

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSTGRADO**



**GESTIÓN DEL CUIDADO POST OPERATORIO INMEDIATO EN
LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN UN
HOSPITAL III-1**

Autor: MARIA BARBARITA FIESTAS PURIZACA

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO
EN ENFERMERÍA**

**Chiclayo, Perú
2018**

**GESTIÓN DEL CUIDADO POST OPERATORIO INMEDIATO EN
LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN UN
HOSPITAL III-1**

POR:

MARIA BARBARITA FIESTAS PURIZACA

Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad
Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Grado
Académico de **MAESTRO EN ENFERMERÍA**

APROBADO POR:

Dra. Rosa Jeuna Díaz Manchay
Presidenta de Jurado

Mtra. Rosa Leticia Moncada Espinoza
Secretaria de Jurado

Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos
Vocal /Asesor de Jurado

CHICLAYO, 2018

DEDICATORIA

Con mucho cariño y gratitud dedico este trabajo de investigación a mis padres Pedro e Inés, y a mi familia, que de alguna manera celebran mi éxito.

Que el presente sea un incentivo para seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

A los docentes de la Universidad Católica “Santo Toribio de Mogrovejo” forjadores de profesionales con visión de futuro, en especial a la Escuela de postgrado facultad de enfermería por la oportunidad de continuar con estudios especializados operando con los principios de efectividad, eficacia y resultados en favor de los usuarios que demandan nuestros cuidados.

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos; Asesora de esta tesis, que aun teniendo proyectos más substanciales que atender, ha dedicado su inestimable tiempo, sus recursos y sus conocimientos para empezar, desarrollar y finalizar esta pesquisa.

Muchísimas gracias a los docentes por ser excelentes maestros. Y al personal profesional de enfermería de la Unidad de Recuperación Post anestésica por su participación en la presente investigación.

Maria Barbarita

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
RESUMEN	viii
INTRODUCCIÓN	- 10 -
CAPÍTULO I	- 16 -
MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	- 16 -
1.1. Antecedentes del problema.....	- 16 -
1.2. Base teórico conceptual	- 23 -
CAPÍTULO II	- 50 -
MARCO METODOLÓGICO	- 50 -
2.1 Tipo de investigación.....	- 50 -
2.2 Abordaje metodológico.....	- 50 -
2.3 Sujetos de investigación	- 51 -
2.4 Escenario.....	- 52 -
2.5 Instrumentos de recolección de datos.....	- 55 -
2.6 Procedimiento.....	- 57 -
2.7 Análisis de datos	- 58 -
2.8 Criterios de rigor científico	- 62 -
CAPÍTULO III	- 67 -
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	- 67 -
3.1 CATEGORÍA I.....	- 69 -
PROCESO ACTIVO DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN POST QUIRÚRGICA	- 69 -
3.1.1. Personalizando la gestión del cuidado en la Unidad Post anestésica.....	- 71 -
3.1.2 ... Gestión con acciones centradas en las necesidades de salud y de cuidado de los pacientes	- 77 -
3.2 CATEGORÍA II.....	- 81 -
COMPETENCIAS EN GESTIÓN DEL CUIDADO EN URPA	- 81 -
3.2.1. Conocimientos actualizados, comunicación y trabajo en equipo.....	- 84 -
3.2.2. Responsabilidad, liderazgo y toma de decisiones	- 89 -
3.3 CATEGORÍA III	- 93 -

ACTUACIÓN EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO POR LAS ENFERMERAS DE URPA	- 93 -
3.3.1.-Verificando la programación de pacientes y operatividad de equipos biomédicos.....	- 94 -
3.3.2. Desde la acogida del paciente hasta el alta en URPA.....	- 97 -
3.3.3. Incluyendo parcialmente la educación a la familia.	- 102 -
3.4. CATEGORÍA IV	- 106 -
ENFRENTANDO UN AMBIENTE COMPLEJO Y ESTRESANTE	- 106 -
CONSIDERACIONES FINALES	- 114 -
RECOMENDACIONES.....	- 116 -
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 119 -
ANEXOS	- 128 -
A1. Consentimiento Informado.....	- 129 -
A2. Guía de Observación de Campo	- 130 -
A3. Guía de Entrevista	- 131 -
A4. Caracterización de sujetos de Investigación	- 133 -
A5. Flujograma.....	- 134 -
A6. Flujo de paciente en URPA.....	- 135 -
A7. Ficha de programación diaria	- 136 -
A8. Galería fotográfica	- 137 -
A9. Clasificación de pacientes según ASA.....	- 140 -
A10. Escala Aldrette Modificado.....	- 140 -

GALERIA FOTOGRÁFICA

Ilustración 1: Pacientes en URPA.....	- 137 -
Ilustración2: Pulsera de Identificación	- 137 -
Ilustración 3: Personalizando la atención en el post operatorio inmediato.....	- 137 -
Ilustración 4: Acciones centradas en las necesidades de salud y de cuidado	- 137 -
Ilustración 5: Programación de pacientes	- 137 -
Ilustración 6: Camillas en URPA.....	- 138 -
Ilustración 7: Monitor multiparámetro	- 138 -
Ilustración 8: Electrocardiógrafo	- 138 -
Ilustración 9: Bomba de Infusión	- 138 -
Ilustración 10: Coche de Paro	- 138 -
Ilustración 11: Ventilador Mecánico.....	- 138 -
Ilustración 12: Participación del familiar	- 139 -
Ilustración 13: Unidad de recuperación Post anestésica: Un ambiente complejo.....	- 139 -

RESUMEN

En enfermería la gestión del Cuidado es una función esencial. Para describir, analizar y comprender la gestión del cuidado en el post operatorio inmediato en la unidad de recuperación post anestésica del Hospital III-1, durante el primer trimestre 2017 en Chiclayo, se explora el proceso, las competencias de las enfermeras y el entorno. Investigación cualitativa, con abordaje descriptivo e interpretativo, participan diez enfermeras, y responden una entrevista semiestructurada. Post análisis temático y codificación del material, emergen cuatro categorías: Proceso activo con calidad en el cuidado post quirúrgico; Competencias en la gestión del cuidado; Actuación en la gestión del cuidado; Enfrentando un ambiente complejo y estresante. Se exhorta los criterios de la bioética personalista de Sgreccia (2008) y el rigor científico según Guba y Lincoln (1998). Se concluye que en este escenario se realiza un proceso activo donde las enfermeras personalizan la gestión centrada en las necesidades de los usuarios, según el tipo de intervención quirúrgica y el grado de dependencia del paciente; Con conocimiento actualizado, trabajo en equipo y liderazgo toman la mejor decisión; Actúan con la cabeza y el corazón desde la programación de las intervenciones quirúrgicas, verificando la operatividad de los equipos, vislumbrando y garantizando la continuidad del cuidado desde la admisión del paciente hasta el alta; Ofrecen educación a la familia de manera parcial; Además enfrentan un ambiente complejo y estresante, propiciado por el movimiento de pacientes post quirúrgicos y por las autoridades. Se recomienda a nivel operativo, táctico y estratégico capacitación continua y talleres de sensibilización.

Palabras Claves: Gestión, Cuidado, Enfermera, Postoperatorio Inmediato.

ABSTRACT

In nursing care management is an essential function. To write, analyze and understand the management of caring the post immediate operative or affinity recovering of the post-anesthetic of the Hospital III-1, the first quarter 2017 Chiclayo, the process is explored, the powers of nurses and the environment. Tive conveying qualitative research with descriptive and interpretative approach, involving ten nurses and one interview ae semi structured respond. Post subject analysis and codification of material surface four categories: Active process quality care in the post-surgical; Competencies in care management; Performance in the management of care; Facing a complex and stressful environment. The criteria of the personalist bioethics of Sgreccia (2008) and the scientific rigor according to Guba and Lincoln (1998) are exhorted. It is concluded that in this scenario a active process where nurses personalize the management focused on the needs of the users, according to the type of surgical intervention and the degree of patient dependence; With updated knowledge, teamwork and leadership make the best decision; They act with the head and the heart from the programming of the surgical interventions, verifying the operation of the equipment, glimpsing and guaranteeing the continuity of the care from the admission of the patient to the discharge; They offer education to the family in a partial way; They also face a complex and stressful environment, caused by the movement of post-surgical patients and by the authorities. It is recommended at the operational, tactical and strategic level, ongoing training and awareness workshops.

Keywords: Management, Care, Nurse, Immediate Postoperative

INTRODUCCIÓN

Anualmente en el mundo se realizan 234 millones de intervenciones de cirugía mayor. Existiendo complicaciones atribuibles a intervenciones quirúrgicas que causan discapacidades o larga hospitalización de entre un 3% y un 25% de los pacientes dependiendo de la complejidad de la operación y del entorno hospitalario. Significa que el número de pacientes susceptibles de padecer complicaciones postoperatorias asciende como mínimo a 7 millones al año. Se estima que las tasas de mortalidad atribuibles a las intervenciones de cirugía mayor oscilan entre un 0.4% y un 10% dependiendo del entorno. Según las evaluaciones de impacto correspondiente, al menos un millón de pacientes mueren cada año durante o después de una operación. Para promover la seguridad y mejorar la prestación de asistencia en esta esfera, es primordial evaluar la atención quirúrgica (1).

En el Perú de enero a julio del 2017, el Seguro Social de Salud (EsSalud) realizó a nivel nacional 213,663 intervenciones quirúrgicas en sus establecimientos de salud, según informe de la Gerencia Central de Operaciones de EsSalud (2). Mientras que en la Red Asistencial de EsSalud de Lambayeque, al mes de octubre del 2014 se han ejecutado 262,321 intervenciones quirúrgicas (3).

En un hospital nivel III-1 Chiclayo, en el 2012 realizaron 12,781 cirugías anuales, de las cuales 25 presentan complicaciones quirúrgicas (es decir 2 por mes) y aproximadamente se realizan 35 operaciones por día (4).

Muchos de nosotros demandaremos tarde o temprano una intervención quirúrgica, pero nadie esperaría una complicación post operatoria, menos una discapacidad o una larga estancia hospitalaria.

En antaño los pacientes post operados inmediatos eran transferidos desde el quirófano a la cama de hospitalización presentando complicaciones, y altos índices de morbimortalidad. Realidad percibida hasta el año 1999 en la Unidad de recuperación post anestésica (en adelante URPA) de un Hospital III-1. En los últimos años allí se atendieron por mes 530 pacientes, cifra que actualmente se incrementa a 630 post operados inmediatos.

La dinámica y la naturaleza rotativa de las personas intervenidas quirúrgicamente permiten que los cuidados de enfermería se expresen en procedimiento técnico, en el empleo de tecnología de punta y en atención humanística, teniendo como foco de interés y preocupación el cuidado al paciente.

Por tal razón la gestión del cuidado conduce a compensar el equilibrio fisiológico del paciente con el menor índice de complicaciones posibles como la hipotensión, la hipertensión, bradicardia, taquicardia, bradipnea, hipotermia, cambios en la respiración, hipoxemia, alteración nivel de conciencia, náuseas, vómitos y dolor, en el mínimo período de permanencia (5). Tiempo necesario para la metabolización, eliminación de drogas y gases anestésicos.

Paradójico a ello, se muestra la informalidad de la asistencia de enfermería sin criterios estrictos de admisión, evolución y alta del

paciente en URPA¹ lo que implica una carga y es de gran responsabilidad, no solo del equipo de enfermería, también de la institución.

Se atienden pacientes en la URPA del hospital III -1 en Chiclayo en forma simultánea, de diferentes edades, en estado crítico y con diversos tipos de intervención quirúrgica (según las especialidades), tanto electivas como de emergencia, aquellos han recibido anestesia general, regional, local, y se muestran preocupados por la cirugía, por las posibles complicaciones, por el futuro amenazador, la mayoría ansiosos, que al despertar observan un mundo lleno de equipos, ruidos y personal extraño.

Para la mayoría de pacientes es un proceso no complicado, sin embargo para un número significativo de ellos, especialmente aquellos que sufren: dolor crónico, diabetes mellitus, hipertensión arterial o accidentes de tránsito; presentan evidente inestabilidad fisiológica y psicológica, entonces la recuperación post anestésica suele ser una amenaza vital.

Si la evolución es favorable permanecen horas e incluso días, cuando no se cuenta con camas disponibles en el servicio de destino: hospitalización, emergencia o unidad de cuidado intensivo, ocasionando suspensiones de intervenciones quirúrgicas en pacientes programados.

Si la evolución es desfavorable obliga a aplicar todos los cuidados intensivos, que sean necesarios para la resolución de complicaciones emergentes, incluida la necesidad de una re-intervención; entonces se sobrecarga el trabajo de enfermería, más en el turno noche cuando se programa solo una enfermera para cuidar un promedio de diez pacientes.

¹ Unidad de Recuperación Post anestésica

Y cuando los pacientes deben ser trasladados a sus servicios respectivos, a menudo no hay camas libres, aquí interviene la supervisora para que permita la admisión en calidad de encargado, en el servicio con cama disponible.

Lo cierto es que en el ejercicio profesional diario, las enfermeras ofrecen atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver dilemas personales de sujetos que demandan un servicio.

Empero en incontables oportunidades se eleva la demanda de pacientes y se hace evidente la falta del recurso humano además de los materiales adecuados para el cuidado del paciente en el post operatorio inmediato, entonces se despersonaliza la atención de enfermería lo que impide proporcionar una atención integral.

En URPA², las enfermeras especialistas minimizan en todo momento los riesgos al usuario, al equipo de salud, y a la institución. Poseen experiencia, orientación básica, preparación, capacitación, entrenamiento adecuado, asesoramiento y supervisión constante para que en el menor tiempo y con los medios suficientes, recuperen a los pacientes de la anestesia y de la agresión quirúrgica, y puedan retornar bajo criterios de seguridad adecuados a la sala de hospitalización, considerando que su vida no corre peligro o en su defecto a una unidad de cuidados críticos como UCI³, UCIN⁴ o UCEMIN⁵, actividades que se tornan un gran desafío para la práctica y la gestión del cuidado post operatorio inmediato.

² URPA.- Unidad de recuperación Post anestésica

³ UCI.- Unidad de Cuidados Intensivos

⁴ UCIN.- Unidad de Cuidados Intermedios

⁵ UCEMIN.- Unidad de Cuidados Especiales en Medicina Interna

La experiencia por más de ocho años, en URPA, permitió ampliar el campo visionario para la identificación de la problemática, y enfrentar grandes retos, uno de los cuales es el presente trabajo de investigación relacionado a la Gestión del Cuidado en el post operatorio inmediato en un hospital III-1, lo que exige determinada preparación, para el ejercicio de funciones, a todos los miembros de la orden.

Es innegable la poca realización de investigaciones relacionada a la Gestión del Cuidado en URPA, por parte de los profesionales de enfermería lo que refleja la laguna del conocimiento acerca de todos los factores aquí abordados.

Por medio de este trabajo se resolverán las preguntas: ¿A quién?, ¿Cómo?, ¿Con qué? brindar cuidados de calidad, debiendo el profesional de enfermería estar preparado en los diversos aspectos que involucra la gestión de los cuidados, para responder con una atención de calidad ante los usuarios que demandan salud, y ante la sociedad que nos ha otorgado tal responsabilidad.

Esta investigación se torna trascendente ya que exige una predisposición y asunción de nuevos roles, trabajar en escenarios diferentes, participando con cambio de actitud, de innovación, con todo ello se logrará el ansiado posicionamiento al demostrar que enfermería avanza para alcanzar el éxito.

Con los resultados de esta investigación se otorgan conocimientos significativos, constituyendo un punto de partida para desarrollar posteriores investigaciones, se conseguirá extrapolar los resultados a otras instituciones como el MINSA⁶, Hospital Regional Lambayeque, EsSalud, e instituciones particulares. Y en coordinación

⁶ MINSA .- Ministerio de Salud

con las universidades se podrán ofertar estudios de especialización para adquirir la certificación personal, profesional e institucional, logrando con ello la excelencia en la práctica profesional.

El personal de enfermería en ejercicio al tener acceso a los informes y a los aciertos de esta investigación podrá implementar intervenciones, así como promover resultados positivos en los pacientes, incluyendo a su familia.

La pertinencia social de esta investigación está centrada en el mejoramiento de la Gestión del Cuidado post operatorio inmediato, garantizando una atención directa, oportuna, eficaz, y con ello reducir los índices de morbimortalidad post anestésica, el tiempo de hospitalización y recuperación de los enfermos, así como su pronta reinserción en la vida social y laboral.

A parte de participar como agente comunicador y transformador, la enfermera delegará funciones, tomará decisiones acertadas, utilizará eficientemente los recursos, brindará atención personalizada y especializada y logrará un alto grado de satisfacción en las necesidades del paciente y familiares.

Consecuentemente, será mínimo el riesgo y máximos los beneficios para el usuario, equipo de salud, la institución y la comunidad. El aporte a la profesión como ciencia, permitirá una mejor Gestión del cuidado en el post operatorio inmediato. Todo lo referido sirve de inspiración, lo que justifica la realización del presente estudio.

Considerando lo expuesto, resulta pertinente formular la pregunta de investigación: ¿Cómo es la gestión del cuidado post operatorio inmediato en la unidad de recuperación Post anestésica de un hospital III-1? Para lo cual se formuló el siguiente objetivo: Describir, analizar y comprender la Gestión del cuidado post operatorio inmediato en la Unidad de Recuperación Post Anestésica en un hospital III-1.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1.1. Antecedentes del problema

A continuación, se muestran algunos artículos y trabajos de investigación revisados antes y durante el proceso de redacción.

Hernández S, N; Bogotá (2007) (6) realizó un estudio a nivel nacional sobre “La evaluación de la gestión como proceso orientado a la calidad del cuidado de enfermería en una IPS de segundo nivel de carácter público de la ciudad de Valledupán” en el cual considera que la gestión del cuidado está íntimamente relacionada con éste, pues da bases para poder direccionar y orientar mejor los cuidados enfermeros. No existe un concepto unívoco que precise su significado y atributos, a pesar que se ha venido usando desde los años noventa. Obtuvo como resultado que a nivel del departamento de enfermería, solo se cumple un 35% del total de los lineamientos definidos, como ideales para evaluar cada una de las etapas que integran el proceso de gestión, lo cual sugiere que el proceso de gestión, orientado a la calidad es deficiente.

Con este trabajo de investigación se fundamenta que en el departamento de enfermería el proceso de gestión del cuidado es deficiente. Y sí este proceso es deficiente a este nivel entonces mucho

menos será en cada una de las unidades bajo su cargo, por ejemplo en la unidad de recuperación post anestésica. Sin embargo se brinda bases para poder direccionar y orientar mejor los cuidados enfermeros.

Lourenço, M.; Peniche, A.; Costa A.; São Paulo (2013) (7) en la pesquisa “Unidades de Recuperação Pós-Anestésica de Hospitais Brasileiros: Aspectos Organizacionais e Assistenciais” el objetivo fue analizar la estructura organizacional y asistencial de la recuperación Post-Anestésica (RPA) en hospitales brasileños y comparar la realidad encontrada al que recomienda la literatura Científica Nacional sobre RPA⁷. Estudio exploratorio, descriptivo, cuantitativo realizado con 69 participantes del 9º Congreso Brasileño de Enfermeros de Bloque Quirúrgico, Recuperación Post-Anestésica y Central de Esterilización durante el mes de Julio del 2009. Los resultados evidenciaron que: en la mayoría de las instituciones la RPA forma parte de la estructura física del Bloque Quirúrgico; los enfermeros fueron del sexo femenino y actúan menos de cinco años en Bloque quirúrgico y RPA en instituciones de gran complejidad; y el índice de Aldrette-Kroulik es utilizado en 45% de las instituciones como criterio de alta. Se concluye que, a pesar de las exigencias legales, un gran número de RPA aún no presenta recursos materiales y organizacionales imprescindibles para prestar una atención segura al paciente durante el periodo pos anestésico.

Lo rescatable de este estudio es que la URPA forma parte de la estructura física del bloque quirúrgico, que los enfermeros son del sexo femenino, y actúan más de dos años en el bloque quirúrgico. Que a pesar de las exigencias legales, no presenta infraestructura física adecuada, no presenta recursos materiales y organizacionales imprescindibles para prestar una atención segura al paciente durante el periodo post anestésico.

⁷ RPA: Abreviatura que describe la Recuperación Post anestésica

Carmona, C.; Carranza, L; Cartagena (2011) (8) "Nivel de participación y Liderazgo en la gestión del cuidado de enfermería en el nivel operativo desde la perspectiva de Diane Huber en una institución de tercer nivel de la ciudad de Cartagena de Indias en el primer periodo del año 2011". Las investigadoras asumieron que las enfermeras estudiadas mantienen liderazgo continuo en el desempeño de sus intervenciones, soportado por la percepción del equipo de trabajo que lo acompaña. Además cuentan con una actitud de solidaridad y disponibilidad para lograr los objetivos o para resolver una situación y también movilizan sus conocimientos, habilidades y conductas en beneficio del que cuidan. Por otra parte, con respecto a la respuesta del interrogante de si las enfermeras establecen metas y persuaden a su equipo para alcanzarlas, indicó que la mitad de la muestra opina que sí y la otra mitad opina que no. Además, no fomentan una cultura de disciplina y no son pioneras en la aplicación de tecnologías, lo cual se evidencia desde la perspectiva de su grupo de trabajo y de las mismas profesionales. Las enfermeras se encuentran dentro de los niveles de liderazgo según Diane Huber en: gran capacidad individual y contribuyendo como miembro del equipo. Sin embargo, se recomienda estudios posteriores para evaluar el nivel liderazgo en poblaciones más amplias y/o estudios multicéntricos.

Según este estudio las enfermeras mantienen liderazgo continuo en el desempeño de sus intervenciones, cuentan con una actitud de solidaridad y disponibilidad para lograr los objetivos o para resolver una situación, movilizan sus conocimientos, habilidades y conductas en beneficio del que cuidan. Ellas tienen gran capacidad individual y contribuyen como miembro del equipo en la participación y Liderazgo en la gestión del cuidado de enfermería.

Cabarcas, C; Colombia (2012) (9). En su tesis denominada “Significado de la experiencia de la gestión del cuidado de enfermeras en una clínica del tercer nivel de la Ciudad de Cartagena” manifiesta que la gestión del cuidado está íntimamente relacionada con éste pues da bases para direccionar y orientar mejor los cuidados enfermeros. Para enfermería es importante acceder y comprender el comportamiento, la cotidianidad de las personas es una parte importante para su desarrollo conceptual desde la experiencia de los seres humanos y la comprensión del significado como uno de los conceptos de dominio de la práctica de enfermería. Para las enfermeras coordinadoras gestionar el cuidado se centra en la organización de los procesos, protocolos, manuales y guías que permiten un direccionamiento acorde a las demandas en el cuidado de los pacientes. Para las enfermeras asistenciales la gestión del cuidado se centra en facilitar los procesos a la familia, para ese cuidado en casa, brindando educación al paciente y a la familia.

Ambos grupos realizan intervenciones desde su nivel de gestión para promover el mantenimiento de la persona.

Soares de Oliveira y col. Montes Claros (2012) (10) en su investigación titulada “A realização da assistência de enfermagem em uma unidade de recuperação pós-anestesia em Hospital Filantrópico de Montes Claros, MG” El objetivo fue comprobar cómo el equipo de enfermería ha realizado la recuperación post anestésica en la unidad de atención de los pacientes, frente a las principales complicaciones en el Hospital Filantrópico de Montes Claros. Encontraron que la mayoría de los encuestados conocen y aplican los cuidados de enfermería en consonancia con la literatura estudiada. Y hoy, con el título de Hospital acreditado, con protocolos bien definidos, es un punto de referencia para la calidad de la atención, tanto quirúrgico y de enfermería en general, para Montes Claros como para todo el estado de Minas Gerais.

En el Perú es muy escaso el reporte de estudios que detallan la gestión del cuidado en el post operatorio inmediato. No obstante, se hace referencia a:

Díaz, R; Pérez, S; Chiclayo (2011) (11) en su investigación titulada "Cuidar/Cuidado de la enfermera a la persona en el post operatorio inmediato", de tipo cualitativa descriptiva tuvo como objetivo identificar y discutir el cuidar/cuidado de la enfermera a la persona post operada inmediata en el Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú. El estudio arrojó tres categorías. Satisfacción de necesidades básicas. Acogida, Acercamiento y amabilidad; Incentivando la participación del familiar. Llegando a la consideración final que, el Cuidar/Cuidado de enfermería en el post operatorio se inicia con la valoración integral de la persona post operada, la vigilancia continua y el tratamiento oportuno a través de la relación/acercamiento de la enfermera-paciente, evidenciándose necesario la presencia del familiar más cercano, aunque sea por momentos.

En este estudio se considera que el cuidar/cuidado de enfermería en el post operatorio se inicia con la valoración integral de la persona post operada, la vigilancia continua y el tratamiento oportuno a través de la relación/acercamiento de la enfermera-paciente, evidenciándose necesario la presencia del familiar más cercano aunque sea por momentos. Toda vez que por ser unidad crítica, la presencia de familiares es muy restringida, sin embargo es vital para la pronta recuperación y restablecimiento de la salud.

Cervera, M; Rivera, A.; Perú (2014) (12), en la investigación: "Práctica Ética de Enfermeras Jefes en la Gestión del Cuidado, Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo", Chiclayo-Perú", investigación cualitativa

con abordaje de estudio descriptivo exploratorio e interpretativo, tuvo como objeto de estudio la práctica ética de las Enfermeras Jefes en la gestión del Cuidado, tuvo como objetivos, describir y analizar la práctica ética de las enfermeras jefes en la gestión del cuidado. El instrumento de recolección de datos, fue la entrevista semiestructurada, y la observación no participante, la muestra se determinó por saturación y fueron ocho enfermeras jefes de servicio. Los datos obtenidos se procesaron por análisis de contenido. Los resultados se sintetizan en tres categorías: Coordinación y asesoramiento como práctica ética en la gestión del cuidado, subcategorías: Enlazando el reporte con la visita médica y Priorizando a la persona en la gestión ética. Categoría: La intervención hacia la gestión del cuidado humanizado, sub categorías: Trabajo en equipo, como responsabilidad y entrega en los servicios y la delegación responsable como fortaleza en la gestión del cuidado. Categoría: La ética de los recursos humanos, un reto espinoso en la gestión, sub categorías: El manejo de las situaciones conflictivas, en la gestión del cuidado, Gestión hacia el desarrollo del personal, con falencias en la motivación.

Es rescatable en este estudio la coordinación y el asesoramiento como parte de la gestión del cuidado donde se debe priorizar a la persona con el cuidado humanizado. El trabajo en equipo, la responsabilidad en la entrega de los servicios, la delegación como fortaleza, manejo de situaciones conflictivas y como eje transversal la motivación al desarrollo del personal. Este último tema por cierto muy olvidado.

Morales, R.; Santamaría, L.; Vizconde, M.; Chiclayo (2014) (13) Experiencias de las enfermeras en el cuidado post operatorio inmediato. Hospital I Naylamp EsSalud. La presente investigación cualitativa, con abordaje fenomenológico tuvo como objetivo describir, analizar y comprender estas experiencias en la Unidad de Cuidados Post anestésicos del Hospital Naylamp EsSalud de Chiclayo. Se sustentó en los conceptos

de experiencia (Wojtyla), cuidado (Waldow), post operatorio inmediato (Almeida). Se tuvieron como sujetos de estudio a siete enfermeras, la muestra se determinó por saturación; los datos se recolectaron mediante la entrevista a profundidad no estructurada y se trataron mediante el análisis fenomenológico. Se tuvo en cuenta los criterios de rigor ético según Sgreccia y rigor científico según Hernández. Obteniéndose las siguientes proposiciones: Entre la satisfacción e insatisfacción al brindar cuidados post operatorios. Brindando un cuidado integral a la persona post operada. Responsabilidad vs Temor e impotencia frente a las complicaciones post operatorias. Conclusión: Las experiencias de las enfermeras en el cuidado post operatorio inmediato de la unidad de cuidados post anestésicos afloran diferentes sentimientos ante la situación que se encuentra la persona post operada brindando cuidados en la parte física, psicológica, emocional y espiritual; además de la comunicación interpersonal con la persona post operada, enfermera y familia frente a algunas complicaciones en la cual asume responsabilidad y compromiso en la toma de decisiones durante el cuidado.

Aquí prevalece que las enfermeras de URPA brindan cuidados en la esfera física, psicológica, emocional y espiritual, recurren a la comunicación interpersonal: enfermera-persona post operada, enfermera-equipo de salud, enfermera-familia. Enfrentan algunas complicaciones y asumen responsabilidad y compromiso en la toma de decisiones durante el cuidado, revelando diferentes conmociones ante la situación que se encuentra la persona post operada.

González, Hernando; (2015) (14) con su artículo “La gestión del cuidado” considera que enfermería ha experimentado gran evolución desde sus inicios hasta lo que actualmente entendemos como profesión enfermera. Así, el elemento central de la profesión, “el cuidado”, ha sido abordado desde múltiples perspectivas a lo

largo de la historia. Son numerosos los ilustres personajes que han aportado conocimientos al ejercicio de la profesión, ofreciendo diferentes maneras de llevar a cabo los cuidados enfermeros. Gracias a todos ellos contamos con diferentes modelos y teorías de aplicación de los mismos desarrollados por enfermería. Así es como la gestión del cuidado enfermero se afirma, gracias a las aportaciones históricas y científicas.

Si bien es cierto que una de las perspectivas es el ambiente hospitalario en este caso la Unidad de recuperación post anestésica, la gestión del cuidado posee bases históricas y científicas para ejecutarlo en cualquier otro escenario incluyendo los futuros consultorios de enfermería, pues enfermería sigue experimentando evolución a lo largo de la historia.

1.2. Base teórico conceptual

A continuación se consideran términos como Gestión del Cuidado, Enfermera, Post operatorio inmediato.

Susan Kérouac (15) define la gestión del cuidado enfermero como “un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud”.

En la Unidad de recuperación post anestésica la gestión del cuidado se realiza a través de un proceso creativo en el cual se moviliza al recurso humano: enfermera profesional y técnico, y del ambiente con el fin de asistir en el cuidado de la persona post operada inmediata, resolviendo problemas y evitando posibles complicaciones.

En la práctica, señalar el sentido y alcance de la Gestión del Cuidado ha presentado dificultades interpretativas y una confusa socialización del término, que se ha traducido, en algunos casos, en una errónea delimitación del ámbito profesional, lo que dificulta encontrar su sentido epistemológico más profundo (16).

Esa misma variedad conceptual ha modificado no solo la manera en que los/as enfermeros/as organizan los procesos, sino también las demandas y expectativas que otros miembros del equipo de salud tienen sobre la profesión y, más importante aún, la preparación y los planes de estudio de las escuelas de enfermería y su adaptación a tales demandas (17).

El desarrollo del rol gestor de cuidados es un proceso que requiere la asociación entre las actividades académicas de enfermería y la práctica clínica. En relación a esto, el profesional de enfermería tiene muchas fortalezas y oportunidades que pueden ser abordadas dentro del nuevo paradigma que se construye alrededor de temáticas como la conceptualización y promoción de salud. El acrecentar las habilidades en la gestión de cuidados encuentra hoy un terreno especial que ofrece oportunidades, siempre y cuando las expectativas de los profesionales de enfermería sean altas y acordes al nuevo modelo de atención de salud, que enfatiza la promoción de actividades con una visión integral del ser humano (18).

Estos conocimientos y habilidades son necesarios para realizar las tareas propias de la profesión enfermera. Lo que precisa tener profesionales competentes, supone un deber moral de las propias organizaciones para dar respuesta a las necesidades de las personas más allá de la atención a la enfermedad.

Las necesidades de una provisión de cuidados son un punto invisible que casi ha desaparecido. Empero, llevar la gestión de los cuidados a la zona invisible los convierte en inexistente y por tanto, sin control, sin medidas de monitorización, ni de seguridad, ni de mejora continua. Por esta razón, el rol de la enfermera responsable de la gestión de los cuidados consiste en apoyar al personal que otorga cuidados, recurriendo en cada escenario a la creatividad, la indagación y la transformación con el fin de mejorar la situación del paciente post operado inmediato que Como dice Henderson, "...no sería necesario si tuviesen el conocimiento, la fuerza y la voluntad para llevarlo a cabo por ellos mismos...".

Las enfermeras en la unidad de recuperación post anestésica en un hospital III-1 son responsables de la gestión del cuidado, ellas enfrentan grandes desafíos asumen el rol de admisión, evolución y alta del paciente post operado inmediato ejercen su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y limitaciones y dentro de éste, buscan la mejor alternativa con la perspectiva de garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud.

Al llegar a este punto conviene mencionar, que el concepto de gestión del cuidado aún no está normalizado, hay diferentes posturas y planteamientos, la ratificada por el Consejo Internacional de Enfermeras 2000 (19) afirma que:

"Constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos"

También se ha expresado la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE) (20) sobre la gestión de cuidados y así lo toma el documento de trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) donde sostiene que “Gestionar el cuidado implica la construcción permanente de un lenguaje enfermero y su posicionamiento en las organizaciones sociales y de salud”.

En Chile en el Sistema Público de Salud, el tema gestión del cuidado ha sido motivo de debate y al mismo tiempo de controversias, que se han ido resolviendo con el tiempo, al establecerse de manera técnica y legal, los ámbitos de su gestión y los responsables de hacerla realidad. La Ley 19.937 Autoridad Sanitaria declara la gestión del cuidado como requisito mínimo y común en la reorganización de los servicios de Salud, Hospitales y centros de atención ambulatoria.

Integrando la gestión del cuidado desde los niveles de mayor complejidad hasta el nivel domiciliario, en ambos sentidos, abarcando todos los niveles de atención (promoción, prevención, recuperación y rehabilitación) así como la prevención y curación de enfermedades, poniendo énfasis en la concepción sistémica de la provisión y gestión de servicios de salud. Tanto la Norma N° 19 (21) como la Norma N° 21, (22) refuerzan la responsabilidad que dichos profesionales tienen respecto del cuidado de los usuarios.

Según la Norma General Administrativa N° 19, Gestión del Cuidado de Enfermería para la atención cerrada en Chile (2007) (23), se define como:

“La aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución, su fin último es ofrecer a los usuarios los mejores

resultados posibles en la práctica diaria, acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad y que considere la mejor administración de los recursos, los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto”.

Aporta Milos (24), que Gestión del cuidado es:

“La realización de un conjunto de acciones, bajo criterios éticos y profesionales propios de las enfermeras que se llevan a cabo para lograr un objetivo, meta o propósito: el cuidado de los pacientes; en cuyo resultado incluye la utilización de recursos, además intervienen variables críticas como: acceso, humanización, oportunidad, seguridad, calidad y reducción de costos”.

Desde una perspectiva más amplia Morfi Samper (2010) (25), alude a la Gestión del cuidado de Enfermería como:

“La aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución”, por supuesto dentro de un marco ético profesional.

Ancorado en la gestión del cuidado está el propio cuidado de Enfermería, ejercicio positivo de reciprocidad entre el beneficiario y la enfermera. La segunda es la que permite realizar, en el individuo o para él, actividades de apoyo, orientación o ejecución de determinadas técnicas en favor de la recuperación, del mantenimiento de la salud o el incremento de ésta. Tales acciones tangibles pueden llevarse a cabo por la enfermera, dirigidas a un sujeto o a un grupo necesitado de cuidados (ej. familia) y se extienden desde del nacimiento hasta la muerte (26), con

el propósito de adecuar la atención a las necesidades del enfermo, las demandas de sus familiares, cuidadores y la comunidad.

La gestión del cuidado es una labor rigurosa que requiere de análisis, deducción, discernimiento y conocimiento, es decir, la aplicación de un “*juicio enfermero*”, sustentado en el ser, saber, quehacer de la Enfermería como profesión y disciplina. Lograr dichas competencias debería permitir a los profesionales posicionarse como gestores de cuidados en sus lugares de trabajo y actores de cambio, tanto en sus esferas de desempeño como en su ciudad, país en vez de tan solo escudarse tras la investidura que les otorga el marco legal (27).

En las definiciones antes referidas, los autores invitan a reflexionar sobre la gestión del cuidado, convergiendo en que el proceso se realiza mediante una serie de etapas como son: planear, organizar, coordinar y garantizar la eficacia de los cuidados, y los procesos asistenciales; Demandan competencias como: liderazgo, comunicación y participación. También admiten que está centrada en el paciente y debe procurarse en forma continua. Algunos autores sostienen de gran valía a los recursos humanos con el ánimo de engranar los cuidados en los distintos niveles de atención y que demuestran distintos grados de responsabilidad que se da entre los enfermeros asistenciales y directivos.

El formar profesionales capaces de responder al entorno cambiante del sector salud. Es uno de los desafíos y proyecciones que tiene la formación profesional de enfermería para la gestión del cuidado.

Bajo esta premisa, el nuevo Modelo de Atención considera la incorporación de la carrera de enfermería por una serie de características que requieren de la participación de dichos profesionales del cuidado para un eficiente, eficaz y efectivo desarrollo del modelo.

El recurso humano más numeroso del sector salud lo constituyen las enfermeras y sus competencias son tan específicas que se aprecian en todas las estructuras relacionados con el acto de cuidar: los hospitales generales, servicios especializados, centros de salud, el domicilio, las escuelas, los centros de trabajo, y últimamente los consultorios de enfermería, y en las municipalidades.

El enfermero(a), es un profesional humano, dinámico, amable, analítico, eficiente, responsable, en permanente actualización y gestor de cambios, que ha adquirido competencias científico-técnicas para brindar cuidado post operatorio inmediato y ayudar a la persona quirúrgica (28) .

Los modelos enfermeros deben ser ágiles y eficaces que no interfieran en su rendimiento por el contrario que mejore su eficiencia. Por ello la implementación de la unidad de gestión del cuidado, considera que los sistemas de salud se beneficien de una gestión de enfermería más eficaz, de la racionalidad y de la eficiente administración de los recursos.

Los encargados de la política general también se favorecen con enfermeras gestoras profesionales bien preparadas, comprometidas, conocedoras de su área profesional, y que adoptan valiosas estrategias para la gestión del cuidado de la que son responsables.

Los equipos de atención de salud, por su parte, se benefician de contar con enfermeras que tienen capacidades altamente competentes y que participan en equipos multidisciplinarios aportando la asesoría requerida para la gestión del cuidado. Asimismo el usuario se beneficia de una mejor atención de salud, y con cuidados de enfermería estandarizados, continuos, permanentes y de una mejor calidad, ya que

son planificados, ejecutados, monitorizados y medidos bajo indicadores de Gestión centralizados.

En este sentido una revisión publicada acerca de las competencias que dichos profesionales deben incorporar para la gestión, reportó que las competencias de egreso no son iguales a las competencias profesionales, dado que las segundas son el conjunto de competencias para el ejercicio profesional que se desarrollan con la experiencia y no solo con el aprendizaje teórico (29).

La enfermera en la URPA en un Hospital III-1 articula los procesos, con los recursos humanos, tecnológicos, la información, y considera al paciente post operado inmediato, el principal motor, para proveer un cuidado holístico.

El cuidado holístico no solo permite desarrollar patrones del conocimiento en enfermería, sino también genera una relación más íntima y personal con el ser humano a su cuidado, brindándole la posibilidad que él sea un actor de su propia salud y de esa manera mejorar su calidad de vida. Es por ello que lo primordial para los profesionales de enfermería que deseen brindar un cuidado holístico, es considerar siempre que sus pacientes son seres biopsicosociales y espirituales en continua relación con su entorno, y que cuentan con distintas terapias tanto convencionales como no convencionales para brindar un cuidado único, íntimo y de calidad., más aun si lo basamos en teorías como el del “Ser humano unitario”, convirtiéndolo en un proceso dinámico.

Para Marie F Colliere (30): Cuidar... es el primer arte de la vida. Es permitir nacer... y renacer a la vida; vivir la propia muerte. Es ayudar a pasar... Rebasar... Fallecer. Las enfermeras son los barqueros de la

travesía. Y solo cuando nos integremos y compenetremos con el Cuidado, podremos comprender su esencia.

El cuidado en enfermería es complejo: ha evolucionado desde lo intuitivo a lo científico, es multidimensional y tiene múltiples significados que van desde los valores que la sustentan (lo ético), a las características que la definen como un fenómeno esencial de la profesión (lo ontológico), la que presenta variaciones según el contexto y la forma en que se conoce, es decir, la evidencia científica, experiencias y vivencias profesionales (lo epistemológico).

El término cuidado (31) incluye dos significaciones básicas íntimamente ligadas entre sí: la primera, la actitud de desvelo, de solicitud y atención para con el otro. La segunda de preocupación, y de inquietud, por que la persona que realiza el cuidado se siente inmersa y afectivamente ligada al otro.

En el documento N° 39 de la OPS (32) ALADEFE se plantea que el cuidado es como un “*acto comunicativo que requiere de conocimientos científicos, tecnológicos y del contexto cultural donde viven, se recrean y enferman los sujetos cuidados*”.

Los Cuidados de Enfermería según Rogers, se presentan a través de un proceso planificado que incluye la acogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería más indicados para alcanzarlos.

Según Salvatierra (33) el cuidado de la enfermera en la unidad de cuidados post anestésicos tiene como propósito identificar la importancia de los signos que manifiesta la persona post operada, anticiparse y prevenir complicaciones post operatorias, además de cubrir sus

necesidades y problemas hasta lograr su recuperación por completo de la anestesia. El objetivo en esta etapa es asegurar la conservación de la función respiratoria adecuada, vigilar y prevenir la depresión respiratoria, mantener el estado hemodinámico de la persona, vigilar el estado de conciencia y condiciones generales de la persona post operada, conservar la seguridad y promover su comodidad; también involucran control de signos vitales, vigilar la posición, control del dolor, vigilancia de posibles signos de alerta a nivel cardiovascular, neurológico y gastrointestinal o la aparición de hemorragias y por último e importante registrar el proceso de cuidado en el post operatorio.

En la Unidad de Recuperación Post anestésica las enfermeras cuidan durante todo el proceso vital, incluyendo el acompañamiento a la muerte o el renacer a la vida, para lo cual utiliza la programación diaria, para conocer cuali-cuantitativamente a sus pacientes por atender, de ser necesario utilizan equipos biomédicos, planifican acciones, establecen objetivos a corto y largo plazo, siendo la meta final el cuidado de calidad a los pacientes post operados inmediatos, de las diferentes especialidades.

Unos buenos cuidados de enfermería logran estabilizar su condición actual de salud, pero una mala praxis del cuidado puede producir lesiones, o secuelas al enfrentar la vulnerable situación vigente de aquel que se confía a los cuidados del profesional de enfermería.

Hace casi 100 años Florence Nightingale define Enfermería como: el acto de influir sobre el entorno del usuario para ayudarlo en su recuperación. Creía que un ambiente limpio, bien ventilado y tranquilo era esencial para la recuperación del paciente. Lo cual sigue vigente en la actualidad, el entorno influye en la recuperación del paciente de ser

negativo se dirige sino a una muerte segura, a una serie de complicaciones con posibles secuelas.

Virginia Henderson, fue una de las primeras enfermeras modernas que define enfermería: en 1960, escribió: la función propia de la enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano a desarrollar aquellas actividades que contribuyan a su salud o su recuperación (o morir en paz), que el mismo realizaría, si tuviera la fuerza, la voluntad, o los conocimientos necesarios que le ayudaran adquirir independencia lo más rápido posible.

La Organización Mundial de la Salud (34), define enfermería como la “profesión que abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”

En la Unidad de Recuperación post anestésica la enfermera profesional realiza acciones con cierta autonomía y en colaboración con otros miembros del equipo sanitario, a personas de todas las edades, y en todas las circunstancias post operadas inmediatas, incluyendo la situación terminal, cuidan a enfermos que presentan inestabilidad fisiológica y hemodinámica y advierten en todo momento diversas complicaciones relegando todo tipo de discapacidad.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (35) define Enfermería como la disciplina que:

“Abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la

promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Las funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”.

La misma institución, el CIE declara una definición de Enfermera lo bastante amplia como para que cualquier país la pueda aceptar como propia. Dada la amplitud de la definición ha sido reconocida por la OIT y la OMS. A la letra dice: “El enfermero/a es una persona que ha completado un programa de educación básica en enfermería y está calificada y autorizada para ejercer la enfermería en su país” El aspecto más importante a destacar en esta definición es el referido a: “(...) en su país”, ya que significa que los estudios básicos de enfermería están fundamentados en cada país por las actividades a realizar por la enfermera según su contexto social, político y económico. Es lógico, por tanto, que los estudios de Enfermería varíen también de un lugar a otro, en cuanto al contenido, duración, etc., por lo que en muchos casos se limita el ejercicio profesional al ámbito donde fueron cursados. La enfermera profesional asume funciones de gran complejidad y responsabilidad. Posee instrucción y formación exigidas oficialmente y está legalmente autorizada para ello.

Lo antedicho lo fundamenta el Consejo Internacional de Enfermería (en siglas CIE) (36) cuando define a una enfermera especialista como “*Una enfermera preparada más allá del nivel de una generalista y autorizada para trabajar como una especialista con experiencia en un campo específico de la enfermería*”. Es decir aquella que ha adquirido competencias específicas, complementando y desarrollando las

competencias generales obtenidas en la formación básica de grado más la experiencia en este caso en el área de recuperación post anestésica.

Para desarrollar actividades en áreas críticas como la URPA hay necesidad de personal entrenado que actué en un área única, para obtener una asistencia de enfermería adecuada, a fin de disminuir los factores de riesgo y garantizar seguridad al paciente (37).

Los profesionales en enfermería pueden continuar estudios de especialización en las distintas áreas de enfermería, siempre y cuando sean aprobados por el Colegio de Enfermeros del Perú, lo cual se estipula en el artículo 116 de la Ley N° 27669 del Trabajo de la Enfermera (o), en concordancia con lo dispuesto en el artículo 16 de su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2002-SA.

Urge entonces el desarrollo de estudios de segunda especialidad en Anestesia Recuperación y Terapia del dolor, es una necesidad sentida toda vez que como unidad se gestó hace 5 años y quienes estuvimos en el barco percibimos los sinsabores, en ese entonces sin conocer el rumbo, sin guía frente a cada situación escuchando “yo, no sé nada, a mí nadie me comunico...” “así es como se ha venido haciendo”, entre otras frases.

Estos conocimientos se logran primero con la experiencia y mediante programas de formación de especialistas, luego se mantienen con periódicas actualizaciones; es así que la especialización resulta un imperativo para lograr en la prestación de los servicios de salud, un desempeño adecuado y acorde con las exigencias del siglo XXI, que es la de obtener una prestación satisfactoria para el usuario.

Por otro lado. La estructura de la organización debe estar bien diseñada y bien definida para precisar los puestos, las obligaciones y las responsabilidades de cada integrante, esto permitirá eliminar obstáculos, confusión e incertidumbre en la toma de decisiones y en la comunicación que apoyan los objetivos de la institución y del propio servicio de enfermería. Saber cómo es el engranaje ayuda a cada trabajador a conocer su participación en el trabajo y quien dirige debe saber cómo integrarlo todo. Es necesario definir el trabajo para obtener mayor eficiencia, permitir la especialización y mejorar la economía de tiempo, esfuerzo, y costo al ejecutarlas, para responder a las necesidades actuales de la población por atender.

Quienes desempeñan funciones de enfermería han de ser personas calificadas técnicamente para poder cumplir con una responsabilidad de gran impacto como es el cuidado y conservación de la vida de un ser humano que enfrenta la intervención quirúrgica con inestabilidad fisiológica y psicológica, aun en el periodo postoperatorio inmediato, proporcionando cuidados y estricta vigilancia de corta duración a pacientes en las diversas especialidades, asegurar una evolución post anestésica y post operatoria rápida, sin incidentes ni complicaciones; Valorar el dolor, establecer los cuidados y el tratamiento, es la clave de estos cuidados así como el reconocimiento y la actuación inmediata, con observación y monitorización exacta del tratamiento y de los procesos de la Unidad de recuperación post anestésica del Hospital III-1.

Las habilidades específicas se sustentan en seis pilares a) Control del ambiente y de los recursos de la organización, incluye la capacidad de ser proactivo y estar a la vanguardia en los cambios ambientales, también involucra basar las decisiones sobre los recursos en un conocimiento claro, actualizado y preciso en los objetivos b) Organización y coordinación, en torno a tareas, coordinando luego las

relaciones interdependientes que existan entre aquellas, sin importar cuales sean c) Manejo de la información, uso de los canales de información para identificar y tomar decisiones d) Ser el sustento del crecimiento y el desarrollo. Propiciar su propio crecimiento y desarrollo personal a través de un proceso continuo de aprendizaje del trabajo. e) Motivación y manejo de conflictos, intensificando los aspectos positivos de la motivación, para que los empleados se sientan impulsados a desarrollar su trabajo f) Solución estratégica de problemas, asumiendo la responsabilidad de sus propias decisiones.

En este sentido se debe asumir la responsabilidad del proceso de cambio, y reinventar por completo sus unidades y servicios actualizándolos con una óptima gestión del cuidado.

La enfermera en el área que se desempeña e independientemente del nivel de autoridad que ejerza, requiere de conocimientos y habilidades que le permitan planear, organizar, dirigir, ejecutar, y evaluar la atención de enfermería y los servicios a su cargo. De esta forma se logra ejercer influencia positiva no solo con el personal de enfermería sino también con otros profesionales, de otras disciplinas, consintiendo además obtener el respeto, apoyo, comprensión de la comunidad en general, y de las autoridades de salud en especial.

Por su parte la sociedad americana de anestesiología (ASA) (38) utiliza un instrumento mundialmente aceptado por anestesiólogos para categorizar la condición física de los pacientes previa a cirugía. En el se consideran: Paciente I Sano; paciente sin afectación orgánica, fisiológica, bioquímica o psiquiátrica. El proceso patológico para la intervención está localizado y no produce alteración sistémica. Paciente II con enfermedad sistémica leve: afectación sistémica encausada por el proceso patológico u otra afectación fisiopatológica. Paciente III con

enfermedad sistémica grave o severa de cualquier causa, pero no incapacitante, sin limitación funcional. Paciente IV con enfermedad sistémica grave e incapacitante con amenaza de la vida, las alteraciones sistémicas no son siempre corregibles con la intervención y constituye además amenaza constante para la vida. Paciente V moribundo situación desesperada en la que el paciente tiene pocas posibilidades de sobrevivir, se trata del enfermo terminal, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico.

Este instrumento es una alianza para las enfermeras en el post operatorio inmediato. Los pacientes que se ubicaban en fase I y II por haber recibido fármacos anestésicos pasan a fase III, entonces las alteraciones sistémicas constituyen una amenaza vital constante, por lo que se hace imprescindible la presencia de la enfermera, vigilancia continua, y acciones oportunas para revertir y/o prevenir dichos efectos y mejorar la condición física de los pacientes post operados inmediatos.

El período post-operatorio inmediato (39), abarca las primeras 24 horas después de la cirugía e incluye el tiempo en que el cliente permanece en URPA. Este período se caracteriza por alteraciones fisiológicas básicamente, inconsciencia y depresión cardiorrespiratoria en el paciente que recibió anestesia general, y ausencia de sensaciones y tono simpático en los que recibieron anestesia regional, necesitando de observación permanente y de cuidados específicos.

Para atender a los pacientes se establecen tres categorías de necesidad de cuidado que van de la categoría I, en donde la persona es capaz de cuidarse a sí mismo y demanda en promedio de 1 a 2 horas de cuidado directo capaz de despertar después de anestesia sin complicaciones, más 15 minutos para educación.

La categoría II en donde la persona requiere observación estrecha por alteración potencial en un paciente estabilizado, requiere ayuda para su cuidado, apoyo en alimentación, oxigenación etc. Exige en promedio entre 3 y 5 horas de cuidado directo y 30 minutos de educación.

Categoría III, en la cual la persona requiere de atención intensiva o total que exige observación continua y monitoreo constante, se trata de un paciente inestable que requiere de 6 a 8 horas de atención directa y 30 minutos adicionales por persona. Algunos pacientes que reciben un anestésico local o que son sometidos a intervenciones que no requieren anestesia pueden pasar desde el quirófano a su habitación del hospital o a su domicilio.

Según la clasificación previa entonces el número de enfermeros por cama depende del estado clínico-quirúrgico de los pacientes y del tipo y complejidad de cirugías realizadas. En general se considera suficiente un enfermero cada dos camas ocupadas. Deferencia a considerar en la brecha de enfermeras, para esta unidad en especial.

La American Society of Post-Anesthesia Nurses (ASPAN) realizó una clasificación de los pacientes relacionada con el personal de enfermería necesario: Clase I: un enfermero cada tres pacientes despiertos y estables, no complicados. Clase II: un enfermero cada dos pacientes en caso de: Paciente con demora en la recuperación de la conciencia, pero estable. Paciente pediátrico no complicado. Paciente estabilizado pero sometido a cirugía mayor. Clase III: dos enfermeros por cada paciente que ingrese a la URPA si es preciso estabilizar al enfermo o realizar maniobras de RCP⁸.

⁸ RCP .- Reanimación Cardiopulmonar

Para establecer la clasificación teórica de los pacientes (40), se definen las siguientes variables: - Edad.- Pacientes en edades extremas (niños y ancianos) quienes muestran mayor dependencia del cuidado de enfermería. - Necesidades o cuidados fisiológicos y físicos. -Se establecen cuatro tipos de pacientes, los que se cuidan por sí mismos, los que requieren supervisión de los cuidados, los que necesitan apoyo en los cuidados, y los que tienen gran dependencia de enfermería y que además incluyen técnicas complejas.- Necesidades o cuidados psicosociales.- Se agrupan en necesidades de educación, comunicación, información, amor, apoyo en la autoestima, en diferentes grados de dependencia.- Acompañamiento de familiares.- Diagnóstico médico

A continuación se mencionan las Consideraciones según necesidades del cuidado de enfermería:

Categoría I.- Pacientes hospitalizados requieren cuidados mínimos de enfermería. Pueden ser proporcionados por él mismo o por sus familiares. Las acciones técnicas de enfermería son de baja complejidad. En esta categoría se ubican: los pacientes pediátricos de siete a doce años de edad, de adecuado nivel cultural, con enfermedades en estudio; pacientes en preoperatorio de cirugía electiva que no requieren procedimientos complejos y que tienen preparación psicológica adecuada; pacientes adolescentes o adultos en post operatorio de procedimiento de baja complejidad que no exige inmovilización, reposo, cuidados ni técnicas complejas; y pacientes con problemas ortopédicos de baja complejidad como fracturas menores y lesiones leves. Además pacientes de medicina interna y de cirugía, en estudio, sin limitaciones motoras.

Categoría II.- Pacientes hospitalizados que requieren apoyo parcial en su cuidado. En esta categoría se ubican los pacientes con diagnósticos

como: fracturas mayores que no comprometan ambos miembros superiores; que tengan limitaciones en su movilidad y que, por tanto, requieren apoyo en algunos cuidados; pacientes con fracturas leves pero que son menores de 7 años o mayores de 60 años; pacientes en post operatorio mediato de procedimientos en vías digestivas o biliares, oncológicos (algunos) y quirúrgicos no complejos; y pacientes pediátricos en post operatorio mediato de cirugías de mediana y pequeña complejidad y que cuentan con el acompañamiento de la familia.

Categoría III.- Paciente que requiere cuidado dependiente de enfermería. Se ubican en esta categoría los pacientes en post operatorio inmediato (primer día); en trabajo de parto normal o de bajo riesgo obstétrico; de medicina interna con problemas cardíacos y similares que requieren reposo en cama; en crisis hipertensivas; pediátricos en post operatorio mediato de cirugía mayor o de mediana complejidad; con quemaduras de II y III grado, de complejidad media por su localización y extensión; y pediátricos menores de siete años con problemas de mediana y baja complejidad o con lesiones y osteomusculares que les exigen inmovilidad. En fin, pacientes que tienen limitaciones para satisfacer por sí solos las necesidades fisiológicas y de comodidad, y que requieren procedimientos de complejidad técnica y educación especial en salud.

Categoría IV.- Pacientes hospitalizados en estado crítico con gran dependencia en el cuidado del personal de enfermería.- En esta categoría se ubican los pacientes que, por la alta complejidad en su cuidado y en la técnica de los procedimientos, requieren ser atendidos por personal profesional o especializado de enfermería, se incluyen pacientes prematuros y neonatos; recién nacidos sin apoyo de la familia; pediátricos con problemas de alto riesgo metabólico, cardiovascular y renal; en post operatorio inmediato y en trans operatorio; en trabajo de

parto con alto riesgo obstétrico; en estado hiperosmolar, con infarto agudo de miocardio en su primer período; intoxicados con enfermedad cerebrovascular; con problemas de fístulas; con quemaduras de III grado extensas o IV grado, o con quemaduras de gran extensión .

En relación al periodo postoperatorio la mayoría de autores admiten que empieza una vez terminada la operación y el paciente ingresa a la URPA, también denominada “sala de recuperación”. La duración del postoperatorio depende del tiempo necesario para la recuperación del estrés y de alteración causada por la cirugía y la anestesia pudiendo ser sólo unas pocas horas o alcanzar incluso días.

El postoperatorio inmediato (41) se inicia una vez concluida la intervención: abarca las seis horas siguientes, si bien puede prolongarse a veces hasta 36 horas o más. El paciente es conducido a la unidad de recuperación post anestésica donde el equipo especializado controla sus funciones vitales en forma continua.

La asistencia de enfermería en el período post operatorio entraña detección precoz de complicaciones y alteraciones: de consciencia, respiratorias, cardiovasculares, genitourinarias, de la herida operatoria. Así como restablecer del desequilibrio fisiológico, prevención del dolor, regulación de la temperatura corporal, protección física, y ayudar al paciente a recuperar su independencia.

La valoración cuidadosa y la intervención inmediata ayudarán al paciente a recuperar su función normal con tanta rapidez, seguridad y comodidad como sea posible. Se hará todo esfuerzo para anticipar y prevenir de ser posible, los problemas en el período postoperatorio. La asistencia del recién operado sigue en importancia sólo a la propia operación (42).

Algunos autores consideran que las etapas del periodo postoperatorio son tres: 1) El periodo Inmediato que corresponde a las primeras 12 horas luego de la intervención quirúrgica y ocurre entre las áreas de recuperación y cirugía 2) El periodo Mediato que ocurre posterior a las 12 horas hasta las 48 horas sucede en la unidad de cirugía y 3) El periodo Tardío posterior a las 48 horas luego que egresa el paciente del hospital hasta mínimo una semana.

Según Rosales, el Post operatorio (43) es el tiempo que transcurre desde que el paciente concluye su participación en la cirugía extendiéndose hasta que es dado de alta, para su recuperación total o para que continúe su recuperación en su domicilio, con una finalidad didáctica se divide en inmediato y mediato. Inmediato: se extiende desde la colocación del apósito en la herida quirúrgica hasta que los signos vitales se encuentren en los estándares establecidos, y el Mediato cuando ya se han estabilizado los signos vitales del paciente hasta que sea dado de alta o logre su recuperación total.

Otros autores consideran que el periodo postoperatorio se divide en dos etapas: el inmediato que comprende las primeras 24-48 h. después de la operación y mediato que se extiende hasta la recuperación del paciente. En la presente investigación el periodo postoperatorio inmediato se considera las primeras 12 horas, luego de la intervención quirúrgica, tiempo que permanece en la Unidad de recuperación post anestésica.

El postoperatorio puede dividirse en dos fases: la primera es el postoperatorio inmediato, que se caracteriza por la recuperación inicial de estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras horas siguientes a la intervención. La segunda fase 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 entre la fase inicial de la recuperación postoperatoria y la segunda fase, ambos periodos se superponen.

Se entiende por postoperatorio al período que transcurre desde que termina la cirugía, etapa de síntesis, hasta que se reanudan espontáneamente las funciones fisiológicas normales: alimentación, ruidos intestinales, micción, defecación, deambulación, todo ello acompañado de sensación de bienestar (44).

Como se deduce 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 postoperatorias si es que las hubo.

Todos los autores admiten que el periodo postoperatorio empieza una vez terminada la operación y el paciente ingresa a la URPA. La duración depende del tiempo necesario para la recuperación del stress y de alteración causada por la cirugía y la anestesia pudiendo ser de sólo unas pocas horas o abarcar varios días. Intervienen en este caso factores como la edad del paciente, su estado nutricional o estados patológicos que requieren terapéutica más intensiva.

La clase de intervención quirúrgica influirá en la duración de la vigilancia continua que requiere el paciente después del periodo post anestésico inmediato.

La cirugía puede ser 1: urgente, de manera imprevista todo el equipo quirúrgico tiene que preparar y realizar lo más rápidamente una intervención que no ha sido planificada cuidadosamente 2:

Programadas son las cirugías que se preparan según protocolos con tiempo suficiente para que el paciente esté preparado y poder evitar así riesgos posteriores 3: cirugía ambulatorias dentro de las cirugías programadas encontramos este tipo de intervención, que se realiza generalmente en menos de 2 horas y no requiere estancia hospitalaria durante la noche.

En casos excepcionales los pacientes de programación, más aun los de cirugía ambulatoria necesitan hospitalizarse y si no se gestiona la cama en su servicio de destino, se instalan en una cama en URPA, lo que genera un cuello de botella y hasta suspensiones de las intervenciones quirúrgicas programadas, parámetro que mide la productividad del servicio.

Las cirugías están clasificadas en dos grupos: Grupo A: Cirugías con bajo / nulo riesgo de transfusión Estos procedimientos quirúrgicos no suelen precisar una transfusión sanguínea. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que cualquier procedimiento médico o quirúrgico puede complicarse de modo inesperado y precisar durante su desarrollo soporte transfusional. Cirugía oftalmológica: ojos Cirugía dermatológica: piel Cirugía otorrinolaringológica: garganta, nariz y oídos Biopsias Laparoscopias Cirugía general o Tiroides o Vesícula o Apéndice o Hernias Traumatología o Hernia de disco Urología o Extirpación de la próstata a través de la uretra (RTU) Ginecología y Obstetricia o Histerectomía simple: extirpación simple del útero o matriz o Laparoscopia o Cesárea Cirugía vascular / cardiaca / torácica o By-pass femoro-poplíteo: consiste en conectar la arteria femoral y la poplítea, ambas localizadas en la pierna.

Grupo B: Cirugías con moderado / alto riesgo de transfusión Cirugía general o Gastrectomía: extirpación de parte o todo el estómago o Hepatectomía: extirpación de parte o de todo el hígado o Trasplante de hígado o Cirugía de tumores (hígado, páncreas, colon...) Traumatología o Implantación de una prótesis de cadera o Implantación de una prótesis de rodilla o Cirugía de la columna (escoliosis, artrodesis de columna...) o Fracturas múltiples Cirugía plástica o reparadora o Cirugía de mama o Quemados Ginecología y Obstetricia o Histerectomía: extirpación del útero o matriz por un tumor o Complicaciones del parto Urología o Nefrectomía: extirpación del riñón o Prostatectomía: extirpación de la próstata haciendo una incisión en el abdomen inferior o Cirugía de tumores Cirugía vascular / cardíaca / torácica o Implantes de válvulas o By-pass aortocoronario: consiste en conectar la arteria aorta y la coronaria o Trasplante cardíaco, Aneurismas: saco formado por la dilatación de la pared de un vaso sanguíneo y que es preciso reparar quirúrgicamente.

Pero también hay cirugía que se realizan en el hospital III-1 con categorías C y D. las mismas que demandan tiempo y dedicación de las enfermeras de URPA.

Las enfermeras cumplen con las Normas de Cuidado Postoperatorio, que a continuación se detalla Norma I: Todo paciente que haya recibido anestesia debe recibir un adecuado manejo postanestésico. Norma II El paciente en el periodo postoperatorio inmediato será acompañado por un miembro del equipo de anestesia. Norma III: El paciente debe ser reevaluado en la URPA y se hará una entrega verbal al personal de la URPA. Norma IV La condición clínica del paciente debe ser reevaluada en forma continua durante su estancia en la URPA. Norma V: Un anesestesiólogo debe ser responsable del egreso de cada paciente de la URPA.

La atención de Enfermería según el protocolo de ingreso del paciente a la Unidad (aseedar) (45): Recepción e identificación del paciente – Comprobación grafica de anestesia y hoja quirúrgica (tipo de cirugía, tipo de anestesia, e incidentes), -Apertura y registro en grafica de enfermería, -Monitorización de funciones cardiológicas y hemodinámicas: PA, FC, ECG, -Valoración y monitorización de la función respiratoria, -Observación de piel y mucosas, -Control y regulación de la temperatura corporal (manta térmica), - Valoración Neurológica (signos de despertar, nivel de sedación, agitación), - Valoración del dolor, administración de analgesia, -Control y revisión de drenajes y apósitos quirúrgicos, - Administración de la medicación, sueroterapia y hemoderivados, según prescripción, - Control de diuresis y balance de líquidos, - Realización y control de pruebas complementarias (analítica, Radiografías etc.) –Apoyo emocional al paciente informándole de donde está, acciones que le vamos a realizar y tiempo de estancia aproximado en la unidad. – Evaluación del paciente hasta el alta, -Controlar las características de la recuperación normal del paciente, - Valoración y control de la reversión de la anestesia loco-regional, -En situaciones de emergencia vital, aplicar las reglas básicas de reanimación cardiopulmonar. Así como mantener y reponer carro de parada.

Los criterios de traslado de URPA hacia salas o unidades de cuidados progresivos se consideran según los Niveles de Atención: Nivel de atención I Se considera de alta al paciente que después de una hora extubado, mantenga estado de alerta (sea capaz de comunicarse con el medio), Hemodinamia se mantenga estable en este período, Ausencia de hemorragia, Saturación de oxígeno >92%, Aliviado del dolor y las náuseas, Ausencia de descompensación de enfermedades asociadas. En caso de anestesia regional debe movilizar las piernas rectas con buena

sincronización de movimiento. En caso de anestesia local: No requiere estadía, al igual que la plexal, salvo si existen complicaciones, tanto médicas como quirúrgicas.

En Nivel de atención II: Aquí la estadía oscila entre 2 a 8 horas, en dependencia de la recuperación anestésica que es más prolongada o por la cirugía, de mediana envergadura por ejemplo: gastrectomía, nefrectomías, cistoprostatectomía, ileo-cistoplastia, laringectomía, cualquier paciente con una complicación anestésico-quirúrgica que evolucione satisfactoriamente y sin peligro para la vida. Cuando se decida el alta del paciente debe cumplir los requisitos descritos en el nivel I; de no cumplirse pasa al nivel de atención III.

Nivel de atención III: Aquí la estadía es mayor de 20 horas aquí radica la cirugía de alta complejidad ejemplo: torácica, hepática, pancreática, bilio-digestiva, vascular (aorto-carotídea) neuroquirúrgica, cirugía del raquis, máxilo facial y/o con injertos vascularizados y todo aquel paciente que sufra una complicación anestésica o quirúrgica que entrañe peligro para la vida. El alta en estos pacientes debe ser confirmada entre el anesthesiólogo y el cirujano y cuando se decida su traslado a sala debe cumplir los mismos requisitos expuestos en el nivel I con un período de estabilidad de unas 6 horas pudiendo ser trasladados a sala en las primeras 8 horas del día siguiente de su admisión en la URPA.

La literatura refiere que los pacientes ingresados en el nivel I, tendrán horario tope de traslado hasta las 23 horas a fin de no interferir con el sueño de los demás enfermos. Y para los pacientes del nivel II el horario tope debe ser las 22 horas, dado que se requiere una mayor labor por parte de la enfermera de la sala para su recepción.

El número aproximado de pacientes que se atienden en la URPA son 25 por día; Aquí permanecen pacientes de alta complejidad. Sólo se efectúa el traslado, si la situación así lo requiere con previo análisis del problema con la supervisora de enfermería, el cirujano del caso, el anesthesiólogo de turno. La supervisora de las enfermeras estará facultada para informar del traslado a la enfermera de sala.

En relación al Informe a familiares: El anesthesiólogo de turno debe brindar un parte médico de los pacientes ingresados en el nivel III a las 15 horas y otro a las 21 horas. De ocurrir una complicación grave, si es quirúrgica el cirujano de asistencia debe en conjunto con el anesthesiólogo de la URPA dar el informe al familiar. De tratarse de una complicación anestésica el anesthesiólogo que diagnosticó y trató el accidente es responsable del parte en la primera hora, después lo seguirá el del turno.

En la Unidad de recuperación post anestésica de un hospital de nivel III-1, no se puede precisar un horario de traslado de pacientes, todo depende de la dinámica que se presente en el día a día y especialmente de la evolución del estado físico y psicológico del paciente, y de la disponibilidad de camas, para permitir el funcionamiento de quirófanos hecho que genera conflicto precisamente en el cambio de turno que es hora punta, donde se congestionan los pacientes que salen de quirófano hasta cuatro pacientes al mismo tiempo.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de investigación

La investigación se desarrolló bajo el paradigma Humanístico con enfoque cualitativo, al considerar el contexto natural en el que se desenvuelven las personas, posibilitando interconectar constructos teóricos, y fortaleciendo la expansión del conocimiento en enfermería (46).

En la presente investigación se visualiza el escenario y sus protagonistas, en perspectiva holística y como parte de un todo, se trata de comprender a las personas en su contexto experimentando la realidad tal y como sucede, en conformidad de los participantes, basado en observaciones y descripciones exactas de actividades que realizan las enfermeras; específicamente en la unidad de recuperación post anestésica de un hospital III-1.

2.2 Abordaje metodológico

El abordaje es descriptivo, interpretativo. Descriptivo porque es un delineamiento de la realidad percibida, donde se observa, describe, clasifica analiza e interpreta la naturaleza actual de los procesos para luego clasificarlos e interpretarlos, ya que se realiza

un análisis de la realidad, sus interacciones y la dinámica con la que se producen en un espacio y tiempo determinado (47); es decir cómo realizan las enfermeras la gestión del cuidado en el post operatorio inmediato.

2.3 Sujetos de investigación

El Sujeto de Investigación (48), es un ser activo, productor, que desborda los límites de los sentidos en la infinita riqueza de la imaginación, cumple una función activa en el proceso de realización de las actividades de investigación y desarrollo.

Los sujetos (49) en la presente investigación es un sujeto muy trascendente, son enfermeras con capacidad de proporcionar amplia información. Nos ayuda a tomar decisiones y a comprender situaciones. Cumplen muchas veces la función de asesores.

Como criterio de inclusión se considera aquella que labora en la URPA que tiene mayor familiaridad con la dinámica del servicio, con experiencia laboral no menor de 2 años, cuya participación es voluntaria y firmaron el consentimiento informado.

Se excluye al personal que reemplace al titular en el puesto, por desconocimiento de la dinámica del servicio, aquellas que no tienen experiencia requerida, que se encuentren de vacaciones o con licencia, y las que no desean participar, respetando su posición.

Participaron como informantes claves 10 enfermeras (ver anexo n° 4), el 100% del sexo femenino, entre los 28 - 62 años de edad, 7 de ellas con estudios en universidad nacional y 3 con estudios en universidad particular, el 100% tienen estudios de segunda especialidad (en centro quirúrgico, en paciente crítico), el 50% tienen estudios de maestría, y dos con estudios de doctorado en proceso. El tiempo de servicio entre los 10 - 38 años, mientras que el tiempo en URPA oscila entre los 2 y los 8 años. 2 enfermeras jefes, 8 enfermeras asistenciales; 3 enfermeras laboran bajo la modalidad 276, 6 enfermeras con plazo indeterminado y 1 con plazo fijo.

2.4 Escenario

El servicio de URPA de un Hospital de nivel III-1 del distrito de Chiclayo. Desde la perspectiva arquitectónica es un hospital de construcción horizontal (área Básica) y Vertical (área nueva) consta de cinco pisos. En el tercer piso se encuentra ubicada la Unidad de Recuperación Post anestésica como parte del Departamento de Centro quirúrgico y Anestesiología, constituido por un total de 5 quirófanos ubicados: 4 salas de operaciones para intervenciones electivas enumerados con los números 314 (cirugía General, Urología), 317 (Cirugía Cardíaca), 318 (Neurocirugía y Traumatología), 321(Ginecología, Cirugía de Cabeza y cuello), 325 es el número de Quirófano para intervenciones quirúrgicas de emergencia, En este piso la sala de recuperación post anestésica cuenta con siete cama-camillas, se atiende un promedio de cinco pacientes en el turno mañanas, 15 pacientes en turnos tarde y diez pacientes en el turno noche. En el Cuarto piso 1 quirófano exclusivo para cesárea, con un ambiente adaptado para la recuperación post anestésica y tres camillas y en el sótano, se atienden en Cirugía de día, pacientes de oftalmología que han recibido anestesia local, o general inhalatoria se realizan actividades con 2 Quirófanos y una

unidad de Recuperación post anestésica con cuatro camillas, se atienden en promedio cinco pacientes por turno en cirugía de día que funciona en el sótano y tres pacientes en el cuarto piso generalmente aquellos que han recibido anestesia regional, y el tipo de cuidados que se efectúan en el mismo comprende la atención integral post quirúrgica.

Los enfermeros participantes en este proyecto de investigación cumplen jornadas laborales que cubren las 24 horas del día, los 365 días del año en turnos rotativos de tarde, mañana, incluyendo la programación nocturna de doce horas solo en el tercer piso.

La Unidad de Recuperación post anestésica, es una parte vital del hospital, los pacientes son vigilados hasta su estabilización hemodinámica y luego son trasladados al servicio de hospitalización que corresponde. La unidad dispone de los fármacos y equipamiento necesario para los cuidados de rutina, es decir: Oxigenación, aspiración, para el soporte vital avanzado y para reanimación cardiopulmonar además del uso de los monitores multiparámetros para el control de las funciones vitales. (ver [Galería fotográfica](#) pág. 136).

Cabe mencionar que el paciente post operado inmediato ingresa acompañado del anesthesiólogo que proporciono la anestesia y por la enfermera quirúrgica, lo recibe el anesthesiólogo y la enfermera de URPA quien vigila la evolución del paciente y las posibles complicaciones que puedan acontecer (Ilustración 3 y 4), en especial aquellos que han recibido anestesia general, se confirma la identificación (ilustración 2), se valora la situación, se revisa la historia clínica, se identifica el tratamiento médico y de enfermería.

Luego se implementa el plan dando el curso de acción con reformulación según seguimiento y evaluación de las actividades.

Cada monitor multiparámetro (Tiene brazaletes para calcular la tensión arterial, pulsioxímetro, termómetro, cable para medir PVC y línea arterial). En la pared al lado de cada cama se dispone de una toma de oxígeno, uno de vacío, para aspirar secreciones. Además se cuenta con ventiladores mecánicos, bombas de infusión y equipamiento necesario para el soporte vital avanzado. El Electrocardiógrafo tiene que estar operativo. (ilustración 8).

Entre las acciones específicas que realizan se mencionan: la monitorización constante de funciones vitales, soporte ventilatorio, estabilización hemodinámica uso de fármacos vasoactivos, administración de oxígeno, uso de bombas de infusión, apoyo en la canalización de líneas arteriales o catéter venoso central, Intubación y extubación endotraqueal, control de drenajes, aspiración de secreciones y el balance hidro-electrolítico estricto, revisión del carro de parada, contabiliza los medicamentos, verifica fecha de vencimiento y repone los consumos, constantemente coordina con el personal de enfermería y también con otros integrantes del equipo multidisciplinario, informando todo suceso en el relevo para que los cuidados sean continuos; Además registra datos relevantes en la historia clínica. Al finalizar su jornada deja constancia en los cuadernos de incidencia; y en los formatos estadísticos.

Por ser un hospital de Referencia debe tener una organización innovadora que se integra en forma de grupos de trabajo. En su Filosofía considera como misión que somos un servicio especializado de alta complejidad que ofrece asistencia integral de la mayor calidad científico-técnica, investigadora, docente y social en el cuidado del

post operado con calidez y eficiencia orientada hacia la población asegurada de la macro región Norte” y como visión la unidad funcional será líder en la atención especializada a los asegurados del ámbito de la macro región norte con un servicio involucrado con las necesidades y expectativas de la población asegurada por la calidad en la atención post operatoria con un recurso humano altamente especializado”.

2.5 Instrumentos de recolección de datos

La evidencia se encontró en fuentes variadas: documentos, registros clínicos, observación directa, entrevista semi estructurada.

La búsqueda de información se basó fundamentalmente en los siguientes Bases de datos en soporte digital: se trata de un conjunto de datos almacenados relativos a la gestión del cuidado.: - GOOGLE ACADÉMICO: SCIELO, DIALNET, herramienta de búsqueda de revistas y artículos científicos para el desarrollo del presente trabajo.

Fue necesario utilizar el análisis Documental (50), el cual constituye el punto de entrada a la investigación. Los documentos fuente fueron de naturaleza diversa: personales, institucionales o grupales, formales o informales. A través de ellos fue posible obtener información valiosa para lograr el encuadre de la gestión del cuidado en URPA y seguir el proceso de análisis.

En el trabajo de campo el investigador no pierde de vista los aspectos teóricos sino que los resignifica, guiándolo, ayudando, profundizando en las incertidumbres y dudas. En el cuaderno de campo, la investigadora registró absolutamente todo lo que sucedió en el trabajo de URPA, importante para el análisis, es la materia prima con la que conto la investigadora a la hora del análisis, ya que lo empírico ayudará a reconsiderar lo teórico.

Es muy importante tener en mente que los informantes son los que conocen su mundo. La persona investigadora tiene la tarea de captar el mundo del informante de la mejor manera que él lo pueda conocer, creer o concebir lo cual a menudo es un reto difícil de conseguir. Captar lo que es «cierto», «conocido» o la «verdad» para los informantes en los contextos o en la situación social que viven, requiere escuchar de manera activa, reflexionar y mantener una relación de empatía. Entrar en el mundo de las personas a las que investigamos, supone paciencia, reflexión y evaluación permanente (51).

En la guía se escribió el día y la hora del momento de la observación. Todo lo que se observó se registró. Así como las impresiones que estos elementos causan. Se reflejaron aquellos hechos y experiencias que permitan la profundización, la reflexión, y la solución de problemas y el registro correspondiente en el diario de campo para lo cual se han determinado algunos ítems para guiar el trabajo de investigación (Anexo N° 2).

En la recolección de datos, se incluyó la estructura de una entrevista semiestructurada (Anexo N° 3) en dos segmentos: en el primero se plantea preguntas relacionadas con datos socio-demográfico- laborales. En el segundo, una serie de 8 cuestiones relacionadas con la gestión del cuidado en la unidad de recuperación post anestésica. 1. Para usted ¿Qué significa “gestión del Cuidado” en la Unidad de Recuperación Post anestésica? 2. Desde su formación y experiencia laboral ¿Qué capacidades reconoce usted para perfeccionar la gestión del cuidado en URPA? 3. Puede explicar ¿Cómo realiza Ud. La gestión del Cuidado en URPA? 4. ¿Qué modificaciones ha experimentado en el ejercicio de su profesión considerando la gestión del cuidado en URPA? 5. ¿Cuál ha sido el papel de la enfermera en la gestión del cuidado? 6. ¿De qué manera

la institución y los profesionales de enfermería han asumido la gestión del cuidado? 7. Puede describir ¿Qué limitaciones y obstáculos se presentan en la gestión del Cuidado en URPA? 8. ¿Cuáles serían sus propuestas para reformar la gestión del cuidado en la Unidad de recuperación post anestésica?

Las respuestas abiertas permiten explayarse en el tema. Además los datos quedaran registrados para corroborar los mensajes recibidos y luego verificar su exactitud con las mismas participantes.

Dicho cuestionario fue validado por juicio de expertos: tres enfermeras especialistas de URPA de un hospital del distrito de Chiclayo y monitorizado por estudio piloto.

2.6 Procedimiento

Previa autorización de las autoridades correspondientes para realizar el proyecto de investigación, se procedió a identificar a los sujetos participantes, cuya decisión de participar en el estudio se circunscribió a la información sobre objetivos, beneficios, posibles riesgos y las condiciones que el investigador le da al participante. La investigadora se aseguró que el participante ha comprendido todos los aspectos relacionados con su inclusión en la investigación y quedo constancia por escrito de su aceptación (Anexo 1), y de que su decisión de participar fue libre.

Logrado los contactos, se concreta cita según disponibilidad de tiempo y aprobación de la participación en el estudio, pudiendo retirarse en cualquier momento, si así lo estime, posterior a ello se coordina lugar, fecha y hora para el llenado individual de la encuesta, se preserva su identidad siendo confidencial y se registraron una vez terminada y entregada la encuesta el código correspondiente según entrega de enfermeras desde el código E1 hasta el E10. (Anexo 4)

2.7 Análisis de datos

La recolección y análisis de datos implicó recopilar y trabajar los datos, organizarlos en unidades manejables, sintetizarlos, descubrir qué es importante y qué van aportar a la investigación. Y los datos fueron procesados por análisis de contenido temático (52). Dentro de las fases para la elaboración de un sistema categorial de análisis de contenido se realiza:

- 1) Pre análisis: Durante esta fase la investigadora desarrollo la revisión exhaustiva de material bibliográfico y de las encuestas realizadas. Todo ello teniendo en cuenta los objetivos planteados en la presente investigación. Y los transcribió en Word para su análisis posterior.
- 2) Formación del sistema categorial: Para elaborar las categorías, la investigadora, considera criterios en base al objeto de estudio, lo que permitió describir y comprender la manera de pensar, sentir y de actuar de las enfermeras DE URPA referente a la gestión del cuidado en el post operatorio inmediato. Para ello separó de cada encuesta los párrafos significativos primero pregunta por pregunta y luego de acuerdo a su semejanza por unidades temáticas. Obteniendo en total 78 unidades de significado y para el análisis respectivo se escogieron 31 unidades temáticas.
- 3) Codificación: En líneas generales la codificación implica la elección de las unidades de análisis o registro, y la determinación de los indicadores de codificación que se utilizaron. Las unidades de análisis o de registro, que son los elementos básicos o datos a los cuales les aplican el sistema categorial elaborado. Asimismo las unidades de registro más utilizadas en el análisis de contenido son: la palabra, el tema, el objeto o referente, el personaje, el acontecimiento, y el documento. Según este proceso emergieron

cuatro grandes categorías: 1) Proceso activo con calidad en la atención post quirúrgica con dos subcategorías: - Personalizando la gestión del cuidado - Gestión con acciones centradas en las necesidades de salud y de cuidado de los pacientes; 2) Competencias en la gestión del cuidado, con dos subcategorías: -Conocimientos actualizados, comunicación y trabajo en equipo -Responsabilidad, liderazgo y toma de decisiones; 3) Actuación en la gestión del cuidado por las enfermeras de URPA, con tres subcategorías: - Verificando programación de pacientes y operatividad de equipos médicos -Desde la acogida hasta el alta - Incluyendo parcialmente la educación a la familia. 4) Enfrentando un ambiente complejo, estresante y especializado.

- 4) Análisis e interpretación: Emergidas las categorías se procedió a su interpretación y análisis con soporte en el análisis documental y antecedentes encontrado. Después se elaboró un marco conceptual de la gestión del cuidado en el post operatorio inmediato. Luego se procedió a escribir las consideraciones finales con las respectivas recomendaciones y el registro de la bibliografía y anexos respectivos del estudio.

El limitante mayor del estudio fueron las largas esperas y el regreso de un día a otro con las enfermeras de URPA en consideración a sus funciones y tiempo disponible, sin embargo fue de suma importancia y gratificante para la investigadora haber culminado este estudio.

2.8 Criterios éticos

El proyecto fue presentado a la Universidad Católica “Santo Toribio de Mogrovejo”.

El compromiso fue garantizar a los participantes la información sobre la voluntariedad de su participación, la garantía de anonimato, posibilidad de interrumpir su participación en cualquier momento sin que hubiera ningún perjuicio o daño al participante del estudio. Se informó a los participantes que los beneficios de la investigación están relacionados con la contribución de acciones en la gestión del cuidado de la unidad de recuperación post anestésica en un hospital nivel III-1

En ningún momento se divulgarán los nombres de los participantes y la identificación se hará por código alfanumérico.

La presente investigación asumió los principios de la bioética Personalista, propuesto por Elio Sgreccia (53) .

El **principio de defensa de la vida física** destaca que la vida física, corpórea, es el valor fundamental de la persona porque la persona no puede existir si no es en un cuerpo como co-esencial a la persona, es decir, como base única y necesaria para su existencia en el tiempo y en el espacio. Por ello la investigadora valoró a las enfermeras como sujetos autónomos y libres, respetando sus decisiones de participación tratándolas con la dignidad proveniente de ser persona y en ningún momento sólo como objeto que proporciona datos para la investigación. Y en ambas partes hubo respeto mutuo.

El principio de **libertad y responsabilidad** dirigiendo nuestro actuar el investigador se ceñirá al proyecto presentado en busca de la verdad y no usará los datos para beneficios propios sino de acuerdo a los objetivos de la investigación.

Principio de **Sociabilidad y Subsidiaridad**, por lo que pertenecemos a una sociedad, pone de relieve que toda persona está obligada a autorrealizarse participando en la realización del bien de sus semejantes y, dado que la vida humana es un bien personal y también social, cada persona debe comprometerse a proteger la vida como un patrimonio de la sociedad y no sólo de cada individuo personal. Asimismo, la subsidiariedad es un principio que completa al anterior diciendo que la sociedad tiene la doble obligación de asistir o ayudar más allá donde las necesidades son más graves y urgentes, sin suplantar o sustituir las iniciativas libres de los ciudadanos, bien sea individualmente o de forma asociada. Implica ayuda es decir poner a práctica la solidaridad.

Valores éticos que prevalecen en la Unidad de recuperación post anestésica de un hospital III.1

El investigador queda comprometido a difundir y explicar los resultados y beneficios de la investigación, tanto a los sujetos de la investigación como a las instituciones.

La consideración de los aspectos éticos como el valor social, científico, implica que la información que genera esta investigación permite identificar vacíos en un tema tan importante para enfermería como es la Gestión del Cuidado.

La presente investigación no implica riesgos para la salud ni perjudica la vida de los sujetos del estudio. No existe conflicto de interés por parte de los investigadores en los resultados de esta investigación y cada participante del estudio firma previamente un consentimiento informado, testificando con ello la confidencialidad de la información.

2.8 Criterios de rigor científico

Durante todo el proceso de investigación, desde los ajustes del diseño hasta la elaboración del informe final fue indispensable precisar la rigurosidad del trabajo de investigación (54). Entre estos se describen la credibilidad, transferibilidad, consistencia, confirmabilidad, relevancia y la adecuación teórico-metodológica, los cuales permitieron evaluar el rigor y calidad científica de nuestro estudio.

El criterio de credibilidad o valor de la verdad, también denominado como autenticidad, es un requisito importante debido a que permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos. Se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado, así el investigador evita realizar conjeturas a priori sobre la realidad estudiada. Este criterio se logra cuando los hallazgos son reconocidos como “Reales” o “verdaderos” por las personas que participaron en el estudio, por aquellas que han servido como informantes clave, y por otros profesionales sensibles a la temática estudiada. Además, está determinado por la relevancia que tenga el estudio y los aportes que sus resultados generen en la consecución o comprobación de nuevas teorías.

Además se dice que existe validez cuando hay un cuidado exhaustivo del proceso metodológico, de modo que la investigación se hace creíble. El establecer unos marcos concretos y sistemáticos de cómo se han recolectado y tratado los datos permite que otros investigadores puedan preguntarse si los resultados obtenidos son válidos o no en otras circunstancias similares.

Este criterio se establece por medio de las observaciones prolongadas, la participación de los participantes claves, el conocimiento es creíble; pues es la verdad tal como la conocen, la experimentan, la refieren las personas que están siendo estudiadas y la interpretación a partir de los hallazgos.

La transferibilidad o aplicabilidad es decir se puede transferir los resultados de esta investigación a otros contextos, teniendo en cuenta que los fenómenos estudiados están íntimamente vinculados a los momentos, a las situaciones del contexto y a los sujetos participantes de la investigación.

Se logra este criterio a través de una descripción exhaustiva de las características del contexto en que se realiza la investigación y de los sujetos participantes. Dicha descripción sirve para realizar comparaciones y descubrir lo común y lo específico con otros estudios.

La importancia de la aplicación del muestreo teórico o intencional, permite maximizar los objetos conceptuales que emergen del estudio e identificar factores comparables con otros contextos. Podríamos decir que los resultados derivados de la investigación cualitativa no son generalizables sino transferibles de acuerdo con el contexto en que se apliquen.

La Consistencia, confiabilidad o dependencia, conocida a su vez como replicabilidad, hace referencia a la posibilidad de replicar estudios, es decir, que un investigador emplee los mismos métodos o estrategias de recolección de datos que otro, y obtenga los resultados similares. Se puede recurrir a un investigador externo que dé su opinión sobre todo el proceso seguido, a fin de indicar si este se ha conducido correctamente o no, y si las estrategias utilizadas para la reconstrucción de las categorías analíticas son las apropiadas; por

eso se sugiere en los estudios que se llevan a cabo por varios investigadores realicen registros sistematizados y acudan a la discusión el proceso con otros investigadores que estén interesados en líneas de trabajo similares.

Para lograr la consistencia de los datos se empleó procedimientos específicos tales como: la triangulación de investigadores, de métodos y de resultados; el empleo de un evaluador externo, y la descripción detallada del proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos; Además, la estrategia de comparación constante permite revisar y comparar los resultados emergentes con teorías previamente formuladas. En razón de que la investigación cualitativa enfatiza en el carácter único de las situaciones humanas y en la importancia de las experiencias de los sujetos, surge el criterio de auditabilidad que denota el rigor de un estudio cuando otro investigador debe seguir la ruta de decisiones empleada por el autor de la investigación y llegar a conclusiones similares o comparables.

Se procesa el registro completo de todos los discursos, decisiones e ideas que la investigadora experimentó, (cuaderno de campo) en relación al estudio y que pueden ser solicitadas por otro investigador para una mejor comprensión del objeto de estudio.

Bajo el criterio de Confirmabilidad o reflexibilidad, denominado también neutralidad u objetividad, los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes. La confirmabilidad permite conocer el papel del investigador durante el trabajo de campo e identificar sus alcances y limitaciones para controlar los posibles juicios o críticas que suscita el fenómeno o los sujetos participantes. El investigador

cualitativo tiene el compromiso ético de informar a los responsables de los sitios donde realizó su trabajo. Así deja claro el papel que desempeñó durante las observaciones y en las interacciones con los participantes del estudio. Para lograr la objetividad se requiere que el instrumento de recolección de datos refleje los objetivos del estudio, que el investigador realice transcripciones textuales de las encuestas, y que la escritura de los resultados se contraste con la literatura existente sobre el tema, respetando la citación de las fuentes. Asimismo, se tuvo en cuenta la revisión de los hallazgos por parte de otros investigadores. Vigilar la veracidad de los datos y cuidar bien los asuntos de rigor en una investigación cualitativa debe ir de la mano de la reflexividad del investigador que posibilita que este sea consciente de la influencia de sus planteamientos y de la perspectiva con la que aborda el fenómeno de estudio. Además, ayuda a que desarrolle una conciencia autocrítica que le permita obtener una mejor comprensión del fenómeno, de modo que deje claro cómo ha logrado la pretendida neutralidad en la actividad investigadora y qué reflexiones realizó en todo el proceso para concluir sus resultados.

La Relevancia permite evaluar el logro de los objetivos planteados en el proyecto y da cuenta de si finalmente se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno o hubo alguna repercusión positiva en el contexto estudiando, por ejemplo, un cambio en la actividad desarrollada o en las actuaciones de los sujetos participantes. Este criterio también se refiere a la contribución con nuevos hallazgos y a la configuración de nuevos planteamientos teóricos o conceptuales. Se podría afirmar que la relevancia ayuda a verificar si dentro de la investigación hubo correspondencia entre la justificación y los resultados que fueron obtenidos en el proceso investigativo.

Para la Adecuación o concordancia teórico-epistemológica se debe tomar en cuenta desde el momento en que se decide trabajar con la metodología cualitativa. La coherencia epistemológica de una investigación cualitativa está determinada por la consistencia entre el problema o tema que se va a investigar y la teoría empleada para la comprensión del fenómeno. Además, la aplicación de este criterio debe estar presente durante el proceso de investigación, en la forma en que se recogen, analizan y presentan los datos, de tal modo que exista una correspondencia entre los presupuestos teóricos y la forma en que son encuadrados los asuntos metodológicos y de carácter práctico que articulan una investigación. Este criterio da cuenta de cómo el investigador hace visibles sus referentes teóricos a lo largo de todo el proceso investigativo.

Cada uno de los criterios nombrados, son congruentes con los objetivos del estudio, todos ellos orientaron el mejor manejo de la documentación a lo largo del estudio.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Enfermería ha traspasado, de las tareas y procedimientos técnicos que la caracterizan como ocupación u oficio, a la construcción de un cuerpo disciplinar con la elección de un método de trabajo que se consolida en la gestión del cuidado.

La gestión del cuidado para las enfermeras asistenciales de la unidad de recuperación post anestésica de un hospital de nivel III-1 empieza con la planificación y se desarrolla mejorando la condición de salud hasta obtener una pronta recuperación del paciente en el periodo inmediato después de ser intervenido.

Al momento de formalizar la encuesta sobre la Gestión del Cuidado, la postura de las entrevistadas es de crítica, señalan falta de capacitación y poco interés de las jefaturas al no reconocer o no incentivar la Gestión del Cuidado específicamente en la unidad de recuperación post anestésica, sumado a ello subrayan los factores obstaculizadores, tal como no tener capacitación respecto a este tema.

Al respecto, una investigación realizada en Chile señala que las actividades educativas por parte de las jefaturas se deben ver como una inversión del desarrollo de los recursos humanos, que genera beneficios a corto plazo y que responden a las necesidades del hospital o área de salud (55).

Las siguientes ilustraciones, posterior a la recolección de datos facilitadas por los sujetos de estudio y relacionadas a la gestión del cuidado en URPA, fueron sistematizados, ordenados y explorados y concluyen que es un proceso dinámico, donde la enfermera requiere competencias, para el ejercicio profesional en esta área, pero también explican que es un escenario altamente estresante, como es la Unidad de Recuperación post anestésica en un hospital III-1; Aspectos que se perciben en las categorías y subcategorías emergentes, y que se exponen a continuación:

TABLA N° 01 Resumen de categorías principales y subcategorías correspondiente a la gestión del cuidado post operatorio inmediato en la unidad de recuperación post anestésica en un hospital III-1

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
I PROCESO ACTIVO CON CALIDAD EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO	Personalizando la gestión del cuidado en la Unidad Post anestésica (URPA)
	Gestión con acciones centradas en las necesidades de salud y de cuidado de los pacientes
II COMPETENCIAS EN GESTIÓN DEL CUIDADO EN URPA	Conocimientos actualizados, comunicación y trabajo en equipo
	Responsabilidad, liderazgo y toma de decisiones
III ACTUACIÓN EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO POR LAS ENFERMERAS DE URPA	Verificando la programación de pacientes y operatividad de equipos médicos
	Desde la acogida hasta el alta en URPA
	Incluyendo parcialmente la educación a la familia
IV ENFRENTANDO UN AMBIENTE COMPLEJO Y ESTRESANTE	

Fuente: Elaboración propia

3.1 CATEGORÍA I

PROCESO ACTIVO DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN POST QUIRÚRGICA

La Gestión del cuidado, función primordial en la profesión de enfermería se desarrolla y aplica a través de procesos de planificación, organización, coordinación, control y mejora de los cuidados, dirigidos al paciente post operado inmediato, cuya meta es disminuir los índices de morbimortalidad.

En relación al tema Kérouac (56) afirma:

“Gestión del cuidado es un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud”. El término heurístico comprende la creatividad, la indagación y la transformación.

Todo proceso exige coherencia, continuidad, coordinación e integración con la debida flexibilidad, y una vez constituido, se vigilan en continuidad sus pasos y los resultados para mantener o modificar con oportunidad, alguna de sus partes sin perder de vista el todo.

El acrecentar las habilidades en la gestión de cuidados, con una visión integral del ser humano, encuentra hoy un terreno especial que ofrece oportunidades, siempre y cuando las expectativas de los profesionales de enfermería sean altas. El desarrollo del rol de gestor de cuidados es un proceso que requiere la asociación entre las actividades académicas de enfermería y la práctica clínica. En relación a esto, el

profesional de enfermería tiene muchas fortalezas y oportunidades.

La gestión de los cuidados de enfermería debe tener una visión clara y explícita de la disciplina con el fin de contribuir de manera distinta a la solución de los problemas relativos a los cuidados, a los pacientes y su familia, y al personal.

Cabe destacar que gestionar los procesos del cuidado de enfermería supone estratégicamente la calidad en enfermería. Estos procesos son los que determinan que el cuidado de la salud se brinde de manera racional, oportuna, equitativa, económica; que minimice los riesgos al usuario y al equipo de salud, a la institución y a la comunidad; y que maximice el beneficio generado por la actividad integrada del equipo de enfermería y del equipo de salud en su conjunto (57).

Lo expuesto supone la responsabilidad de crear una cultura organizacional que favorezca su práctica, además de seleccionar prioridades, elaborar políticas y seleccionar personal con las competencias necesarias. Gestionar cuidados significa ser responsable de proveer un proceso de atención o encargarse de otros que no pueden satisfacer sus necesidades.

En la Unidad de recuperación post anestésica la gestión del cuidado es personalizado dado que cada especialidad quirúrgica tiene sus propias peculiaridades (Ilustración N° 1) Así lo distinguen los sujetos de investigación, quienes narran desde su vasta experiencia este proceso. Es así como emerge la primera subcategoría

3.1.1 Personalizando la gestión del cuidado en la Unidad Post anestésica

La gestión de los cuidados debe estar orientada hacia la persona, el cliente, su familia, el personal de enfermería, los equipos interdisciplinarios. La gestión se identifica como un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal (58).

Para los pacientes que han sufrido un trauma el cuidado significa ayuda orientada hacia la satisfacción de las necesidades físicas, además de compañía, esperanza, comprensión y seguridad, entendida como la garantía de calidad en el cuidado y la tranquilidad de ser atendidos directamente por el/la enfermero/a (59).

La enfermera debe mostrar un alto grado de compromiso, lealtad, valores y humanismo durante el cuidado que brinda al paciente para lograr su plena satisfacción, sobre todo considerando que el paciente quirúrgico experimenta una serie de reacciones que le generan estrés, angustia, temor, miedo a la muerte y que alteran su bienestar biopsicosocial y espiritual (Ilustración 3). El temor a la cirugía, el ambiente hospitalario y la experiencia como pacientes, hace que precisen de cuidados con calidad y calidez (60).

En tal sentido, la atención con calidad y calidez de la enfermera en el postoperatorio es básica y fundamental, ya que de ello depende el éxito o fracaso de la recuperación del paciente, considerando que la calidad debe estar basada

en la fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, y todo esto se refleja en la satisfacción del paciente.

Para nadie es agradable estar enfermo, sentirse vulnerable, dependiente de otros, fuera de su hogar, de su entorno, alejado de sus seres queridos (Ilustración 13). Si a esa situación se añade una institución poco amigable, donde las personas con las que tiene mayor contacto, es decir, el personal de enfermería, no muestran una cara amable, su mejor sonrisa, una mano amiga, una voz de aliento y comprensión, el panorama para ese ser humano y su familia se torna cada vez más desalentador y por supuesto su recuperación tanto física como emocional va a ser mucho más lenta y traumática, lo cual repercute en sobrecostos económicos y sociales (61).

El cuidado de enfermería, debe ser provisto de una manera integral y con una visión de reciprocidad (62), se debe pensar en las personas como seres cambiantes que enfrentan diariamente situaciones que afectan o mejoran su constante de salud – enfermedad, es decir un proceso de conciliación permanente y activo, donde el profesional debe ser consciente de proveer un cuidado para la adaptación, una respuesta intencional, holística e interpersonal que se desarrolla mediante procesos cognitivos y habilidades profesionales que buscan como resultado promover la adaptación de la persona.

El cuidar significa entregar atención con conocimiento, cariño y preocupación por el otro (63),

situación que no es ajena a las enfermeras de la URPA en un hospital nivel III-1, quienes a través del concepto Gestión del Cuidado sintetizan el rol como un saber hacer con pertinencia y continuidad

"...Gestión es involucrarse como participante activo en el quehacer profesional de enfermería ya que, el cuidado se realiza en todo momento y en todo campo tanto personal, familiar, asistencial, preventivo promocional..." E3

"...Gestión del Cuidado en URPA, es planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos, con el fin de brindar cuidados de calidad al paciente y su entorno, con el objetivo de recuperar las funciones vitales de nuestros pacientes que han sido sometidos a un procedimiento anestésico-quirúrgico, logrando su interacción y garantizando la calidad del cuidado que hemos brindado..." E2

Las enfermeras de URPA, teorizan sobre su propia experiencia coherente con la gestión del cuidado y estipulan la importancia de diseñar, ejecutar, evaluar cada una de las actividades que corresponden a este proceso y como debe darse en todos los niveles de jerarquía (estratégico y operático), para prever mejores resultados considerando la calidad del cuidado ofertado y entregado.

En la utilización de procesos, instrumentos y metodologías basados en evidencia científica, se conjugan esfuerzos para disminuir el riesgo de sufrir un daño prevenible o de atenuar sus consecuencias, lo cual es reconocido como principio de seguridad del paciente.

Este ideal de seguridad, en su naturaleza, representa una variante de la regla *primum non nocere*, aspecto esencial en la tarea de cuidado.

Estos acontecimientos: el acto de cuidar y la seguridad de los pacientes son realidades que se funden en la decisión de enfermería. De este modo, el cuidado profesional y la seguridad se relacionan estrechamente con la vulnerabilidad y la confianza de las personas, y ambas actividades se despliegan a través de acciones que se dirigen a proteger, mantener y conservar la vida de un modo integral (64).

Por esta razón, desde su carácter de integralidad, la gestión del cuidado debe organizarse desde los niveles de mayor complejidad hasta el nivel domiciliario, en ambos sentidos, abarcando todos los niveles de atención (promoción, prevención, recuperación y rehabilitación) así como la prevención y curación de enfermedades, poniendo énfasis en la concepción sistémica de la provisión y gestión de servicios de salud.

“...Es una función que realiza toda enfermera sin importar el nivel jerárquico en el que se ubique, incluye actividades de planificación, organización, coordinación, con mucho más énfasis, que las actividades de evaluación. Todas ellas relacionadas con el paciente intervenido de cirugía por las diversas especialidades... E1

Definitivamente la enfermera de URPA aunque no aplica el proceso de cuidado de enfermería en su plenitud, necesita organizarse de acuerdo a los pacientes asignados y de acuerdo al acto operatorio realizado, por ello, debe saber con quienes debe coordinar para mantener al paciente estable y sin complicaciones, mantener una relación interpersonal y el dominio de lo técnico-científico orientadas a comprender el entorno en el que se

desenvuelve, y se interviene en la prevención, curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud enfermedad» (65).

Por ello, la gestión del cuidado no incluye acciones destinadas solamente a apoyar una práctica, "[...] implica crear un cuidado construido sobre la base de diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones" (66).

"...Atención integral al paciente en post operatorio inmediato comprende a los pacientes atendidos en sus dolencias post quirúrgicos tener el conocimiento y práctica clínica necesaria en dicha atención. Saber realizar los diferentes procedimientos post quirúrgicos necesarios y con respuesta inmediata..." E4

Además la gestión del cuidado orienta al profesional de enfermería a desarrollar su práctica social con idoneidad, calidad. Así mismo proporciona los elementos para hacer un análisis confrontando la realidad del ejercicio profesional con el DEBER SER. No cabe duda que cuando la enfermera inicia un proceso para el cuidado de una persona, está sintetizando de manera simultánea conocimientos de pensamiento crítico, experiencia, estándares y actitudes.

La naturaleza moral del acto de cuidado, se extiende más allá de su puro carácter técnico artístico. A pesar de que no existen pautas para que los enfermeros realicen su trabajo adecuadamente, ya que el cuidado es siempre un fenómeno circunstanciado, sí hay principios que certifican

que el profesional de la salud ejecuta un cuidado no reprochable desde el punto de vista moral.

Por ejemplo, aunque no existan reglas detalladas acerca de la manera en que se debe aplicar o decidir un tratamiento post anestésico, sí se sabe que nunca es lícito procurar la muerte del paciente como medio para suprimir el dolor post quirúrgico. El reconocimiento de estos límites a la actuación profesional del equipo médico es relevante para el progreso del bienestar social. Las profesiones son siempre actividades que aspiran a contribuir al desarrollo humano (67).

Por lo tanto, se hace necesario dirigir nuestros ojos hacia el cuidado de enfermería en el postoperatorio inmediato pautado en la prevención, detección y atención de las complicaciones en los diferentes sistemas fisiológicos (respiratorio, circulatorio, neurológico) que puedan originarse del procedimiento anestésico quirúrgico, ya que ese período de internación en la SRPA puede ser crucial y se debe canalizar a la individualidad, integralidad y las prioridades del ser cuidado (68).

Debido a esto, es relevante el cuidado del paciente en el post operatorio inmediato, ya que le permite al enfermero cuidar de forma integral e individualizada, verificando la pulsera de identificación (Ilustración N° 2) aportando mejores pronósticos clínicos y psicosociales de esta clientela.

Cada persona es incomparable por tanto, cada cuidado se debe adecuar a las características y circunstancias de esa persona, aquella que han perdido en mayor o menor grado su independencia y requiere de nuestro apoyo para recuperar sus funciones vitales alteradas. Este acápite induce a la reflexión, pues el paciente post operado inmediato se encuentra bajo efectos de anestesia, pero ello no exime la responsabilidad de brindar un trato personalizado.

3.1.2 Gestión con acciones centradas en las necesidades de salud y de cuidado de los pacientes

La enfermera para trabajar necesita conocimientos teóricos y saber los mecanismos de funcionamiento, alteración, interacción y restablecimiento de las necesidades de las personas, con la forma particular que cada una tiene de mantener su salud, por lo que la enfermera se convierte en un profesional que le ayuda a encontrar sus elementos de respuesta en la satisfacción de sus necesidades (69).

Por ejemplo (ver anexo 5) en nuestro caso el objeto de atención es el paciente quirúrgico en el postoperatorio inmediato de complejidad diversa que necesitan controles y cuidados especiales según el tipo de cirugía a que fue sometido y tipo de anestesia empleado en el quirófano que generará una evolución variada. Y las enfermeras de URPA también lo manifiestan:

"...Dirigiendo y evaluando los recursos y cuidados brindados a los pacientes que están en el período post operatorio inmediato de diversas especialidades en su recuperación..."E7

La gestión del cuidado contribuye a la calidad siempre que su objetivo esencial sea el de satisfacer las necesidades de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas, es sin dudas, corresponder conscientemente al compromiso particular que han asumido formalmente los profesionales de Enfermería ante la sociedad de cuidar a los seres más vulnerables (70).

Durante este proceso, compilan información, toman consciencia, aclaran dudas, valoran los recursos disponibles humanos y materiales, incluso enfrentan las falencias de los mismos y consideran la mejor opción. Tales injusticias o acontecimientos con el paciente, tienen que corregirse de manera inmediata, se trata de dar soluciones a corto plazo. Toda información recibida en el reporte es útil para el quehacer de enfermería y debe ser veraz, oportuno, claro y preciso, ello permite tomar decisiones y evitar riesgos innecesarios para el paciente, simultáneamente permite la continuidad del cuidado.

El término “Tomar decisiones”, lo define Estefo (71) como un proceso reflexivo e intelectual, conformado por unas secuencias que pueden ser analizadas, perfeccionadas e integradas, con objeto de conseguir una mayor precisión y exactitud en la solución de los problemas y en el inicio de acciones, incluye identificar un problema, buscar soluciones y seleccionar la alternativa que mejor permita alcanzar el objetivo de quien toma la decisión.

“...Como sabios conocedoras podemos implementar planes de cuidado según las necesidades de las personas, según sea su momento, su estado de salud... En la organización, la administración, la integración, la toma de decisiones...”E5

La observación realizada por la investigadora revela que el reporte de enfermería, es una actividad ceremonial muy singular en presencia de la enfermera jefe y el personal de enfermería entran en contacto, se saludan, observan y escuchan, de ordinario se recibe de pie, la enfermera de guardia expone la situación y todos los asistentes se enteran de lo acontecido durante el turno, se hacen preguntas y ello favorece el conocimiento de la realidad y las intervenciones inmediatas realizadas, termina el reporte haciendo una oración, así la enfermera inicia el cotidiano de su labor gestora.

Se distribuye el material necesario para brindar el cuidado, se informan al médico anestesiólogo como viene evolucionando cada paciente, está pendiente de las situaciones críticas que atraviesa la persona post operada inmediata, con la intención de mejorar y preservar la vida del mismo.

“...En muchas ocasiones “...se busca la mejor alternativas a los múltiples problemas y se enfrentan retos, para garantizar la calidad del cuidado...”E8

La Gestión del cuidado para las enfermeras incluye el acto de Cuidar, para responder a las necesidades y propósitos del cuidado, lo cual involucra las necesidades de los pacientes. Así el profesional de enfermería en la unidad de recuperación post anestésica dirige, evalúa los recursos, implementa planes de cuidado según las necesidades

personales en el paciente post operado inmediato y busca la mejor alternativa para evitar complicaciones y solucionar problemas, de tal manera que el usuario recupere la salud y vuelva prontamente a su medio familiar y a su colectivo de acuerdo a la etapa del ciclo vital que esté viviendo.

Es imperativo entonces, pensar en el uso racional del talento humano, los recursos materiales y el tiempo disponible, todo lo cual permite actuar con pertinencia, oportunidad y calidez.

“... aquel que ha recibido anestesia general se ubica en el primer control pues al no poder comunicarse exigen mayor control, administración de medicamentos, administración de paquete globular, control de drenajes, control de diuresis horaria, administración de oxígeno, pues en ellos la injuria es mayor, afectando varios sistemas corporales ... E1

“... aquellos pacientes que reciben anestesia regional, ellos están más despiertos, se pueden comunicar, necesitan control de funciones vitales más espaciado... E7

“... pacientes que reciben anestesia local pero con alteraciones sistémicas y nutricionales alteradas, también son evaluados de forma integral... E6

Las enfermeras, en la gestión del cuidado, tiene una visión de conjunto con prioridades donde articula la situación de cada paciente con el cuidado que debe proporcionar, empiezan articulando la relatoría del reporte de enfermería, proceso que se lleva a cabo a través de la comunicación verbal, sobre los acontecimientos sucedidos, en cada turno con el paciente; con la intención de mejorar la calidad de su atención; conocer los progresos del mismo, permitiendo planear la atención en forma mental, requiriendo la capacidad de resolución de problemas; y la

aplicación de conocimientos propios de la enfermera. En este accionar las enfermeras aplican normas; cumplen a diario sus actividades en bien de los enfermos (72).

Ratifica Morfi (73) cuando detalla que la gestión del cuidado es un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud. Esta provisión oportuna de cuidados se lleva a cabo si la enfermera está preparada y es competente, realidad que se describe en la siguiente categoría.

3.2 CATEGORÍA II

COMPETENCIAS EN GESTIÓN DEL CUIDADO EN URPA

El enfermero es un profesional altamente competente con una sólida formación tecno-científico, filosófico y humanístico que presta atención/cuidados en forma oportuna, continua y de alta calidad al individuo sano o enfermo frente a las experiencias humanas que ocurren a lo largo del ciclo vital humano en forma creativa e innovadora para fomentar, mantener, recuperar y/o rehabilitar la salud reduciendo y previniendo las alteraciones en forma activa con participación inter-multidisciplinario para responder a los desafíos sociales, políticos y económico que la sociedad exige (69).

En una revisión publicada acerca de las competencias que las enfermeras deben incorporar para la gestión, se

reportó que las competencias de egreso no son iguales a las competencias profesionales, dado que las segundas son el conjunto de competencias para el ejercicio profesional que se desarrollan con la experiencia, no solo con el aprendizaje teórico (74), lo cual fortalece la idea de que la teoría y la práctica deben mancomunarse con el propósito de que la universidad impregna en los futuros profesionales las competencias de egreso requeridas para el ámbito gerencial, las cuales deben ser desarrolladas durante los primeros años laborales mediante programas de formación continua y ejemplos de gestión vivenciados en sus lugares de desempeño.

Según los padrones de la American Society of Peri Anesthesia Nurses (ASPAN), los enfermeros que trabajan en URPA deben cumplir con las competencias de cuidados intensivos (75), es decir que se complementen y se perfeccionen las competencias generales obtenidas en la formación básica de grado más la experiencia en la unidad de recuperación post anestésica generando competencias específicas en las diversas especialidades.

La enfermera requiere desarrollar no solo competencias asistenciales, sino también competencias administrativas, educativas y de investigación; ella al desempeñar la función administrativa cumple un importante rol en la institución, mediante la aplicación del proceso administrativo como método científico que permite el desempeño óptimo del equipo de enfermería, para el cumplimiento de la misión y la visión institucional en pro de la satisfacción del usuario.

Hay satisfacción cuando los resultados son los esperados, pero hay un impacto de tristeza e insatisfacción cuando la administración del cuidado se ve afectado por otros factores. Sienten satisfacción cuando el paciente sale recuperado, en el momento que dan cuidado directo e indirecto y muestran resultados en la gestión. La insatisfacción se produce por la pérdida del cuidado directo y la autonomía, por causa de la alta carga laboral y los factores externos que influyen en el proceso administrativo. Las enfermeras dentro de su sobrecarga laboral realizan el proceso administrativo, el cual les permite su satisfacción profesional y de acuerdo con lo que ellas manifiestan, les brinda una atención integral cuando los cuidados son planificados (76).

Precisamente para gestionar el cuidado en URPA, las enfermeras tienen que ser calificadas con experiencia, y capacitación constante, que comprendan las condiciones que se requieren para dispensar cuidados de enfermería de calidad, esto quiere decir que deben tener una amplia base de conocimientos, tener una misión y visión bien definidas, comunicación asertiva, trabajo en equipo, y ser líderes para tomar decisiones en el momento oportuno, todo impregnado con valores éticos, circunstancias que se desarrollará en las siguientes subcategorías.

3.2.1 Conocimientos actualizados, comunicación y trabajo en equipo

El enfermero que actúa en el cuidado del paciente recién operado debe tener conocimientos y habilidades altamente calificadas para atender a los pacientes advenidos de diferentes cirugías de complejidades variadas, que necesitan de cuidados específicos e individualizados.

Para ello, el profesional debe planear el cuidado con el objetivo de recuperar el equilibrio fisiológico del paciente, con el mínimo de complicaciones, con el fin de facilitar el andamiaje de la asistencia y ofrecer calidad en el servicio prestado (77).

La calidad de la atención al paciente recién intervenido está condicionada por la actualización de los conocimientos de los profesionales que los atienden, siendo esencial una constante actualización en el conocimiento, para mantener el nivel de competencia y poder prestar una atención de calidad, mejorar su pronóstico y disminuir las secuelas y complicaciones de la cirugía.

La profesión de enfermería ha experimentado cambios drásticos como respuesta a las necesidades y a la influencia de la sociedad. Revela una lucha continua por su

autonomía y profesionalización, eventos que le han llevado a crecer, desde el punto de vista, profesional en la adquisición de conocimientos a través de estudios de especialización, maestrías, doctorados, así como agruparse en asociaciones u organizaciones profesionales, gremiales o sindicales, que le han permitido en forma paulatina, pero segura, la toma de decisiones en las políticas de salud y gestión del cuidado.

En este sentido, las competencias de las enfermeras son simplemente los elementos de garantía de excelencia de la gestión, como “posesión de un nivel satisfactorio de conocimientos y de habilidades relevantes que incluyen componentes relacionales y técnicos”, un elemento nuclear ratificado por las propias enfermeras:

“... La enfermera debe tener avidez por nuevos conocimientos, mantenerse en capacitación constante, ser capaz de mantener buenas relaciones interpersonales, practicar la solidaridad, especialmente con el paciente recién intervenido...” E6

“... Conocimientos, capacitación constante, tener experiencia y trabajar bajo estrés...” E7

“... Conocer cómo, donde, cuando con quien va a laborar ya sea en una jornada de mañana, tarde o noche... Para ello es imprescindible también conocer el tipo de pacientes a quienes va a brindar cuidado, (conocer su edad, sexo, tipo de intervención quirúrgica...) y cualquier evento comunicarlo de inmediato...” E1

Las competencias de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, basadas en un amplio conocimiento con un gran contenido multidisciplinario, pero también lleno de paradojas; donde es imprescindible

y exigente el pensamiento crítico, la capacidad de análisis, ancorados en competencias técnicas de muy alto nivel manteniendo una gran sensibilidad para el trato humano de los pacientes que se encuentran en situaciones críticas de salud. Es decir:

“... constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos” (78).

“... El trabajo en equipo inter y multidisciplinario, comunicación efectiva, profesional con alta seguridad y confianza, respetar las normas éticas y jurídicas de la profesión, con buena actitud y pleno conocimiento...” E4

“...relaciones personales, médicos y enfermeras para que haya una relación de apoyo de conocimientos y experiencias en beneficio del paciente...” E5

La enfermera de URPA, tiene y despliega habilidades: Intelectuales, conceptuales, humanas y técnicas, dado que en su quehacer cotidiano, se encuentra inmerso en una compleja interacción social con otros profesionales de la salud, personal auxiliar, de apoyo y con los sujetos de cuidado, poseedores de características singulares, comunes y complejas, apreciadas en las necesidades, expectativas y motivaciones subjetivas, distintas y cambiantes. Cada uno de ellos posee un determinado nivel de conocimientos, experiencias, actitudes, habilidades, cualidades y debilidades, que condicionan una dinámica compleja de interacción en ese entorno. Sin embargo, una investigación realizada en los Estados Unidos señala que la falta de comunicación entre las enfermeras, paciente y el

equipo de salud, es causa de alteraciones en el tratamiento y diagnóstico del paciente (79).

De todo esto se abstrae que la comunicación es uno de los más influyentes, importantes y complejos aspectos de las conductas de las personas y muy destacado en las enfermeras de URPA, quienes consideran una comunicación asertiva en todo momento para evitar por un lado las alteraciones en el tratamiento y por otro lograr una pronta recuperación en el paciente recién operado.

Varios autores coinciden en que las enfermeras tienen que desarrollar habilidades para la comunicación efectiva y mejorar la relación interpersonal entre la enfermera y el paciente; entre estas habilidades mencionan: el contacto visual: habilidad muy importante para el impacto personal, obsequiar una mirada favorece la efectividad en la comunicación; postura y movimientos: el mantenerse erguido y expresar una postura relajada acompañada de gestos y expresiones amables da confianza; sonreír, propicia la confianza; el uso efectivo del lenguaje de manera clara y apropiada, facilita la atención de escucha y mantiene un activo interés. El uso del humor favorece los lazos de confianza entre la enfermera y el paciente, con lo cual se generan actitudes auténticas entre ambos. El logro de la comunicación enfermera-paciente se lleva a cabo a través de la identificación y adaptación a las necesidades específicas de cada persona (80).

Cabe mencionar que con las exigencias actuales no es suficiente aceptar que el cuidado es el objeto de la

disciplina de la praxis en enfermería. Se precisa asumir una nueva manera de contextualizar y conceptualizar el cuidado para ejercerlo profesionalmente. Lo que significa modificar de manera sustancial la manera de pensar, de ser y de hacer enfermería.

Para ser profesionales autónomos, responsables de nuestros actos, con una praxis fundamentada tanto en evidencias científicas, sensibilidad y la creatividad comprometida, con la construcción de condiciones de vida favorable. Así mismo, la profesión espera de sus miembros que sean capaces de resolver problemas en forma independiente que sean eruditas, investigadoras, y consumidoras de conocimiento científico.

El desarrollo de las capacidades, competencias relacionales y espirituales que manifestará el profesional de Enfermería de URPA durante su coordinación y ejecución de las actividades propias del equipo de Salud, está centrada en altos valores vocacionales y morales, que se expresan como rasgos de la personalidad del profesional, en los que deben sobresalir la sensibilidad humana, la bondad, la solidaridad, la honestidad, el desinterés material, el trato afectuoso indiscriminado, la lealtad, y la disposición de esfuerzo y sacrificio, cimentados sobre ese darse y entregarse al otro implícito en la vocación hacia el cuidado de la persona (70), Vocación que las enfermeras de URPA denotan en el apoyo mutuo:

"... de tal forma: que si culmina el tiempo de su jornada, se queda a terminar su actividad, no puede dejarla a medias, o en otro caso ayuda a su colega, hasta después de entregar su reporte..."E8

La práctica laboral del cuidado de las enfermeras de URPA, está guiada por principios éticos que buscan el bien de los pacientes, por ello aunque la jornada laboral ha terminado no dudan en dar un apoyo a la colega es caso de necesitarlo dada la situación de salud del paciente, permiten desarrollarse de manera efectiva y elocuente dentro del principio de vida y respeto que demanda la práctica del cuidado a la persona.

En este sentido, enfermería se define como una profesión disciplinar del cuidado a la persona, dicha definición lleva identificar en ella dos componentes; uno profesional y otro disciplinar, lo cual no implica una fragmentación real en la práctica, con ello se pretende evidenciar el avance, desarrollo y la profesionalización de enfermería, ya que aunque sigue cumpliendo con las características de profesión, ahora apoya y fundamenta su práctica profesional no solo con conocimiento y dominio tecnológico sino con el perfeccionamiento de éste, a partir de reconocer y trascender en el dominio de su objeto y sujeto de estudio (41).

3.2.2 Responsabilidad, liderazgo y toma de decisiones

La gestión de cuidados se respalda en la premisa, de un trabajo realizado por el equipo de enfermería Para ello requiere responsabilidad, liderazgo y toma de decisiones oportunas.

Ejercer liderazgo en enfermería es un trabajo muy complejo, por una parte implica prestar un diligente cuidado a los pacientes y por otra se debe gerenciar un equipo de salud que funciona con un alto nivel de interdependencia entre todos los integrantes (81).

En el trabajo de Estefo y Paravic, emergió el término líder, como un componente esencial de la gestión, liderazgo para el cual las/os enfermeras/os deben estar debidamente preparados. Una de las habilidades considerada primordial para lograr el éxito en el rol de líder del cuidado en enfermería es la habilidad de comunicación, competencia muy desarrollada en lo teórico pero muy poco utilizada en la práctica. Señala, además, que la/el enfermera/o se le asigna la responsabilidad legal, ética y social de la Gestión del Cuidado, que obliga a asumir el compromiso de asegurar su continuidad y a mantener la calidad de los cuidados (71).

La responsabilidad involucra el cumplimiento del deber y asumir las consecuencias de la actuación profesional. Así lo reafirman las enfermeras.

“.. Las enfermeras ante todo son responsables de todo lo que sucede en URPA, con compromiso personal y respeto a las personas, cuando hay responsabilidad los problemas se solucionan en el servicio y no tienen que salir fuera de nuestro ámbito de URPA, todos en la gestión hay que asumir responsabilidades y decidir si seguimos o no ... No todo es bonito aquí, a veces tenemos que enfrentarnos al staff médico, soportar sus elevado tono de voz, sus malacrianzas y hasta sus burlas...” E7

“...ser líder implica controlar la situación, enfrentar la realidad, buscar resultados positivos...” E9

Las enfermeras reflexionan y declaran como la responsabilidad en la gestión del cuidado en URPA, es una competencia sólida. La enfermera responsable y especialista soluciona los problemas que se le presenten, Por ello, quienes desempeñan las funciones de enfermería han de ser personas calificadas técnicamente, para poder cumplir con una responsabilidad de gran impacto, como es el cuidado y conservación de la vida de un ser humano.

Al respecto Ceballos-Vásquez, P. et al. (27), determinan que al ejecutar sus funciones, los gestores del cuidado comuniquen su responsabilidad profesional al resto de profesionales en enfermería para que se reconozcan como gestores del cuidado, no solo en el ámbito gerencial de la enfermería, sino en la práctica clínica, ya que cada vez que deciden cómo “cuidarán”, hacen un juicio profesional y valorativo desde su ámbito de conocimiento; por tanto, solo ellas saben lo que se requiere para ejecutarlo, evaluarlo y gerenciarlo.

“... Hasta cierto punto se ejerce un liderazgo comprensivo y motivador, porque, a veces la presión del trabajo te desmotiva o la enfermera jefe no te da el lugar que te corresponde como enfermera o te movilizan de un servicio a otro...” E3

“... ser líder, tener experiencia y actuar con prudencia para evitar o en el peor de los casos solucionar las posibles complicaciones que se presenten en el paciente post operado inmediato, asegurando su recuperación...” E8

“... Liderazgo, Motivación, Capacidad innovadora, creativa, valores, buenas actitudes y ser muy positivas...” E1

“... La organización, la administración, la integración, la toma de decisiones...” E2

“... El cuidado en el post operatorio inmediato es considerablemente riguroso, se debe aguzar los sentidos en todo momento, ya que puede ocurrir variaciones en el recién operado, alteraciones en las funciones vitales, hemorragias, imprevistos, que deben ser revertidos en corto tiempo...” E5

Junto con la responsabilidad, la enfermera de URPA tiene que ser líder en la gestión del cuidado porque tiene que saber encauzar sus propias actividades, tomar decisiones ante dilemas o problemas éticos y darles una solución favorable y en bien del paciente. Confirma Carmona que el liderazgo en la gestión del cuidado proporciona gran capacidad individual y contribuye como miembro del equipo, ya que movilizan sus conocimientos, habilidades y conductas en beneficio del que cuidan. Tal y conforme lo vivencian las enfermeras de URPA. Y cuando no se ejerce el liderazgo emerge la rutina con riesgo de transgredir la seguridad del paciente, impide hacer visible iniciativas, innovaciones, propuestas y las orientaciones del equipo no se evidencian.

Más aún la falta de control que se produce cuando los acontecimientos que nos rodean se suceden sin sentido, inevitablemente genera impotencia, indiferencia, y al fin y al cabo malestar.

Sin embargo para lograr que la persona post operada inmediata se recupere lo más pronto posible, es necesario considerar entre otros aspectos el espacio físico, proporcionar un entorno personalizado, de seguridad, bienestar emocional y confort, desde el proceso de admisión hasta el alta definitiva de la unidad de recuperación post anestésica. Actuación que se detalla en la siguiente categoría.

3.3 CATEGORÍA III

ACTUACIÓN EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO POR LAS ENFERMERAS DE URPA

Toda actuación lleva consigo el cumplimiento del deber de manera voluntaria y libre y cuando se habla de la unidad de recuperación se refiere al espacio donde se ubica el paciente en proceso de recuperación gradual de sus funciones orgánicas y reflejos vitales que pueden quedar abolidos tras cualquier acto anestésico o quirúrgico. Suele cursar sin incidencias en la mayoría de pacientes, pero se pueden presenciar distintos eventos que amenazan sus vidas y requieren la rápida actuación de médicos y enfermeras (82).

Las enfermeras en la URPA se organizan de tal modo que su trabajo es rotativo por turnos diurnos de 6 horas o turnos nocturnos de 12 horas, durante este lapso de tiempo cuidan pacientes con múltiples situaciones de salud que proceden (Anexo 6) de: las salas de operaciones, de cirugía de día, programados electivos y también los casos de emergencia y en muy pocas oportunidades pacientes con re-intervención quirúrgica.

A esto se debe que la unidad de cuidado postoperatorio ocupa un lugar central en las salas de cirugía, y los ambientes de hospitalización, con fácil acceso y movilización en y hacia la unidad.

Deberá contar con recursos (Anexo 8) materiales, recursos físicos, medicamentos, equipos y personal de enfermería suficiente y entrenado para el manejo de los pacientes en periodo postoperatorio (83). Así lo declaran las enfermeras de URPA

3.3.1 Verificando la programación de pacientes y operatividad de equipos biomédicos

Las enfermeras de URPA, dan cuenta de la necesidad de conocer el día previo el tipo de intervención en las diferentes especialidades que atenderán, lo cual las moviliza a constatar la operatividad de los equipos y del instrumental que requieren para brindar un cuidado de calidad (Anexo 7). Pues es innegable el avance tecnológico ocurrido en los últimos años y su influencia en este sector (84). Actualmente se utiliza ventilador mecánico, bombas de infusión, bombas elastómericas, monitor cardiaco, oxímetro de pulso, electrocardiógrafo, dispositivos de manta térmica, el coche de paro.

Esta verificación asumida por la OMS como un factor de seguridad, herramienta que permitirá facilitar el trabajo porque a los pacientes de sala de operaciones las enfermeras de URPA los esperan con todo los equipos operativos (Anexo 8), adoptando de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales, y se minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes por omisión o falta de

estos equipos o la no presencia de personal idóneo, tal y conforme es descrito por las enfermeras.

“...desde el día anterior a la cirugía se recibe la ficha de programación diaria de los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente (en la actualidad, ya se publica vía wasap, la ficha de programación diaria) se conoce entonces el número de pacientes que permutan por la URPA, con sus distintas características. Así como el profesional de enfermería que labora en los turnos de mañana, tarde y noche. Las enfermeras revisan que los equipos biomédicos se encuentren operativos, en buenas condiciones, y en caso de avería coordinar para su pronta reparación. Revisan el coche de paro que tenga todo implementado, que no falta nada, y en caso de utilizar algún medicamento se realiza la reposición inmediata...”E2

Debido a los grandes avances científicos y tecnológicos que se han ido desarrollando sobre todo, en la etapa profesional, la enfermera es la máxima responsable de cómo utilizar dicha tecnología. Si se realiza un uso indebido considerando a la persona no como un ser, sino como un objeto se potenciará la “deshumanización”, mientras que si se utiliza como vía se permitirá el trato humano, convirtiéndose la enfermera en un componente “humanizador” de asistencia (85).

La enfermera coordina, implementa, supervisa y aplica normas y procedimientos que garantizan los aspectos de bioseguridad, condiciones de los ambientes, equipos, material médico, insumos y suministros del servicio.

La creciente innovación tecnológica es otro factor a considerar en la gestión del cuidado en URPA, el uso de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, reduce las complicaciones inherentes a pesar de esta ventaja, se sabe que con poco conocimiento utilizando las nuevas

tecnologías, las fallas en el equipo anestésico y la falta de recursos humanos, representan posibles errores en la práctica profesional (86) entonces es preciso la gestión del cuidado reconociendo el cuidado seguro.

Para Cabarcas C. (9) La gestión del cuidado está orientado desde la administración de los recursos, a las enfermeras coordinadoras como las asistenciales, cuyas acciones están orientadas hacia la disponibilidad y coordinación de los recursos que cumplan un solo objetivo: obtener mejores resultados. Enfatiza que la gestión del cuidado para las enfermeras asistenciales las acciones van más enfocadas desde su nivel de gestión táctico-operativo, y se orientan hacia el proceso de enfermería mediante la identificación y el diagnóstico de necesidades y la planificación de actividades o intervenciones con el proceso de enfermería que favorezca el cumplimiento de una atención integral y oportuna.

Cuando cuidamos a una persona en el post operatorio inmediato, no sabemos cuánto perdurará la situación, ni los cambios por los que transcurrirá. En muchas ocasiones puede ser un proceso que ocupe un par de horas, en otras pueden ser cuatro o seis horas, incluso suelen pernoctar días en URPA. Prever problemas y situaciones futuras admite anticipar y planificar posibles soluciones ante los cambios que van surgiendo en las necesidades de las personas. La Coordinación y cooperación adecuada de los cuidados es apremiante.

Dicho cuidado se circunscribe desde la admisión del paciente hasta su recuperación post anestésica así se concibe la siguiente subcategoría.

3.3.2 Desde la acogida del paciente hasta el alta en URPA

El cuidado de enfermería ofrecido al paciente en el post operatorio inmediato inicia con la evaluación del nivel de consciencia, o sea, por la respuesta de los estímulos verbales. Los signos vitales deberán ser evaluados comparando los valores obtenidos en el período pre-operatorio. El patrón respiratorio se evalúa considerando la expansión de la cavidad torácica, la simetría y la profundidad de la respiración y la saturación de oxígeno. También deberán ser evaluadas la frecuencia cardíaca, amplitud y el ritmo del pulso, la presión arterial, la temperatura axilar, la presencia de dolor y el estado emocional del paciente (87).

La gestión del cuidado se encamina hacia el restablecimiento del equilibrio fisiológico del paciente con el menor índice de complicaciones posibles, considerando la evaluación de la evolución del paciente y la relación directa entre los estímulos provocados por el acto anestésico quirúrgico y las alteraciones de los parámetros clínicos en el periodo post operatorio inmediato (88).

Respecto a la admisión de los pacientes en URPA en un

hospital de nivel III-1 esta normado por la ASA⁹. Así lo manifiestan los sujetos del estudio quienes describen desde que el paciente es acogido en URPA hasta su traslado al servicio de origen.

“... está presente el medico anestesiólogo, la enfermera y el técnico de URPA, lo entrega el médico y enfermera de quirófano, reportando todas las incidencias de importancia. Se asigna un lugar apropiado según el tipo de anestesia recibida, y se brinda cuidados: control de funciones vitales, administración de medicamentos, comodidad y confort, satisfacción de necesidades básicas, presencia al despertar de la anestesia, apoyo psicológico, se permite la visita de familiar según sea el caso, hasta su alta del servicio (traslado en camilla). Se reporta las incidencias a la enfermera de hospitalización...” E7

“... Importa ubicar al paciente después de una cirugía, aquel que ha recibido anestesia general se ubica en el primer control pues al no poder comunicarse exigen mayor control, administración de medicamentos, administración de paquete globular, control de drenajes, control de diuresis horaria, administración de oxígeno, pues en ellos la injuria es mayor, afectando varios sistemas corporales, considerando que la mayoría ya trae consigo enfermedades sistémicas y nutricionales ya afectadas...” E1

“...acogemos a los pacientes que reciben anestesia regional, que necesitan control de funciones vitales más espaciados, ellos están más despiertos, se pueden comunicar y se espera que movilicen sus extremidades en el mejor de los casos para ser trasladados al servicio de hospitalización...” E8

“... El paciente proviene de quirófano, y se monitoriza con monitor multiparámetro (oximetría de pulso, presión arterial invasiva, trazado de EKG, Presión venosa central) se recibe el informe de la enfermera instrumentista II, enseguida se valora al paciente, desde el nivel de consciencia, dolor etc...” E9

Las enfermeras detallan que acogen al paciente con el equipo de salud necesario para la atención integral. La

⁹ ASA = American Society of Anesthesiologists

enfermera instrumentista II entrega al paciente. El anesthesiólogo realiza un reporte verbal de la historia clínica prequirúrgica y trans quirúrgica, incluye cualquier evento adverso (si se hubiera presentado durante la cirugía). Además informa de las indicaciones generales del cuidado postoperatorio de acuerdo con la historia clínica, el tipo de cirugía y de la anestesia del paciente (Anexo 9).

En el escenario del presente estudio, el paciente llega generalmente inconsciente, se verifica la pulsera de identificación, se coloca el pulsioxímetro, el brazalete para controlar la presión arterial no invasiva o invasiva, y los cables para el electrocardiograma. Todos estos valores son registrados en un monitor multiparámetros (Ilustración 7). Las enfermeras se preocupan por darles comodidad y confort para pasar a la monitorización constante de funciones vitales, soporte ventilatorio (ilustración 11), estabilización hemodinámica, uso de fármacos vasoactivos, uso de bombas de infusión (Ilustración 9), administración de oxígeno, se proporciona abrigo con manta térmica, apoyo en la canalización de líneas arteriales o catéter venoso central, Intubación y extubación endotraqueal, control de drenajes, aspiración de secreciones y el balance hidro-electrolítico estricto, revisión del carro de parada (Ilustración 10).

Cabe resaltar que un adecuado abordaje postoperatorio aumenta significativamente la supervivencia, así como disminuye los eventos adversos y las admisiones no planeadas a las UCI. Para que ese abordaje sea adecuado, se implementan protocolos de

cuidado post anestésico lo que contribuye a reducir la estancia hospitalaria, las complicaciones, la mortalidad y el acceso no planeado a las unidades de cuidado crítico (89).

Queda claro, que los cuidados post anestésicos se definen como aquellos proporcionados durante la estadía en una unidad de cuidado postoperatorio. Estos cuidados deben mejorarse para que la persona inicie su recuperación o para un tránsito adecuado hacia unidades de mayor complejidad (90).

La prevención de complicaciones en esta unidad puede significar el egreso temprano y la disponibilidad de camas para recibir pacientes de las salas de cirugía. Si las complicaciones suceden, los pacientes requieren de una intervención oportuna o la determinación de manejo en unidades de mayor complejidad. Una de las condiciones clave para una mayor eficacia es el balance entre el cuidado de los pacientes que necesitan más atención y los que no.

Las consideraciones posteriores a la anestesia están dadas por la Asociación Americana de Anestesiología -ASA- se indican los aspectos principales del ingreso del paciente a la unidad de cuidado postoperatorio, su evaluación y su monitorización. Al finalizar, se establecerán los procedimientos para dar salida al paciente de la unidad de cuidado postoperatorio (Anexo 10).

El equipo de profesionales de enfermería a cargo de la unidad de recuperación post anestésica deben registrar toda valoración a partir de la monitorización,

observaciones clínicas, lectura de exámenes diagnósticos de seguimiento, intervención, orden o prescripción terapéutica o profiláctica realizadas como parte del cuidado durante la emergencia y la recuperación anestésica, incluyendo la prevención y el tratamiento de complicaciones (91).

Los expertos están de acuerdo en que la evaluación de la temperatura del paciente está relacionada con la disminución de complicaciones postoperatorias. Es ideal llevado a la normotermia utilizando manta térmica

En opinión de los expertos, cada institución debe contar con una escala (Anexo 10) que permita la evaluación del estado paciente post operado inmediato en la unidad de recuperación post anestésica. Esto permitiría disminuir las complicaciones post anestésicas.

Una revisión sistemática considera toda valoración para el egreso y debe incluir estado de conciencia, presión arterial, situación de dolor, ausencia de náusea/vómito (92) se incluye el estado mental, la temperatura corporal, el drenaje y el sangrado, la monitorización del estado de hidratación y del manejo de fluidos.

Cuando el paciente está estable teniendo en cuenta los criterios de alta (93): Signos vitales estables, valores no menores o mayores del 20% de los iniciales antes de cirugía, incluye frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, saturación de pulso y temperatura; puntaje en

la escala de Aldrette mayor de 8; Ausencia de signos de dificultad respiratoria; Estado de alerta y orientación, teniendo en cuenta el tipo de cirugía y estado previo del paciente, capacidad para deglutir, toser, hablar, ausencia de vómitos o náuseas, control del dolor; Recuperación de la actividad motora y sensitiva de acuerdo a su estado previo. Toda evaluación, tratamiento y procedimiento efectuados deben ser registrados en la Historia clínica, incluidas las observaciones las cuales deben tener la firma y sello del profesional que realiza, así como la fecha y hora en que se llevaron a cabo. Si la gravedad del paciente lo amerita, éste debe ser evaluado por el médico de Cuidados Intensivos o Intermedios para su respectivo traslado (94). Al finalizar la jornada laboral se deja constancia en los cuadernos de incidencia; y en los formatos estadísticos.

Junto al alta del paciente incumbe la atención a su familia ya que el paciente por su situación de salud requiere de su apoyo y compañía, aspecto que se explicará en la tercera subcategoría

3.3.3 Incluyendo parcialmente la educación a la familia.

Cuando se abre la puerta de la Unidad de recuperación post anestésica, y luego la de Centro quirúrgico, se observa a la persona más próxima: la familia. La mayoría expresa su preocupación a través de gestos, miradas. Se observa que están en alerta ante la preocupación de un déficit de la salud de uno de sus miembros: el paciente post operado inmediato (Ilustración 12).

El fin de los cuidados de enfermería es la pronta recuperación del paciente, el restablecimiento de la salud o, en un mal pronóstico de enfermedad, encontrarse en un estado de bienestar lo más óptimo posible. El deseo del familiar es el mismo, el mayor bienestar, la recuperación de la salud y la vuelta a la vida familiar cotidiana. La familia ayuda y colabora con el paciente para mejorar su salud y da un apoyo y ayuda al paciente en su enfermedad y rehabilitación, dentro y fuera del hospital (95) .

Desde su creación, se han concebido como espacios cerrados por el riesgo que supone la condición crítica de los pacientes y la complejidad de su estado de salud; sin embargo, con el transcurrir del tiempo, las experiencias de los profesionales de la salud y la incorporación de diferentes teorías de enfermería en el cuidado de los pacientes han hecho cada vez más evidentes las necesidades familiares, ello ha impulsado el estudio de la participación familiar en la satisfacción de dichas necesidades y en la recuperación del paciente (96).

Según las Prácticas recomendadas por la Asociación Brasileña de enfermeras en centro quirúrgico, recuperación post anestésica y central de esterilización (SOBECC) (97), establece que los padres pueden y deben permanecer junto al niño en la URPA, tranquilizándolo-a durante el período postoperatorio inmediato.

En la Unidad de recuperación post anestésica el régimen de visita de familiares es muy restringido. Aunque no se cumple el horario establecido, la enfermera siempre

insiste con el anestesiólogo en solicitar autorización para el ingreso de familiares por escasos minutos, más aun cuando se trata de pacientes pediátricos (Ilustración 12).

Por tal motivo, es inexcusable la participación familiar como primacía y realidad en la unidad de recuperación post anestésica. Según revelan las siguientes afirmaciones de las enfermeras:

“... educamos a la familia, pero no como debería darse, el entorno del servicio y el movimiento de pacientes son una limitante para acercarnos más a la familia...” E8

“... permitimos que la familia vea al paciente le visite unos minutos, se le da la educación básica pero no estamos mucho tiempo con la familia...” E5

“... debemos todas dedicar más tiempo a la familia...” E6

Las enfermeras reconocen el poco tiempo que dedican a la familia aspecto de suma importancia para el fomento del autocuidado y especialmente porque la familia debe también formar parte de la atención de enfermería. Sin embargo los sujetos de estudio declaran que por las actividades que realizan en URPA les dedican escaso tiempo a la educación, el cual es un eje principal para que las actividades hospitalarias tengan continuidad en la atención domiciliaria del paciente post operado.

Cabe subrayar que la familia del paciente en estado crítico tiene necesidades de cercanía e interacción, de manera que el profesional de enfermería, con base en el enfoque holístico de cuidado y la teoría hombre-vida-salud,

debe brindar los cuidados necesarios para satisfacer la necesidades del paciente y su familia, teniendo en cuenta la integralidad del ser y su inseparable relación con el entorno (98).

.... la gestión del cuidado se centra en facilitar los procesos a la familia para ese cuidado en casa, brindando educación al paciente y a la familia...." (E2)

.... es necesario la presencia del familiar más cercano, aunque sea por momentos..."(E4)

La participación de la familia en el cuidado del paciente crítico les proporciona seguridad, mejora los canales de comunicación e información y facilita el duelo; así mismo, los efectos que han experimentado los familiares, se reflejan en la disminución de la ansiedad y aumento de la satisfacción del cuidado.

Se debe proporcionar toda la información necesaria durante el proceso, que resuelva sus dudas y satisfaga sus necesidades.

La enfermera actual, bajo el enfoque holístico del cuidado extiende sus intervenciones no solo a los pacientes, sino a sus familiares, lo cual se expresa en los esfuerzos constantes para integrarlos al proceso de participación familiar donde se proyecta una recuperación más rápida de la persona en estado crítico y la satisfacción de los actores implicados en el proceso, de manera que ello se refleje en la calidad del cuidado de enfermería.

Queda como reto para las enfermeras de URPA organizarse con más exigencia para tomar en cuenta y con más continuidad a la familia del paciente en URPA.

Un dato de la literatura indica que estas unidades se han caracterizado por atender a pacientes con alta complejidad, necesitando en muchas ocasiones asistencia de enfermería intensiva (99). El entorno cambiante en que nos desenvolvemos actualmente se ha transcrito en un incremento de la competencia y de las exigencias para las organizaciones, situación que conciben niveles elevados de presión. Así las enfermeras enfrentan un ambiente complejo y estresante, lo que se convierte en parte de la cotidianidad laboral.

3.4 CATEGORÍA IV

ENFRENTANDO UN AMBIENTE COMPLEJO Y ESTRESANTE

El ambiente físico de la URPA (Ilustración 13) tiene ciertas limitaciones en relación al espacio físico, cuenta con un almacén para la reposición de material diario, un lavamanos, y un ambiente adaptado para la eliminación de desechos orgánicos.

La distribución del personal profesional de enfermería se realiza de forma burocrática para brindar atención durante las 24 horas del día (Anexo 7), la responsabilidad recae en el jefe de servicio de centro quirúrgico, durante el turno de mañana. La tarde y la noche es responsabilidad de la coordinadora y/o supervisora de turno quienes se encargan de coordinar y solucionar todo imprevisto acontecimiento que se presente.

La URPA está ubicada junto a la sala de quirófanos, pero no cumple con las dimensiones básicas establecidas, cuenta con siete camillas una tras otras (Ilustración 1) , en ellas se instalan a los pacientes según sus características clínicas adjudicándolas individualmente en función de la previsión del estado de salud del paciente.

La gestión de camas es una presteza realizada con dinamismo en coordinación y mediante consenso entre la enfermera correspondiente en cada turno y los anesthesiólogos encomendados del despertar en dicho turno.

Por su parte Orkaizaguirre (100), considera que las enfermeras realizan sus funciones en un sistema de salud que no valúa la interacción directa con el paciente y esto hace que por un lado las cargue de tareas administrativas y por otro, no provea un estándar de personal que permita darles tiempo de cumplir con el cuidado determinado por la autora como integral.

Así, el ambiente de URPA (Ilustración 13), como unidad especializada, declarado por las enfermeras es estresante y se considera un factor determinante en el cual cada enfermera presenta respuestas personalizadas como las propias enfermeras lo declaran:

“...URPA es un ambiente laboral estresante, no contamos con todo el personal necesario, durante los turnos nos movilizan a otros servicios o se alteran las programaciones de los turnos de las enfermeras, que de cierta forma estresan al personal junto a las llamadas de atención por esto o

aquello, que si se ven en profundo no tienen por qué hacerse, junto a esto los equipos, medicamentos e insumos que se necesitan: para que a la ultima hora no surjan imprevistos y se pueda tener todo listo para actuar inmediatamente frente alguna contingencia. De tal forma que el tiempo que permanezca el paciente en URPA sea el mínimo necesario para que el paciente se recupere del stress quirúrgico y anestésico, al que se enfrenta...” E1, E4, E8

“...no todo es bonito aquí, a veces tenemos que enfrentarnos al staff médico, soportar su elevado tono de voz, su descortesía y hasta sus burlas...” E7

“...Se aprende el manejo de situaciones difíciles, estas son pruebas para la enfermera, hay quienes abandonan o solicitan el cambio de servicio porque para ellas es complicado...” E10

Las enfermeras de URPA caracterizan el ambiente laboral como estresante (Anexo 4), la mayoría de las enfermeras son del sexo femenino con una doble función, la primera profesional a la cual responden con exigencia confrontado por el movimiento de pacientes post quirúrgicos y lo segundo por su función familiar donde no hay omisión de deberes ineludibles, sumados a las reclamaciones a que están expuestas por parte de los jefes, la improvisación que observan del recurso humano al ser movilizadas de un servicio a otro sin su consentimiento, llamadas de atención que podrían omitirse si se considera que se trabaja con personas y no con máquinas y al momento de prestar atención al paciente post quirúrgico a veces se constata que hace falta medicamentos o equipos imprescindibles para cumplir con la labor.

Hoy en día hay un número excesivo de pacientes críticos (101) y camas limitadas en unidad de cuidados intensivos (UCI), muchos de ellos esperan en URPA el lanzamiento de la cama de UCI, no es una eventualidad, cada vez se hace más frecuente lo que ocasiona alta demanda de cuidados intensivos, mayor tiempo para la preparación de la cama y la admisión de estos pacientes, instalación de drogas vasoactivos y sedantes en bombas de infusión, manejo de ventilador mecánico, colocación de sondas de alimentación, curaciones de herida quirúrgica, control de drenajes y catéteres, control del equilibrio hidroelectrolítico, succión del tubo orotraqueal, aspiración de secreciones por tubo endotraqueal, higiene oral y baño de esponja, transporte del paciente para pruebas de imagen y formularios utilizados para interconsultas.

La falta de personal, materiales, equipos inoperativos más la situación crítica de los pacientes todo ello genera estrés, que de cierta manera repercuten en el clima laboral y en el cuidado del paciente post operado.

Al respecto la OIT (102), califica el estrés como la respuesta física y emocional dañina causada por un desequilibrio entre las exigencias percibidas y los recursos y capacidades percibidos de un individuo para hacer frente a esas exigencias, tal y conforme las enfermeras de URPA lo experimentan. Agregan además que el estrés relacionado con el trabajo está determinado por la organización del trabajo, el diseño del trabajo y las relaciones laborales, y tiene lugar cuando las exigencias del trabajo no corresponden o exceden las capacidades, recursos o necesidades del trabajador o cuando el conocimiento y las

habilidades de un trabajador o de un grupo para enfrentar dichas exigencias no coinciden con las expectativas de la cultura organizativa de una empresa.

El manejo del estrés se define como la capacidad para actuar con eficiencia y eficacia en situaciones de presión, ya sea tiempo, en desacuerdo, en oposición o en la diversidad. Las enfermeras, lidian constantemente con personas de más diversas concepciones y culturas. Este tipo de relación contribuye fuertemente para que se genere un estrés laboral, un síndrome que surge en profesionales de enfermería de todo el mundo y en diferentes contextos de trabajo (103). Realidad generada en URPA, a manera de reclamo por parte de las enfermeras pues consideran que un elevado nivel de estrés puede desencadenar en burnout y/o en un descenso de la calidad asistencial hacia el paciente así como en el grado de satisfacción personal con el trabajo realizado.

Al analizar el sistema laboral del enfermero y observar la práctica asistencial, se puede evidenciar sobrecarga de trabajo, al realizar diversas actividades, algunas propias de su rol y otras no específicamente relacionadas porque son de carácter administrativo, por no decir de secretariado; restando a su responsabilidad de orientación profesional, quien de inmediato se convierte en sujeto de ayuda y delegación de tareas, sin considerar la misión de su rol docente asistencial, de investigación establecidos en el Código Internacional de Enfermería (CIE) (104).

El profesional de enfermería debe ejercer funciones docente, asistencial, administrativa e investigativa, y no asumir otras actividades, tales como realizar llamadas telefónicas, requerir medicamentos a farmacia, formalizar y efectivizar interconsultas, solicitar a banco de sangre, o a la oficina de recursos materiales e insumos, o a servicios de apoyo diagnóstico, solicitar resultados o informes de pruebas diagnósticas.

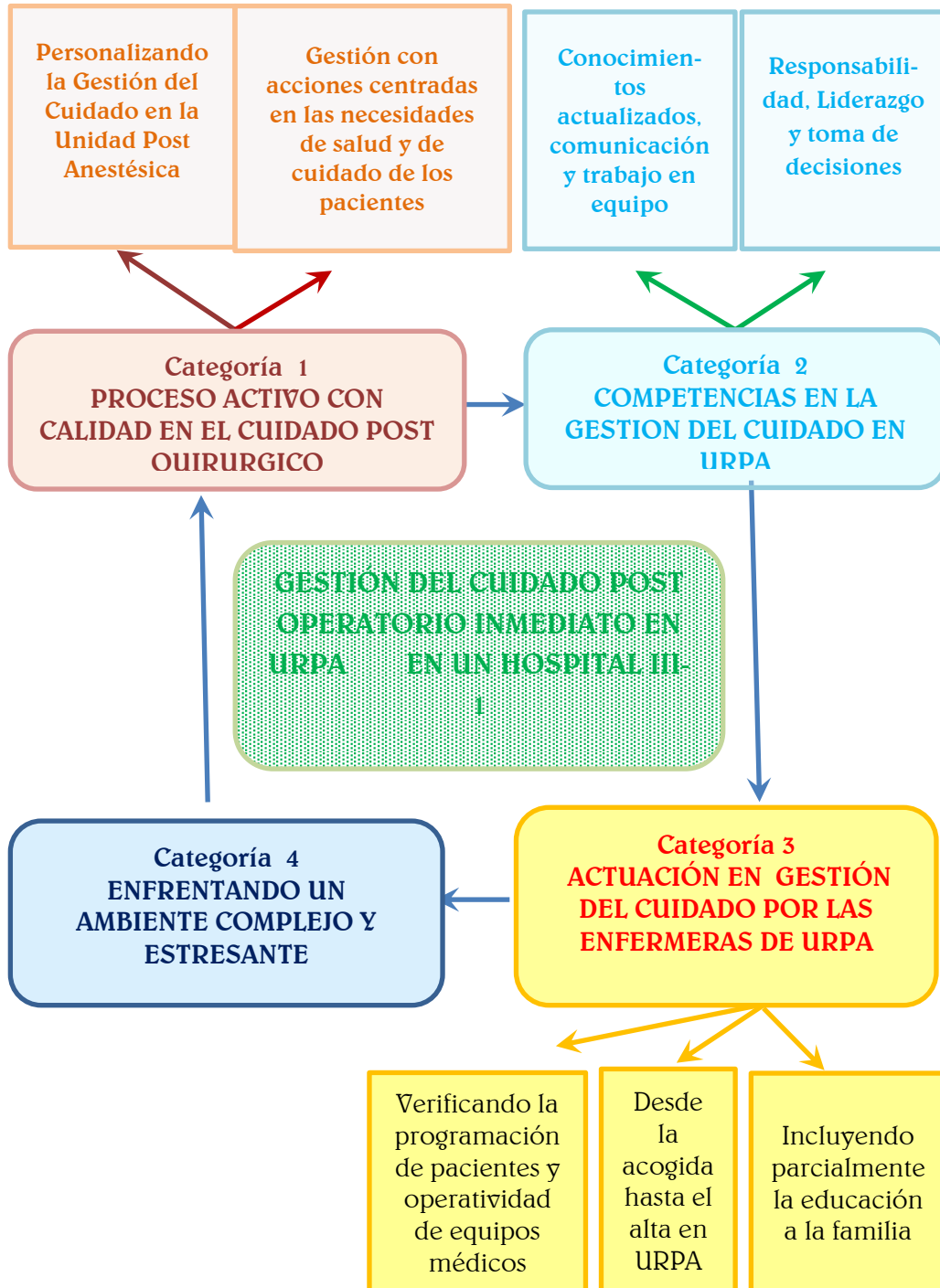
Realizar tareas correspondientes al personal auxiliar; trae como consecuencias la distorsión del sentido y significado de la profesión y encubre la imagen social del profesional de enfermería (105). Quien debe evitar reducir su quehacer profesional a un activismo sin reflexión.

A continuación se presenta una aproximación conceptual de la gestión del cuidado post operatorio inmediato en la unidad de recuperación post anestésica en un hospital III-1

APROXIMACION CONCEPTUAL

GESTIÓN DEL CUIDADO POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN UN HOSPITAL III-

1



APROXIMACION CONCEPTUAL

GESTION DEL CUIDADO POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA EN UN HOSPITAL III-1

Chiclayo 2017

La gestión del Cuidado en el post operatorio inmediato en URPA de un hospital III-1, según las enfermeras se lleva a cabo a través de un proceso activo donde prima la calidad del cuidado, siendo necesario personalizar la gestión centrado en las necesidades de los pacientes en relación al tipo de intervención quirúrgica y grado de dependencia del paciente. Calidad que se percibe cuando las enfermeras ponen en práctica las competencias: conocimiento actualizado, trabajo en equipo, liderazgo, toma de decisiones. Competencias con proyección a poner la cabeza, corazón, acción en la programación previa de intervenciones quirúrgicas y verificación de la operatividad de los equipos, los cuales facilita actuar con la debida eficacia desde la admisión del paciente hasta el alta de URPA. Al mismo tiempo durante la gestión del cuidado las enfermeras ponderan que la educación dedicada a la familia no es la más adecuada, pues la realizan de manera parcial sin el tiempo previsto y estudiado para que la familia colabore más y estese mejor informada. Y como aspecto relevante reflexiona que trabajar en URPA es enfrentar un ambiente complejo y estresante, propiciado por las autoridades y el movimiento de pacientes post quirúrgicos.

CONSIDERACIONES FINALES

- Las enfermeras de URPA reconocen y valoran la gestión del cuidado como un proceso activo con calidad en la atención post quirúrgica, este proceso lo realizan en todo momento mediante la planificación, organización, coordinación y control de los recursos lo que conduce a poner todas sus capacidades para proporcionar un cuidado integral y de calidad.
- La gestión del cuidado en URPA está centrado en las necesidades de salud y cuidado del paciente post operado inmediato. Ellas reflexionan en las competencias necesarias como conocimientos actualizados, comunicación y trabajo en equipo. Asimismo señalan la importancia del liderazgo acompañado de responsabilidad y toma de decisiones que le permitirá a la enfermera solucionar los posibles problemas ejerciendo su autonomía.
- Las enfermeras de URPA durante la gestión del cuidado, verifican la programación de pacientes en las diferentes especialidades que serán intervenidos y al mismo tiempo evidencian la operatividad de los equipos para gestionar el cuidado desde que el paciente es acogido en URPA hasta que es dado de alta, en este transcurso la enfermera realiza variedad de procedimientos, coordinaciones con la finalidad de garantizar la calidad e integralidad de los cuidados. Sin embargo también reconocen la escasa intervención que tienen con la familia en materia de educación.
- Las enfermeras de URPA reconocen la Unidad como un ambiente complejo y estresante, parte esencial de centro quirúrgico en el cual convergen pacientes de distintas edades, con alta rotatividad, las propias enfermeras reclaman cuando son movilizadas a otros servicios,

son afectadas, o no cuentan con los recursos necesarios, con todo ello se desestima el buen actuar para una pronta recuperación exacerbando la presencia de eventos adversos.

- El desarrollo de las competencias en la gestión de cuidados revela hoy un terreno excepcional que promete oportunidades para que las necesidades de las personas sean satisfechas con humanidad, calidad y seguridad.

RECOMENDACIONES

PARA LAS ENFERMERAS DE URPA

- Asumir la gestión del cuidado con retos altos de acuerdo a su misión y visión, ya que el factor humano es de suma importancia en esta actividad, pues sin enfermeras especialistas no hay gestión del cuidado en URPA y de esta manera siempre proporcionar un cuidado integral al paciente post operado inmediato. Para ello aprovechar reuniones o cartas escritas a las autoridades o Sindicato de enfermeras, para dar a conocer sus reclamos como enfermeras especialistas, las falencias de recurso humano y materiales incluyendo medicamentos.
- Continuar retroalimentando su liderazgo de tal manera que destaquen en sus decisiones autónomas. Fomentando conversatorios, reuniones donde uno de los temas centrales sea el liderazgo. Incluso intentar invitar a enfermeras líderes para esta acción que considero imperativa y ética.
- Crear estrategias que les permita crear puentes entre URPA y la familia para un mayor acercamiento, comprensión de la situación y sobre todo de educación.

PARA LAS AUTORIDADES DE URPA

- Fomento de un clima laboral favorable para todo el equipo humano de URPA, haciendo un diagnóstico previo y de acuerdo a resultados hacer pequeñas intervenciones como el fomento del diálogo, reuniones mensuales, reconocimiento al mejor trabajador, cartas de felicitación, así como evitar la movilización del personal y si es muy necesario pedir su consentimiento. Encontrando soluciones para resolver la inequidad en la distribución del personal de salud.
- Cuando se quiera llamar la atención al personal de URPA hacerlo de manera personalizada no delante de pacientes o de otras personas ajenas al problema. Considerando que se trabaja con personas portadoras de dignidad y no con máquinas.
- Programar talleres de sensibilización, trabajo en equipo y comunicación asertiva.
- Mejorar la capacidad de gestión de personal a través de las capacitaciones continuas tanto intra como extra hospitalaria y las condiciones de trabajo para aumentar el compromiso de los trabajadores de salud con la misión institucional. Premiando iniciativas y evitar la escasez de personal.
- Mantener relaciones con las instituciones de formación y las de servicio de salud para una planificación conjunta de necesidades y perfiles de los futuros profesionales de URPA.
- Incluir a enfermería en el proceso político y de adopción de decisiones.

PARA PREGRADO

- En la formación de enfermeras profesionales, incluir temas conceptuales y operativos, sobre la gestión del cuidado específicamente en la Unidad de recuperación post anestésica, vislumbrando nuevos entornos de trabajo con calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. 10 Datos sobre seguridad en la atención quirúrgica. [Online].; 2010 [cited 2015 Noviembre 18. Available from:
http://www.who.int/features/factfiles/safe_surgery/facts/es/index9.html .
2. Gerencia Central de Operaciones de EsSalud. Intervenciones Quirúrgicas. Perú: EsSalud, Lambayeque; 2017.
3. Red Asistencial de EsSalud de Lambayeque. Intervenciones Quirúrgicas. [Online].; 2014 [cited 2015 Noviembre 18. Available from:
http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/inf_instit_enero2013_oct_2014.pdf
4. Departamento de Enfermería - Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo". Archivo de Producción de Centro Quirúrgico. 2012..
5. Nunes FC, Matos SS, Mattia ALD. Análise das complicações em pacientes no período de recuperação anestésica. SOBECC. 2014 jul./set.; 19(3): p. 129-135.
6. Hernández Salas NE. Evaluación de la gestión como proceso orientado a la calidad del cuidado de enfermería en una institución prestadora de servicio de salud de carácter público de II nivel de atención en Valledupan. Tesis para optar el título de Magíster en Enfermería en el área de Gerencia del Cuidado para la Salud. Colombia: Universidad Nacional de Colombia - Facultad de Enfermería, Bogotá; 2007.
7. Lourenço M, Peniche A, Costa A. "Unidades de Recuperação Pós-Anestésica de Hospitais Brasileiros: Aspectos Organizacionais e Assistenciais". SOBECC. 2013 abr./jun.; 18(2): p. 25-32.
8. Carmona Lovera C, Carranza Marimon L. "Nivel de participación y Liderazgo en la Gestión del cuidado de enfermería en el nivel operativo desde la perspectiva de Diane Huber en una institución de tercer nivel de la Ciudad de Cartagena de Indias en el primer período del año 2011. Tesis. Bolívar: Corporación Universitaria Rafael Nuñez Facultad de Ciencias de la Salud- Programa de Enfermería VIII Semestre, Bolívar; 2011.
9. Cabarcas Rodriguez C. Significado de la experiencia de la gestión del cuidado de enfermeras en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena. Tesis de maestría. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Cartagena; 2012.

10. Soares , Col y. "A realização da assistência de enfermagem em uma unidade de recuperação pós-anestesia em Hospital Filantrópico de Montes Claros". Tesis. Minas Gerais: Hospital Filantrópico de Montes Claros, Montes Claros; 2012.
11. Díaz R, Pérez S. Cuidar/Cuidado de la enfermera a la persona en el post operatorio inmediato. Rev. Paraninfo Digital. 2013; 19.
12. Rivera A. Práctica ética de enfermeras jefes en la gestión del cuidado. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. 2013 [tesis]. [Online].; 2014 [cited 2018 Enero 03. Available from:
http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/598/1/TM_Rivera_Gutierrez_AnaMaria.pdf .
13. Morales R, Santamaria L. Experiencias de las enfermeras en el cuidado post operatorio inmediato. Hospital I Naylamp EsSalud. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo 2014 [tesis]. 2015; 5(1).
14. Hernando A. "La gestión del Cuidado". Revista Enfermería CyL. 2015 feb; 7(3).
15. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero Barcelona: Masson; 1996.
16. Ferreira A. "La gestión del cuidado en la legislación profesional: Algunas consideraciones para su regulación". Cienc. enferm. 2013 XIX; 3(103-109).
17. Ferreira A. Red Internacional de gestión del cuidado de enfermería: Alcances y desafíos en el marco de la Cobertura Universal de Salud. Revista Cubana de Enfermería. 2016; 32(3).
18. Balderas M. Administración de los servicios de Enfermería. 6th ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2012.
19. Complejo Hospital Norte. GESTION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.mht NUEVA ESTRUCTURA ORGANICO FUNCIONAL EN EL CONTEXTO DE REFORMA SANITARIA. [Online].; 2005 [cited 2015 Noviembre 18. Available from:
http://www.enfermeriajw.cl/protocolos/Gestión_Cuidados_Enferm%CDACHNorte2005-2006.doc .
20. ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ESCUELAS Y FACULTADES DE ENFERMERÍA. [Online].; 2004 [cited 2015 Noviembre 18. Available from:
http://www.aladefe.org/boletines/Boletin_abril_2004.pdf .

21. Norma Nº 19. 14 Diciembre 2007. entregada mediante resolución exenta Nº1127, firmada por la Ex ministra de Salud Dra Maria Soledad Barria Iroume.
22. Norma Nº 21. 1 de setiembre 2010. mediante Resolución Exenta Nº 678 , firmada por el Ministro de Salud Dr. Jaime Mañulich Muxi.
23. Colectivo de autores. Norma Administrativa Nº 19 Gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada.mht. 2007. Resolución 1127.07.2007.
24. Milos H, Borquez P, Larrain S. La "gestion del cuidado" en la legislación chilena: Interpretación y Alcance. CIENCIA Y ENFERMERÍA. 2010 setiembre; 16(1).
25. Morfi Samper R. Gestión del Cuidado en Enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2010 ene.-mar.; 26(1).
26. Mompert García M. Administración de servicios de enfermería Barcelona: Masson; 2000.
27. Ceballos-Vásquez P, Jara-Rojas A, Stiepovich-Bertoni J, Aguilera-Rojas P, Vílchez-Barboza V. La gestión del cuidado: Una función social y legal de la enfermería chilena. Rev. Enfermería actual en Costa Rica. 2015 En; 29: p. 6.
28. Mendoza J, Narváez R. Cuidados de enfermería en la prevención de complicaciones cardiopulmonares durante la fase postoperatoria en pacientes hospitalizados en la clínica docente "Los Jarales". Tesis. Venezuela: Universidad central de Venezuela; 2012.
29. Soto P, Reynaldos K, Martínez D, Jerez O. Competencias para la enfermería en el ámbito de la gestión y administración: Desafíos actuales de la profesión. Aquichán. 2014; 14(1): p. 79-99.
30. Ochoteco SH. Gestión de nuevos escenarios en enfermería en un mundo global. [Online].; 2013 [cited 2015 Diciembre 10. Available from:
[es,slideshare.net/SilviaHeckel/13-gestion-enunmundoglobalizadosilvia](http://es.slideshare.net/SilviaHeckel/13-gestion-enunmundoglobalizadosilvia) .
31. González R, Bracho C, y col. Cuidado Humano con valor en el Ejercicio de los Profesionales de salud. 2009..
32. Organización Panamericana de la Salud. "Panorama de la Fuerza de Trabajo de enfermería en América Latina". Washington DC 2005. Serie RH Nº 39.
33. Salvatierra Florez V, Rivera Quevedo CL. Gestión del Cuidado esencia de ser enfermera. [Online].; 2014 [cited 2015 mayo 28. Available from:

<http://www.cies.cl/Gestion-del-%20Cuidado.pdf> .

34. Organización mundial de la salud. Enfermería. [Online].; 2015 [cited 2017 Dic 29. Available from: <http://www.who.int/topics/nursings/es/> .
35. Consejo Internacional de Enfermería. CIE. [Online].; 2015 [cited 2015 noviembre 26. Available from:

<http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/> .
36. Schober M. Consejo Internacional de Enfermeras.La definición de enfermería. [Online].; 2002 [cited 2014 junio 23. Available from:

<http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/> .
37. Peniche A, Leite R, organizadoras , Enfermegem em centro cirúrgico e recuperação. Aspectos organizacionais da sala de recuperação pós-anestésica: planejamento físico, materiais e equipamentos, recursos humanos. In Carvalho R, Bianchi E. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2010. p. 258-66.
38. American Society of Anesthesiology, ASA. Sistema de Clasificación. [Online].; 2005 [cited 2005 08 13. Available from:

[http://www.neurocirugia.com/escalas/asa.htm13\(08/2005](http://www.neurocirugia.com/escalas/asa.htm13(08/2005) .
39. Saager I, al e. Intraoperative Transitions of Anesthesia Care and Postoperative Adverse Outcomes Anesthesiology. Anesthesiology. 2014; 121: p. 695.706.
40. Giraldo Molina CI. LAS NECESIDADES DEL CUIDADO DE ENFERMERIA. CRITERIOS PARA DEFINIR REQUERIMIENTOS DE PERSONAL DE ENFERMERÍA. Dialnet Investigación y Educación en Enfermería. 2000 Marzo; XVII(1).
41. Delgado J. Cuidado postoperatorio inmediato. Salud integral y Vida sana. 2015.
42. Suddarth , Brunner. Enfermería Médico Quirúrgico. 8th ed. Mexico: Mc Graw Hill Interamericana; 1998.
43. Rosales S. "Fundamentos de enfermería" Período inmediato. 3rd ed.; 2004.
44. Fernández P, Espuñes E. Manual de Enfermería Quirúrgica; 2012.
45. URPA aseedar-td. [Online].; 2015. Available from:

<http://www.aseedar-tdorg/competencias-y-funciones/180html>.
46. Burns N, Grove S. Investigación en enfermería. 5th ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

47. Minayo M, Deslsndes S, Neto O, Gomes R. Investigación Social, teoría, método y creatividad (traducción de Marcelo Urquía). 1st ed. Buenos Aires; 2003.
48. Carbajal L. Sujeto de investigación, Metodología de la investigación. [Online].; 2013 [cited 2018 Enero 04. Available from:
[www.lizardo-carvajal.com/blog/sujeto-de-investigación, 2013](http://www.lizardo-carvajal.com/blog/sujeto-de-investigación,2013) .
49. Shettini P, Cortazzo I. ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVOS EN LA INVESTIGACIÓN SOCIAL PROCEDIMIENTOS Y HERRAMIENTAS PARA LA INTERPRETACIÓN DE INFORMACIÓN CUALITATIVA. 120th ed. Facultad de Trabajo Social , editor. La Plata: Edulp Universidad Nacional De La Plata; 2015.
50. Quintana A, Montgomery W. Metodología de Investigación Científica Cualitativa Tópicos de actualidad , editor. Lima: UNMSM; 2006.
51. García-Orellán R. Retos metodológicos: de la oralidad al texto. Revista Antropológicas. 2015 xx; yy(13): p. 57-66.
52. Denzin N. El campo de la Investigación cualitativa. 3rd ed. Colombia: Gediza; 2012.
53. Sgreccia E. Bioética Personalista: Principios y Orientaciones. I Congreso Internacional de Bioética. USAT 2008. Chiclayo Perú.
54. Noreña AL, Alcaraz-Moreno N, Rojas JG, Rebolledo-Malpica. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichán. 2012 Diciembre; 12(3): p. 263-274.
55. León C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. [Online].; 2006 [cited 2017 Dic 28. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007&lng=es .
56. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero España. Elsevier Masson. 2002;(p 121).
57. Ferreira A. Professional legislation and care management: considerations for regulation. Ciencia y Enfermería. 2013; XIX(3).
58. Pacheco L. "Un análisis sobre gestión cuidado y el entorno de enfermería". Rev. enferm, vanguard. 2016; 4(2): p. 30-31.
59. Quintero T, Gómez M. El cuidado de enfermería significa ayuda. Aquichán. 2010 Oct; 1(8-18).

60. Hernández I. Cuidado espiritual y nivel de ansiedad situacional en pacientes quirúrgicos del Hospital Regional de Ayacucho. Tesis doctoral. Ayacucho: Universidad Nacional San Agustín, Arequipa; 2014.
61. Wilches Flores O, Wilchez Flores A. El cuidado visto por profesionales de la salud, en calidad de familiares de un usuario. Revista colombiana de Bioética. 2016 enero-junio; 11(1).
62. Bueno Robles IS. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. Ciencia y enfermería. 2011 Abril; 17(1 : 37-43).
63. Marilaf M, Alarcón A. , Illesca M. Rol del enfermero en la Posta Rural. Percepción de los usuarios. Cienc. enferm. 2011 Feb; XVII(111-118).
64. Milos P, Larraín A. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. Aquichán. 2013 abril; 15(1).
65. Colegio de Enfermeros del Perú. Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero. Lima - Perú 2008..
66. Zarate R. La gestión del cuidado de Enfermería. Index Enferm. 2004 Jun; 13(42-46).
67. Miranda A, Contreras S. El cuidado enfermero como problema ético: concepto y principios prácticos aplicados al acto de cuidado. Rev.bras.enferm. 2014 Dic; 67(6): p. 873-880.
68. Serra M, Filho F, Alburquerque A, Santos C, Carvalho Junior F, Silva R. Nursing Care in the Immediate Postoperative Period: A Cross-sectional Study. Online braz j nurs. 2015 Mar; 14(2): p. 161-7.
69. Auccasi Roja M. EZBOZANDO EL PERFIL DEL ENFERMERO DE LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE. [Online]. [cited 2018 Enero 04. Available from:
<http://www.enfermeriaperu.com/mistrabajos/perfilenferecup.htm> .
70. Agramonte del Sol A, Farrea Vásquez R. Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. Rev Cubana Enfermer. 2010 Jun; 26(2).
71. Estefo S, Paravic T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Scielo Chile Ciencia y enfermería. 2010 Mar; XVI(33-39).

72. Rivera A. Práctica ética de enfermeras jefes en la Gestión del Cuidado, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Tesis para optar el grado de Magíster en Enfermería. Chiclayo: Universidad Católica "Santo Toribio de Mogrovejo", Lambayeque; 2014. Report No.: 598.
73. Morfi Samper R. Gestión del Cuidado en Enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2010 ene.-mar.; 26(1).
74. Soto P, Reynaldos K, Martínez D, Jerez O. "Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión". Aquichán. 2014 marzo; 14(1): p. 79-99.
75. White C, Pesut B, Rush k. Intensive care unit patients in the postanesthesia care unit: a case study exploring nurses' experiences. J. Perianesth Nurs. 2014 Apr; 29(2): p. 129-37.
76. Urquiaga M, Rodríguez Y. Vivencias de los profesionales de enfermería en la gestión del cuidado a personas hospitalizadas. In Crescendo. Ciencias de la salud. 2015 Octubre; 2(2): p. 65-73.
77. Chen T, Crozier J. Endovascular repair of thoracic aortic pathoogies: postoperative nursing implications. J Vasc Nurs. 2014; 32(1): p. 63-9.
78. Consejo Internacional de Enfermeras. Modelos para el siglo XXI. Ginebra, 2002..
79. Jones F, Podilla P, Powers C. Creating a culture of safety in the emergency department: the value of teamwork training. J Nurs Adm. 2013 43; 4(194-200).
80. Rocha-Oliveira T, Faria-Simoes S. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24 hrs. una interpretación en Travelbee. Enferm Global. 2013; 12(30): p. 76-90.
81. Yañez R, Valenzuela S. Conductas críticas para experimentar confianza en el liderazgo de enfermería en un hospital de alta complejidad. Aquichán. 2013; 13(2).
82. Ataurima Mañueco R. Satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en el servicio de URPA. Hospital de Apoyo Jesús de Nazareno. Trabajo de Investigación para optar el Título de especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela de Post Grado, Lima - Perú; 2016. Report No.: 123456789/5207/1/.
83. Whitaker D, Booth H, Clyburn P, Harrop-Griffiths W, Hosie H, Kilvington B, et al. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, Immediate post.-

- anaesthesia recovery. association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland Anaesthesia. 2013; 68: 288-97.
84. Oliveira P, Carvalho R. Deployment and operation of a hybrid operating room in a private hospital in São Paulo. Rev. SOBECC [internet]. 2016 abr-jun; 21(2): p. 97-102.
85. Iglesias L. Evolución de los cuidados de enfermería durante el siglo XX hasta la actualidad. ehuBiblioteca. 2014 Junio 24.
86. Henriques A, Costa S, Lacerda J. Nursing care in surgical patient safety: an integrative review. Cogitare Enferm [Internet]. 2016 out-dez; 21(4): p. 1-8.
87. Blum J, Stentz M, Dechert R, et al. Preoperative and Intraoperative Predictors of Postoperative Acute Respiratory Distress Syndrome in a General Surgical Population. Anesthesiology. 2013; 118(1): p. 19-29.
88. Galdeano y col.. Assistência de enfermagem na recuperação anestésica. In Carvalho R, Bianchi E, organizadoras , Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2010. p. 267-98.
89. Eichenberger A, Haller G, Cheseaux N, Lechappe V, Gamerin P, Walder B. A clinical pathway in a post-anaesthesia care unit to reduce length of stay, mortality and unplanned intensive care unit admission. Eur J Anaesthesiol. Eur J Anaesthesiol. 2011 Dec.; 28(12): p. 859-66.
90. Falk S. Postoperative care. Anesthesiol Clin. 2012; 30(XI-XII).
91. Vimlati L, Gilsanz F, Goldik Z. Quality and safety guidelines of postanesthesia care: Working Party on Post Anaesthesia Care (approved by the European Board and Section of Anaesthesiology. Union Européenne des Médecins Spécialistes). Eur J Anaesthesiol. 2009; 26(715-21).
92. Phillips N, Haesler E, Street M, Kent B. Post-anaesthetic discharge scoring criteria: A systematic review. JBI Library of Systematic Reviews. 2011 Sep; 41: p. 1679-1713.
93. Apfelbaum J, et al. Guías de prácticas para la atención postanestésica: Un informe actualizado de la Sociedad Americana de anesthesiólogos sobre el cuidado post anestésico. Anesthesiología. 2013; 118(291-307).
94. Ministerio de Economía y Finanzas. Aprueban Norma Técnica de Salud para la Atención Anestesiológica RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 022-2011-MINSA Lima, 10 de enero de 2011. [Online].; 2015 [cited 2018 Enero 04. Available from:

https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/normas/normasv/snip/2015/Documentos_MINSA/27B_RM_N_022_2011_MINSA.pdf .

95. Ginesa R. Incorporación del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante; 2015.
96. Ibarondo B, Tricas S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2012; 23((4) : 179-88).
97. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização-SOBECC. Práticas recomendadas. 6th ed. São Paulo: SOBECC; 2013.
98. Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: Una propuesta de fundamentación teórica. *Investig. Enferm. Imagen Desarr.* 2013 julio.diciembre; 15(2): p. 137-151.
99. Apfelbaum JL, SJCFCRFRHSea. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology*. 2013; 118(2): p. 291-307.
100. Orkaizagirre A. Visibilizando los cuidados enfermeros a través de la relación de cuidado. *Index Enferm.* 2013 jul/Sep.; 22(3): p. 124-6.
101. CAVERZAN TCR, VILELA RPB, RUIZ PBO, IGNAN JPC, et al. Anais do Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo. [Online].; 2018. Available from: <https://proceedings.science/enfhesp/trabalhos/permanencia-de-pacientes-criticos-em-sala-de-recuperacao-pos-anestesia> .
102. Organización Internacional del Trabajo (OIT). El Estrés en el Trabajo. [Online].; 2016 [cited 2017 Mayo 20. Available from: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_473270.pdf .
103. Bernardino E, Fernandes-Santos M. Formación de competencias para el gerenciamiento de enfermería. *Cogitare Enfermagem*. 2014; 19(2).
104. Colegio de Enfermeros del Perú. Certificación. [Online].; 2014 [cited 2017 junio 15. Available from: <http://www.cep.org.pe/especialidades> .
105. García M. Gestión de la calidad del cuidado de enfermería en instituciones prestadoras de salud de III y IV nivel de atención de salud. [Online].; 2013 [cited 2017 Dic 20. Available from: www.bidigital.unal.edu.co/43077/1/32656484.2013.pdf .

Anexos

Formato tomado de Bonilla y Rodríguez 1977 p 113, 121-124

Seudónimo:

Fecha:

Lugar: Unidad de Recuperación post anestésica

Hora de Inicio:

ACTOR: ¿Quién está presente?

ACTO. ¿Qué está Haciendo?

PERSONAS SIGNIFICATIVAS: ¿Con Quién?

RELACIONES: ¿Qué tipo de relación (visual, táctil, verbal...)?

CONTEXTO: ¿En qué contexto o situación?

MEDIO FISICO: ¿Donde?

OBJETOS: ¿Que Tecnología y artefactos usa?

TIEMPO: ¿Cuánto tiempo dura y cuál es la secuencia de la acción?

OBJETIVO: ¿Que está tratando de lograr?

II. Por favor responda con claridad, y con libertad reflexiva lo siguiente:

- 1 Para usted ¿Qué significa “gestión del Cuidado” en la Unidad de Recuperación Post anestésica?
- 2 Desde su formación y experiencia laboral ¿Qué capacidades reconoce usted para perfeccionar la gestión del cuidado en URPA?
- 3 Puede explicar ¿Cómo realiza Ud. La gestión del Cuidado en URPA?
- 4 ¿Qué modificaciones ha experimentado en el ejercicio de su profesión considerando la gestión del cuidado en URPA?
- 5 ¿Cuál ha sido el papel de la enfermera en la gestión del cuidado?
- 6 ¿De qué manera la institución y los profesionales de enfermería han asumido la gestión del cuidado?
- 7 Puede describir ¿Qué limitaciones y obstáculos se presentan en la gestión del Cuidado en URPA?
- 8 ¿Cuáles serían sus propuestas para reformar la gestión del cuidado en la Unidad de recuperación post anestésica?

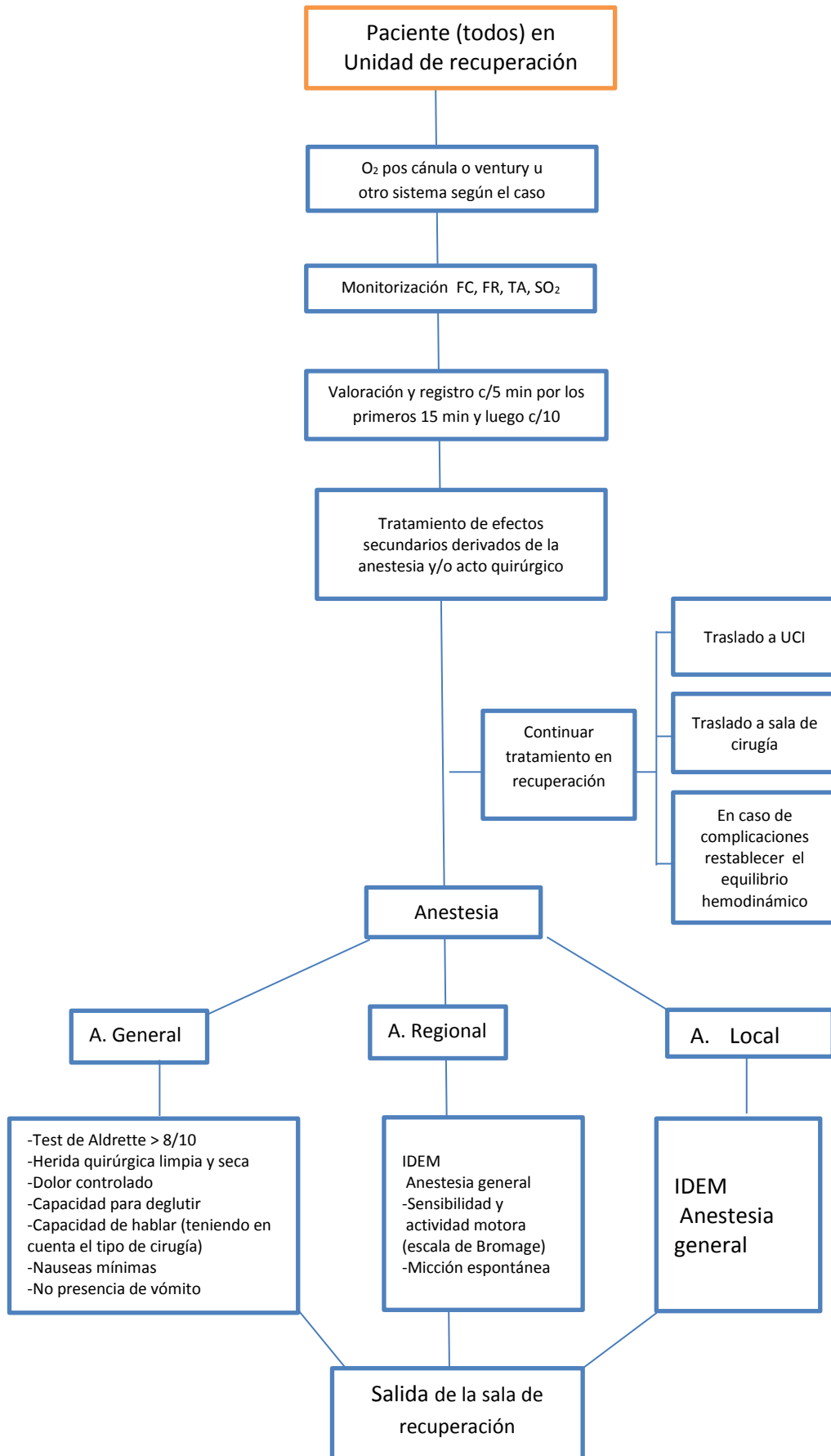
A4. *Caracterización de sujetos de Investigación*

Consolidado de las Enfermeras profesionales que laboran en la Unidad de Recuperación post anestésica del Hospital III-1

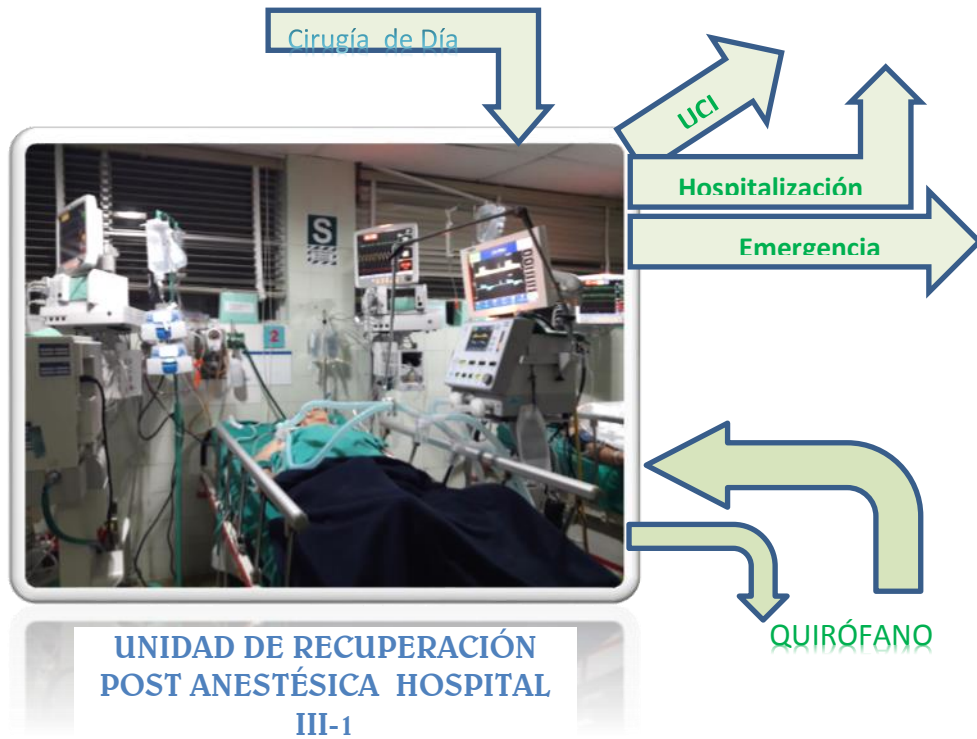
N°	E	S	Unv.	Nivel Académico			Tiempo Laboral	Tiempo URPA	Cargo		Dependencia Laboral		
				E	M	D			A	J	276	PI	PF
1	53	F	Nac	s	s	s	19	6	x			X	
2	51	F	Nac	s	s	n	28	8		X	x		
3	49	F	Nac	s	s	n	22	4	x			X	
4	60	F	Nac	s	s	s	38	7		X	x		
5	62	F	Nac	s	S	n	32	4	x		x		
6	28	F	Part	s	n	N	20	3	x			X	
7	38	F	Nac	s	n	N	13	2	x			X	
8	35	F	Part	s	n	N	18	2	x			X	
9	41	f	Part	s	n	N	12	5	x			X	
10	37	f	Nac	s	n	N	10	3	x				x
TOTAL	28-62	10	N=7	10	S5	S=2 N=8	10-38	2-8	8	2	3	6	1

Fuente: Encuesta a las Enfermeras que laboran en URPA Hospital III-1 Chiclayo 2017

A5. Flujograma



A6. *Flujo de paciente en URPA*



A7. Ficha de programación diaria

Todos los días aproximadamente a las cinco de la tarde se envía por whatsApp la ficha de programación de pacientes que serán atendidos al día siguiente en los diferentes quirófanos, lo cual nos da una idea del movimiento de pacientes que serán atendidos en la Unidad de Recuperación post anestésica: se consigna la edad del paciente, tipo de intervención quirúrgica, tipo de anestesia, número de enfermeras en el turno mañana (2) en el turno tarde (2) noche (1)

Lo invisible está en el número de pacientes atendidos aproximadamente son 6 en la mañana, mientras que en la tarde son 16 en promedio y en la noche son diez pacientes lo cual muestra una brecha e inequidad a la cual se debe prestar atención pues repercute en la calidad a la cual se aspira. Por lo que se sugiere estudios de investigación en esta área.

Personalizando la gestión del cuidado en la Unidad de Recuperación post anestésica



Ilustración 1: Pacientes en URPA



Ilustración 2: Pulsera de identificación



Ilustración 3: Personalizando la atención en el post operatorio inmediato.



Ilustración 4: Acciones centradas en las necesidades de salud y de cuidado

A photograph of a large printed table titled "PROGRAMACION CENTRO QUIRURGICO 21 - 12 - 2017 (HORA IMPRESION 12:20)". The table contains multiple columns of text, likely representing patient names, scheduled times, and other clinical information. Some rows are highlighted in orange.

Ilustración 5: Programación de pacientes

Equipos biomédicos en la Unidad de Recuperación Post anestésica Hospital
III-1



Ilustración 6: Camillas en URPA



Ilustración 7: Monitor multiparámetro



Ilustración 8: Electrocardiógrafo



Ilustración 9: Bomba de Infusión

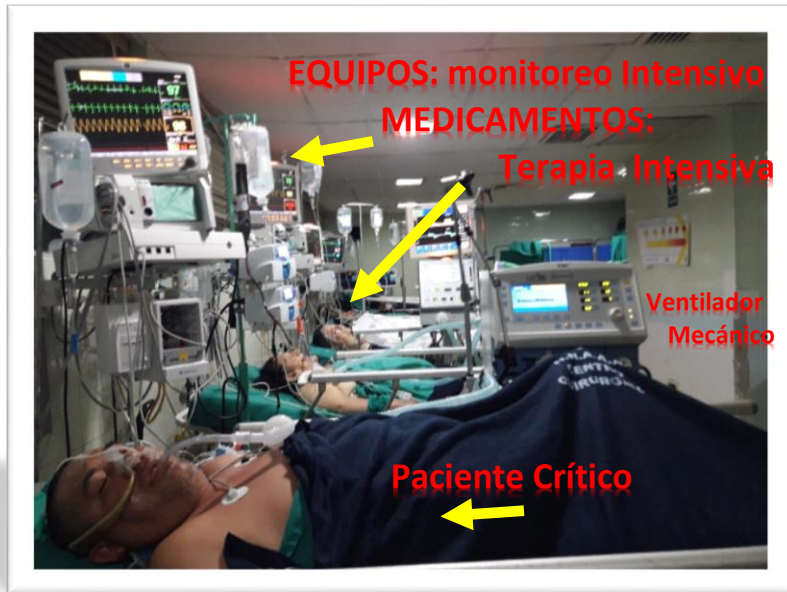


Ilustración 10: Coche de Paro



Ilustración 11: Ventilador Mecánico

Ilustración 12: Participación del familiar en la Unidad de Recuperación Post anestésica



Infraestructura

Personal Especializado

Documentos de Gestión

Ilustración 13: Unidad de recuperación Post anestésica: Un ambiente complejo

A9. Clasificación de pacientes según ASA

ASA	CARACTERISTICAS	Tasa de Mortalidad
I	Paciente normal, sano	0.06-0.08
II	Paciente con enfermedad sistémica leve o Moderada	1.1 – 0.47
III	Paciente con enfermedad sistémica Severa No incapacitante	7,6 – 1.8
IV	Paciente con enfermedad incapacitante que es una amenaza a la vida	7.6 – 23.5
V	Paciente moribundo que no sobrevivirá 24 horas con o sin cirugía	9.4 – 50.8
E	Es en caso de urgencia Cuadruplica la mortalidad	

A10. Escala Aldrette Modificado

Características		Puntos
Actividad	Mueve las 4 extremidades voluntariamente o ante ordenes	2
	Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante ordenes	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	Presión arterial <20% del nivel pre anestésico	2
	Presión arterial 20 -49% del nivel pre anestésico	1
	Presión arterial > 50% del nivel pre anestésico	0
Consciencia	Completamente despierto	2
	Responde a la llamada	1
	No responde	0
Saturación arterial de oxígeno (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