



GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0775 -2024-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 13 de agosto del 2024

VISTO:

Nota Informativa N° 397-2024/ HAS-4300201614, de fecha 10 de agosto del 2024, emitido por la Jefa de Anestesiología y Centro Quirurgo, con proveído N°3553 favorable, de fecha 12 de agosto del 2024, la Dirección Ejecutiva del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, y;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al documento del Visto, con proveído N° 3553, de fecha 12 de agosto del 2024, la Dirección Ejecutiva, autoriza atender dispone proyectar el Acto Resolutivo del; de la "Guía de Procedimiento de Enfermería en unidad de Recuperación Post Anestésica, del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital de Apoyo II-2 Sullana – 2024";

Que, los numerales I y II de Título Preliminar de la Ley 26842, de fecha 15 de julio del 1997, Ley General de salud, dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, Por lo tanto es responsabilidad del Estado regularla vigilarla y promoverla;

Que, mediante el capítulo II de la Ley 27669, de fecha 16 de febrero del 2002, Ley de Trabajo de la Enfermera(o), las responsabilidad y funciones de la enfermera(o) reconoce su competencia y responsabilidad, como son la defensa de la vida, la promoción y cuidado integral de la salud , su participación conjunta en el equipo multidisciplinario de salud, en la solución de la problemática sanitaria del hombre, la familia y la sociedad, así como en el desarrollo socio-económico del país.

Que, según Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, de fecha 7 de diciembre del 2013, en el Artículo 4° Sector Salud, estipula: El Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la presente Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, de acuerdo Resolución Ministerial N° 902-2017-MINSA, donde aprueba el Documento Técnico: "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud", de fecha 20 de octubre del 2017, cuya finalidad del documento técnico es contribuir a estandarizar la identificación (clasificación, denominación, codificación y descripción) de los procedimientos médicos y sanitarios del Sector Salud para los diferentes usos;

Que, según la Nota Informativa N° 397-2024/ HAS-4300201614, de fecha 10 de agosto del 2024, la Jefa del Departamento de Anestesiología y Centro Quirurgo, solicita la aprobación y proyección de la actualización del acto resolutivo de la "Guía de Procedimiento de Enfermería en atención Quirúrgica, del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital de Apoyo II-2 Sullana – 2024";

Que, la finalidad de la "Guía de Procedimiento de Enfermería en unidad de Recuperación Post Anestésica, del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital de Apoyo II-2 Sullana – 2024", es contribuir como un documento de apoyo técnico para mantener la integridad y la salud del paciente con diagnostico en la Unidad de recuperación Post Anestésica, protocolizando el cuidado holístico del paciente Post operado inmediato según sus necesidades





GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0775 -2024-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 13 de agosto del 2024

de atención brindando mayor seguridad al paciente, a través de los profesionales de enfermería especializados, a fin de mejorar la calidad y seguridad de la atención en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana;

Que, con el propósito de proseguir las acciones administrativas necesarias para el cumplimiento de los objetivos institucionales y en virtud a los considerandos precedentes, resulta pertinente emitir el Acto Resolutivo de aprobación;

Con las visaciones de Asesoría Legal, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Administración y de la Unidad Ejecutora 402 Hospital de Apoyo 11-2 Sullana; y,

En uso de las Atribuciones y Facultades conferidas al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 312-2015/GRP-CR, de fecha 16 de mayo del 2015, y de conformidad con la Resolución Ejecutiva Regional N° 0622-2023/GOBIERNO REGIONAL PIURA.GR, de fecha 20 de julio del 2023, que resuelve designar a la médica **MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS**, en el cargo de Directora Ejecutiva del Hospital de Apoyo II-2 Sullana;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- APROBAR, la "Guía de Procedimiento de Enfermería en unidad de Recuperación Post Anestésica, del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital de Apoyo II-2 Sullana – 2024", que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2°.- DISPONER, al Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, el cumplimiento de lo resuelto en el Artículo 1° de la presente resolución.

ARTICULO 3°.- DISPONER, que la Oficina Funcional de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones publique la presente Resolución Directoral en el portal Web del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

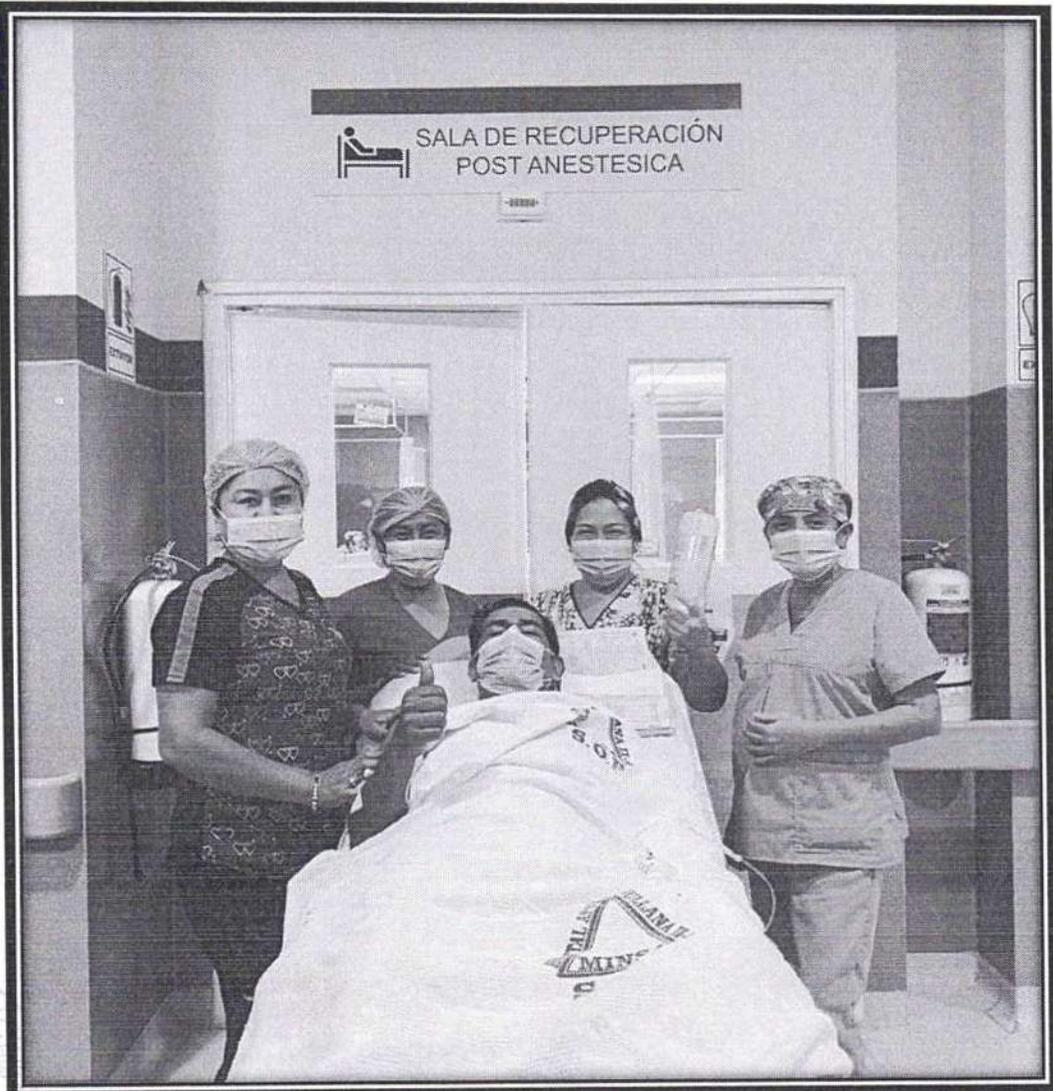
ARTICULO 4.- NOTIFICAR, la presente Resolución a la Dirección Ejecutiva, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Control Institucional, Asesoría Legal, Oficina de Administración, Área de Legajos e interesados.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Maria Eugenia Gallosa Palacios
Mg. María Eugenia Gallosa Palacios
DIRECTORA EJECUTIVA
CMP 29748 RNE 22014

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST -ANESTÉSICA

**HOSPITAL DE APOYO II-2
SULLANA 2024**



EQUIPO RESPONSABLE DE ACTUALIZACION DE LA GUIA

- ✦ Dra. Enf. Vilma Vicuña Vilchez
- ✦ Lic. Enf. Erika Alemán Castro
- ✦ Lic. Enf. Jessica Espinoza Urbina



RESPONSABLE DE LA REVISION DE LA GUIA

- ✦ **Lic. Enf. María Silvia Morales Chávez**

Jefa de Enfermería del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
Hospital de Apoyo II-2



Guía de Procedimiento de atención de Enfermería en la Unidad de Recuperación post Anestésica

I.	Título	3
II.	Finalidad	3
III.	Objetivos	3
a.	Objetivo General	3
b.	Objetivos específicos	3
IV.	Ámbito de aplicación	3
V.	Consideraciones Generales	4
a.	Definiciones Operativas.....	4
b.	Conceptos Básicos	6
VI.	Consideraciones Específicas.....	8
VII.	Post Operatorio en pacientes críticos.....	11
VIII.	Descripción de las Guías de Intervención.....	22
IX.	Bibliografía	34
X.	Anexos	36



Guía de Procedimiento de atención de Enfermería en la Unidad de Recuperación post Anestésica

I. TÍTULO

Guía de Procedimiento de Atención de Enfermería en la Unidad de recuperación Post Anestésica.

II. FINALIDAD

Contribuir como un documento de apoyo técnico para mantener la integridad y la salud del paciente con diagnóstico en la Unidad de recuperación Post Anestésica, protocolizando el cuidado holístico del paciente Post operado inmediato según sus necesidades de atención brindando mayor seguridad al paciente, a través de profesionales de enfermería especializados, a fin de mejorar la calidad y seguridad de la atención en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

III. OBJETIVOS

a. *Objetivo General*

- Estandarizar la atención de enfermería del paciente en la unidad de recuperación.

b. *Objetivos específicos*

- Asegurar una adecuada atención de enfermería orientada a las necesidades de atención según el diagnóstico del paciente después de la intervención quirúrgica
- Contribuir a disminuir complicaciones y eventos adversos derivados de la atención de salud en los pacientes sometidos a los procedimientos quirúrgicos en la unidad de recuperación post anestésicos.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Guía de Procedimiento de Atención de Enfermería en URPA, tiene como ámbito de aplicación en la Unidad de Recuperación Post Anestésica del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

La guía está dirigida a todos los Licenciados de Enfermería Especialistas en Centro Quirúrgico, Especialistas en Recuperación Post Anestésica.



V. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

a. Definiciones Operativas



- **URPA:** La Unidad de Recuperación Post-Anestésica (URPA) es una Unidad donde ingresan todos los pacientes que han sido sometidos a una intervención quirúrgica y/o procedimientos complejos, con anestesia general, regional o sedación que precise ingreso hospitalario o atención ambulatoria y que no sean subsidiarios de cuidados intensivos. En ella se les realizarán los cuidados asociados al postoperatorio inmediato hasta su paso a hospitalización y su alta ambulatoria.

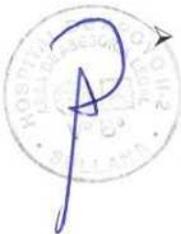


- **CUIDADOS POSTANESTÉSICOS:** Los cuidados Post-Anestésica y el tiempo de estancia en la URPA variarán dependiendo del tipo de anestesia, de la cirugía practicada y de la edad del paciente. En ella se brindará los cuidados asociados al periodo postoperatorio inmediato hasta su transferencia a hospitalización o hasta que salgan del servicio en condición de alta domiciliaria, cuando existan complicaciones durante el Post-Intermedio serán trasladados a la Unidad de Cuidados Intensivos y/o en su necesidad a cuidados intermedios.



- **REGISTRO DE ENFERMERÍA EN URPA:** Instrumento de registro de la atención individualizada de cada paciente o usuario que ingresa a URPA, donde se anotan todos los datos más resaltantes de los cuidados brindados a los pacientes según su diagnóstico y necesidad de atención por la atención quirúrgica y el Post-Anestésica.

- **REPORTE DE ENFERMERÍA:** Es un informe que se realiza a través de la comunicación verbal al finalizar la atención del paciente en URPA, consiste en la exposición sobre todos los acontecimientos sucedidos durante la atención del paciente en centro Quirúrgico.



- **CRITERIOS DE ALTA:** El alta médica será indicado solo y únicamente por el médico anestesiólogo, escrito y firmado en la en la hoja de atención post quirúrgica el paciente podrá salir de alta tanto a hospitalización o ya sea a su domicilio.



El criterio asistencial a considerar para la alta médica será:

- FV estables según la edad del paciente y en casos especiales como los pacientes cardiopatas de acuerdo al CFV basal durante el periodo pre quirúrgico e intraoperatorio.
- Ventilación espontánea.
- Puntaje en la escala de Aldrete mayor de 8, Bromage: 0 puntos.
- Capacidad Psicomotora recuperada de acuerdo al estado previo del paciente.
- No signos de dificultad respiratoria.
- Alerta y orientado, teniendo en cuenta el tipo de cirugía, la edad y estado previo del paciente, en pacientes con secuelas y/o síndromes limitantes.
- Capacidad para deglutir, toser y hablar, teniendo en cuenta el tipo de cirugía, la edad y estado previo del paciente.
- Sin náuseas, ni presencia de vómitos.



b. **Definición del Procedimiento**

Son los cuidados de la etapa Post operatoria, brindados de Enfermería al paciente durante su permanencia en Centro Quirúrgico, en el que se incluirá la entrega de formatos utilizados durante el proceso de atención quirúrgica brindada al paciente desde su ingreso a Centro quirúrgico.

c. **Aspectos Epidemiológicos importantes**

En Brasil (2015) el 92.3% del personal de enfermería que trabaja en el área de Recuperación postanestésica enfoca su principal cuidado en el aspecto fisiológico, el cual incluye el sistema respiratorio como esencial, siguiendo los demás sistemas, así mismo no están acostumbrados a realizar la aplicación de un sistema de atención de enfermería, haciendo que el cuidado no se realice integral, es decir que deben de enfocarse también en el aspecto emocional y familiar del paciente.

d. **Conceptos Básicos**

- **Proceso de Atención de Enfermería (PAE):** Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de las urgencias.



- **Signos Vitales:** Los signos vitales reflejan funciones esenciales del cuerpo, incluso el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial.



- **Paro Respiratorio:** La interrupción del intercambio de gases pulmonar durante > 5 min puede dañar irreversiblemente algunos órganos vitales, en especial el cerebro. Esto casi siempre es seguido de un paro cardíaco a menos que se restaure rápidamente la función respiratoria.



- **Taquicardia:** Es un aumento de la frecuencia cardíaca producido por cualquier motivo. Puede tratarse de un aumento normal de la frecuencia cardíaca debido al ejercicio o a una respuesta al estrés (taquicardia sinusal). La taquicardia sinusal se considera un síntoma, no una enfermedad.



- **Bradicardia:** Es una frecuencia cardíaca más lenta de lo normal. El corazón de los adultos en reposo suele latir entre 60 y 100 veces por minuto. Si tienes bradicardia, el corazón late menos de 60 veces por minuto.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

a) *Unidad de Recuperación Post Anestésica*

- Unidad especializada donde se brinda el cuidado post operatorio con el tiempo necesario y con los recursos suficientes para que el paciente se recupere de la anestesia que haya recibido que puede ser general, raquídea o epidural y la intervención quirúrgica, el cual precisa vigilancia monitorizada, terapéutica posterior hasta la recuperación y normalización de sus funciones fisiológicas.
- Las salas de Recuperación con los años se han convertido en un elemento necesario del centro quirúrgico en los cuales se pueden encontrar una variedad de pacientes:
 - Pacientes que despiertan de una Anestesia General (AG)
 - Pacientes que se recuperan de una Anestesia Regional (AR),
 - Pacientes críticos post operados
 - Pacientes pediátricos
 - Pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)
 - Pacientes Urgentes
 - Otros pacientes



b) *Tiempos de Recuperación:*

Inicia una vez que el paciente sale de quirófano e ingresa a la sala de recuperación, comprende en: Inmediato, Mediato y Tardío:



a. **Inmediato:** RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA: Período comprendido entre el término de la anestesia general, o anestesia regional o sedación profunda, y el momento en que el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado al servicio clínico o unidad de origen (alta interna), donde se brinda apoyo de ventilación, manejo del dolor, control de náuseas y vómitos.



b. **Mediato:** 2 a 72 horas post extubación

- Traslado desde quirófano
- Posición (decúbito dorsal, Fowler) Abarca un período de tiempo variable durante el cual aún pueden observarse efectos secundarios al uso de drogas anestésicas como náuseas y vómitos, dificultad en la micción, etc.



c. **Etapa Tardía:** que consiste en educar al paciente en el momento del alta.

c) **Finalidad**

- Proveer cuidados post anestésicos inmediatos a pacientes sometidos a cirugías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos bajo anestesia general, regional o sedación profunda que alcancen criterios de alta.
- El tiempo de estancia en Recuperación debe establecerlo el Anestesiólogo y depende del tipo de anestesia, cirugía realizada, etc. Dado que es tan variado debe ser el responsable de la Unidad el que haga la valoración de todo ello para dar el alta en condiciones de seguridad, ya sea el alta para su domicilio o para su unidad requerida.

d) **Objetivo**



- Garantizar el bienestar del paciente, proporcionándole comodidad física y que le evite posteriores complicaciones.
- Mantener el estado hemodinámico del paciente.



e) Equipamiento

Equipos Biomédicos



- Oxígeno, aspirador, tomas eléctricas
- Equipo de aspiración
- Balones de oxígeno
- Coche de paro
- Monitor Multiparamico (Pulsioxímetro, electrodos, tensiómetro, termómetro)
- Esfigmomanómetro, estetoscopio
- Riñoneras, chatas, urinarios
- Fármacos, material descartable

f) Recurso Humano



- A cargo de un Médico Anestesiólogo responsable de toda la Unidad, y los cuidados inmediatos son, vigilados por la enfermera, y la responsabilidad del Alta será en el primer caso del médico a cargo.
- Normalmente se considera en grupo a la enfermera según estado del paciente, de la siguiente manera:
 - **Clase UNO:** una enfermera para tres pacientes (pacientes estables, despiertos, no complicados)
 - **Clase DOS:** una enfermera para dos pacientes (paciente inconsciente, no complicado, pediátrico, paciente con cirugía mayor estable fisiológicamente)
 - **Clase TRES:** Una enfermera por cada paciente (paciente que requiera soporte vital, complicaciones).



g) Cuidados de Enfermería en Recuperación Post Anestésico y Operatorio

Admisión del Paciente:

- Reporte de entrega por medico anestesiólogo y enfermera del Pre-Operatorio del paciente, antecedentes que pudiesen ocasionar una complicación Post-Operatoria como diabetes, insuficiencia renal, cardiopatía, alergia a medicamentos, etc.
- Valoración de las condiciones del paciente, nivel de conciencia, datos sobre la función respiratoria y hemodinámicos, coloración de la piel, temperatura, etc. Observar si existe reflejo nauseoso. Registrando signos vitales al ingreso, luego cada 15 minutos (Presión Arterial, frecuencia cardiaca oxigenación, temperatura).
- Verificar la identificación del paciente, el procedimiento quirúrgico y el cirujano que practicó la cirugía.
- Información sobre el periodo transoperatorio, hallazgos operatorios, si existieron complicaciones o acontecimientos no habituales.



- Técnica anestésica utilizada y duración de la cirugía realizada.
- Fármacos administrados en el quirófano (incluyendo los anestésicos).
- Balances de líquidos y sangre perdidos y administrados durante la cirugía.
- Localización de catéteres, drenajes y apósitos.
- Revisión del expediente clínica como: informe operatorio, hoja de check List, hoja de anestesia y post anestesia, indicación terapéutica post operatoria inmediato, receta, y otros.



Procedimiento de la Enfermera luego de la Admisión

Una vez realizada la identificación del paciente y la recepción del mismo de la sala de cirugía, se procede a su instalación de la siguiente manera:

- Examinar la permeabilidad de las vías respiratorias. Apoyo ventilatorio con mascarera de reservorio oxígeno 10 Lt. por minuto o según este indicado, Dejar conectada el oxígeno, hasta que el paciente recupere el estado de conciencia o manifieste reflejo nauseoso.
- Aspirar el exceso de secreciones, si lo hubiera acumulo de secreciones.
- Conectar al paciente al monitor para control de signos vitales, Vigilando los signos vitales cada 5 a 15 minutos según lo requiera el estado del paciente. Valoración de las cifras y sus características (hipertensión, hipotensión, arritmias cardiacas, taquicardia o bradicardia, taquipnea o bradipnea, hipertermia o hipotermia). Los datos nos darán la pauta para el tratamiento.
- Colocar al paciente en decúbito semifowler
- Llevar el control de líquidos (ingresos de líquidos parenterales, excreción de orina, drenes, sondas, etc.), vigilar la diuresis horaria
- Vigilar la administración de líquidos parenterales: Cantidad, velocidad del flujo ya sea a través de bomba de infusión o controlador manual. Observar el sitio de la venopunción para detectar signos de infiltración o flebitis.
- Mantener en ayuno al paciente
- Vigilar la infusión de sangre y derivados (si se está recibiendo el paciente) verificar la identificación correcta del paquete y corroborar con los datos del paciente, asimismo la tipificación, exámenes clínicos reglamentarios para administración, prescripción, hora de inicio y terminación de la infusión. Estar alerta ante la aparición de signos adversos a la transfusión sanguínea.



- Observar posibles signos adversos de la anestesia general o raquídea: Hipertermia maligna, vigilar estado de conciencia, movilidad de las extremidades inferiores y su sensibilidad.



- Vigilar signos y síntomas tempranos de hemorragia y choque como son: Extremidades frías, oliguria (menos de 30 ml/hora) retraso en el llenado capilar (más de 3 segundos), hipotensión, taquicardia, pulso débil, diaforesis fría.

- Observar los apósitos y drenes quirúrgicos cada media hora o cada hora según las condiciones del paciente como: Realizar anotaciones sobre la cantidad, color que está drenando en apósitos, sondas y drenes. Comunicar al médico si existe una cantidad excesiva. Verificar que los apósitos estén bien colocados y seguros.



- Conservar la seguridad del paciente y promover su comodidad como: Colocar los barandales laterales de la camilla. Proteger las extremidades de la venopunción de manera que el catéter no se desconecte accidentalmente. Colocar almohadas en las zonas de presión para prevenir el daño a los nervios y articulaciones musculares.

- Valorar la presencia de dolor haciendo uso de la escala subjetiva del dolor (escala visual y escala verbal).



- Vigilar las gasas de herida operatoria de la herida quirúrgica (si está bien colocado) que no presente demasiada presión o poca que no cumpla su efectividad.

- Orientar al paciente una vez que recupere el estado de conciencia con respecto a su entorno.

- Evitar comentarios en presencia del paciente, pretendiendo pensar que el paciente se encuentra dormido, dichos comentarios pueden ser comprometedores para el hospital o bien pueden faltar a la ética profesional o crear una imagen negativa de la institución o de la profesión de enfermería.



VII. POST- OPERATORIO PACIENTES CRÍTICOS

a) Definición:

El profesional de enfermería dedicado a la atención de paciente crítico, debe tener conocimientos sólidos de la reanimación cerebro cardio-pulmonar, de monitoreo de funciones vitales, de las técnicas y procedimientos específicos, para dar soporte y terapéutica inmediata a las situaciones que ponen en peligro la vida del paciente de anatomía-fisiología y fisiopatología de las funciones vitales y de las técnicas de apoyo psicológico individual y familiar.

Además, deben estar entrenados para brindar una vigilancia permanente y detección oportuna de las complicaciones o cambios significativos con relación al estado de salud del paciente.

La evaluación del paciente, debe ser un proceso dinámico y permanente siempre debe existir personal de enfermería que brinde observación directa a cada paciente.

La evaluación de cualquier paciente que haya ingresado a la URPA, debe cumplir con ciertos objetivos específicos; para lograrlos se debe establecer una forma ordenada y sistemática de practicar dicha evaluación, y debe igualmente contemplar las prioridades del manejo.

b) Finalidad:

Explorar el comportamiento y el juicio clínico en área de cuidados críticos, identificando las respuestas que esta ofrece a las necesidades del paciente. Aunque una gran parte de los profesionales de enfermería cuida a la persona y la familia como un todo, hay situaciones críticas donde, para este abordaje integral, se hace necesario una mayor experticia por parte de la enfermera que atiende la situación.

Estaríamos pensando, por ejemplo, en el ámbito de unidades de cuidados intensivos donde resulta difícil manejar un entorno altamente tecnificado, donde las situaciones críticas pueden desembocar en la muerte del paciente y donde, a la vez, se ha de proporcionar unos cuidados de calidad que engloben la atención a la familia.

Cuando la atención está muy focalizada en el mantenimiento o en salvar la vida de los pacientes, puede aparecer un mayor riesgo de "desatención" a los miembros de la familia, así como unas altas demandas de cuidados por parte de estos, dada la situación a la que se enfrentan.



c) Objetivos:

Para el Paciente:



- Determinar el estado fisiológico del paciente.
- Permitir una reevaluación periódica.
- Establecer una base de comparación entre el estado actual y el preoperatorio.
- Evaluar el estado de la herida quirúrgica.
- Evaluar los efectos residuales, esperados y no esperados de los agentes anestésicos.
- Establecer la presencia de problemas y complicaciones.
- Proporcionar tiempo de recuperación con menos dolor.



Para el Enfermera:



- Explorar el comportamiento y el juicio clínico de la enfermera experta en áreas de cuidados críticos, identificando las respuestas que esta ofrece a las necesidades del paciente y la familia.
- Fortalecer los cuidados y tareas de atención al paciente crítico ya que representan una parte sustancial del trabajo diario de los profesionales de enfermería de cualquier institución asistencial sanitaria, pues, lamentablemente, las situaciones críticas o de amenaza vital en el entorno asistencial hospitalario, e incluso en la atención primaria de salud, son tan frecuentes y habituales, que forman parte del trabajo cotidiano de enfermería.
- Conocer la presencia habitual en la clínica, la gravedad y trascendencia de estas situaciones críticas que exigen una alta competencia profesional, para poder generar respuestas de calidad y adecuadas a las necesidades y demandas de los pacientes en las numerosas situaciones catalogadas como "críticas", porque los cuidados al paciente crítico son, seguramente, el distintivo que mejor representa la dimensión y profundidad de la tarea de cuidar a la que tantos profesionales dedican su trabajo y sus esfuerzos cada día.
- Valorar la cercanía y atención continuada de las enfermeras/os, porque son una parte fundamental en los cuidados y en la detección de los problemas de los pacientes críticos, por ello si los enfermeros/as mantienen los conocimientos actualizados, podrán incrementar sus competencias y proporcionar una respuesta natural en las alteraciones frecuentes e importantes de estos servicios, pudiendo así abortar situaciones de riesgo, incluso vital, para los pacientes que son nuestro objetivo y nuestra prioridad.



d) Importancia:

La importancia que tiene la atención al paciente con grado de dependencia IV es de vital importancia ya que requiere de una intervención terapéutica de enfermería especializada en forma total y permanente. Aquí se ubican pacientes bajo efectos de drogas que necesitan monitoreo estricto y continuo. Su cuidado necesita de tecnología de punta y procedimientos invasivos por ser pacientes críticamente enfermos e inestables.



e) **Ámbito de Aplicación:**



En el Unidad de Recuperación Post Anestésica de Centro Quirúrgico del Hospital de Apoyo II -2 Sullana, también se brinda cuidados a los operado con grado de dependencia IV, porque la UCI muchas veces no cuenta con camas disponibles y tenemos que cumplir el trabajo hasta que se desocupe o se derive a otro establecimiento de mayor complejidad.

f) **Desarrollo del Proceso:**



Recurso Humano:

- Médico Anestesiólogo
- Médico Intensivista
- Médico Especialista según cirugía realizada
- Enfermera de URPA
- Técnica de Enfermería

g) **Enfoque de la Atención de Enfermería Post Operatoria:**



- La atención de enfermería en el periodo postoperatorio está enfocada a detectar precozmente, complicaciones y alteraciones en alguno de los sistemas: respiratorio, cardiovascular, genitourinario, o sangramientos de la herida operatoria, como también a la recuperación anestésica.

- Es importante conocer la cantidad de pacientes y las patologías que se recibirán durante el día (programar las necesidades tanto de recursos materiales como de recursos humanos), para recibir al paciente cuando sale de sala de operaciones.

- En la unidad de recuperación post anestésica, la enfermera encargada deberá mantener el equipamiento, los materiales e insumos y los equipos biomédicos en orden y con facilidad para su acceso.



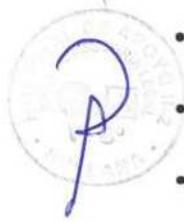
- La enfermera encargada de la unidad de recuperación post anestésica, deberá verificar si el coche de paro y las medicinas de urgencias están completas y con fecha de vencimiento actualizada.

- Observar el estado y funcionamiento de sus monitores multiparámetros, de sus equipos biomédicos, si están cargados y completos.

- Verificar si el set de entubación está completo, si tiene cargas.

- Chequear si el desfibrilador está operativo.

- En la sala de recuperación, el personal de enfermería permanecerá al lado del paciente todo el tiempo.



h) Recepción del Paciente

• La enfermera de recuperación recibe información previa de la enfermera circulante antes de ingresar al paciente a la unidad de recuperación, sobre el estado hemodinámico, diagnóstico y que equipos biomédicos serán necesarios para la recepción de este.

• En todo caso es el médico anestesiólogo quién da información previa a la enfermera de recuperación del estado hemodinámico del paciente y de cómo será referido a dicha unidad, así como que parámetros tener en cuenta para programar el ventilador.

• La enfermera programa el ventilador de acuerdo a la necesidad del paciente y tiene listo en la unidad de recuperación para recibir al paciente según lo reportado.

• La enfermera una vez que ingreso el paciente le proporcionará oxígeno según su requerimiento y conectará al paciente al ventilador ya programado.

• El personal de recuperación colaborara en la ubicación del paciente y se ocupara de ubicarlo en una posición a que le sea cómoda y a la vez segura para prevenir complicaciones.

• Al posicionar al paciente hay que tener en cuenta la correcta alineación corporal y las medidas de seguridad pertinentes, según sea su estado de conciencia.

• Se monitorizará al paciente en el monitor multiparámetros.

• El médico anestesiólogo reporta a la enfermera de recuperación sobre las condiciones en que fue referido el paciente a la unidad.

• La enfermera circulante, realizará su reporte detallado del paciente desde su ingreso al hospital hasta su traslado a la unidad de recuperación.

- Motivo de emergencia por el que fue ingresado al hospital.
- Datos de identificación del paciente.
- Estado preoperatorio, antecedentes que pudiesen ocasionar una complicación postoperatoria como: diabetes, insuficiencia renal, cardiopatía, alergia a medicamentos, etc.
- Condiciones en que el paciente está siendo transferido.
- Información sobre el periodo trans operatorio, hallazgos, si existieron complicaciones
- acontecimientos no habituales.
- Técnica anestésica utilizada y duración de la misma.
- Fármacos administrados en el quirófano (anestésicos, analgésicos, etc.).
- Líquidos y sangre perdidos y administrados durante la cirugía.
- Localización de drenajes, catéteres y apósitos.



• Así mismo hará entrega de:



- Historia clínica en el orden correspondiente.
- Reporte quirúrgico.
- Formato de anestesia.
- Formato de lista de chequeo de cirugía segura.
- Formato de enfermería, "anotación de enfermería en quirófano", correctamente llenado firmado y sellado.
- Medicinas, placas si las tuviera.
- Kardex si lo tuviera.



• La recepción del paciente nos permitirá conocer sus parámetros, su condición general, el estado de conciencia, datos sobre la función respiratoria, la coloración de la piel, temperatura, las condiciones de sus apósitos, drenajes, eliminación y la presencia de alteraciones.

• La hoja de anestesia y el protocolo operatorio nos ayudara a conocer el estado del paciente en el periodo intraoperatorio y nos facilitara la tarea en la atención directa en su periodo de recuperación.



• Verificar la identificación del paciente, el procedimiento quirúrgico y saber el cirujano que práctico la cirugía.

La enfermera al recibir al paciente debe considerar lo siguiente:

• Protocolo de Cirugía: tiempo de la cirugía y tipo de cirugías, antecedentes.

• Nivel de Conciencia: comprobando si hay reflejo palpebral u otro tipo de reflejo.

• Función Respiratoria: mediante la valoración de la permeabilidad de las vías respiratorias, características de las respiraciones, el color y la temperatura de la el para comprobar si el intercambio de oxígeno es el adecuado. Función Cardiocirculatoria: valorando la frecuencia cardiaca. Herida Operatoria: revisando los apósitos y los drenajes, si los hubiese.



• Al revisar los drenajes, es importante determinar si los fluidos drenados han aumentado o cambiado de aspecto desde que el paciente abandonó la sala de operaciones, es importante la valoración de la hemorragia si está presente o se inicia.

• Regulación de la Temperatura: el paciente ha sido expuesto durante el acto quirúrgico a una baja de su temperatura corporal, debido al ambiente frío de sala de operaciones y además a los fluidos administrados durante la cirugía.



• Equipos Especiales: también habrá que valorar el correcto funcionamiento de catéter vesical, sonda nasogástrica, vía periférica, vía central, etc.).

- Controlar sus signos vitales: presión arterial, pulso, temperatura, oximetría y otros signos. o Examinar la permeabilidad de las vías aéreas.



- Aspirar el exceso de secreciones, según necesidad del paciente.
- Manejar el dolor. El dolor es el principal síntoma del postoperatorio, teniendo repercusiones negativas sobre su estado emocional y también sobre el funcionamiento normal de su organismo. Por eso es aconsejable manejarlo activamente. Los medicamentos utilizados varían de un hospital a otro, también de la importancia que se le da al manejo del dolor.



- Dentro de los medicamentos más utilizados están los derivados de opiáceos y los AINES.

Actividades específicas:



- Control de signos vitales a horario (cada 5, 10, 15, 30 minutos las 2 primeras luego cada 1 hora).
- Valorar signos de alarma de hemorragias, choque (extremidades frías, oliguria, retraso en el llenado capilar, hipotensión, taquicardia, pulso débil, diaforesis fría).

- Brindar abrigo al paciente.

- Observar y valorar estado de conciencia.

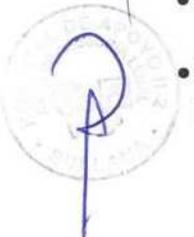
- Observación de apósitos y drenajes. Administración de medicamentos (vigilar sus efectos). Manejo de vía aérea. Manejo exacto del balance hídrico.



- Vigilar diuresis, sondas, hemorragias.
- Vigilar la infusión de sangre y derivados.

- Tener en cuenta medidas de seguridad.

- Observar y valorar los accesos venosos.



- Observar posibles signos adversos de la anestesia. Vigilar estado de conciencia, movilidad de las extremidades inferiores y su sensibilidad.

i) Consideraciones Generales:

La contemporaneidad entre la bioética y el cuidado intensivo tienen un punto en común: la intervención en los procesos de la vida y la muerte, llegado a este punto es bueno aclarar que:

- **Paciente crítico:** se define por la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible.
- **Apoyo vital:** es toda técnica que aplicada al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida. Cada técnica de apoyo vital puede ser, o no aplicada en cada paciente.

Esto 2 dos conceptos forman parte indisoluble del escenario de los cuidados intensivos y la toma de decisiones que ocurren en este tipo de servicio, surgiendo así su interrelación dialéctica con la bioética.

Más claro en el cuidado intensivo, tanto por el riesgo que lleva implícito el paciente mismo como por la presunta consecuencia del acto médico, la prolongación de la vida o muerte puede ser consecuencia directa o indirecta, inmediata o mediata de la decisión; en otras ocasiones la urgencia de una decisión no siempre permite el análisis adecuado por parte de médico ni la participación del paciente o de su representante.

El cuidado es un reto que requiere de actualización, investigación constante e implementación de intervenciones, que se resumen en brindar el mejor cuidado a este tipo de pacientes.

j) Consideraciones Específicas:

En el cuidado intensivo se plantean a diario una serie de problemas, muy particulares del trabajo de la misma, en relación con la aplicación de los principios bioéticos, derivados de la aplicación de métodos diagnósticos y terapéuticos invasivos, ya que el paciente que se encuentra críticamente enfermo, frecuentemente está sometido a un grado importante de inmovilización, el cual conlleva al síndrome de descondicionamiento físico.

De allí la importancia de la actividad física como parte de un programa de rehabilitación temprana en el paciente críticamente enfermo sometido a reposo prolongado, para lograr su recuperación y su independencia funcional. Es en este punto, donde enfermería debe estar en la capacidad de diseñar planes y estrategias de cuidado que le permitan al paciente disminuir o prevenir el impacto negativo que la inmovilidad genera.

Este tipo de pacientes necesitan unos cuidados específicos que aborden desde la prevención de los riesgos que la falta de actividad conlleva. Es por tal razón que estos cuidados deben realizarse de manera adecuada y oportuna, en busca de minimizar secuelas que deterioren en el paciente su capacidad funcional y retarden su rehabilitación a causa del reposo terapéutico.

k) Recomendaciones:



- La URPA desempeña un papel fundamental en el proceso de calidad de atención en anestesiología.
- El proceso de recuperación Post Anestésica es para la gran mayoría de pacientes altamente predecible, pero se ve influido fuertemente por múltiples factores (pre, intra o postquirúrgicos) los cuales modifican su curso y permiten la ocurrencia de diversos problemas y complicaciones.



- La preparación del paciente para lograr su recuperación exitosa se debe iniciar en la sala de cirugía con la utilización de diversas medidas que faciliten dicho proceso.

- Los incidentes críticos y problemas de manejo más frecuentemente observados en la URPA están relacionados con el manejo de la vía aérea superior y los problemas respiratorio, cardiovascular y nervioso. Además, se pueden presentar errores de vigilancia y en la administración de medicamentos.



- Existen estándares de manejo para la URPA, los cuales deben establecerse sistemáticamente y ceñirse a las recomendaciones aceptadas universalmente.

- Para su funcionamiento adecuado, la URPA debe contar con el personal médico y de enfermería debidamente capacitada, y con los equipos y medicamentos necesarios para resolver los problemas frecuentes en el periodo pos anestésico inmediato.

- La vigilancia del paciente en la URPA es ineludible obligación de todo anestesiólogo, quien debe actuar con la aplicación de los principios de la anestesiología, reanimación y medicina crítica.



- Verificar que los equipos a utilizar durante su permanencia y atención del paciente, se encuentren en buen estado de funcionalidad.

- Tener especial cuidado con la manipulación al paciente durante su confort por la presencia de ciertos dispositivos a los que se encuentra conectado el paciente.



I) CRITERIOS DE ALTA



- Será indicado por el médico anesthesiologo, escrito y firmado en la hoja de atención post quirúrgica el paciente podrá salir de alta tanto a hospitalización o a su domicilio, registrando la hora de salida.

- El trámite de alta administrativo en casos de pacientes SIS serán enviados los formatos de: epicrisis, papeleta de alta y formato único de atención (FUA), y en caso de pacientes particulares se enviará la historia completa con estos documentos además anexos.



- El criterio asistencial a considerar para la alta médica será:

- CFV estables según la edad del paciente y en casos especiales como los pacientes cardiopatas de acuerdo al CFV basal durante el periodo pre quirúrgico e intraoperatorio.



- Ventilación espontánea.

- Puntaje en la escala de Aldrete mayor de 8, Bromage: 0 puntos.

- Capacidad Psicomotora recuperada de acuerdo al estado previo del paciente.

- No signos de dificultad respiratoria.

- Alerta y orientado, teniendo en cuenta el tipo de cirugía, la edad y estado previo del paciente.

- Capacidad para deglutir, toser y hablar, teniendo en cuenta el tipo de cirugía, la edad y estado previo del paciente.

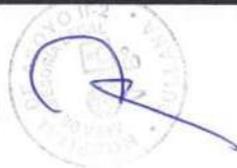
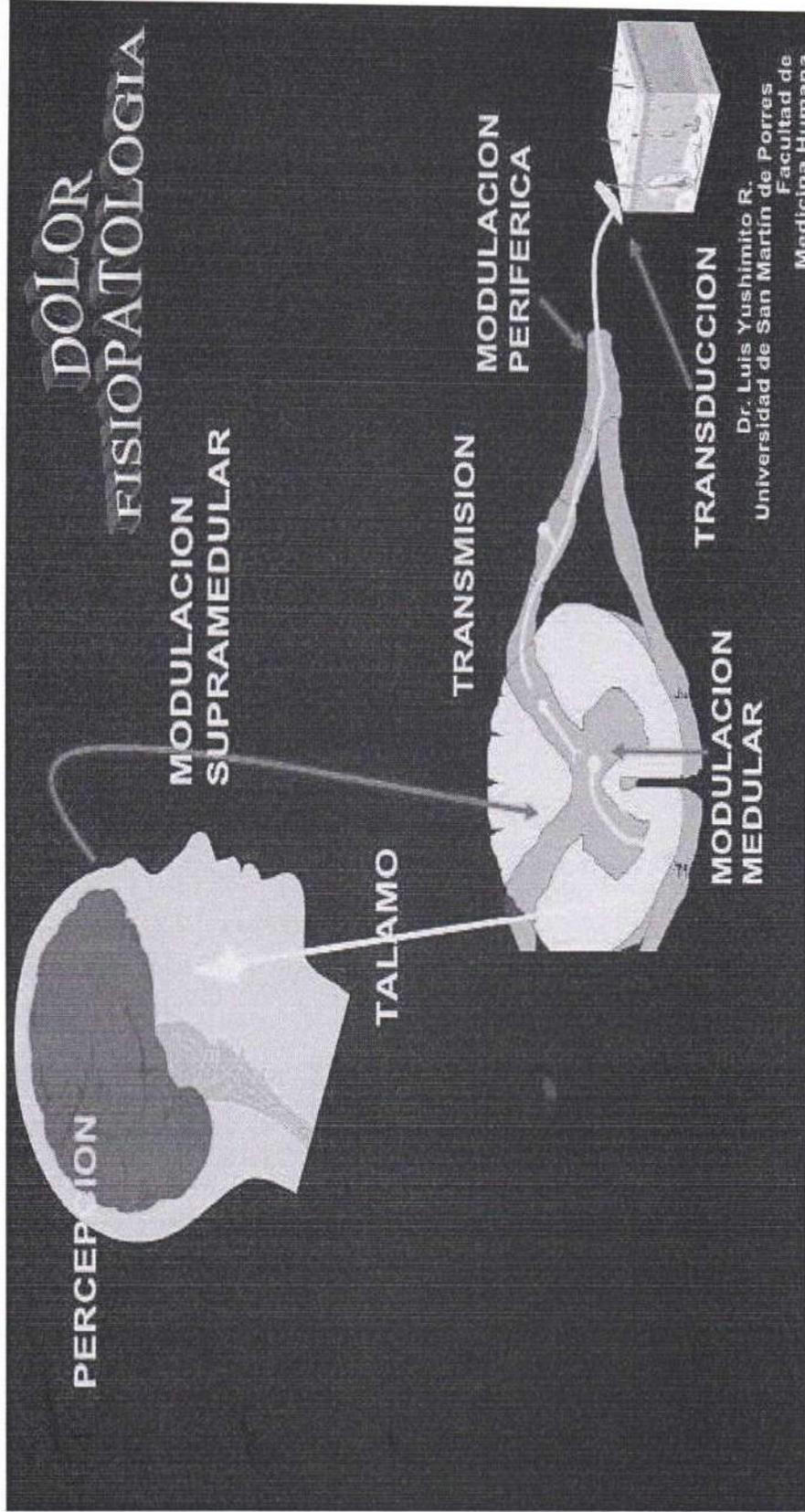
- Sin nauseas ni presencia de vómitos, previa tolerancia oral.

- La permanencia del paciente en URPA dependerá de su condición médica.

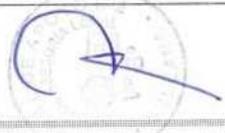


VIII. DESCRIPCIÓN DE LAS GUÍAS DE INTERVENCIÓN

FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR



Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados de enfermería (NOC)	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicaciones	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento										
<p>Dominio 04: Conocimiento y conducta de salud</p> <p>Clase 02 conducta de salud</p> <p>Código 00132</p> <p>Dolor agudo R/C lesiones por agentes físicos S/A proceso quirúrgico colecistectomía laparoscópica E/P abdomen ligeramente distendido depresible a la palpación y doloroso a nivel del hipogastrio con escala de Eva 5/10 y m/p paciente refiere: "me duele la parte de barriga por la operación"</p>	<p>Dominio: Conocimiento y conducta de salud</p> <p>Clase Conducta de salud</p> <p>Etiqueta de resultado: Control del dolor (1605):</p> <p>Indicadores: (160502) Reconoce el comienzo del dolor</p> <p>Puntuación diana:</p> <table border="1" data-bbox="1187 1424 1270 1705"> <tr> <td>N</td> <td>R</td> <td>A</td> <td>F</td> <td>S</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>D</td> <td>D</td> <td>D</td> <td>D</td> </tr> </table>	N	R	A	F	S	D	D	D	D	D	<p>(2210) Administración de analgésicos Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Comprobar las órdenes médicas: fármaco, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. Se administró Metamizol 2gr C/8hr EV (26). • Verificar las funciones vitales anteriormente y posteriormente de la administración de calmantes (26). • Apreciar la utilidad del calmante al transcurso moderado y reiteradas veces de cada administración y en particular después de la dosificación preliminar y examinar los signos y síntomas de los eventos colaterales (26). 	<p>Ansiedad</p>	<p>II</p>	<p>Nivel de ansiedad</p>
N	R	A	F	S											
D	D	D	D	D											



1 2 3 4 5 • Valorar el dolor aplicando la escala del 1 -10.

(160505) Utiliza analgésicos como se recomienda

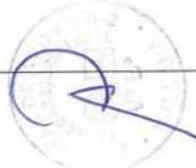
Puntuación diana:

N	R	A	F	S
D	D	D	D	D
1	2	3	4	5

- Realizar una valoración de las características del dolor (localización, aparición, duración frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor).

(160508) Utiliza los recursos disponibles Puntuación diana:

N	R	A	F	S
D	D	D	D	D
1	2	3	4	5



FISIOPATOLOGIA DE LA RETENCION URINARIA

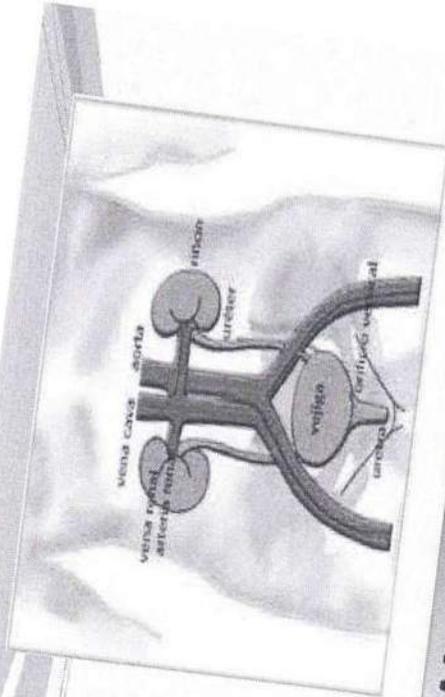
FISIOPATOLOGIA

REFLUJO VESICO-URETERAL

Impide el vaciado normal de los túbulo colectores renales

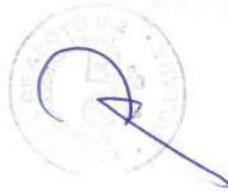
Provocando estancamientos de orina en la pelvis renal

La pelvis renal se congestiona, se engrosa y se inflama



Afecta a túbulo renales y a los glomerulos

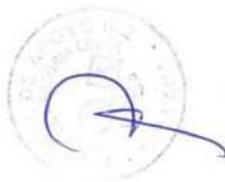
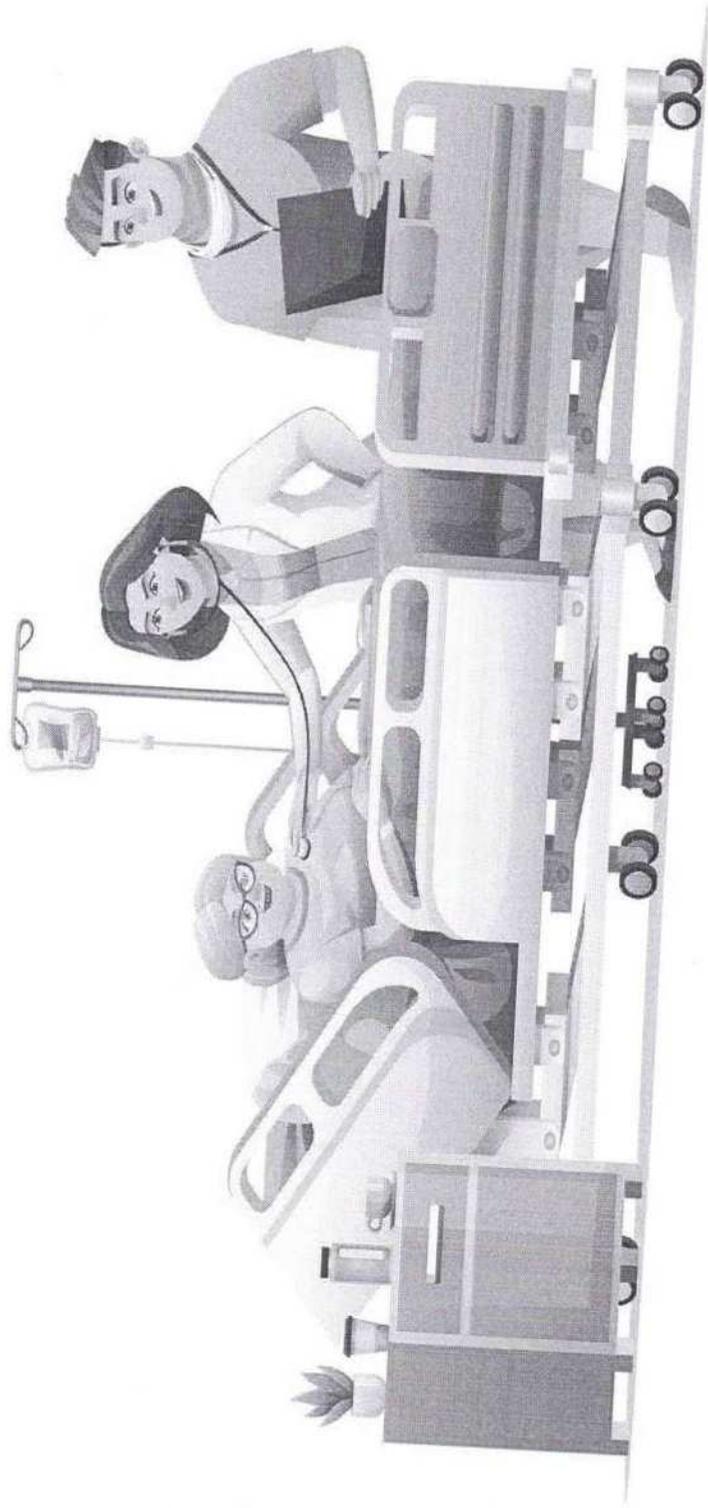
La inflamación se extiende a la corteza y medula y afecta a varias zonas



Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados de enfermería (NOC)	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicaciones	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento										
<p>Dominio 3</p> <p>Riesgo de retención urinaria</p> <p>Clase 1</p> <p>Código 000322</p> <p>Riesgo de retención urinaria F/R</p> <p>, relajación inadecuada de los músculos del suelo pélvico</p> <p>, inhibición del arco reflejo</p> <p>, limitaciones ambientales</p>	<p>Dominio:.....</p> <p>Clase</p> <p>Etiqueta de resultado:</p> <p>Eliminación urinaria 0503</p> <p>Indicadores:</p> <p>Escala de medición:</p> <p>1. Gravemente comprometido</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido</p> <p>4. Levemente comprometido</p> <p>5. No comprometido</p>	<p>Dominio 2</p> <p>J. Cuidados perioperatoria</p> <p>Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante e inmediatamente después de la cirugía.</p> <p>Clase:</p> <p>(0503) Eliminación urinaria</p> <table border="1" data-bbox="539 1117 654 1426"> <tr> <td>GC</td> <td>S</td> <td>MC</td> <td>L</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>puntuación inicio: 2</p> <p>puntuación diana del resultado</p> <p>mantener a ___4___ aumentar a ___5___</p> <p>Intervenciones:</p> <p>puntuación de cambio +2</p>	GC	S	MC	L	N	1	2	3	4	5	<p>*Infección de las vías urinarias.</p> <p>*Lesión de la vejiga.</p> <p>*Incapacidad para orinar.</p> <p>*Dolor suprapúbico e inquietud.</p> <p>*Distensión abdominal.</p> <p>*Escalofríos, temblores, sudor y cefalea.</p>	<p>II</p>	<p>Ausencia de globo vesical</p>
GC	S	MC	L	N											
1	2	3	4	5											



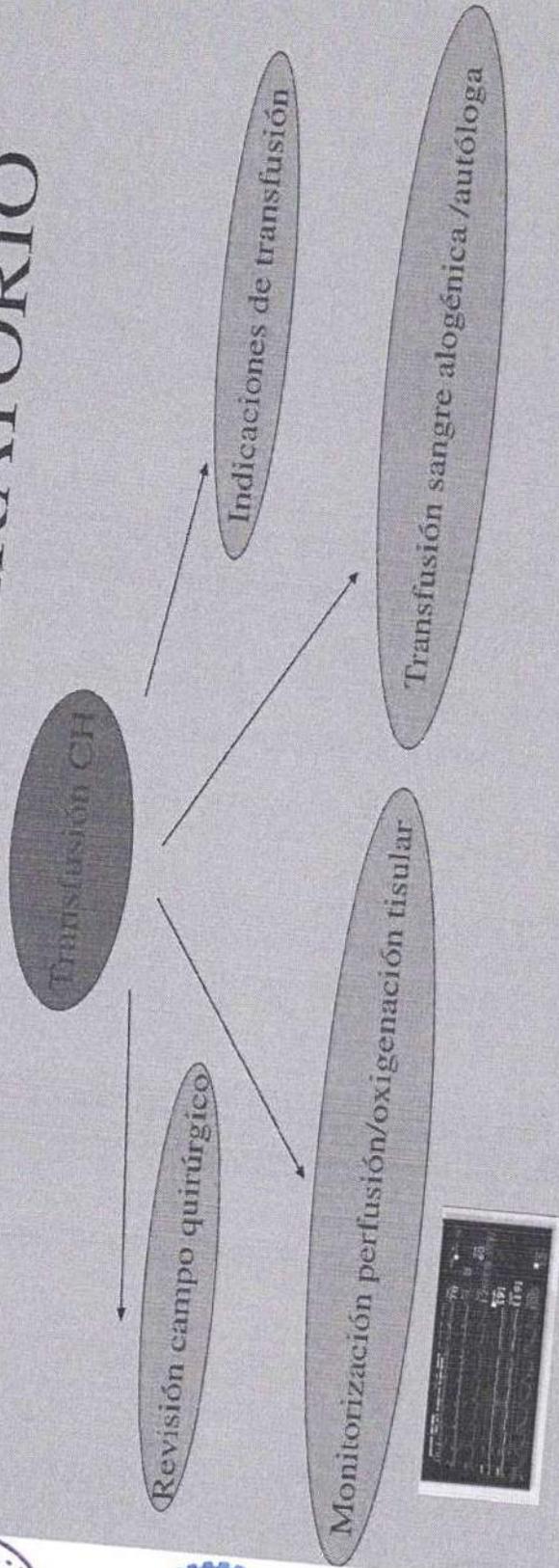
RIESGO DE CAIDAS



Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados de enfermería (NOC)	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicaciones	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento
<p>11: Seguridad y protección Riesgo de caídas clase 2</p> <p>Código 00303 Riesgo de caídas en adultos F/R</p> <p>Factores fisiológicos Factores psiconeuroológicos Factores ambientales Otros factores</p>	<p>Dominio: Clase Etiqueta de resultado: 0909 estado neurológico</p> <p>1912 estado de seguridad: caídas</p> <p>Indicadores:</p> <p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	<p>Dominio 2 J. Cuidados perioperatoria Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante e inmediatamente después de la cirugía.</p> <p>Clase: 2 (Adulto susceptible de experimentar un evento que resulte en caer inadvertidamente en el suelo, piso u otro nivel inferior, que puede comprometer la salud.</p> <p>Intervenciones:</p> <p>*Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de cam, si es necesario. 66.7%</p> <p>*Colocar la cama mecánica en la posición mas baja.70.8%</p> <p>*Utilizar una alarma de cama que alerte al cuidador de que la persona sale de la cama.</p>	<p>*Lesiones *Fracturas *Incapacidades funcionales</p>	<p>III</p>	<p>Ausencia de lesión postural</p>



MANEJO DEL SANGRADO INTRA/POSTOPERATORIO



Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados de Enfermería (NOC)	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicaciones	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento
<p>11: Seguridad y protección.</p> <p>Clase 2: Lesión física</p> <p>SANGRADO:</p> <p>Código 00206</p> <p>Riesgo de sangrado F/R.....</p> <p>*conocimiento inadecuado de las precauciones para evitar el sangrado</p>	<p>Resultado: salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: cardiopulmonar</p> <p>Etiqueta de resultado:</p> <p>0413 severidad de la pérdida de sangre</p> <p>Indicadores:</p> <p>(041902) disminución de la presión arterial media</p> <p>(041915) piel fría y húmeda</p> <p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial. 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguna 	<p>Intervención: J. Cuidados perioperatoria</p> <p>Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante e inmediatamente después de la cirugía.</p> <p>Clase:</p> <p>(4010) Prevención de hemorragia (3380) Manejo de la medicación</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo al FC, PA, PAM, PPC, PAP, PEEP, GC, e IC según disponibilidad. • Monitorar la presencia de datos de laboratorio de hemoconcentración (hemoglobina, hematocrito) • Administrar hemoderivados prescritos para aumentar la presencia oncótica plasmática y reponer la volemia, según corresponda 	<p>Shock hipovolémico</p>	<p>III</p>	<p>Volumen de fluido intravascular adecuado</p>

Puntuación diana:

G	S	M	L	N
1	2	3	4	5

puntuación inicio: 2

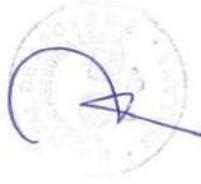
puntuación diana del resultado

mantener a 4 aumentar a 5

puntuación de cambio +2



HIDRATACION ENDOVENOSA



Deshidratación Grave**

SIGNOS CLÍNICOS SITUACIÓN C

1- OBSERVE

CONDICIONES GENERALES

* Letárgico, inconsciente, hipotónico

OJOS

Muy hundidos y secos

LÁGRIMAS

Ausentes

BOCA Y LENGUA

Muy secas

SED

* Bebe con dificultad o no es capaz de beber

2- EXPLORE

* Desaparece muy lentamente

* (> 2 segundos)

SIGNO DEL PLEGUE

3- DECIDA

Si presenta dos o más signos que incluyen al menos uno con asterisco tiene DEHIDRATACIÓN CON SHOCK



La piel menos turgente se mantiene elevada después de haberla halado y soltado

Piel marmórea

FADAM

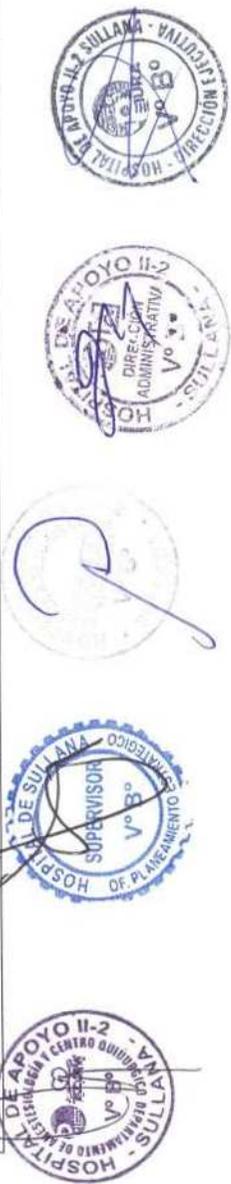
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados de enfermería (NOC)	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicaciones	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento
<p>Dominio 2: Nutrición</p> <p>Clase 5: Hidratación</p> <p>EQUILIBRIO DE VOLUMEN LIQUIDOS: Código 00025</p> <p>Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos F/R.....</p> <p>alteración de la ingesta de líquidos</p> <p>perdida activa de volumen de líquidos</p> <p>Perdida de volumen de líquidos por vías anormales</p>	<p>Dominio: salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: líquidos y electrolitos (G)</p> <p>Etiqueta de resultado: Equilibrio hídrico (0601)</p> <p>Indicadores: (060101) Presión arterial (060127) cantidad de orina</p> <p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	<p>Dominio 2</p> <p>J. Cuidados perioperatoria</p> <p>Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante e inmediatamente después de la cirugía.</p> <p>Clase: ()</p> <p>Actividades</p> <p>*Mantener un acceso IV permeable</p> <p>*Usar una bomba IV para mantener un flujo constante de infusión endovenosa</p>	<p>Deshidratación</p>	<p>III</p>	<p>0606 equilibrio electrolítico</p>

GC	S	MC	L	N
1	2	3	4	5

puntuación inicio: 2

puntuación diana del resultado mantener a ___4___ aumentar a ___5___

puntuación de cambio +2



IX. BIBLIOGRAFIA

1. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Immediate Post-anaesthesia Recovery 2013. London: AAGBI, 2013.
2. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Recommendations for Standards of Monitoring During Anaesthesia and Recovery. 4. London: AAGBI, 2007. Mishel m. Teorías intermedias: Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. P. 634-643
3. Varios autores, docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana. Aplicación del modelo de adaptación en el ciclo vital humano. Universidad de la Sabana. Bogotá. 2003.
4. Perry Potter. Fundamentos de Enfermería teórico y práctico. 4ta. ed. Mexico. Edit. Mosby Doyma. 2004
5. Modelos de anotaciones de enfermería 2009 (en línea). Disponible en: <http://celessoapie.blogspot.com/2009/10/modelos-de-anotaciones-de-enfermeria-ii.html>
6. Wolf Lewis L. Verne y Kutim Timby Barbara. Fundamentos de Enfermería. México. Ed. Harla S.A. 1992. Pag: 421
7. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/494/1/plasencia_rj.pdf
(7)
- (21) Caldón Rodríguez, Perla C. "Aspectos éticos y bioéticos de la entrega de turno del Personal de enfermería", Colombia, 2013.
8. Blascetta Ricardo Jesús y Guzmán Ariel Jorge, "Factores que intervienen en la realización del informe de Enfermería según la opinión de los enfermeros.". Argentina 2007. 39 http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/blascetta_ricardo_jesus.pdf
9. Chaparro Díaz Lorena y García Urueña Diana Carolina, "Registros del Profesional de enfermería como evidencia para la continuidad del cuidado", Colombia, 2003. <http://www.encolombia.com/medicina/revistasmedicas/enfermeria/ve64/enfermeria6403-registros2>
10. Dr. Ginés González García y colaboradores. "Enfermera/o Desarrollo en comisión", Argentina, 2004 <http://www.me.gov.ar/curriform/publica/enfermeria.pdf>
11. Medicina mnemotecnias <http://medicinamnemotecnias.blogspot.com/>





PERU

Ministerio de Salud

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

REGISTRO DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN URPA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TORNOS	M	T	N	TORNOS	M	T	N
1. Alteración de la percepción sensorial R/C Depresión del SNC s/a anestesia general E/P				6. Deterioro de la integridad tisular R/C Trauma mecánico E/P			
2. alteración de la movilidad física R/C Bloqueo motor sensitivo E/P				7. Alteración de la integridad tisular uterina y demas tejidos R/C Trauma mecánica E/P			
3. DOLOR R/C Bloqueo de motor sensitivo E/P				8. Riesgo a caídas R/C Deterioro de la percepción E/P			
4. Nauseas R/L distensión gástrica por vaciamiento lento Invasión gástricas medicamentos				9			
5. Retención primaria R/C Obstrucción Trastorno sensitivo y/motor				10			

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

TORNOS	M	T	N	TORNOS	M	T	N
1. Ayuda a la ventilación monitoreo de funciones vitales Vigilar SPO2, mantener mayor de 95% Colocar oxígeno suplemento Cabecera de angulo de 30° Brindar seguridad y protección valorar escala de ALDRETE				5. Cuidados de retención urinaria Valorar diuresis y presencia de globo vesical cateterismo vesical del paciente			
2. Ayuda en autocuidado Valorar escala de BROMAGE Favorecer alineación corporal Explicar al paciente efectos de anestesia Brindar seguridad y protección				6. Recuperar integridad tisular inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera Observar las características de cualquier drenaje Vigilar el proceso de curación en el sitio de incisión optimizar hidratación parenteral administrar terapia prescrita			
3. Manejo del dolor Valorar escala de EVA Utilizar medidas de control del dolor antes que sea muy intenso proporcionar alivio optimo del dolor mediante analgésicos valorar efectividad de analgesia administrada				7. Favorecer la recuperación de la involución uterina Monitoreo de funciones vitales vigilar involución uterina, vigilar herida operatoria realizar masaje uterino Vigilar sangrado vaginal			
4. Manejo de náuseas Colocar la cabeza de posición lateral Identificar las causas que contribuyen a las náuseas				8. Evitar caídas Identificar conductas y factores de riesgo o Caídas Utilizar barandillas laterales adecuadas			
				9			

EVALUACIÓN DE ENFERMERIA

EVALUACIÓN Y ALTA ANESTESIÓLOGO

HORA DE ALTA DEL PACIENTE DE LA URPA				HORA DE ENTREGA DEL PACIENTE A SU SERVICIO			
HORA DE COORDINACIÓN DE ALTA							
SCORE ALDRETE	0	1	2	0	1	2	
ACTIVIDAD MUSCULAR				ACTIVIDAD MOTORA			
RESPIRACIÓN				CONCIENCIA			
CIRCULACIÓN				RESPIRACIÓN			
CONCIENCIA				TOTAL			
SaO2							
TOTAL							

DESTINO DEL PACIENTE: UCI () HOSPITALIZACIÓN () SU CASA () MORGUE ()
 CONDICIÓN ALTA DE PACIENTE: LUCIDO () ESTABLE () V. ESPONTANEA () SEADO () V. MECANICA ()
 EXAMENES REALIZADOS: AGA () HEMOGRAMA () HEMOGLOBINA () GLUCOSA () UREA () CREATININA ()
 EXAMENES PENDIENTES: AGA () HEMOGRAMA () HEMOGLOBINA () GLUCOSA () UREA () CREATININA ()



Escala de Bromage

Grade	Criteria	Degree of block
I	Libre circulación de las piernas y los pies	Nil (0%)
II	Apenas capaz de flexionar las rodillas con la libre circulación de los pies parciales	Partial (33%)
III	No puede flexionar las rodillas, pero con libre circulación de los pies	Almost complete (66%)
IV	No se puede mover las piernas o los pies completos	Complete (100%)



ESCALA DE ALDRETE

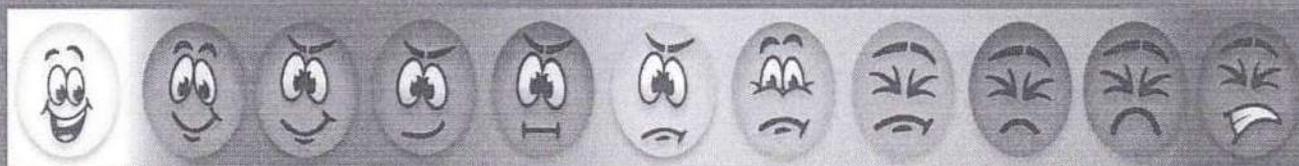
Tabla 40-3 Escala de Aldrete: recuperación postsedación*

Características		Puntos
Actividad	Mueve 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes	2
	Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante órdenes	1
	Incapaz de mover extremidades	0
Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser libremente	2
	Disnea o limitación a la respiración	1
	Apnea	0
Circulación	PA \leq 20% del nivel preanestésico	2
	PA 20-49% del nivel preanestésico	1
	PA \geq 50% del nivel preanestésico	0
Conciencia	Completamente despierto	2
	Responde a la llamada	1
	No responde	0
SaO ₂	Mantiene SaO ₂ >92% con aire ambiente	2
	Necesita O ₂ para mantener SaO ₂ < 90%	1
	SaO ₂ < 90% con O ₂ suplementario	0

PA: presión arterial; SaO₂: saturación arterial de oxígeno.

*Para ser dado de alta es necesario una puntuación \geq 9 puntos.

Escala de intensidad del dolor



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No dolor | Leve | Moderado | Severo | Insoportable

