cantidad de líquidos recibidos.
7. Medicamentos prescritos y administrados para el dolor.

La enfermera que recibe al paciente, revisa las ordenes posoperatorias, lo admite al área de hospitalización, realiza la valoración sus signos vitales. Su grado de conciencia, revisa los apósitos y observa la colocación de los drenes ⁽²⁵⁾.

Antes de salir de la habitación, la enfermera comprueba que el paciente esté caliente, cómodo y seguro. Debe dejar en la cabecera una riñonera para emesis a su alcance. Es necesario que lo vigile constantemente para conservar su seguridad y atienda de inmediato sus solicitudes de ayuda a los primeros signos de molestia o incomodidad que observe en él. Es esencial anotar con exactitud la hora en que regresa el paciente a la unidad de enfermería, su estado al llegar, las observaciones que se han hecho posteriormente y todas las acciones de enfermería que se han realizado ⁽²⁷⁾.

CUIDADOS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN:

El cuidado del paciente posoperado inmediato en hospitalización abarca desde las primeras horas hasta un día después de la operación, implica ayudarlo en forma

continúa a recuperarse de los efectos de la anestesia, valorar su estado fisiológico con frecuencia, vigilar si hay complicaciones, tratar el dolor y aplicar medidas concebidas para recuperar la salud, manejo exitoso del régimen terapéutico.

El paciente debe ser vigilado de cerca las primeras 24 - 48 horas después de la cirugía. Suele estar somnoliento el primer día y necesita precauciones especiales para protegerlo de todos los peligros, satisfacer sus necesidades fisiológicas básicas y evitar complicaciones posoperatorias, cuando sea posible, o descubrirlas en las etapas iniciales, de modo que pueda actuarse de inmediato. La enfermera debe comprobar que esté cómodo y sin dolor, el cual tiende a tomarlo inquieto y podría dañar con facilidad la respiración inicial de los tejidos. Sin embargo, el paciente no debe guardar la misma posición; hay que cambiarlo con frecuencia ⁽²⁴⁾.

Los cuidados principales de enfermería incluyen mantener la función respiratoria, brindar ventilación adecuada, estabilidad cardiovascular y hemodinámica, integralidad del sitio quirúrgico, valoración del dolor en el sitio de incisión, estado neurológico, náusea y vómito, evacuación espontánea, comodidad y seguridad. Además de valorar las constantes vitales de forma más espaciada, especialmente la temperatura.

❖ **Valoración del paciente:**

Una vez que el paciente se encuentra en la unidad de hospitalización (cirugía), es necesaria una nueva valoración de su estado por parte de enfermería, para seguir la recuperación posoperatoria inmediata del paciente y detectar las complicaciones reales o potenciales que se puedan producir. Generalmente la valoración es la misma que en la unidad de recuperación posanestésica (URPA).

❖ **Cuidados de enfermería:**

Los cuidados de enfermería en la unidad de hospitalización continúan siendo en orden de la prioridad al igual que en la unidad de recuperación posanestésica (URPA), a diferencia que durante las horas siguientes a la operación hasta las 24 horas los cuidados en hospitalización implican ayudar al paciente a recuperarse de los efectos de la anestesia, valorar su estado fisiológico con frecuencia, vigilar si hay

complicaciones, tratar el dolor y aplicar medidas concebidas para alcanzar los objetivos a largo plazo de independencia en los cuidados personales, manejo exitoso del régimen terapéutico, alta al hogar y recuperación total ⁽²⁵⁾.

En las primeras horas después de ser trasladado a la unidad de hospitalización, las preocupaciones principales incluyen:

1. **Manejo de las constantes vitales.** - se realiza el registro del pulso, la presión arterial, y frecuencia respiratoria cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos durante las siguientes 2 horas. En adelante se miden con menos frecuencia si permanecen estables. La temperatura se registra cada 4 horas durante las primeras 24 horas.
 - Vigilancia periódica de constantes vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, presión arterial media, etc.) Y registro de los mismos en la historia clínica.
2. **Manejo de las vías respiratorias y ventilación.** - el cuidado de las vías respiratorias tiene como finalidad facilitar el aclaramiento de las secreciones de la vía aérea, favorecer la ventilación y prevenir las complicaciones pulmonares para prevenir incrementos peligrosos de la presión intracraneana (PIC). Las medidas deben de aplicarse con las técnicas apropiadas y los intervalos de tiempo adecuado para espaciarlas con respecto a otras actividades del cuidado del paciente ⁽³⁸⁾.
 - Conservación de la permeabilidad de las vías aéreas, respiración tipo y profundidad de la misma.
 - Monitoreo de la saturación de oxígeno. (Sat o₂ > 90 %).
 - Administración de oxígeno a alto flujo, para garantizar la ventilación adecuada y mantener el pao₂ por encima de los 70 mmhg y evitar el incremento de la presión intracraneana (PIC).
 - Posición semifowler 30° con la cabeza ladeada o en hiperextensión, para movilizar secreciones y favorecer la circulación de retorno.

- Mantener alineación cervical inmovilizando al paciente para evitar lesión cervical.
 - Vigilar posición y colocación del tubo de mayo, para evitar caída de lengua.
 - Vigilancia de la coloración de piel y faneras.
 - Aspirar secreciones periódicamente según sea necesario ⁽¹⁾.
3. **Manejo de la función circulatoria.** - los cuidados están orientados a disminuir la incidencia de hemorragias, mantener el flujo sanguíneo y el equilibrio hidroelectrolítico, facilitar el drenaje venoso y controlar la presión intracraneana (PIC) ⁽³⁸⁾.
- Mantener la presión arterial entre los 90 mmhg y 120 mmhg para prevenir la hipotensión, hipertensión y disritmias.
 - Administración del tratamiento hidroelectrolítico (sueros, transfusiones sanguíneas y hemoderivados) y de drogas vasoactivas para mantener el flujo sanguíneo, restituir la volemia y prevenir el choque.
 - Mantener al paciente en posición semifowler 30° con hiperextensión del cuello, para favorecer la circulación de retorno y disminuir la hemorragia y evitar el incremento de la presión intracraneana PIC.
 - Realizar gasometría arterial.
4. **Manejo del nivel de conciencia.** - el objetivo principal del cuidado de enfermería es proteger la integralidad del sistema nervioso central SNC, realizando la valoración neurológica en forma frecuente para identificar e intervenir rápidamente ante las complicaciones que aparezcan como las convulsiones ⁽³⁸⁾.
- Evaluación constante del estado de recuperación pos anestésica durante las primeras horas (actividad muscular. Respiración, circulación, conciencia, saturación de oxígeno). Utilizando el test de ALDRETE.
 - Evaluación de la respuesta ocular, respuesta verbal y respuesta motora a través de la escala de coma de GLASGOW.
 - Evaluación periódica de tamaño, forma y reflejo pupilar ⁽²⁵⁾.
 - Administración de anticonvulsivantes según prescripción médica.

5. **Manejo de la exposición.** - la atención a la herida posoperatoria y de los apósitos son específicos en la unidad hospitalaria, la norma básica en cuanto al vendaje de la craneotomía es reforzarlo cuando sea necesario y cambiarlo solo si lo indica el médico, en ocasiones se observa un dren en la incisión para facilitar la descompresión de la zona quirúrgica. Todos los drenes deben estar sujetos con el vendaje para evitar su desprendimiento casual con los movimientos del paciente, además se debe mantener una estricta asepsia para prevenir la meningitis e infecciones. Es necesario que el paciente se encuentre desvestido para tener una mayor visibilidad de las estructuras corporales y facilitar la valoración del sitio quirúrgico ⁽³⁸⁾.

- Lavado de manos antes de realizar cualquier intervención al paciente.
- Controlar temperaturas periódicas (cada 4 horas) y evitar la aparición de fiebre y vigilar posibles signos de infección (olor, color, rubor, edema, exudado, drenado purulento, etc.).
- Administrar profilaxis antibiótica según sea prescrito.
- Revisión periódica del sitio quirúrgico, sistema de drenaje, vendajes, apósitos y catéteres para reforzarlos y/o cambiarlos si fuera necesario, manteniendo la asepsia.
- Mantener puntos de inserción de drenajes y vías venosas secas.
- Vigilar dehiscencia de la herida.
- Cubrir al paciente con mantas, mantener la temperatura de la habitación entre 21 y 22 °C y ventanas cerradas a fin de evitar la hipotermia.
- No administración de líquidos intravenosos fríos ni sueros o derivados sanguíneos que provengan del frigorífico sin antes ser debidamente calentados ⁽¹⁾.

6. **Manejo del dolor:** el tratamiento del dolor consiste en controlar la cefalea. Pueden administrarse dosis bajas de analgésicos como la morfina y el fentanilo según la hemodinámica, en la unidad de cuidados posanestésicos (URPA).

- Revisar las directrices posoperatorias del cirujano y el anestesista en la historia clínica para realizar un mejor diagnóstico del estado del paciente.

- Administración de analgésicos teniendo en cuenta el tipo de anestesia, interacción farmacológica y evalúa la efectividad de las mismas mediante la escala de EVA (eficacia de las combinaciones algica).
- Proporcionar al paciente posturas antiálgicas, si es posible.
- Proteger al paciente frente a riesgos de caídas y traumatismos utilizando barandas ⁽²⁵⁾.

7. **Manejo de la nutrición, hidratación e eliminación.** - el manejo de los líquidos hidroelectrolíticos es una parte importante de los cuidados posanestésicos. La monitorización horaria de las administraciones y pérdidas de líquidos facilitan la identificación precoz de un posible desequilibrio. Así mismo los vómitos posoperatorios deben evitarse para prevenir elevaciones de la presión intracraneana (PIC), los antieméticos deben administrarse en cuanto aparezcan las náuseas. Generalmente no se administra al paciente nada por boca ⁽³⁸⁾.

- Administración parenteral de líquidos y electrolitos para mantener el equilibrio del medio interno.
- Administración de antieméticos previa prescripción médica.
- Mantener al paciente en NPO (nada por vía oral).
- Humidificar las mucosas orales.
- Vigilar cantidad, color y aspecto periódicamente del líquido drenado y de la orina, y realizar el registro de los mismos en la historia clínica (drenaje, diuresis).
- Realizar enjuagues bucales al paciente después del vómito, para evitar el mal sabor y el mal aliento, si procede.
- Colocar y/o cambiar, fijar y mantener la permeabilidad de los catéteres periféricos, sonda nasogástrica, sonda vesical y del sistema de drenes.
- Realizar el balance hídrico (registros de ingresos y egresos por turno) ⁽³⁰⁾.

8. **Manejo de la movilidad física. Reposo y confort:**

- Mantener la privacidad del paciente utilizando biombos o cortinas.
- Realizar cambios posturales periódicamente al paciente encamado.

- Realizar ejercicios pasivos en los miembros inferiores se no está contraindicado.
- Promover el descanso y fomentar el sueño, disminuyendo los estímulos nocivos (ruidos, iluminación, etc.).
- Mitigar la ansiedad y el temor brindando apoyo psicológico al paciente y a sus familiares.
- Explicar el proceso de enfermedad, informar sobre los procederes del mismo y evitar comentarios adversos sobre su estado de salud.

9. Manejo de la piel e higiene

- Realizar higiene corporal (parcial o total) al paciente.
- Realizar la asepsia de catéteres, drenes y sondajes, así como en las curaciones de la herida quirúrgica.
- Mantener la mucosa oral limpia y húmeda.
- Vigilar alteraciones en el sitio de inserción de vías periféricas (flebitis, infiltrados, etc.).
- Aplicar los cuidados necesarios en la herida quirúrgica (curación, cambios de apósitos. Etc.).
- Mantener piel y apósitos secos.
- Realizar cambios de posición periódica y evitar la presencia de cuerpos extraños o arrugas en la cama, para evitar las fuerzas de presión y fricción en las prominencias óseas.
- Vigilar que los apósitos, sondas y vendajes no aprieten más de lo necesario ⁽³⁰⁾.

Se presta vigilancia durante este periodo por que suele estar somnoliento y necesita precauciones especiales para protegerlo de todos los peligros. Satisfacer sus necesidades fisiológicas básicas y evitar complicaciones posoperatorias, cuando sea posible o descubrirlas en las etapas iniciales, de modo que pueda actuarse de inmediato ⁽²⁵⁾.

2.1.5. TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE)

El traumatismo craneoencefálico TCE, según Adolfo (2008), “es una lesión cerebral causada por una fuerza externa, la cual puede producir una disminución o alteración de la conciencia y, eventualmente, un déficit de las habilidades cognitivas y/o de las funciones físicas.

Según lo que nos manifiesta este autor, podemos decir que es todo aquel impacto que está dirigido al cráneo y que repercute sobre el contenido del mismo, es decir, sobre el encéfalo, y que a la vez el daño más común del TCE es la pérdida del conocimiento, que no siempre es fácil de establecer, en algunas ocasiones no se manifiesta a pesar que hay evidencia traumática en el examen físico.

Los TCE constituyen un problema de salud pública, puesto que es una patología frecuente en los países industrializados, constituyendo una de las principales causas de muerte entre la población pediátrica y adulta. Siendo las causas más frecuentes de traumatismo craneal cerrado los accidentes de tráfico, estando incluidas las lesiones de los ocupantes del vehículo, peatones, motociclistas y ciclistas. Seguida de las caídas como la segunda causa más frecuente de traumatismo y las lesiones por arma de fuego que constituyen una causa mayor de lesión penetrante. Por otro lado, un gran número de personas que presentan un TCE moderado o severo, tienen discapacidades permanentes, posteriormente al suceso ⁽³⁹⁾.

Los traumatismos producen, además, una elevada morbilidad con secuelas físicas, sensoriales y mentales puesto que, clínicamente en el TCE existe un trauma, que afecta a la cabeza, que se presenta con evidencias de alteraciones funcionales o anatómicas del encéfalo. La más frecuente y evidente de estas alteraciones es la **alteración de la conciencia** y la **amnesia**, los pacientes que han tenido un TCE con frecuencia no recuerdan haber sufrido un accidente, olvidan periodos de tiempo previos (*amnesia retrograda*), y posteriores al accidente (*amnesia postraumática*), dependiendo el periodo amnésico de la intensidad del trauma ⁽⁴⁰⁾.

Referente a la tasa de mortalidad, el Dr. Lanrrow George (2004) afirma que el traumatismo craneoencefálico, es una de las primeras causas de mortalidad, y que se ha convertido en una importante fuente de preocupación, ya que pueden ocurrir a cualquier edad, desde el momento de nacer, pero con mayor frecuencia en el adulto y adulto mayor, al mismo tiempo, es un relevante problema de salud, que ocasiona además una elevada morbilidad, incapacidad y un alto costo sanitario y social.

El traumatismo craneoencefálico se deriva de un fenómeno traumático que es determinado por una serie de factores dentro de los que incluyen características culturales y socioeconómicas entre esos factores se pueden mencionar:

- La edad y el trabajo.
- Factores predisponentes como: las alteraciones psíquicas, la fatiga, el exceso de velocidad, el alcohol y las drogas.
- Entre las enfermedades que inciden en el trauma están: la epilepsia, el infarto del miocardio, la diabetes y las que requieren de tranquilizantes.
- Manifestaciones de la civilización, como el crecimiento no planificado de las ciudades.
- Inadecuada forma de transporte y la saturación de vehículos en las calles.
- La ejecución de actividades recreacionales y deportes riesgosos que desarrolla la población.

❖ **Objetivo:**

El objetivo del cuidado urgente al TCE, independientemente de su gravedad, es evitar lesiones cerebrales secundarias e identificar anomalías intracraneales que precisen cirugía urgente⁽⁴⁰⁾.

2.1.5.1.FISIOPATOLOGÍA

Desde un punto de vista biomecánico, en la génesis de las lesiones resultantes del tce intervienen fuerzas estáticas (compresivas) y fuerzas dinámicas (fuerzas de inercia). Ambos tipos de fuerzas pueden motivar deformaciones y movimientos de diversas estructuras encefálicas. En general, cuando se aplica una fuerza sobre un cuerpo

animado, éste se deforma y acelera de forma directamente proporcional al área de contacto y a la energía aplicada, condicionando una serie de respuestas mecánicas y fisiológicas. Al mecanismo de impacto, con sus fenómenos de contacto asociados (contusiones craneales, fracturas, etc.), se añaden los fenómenos de aceleración y desaceleración y los movimientos cráneo-cervicales que van a generar una serie bien definida de lesiones.

1. Mecanismo lesional primario.
2. Mecanismo lesional secundario.
3. Mecanismos terciarios.

Los distintos mecanismos lesionales cerebrales. Desde un punto de vista morfológico, y en función de los hallazgos en la tomografía computada cerebral (tac), pueden ser producidas por accidentes de tráfico, laborales, caídas o agresiones.

Entre las causas más frecuentes se encuentran:

- Accidentes de tráfico: alrededor del 75%.
- Caídas: alrededor del 20%.
- Lesiones deportivas: alrededor del 5%.

Cuando hay un impacto mecánico sobre las estructuras del encéfalo, se provoca una lesión del tejido nervioso mediante los siguientes mecanismos lesionales.

1. LESIÓN PRIMARIA

Es el responsable de las lesiones nerviosas y vasculares que aparecen inmediatamente después y hasta las 6-24 horas del impacto.

Es el daño directo causado por el impacto del trauma o por los mecanismos de aceleración-desaceleración. Incluye contusión cortical, laceración cerebral, fractura de cráneo, lesión axonal, contusión del tallo, desgarro dural o venoso, etc.

El impacto puede ser de dos tipos:

a. Estáticos

Existe un agente externo que se aproxima al cráneo con una energía cinética determinada hasta colisionar con él. La energía cinética es proporcional a la masa y a la velocidad, siendo estos dos parámetros de los que dependerán la gravedad

de las lesiones resultantes. Es responsable de fracturas de cráneo y hematomas extradurales y subdurales. *Ocasianan las lesiones focales.*

Ejemplo, una pedrada. La importancia viene dada por la masa y la velocidad del objeto que colisiona. Este tipo de impacto es responsable de fracturas de cráneo y hematomas extra y subdurales.

- **Lesiones focales. Hemorragia intracraneal:** pueden ser clasificadas como meníngeas o cerebrales. El riesgo más importante derivado de la aparición de un hematoma extradural es el desarrollo de hipertensión intracraneal súbita con compresión rápida de estructuras cerebrales.

Hemorragia epidural aguda: por ruptura de una arteria de la duramadre, generalmente la arteria meníngea media. Es poco frecuente, pero presenta una elevada mortalidad, por lo que siempre se debe tener presente a la hora del diagnóstico. Se suele asociar con fracturas lineales de cráneo, sobre las áreas parietal o temporal, que cruzan los surcos de la arteria meníngea media (un 75% de los hematomas epidurales supratentoriales ocurren en la región escamosa del hueso 11 temporal).

Relativamente frecuente la asociación con hematoma subdural contralateral, lo que pone de manifiesto las lesiones por golpe y contragolpe. Los síntomas típicos serían pérdida de conocimiento seguida por un período lúcido, depresión secundaria del nivel de conciencia y desarrollo de hemiparesia en el lado opuesto. Importante para el diagnóstico la presencia de una pupila fija y dilatada del lado del impacto (con menos frecuencia contralateral). Aunque el paciente esté consciente, puede encontrarse soñoliento y con cefalea severa.

El pronóstico variará dependiendo de la situación del paciente antes de ser operado y de la precocidad de la evacuación quirúrgica. A mayor gravedad y mayor retraso en la cirugía, menos posibilidades de supervivencia.

Hematoma subdural agudo: mucho más frecuente que el anterior. Es el resultado de la ruptura de venas comunicantes entre la corteza cerebral y la duramadre, aunque también puede relacionarse con laceraciones cerebrales o

lesiones de arterias corticales. Se localiza con más frecuencia en regiones de contragolpe, observándose en la TAC como lesiones hiperdensas yuxtaóseas con forma de semiluna y bordes menos nítidos que el anterior.

Su localización más frecuente es en zona parietal, respetando habitualmente los polos frontal y occipital. En más del 80% de los casos se asocia a lesiones parenquimatosas cerebrales graves, con frecuencia subyacentes, que pueden actuar como foco hemorrágico del hematoma subdural. Por lo tanto, tiene peor pronóstico que el hematoma epidural, debido a las lesiones cerebrales asociadas y al efecto masa, que contribuyen a la aparición de hic, compresión de ventrículos laterales, desplazamiento de la línea media, etc.

Contusión hemorrágica cerebral. Es la más frecuente tras un tce. Más frecuente en áreas subyacentes a zonas óseas prominentes (hueso frontal inferior, cresta petrosa, etc), se presenta en la TAC como una mezcla de imágenes hipo e hipertensas intracerebrales debido a múltiples lesiones petequiales dispersas en el 12 área lesionada, asociada con áreas de edema y necrosis tisular. También afecta con cierta frecuencia a la región parasagital, mientras que rara vez se lesionan las regiones occipitales y el cerebelo.

b. Dinámico

Lesión por aceleración-desaceleración. Es el cráneo el que se desplaza tropezando en su movimiento con un obstáculo y generando 2 tipos de movimientos: de tensión (elongación) y de tensión-corte (distorsión angular). El impacto a su vez produce 2 tipos de efecto mecánico sobre el cerebro: traslación y rotación:

- **Movimiento de traslación:** el primero causa el desplazamiento de la masa encefálica con respecto al cráneo y otras estructuras intracraneales como la duramadre, propiciando cambios de presión intracraneal (PIC).
- **Movimiento de rotación:** el segundo hace que el cerebro se retarde en relación al cráneo. Es responsable de la degeneración axonal difusa que dará lugar al coma postraumático, contusiones, laceraciones y hematomas intracerebrales. Originan las lesiones difusas.

Ejemplo, un accidente de tráfico. Es el modelo de impacto más frecuente y grave. Este tipo de impacto es el que suele provocar degeneración de los axones (cilindroeje de la célula nerviosa) responsable del coma postraumático, las contusiones, laceraciones y hematomas intracraneales ⁽⁴¹⁾.

2. LESIÓN SECUNDARIA

Son las lesiones cerebrales provocadas por las agresiones que aparecen en los minutos, horas e incluso en los primeros días después del traumatismo.

Dependiente o no del impacto primario, se ponen en marcha una serie de alteraciones sistémicas e intracraneales que agravan o producen nuevas lesiones cerebrales.

Estas agresiones pueden ser de:

Origen sistémico

- Bajada de la tensión arterial (hipotensión). Es la causa más frecuente y de mayor repercusión en el pronóstico de TCE. Aunque sea por breve periodo de tiempo, afecta negativamente al resultado, el mecanismo es la producción de lesiones cerebrales isquémicas por descenso de la presión de perfusión cerebral (ppc).
- Oxigenación deficiente de la sangre (hipoxemia). Es una complicación frecuente que se asocia a un aumento de la mortalidad, sobre todo cuando se asocia con bajada de la tensión arterial.
- Cantidad excesiva de anhídrido carbónico en sangre (hipercapnia).
- Anemia.
- Aumento de la temperatura corporal (hipertermia).
- Alteraciones hidroelectrolíticas (hipo e hipernatremia).
- Aumento o disminución de la glucosa en la sangre.
- Coagulopatías, infecciones y alteraciones gastrointestinales.

Origen intracraneal

- Aumento de la tensión dentro del cráneo (hipertensión intracraneal). La hipertensión endocraneal es la complicación más frecuente y la que más afecta de forma adversa el pronóstico del traumatismo craneoencefálico.
- Convulsiones; más frecuentes durante la fase aguda del TCE, incluso en el momento del accidente. Pueden ser de dos tipos: generalizadas o focales, y cuando

son prolongadas pueden inducir hipertensión intracraneal, en base a un aumento del flujo sanguíneo cerebral y del consumo cerebral de oxígeno.

- Edema cerebral (inflamación o acumulación excesiva de líquido); presente en la fase más aguda del TCE, produce un aumento de la PIC, y se trata de una respuesta inespecífica a muchos tipos de lesiones, pudiendo ser focal o difuso. Entre los tipos de edema cerebral, los más frecuentes en este tipo de patología son el citotóxico, neurotóxico y el vasogénico. Los dos primeros acompañarían a la lesión primaria, mientras que el segundo aparecería más tarde, cuando ya la barrera hematoencefálica estuviera dañada.

El mecanismo lesional, además de en la hipertensión intracraneal, se basa en la alteración de la barrera hematoencefálica, lo que permite el paso de ciertos metabolitos dañinos para el tejido cerebral, que provocarían más edema, con lo que se perpetuaría la situación. Además, el edema separa los capilares de las células cerebrales, con lo que se hace más difícil el aporte de oxígeno y nutrientes.

- Acumulación de sangre (hiperemia).
- Hematoma cerebral tardío.
- El aumento de presión puede comprimir las arterias cerebrales produciendo una disminución del aporte sanguíneo (isquemia cerebral). La isquemia, bien por aumento de la presión intracraneal como por descenso de la presión arterial, se considera la lesión secundaria de origen intracraneal más grave ⁽⁴²⁾.

3. LESIONES ESPECÍFICAS: fracturas craneales:

Lineales: constituyen el 90%, la mayoría no revisten complicaciones. Una situación exclusiva de la población infantil que puede darse fundamentalmente en los menores de tres años cuando hay una rotura ósea y la duramadre se interpone entre los extremos de la fractura impidiendo la consolidación.

Fracturas con hundimiento: el tratamiento consiste en el desbridamiento y limpieza de la zona afectada, elevación de fragmentos deprimidos y eliminación de cuerpos extraños y antibioterapia.

Fracturas de la base del cráneo: frecuentes especialmente en los golpes en la parte posterior del cráneo. La actitud ante el paciente incluye la observación y la exploración

frecuentes de signos vitales y neurológicas, vigilar aparición de equimosis retro auricular, o drenaje de LCR por nariz, u oídos. La mayoría de los casos cursan sin complicaciones y rara vez está indicada la intervención quirúrgica. Entre las complicaciones se citan: meningitis, parálisis del nervio óptico, parálisis facial, vértigos y trastornos de la audición.

2.1.5.2. TIPOS DE LESIONES CEREBRALES:

Conmoción: interrupción transitoria (inferior a diez minutos) del conocimiento. La gravedad dependerá de la intensidad del daño. En lactantes y preescolares hay una alta incidencia de convulsiones benignas postraumáticas, somnolencia y vómitos, en niños mayores es más frecuente la amnesia postraumática y la alteración del nivel de conciencia sin demostración de daño cerebral. El pronóstico de la conmoción cerebral pura suele ser favorable y en general no se presentan complicaciones.

Contusión cerebral: se define como área de contusión o hemorragia microscópica del cerebro originada tras el traumatismo y generalmente se asocia con otro daño cerebral. El curso clínico suele ser el de gradual deterioro neurológico, seguido de recuperación tras el tratamiento médico.

Edema cerebral: es una de las complicaciones más graves del tce, se suele originar en la periferia de las lesiones focales para extenderse después a otras zonas. La expresión clínica deriva del aumento de la pic: hiperventilación central, hipoxemia, hipertensión arterial.

Daño axonal difuso: es de gran importancia por su frecuencia y mal pronóstico; como consecuencia de movimientos de rotación y aceleración/desaceleración que dan lugar a lesiones por cizallamiento en la sustancia blanca, cuerpo caloso o en el tronco de encéfalo (son las localizaciones más frecuentes, en la zona de unión de la sustancia gris con la sustancia blanca lobular).

2.1.5.3. COLECCIONES HEMÁTICAS INTRACRANEALES:

Hematoma epidural: es una hemorragia venosa o arterial que se sitúa entre el cráneo y la duramadre, complicación que puede ocurrir después de traumatismos craneoencefálicos (TCE). Su identificación y evacuación quirúrgica precoz es muy importante ya que puede dar lugar de forma brusca, tras un intervalo lúcido variable, a una compresión cerebral, desplazamiento de la masa encefálica y herniación.

La hemorragia entre la tabla interna del cráneo y la duramadre se origina con mayor frecuencia por un desgarro de la arteria meníngea media o una de sus ramas (85%), frecuentemente a causa de una fractura del hueso temporal, aceleración angular de la cabeza, disminución o aumento súbito de cualquiera de los diámetros craneales. La hemorragia despegga la duramadre de la superficie interna del hueso y produce un hematoma que puede aumentar de tamaño y comprimir el cerebro subyacente.

El hematoma epidural también puede deberse a conductos venosos óseos rotos en el punto de fractura o laceración de los senos venosos mayores de la duramadre. Como la presión venosa es baja, los hematomas epidurales venosos sólo suelen formarse cuando una fractura deprimida del cráneo ha despegado la duramadre del hueso y dejado un espacio en el que se puede formar un hematoma.

Los síntomas y signos serían los siguientes:

- Midriasis del lado del hematoma (60 % de los casos) por compresión del tercer par craneal (signo de compresión de la región superior del mesencéfalo, que pueden consistir en hemiparesia o rigidez descerebración y por último datos de afección del tallo encefálico y muerte). Al final se desarrolla una hernia transtentorial.
- Tumefacción en piel cabelluda de región temporo-parietal.
- Otorrea homolateral al sitio del hematoma.
- Cefalea unilateral de las lesiones.
- Inquietud y vómitos, principalmente en niños.
- Posturas especiales, giro de cabeza, desviación conjugada de mirada hacia el lado de lesión.

- Ataque de convulsiones generalizadas.
- Signos de parálisis del tercer par craneal, ptosis palpebral, midriasis y estrabismo divergente ⁽⁴³⁾.

Los hematomas epidurales pueden clasificarse según la aparición de hipertensión endocraneana:

1. **Agudo:** cuando la hipertensión endocraneana es en las primeras 48 horas post trauma. (lo más frecuente).
2. **Subagudo:** cuando los signos aparecen entre el segundo día y una semana postrauma.
3. **Crónico:** los signos son visibles después de una semana; en ocasiones puede haber afectación del tercer y sexto par craneal dando parálisis completa del ojo afectado.

Hematoma subdural: es una acumulación de sangre entre la duramadre que es la membrana que cubre el cerebro y la aracnoides, una de las capas de las meninges. Este hematoma se debe a la rotura traumática de vasos venosos que atraviesan el espacio subdural entrando a las capas de la aracnoides y la duramadre. Aparece una colección de sangre en el espacio subdural que aumenta de tamaño rápidamente debido a que la hemorragia en esta área no suele detenerse. Los hematomas subdurales pueden causar un aumento de la presión intracraneal, compresión y daño del tejido cerebral. Un hematoma subdural agudo tiene una mortalidad elevada, por lo que se considera una urgencia médica, es de alrededor de 60 a 80% ⁽⁴⁴⁾.

La causa más frecuente de la aparición de un hematoma subdural es una lesión cerebral cambiando de velocidad del movimiento de la cabeza, lo cual estira y rompe los vasos subdurales. Los hematomas subdurales son más frecuentes que los hematomas epidurales, los cuales tienden a ser causadas por fracturas y fuerzas lineales traumáticas.

Hematoma intraparenquimatoso: colección de sangre en el parénquima cerebral, poco frecuente en los niños, pero de mal pronóstico, requieren el máximo soporte de tratamiento médico.

Hemorragia subaracnoidea: se produce por rotura de arterias o venas corticales en los espacios subaracnoideos, es frecuente en el TCE severo.

En esta forma la sangre se extiende en el espacio subaracnoideo o leptomeníngeo, espacio real, sin producir compresión ni desplazamiento. Hay hemorragias pequeñas, laminares, delgadas, y otras que distienden el espacio leptomeníngeo hasta un par de centímetros de espesor. La hemorragia puede ser de origen arterial o venoso y puede ser causada por un traumatismo. Aparte esta última condición, en el 80% de los casos se presenta como una manifestación secundaria a otra lesión o enfermedad, en cerca de dos tercios de los casos se trata de un aneurisma cerebral roto. En el 20% restante la patogenia no es clara. Fuera de otros trastornos funcionales que produce, la hemorragia subaracnoidea puede provocar vasoespasmos y, a través de éstos, infartos cerebrales. Las secuelas son las manchas sideróticas que corresponden a una fibrosis laminar con hemosiderina.

2.1.5.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas dependen del grado y la ubicación de la lesión encefálica y del edema cerebral subsecuente. Laceraciones del cuero cabelludo, fracturas o depresiones en el cráneo y equimosis en la cara pueden ser indicio de una lesión encefálica traumática. Es posible que por la nariz o los oídos gotee sangre o LCR. La equimosis suborbitaria (ojos de mapache) o en las apófisis mastoideas (signo de Battle) es un signo de fractura basilar de cráneo.

2.1.5.5. CLASIFICACIÓN DEL TCE

Se realiza teniendo en cuenta el nivel de conciencia medido según la “GLASGOW coma Scale” (GCS). La GSC evalúa tres tipos de respuesta de forma independiente: ocular, verbal y motora.

Escala de Coma de Glasgow

En medicina la escala de GLASGOW (GCS, Glasgow Coma Scale) es una escala que se usa para medir el nivel de conciencia de un paciente con traumatismo craneoencefálico (TCE).

- Su conocimiento es necesario para la evaluación del paciente neuro quirúrgico.
- Permite valorar al paciente que requiere cuidado pre, intra y posquirúrgicos desde el punto de vista neurológico, por lo delicado de la intervención y porque su compromiso tiene que ver con el desempeño de un órgano vital el cerebro.

Para determinarlo se utilizan como indicadores la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora (anexo 16).

Escala de coma de GLASGOW

| | | | |
|-------------------------------|----------|--|---------------|
| Apertura ocular | | | |
| - Espontanea | | | 4 |
| - En respuesta a las palabras | | | 3 |
| - En respuesta al dolor | | | 2 |
| - Nula | | | 1 |
| Respuesta motora | | | |
| - La orden verbal | Obedece | | 6 |
| - Al estímulo doloroso | Localiza | | 5 |
| - Retira | | | 4 |
| - Respuesta flexora | | | 3 |
| - Respuesta extensora | | | 2 |
| - Nula | | | 1 |
| Respuesta verbal | | | |
| - Orientada | | | 5 |
| - Conversación confusa | | | 4 |
| - Palabras inapropiadas | | | 3 |
| - Sonidos incomprensibles | | | 2 |
| - Nula | | | 1 |
| Total | | | 3 – 15 |

- **TCE grave:**

En pacientes que presentan una puntuación en la EG igual o < a 8 dentro de la primera 48 horas del accidente y después de las maniobras apropiadas de reanimación no quirúrgica (soporte hemodinámico, manitol, etc.).

- **TCE moderada:**

Cuando la puntuación del paciente esté comprendida entre 9 y 12, en este grupo se encuentran los pacientes que pueden tener una evolución

netamente favorable o que pueden necesitar un tratamiento quirúrgico o pasar al grupo de TCE grave.

- **TCE leve:**

Cuando la puntuación está comprendida ente 13 – 15 sin pérdida de conocimiento ni amnesia; sin signos focales; sin fractura de cráneo palpable. En condiciones de alta con las instrucciones necesarias ⁽⁴⁵⁾.

2.1.5.6. COMPLICACIONES

Las complicaciones asociadas con la craneotomía incluyen hipertensión intracraneal (hic), hemorragia quirúrgica, alteraciones hidroelectrolíticas, fistulas de líquido cefalorraquídeo (LCR), trombosis venosa profunda, ulcera gástrica de estrés e infección pulmonar.

Hipertensión intracraneana (Hic).- es previsible que el edema cerebral posoperatorio alcance su máximo a los 48 – 72 horas después de la cirugía, si la solapa ósea no se reimplanta en el acto quirúrgico la hipertensión intracraneal producirá una protuberancia en la zona de la craneotomía, es importante controlar cuidadosamente la herida quirúrgica para poder mantener la integridad de la incisión, el tratamiento de la hipertensión intracraneal pos craneotomía suele conseguirse mediante drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR), hiperventilación, posición adecuada del paciente, administración de esteroides.

Hemorragia quirúrgica. - la hemorragia quirúrgica tras una intervención transcraneal puede ser intracraneal y manifestarse por signos y síntomas de aumento de la hipertensión intracraneal (PIC), la hemorragia tras una craneotomía puede evidenciarse por el drenaje externo y porque el paciente refiera un goteo retranasal persistente o deglución excesiva, la hemorragia posoperatoria requiere de exploración quirúrgica.

Alteraciones hidroelectrolíticas. - la alteración del balance hidroelectrolítico en el paciente craneotomizado suele dar lugar a un trastorno de la producción o secreción de la hormona antidiurética (ADH). Que es segregada por la glándula hipofisaria

posterior, estimula los túbulos renales y los conductos colectores para que retengan agua en respuesta a la disminución del volumen sanguíneo circulante o al aumento de la osmolaridad sérica. El traumatismo intraoperatorio el edema posoperatorio de la glándula hipofisaria o del hipotálamo pueden dar lugar a una secreción insuficiente de la hormona antidiurética (ADH). El resultado es la ausencia de disminución de la pérdida renal de agua, aunque el volumen sanguíneo sea bajo y la osmolaridad sérica este elevada. La disminución del volumen puede producir hipotensión y una perfusión cerebral insuficiente, por lo que algunas veces es necesario administrar vasopresina intravenosa una o dos veces al día para controlar la pérdida de líquidos.

Fistula del líquido cefalorraquídeo (LCR). - las fistulas del líquido cefalorraquídeo son secundarias a la apertura del espacio subaracnoideo y el escape de líquido cefalorraquídeo se evidencia por la salida de líquido transparente en el campo quirúrgico. El tratamiento incluye reposo en cama y elevación de la cabeza.

Trombosis venosa profunda. - esta complicación se evidencia en el 29 – 46% de todos los pacientes neuroquirúrgicos, el riesgo se eleva en lo pacientes cuya intervención se prolonga por más de 4 horas. Las manifestaciones incluyen; dolor en las piernas o en la pantorrilla, con edema y sensibilidad local, dolor a la dorsiflexión o flexión plantar del pie (signo de humanos), desafortunadamente algunos pacientes son asintomáticos y el diagnostico no puede realizarse hasta que aparece el embolismo pulmonar.

El tratamiento es profiláctico, las medias elásticas de compresión gradual o las de compresión neumática secuencial son eficaces y reducen la incidencia de trombosis venosa profunda. Pruebas recientes demostraron que la aplicación de la compresión neumática aplicada en quirófano más la administración de heparina en dosis bajas en el posoperatorio es una combinación segura y eficaz en pacientes microquirúrgicos (38).

Crisis convulsiva postraumática. - las crisis convulsivas que se presentan después de un trauma craneoencefálico se clasifican en convulsiones tempranas y tardías. Una cuarta parte de los pacientes con convulsiones tempranas, llegan a desarrollar la

epilepsia tardía. Una crisis convulsiva temprana ocurre dentro de los primeros 7 días del trauma mientras que los pacientes con convulsiones tardías tienen el episodio después de los 7 días al trauma.

Dentro de los factores de riesgo para la aparición de convulsiones tempranas postraumáticas se incluyen:

- Hematoma intracerebral.
- Fractura deprimida.
- Déficit neurológico focal.
- Amnesia postraumática mayor de 24 horas.
- Hipoxemia.
- Trastorno hidroelectrolítico.

Alteraciones cardiovasculares. - los traumas se acompañan de hiperactividad simpática y la catecolamina circulante producen arritmias, cambios electrocardiográficos y disminución del gasto cardíaco, a su vez esto significa disminución de la presión arterial media y al coexistir hipertensión endocraneana se disminuye notoriamente la presión de perfusión cerebral y se aumenta la isquemia, generándose así severos deterioros.

Síndrome postraumático. - síntomas generales que son atribuidos en gran parte a trastornos emocionales como mareo, cefalea y alteraciones psicológicas como inestabilidad emocional.

Trastornos en la coagulación. - un perfil del estado de la coagulación debe ser obtenido en los pacientes con trauma craneoencefálico moderado o severo en un 37.5% de los pacientes con trauma craneoencefálico cerrado se ha documentado anormalidades en prueba de coagulación⁽³⁸⁾.

2.1.5.7. TRATAMIENTO MÉDICO

Todo paciente con traumatismo craneoencefálico grave debe de recibir una adecuada monitorización y manejo.

El monitoreo de estos pacientes incluyen:

- Presión intracraneana PIC.
- Presión arterial PA
- Frecuencia cardiaca FC.
- Presión venosa central PVC.
- Electrocardiograma EKG.
- Glicemia sérica.
- Saturación de oxígeno Sat O₂.
- Oximetría del pulso.
- Diuresis horaria.
- Temperatura central.
- Gasometría arterial.
- Hematocrito – hemoglobina.

Medidas Generales:

1. Optimizar aporte de oxígeno cerebral:

- Mantener niveles de hemoglobina sobre 10 gr/dl.
- Mantener saturación de oxígeno Sat O₂= 95%.
- Mantener normocapnea, evitar valores de co₂ <35 mm/Hg.

2. **Posición:** se debe mantener la cabeza con elevación de 30 grados, en posición neutra y evitar la movilización durante la fase aguda de la hipertensión intracraneana (HIC) durante cualquier procedimiento.

3. **Control de hipertermia.** - la hipertermia constituye un factor de daño secundario en el traumatismo craneoencefálico (TCE), que empeora el pronóstico y prolonga la estadía hospitalaria, se debe mantener la temperatura central bajo 38°C en forma estricta. Las medidas incluyen; administración de paracetamol, ventiladores de aire frío, bolsas de hielo, sueros fríos, circulación extracorpórea.

4. **Control de glicemia.** - la hiperglicemia aumenta el daño neural en condiciones de isquemia. Se recomienda en general mantener normoglicemia y evitar glicemias mayores de 150 mg/dl. El control estricto mediante manejo agresivo de la glicemia para mantener valores entre 80 y 110 mg/dl no posee evidencia concluyente de efectividad en pacientes con traumatismo craneoencefálico, y posee el riesgo de hipoglicemia, por lo que no se recomienda utilizar de forma rutinaria.
5. **Control de Natremia.** - la hiponatremia e hipoosmolaridad pueden aumentar la hipertensión intracraneana (HIC), porque el Na^+ plasmático debe mantenerse $< 135 \text{ mEq/l}$. Un 5% - 12% de los pacientes presentan hiponatremia. En estos pacientes debe distinguirse la hiponatremia asociada a síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (ADH) y aquella por síndrome perdedor de sal:
 - La hiponatremia hiper o euvolémica se trata con restricción hídrica.
 - La hiponatremia hipovolémica se trata con aporte de suero fisiológico o soluciones hipertónicas o mineralocorticoides (fludrocortizona).
6. **Administración de corticosteroides.** - no existe indicación de uso de esteroides en altas dosis en el traumatismo craneoencefálico. Si existe insuficiencia renal, se recomienda el remplazo fisiológico con hidrocortisona 100 mg cada 8 horas.
7. **Administración de anticonvulsivantes.** - se usa de forma profiláctica durante 7 días, las opciones son:
 - Fenitoina a una dosis de mantención de 100mg cada 8 hrs y ácido valproico.
8. **Administración de drogas vaso activas.** - en caso de requerirse, el fármaco de primera elección es la noradrenalina. Tanto la adrenalina como la dopamina no son aconsejables como fármacos de primera elección porque aumentan en forma simultánea el flujo sanguíneo cerebral y el consumo del oxígeno.
9. **Sedación y analgesia.** - se recomienda utilizar sedo analgesia con morfina o fentanilo según hemodinámia, más benzodiacepinas en infusión continua. El uso combinado permite disminuir las dosis de fármacos utilizados y sus efectos

adversos. Se recomienda así mismo profundizar la sedación durante la ejecución de maniobras que puedan incrementar la presión intracraneana en el paciente. La lidocaína al 2% (1mg/kg de peso) por su efecto vasoconstrictor también puede ser utilizada en bolos para evitar aumentos de la presión intracraneana durante los procedimientos efectuados al paciente ⁽³⁸⁾.

2.2. MARCO CONCEPTUAL:

ENFERMERÍA:

Según Virginia Henderson (1961) la enfermería era “ayudar al individuo, sano o enfermo a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a morir en paz) que el individuo realizará por el mismo en caso de tener las fuerzas, los deseos o los conocimientos necesarios”.

En 1980 la American Nurses Association (ANA) la definición de enfermería que se presentó en este documento reflejaba la evolución histórica de la profesión y su base teórica: “la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales y potenciales” ⁽⁴⁶⁾.

Enfermería es la: “*disciplina que constituye un arte y una ciencia que considera al paciente en forma integral, cuerpo, mente y espíritu, cuyo propósito es servir a la humanidad fomentando la salud por medio de la enseñanza y los cuidados que requiere el paciente*” ⁽⁴⁷⁾.

CUIDADO

El proceso de cuidar es una acción terapéutica que permite a través de la interacción enfermera-paciente alcanzar el máximo potencial de salud del paciente ⁽²⁰⁾.

CUIDADO PROFESIONAL

Es el punto de partida de la ciencia del cuidado, lo que significa, que la enfermera debe de saber por qué lo hace, para qué lo hace, cómo lo hace y cuándo lo hace, esa es la diferencia de un cuidado profesional de enfermería de uno que no lo es. Además, el

cuidado profesional constituye el monopolio de enfermería, ya que es la única que brinda cuidados de manera integral ⁽²²⁾.

UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTÉSICOS (URPA)

Es una unidad inmediatamente vecina a la sala de operación. Bien iluminada, provista de oxígeno y aspiradores, tomas eléctricas adecuadas, soportes para soluciones intravenosas y líquidos I.V. expansores plasmáticos, equipo para administración de oxígeno, aspiración y administración de medicamentos y otros procedimientos. El equipo de urgencia debe estar disponible para efectuar intubación traqueal, desfibrilación, tratar un paro cardíaco, ventilación mecánica, transfusiones de sangre, etc. ⁽¹⁾.

CUIDADO POSOPERATORIO

Son los cuidados que brinda la enfermera al paciente que sale de sala de operaciones, en las primeras 48 horas posteriores a la cirugía, para asegurar el restablecimiento de la salud del mismo. Son valorados por el paciente y a partir de ello se mide la satisfacción del mismo en relación a sus expectativas y percepciones.

ESTANCIA HOSPITALARIA POSOPERATORIA

Es el tiempo de permanencia del paciente en el servicio hospitalario hasta el cuarto día en que se encuentra en el mismo después de haber salido de sala de operaciones ⁽²²⁾.

ANALGESIA POSOPERATORIA

La ausencia de dolor en el paciente pos quirúrgico, acelera el proceso de recuperación y hace más llevadero el posoperatorio.

Los beneficios de un adecuado control del dolor son obvios:

- Mejora la ventilación pulmonar y, por tanto, disminuye el riesgo de atelectasias y neumonías.
- Disminuye una demanda catabólica adicional.
- Al mejorar la movilidad, contribuye a disminuir el riesgo.
- Facilita la cicatrización fisiológica.
- Disminuye la morbilidad posoperatoria ⁽⁴⁸⁾.

PRESIÓN INTRACRANEANA (PIC)

La presión intracraneal, se define como aquella medida en el interior de la cavidad craneal que es el resultado de la interacción entre el continente (cráneo) y el contenido (encéfalo, LCR y sangre). Es el incremento en la presión hidrostática del interior de la cavidad craneal, en particular en el líquido cefalorraquídeo, debido a la suma de presiones que ejercen los elementos intracraneales. Es referida como una presión atmosférica por encima de 10-15 mmhg ⁽⁴⁹⁾.

TEST DE RECUPERACIÓN POSANESTÉSICA ALDRETE

Se trata de una escala heteroadministrada que consta de 5 ítems. Cada ítem responde a una escala tipo likert de 0 a 2, con un rango total que oscila entre 0 y 10. El punto de corte se sitúa en 9, donde igual o mayor a esta puntuación sugiere una adecuada recuperación tras la anestesia.

Permite valorar al paciente en su recuperación anestésica, quiere decir que se han metabolizado los efectos de los agentes anestésicos empleados para tal fin y que el paciente esta fuera de algún acontecimiento fatal por efectos colaterales de los agentes anestésicos ⁽¹⁶⁾.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

La escala de coma de GLASGOW es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala. Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una de las subescalas evaluadas independientemente. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala.

La importancia de su valoración se dirige a proporcionar los conocimientos necesarios para valorar el nivel de conciencia del paciente ⁽⁵⁰⁾.

ESCALA DE EVA

Es una nemotecnia que permite valorar la eficacia de las combinaciones álgicas para aliviar las molestias dolorosas al paciente que ha sido sometido a un acto quirúrgico. Valora la eficacia de la terapia preventiva del dolor y simplifica su registro. Su conocimiento permite a la enfermera evaluar el dolor y sus formas de tratamiento ⁽¹⁶⁾.

EXPLORACIÓN PUPILAR

Constituye uno de los datos más importantes en la evaluación del enfermo en coma. Debemos tener en cuenta su tamaño, forma, asimetrías y reactividad a la luz. En general, debido a que las pupilas son relativamente resistentes a la alteración metabólica, la presencia o ausencia de respuestas pupilares a la luz es el signo más importante para distinguir entre el coma de origen estructural y el de causa toxicometabólica. Los reflejos pupilares suelen hallarse presentes incluso tras la desaparición de los reflejos oculocefálicos, oculo vestibulares y corneales.

REACTIVIDAD PUPILAR

Se realiza la valoración del reflejo foto motor: si las pupilas responden correctamente. O no, al estímulo provocado por un haz de luz directa. Unas pupilas isocoriacas y normo reactivas indican integridad de la vía eferente (II par craneal) y de la eferente (iii par) del sistema nervioso central ⁽⁵¹⁾.

CRANEOTOMÍA

Evento quirúrgico que se realiza para acceder a determinadas zonas intracraneales del sistema nervioso central (SNC). Generalmente para extirpar una lesión ocupante del espacio. Los procedimientos más frecuentes son la resección de tumores, la descompensación cerebral, la evacuación de un hematoma o absceso o el clipaje o extirpación de la aneurisma ⁽³⁸⁾.

CAPITULO III

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación que adopta el presente estudio es de acuerdo al problema y los objetivos planteados, el estudio es **descriptivo – transversal**.

- a. **Descriptivo**. - porque permitirá determinar cuál es el cuidado de enfermería posoperatorio inmediato en pacientes con traumatismo craneoencefálico en el Hospital Manuel Núñez Butrón.
- b. **Transversal**. - porque se estudió la variable en un momento concreto del tiempo.

2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para el presente estudio se utilizó el diseño **descriptivo simple**, ya que permitirá determinar el cuidado de enfermería posoperatorio inmediato en pacientes con traumatismo craneoencefálico.



Dónde:

C: representa el cuidado de enfermería posoperatorio inmediato en pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico.

O: representa la información a obtener mediante la observación del cuidado de enfermería posoperatorio inmediato en pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico.

3.1. EN RELACIÓN A LA MUESTRA

3.1.1. POBLACIÓN:

Estuvo constituida por 23 Lic. de enfermería que brindan cuidados perioperatorios en la unidad de recuperación posanestésica (URPA) y en el servicio de cirugía especialidades del Hospital Manuel Muñes Butrón.

| | Número de Lic. de enfermería |
|-------------------------------|------------------------------|
| Quirófano | 14 |
| Cirugía especialidades | 9 |
| Total | 23 |

3.1.2. MUESTRA

a. La unidad de análisis

Las enfermeras que laboran en el servicio de Quirófano y Cirugía Especialidades del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno.

b. Criterios de selección

- **Criterios de inclusión:**

- ✓ Profesionales de enfermería nombradas.
- ✓ Profesionales de enfermería que brinden cuidado posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico (TCE) en el servicio de cirugía especialidades en la especialidad de neurocirugía.
- ✓ Profesionales de enfermería que brinden cuidado posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico (TCE) en quirófano en la unidad de cuidados posanestésicos (URPA).

- **Criterios de exclusión:**

- ✓ Profesionales de enfermería que no brinden cuidado en el servicio de cirugía especialidades en la especialidad de neurocirugía y/o el servicio de quirófano en la unidad de recuperación posanestésica (URPA).
- ✓ Enfermeras con permisos y/o vacaciones.
- ✓ Enfermeras que realizan en servicio rural urbano marginal de salud (SERUMS).
- ✓ Enfermeras contratadas o internas de enfermería.

c. Tamaño de muestra:

Estuvo conformado por un número de 10 Lic. En enfermería, del cual significa 5 profesionales de enfermería que laboran brindando cuidado a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico en la unidad de recuperación posoperatoria (URPA) en quirófano durante las 2 a 6 primeras horas del posoperatorio inmediato y 5 profesionales de enfermería que laboran brindando cuidado a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico en el servicio de cirugía especialidades hasta completar las primeras 24 horas del periodo posoperatorio inmediato, en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno respectivamente.

| Servicio | N° de profesionales de enfermería que brindan cuidado posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico (primeras 24 horas). |
|---|---|
| Quirófano (unidad de recuperación posanestésica URPA) | 5 |
| Cirugía especialidades (servicio de hospitalización) | 5 |
| TOTAL | 10 |

d. Tipo de muestreo:

La selección de la muestra se realizó bajo la técnica no probabilística por ser conocida y representativa para el estudio.

3.2. EN RELACIÓN A LA TÉCNICA E INSTRUMENTO**3.2.1. TÉCNICA**

La técnica que se utilizó en el presente trabajo de investigación fue la **observación directa**. La cual permitirá adquirir datos objetivos y percibir directamente el fenómeno de estudio.

3.2.2. INSTRUMENTO:

El tipo de instrumento que se utilizó para la presente investigación fue una primera **guía de observación** que identifico el cuidado de enfermería posoperatorio inmediato

en la unidad de recuperación posanestésica URPA y en el servicio de cirugía especialidades. Y una **segunda guía de observación** que permitió identificar la valoración que realiza el profesional de enfermería antes de proceder con los cuidados posoperatorios inmediatos en pacientes con traumatismo craneoencefálico. Los mismos que contienen los siguientes datos:

Guía de observación 01:

- ✓ Valoración de enfermería en el posoperatorio inmediato:
 - Valoración del paciente posoperado inmediato de traumatismo craneoencefálico en la unidad de recuperación pos anestésica (URPA) de quirófano.
 - valoración del paciente posoperado inmediato de traumatismo craneoencefálico en el servicio de cirugía especialidades.

Guía de observación 02:

- ✓ Cuidado de enfermería posoperatorio inmediato:
 - Cuidado de enfermería en la unidad de recuperación posanestésica (URPA) quirófano.
 - Cuidado de enfermería en el servicio de cirugía especialidades.

El presente instrumento fue elaborado por la investigadora, a partir de la literatura encontrada de: Brunner. Enfermería medico quirúrgica. Conceptos y asistencia de enfermería del paciente quirúrgico. Un 4. 2vol.10ªed, y consta de las siguientes partes:

- La primera parte consta de la identificación de la institución.
- La segunda parte se describe el título del instrumento y a la cual va dirigida.
- La tercera parte consta de los datos generales el cual contiene, el hospital y servicio donde se llevó a cabo la investigación, la modalidad del trabajo del profesional de enfermería si es contratada o nombrada, el número de guía de observación y la fecha de la obtención de datos.
- Y la última parte contiene la lista de cotejos que realiza la enfermera, en cuanto al cuidado de enfermería posoperatorio inmediato en el paciente con

traumatismo craneoencefálico (TCE) consta de 49 Itms, mientras que la valoración de enfermería posoperatorio inmediato en pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) con 15 Itms; cada uno con 3 posibles respuestas.

- El puntaje asignado a cada uno de los ítems es progresivo adoptando el criterio de progresión aritmética asignándoles: 3, 2, 1 puntos respectivamente.

La medición del instrumento: el total de ítems son 65, cada punto corresponde una respuesta, una escala de calificación de tres categorías que expresa la observación realizada.

- **Siempre (s):** de 3 observaciones en las 3 las realizo.
- **A veces (a):** de 3 observaciones 1 o 2 las realizo.
- **Nunca (n):** de 3 observaciones en ninguna las realizo.

Para explicar el cuidado de enfermería posoperatoria inmediata a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico (TCE) se utilizaron las siguientes determinantes:

- **Cumple.** Si el profesional de enfermería obtiene un puntaje de 150 – 192 puntos > 78%.
- **Cumple medianamente:** si el profesional de enfermería obtiene un puntaje de 107 – 149 puntos. > 56 %.
- **No cumple:** si el profesional de enfermería obtiene un puntaje de 64 – 106 puntos. > 33%.

Consolidación de puntajes según los indicadores del instrumento

| Nº DE ITEMS | ESCALAS | RANGOS DE PUNTAJE |
|--------------------|----------------|--------------------------|
| 1 items | Siempre (3) | 3 |
| | A veces (2) | 2 |
| | Nunca (1) | 1 |
| 2 items | Siempre (3) | 6 |
| | A veces (2) | 3 – 5 |
| | Nunca (1) | 2 – 3 |
| 3 items | Siempre (3) | 9 |
| | A veces (2) | 6 – 8 |
| | Nunca (1) | 3 – 5 |
| 5 items | Siempre (3) | 13 – 15 |
| | A veces (2) | 9 – 12 |
| | Nunca (1) | 5 – 8 |
| 6 items | Siempre (3) | 16 – 18 |
| | A veces (2) | 11 – 15 |
| | Nunca (1) | 6 – 10 |
| 7 items | Siempre (3) | 17 – 21 |
| | A veces (2) | 12 – 16 |
| | Nunca (1) | 7 – 11 |
| 10 items | Siempre (3) | 24 – 30 |
| | A veces (2) | 17 - 23 |
| | Nunca (1) | 10 – 16 |
| 64 items | Siempre (3) | 150–192 |
| | A veces (2) | 107 - 149 |
| | Nunca (1) | 64– 106 |

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**❖ De la coordinación:**

- Se solicitó al señor decano de la facultad de enfermería una – puno el oficio dirigido al director del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno a fin de obtener la autorización respectiva.
- Una vez obtenida la autorización se presentó el documento autorizado por el directos del HRMNB – puno a jefatura de enfermería.
- Se coordinó con la jefatura de enfermería del HRMNB para que autorice la ejecución del presente estudio de investigación en el área de URPA (Quirófano) y en el área de hospitalización (Cirugía Especialidades).
- Se coordinó con los profesionales de enfermería jefes de los servicios de quirófano y cirugía especialidades para el ingreso durante cualquiera de los turnos de trabajo

existentes, los días jueves siempre que haya programación de intervención quirúrgica para pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico (TCE).

❖ **Ejecución:**

- Para su ejecución primero, previa a los días jueves se averiguo el rol de intervenciones quirúrgicas programados tanto en cirugía especialidades y en quirófano.
- Una vez en el área de la unidad de recuperación pos anestésica URPA (quirófano) y en el área de hospitalización (cirugía especialidades), previa presentación ante la enfermera de turno y haber brindado información verídica del tema de estudio, se procedió con la recolección de datos mediante las guías de observación de la siguiente manera; se ingresó a quirófano vistiendo el uniforme quirúrgico, se ubicó la unidad de recuperación posanestésica (URPA), se apoyó con las labores asistenciales al profesional de enfermería de turno desde el inicio del proceso de la intervención quirúrgica hasta el egreso del paciente de sala de operación; posteriormente una vez que el paciente ingresa a la unidad de recuperación posanestésica (URPA), se procedió con la recolección de datos en el siguiente orden, primero se aplicó la **guía de observación 01** (datos de la valoración que cumple) y segundo se aplicó la **guía de observación 02** (datos del cuidado que cumple).
- Pasada las dos primeras horas aproximadamente y habiendo recuperado el paciente posoperado sus funciones fisiológicas y haberse recuperado de los efectos de la anestesia, se acompaña en el traslado del paciente conjuntamente con la enfermera encargada al servicio de cirugía especialidades, estando ya en el servicio, se apoya con algunas de las labores al profesional de enfermería y posteriormente se procedió con la recolección de datos en el siguiente orden; primero se aplicó la **guía de observación 01** (datos de la valoración que cumple), segundo se prosiguió con la aplicación de la **guía de observación 02** (datos del cuidado que cumplen) en la 4 horas siguientes al ingreso del paciente a este servicio.
- Durante la recolección de datos, para que esta sea verídica se realizó por lo menos 3 observaciones de cada ítem de los dos instrumentos de observación (guías de observación 01 y 02).

- Una vez concluida la recolección de datos se procedió a retirarse y agradeció al profesional de enfermería por la colaboración.
- La aplicación de la guía de observación tuvo una duración correspondiente al horario de trabajo de cada servicio de 7:00 am a 1:00 pm y de 1:00 pm a 7:00 pm.

3.3. EN RELACIÓN AL ANÁLISIS

Para la ejecución y obtención de datos se procedió a realizar las siguientes acciones:

- **Plan de tabulación:** después de la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:
 1. Revisión de los datos recolectados.
 2. Codificación de los datos.
 3. Procesamiento de datos.
 4. Elaboración de cuadros.
 5. Análisis de los datos e interpretación de los resultados.
- **Tratamiento estadístico:** para el análisis de datos se utilizó la estadística porcentual cuya fórmula es:

$$\text{Porcentaje} = \frac{x}{n} (100)$$

Dónde:

P = porcentaje

N = tamaño de muestra

X = información relevante sobre el cuidado de enfermería posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico del servicio de Cirugía Especialidades y Quirófano del Hospital Manuel Núñez Butrón – puno 2014.

CAPITULO IV: CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN

4.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

La presente investigación se desarrolló en la ciudad de Puno que se encuentra ubicada al sur oeste del departamento de Puno a orillas del lago Titicaca y a una altitud de 3827 msnm, además posee un clima frío y semiseco con una temperatura promedio anual de 9°C y de 3°C durante el invierno.

Límites:

- Norte : provincia de Huancané y San Román.
- Sur : provincia del Collao.
- Este : lago Titicaca.
- Oeste : departamento de Moquegua.

Específicamente se desarrolló en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón ubicado en el distrito de Puno de la departamento de Puno - Perú, este nosocomio cuenta con una unidad de centro quirúrgico ubicada en el primer piso con una moderna infraestructura, equipada con los materiales necesarios y equipos especializados para brindar cuidado a pacientes quirúrgicos y los servicios de hospitalización como el servicio de cirugía especialidades donde se brinda cuidado hospitalario, recuperativo y ambulatorio a pacientes cuyo diagnóstico corresponde a la necesidad de una cirugía.

La unidad de centro quirúrgico cuenta con una sala de espera, una sala de recuperación posanestésica (URPA), un cuarto de limpieza, un vestuario S.H. para varones y otro para mujeres, 1 S.H. para personal / médico, 3 lavamanos para cirujanos, un depósito para material estéril y 6 salas de operaciones disponibles debidamente equipados para realizar en ella cualquier tipo de intervención quirúrgica con una duración según el tipo de cirugía, existe un trabajo multidisciplinario incluyendo las medidas de protección necesarias para toda cirugía, así mismo cuenta con profesionales de enfermería capacitadas para brindar cuidados en las etapas quirúrgicas como el intraoperatorio y el posoperatorio inmediato, durante las 24 horas

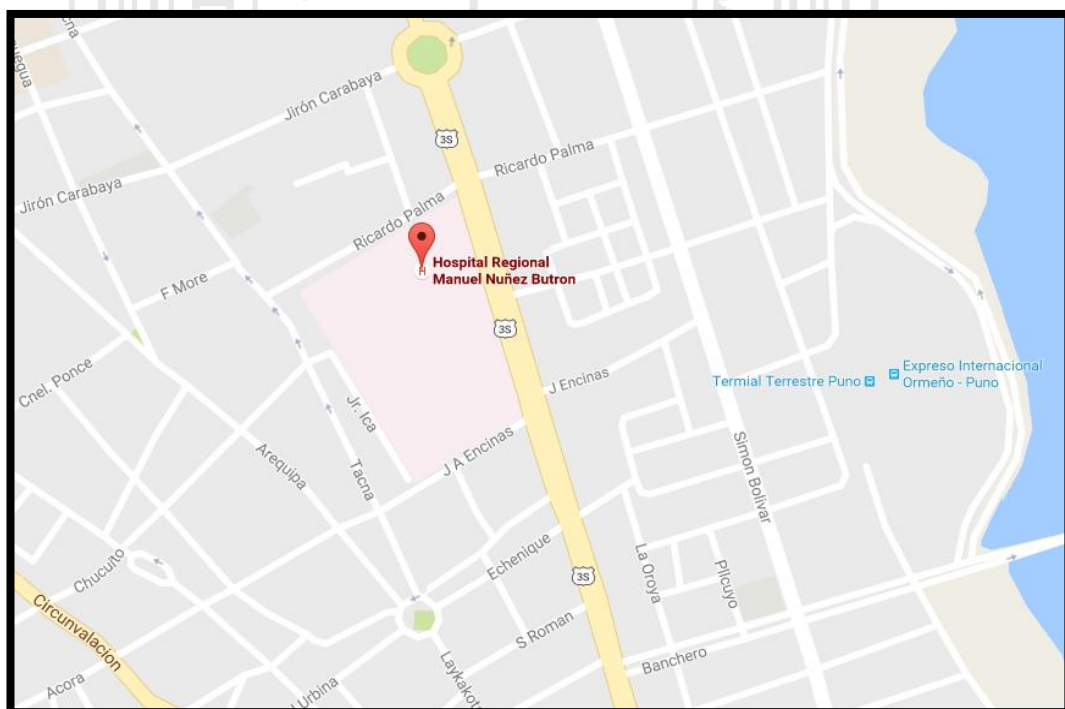
del día organizadas por turnos y por función (enfermera instrumentista, enfermera circulante y enfermera en anestesia y recuperación).

Así también el servicio de cirugía especialidades se ubica en el primer piso de dicho nosocomio ubicado a la derecha del centro quirúrgico, en el cual ofrece cuidado especializado en las especialidades de; traumatología, neurocirugía, otorrinolaringología, oftalmología, cirugía pediátrica y urología. A su vez brinda cuidados a pacientes con diagnóstico de trauma, fractura y otras patologías relacionadas al área que requiera cirugía y tratamiento médico. Así mismo, cuenta con profesionales de enfermería ya sean nombradas y contratadas – cas (contratación administrativa de servicios), que atiendes las 24 horas 7 días a la semana organizadas por turnos.

Turnos de trabajo:

- Guardia diurna (7:00 am – 7:00 pm).
- Guardia nocturna (7:00pm – 7:00 am).
- Turno mañana (7:00 am – 1:00pm).
- Turno tarde (1:00 pm – 7:00 pm).

Croquis de ubicación del Hospital Manuel Núñez Butrón



Fuente: [https://www.google.com.pe/maps/place/Hospital+Regional+Manuel+Núñez+Butrón/@-](https://www.google.com.pe/maps/place/Hospital+Regional+Manuel+Núñez+Butrón/@-15.8424965,70.0219364,15z/data=!4m2!3m1!1s0x0:0x4c0d8b5b433b0346?sa=X&ved=0ahUKEwj8fuiiu7vRAhUGziYKHXmMC58Q_BIIdjAP)

[-15.8424965,70.0219364,15z/data=!4m2!3m1!1s0x0:0x4c0d8b5b433b0346?sa=X&ved=0ahUKEwj8fuiiu7vRAhUGziYKHXmMC58Q_BIIdjAP](https://www.google.com.pe/maps/place/Hospital+Regional+Manuel+Núñez+Butrón/@-15.8424965,70.0219364,15z/data=!4m2!3m1!1s0x0:0x4c0d8b5b433b0346?sa=X&ved=0ahUKEwj8fuiiu7vRAhUGziYKHXmMC58Q_BIIdjAP)

**CAPITULO V:
EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

5.1.RESULTADOS

OG:

CUADRO 1

**CUIDADO DE ENFERMERÍA POSOPERATORIO INMEDIATO A
PACIENTES ADULTOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES Y QUIRÓFANO DEL
HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN – PUNO 2014**

| CATEGORÍA \ DIMENSIÓN | CUIDADO DE ENFERMERÍA POS OPERATORIO INMEDIATO EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO | |
|----------------------------|--|------|
| | N° | % |
| Cumple | 7 | 70% |
| Cumple medianamente | 3 | 30% |
| No cumple | 0 | 0% |
| Total | 10 | 100% |

Fuente: guía de observación realizado por la ejecutora 2014 en el servicio de quirófano del y cirugía especialidades HRMNB puno

Según los resultados respecto al cuidado que el profesional de enfermería cumple en el periodo posoperatorio inmediato, evidencian que del 100% de los profesionales de enfermería el 70% cumple con el cuidado de enfermería posoperatorio inmediato en pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico mientras que el 30 % lo cumple medianamente.

OE1:

CUADRO 02

**CUIDADO DE ENFERMERÍA POS OPERATORIO INMEDIATO A
PACIENTES ADULTOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO
DEL SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ
BUTRÓN – PUNO 2014**

| CATEGORÍA | CUIDADO DE ENFERMERÍA POS OPERATORIO INMEDIATO EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO | |
|---------------------|--|------|
| | N° | % |
| Cumple | 5 | 100% |
| Cumple Medianamente | 0 | 0% |
| No cumple | 0 | 0% |
| Total | 5 | 100% |

Fuente: guía de observación realizado por la ejecutora 2014 en el servicio de quirófano del y cirugía especialidades HRMNB puno

Según los resultados respecto al cuidado que el profesional de enfermería cumple en el periodo posoperatorio inmediato en el servicio de quirófano, evidencian que el 100% de los profesionales de enfermería cumplen con el cuidado en esta etapa.

OE2:

CUADRO 03

**CUIDADO DE ENFERMERÍA POS OPERATORIO INMEDIATO A
PACIENTES ADULTOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL
MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN – PUNO 2014**

| CATEGORÍA | CUIDADO DE ENFERMERÍA POS OPERATORIO INMEDIATO EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES | |
|---------------------|---|------|
| | N° | % |
| Cumple | 2 | 40% |
| Cumple Medianamente | 3 | 60% |
| No cumple | 0 | 0% |
| Total | 5 | 100% |

Fuente: guía de observación realizado por la ejecutora 2014 en el servicio de quirófano del y cirugía especialidades HRMNB puno

Según los resultados respecto al cuidado que el profesional de enfermería cumple en el periodo posoperatorio inmediato en el servicio de cirugía especialidades, evidencian que del 100% de los profesionales de enfermería solo el 20% cumple con el cuidado mientras que el 30 % cumple medianamente.

5.2.DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio permitieron determinar que el 70% del profesional de enfermería cumple medianamente con el cuidado de enfermería posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico. Es decir, aún hay un porcentaje significativo de enfermeras que no cumplen con el cuidado (cuadro 01). Implicando un problema porque las actuaciones de enfermería en esta etapa del posoperatorio deben permitirle al paciente a través de la interacción enfermera-paciente alcanzar el máximo potencial de su salud, restablecer su equilibrio fisiológico normal como “alimentación, ruidos intestinales, micción, defecación, deambulación, todo ello acompañado de sensación de bienestar”⁽¹⁾, además de, aliviar su dolor y prevenir complicaciones.

En consecuencia, lo evidenciado se podría atribuir; a que una parte de los profesionales de enfermería no poseen un conocimiento actualizado debido a la falta de capacitación continua, o tal vez ponen parcialmente en práctica lo aprendido por el trabajo rutinario que realizan, o sino por el contrario delegan los cuidados a las internas de enfermería en muchos de los casos sin realizarles ninguna supervisión o control, o a que una parte significativa realizan una valoración parcial del paciente, registran diagnósticos repetidos o copiados, realizan cuidados rutinarios y en su mayoría los registran al terminar el turno de trabajo. Por lo que no cumplirían con los cuidados que enseña la teoría de manera personal y de manera constante, de modo que pone en riesgo al paciente posoperado a experimentar alguna complicación posoperatoria.

Al respecto según Brunner refiere que la acción de enfermería en el posoperatorio se encuentra encaminado a ayudar al paciente a conservar la función respiratoria óptima, valorar el estado cardiovascular y corregir cualquier posible desviación, promover la comodidad y seguridad del paciente, propiciar el mejor estado general del paciente mediante nutrición, y eliminación apropiada, y conservación del balance de líquidos y electrolitos, facilitar la cicatrización de la herida y evitar o controlar la infección, estimular la actividad mediante ejercicios tempranos además de contribuir en la mayor medida posible al bienestar psicosocial

del paciente y su familia y de documentar todas las fases del proceso de enfermería e informar de los datos pertinentes ⁽²⁵⁾.

Comparando con los estudios de Barzola G. (2013). Sobre “cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico en la unidad de cuidados intensivos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, de abril a junio del 2013”. El cual muestra que, referente al cuidado de enfermería se determinó que es limitado ya que existen actividades que en su mayoría no son realizadas. Y el de Saca N., SichiQUI O. & QUITO S, (2013). Sobre “cuidado de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico del área de cirugía del hospital “Vicente Corral Moscoso” Cuenca 2013”. Donde de acuerdo al grado de eficacia y eficiencia muestran que, el cuidado de enfermería se encuentra en un nivel medio puesto que un grupo considerable de profesionales de enfermería realiza los cuidados de forma incorrecta y sin fundamento científico y que solo el 62.7 % de los profesionales cumplen con la valoración de enfermería mientras que un 37.3 % no lo realiza. ⁽¹⁴⁾ estos resultados de estas investigaciones previas guardan algún grado de relación con los resultados de la presente investigación debido a que un considerable porcentaje de profesionales cumplen medianamente con el cuidado.

Por otro lado, en comparación con el estudio realizado por Crespo A. Y YUGSI L. (2013). Sobre “nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma craneoencefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, julio 2011 a julio 2012”. Halló que el 100 % de las enfermeras/os no están capacitadas para el manejo de este tipo de pacientes, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente. ⁽⁷⁾ este resultado no guarda relación con los resultados de la presente investigación debido a que del 100% un buen porcentaje de profesionales cumplen con el cuidado.

A la vez Vargas R. (2005). En su estudio bibliográfico sobre “repercusión de las intervenciones de enfermería sobre la presión de perfusión cerebral en pacientes adultos con lesiones cerebrales”. Refiere que el objetivo fundamental del cuidado al paciente con lesión cerebral es la prevención o reducción del daño secundario

provocado por la fiebre, las convulsiones, el desequilibrio hidroelectrolítico, entre otros; el cuidado de los pacientes con lesión neurológica cerebral requiere un trabajo interdisciplinario cuyo objetivo es la recuperación y la rehabilitación y el pronto reingreso del paciente a su vida familiar, social y laboral.

Sin embargo, para un buen cuidado la enfermera a través de los registros (hoja de valoración), revisa todos los sistemas del paciente, sus posibles alteraciones secundarias al acto quirúrgico y el informe de anestesia. Siendo esta etapa la piedra angular del trabajo del enfermero, el método idóneo para recoger información e identificar los problemas potenciales y reales (diagnóstico de enfermería) en forma individualizada, con el fin de poder detectar que nivel de cuidados requiere para finalmente trazar un plan eficaz de cuidados encaminados a solucionar o minimizar los riesgos. Esta valoración se realiza de manera continua en el posoperatorio inmediato teniendo en cuenta cada una de las situaciones en las que se encuentra el paciente.

En este sentido la presente investigación tubo el principal escenario el ambiente hospitalario, por lo tanto, el cuidado enfermero es asistencialista donde prima el modelo de enfermería de Virginia Henderson. Quien afirma que, el cuidado del enfermero se basa en la satisfacción de las 14 necesidades básicas fundamentales y que el rol de enfermería consiste en ayudar al paciente a recuperar su independencia lo más rápido posible y que el propósito del cuidado posquirúrgico de enfermería es proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, con capacidad, seguridad y calidez. Es indispensable que el personal del área de recuperación tenga contacto (comunicación) con el paciente y sus familiares para garantizar el cuidado de enfermería ⁽²⁶⁾.

En definitiva, se puede señalar que el cuidado es indivisible; cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones indivisibles ⁽¹⁸⁾.

Referente al cuidado de enfermería posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico en la unidad de recuperación posanestésica (URPA) del servicio de quirófano; los resultados obtenidos permitieron identificar que el 100% del profesional de enfermería cumple con el cuidado. Es decir que en su totalidad el profesional que labora en este servicio realiza los cuidados siguiendo un orden de prioridad, basando su actuar en el estado del paciente durante las primeras 2 horas del posoperatorio inmediato (cuadro 02), lo que garantizaría el proceso de recuperación y restablecimiento del equilibrio fisiológico normal y de los signos vitales normales.

Comparando con el estudio realizado por Incalla I. & Zegarra T. (2007). Sobre “conocimiento y actitud de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalúen el pre y posoperatorio, pos anestésico y dolor en el servicio de recuperación del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguir Escobedo”. Encontraron que, la importancia del uso de escalas radica en la unificación de criterios, la perspectiva de la correspondencia al equipo de salud y que la actitud de las enfermeras de recuperación después de la capacitación sobre el uso de escalas en la unidad de recuperación posquirúrgica la considera positiva porque su empleo da ciencia a la atención integral de enfermería, simplifica los registros y permite compartir responsabilidades con el equipo de salud.⁽¹⁶⁾ los resultados de la investigación previa guardan relación con los resultados obtenidos en la presente investigación.

Estos resultados resaltan los aspectos positivos del accionar de enfermería en esta unidad, evidenciando que el profesional de enfermería controla de manera adecuada y constante el estado del paciente posoperado con el único fin de prevenir los problemas potenciales y reales secundarios a la anestesia y la cirugía, inmersa en una unidad dotada de los medios materiales y humanos especializados necesarios para una buena vigilancia y cuidados de enfermería, realizando una exploración exhaustiva del mismo (valoración de enfermería), priorizando los diagnósticos de enfermería potenciales y de riesgo, y detectando el nivel de cuidados que requiere para de este modo trazar un plan eficaz de intervenciones que posteriormente realiza.

Para lo anterior se observó que la enfermera se apoyaba de informes o registros de quirófano que le proporcionan información sobre el tipo de intervención, los problemas o incidencias ocurridos en quirófano, hemorragia, tipo de incisión y cura, situación de drenajes, etc. Junto con el informe del preoperatorio que le permiten conocer el estado del paciente, antecedentes, enfermedades previas, hábitos, alergias, etc., finalmente, se apoya del informe de anestesia el cual le permite conocer el tipo de anestesia que se ha utilizado: local, regional, inhalatoria, intravenosa, entre otros, que a su vez complementa con sus propias observaciones lo que le permite anticiparse a posibles complicaciones ⁽³⁰⁾.

De este modo, se evidencio que la prioridad de enfermería en la unidad posanestésica era cuidar del paciente cuando se recupere de los efectos de la anestesia (es decir, hasta que vuelva a desplegar sus funciones motora y sensorial), este orientado, sus signos vitales sean estables y no haya evidencia de hemorragia u otras complicaciones.

Consecuentemente, en cuanto al cuidado de enfermería posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico en el servicio de cirugía especialidades (cuadro 03), los resultados permitieron identificar que el 60 % del profesional de enfermería cumplen medianamente con el cuidado. Es decir que gran parte de las enfermeras que laboran en este servicio no realizan los cuidados que indica la teoría en el tiempo comprendido entre la tercera hora y las primeras 24 horas del posoperatorio inmediato, lo que no garantizaría el proceso de recuperación y restablecimiento del estado de salud del paciente ni mucho menos su supervivencia.

Resultados que son preocupantes en este servicio, debido a que siendo la enfermera el principal actor de la ciencia de enfermería, no cumple adecuadamente con el cuidado dentro del proceder asistencial, lo que podría atribuirse a que en este servicio el personal no posee un conocimiento actualizado, delegan la mayoría de sus actividades de cuidado a internos (as) de enfermería y/o estudiantes, en la mayoría de las veces sin realizarles alguna supervisión, a que vienen realizando un trabajo rutinario y mecanizado por la premura del tiempo, o a que en su mayoría registran la valoración, diagnóstico y plan de cuidados al terminar el turno de trabajo y que en

muchos de los casos realizan copias de los turnos anteriores, por lo que al no cumplir debidamente con el cuidado, estarían exponiendo al paciente a experimentar algún tipo de complicación posoperatoria poniendo en riesgo la salvaguarda de su integridad física.

En comparación con el estudio de lima velazco u. & isabel n. (2007). Sobre “satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería posoperatoria en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro Ica – 2006”. Los resultados que encontró el autor fue que; la atención de enfermería posoperatoria fue buena con 47.5%. por lo cual la autora concluye que; el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería posoperatoria resultó parcialmente satisfecho con un promedio general de 3.72.⁽¹⁵⁾ resultados que guardan buen grado de relación con los resultados de la presente investigación.

Al respecto según Brunner señala que, una vez en la unidad de hospitalización el paciente se ha recuperado parcialmente de los efectos de la anestesia, se encuentra posiblemente consiente, sus signos vitales se han estabilizado y se juzga que su estado físico y psicológico ha evolucionado. Ante ello la enfermera del área de hospitalización deberá tener el equipo y los suministros necesarios para la recepción del paciente, deberá ayudarlo en forma continua a recuperarse de los efectos de la anestesia, valorar su estado fisiológico con frecuencia, vigilar si ay complicaciones, tratar el dolor y aplicar medidas concebidas para recuperar su salud.

Así mismo, debido a que el paciente suele estar somnoliento el primer día, suele necesitar precauciones especiales para protegerlo de todos los peligros y satisfacer sus necesidades fisiológicas básicas para evitar complicaciones posoperatorias. Para ello le corresponde a la enfermera realizar cuidados según orden de prioridad como; mantener la función respiratoria, valorar las constantes vitales de forma más espaciada (especialmente la temperatura), brindar ventilación adecuada, mantener la estabilidad cardiovascular y hemodinámica, evaluar el estado neurológico, náusea y vómito, vigilar la integralidad del sitio quirúrgico, garantizar la comodidad y la ausencia del dolor, y a vigilar y cambiar de posición del paciente según fuese necesario. Sin embargo, se ha observado que no todos los cuidados son

realizados según orden de prioridad, por el contrario, se observó que en su mayoría los cuidados se realizaban solamente en los horarios programados para la administración de tratamiento⁽²⁴⁾.



CONCLUSIONES

PRIMERA:

El cuidado de enfermería posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico del servicio de Cirugía Especialidades y Quirófano del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno se cumple medianamente debido a que se observó que existen actividades que no son realizadas por algunos profesionales de enfermería.

SEGUNDA:

Respecto al cuidado de enfermería posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico del servicio de Quirófano del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno se cumple, ya que se evidencio que los profesionales de enfermería si realizan los cuidados pertinentes.

TERCERA:

Referente al cuidado de enfermería posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico del servicio de Cirugía Especialidades del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno se cumple medianamente, puesto que se observó que existen actividades que no son realizadas por la mayoría de los profesionales de enfermería.

RECOMENDACIONES

AL DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO

Dirigir, coordinar y evaluar con la unidad de capacitación, cursos de actualización sobre proceso de atención de enfermería posoperatorio en el paciente quirúrgico, dirigido en especial al profesional de enfermería que labora en el servicio de cirugía especialidades.

AL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Promover mediante sesiones de capacitación sobre funciones que cumple el profesional de enfermería en los servicios con respecto a los internos(as) de enfermería, en especial en el servicio de cirugía especialidades.

AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Realizar supervisión e impartir conocimientos a los internos(as) de enfermería sobre proceso de atención de enfermería posoperatorio en el paciente quirúrgico, en especial a pacientes intervenidos por traumatismo craneoencefálico, priorizando la etapa posoperatorio inmediato.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

En la asignatura de fundamentos de enfermería y enfermería en salud del adulto y adulto mayor hospitalizado, enfatizar y profundizar conocimientos acerca del proceso de atención de enfermería al paciente quirúrgico en fase preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio inmediato y mediato.

A LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Continuar realizando estudios de investigación que permitan medir el proceder del profesional de enfermería en cuanto al cuidado posoperatorio en los diferentes hospitales que cuenten con servicio de quirófano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

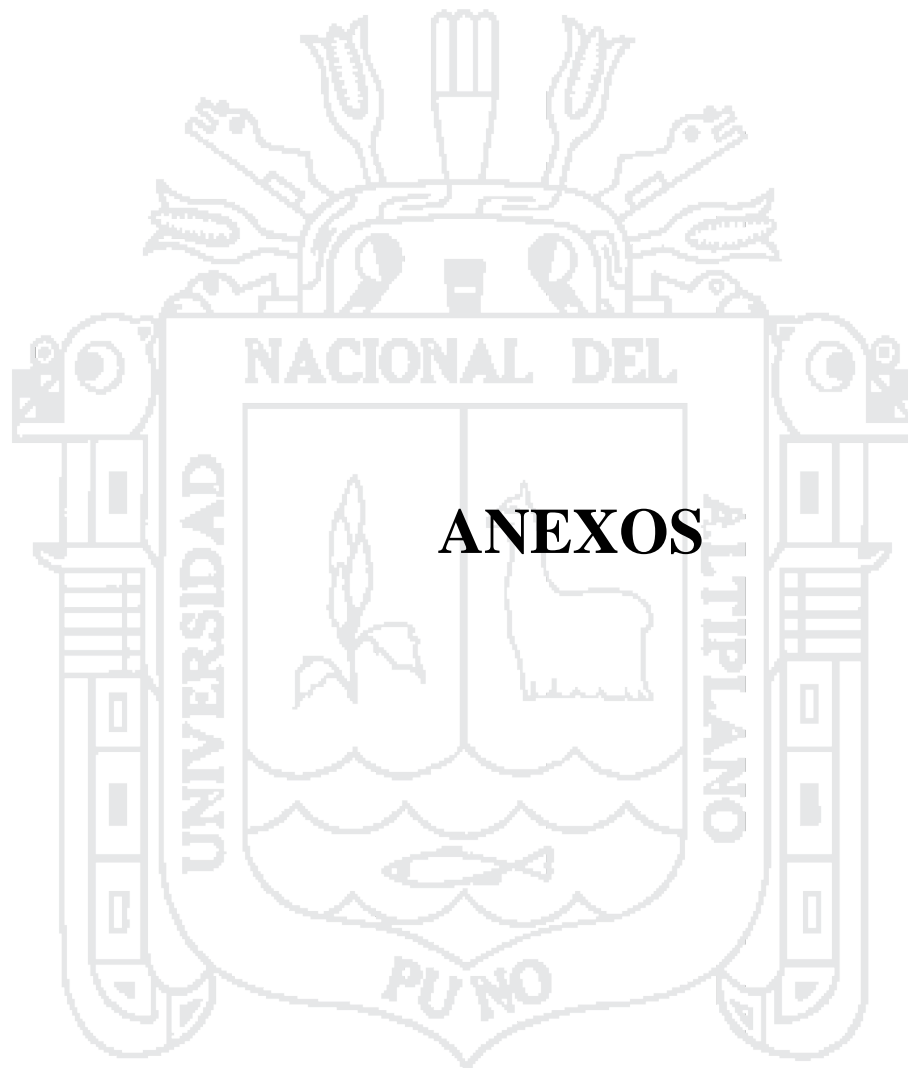
1. Chemes de Fuentes C. Enfermería quirúrgica, [en línea]; 2000 [acceso 15 de enero del 2014]. Disponible en:
[Http://www.fm.unt.edu.ar/carreras/webenfermeria/documentos/enfermeria_quirurgica_modulo_01.pdf](http://www.fm.unt.edu.ar/carreras/webenfermeria/documentos/enfermeria_quirurgica_modulo_01.pdf)
2. Hewitt J. Affective disorder in intensive care units. Clin Nurs, 2002.
3. Manual de riesgos y complicaciones procedimientos anestésicos y quirúrgicos. Complicaciones posoperatorias craneoencefálicas. Universidad de Chile. Chile, 2000.
4. Sistema de información del sistema nacional de salud. Mortalidad nacional. Indicadores clave. Perú, 2010.
5. Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Principales causas de morbilidad intrahospitalaria. Unidad de estadística e informática. Puno, 2012.
6. Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito. Fondos de compensación. [en línea]; Perú. 2013 [acceso 13 de marzo del 2014]. Disponible en:
[Http://www.soat.com.pe/fondosoat.html](http://www.soat.com.pe/fondosoat.html).
7. Asociación de Fondos Contra Accidentes de Tránsito Puno. Fondos de compensación. [en línea]; Perú. 2009 [acceso 13 de marzo del 2014]. Disponible en:
[Http://www.microjusticiaperu.org/site/index.php?option=com_content&view=article&id=76&Itemid=64#t1](http://www.microjusticiaperu.org/site/index.php?option=com_content&view=article&id=76&Itemid=64#t1)
8. Acta médica peruana. Manejo inicial del paciente con trauma craneoencefálico e hipertensión endocraneana aguda. Lima v.28 n. [en línea]; 2009 [acceso 13 de enero del 2014]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s172859172011000100007&script=sci_arttext
9. Puertas R. Eficacia de una técnica cognitivo-conductual en pacientes quirúrgicos. España, vol.: 64. [en línea]; 2002 [acceso 13 de diciembre del 2013]. Disponible en:
[Http://hipatia.uab.cat/jmoix/conduct.pdf](http://hipatia.uab.cat/jmoix/conduct.pdf)

10. Vargas R. Repercusión de las intervenciones de enfermería sobre la presión de perfusión cerebral en pacientes adultos con lesiones cerebrales. Medellín. Colombia; 2005.
11. Benítez L., Carrero M. y Potelá A. Propuesta de un programa de atención de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico severo que ingresan a la emergencia de adultos del hospital central Dr. Luis Ortega de Porlamar. Porlamar. [tesis de grado] Venezuela; 2004.
12. Crespo A. y Yugsi L. Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de especialidades Eugenio Espejo, julio 2011 a julio 2012. [tesis de grado] Quito. Ecuador; 2013.
13. Barzola G. Cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde", de abril a junio del 2013. [tesis de grado] Guayaquil. Ecuador; 2013.
14. Saca N., SichiQUI O. y Quito S, "Cuidado de Enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico del área de cirugía del hospital "Vicente Corral Moscoso" Cuenca 2013". [tesis de grado] Cuenca. Ecuador; 2013.
15. Velazco U. y Isabel N. "Satisfacción de los pacientes con la atención de Enfermería posoperatoria en el servicio de cirugía del hospital "Santa María del Socorro de Ica - 2006". [tesis de grado] Lima, Perú; 2007.
16. Incalla I. y Zegarra T. Conocimiento y actitud de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalúen el pre y posoperatorio, pos anestésico y dolor en el servicio de recuperación del HNCA. Edición de ESSALUD. [tesis de grado] Arequipa, Perú; 2007.
17. Nightingale F. Notas sobre enfermería que es y que no es. Edición de Masson S.A. España; 2005.
18. Irrutia P. y Villaroel M. Cuidados emocionales que brindan los enfermeros a pacientes quirúrgicos. [tesis de grado] Mendoza; 2010.
19. Weller y Wells. Cuidado de enfermería. Direccional de enfermería interamericana Mcgraw Hill. Madrid; 1998.

20. Benavent A. Ferrer E, y Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Madrid: grupo paradigma, 2001.
21. North American Nursing Diagnosis Association. Internacional. Diagnósticos de enfermeros. Valoración de enfermería. 11aº ed. España; 2011.
22. García M. Construcción emergente del concepto. Cuidado profesional de enfermería. Cap. 20. Florianópolis; 2011.
23. Zaida del C. A. Atención de enfermería en los centros quirúrgicos. Enfermería quirúrgica. Edición de la escuela de enfermería- UNT - 2010.
24. Lexus. Editores. Manual de enfermería. Madrid, edición de Diork. España; 2003.
25. Brunner. Enfermería medico quirúrgica. Conceptos y asistencia de enfermería del paciente quirúrgico. 10ªed.
26. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Cuidados posoperatorios en la unidad de hospitalización. [en línea]; Marañón, 2012 [acceso 13 de marzo del 2014]. Disponible en:
[Http://www.madrid.org/cs/satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2fpdf&blobheadername1=content-.pdf&blobheadervalue2=language](http://www.madrid.org/cs/satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2fpdf&blobheadername1=content-.pdf&blobheadervalue2=language)
27. Smith D. y German C. Enfermería médico quirúrgica. 4ª ed. México: Interamericana S.A. 1997.
28. Gauntlett P. Beare J y L Myers. El tratado de enfermería Mosby. Vol. I. Tercera edición. España: Harcourt Brace: 1998.
29. Begoña Z. y Ángeles D. Manual de enfermería quirúrgica. Cuidados posoperatorios inmediatos. Edición del gobierno vasco, Galdakao, 2003.
30. Celma M. Enfermería quirúrgica. Planes de cuidado. Posoperatorio inmediato. Valoración del dolor. Cap. 10.
31. Asociación española de enfermeros. Plan estandarizado de cuidados intraoperatorios. Diagnósticos de enfermería posoperatorio. [en línea]; 2004 [acceso 15 de enero del 2014]. Disponible en:
<File:///c:/users/core%20i%203/downloads/dialnet-planestandarizadodecuidadosintraoperatorios-3100168.pdf>

32. North American Nursing Diagnosis Association. Definición, formulación y tipos de diagnósticos. Nanda-I. [en línea]; 2008 [acceso 13 de febrero del 2014]. Disponible en:
[Http://enfermeria.blogspot.pe/2015/06/diagnosticos-de-enfermeria-definicion-y-formulacion.html](http://enfermeria.blogspot.pe/2015/06/diagnosticos-de-enfermeria-definicion-y-formulacion.html)
33. North American Nursing Diagnosis Association. Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015- 2017.
34. Instituto Mexicano del seguro social. Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con traumatismo craneoencefálico grave. [en línea]; México, 2013 [acceso 18 de enero del 2014]. Disponible en:
www.imss.gob.mx.
35. Espinosa O. Manual guía de enfermería medico quirúrgicas por competencias. Cuidados de enfermería en el paciente posquirúrgico. Edición de escuela de salud San Pedro Claver
36. Gomez P. Emotional disorders and psychological needs of patients in an intensive care unit. Medicina intensiva. 2013.
37. Urden L. Cuidados intensivos de enfermería. Tratamiento posoperatorio de enfermería. Cap.16, 1994.
38. Málaga M. Antonio R. y Boscá C. Traumatismo craneoencefálico. Datos epidemiológicos. Medicina intensiva del hospital clínico universitario de Málaga. Málaga
39. Conrad K. Traumatismo craneoencefálico. Conceptos y fundamentos.
40. López m. Traumatismo craneoencefálico. Fisiopatología del traumatismo craneoencefálico (TCE). [en línea], 2007 [acceso 18 de enero del 2014]. Disponible en:
[Http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manual%20de%20urgencias%20y%20emergencias/traucra.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manual%20de%20urgencias%20y%20emergencias/traucra.pdf)
41. Ortiz P. A. Traumatismo craneoencefálico. Fisiopatología del TCE. Medicina clínica. Condes. 2006.
42. Valencia G. Hematoma epidural, etiopatogenia. [en línea]; 2006 [acceso 18 de enero del 2014]. Disponible en:
[Http://neurocirugiaendovascular.com/pdf2/hematoma%20epidural%20y%20hematoma%20subdural.pdf](http://neurocirugiaendovascular.com/pdf2/hematoma%20epidural%20y%20hematoma%20subdural.pdf)

43. Medicina interna. Hematoma subdural. La Habana - 2002; 4 ed. Pág. 439
44. Cabrera C. Presentación de un algoritmo para el manejo del traumatismo craneoencefálico (TCE) potencialmente grave. Escala de GLASGOW. Argentina; 2005.
45. Iyer P., Taptich B. y Bernochi D. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. 2ª ed. Interamericana mc Graw Hill. España; 1998.
46. Huber, D. Liderazgo y administración en enfermería. Edición de mc Graw Hill. Interamericana. México;1999.
47. Ministerio de Salud. Análisis de situación de las infecciones intrahospitalarias. [en línea]; 2000 [acceso 25 de enero del 2014]. Disponible en:
<http://spe.epiredperu.net/se-iih/10%20analisis%20situacion%20iih.pdf>
48. Hospital universitario de Asturias. Protocolo de atención de la hipertensión intracraneana. 1º ed. UCI – HUCA, 2002.
49. Hospital universitario Gregorio Marañón. Medición de signos neurológicos. Escala de coma de GLASGOW. Madrid; 2011.
50. Gomes E. “atención hospitalaria del paciente poli traumático”. Exploración pupilar. [en línea]; 20011 [acceso 18 de marzo del 2014]. Disponible en:
http://www.iememergencia.com/file/art%c3%adculos/2011/art%c3%adculo%20iem%20e112%20n90%202011_11%20plt%20d%20i%20e.pdf



ANEXO 01

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Definición nominal | Dimensión | Definición operacional | Escala de medición | Categorización |
|--|---|---|---|--|
| <p>Variable</p> <p>Cuidado de enfermería pos operatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico.</p> <p>Es el producto de la reflexión sobre las ideas, los hechos y las circunstancias relacionadas con el proceso de interacción sujeto – sujeto ⁽¹⁹⁾ dirigido a cuidar, apoyar y acompañar al ser humano en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la satisfacción de sus necesidades humanas fundamentales ⁽¹³⁾ durante el posoperatorio inmediato del cuidado quirúrgico con el propósito de garantizar la salud del paciente y la salvaguarda de su dignidad humana, en un medio que utiliza las ms sofisticadas y complejas tecnologías de que dispone la moderna biomedicina.</p> | <p>Cuidado de enfermería durante la etapa del:</p> <ol style="list-style-type: none"> Posoperatorio inmediato | <p>Indicadores</p> <p>Valoración de enfermería a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico (TEC), en la unidad de cuidado pos anestésicos (URPA) y cirugía especialidades.</p> <ol style="list-style-type: none"> Valora periódicamente las constantes vitales (saturación de oxígeno, la regularidad y amplitud del pulso, profundidad y naturaleza de las respiraciones, temperatura y presión arterial). Valora la permeabilidad de las vías respiratorias y ventilación (respiración tipo y profundidad de la misma). Valora la función circulatoria (permeabilidad de las vías de inserción intravenosa, presencia de hemorragia, presión arterial (PA), frecuencia cardíaca (FC), presión venosa central (PVC), etc.). Valora el estado de conciencia utilizando la escala GLASGOW y la reactividad pupilar. Valora el test de recuperación posanestésica utilizando la escala de ALDRETE. Valora el estado de la herida operatoria (olor, color, sistemas de drenaje, apósitos, etc.). Valora la intensidad del dolor y su localización utilizando la escala de EVA (eficacia de las terapias álgica). Valora la administración de la terapia prescrita y de sus efectos secundarios. Valora la temperatura corporal y ambiental del paciente. Valora la función digestiva (permeabilidad de la vía periférica, sensación de náuseas, vómitos, etc.). Valora el sistema de eliminación (egresos, ingresos, diuresis, líquido drenado, etc.). | <p>3: Siempre</p> <p>2: A veces</p> <p>1: Nunca</p> | <p>(CO) Cumple 150 – 192 > 78%.</p> <p>(CO) Cumple medianamente 107 – 149 > 56 %.</p> <p>(CO) No cumple 64 – 106 > 33%.</p> |

Van...

| Definición nominal Variable | | Definición operacional Indicadores | | Escala de medición | Categorización Variable |
|-----------------------------|-----------|--|--|--------------------------------------|---|
| Definición nominal Variable | Dimensión | Indicadores | | | |
| | | 12. Valora la necesidad de movilización del paciente (cambios de posición, ejercicios pasivos). | | 3: siempre 2: a veces 1: nunca | (CO) Cumple 150 – 192 > 78%. (CO) Cumple medianamente 107 – 149 > 56 %. (CO) No cumple 64 – 106 > 33%. |
| | | 13. Valora la necesidad de reposo y confort del paciente (sueño, descanso, posición, temor, ansiedad, etc.). | | | |
| | | 14. Valora el estado de la piel y mucosas (flebitis, enrojecimiento, palidez, cianosis, resequeidad, etc.). | | | |
| | | 15. Valora la necesidad de higiene del paciente (estado de prendas, mantas, aseo, etc.). | | | |
| | | Manejo de las constantes vitales: | | | |
| | | 16. Realiza el control periódico de las constantes vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, presión arterial media, etc.) Y registro de los mismo en la historia clínica. | | | |
| | | Manejo de las vías respiratorias y ventilación: | | | |
| | | 17. Conserva la permeabilidad de las vías aéreas, respiración tipo y profundidad de la misma. | | | |
| | | 18. Realiza el monitoreo de la saturación de oxígeno. (Sat o2 > 90 %). | | | |
| | | 19. Administra oxígeno a alto flujo, para garantizar la ventilación adecuada y mantener el pao2 por encima de los 70 mmhg y evitar el incremento de la presión intracraneana (PIC). | | | |
| | | 20. Mantiene al paciente en posición semifowler 30° con la cabeza ladeada o en hiperextensión, para movilizar secreciones y favorecer la circulación de retorno. | | | |
| | | 21. Mantiene la alineación cervical inmovilizando al paciente para evitar lesión cervical. | | | |
| | | 22. Vigila la posición y colocación del tubo de mayo, para evitar caída de lengua. | | | |
| | | 23. Vigila la coloración de piel y faneras. | | | |
| | | 24. Aspira secreciones periódicamente según sea necesario. | | | |

Vienen...

Van...

| Definición nominal Variable | | Definición operacional Indicadores | | Vienen... | |
|-----------------------------|-----------|---|---|--|-------------------------|
| Definición nominal Variable | Dimensión | Definición operacional Indicadores | Escala de medición | Definición operacional Variable | Categorización Variable |
| | | <p>Manejo de la función circulatoria.</p> <p>25. Mantiene la presión arterial entre los 90 mmhg y 120 mmhg para prevenir la hipotensión, hipertensión y disrritimias.</p> <p>26. Administra tratamiento hidroelectrolítico (sueros, transfusiones sanguíneas y hemoderivados) y de drogas vasoactivas para mantener el flujo sanguíneo, restituir la volemia y prevenir y el choque.</p> <p>27. Mantiene al paciente en posición semifowler 30° con hiperextensión del cuello, para favorecer la circulación de retorno y disminuir la hemorragia y evitar el incremento de la presión intracraneana pic.</p> <p>Manejo del nivel de conciencia:</p> <p>28. Evalúa constantemente el estado de recuperación posanestésico durante las primeras horas (actividad muscular. Respiración, circulación, conciencia, saturación de oxígeno). Utilizando el test de ALDRETE.</p> <p>29. Evalúa la respuesta ocular, respuesta verbal y respuesta motora a través de la escala de coma de GLASGOW.</p> <p>30. Evalúa periódicamente el tamaño, forma y reflejo pupilar.</p> <p>31. Administra anticonvulsivantes según prescripción médica.</p> <p>Manejo de la exposición:</p> <p>32. Se realiza el lavado de manos antes de realizar cualquier intervención al paciente.</p> <p>33. Realiza el control periódico de la temperatura corporal (cada 4 horas) para evitar la aparición de fiebre y vigila la aparición de posibles signos de infección (olor, color, rubor, edema, exudado, drenado purulento, etc.).</p> <p>34. Administra profilaxis antibiótica según sea prescrito.</p> <p>35. Realiza revisión periódica del sitio quirúrgico, sistema de drenaje, vendajes, apósitos y catéteres para reforzarlos y/o cambiarlos si fuera necesario, manteniendo la asepsia.</p> | <p>3: siempre</p> <p>2: a veces</p> <p>1: nunca</p> | <p>(CO) Cumple 150 – 192 > 78%.</p> <p>(CO) Cumple medianamente 107 – 149 > 56 %.</p> <p>(CO) No cumple 64 – 106 > 33%.</p> | |

Van...

| Definición nominal Variable | | Definición operacional Indicadores | | Vienen... | |
|-----------------------------|-----------|--|---|--|-------------------------|
| Definición nominal Variable | Dimensión | Definición operacional Indicadores | Escala de medición | Definición nominal Variable | Categorización Variable |
| | | <p>36. Mantiene los puntos de inserción de drenajes y vías venosas secas.</p> <p>37. Vigila la dehiscencia de la herida.</p> <p>38. Cubre al paciente con mantas, mantener la temperatura de la habitación entre 21 y 22 °C y ventanas cerradas a fin de evitar la hipotermia.</p> <p>39. Calienta debidamente los líquidos intravenosos, sueros o derivados sanguíneos que provengan del frigorífico antes de administrar al paciente.</p> <p>Manejo del dolor:</p> <p>40. Revisa las directrices posoperatorias del cirujano y el anestesiista en la historia clínica para realizar un mejor diagnóstico del estado del paciente</p> <p>41. Administra analgésicos teniendo en cuenta el tipo de anestesia, interacción farmacológica y evalúa la efectividad de las mismas mediante la escala de EVA (eficacia de las combinaciones algica).</p> <p>42. Proporciona al paciente posturas antiálgicas, si es posible.</p> <p>43. Protege al paciente frente a riesgos de caídas y traumatismos utilizando barandas.</p> <p>Manejo de la nutrición, hidratación e eliminación:</p> <p>44. Administra por vía parenteral líquidos y electrolitos para mantener el equilibrio del medio interno.</p> <p>45. Administra antieméticos previa prescripción médica.</p> <p>46. Mantiene al paciente en NPO (nada por vía oral).</p> <p>47. Humidifica las mucosas orales.</p> <p>48. Vigila la cantidad, color y aspecto periódicamente del líquido drenado y de la orina, y realizar el registro de los mismos en la historia clínica (drenaje, diuresis).</p> <p>49. Realiza enjuagues bucales al paciente después del vómito, para evitar el mal sabor y el mal aliento, si procede.</p> | <p>3: siempre</p> <p>2: a veces</p> <p>1: nunca</p> | <p>(CO) Cumple 150 – 192 > 78%.</p> <p>(CO) Cumple medianamente 107 – 149 > 56 %.</p> <p>(CO) No cumple 64 – 106 > 33%.</p> | |

Van...

| Definición nominal Variable | Dimensión | Definición operacional | | Escala de medición | Categorización Variable |
|-----------------------------|-----------|--|--|--------------------|---|
| | | Indicadores | | | |
| | | 50. Coloca y/o cambia, fija y mantiene la permeabilidad de los catéteres periféricos, sonda nasogástrica, sonda vesical y del sistema de drenes. | | 3: siempre | (CO) Cumple 150 – 192 > 78%. |
| | | 51. Realiza el balance hídrico (registros de ingresos y egresos por turno). | | 2: a veces | |
| | | Manejo de la movilidad física. Reposo y confort: | | 1: nunca | (CO) Cumple medianamente 107 – 149 > 56 %. |
| | | 52. Mantiene la privacidad del paciente utilizando biombos o cortinas. | | | |
| | | 53. Realiza cambios posturales periódicamente al paciente encamado. | | | |
| | | 54. Realiza ejercicios pasivos en los miembros inferiores se no está contraindicado. | | | |
| | | 55. Promueve el descanso y fomentar el sueño, disminuyendo los estímulos nocivos (ruidos, iluminación, etc.). | | | |
| | | 56. Mitiga la ansiedad y el temor brindando apoyo psicológico al paciente y a sus familiares. | | | (CO) No cumple 64 – 106 > 33%. |
| | | 57. Explica el proceso de enfermedad, informa sobre los procedimientos del mismo a los familiares y evita comentarios adversos sobre su estado de salud. | | | |
| | | Manejo de la piel e higiene: | | | |
| | | 58. Realiza higiene corporal (parcial o total) al paciente. | | | |
| | | 59. Realiza la asepsia de catéteres, drenes y sondajes, así como en las curaciones de la herida quirúrgica. | | | |
| | | 60. Vigila alteraciones en el sitio de inserción de vías periféricas (flebitis, infiltrados, etc.). | | | |
| | | 61. Aplica los cuidados necesarios en la herida quirúrgica (curación, cambios de apósitos. Etc.). | | | |
| | | 62. Mantiene la mucosa oral limpia y húmeda, piel y apósitos secos. | | | |
| | | 63. Realiza cambios de posición periódica y evitar la presencia de cuerpos extraños o arrugas en la cama, para evitar las fuerzas de presión y fricción en las prominencias óseas. | | | |
| | | 64. Vigila que los apósitos, sondas y vendajes no aprieten más de lo necesario. | | | |

ANEXO 02 (GUÍAS DE OBSERVACIÓN)

GUÍA DE OBSERVACIÓN 01

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO – PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

GUÍA DE OBSERVACIÓN DIRIGIDO AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE BRINDA CUIDADO POSOPERATORIO INMEDIATO EN PACIENTES ADULTOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN - PUNO

1. Datos generales:

Servicio:
 Profesional de Enfermería:.....
 N° de guía:.....
 Fecha:.....

2. Lista de cotejos:

| N° | ITEMS | CATEGORÍAS | | |
|-----|--|------------|---------|-------|
| | | Siempre | A veces | Nunca |
| | Valoración de enfermería posoperatorio inmediato en pacientes con traumatismo craneoencefálico. (TCE). | | | |
| 1. | Valora las constantes vitales (PA, FC, FR, T°, Sat O ₂) periódicamente. | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Valora la permeabilidad de las vías respiratorias tipo y profundidad de la misma. | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Valora la función circulatoria. (permeabilidad de vías de inserción intravenosa, hemorragia. PA, FC). | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Valora el estado de conciencia utilizando la escala de ALDRETE y GLASGOW respectivamente. | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Valora la reactividad pupilar. | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Valora el estado de la herida operatoria. (olor, color, exudado, sistemas de drenaje, etc.) | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Valora temperatura corporal y ambiental del paciente | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Valora el estado de la piel y mucosas (flebitis, enrojecimiento, palidez, cianosis, resequeidad, etc.) | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Valora la función digestiva (permeabilidad de vía periférica, náuseas, vómitos, distensión abdominal, peristaltismo, etc.) | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Valora el sistema de eliminación (egresos, diuresis, líquido drenado, etc.) | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Valora la necesidad de movilización del paciente. (cambios de posición, ejercicios pasivos) | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Valora la necesidad de reposo y confort del paciente. (sueño, descanso, posición, temor, ansiedad, etc.) | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Valora la necesidad de higiene del paciente (estado de prendas, mantas, aseo, etc.). | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Valora la intensidad del dolor y su localización según la escala del EVA | 3 | 2 | 1 |
| 15. | Valora la administración de la terapia prescrita y sus efectos secundarios. | 3 | 2 | 1 |

GUÍA DE OBSERVACIÓN 02

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO – PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

GUÍA DE OBSERVACIÓN DIRIGIDO AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE BRINDA CUIDADO POSOPERATORIO INMEDIATO EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN - PUNO

1. Datos generales:

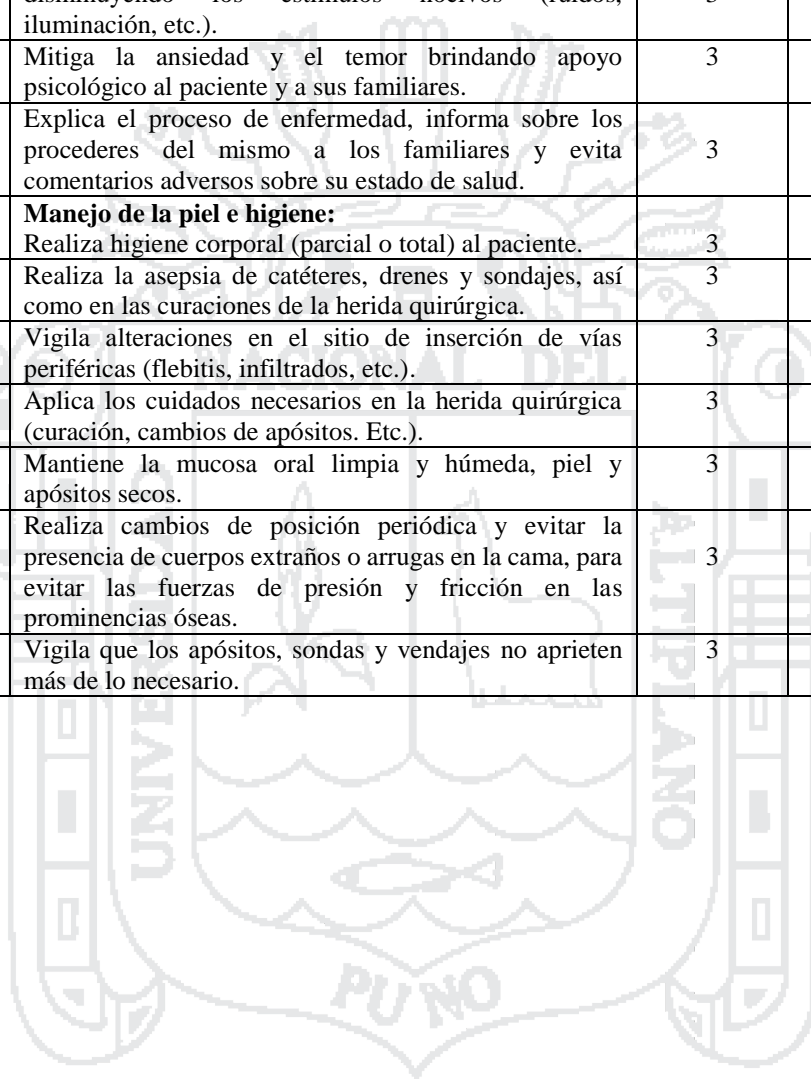
Servicio:
 Profesional de enfermería:
 N° de guía:
 Fecha:

2. Lista de cotejos:

| N° | ITEMS | CATEGORÍAS | | |
|-----|--|------------|---------|-------|
| | | Siempre | A veces | Nunca |
| | Cuidado de enfermería posoperatorio inmediato en pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE). | | | |
| 1. | Manejo de las constantes vitales: Realiza el control periódico de las constantes vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, presión arterial media, etc.) Y registro de los mismo en la historia clínica. | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Manejo de las vías respiratorias y ventilación: Conserva la permeabilidad de las vías aéreas, respiración tipo y profundidad de la misma. | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Realiza el monitoreo de la saturación de oxígeno. (Sat O2 > 90 %). | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Administra oxígeno a alto flujo, para garantizar la ventilación adecuada y mantener el pao2 por encima de los 70 mmhg y evitar el incremento de la presión intracraneana (PIC). | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Mantiene al paciente en posición semifowler 30° con la cabeza ladeada o en hiperextensión, para movilizar secreciones y favorecer la circulación de retorno. | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Mantiene la alineación cervical inmovilizando al paciente para evitar lesión cervical. | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Vigila la posición y colocación del tubo de mayo, para evitar caída de lengua. | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Vigila la coloración de piel y faneras. | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Aspira secreciones periódicamente según sea necesario. | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Manejo de la función circulatoria. Mantiene la presión arterial entre los 90 mmhg y 120 mmhg para prevenir la hipotensión, hipertensión y disritmias. | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Administra tratamiento hidroelectrolítico (sueros, transfusiones sanguíneas y hemoderivados) y de drogas vasoactivas para mantener el flujo sanguíneo, restituir la volemia y prevenir y el choque. | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Mantiene al paciente en posición semifowler 30° con hiperextensión del cuello, para favorecer la circulación de retorno y disminuir la hemorragia y evitar el incremento de la presión intracraneana PIC. | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Manejo del nivel de conciencia: Evalúa constantemente el estado de recuperación posanestésico durante las primeras horas (actividad | 3 | 2 | 1 |

| | | | | |
|-----|--|---|---|---|
| | muscular. Respiración, circulación, conciencia, saturación de oxígeno). Utilizando el test de ALDRETE. | | | |
| 14. | Evalúa la respuesta ocular, respuesta verbal y respuesta motora a través de la escala de coma de GLASGOW. | 3 | 2 | 1 |
| 15. | Evalúa periódicamente el tamaño, forma y reflejo pupilar. | 3 | 2 | 1 |
| 16. | Administra anticonvulsivantes según prescripción médica. | 3 | 2 | 1 |
| 17. | Manejo de la exposición: Se realiza el lavado de manos antes de realizar cualquier intervención al paciente. | 3 | 2 | 1 |
| 18. | Realiza el control periódico de la temperatura corporal (cada 4 horas) para evitar la aparición de fiebre y vigila la aparición de posibles signos de infección (olor, color, rubor, edema, exudado, drenado purulento, etc.). | 3 | 2 | 1 |
| 19. | Administra profilaxis antibiótica según sea prescrito | 3 | 2 | 1 |
| 20. | Realiza revisión periódica del sitio quirúrgico, sistema de drenaje, vendajes, apósitos y catéteres para reforzarlos y/o cambiarlos si fuera necesario, manteniendo la asepsia. | 3 | 2 | 1 |
| 21. | Mantiene los puntos de inserción de drenajes y vías venosas secas. | 3 | 2 | 1 |
| 22. | Vigila la dehiscencia de la herida. | 3 | 2 | 1 |
| 23. | Cubre al paciente con mantas, mantener la temperatura de la habitación entre 21 y 22 °C y ventanas cerradas a fin de evitar la hipotermia. | 3 | 2 | 1 |
| 24. | Calienta debidamente los líquidos intravenosos, sueros o derivados sanguíneos que provengan del frigorífico antes de administrar al paciente. | 3 | 2 | 1 |
| 25. | Manejo del dolor: Revisa las directrices posoperatorias del cirujano y el anestesista en la historia clínica para realizar un mejor diagnóstico del estado del paciente. | 3 | 2 | 1 |
| 26. | Administra analgésicos teniendo en cuenta el tipo de anestesia, interacción farmacológica y evalúa la efectividad de las mismas mediante la escala de EVA (eficacia de las combinaciones algica). | 3 | 2 | 1 |
| 27. | Proporciona al paciente posturas antiálgicas, si es posible. | 3 | 2 | 1 |
| 28. | Protege al paciente frente a riesgos de caídas y traumatismos utilizando barandas. | 3 | 2 | 1 |
| 29. | Manejo de la nutrición, hidratación e eliminación: Administra por vía parenteral líquidos y electrolitos para mantener el equilibrio del medio interno. | 3 | 2 | 1 |
| 30. | Administra antieméticos previa prescripción médica. | 3 | 2 | 1 |
| 31. | Mantiene al paciente en NPO (nada por vía oral). | 3 | 2 | 1 |
| 32. | Humidifica las mucosas orales. | 3 | 2 | 1 |
| 33. | Vigila la cantidad, color y aspecto periódicamente del líquido drenado y de la orina, y realizar el registro de los mismos en la historia clínica (drenaje, diuresis). | 3 | 2 | 1 |
| 34. | Realiza enjuagues bucales al paciente después del vómito, para evitar el mal sabor y el mal aliento, si procede. | 3 | 2 | 1 |
| 35. | Coloca y/o cambia, fija y mantiene la permeabilidad de los catéteres periféricos, sonda nasogástrica, sonda vesical y del sistema de drenes. | 3 | 2 | 1 |
| 36. | Realiza el balance hídrico (registros de ingresos y egresos por turno). | 3 | 2 | 1 |

| | | | | |
|-----|--|---|---|---|
| 37. | Manejo de la movilidad física. Reposo y confort: Mantiene la privacidad del paciente utilizando biombos o cortinas. | 3 | 2 | 1 |
| 38. | Realiza cambios posturales periódicamente al paciente encamado. | 3 | 2 | 1 |
| 39. | Realiza ejercicios pasivos en los miembros inferiores se no está contraindicado. | 3 | 2 | 1 |
| 40. | Promueve el descanso y fomentar el sueño, disminuyendo los estímulos nocivos (ruidos, iluminación, etc.). | 3 | 2 | 1 |
| 41. | Mitiga la ansiedad y el temor brindando apoyo psicológico al paciente y a sus familiares. | 3 | 2 | 1 |
| 42. | Explica el proceso de enfermedad, informa sobre los procedimientos del mismo a los familiares y evita comentarios adversos sobre su estado de salud. | 3 | 2 | 1 |
| 43. | Manejo de la piel e higiene: Realiza higiene corporal (parcial o total) al paciente. | 3 | 2 | 1 |
| 44. | Realiza la asepsia de catéteres, drenes y sondajes, así como en las curaciones de la herida quirúrgica. | 3 | 2 | 1 |
| 45. | Vigila alteraciones en el sitio de inserción de vías periféricas (flebitis, infiltrados, etc.). | 3 | 2 | 1 |
| 46. | Aplica los cuidados necesarios en la herida quirúrgica (curación, cambios de apósitos. Etc.). | 3 | 2 | 1 |
| 47. | Mantiene la mucosa oral limpia y húmeda, piel y apósitos secos. | 3 | 2 | 1 |
| 48. | Realiza cambios de posición periódica y evitar la presencia de cuerpos extraños o arrugas en la cama, para evitar las fuerzas de presión y fricción en las prominencias óseas. | 3 | 2 | 1 |
| 49. | Vigila que los apósitos, sondas y vendajes no aprieten más de lo necesario. | 3 | 2 | 1 |



ANEXO 03

RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN DE LOS ITEMS POR PROFESIONAL

| N° DE ITEM | PROFESIONAL DE ENFERMERÍA | | | | | | | | | |
|------------|---------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| | PE1 | PE2 | PE3 | PE4 | PE5 | PE6 | PE7 | PE8 | PE9 | PE10 |
| 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 |
| 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| 5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| 6 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| 7 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| 8 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| 9 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 10 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 |
| 11 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 |
| 12 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| 13 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 14 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| 15 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| 16 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| 17 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 18 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| 19 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| 20 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 21 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 22 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 |
| 23 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 24 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| 25 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| 26 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| 27 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 28 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 29 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 30 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 31 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 32 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 33 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| 34 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 35 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 36 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 37 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 38 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 39 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| 40 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 41 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 42 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| 43 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| 44 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 45 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 46 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 47 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| 48 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| 49 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| 50 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| 51 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 52 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 53 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| 54 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 55 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 56 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 57 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| 58 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 59 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 60 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 |
| 61 | 3 | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 62 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| 63 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 64 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |

Fuente: guía de observación realizado por la ejecutora 2014 en el servicio de quirófano del y cirugía especialidades HRMNB puno

ANEXO 04

VACIADO DE DATOS DEL GRUPO OBSERVADO SEGÚN INDICADORES DEL CUIDADO POR SERVICIO

| Indicadores | Items | Unidad de recuperación post anestésica (URPA) | | | | | Unidad de hospitalización (Cirugía Especialidades) | | | | |
|--|-----------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | N° | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Condición | Nombra da | Nombra da | Nombra da | Nombra da | Nombra da | Nombra da | Nombra da | Nombra da | Nombra da | Nombra da |
| valoración de enfermería en pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) | Sexo | F | F | F | F | F | F | F | F | F | F |
| | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 |
| | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| | 5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| | 6 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| | 7 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| | 8 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| | 9 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | 10 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 |
| | 11 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 |
| | 12 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| | 13 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| | 14 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| 15 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | |
| Manejo de las constantes vitales | 16 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| Manejo de las vías respiratorias y ventilación | 17 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 18 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| | 19 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| | 20 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | 21 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | 22 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 |
| | 23 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 24 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | |
| Manejo de la función circulatoria | 25 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| | 26 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| | 27 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| Manejo del nivel de conciencia | 28 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | 29 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | 30 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | 31 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| Manejo de la exposición | 32 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 33 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| | 34 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 35 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | 36 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | 37 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | 38 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | 39 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| Manejo del dolor | 40 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | 41 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | 42 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| | 43 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Manejo de la nutrición, hidratación y eliminación | 44 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 45 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 46 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 47 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| | 48 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| | 49 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| | 50 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| 51 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| Manejo de la movilidad física reposo y confort | 52 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | 53 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| | 54 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| | 55 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | 56 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| Manejo de la piel e higiene | 57 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| | 58 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 59 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | 60 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 |
| | 61 | 3 | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | 62 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| | 63 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | 64 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |

Fuente: guía de observación realizado por la ejecutora 2014 en el servicio de quirófano del y cirugía especialidades HRMNB puno

ANEXO 05

| INDICADOR | ITEMS | Unidad de recuperación post anestésica (URPA) | | | | | Unidad de hospitalización (Cirugía Especialidades) | | | | | | |
|--|--|---|------------|-----------|------------|----------|--|----------|------------|----------|------------|----------|------------|
| | | Cumple | | No cumple | | total | Cumple | | No cumple | | Total | | |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| Valoración de enfermería en pacientes con traumatismo craneoencefálico (tce) | Valora periódicamente las constantes vitales (saturación de oxígeno, la regularidad y amplitud del pulso, profundidad y naturalidad de las respiraciones, temperatura y presión arterial). | 5 | 100% | 0 | 0% | 5 | 100% | 4 | 80% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Valora la permeabilidad de las vías respiratorias y ventilación (respiración tipo y profundidad de la misma). | 5 | 100% | 0 | 0% | 5 | 100% | 2 | 40% | 2 | 40% | 4 | 80% |
| | Valora la función circulatoria (permeabilidad de las vías de inserción intravenosa, presencia de hemorragia, presión arterial PA, frecuencia cardíaca FC, etc.) | 5 | 100% | 0 | 0% | 5 | 100% | 2 | 40% | 2 | 40% | 4 | 80% |
| | Valora el estado de conciencia utilizando la escala GLASGOW y la reactividad pupilar. | 4 | 80% | 1 | 20% | 5 | 100% | 2 | 40% | 2 | 40% | 4 | 80% |
| | Valora el test de recuperación posanestésica utilizando la escala de ALDRETE y la reactividad pupilar. | 5 | 100% | 0 | 0% | 5 | 100% | 1 | 20% | 3 | 60% | 4 | 80% |
| | Valora el estado de la herida operatoria (olor, color, sistemas de drenaje, apósitos, etc.). | 2 | 40% | 3 | 60% | 5 | 100% | 1 | 20% | 3 | 60% | 4 | 80% |
| | Valora la intensidad del dolor y su localización utilizando la escala de EVA. | 3 | 60% | 2 | 40% | 5 | 100% | 1 | 20% | 3 | 60% | 4 | 80% |
| | Valora la administración de la terapia prescrita y de sus efectos secundarios. | 4 | 80% | 1 | 20% | 5 | 100% | 4 | 80% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Valora la temperatura corporal y ambiental del paciente. | 4 | 80% | 1 | 20% | 5 | 100% | 2 | 40% | 2 | 40% | 4 | 80% |
| | Valora el estado de la piel y mucosas (flebitis, enrojecimiento, palidez, cianosis, resequecedad, etc.). | 2 | 40% | 3 | 60% | 5 | 100% | 3 | 60% | 1 | 20% | 4 | 80% |
| | Valora la función digestiva (permeabilidad de la vía peritérica, sensación de náuseas, vómitos, etc.). | 2 | 40% | 3 | 60% | 5 | 100% | 3 | 60% | 1 | 20% | 4 | 80% |
| | Valora el sistema de eliminación (egresos, ingresos, diuresis, líquido drenado, etc.). | 4 | 80% | 1 | 20% | 5 | 100% | 4 | 80% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Valora la necesidad de movilización del paciente (cambios de posición, ejercicios pasivos). | 2 | 40% | 3 | 60% | 5 | 100% | 1 | 20% | 2 | 40% | 4 | 80% |
| | Valora la necesidad de reposo y confort del paciente (sueño, descanso, posición, temor, ansiedad, etc.). | 3 | 60% | 2 | 40% | 5 | 100% | 1 | 20% | 3 | 60% | 4 | 80% |
| Valora la necesidad de higiene del paciente (estado de prendas, mantas, aseó, etc.). | 2 | 40% | 3 | 60% | 5 | 100% | 1 | 20% | 3 | 60% | 4 | 80% | |
| Total | | 3 | 69% | 2 | 31% | 5 | 100% | 2 | 43% | 2 | 36% | 4 | 80% |

Fuente: guía de observación realizado por la ejecutora 2014 en el servicio de quirófano del y cirugía especialidades HRMNB Puno

ANEXO 06

| INDICADOR | ITEMS | Unidad de recuperación post anestésica (URPA) | | | | | Unidad de hospitalización (Cirugía Especialidades) | | | | | | |
|----------------------------------|--|---|-------------|-----------|-----------|----------|--|----------|------------|----------|-----------|----------|------------|
| | | Cumple | | No cumple | | Total | Cumple | | No cumple | | Total | | |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| Mancio de las constantes vitales | Vigila periódicamente las constantes vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, presión arterial media, etc.) Y registro de los mismo en la historia clínica. | 5 | 100% | 0 | 0% | 5 | 100% | 4 | 80% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| Total | | 5 | 100% | 0 | 0% | 5 | 100% | 4 | 80% | 0 | 0% | 4 | 80% |

Fuente: guía de observación realizado por la ejecutora 2014 en el servicio de quirófano del y cirugía especialidades HRMNB Puno

ANEXO 07

| INDICADOR | ITEMS | Unidad de recuperación post anestésica (URPA) | | | | | | | Unidad de hospitalización (Cirugía Especialidades) | | | | | | | | |
|--|--|---|------------|----------|------------|-----------|-----------|----------|--|----------|------------|----------|------------|----------|-----------|----------|-------------|
| | | Cumple | | | | No cumple | | | Cumple medianamente | | | | No cumple | | | Total | |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Manejo de las vías respiratorias y ventilación | Conserva la permeabilidad de las vías aéreas, respiración tipo y profundidad de la misma. | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Realiza el monitoreo de la saturación de oxígeno. (saturación de o2 > 90 %) | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Administra oxígeno a alto flujo, para garantizar la ventilación adecuada y mantener el paño: por encima de los 70 mmhg y evitar el incremento de la presión intracraniana (PIC). | 5 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 100% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Mantiene al paciente en posición semifowler 30° con la cabeza ladeada o en hiperextensión, para movilizar secreciones y favorecer la circulación de retorno. | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Mantiene la alineación cervical immobilizando al paciente para evitar lesión cervical. | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| Total | Vigila la posición y colocación del tubo de mayo, para evitar caída de lengua. | 1 | 20% | 3 | 60% | 1 | 20% | 5 | 100% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Vigila la coloración de piel y faneras. | 3 | 60% | 2 | 40% | 0 | 0% | 5 | 100% | 4 | 80% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Aspira secreciones periódicamente según sea necesario. | 3 | 60% | 2 | 40% | 0 | 0% | 5 | 100% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| Total | | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% |

Fuente: guía de observación realizada por la ejecutora 2014 en el servicio de quirófano del y cirugía especialidades HRMNB Puno

ANEXO 08

| INDICADOR | ITEMS | Unidad de recuperación post anestésica (URPA) | | | | | | | Unidad de hospitalización (Cirugía Especialidades) | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|-------------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|--|----------|------------|----------|------------|----------|-----------|----------|-------------|
| | | Cumple | | | | No cumple | | | Cumple medianamente | | | | No cumple | | | Total | |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Manejo de la función circulatoria | Mantiene la presión arterial entre los 90 mmhg y 120 mmhg para prevenir la hipotensión, hipertensión y disritmias. | 5 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 100% | 4 | 80% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Administra tratamiento hidroelectrolítico (sueros, transfusiones sanguíneas y hemoderivados) y de drogas vaso activas para mantener el flujo sanguíneo, restituir la volemia y prevenir el choque. | 5 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 100% | 4 | 80% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Mantiene al paciente en posición semifowler (30°) con hiperextensión del cuello, para favorecer la circulación de retorno y disminuir la hemorragia y evitar el incremento de la presión intracraniana PIC. | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| Total | | 5 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 100% | 3 | 60% | 2 | 40% | 0 | 0% | 5 | 100% |

Fuente: guía de observación realizada por la ejecutora 2014 en el servicio de quirófano del y cirugía especialidades HRMNB Puno

ANEXO 09

| INDICADOR | ITEMS | Unidad de recuperación post anestésica (URPA) | | | | | | | Unidad de hospitalización (Cirugía Especialidades) | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|---|------------|----------|------------|-----------|-----------|----------|--|----------|------------|----------|------------|----------|-----------|----------|-------------|
| | | Cumple | | | | No cumple | | | Cumple medianamente | | | | No cumple | | | Total | |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Manejo del nivel de conciencia | Evalúa constantemente el estado de recuperación posanestésico durante las primeras horas (actividad muscular, respiración, circulación, conciencia, saturación de oxígeno). Utilizando el test de ALDRETE. | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Evalúa la respuesta ocular, respuesta verbal y respuesta motora a través de la escala de coma de GLASGOW. | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Evalúa periódicamente el tamaño, forma y reflejo pupilar. | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Administra anticonvulsivantes según prescripción médica. | 3 | 60% | 1 | 20% | 1 | 20% | 5 | 100% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| Total | | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% | 2 | 40% | 3 | 60% | 0 | 0% | 5 | 100% |

Fuente: guía de observación realizada por la ejecutora 2014 en el servicio de quirófano del y cirugía especialidades HRMNB Puno

ANEXO 10

| INDICADOR | ITEMS | Unidad de recuperación post anestésica (URPA) | | | | | | | | |
|-------------------------|--|---|------|-----|-----------|-----|----|-------|------|------|
| | | Cumple | | | No cumple | | | Total | | |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | | | |
| Manejo de la exposición | Se realiza el lavado de manos antes de realizar cualquier intervención al paciente. | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% | |
| | Controla temperaturas periódicas (cada 4 horas) y evitar la aparición de fiebre y vigilar posibles signos de infección (color, color, rubor, edema, exudado, drenado purulento, etc.). | 5 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 100% | |
| | Administra profilaxis antibiótica según sea prescrito. | 5 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 100% | |
| | Realiza revisión periódica del sitio quirúrgico, sistema de drenaje, vendajes, apósitos y catéteres para reafirmar y/o cambiarlos si fuera necesario, manteniendo la asepsia. | 3 | 60% | 2 | 40% | 0 | 0% | 5 | 100% | |
| | Mantiene los puntos de inserción de drenajes y vías venosas secas. | 3 | 60% | 2 | 40% | 0 | 0% | 5 | 100% | |
| | Vigila la dehiscencia de la herida. | 3 | 60% | 2 | 40% | 0 | 0% | 5 | 100% | |
| | Cubre al paciente con mantas, mantener la temperatura de la habitación entre 21 y 22 °c y ventanas cerradas a fin de evitar la hipotermia. | 5 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 100% | |
| | No administra líquidos intravenosos fríos ni sueros o derivados sanguíneos que provengan del frigorífico sin antes ser debidamente calentados. | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% | |
| | Total | | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% |

Fuente: guía de observación realizada por la ejecutora 2014 en el servicio de quirófano del y cirugía especialidades HRMNB Puno

ANEXO 11

| INDICADOR | ITEMS | Unidad de recuperación post anestésica (URPA) | | | | | | | |
|------------------|---|---|-----|-----|-----------|-----|----|-------|------|
| | | Cumple | | | No cumple | | | Total | |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| Manejo del dolor | Revisa las directrices posoperatorias del cirujano y el anestésico en la historia clínica para realizar un mejor diagnóstico del estado del paciente. | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% |
| | Administra analgésicos teniendo en cuenta el tipo de anestesia, interacción farmacológica y evalúa la efectividad de las mismas mediante la escala de EVA (eficacia de las combinaciones algíca). | 3 | 60% | 2 | 40% | 0 | 0% | 5 | 100% |
| | Proporciona al paciente posturas antiálgicas, si es posible. | 2 | 40% | 3 | 60% | 0 | 0% | 5 | 100% |
| | Protege al paciente frente a riesgos de caídas y traumatismos utilizando barandas. | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% |
| | Total | | 3 | 60% | 2 | 40% | 0 | 0% | 5 |

Fuente: guía de observación realizada por la ejecutora 2014 en el servicio de quirófano del y cirugía especialidades HRMNB Puno

ANEXO 12

| INDICADOR | ITEMS | Unidad de recuperación post anestésica (URPA) | | | | | | | | |
|---|--|---|------|-----|-----------|-----|-----|-------|------|------|
| | | Cumple | | | No cumple | | | Total | | |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | | | |
| Manejo de la nutrición, hidratación y eliminación | Administra por vía parenteral líquidos y electrolitos para mantener el equilibrio del medio interno. | 5 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 100% | |
| | Administra antiméticos previa prescripción médica. | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% | |
| | Mantiene al paciente en NPO (nada por vía oral). | 5 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 100% | |
| | Humidifica las mucosas orales. | 0 | 0% | 3 | 60% | 2 | 40% | 5 | 100% | |
| | Vigila la cantidad, color y aspecto periódicamente del líquido drenado y de la orina, y realizar el registro de los mismos en la historia clínica (drenaje, diuresis). | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% | |
| | Realiza enjuagues bucales al paciente después del vómito, para evitar el mal sabor y el mal aliento, si procede. | 0 | 0% | 3 | 60% | 2 | 40% | 5 | 100% | |
| | Coloca y/o cambia faja y mantiene la permeabilidad de los catéteres periféricos, sonda nasogástrica, sonda vesical y del sistema de drenes. | 3 | 60% | 2 | 40% | 0 | 0% | 5 | 100% | |
| | Realiza el balance hídrico (registros, de ingresos y egresos por turno). | 5 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 100% | |
| | Total | | 3 | 60% | 1 | 20% | 1 | 20% | 5 | 100% |

Fuente: guía de observación realizada por la ejecutora 2014 en el servicio de quirófano del y cirugía especialidades HRMNB Puno

| Unidad de hospitalización (Cirugía Especialidades) | Categoría | | | | | | | |
|--|---------------------|-----|----|-----------|----|----|-------|------|
| | Cumple medianamente | | | No cumple | | | Total | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| | 0 | 0% | 4 | 80% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | 4 | 80% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | 4 | 80% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | 1 | 20% | 3 | 60% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | 2 | 40% | 3 | 60% | 0 | 0% | 5 | 100% |

| Unidad de hospitalización (Cirugía Especialidades) | Categoría | | | | | | | |
|--|---------------------|------------|-------------|------------|----------|-----------|----------|------------|
| | Cumple medianamente | | | No cumple | | | Total | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | 1 | 20% | 3 | 60% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | 2.25 | 45% | 1.75 | 35% | 0 | 0% | 4 | 80% |

| Unidad de hospitalización (Cirugía Especialidades) | Categoría | | | | | | | |
|--|---------------------|------------|-------------|------------|----------|------------|----------|------------|
| | Cumple medianamente | | | No cumple | | | Total | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| | 4 | 80% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | 4 | 80% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | 4 | 80% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | 0 | 0% | 2 | 40% | 2 | 40% | 4 | 80% |
| | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | 0 | 0% | 2 | 40% | 2 | 40% | 4 | 80% |
| | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | 4 | 80% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | 3 | 60% | 0.75 | 15% | 1 | 20% | 4 | 80% |

ANEXO 13

| INDICADOR | ITEMS | Unidad de recuperación post anestésica (URPA) | | | | | | | |
|--|--|---|------------|---------------------|------------|-----------|-----------|----------|-------------|
| | | Categoría | | | | Total | | | |
| | | Cumple | | Cumple medianamente | | No cumple | | Total | |
| Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| Manejo de la movilidad física reposo y confort | Mantiene la privacidad del paciente utilizando biombo o cortinas | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% | 5 | 100% |
| | Realiza cambios posturales periódicamente al paciente encamado. | 0 | 0% | 4 | 80% | 1 | 20% | 5 | 100% |
| | Realiza ejercicios pasivos en los miembros inferiores se no está contraindicado. | 0 | 0% | 4 | 80% | 1 | 20% | 5 | 100% |
| | Promueve el descanso y fomenta el sueño, disminuyendo los estímulos nocivos (ruidos, iluminación, etc.). | 3 | 60% | 2 | 40% | 0 | 0% | 5 | 100% |
| | Mitiga la ansiedad, y el temor brindando apoyo psicológico al paciente y a sus familiares. | 3 | 60% | 2 | 40% | 0 | 0% | 5 | 100% |
| Total | Explica el proceso de enfermedad, informa sobre los procedimientos del mismo a los familiares y evita comentarios adversos sobre su estado de salud. | 3 | 60% | 2 | 40% | 0 | 0% | 5 | 100% |
| | | 2 | 40% | 3 | 60% | 0 | 0% | 5 | 100% |

Fuente: guía de observación realizado por la ejecutora 2014 en el servicio de quirófano del y cirugía especialidades HRMNB puno

ANEXO 14

| INDICADOR | ITEMS | Unidad de recuperación post anestésica (URPA) | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|------------|---------------------|------------|------------|------------|----------|-------------|
| | | Categoría | | | | Total | | | |
| | | Cumple | | Cumple medianamente | | No cumple | | Total | |
| Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| Manejo de la piel e higiene | Realiza higiene corporal (parcial o total) al paciente. | 2 | 40% | 2 | 40% | 1 | 20% | 5 | 100% |
| | Realiza la asepsia de catéteres, drenes y sondajes, así como en las curaciones de la herida quirúrgica. | 1 | 20% | 3 | 60% | 1 | 20% | 5 | 100% |
| | Vigila alteraciones en el sitio de inserción de vías periféricas (flebitis, infiltrados, etc.) | 5 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 100% |
| | Aplica los cuidados necesarios en la herida quirúrgica (curación, cambios de apósitos, etc.). | 3 | 60% | 0 | 0% | 2 | 40% | 5 | 100% |
| | Mantiene la mucosa oral limpia y húmeda, piel y apósitos secos | 3 | 60% | 2 | 40% | 0 | 0% | 5 | 100% |
| Total | Realiza cambios de posición periódica y evita la presencia de cuerpos extraños o arrugas en la cama, para evitar las fuerzas de presión y fricción en las prominencias óseas. | 1 | 20% | 4 | 80% | 0 | 0% | 5 | 100% |
| | Vigila que los apósitos, sondas y vendajes no aprieten más de lo necesario | 3 | 60% | 2 | 40% | 0 | 0% | 5 | 100% |
| | | 2.5 | 50% | 2 | 40% | 0.5 | 10% | 5 | 100% |

Fuente: guía de observación realizado por la ejecutora 2014 en el servicio de quirófano del y cirugía especialidades HRMNB puno

| INDICADOR | ITEMS | Unidad de hospitalización (Cirugía Especialidades) | | | | | | | |
|--|--|--|------------|---------------------|------------|-----------|-----------|----------|-------------|
| | | Categoría | | | | Total | | | |
| | | Cumple | | Cumple medianamente | | No cumple | | Total | |
| Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| Manejo de la movilidad física reposo y confort | Mantiene la privacidad del paciente utilizando biombo o cortinas | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Realiza cambios posturales periódicamente al paciente encamado. | 1 | 20% | 2 | 40% | 1 | 20% | 4 | 80% |
| | Realiza ejercicios pasivos en los miembros inferiores se no está contraindicado. | 0 | 0% | 4 | 80% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Promueve el descanso y fomenta el sueño, disminuyendo los estímulos nocivos (ruidos, iluminación, etc.). | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Mitiga la ansiedad, y el temor brindando apoyo psicológico al paciente y a sus familiares. | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| Total | Explica el proceso de enfermedad, informa sobre los procedimientos del mismo a los familiares y evita comentarios adversos sobre su estado de salud. | 1 | 20% | 3 | 60% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | | 1 | 20% | 4 | 80% | 0 | 0% | 5 | 100% |

| INDICADOR | ITEMS | Unidad de hospitalización (Cirugía Especialidades) | | | | | | | |
|--|--|--|------------|---------------------|------------|-----------|-----------|----------|-------------|
| | | Categoría | | | | Total | | | |
| | | Cumple | | Cumple medianamente | | No cumple | | Total | |
| Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| Manejo de la movilidad física reposo y confort | Mantiene la privacidad del paciente utilizando biombo o cortinas | 0 | 0% | 3 | 60% | 1 | 20% | 4 | 80% |
| | Realiza cambios posturales periódicamente al paciente encamado. | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Realiza ejercicios pasivos en los miembros inferiores se no está contraindicado. | 4 | 80% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Promueve el descanso y fomenta el sueño, disminuyendo los estímulos nocivos (ruidos, iluminación, etc.). | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | Mitiga la ansiedad, y el temor brindando apoyo psicológico al paciente y a sus familiares. | 1 | 20% | 3 | 60% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| Total | Explica el proceso de enfermedad, informa sobre los procedimientos del mismo a los familiares y evita comentarios adversos sobre su estado de salud. | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 4 | 80% |
| | | 2 | 40% | 3 | 60% | 0 | 0% | 5 | 100% |

ANEXO 15

FOTO 01

Descripción: Paciente posoperado de sexo masculino en estado de recuperación, en posición semifowler 30° con hiperextensión del cuello, en la Unidad de Recuperación Posanestésica del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno.

FOTO 02

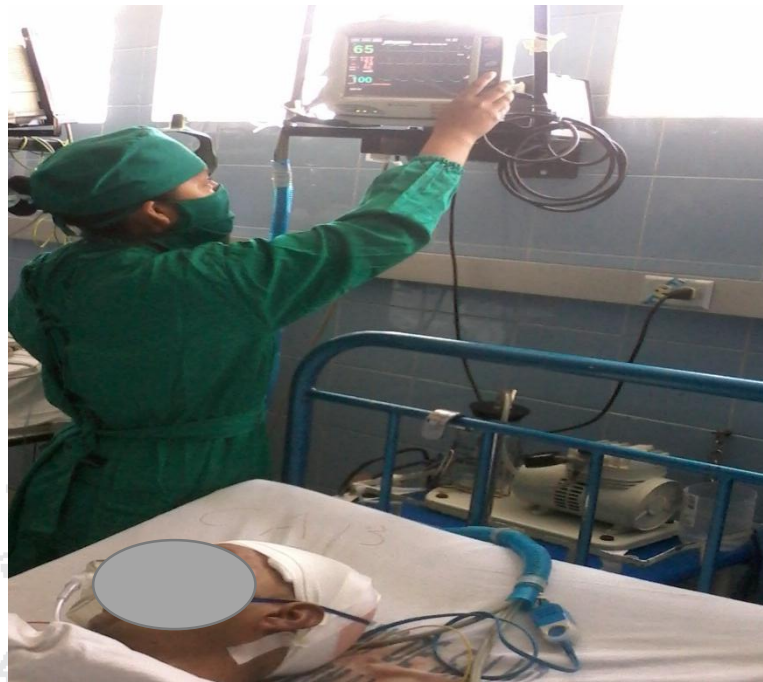
Descripción: Profesional de Enfermería realizando el registro de la escala de GLASGOW del paciente posoperado en la historia clínica en la Unidad de Recuperación Posanestésica del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno

FOTO 03

Descripción: Paciente posoperado de sexo femenino en estado de recuperación, recibiendo transfusión de sangre en la Unidad de Recuperación Posanestésica del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno.

FOTO 04

Descripción: Profesional de Enfermera protegiendo al paciente posoperado frente a riesgos de caídas e hipotermia en la Unidad de Recuperación Posanestésica del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno.

FOTO 05

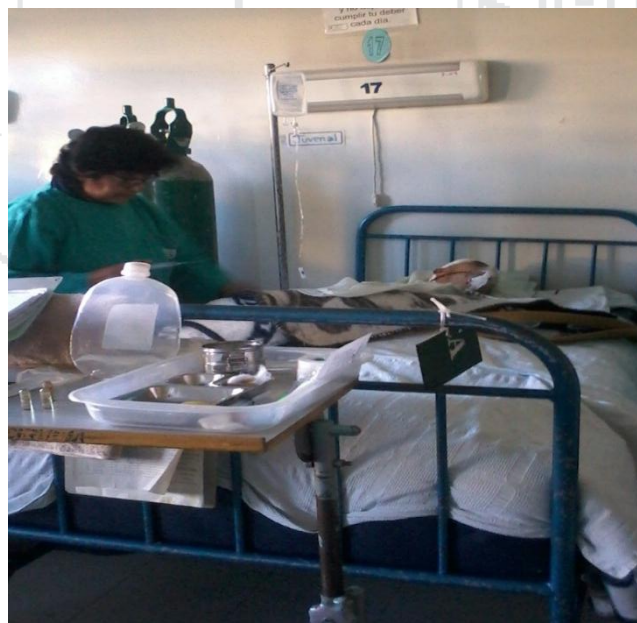
Descripción: Profesional de Enfermera realizando la vigilancia periódica de constantes vitales al paciente posoperado en la Unidad de Recuperación Posanestésica del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno.

FOTO 06

Descripción: Profesional de Enfermera administrando oxígeno a alto flujo al paciente posoperado en la Unidad de Recuperación Posanestésica del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno.

FOTO 07

Descripción: Profesional de Enfermera realizando la Administración del tratamiento hidroelectrolítico al paciente posoperado en el servicio de Cirugía Especialidades del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno.

FOTO 08

Descripción: Profesional de Enfermera revisando las directrices posoperatorias del paciente posoperado en el servicio de Cirugía Especialidades del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno.

ANEXO 16 ESCALAS DE MEDICIÓN

Tabla 1: escala de coma de GLASGOW

| Apertura ocular | | |
|-------------------------------|----------|---------------|
| - Espontanea | | 4 |
| - En respuesta a las palabras | | 3 |
| - En respuesta al dolor | | 2 |
| - Nula | | 1 |
| Respuesta motora | | |
| - La orden verbal | Obedece | 6 |
| - Al estímulo doloroso | Localiza | 5 |
| - Retira | | 4 |
| - Respuesta flexora | | 3 |
| - Respuesta extensora | | 2 |
| - Nula | | 1 |
| Respuesta verbal | | |
| - Orientada | | 5 |
| - Conversación confusa | | 4 |
| - Palabras inapropiadas | | 3 |
| - Sonidos incomprensibles | | 2 |
| - Nula | | 1 |
| Total | | 3 – 15 |

Tabla 2 escala de recuperación pos anestésico de ALDRETE

| | | |
|------------------------------|---|---|
| Atividade muscular | Movimentam os quatro membros | 2 |
| | Movimenta dois membros | 1 |
| | Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob pressão | 0 |
| Respiração | Capaz de respirar profundamente ou tossir livremente | 2 |
| | Dispneia ou limitação da respiração | 1 |
| | Apnéia | 0 |
| Circulação | PA 20% do nível pré-anestésico | 2 |
| | PA 20. a 49% do nível pré-anestésico | 1 |
| | PA 50% do nível pré-anestésico | 0 |
| Consciência | Lúcido e orientado no tempo e espaço | 2 |
| | Desperta se solicitado | 1 |
| | Não responde | 0 |
| Saturação de oxigênio | Capaz de manter a saturação de O2 maior que 92% respirando em ar ambiente | 2 |
| | Necessita de O2 para manter a saturação maior que 90% | 1 |
| | Saturação de O2 menor que 90% com suplementação de oxigênio. | 0 |

Valores:

- ✓ 0 = anestesia profunda
- ✓ 1 – 4 = recuperación inferior
- ✓ 5 – 9 = recuperación superior
- ✓ 10 = vigilia

TABLA 3: Escala de intensidad del dolor (EVA)

1. Escala descriptiva simple de intensidad del dolor:

| | | | | | |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Ningún | Dolor | | | | El peor |
| | Leve moderado | Leve moderado | Leve moderado | Leve moderado | |

2. La escala numérica de la intensidad del dolor

| | | | | | | | | | | |
|---------------|----------|----------|---------------|----------|----------|----------|---------------|----------|----------|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Leve moderado | | | Leve moderado | | | | Leve moderado | | | |

3. Escala visual análoga (EVA)

