GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD
FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por VALENCIA MARIÑAS Hugo David FAU 20440374248 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09.10.2025 11:32:38 -05:00

Moche, 09 de Octubre del 2025

RESOLUCION DIRECTORAL N° 000506-2025-GRLL-GGR-GRS-IREN

VISTO:

El Informe Nº000433-2025-GRLL-GGR-GRSS-IREN-DIRCCANC, emitido por la Directora de Control del Cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" IREN Norte, y;

CONSIDERANDO:

Que, con Ordenanza Regional Nº 021-2006-CR/RLL de fecha 07 de Diciembre del 2006, se crea el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Del Norte "Dr. Luís Pinillos Ganoza" IREN NORTE, ante la clara necesidad pública de descentralizar los Servicios Médicos Oncológicos, a fin de detectar y tratar las enfermedades Neoplásicas y desarrollar acciones de Prevención y Promoción de la Salud;

Que, el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" IREN Norte, tiene como misión proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar, técnica y administrativamente a nivel regional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas, y realizar las actividades de investigación y docencias propias del Instituto;

Que, el numeral N° VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud señala; es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el Reglamento de organización y Funciones (ROF) del IREN aprobado con Ordenanza Regional N° 009-2018-GRLL/CR, establece en su artículo 25° precisando en otras como una de las funciones de la Dirección de Control del Cáncer ***m)*** *Asesorar en la formulación de normas, protocolos y guías técnicas, en coordinación con los Departamentos Clínicos y Quirúrgicos*;

Que, bajo ese contexto mediante Informe Nº000065-2025-GRLL-GGR-GRSS-IREN-DPROMSALUD-NORMATIVIDAD, el jefe del área de Normatividad emite opinión técnica favorable y con Informe Nº000433-2025-GRLL-GGR-GRSS-IREN-DIRCCANC, la Directora de la Dirección de Control del Cáncer eleva a este despacho la opinión favorable del Responsable de Normatividad, respecto la GUÍA TÉCNICA: "CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA – URPA" del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" IREN Norte;

Que, en ejercicio a las atribuciones conferidas por la Ley Nº 27783 Ley de Bases de la Descentralización, Ley 27867-Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y Ordenanza Regional Nº 027-2008-GR-LL/CR, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte "Dr. Luis Pinillos Regional" IREN Norte; Resolución Ejecutiva Regional Nº 059-2024-GRLL/GOB, y con las visaciones correspondientes;

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 11:15:11 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por AGUILAR VASQUEZ Valeria FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 22.08.2025 19:19:17 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por PAREDES REYES Carlos Leonardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 22.08.2025 11:12:11 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 21.08.2025 10:30:55 -05:00

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por Gobierno Regional La Libertad, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.regionlalibertad.gob.pe:8181/verifica/inicio.do** e ingresando el siguiente código de verificación: **KVOBQXF**

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR la Guía Técnica: **"CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA – URPA"** del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" IREN Norte; la misma que como anexo forma parte integrante de la presente resolución.

ARTICULO SEGUNDO. - **DEJAR** sin efecto todo acto administrativo que se oponga a los aquí dispuesto.

ARTICULO TERCERO. - **ENCARGAR** la publicación de la presente Resolución en el portal Web del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte "Dr. Luis Pinillos Ganoza" – IREN Norte**.**

ARTICULO CUARTO. - NOTIFICAR, la presente Resolución Directoral en el modo y forma de ley.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE

Documento firmado digitalmente por
HUGO DAVID VALENCIA MARIÑAS
IREN - DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO REGIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - IREN - NORTE
GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por Gobierno Regional La Libertad, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.regionlalibertad.gob.pe:8181/verifica/inicio.do** e ingresando el siguiente código de verificación: **KVOBQXF**

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS "DR. LUIS PINILLOS GANOZA" IREN NORTE

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

GUÍA TÉCNICA

CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA - URPA

V°B°

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:21:12 -05:00

V°B°

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:00:17 -05:00

V°B°

Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:44:22 -05:00

TRUJILLO-PERU

2025

Director General
M.C. Hugo Valencia Mariñas

Director Ejecutivo de la Dirección De Control del Cáncer
M.C. Valeria Aguilar Vásquez

Jefe del Departamento de Enfermería
Lic. Enf. Carmen Valverde Meza

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:21:29 -05:00

Elaborado por:

- Departamento **de Enfermería**
  - Lic. Enf. Magda Rocío Montoya Colmenares
  - Lic. Enf. Roxana Carbajal Rodríguez
  -

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:00:36 -05:00

Revisado y validado por:

- Unidad Funcional de Normatividad
  - M.C. Eduardo Torres Armas
  - Lic. Enf. Cinthia Yglesias Peláez

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:44:39 -05:00

INDICE

TITULO 1

I. FINALIDAD 4

II. OBJETIVOS 4

III. AMBITO DE APLICACIÓN 4

IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO 4

V. CONSIDERACIONES GENERALES 4

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS 8

VII. RECOMENDACIONES 35

VIII. ANEXOS 36

IX. BIBLIOGRAFÍA 45

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:21:38 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:00:46 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:44:48 -05:00

GUIA TÉCNICA: CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA URPA

I. FINALIDAD

Mantener la integridad y la salud del paciente oncológico en la Unidad de Recuperación Post-Anestésica - URPA, estandarizando el cuidado holístico del paciente oncológico post operado inmediato según sus necesidades de atención, brindándole mayor seguridad, a través de profesionales de enfermería especializados, con la finalidad de mejorar la calidad y seguridad de atención en el Instituto Regional de enfermedades Neoplásicas “Luis Pinillos Ganoza” – IREN NORTE.

II. OBJETIVOS

Objetivo General

- Uniformizar el cuidado de enfermería del paciente oncológico post operado inmediato en la Unidad de Recuperación post Anestésica - URPA.

Objetivos específicos:

- Brindar un cuidado de enfermería integral, personalizado y basado en la evidencia, dirigida a satisfacer, de manera oportuna y eficaz, las necesidades físicas y emocionales del paciente oncológico en su periodo post operatorio inmediato, promoviendo su recuperación óptima y previniendo posibles complicaciones.
- Disminuir las complicaciones y eventos adversos durante periodo post operatorio inmediato en la unidad de recuperación post anestésicos-URPA.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica es de aplicación del personal profesional y técnico de enfermería que labora en la Unidad de Recuperación Post Anestésica del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas “Dr. Luis Pinillos Ganoza” - IREN Norte.

IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO

Guía técnica: Cuidado de Enfermería en la Unidad de Recuperación Post Anestésica – URPA.

V°B°

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:21:50 -05:00

V. CONSIDERACIONES GENERALES

DEFINICIONES OPERATIVAS:

1. UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA - URPA:

La Unidad de Recuperación Post-anestésica (URPA) es la unidad, dotada y diseñada para el monitoreo, cuidado y vigilancia de los patrones hemodinámicos y psíquicos del paciente, que se está recuperando de los efectos fisiológicos inmediatos de la anestesia y de la cirugía. La URPA está equipada para reanimar a pacientes inestables; además, de proporcionar un ambiente tranquilo para la recuperación y comodidad de pacientes estables. En esta área se les brindará los cuidados asociados al postoperatorio inmediato hasta su paso a la planta de hospitalización o su alta ambulatoria.

V°B°

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:00:58 -05:00

V°B°

Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:45:09 -05:00

El periodo postoperatorio inicia al finalizar la intervención quirúrgica y representa una etapa crítica para el paciente, que requiere una vigilancia continua por parte de la enfermera, quien enfoca sus cuidados en restablecer el equilibrio fisiológico del paciente, aliviar el dolor y monitorizar de manera constante para prevenir posibles complicaciones.

2. CUIDADOS POST OPERATORIOS O POSTANESTÉSICOS:

Los cuidados postoperatorios o postanestésicos comprenden las intervenciones y atenciones realizadas al paciente oncológico durante el periodo postoperatorio inmediato, desde el egreso del quirófano hasta su traslado a hospitalización o su alta domiciliaria. La naturaleza y duración de estos cuidados dependen del tipo de anestesia administrada, la complejidad de la cirugía y la edad del paciente. En caso de presentarse complicaciones durante este periodo, el paciente será derivado oportunamente a la Unidad de Cuidados Intensivos o, según la necesidad, a la Unidad de Cuidados Intermedios.

3. REGISTRO DE ENFERMERÍA EN URPA:

Es el registro sistemático y detallado de la atención individualizada proporcionada a cada paciente que ingresa a la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA). En este instrumento se consignan los datos más relevantes relacionados con los cuidados brindados, adaptados al diagnóstico y a las necesidades específicas del paciente derivadas de la intervención quirúrgica y el manejo post-anestésico.

4. REPORTE DE ENFERMERÍA:

Es el informe que se realiza, a través de la comunicación verbal, al finalizar la atención del paciente en URPA y consiste en la exposición de los acontecimientos sucedidos durante la atención del paciente en Centro Quirúrgico.

5. CRITERIOS DE ALTA:

El alta médica será indicada solo y únicamente por el médico anestesiólogo, escrito y firmado en la hoja de atención post quirúrgica; el paciente podrá salir de alta tanto a hospitalización o ya sea a su domicilio.

El criterio asistencial a considerar para la alta médica será:

- Funciones vitales (FV) estables según la edad del paciente y en casos especiales, como los pacientes cardiópatas, de acuerdo a su control basal durante el periodo pre quirúrgico e intraoperatorio.
- Ventilación espontánea.
- Puntaje en la escala de Aldrette mayor de 8.
- Capacidad Psicomotora recuperada de acuerdo al estado previo del paciente.
- No signos de dificultad respiratoria.
- Alerta y orientado, teniendo en cuenta el tipo de cirugía, la edad y estado previo del paciente.
- Capacidad para deglutir, toser y hablar, teniendo en cuenta el tipo de cirugía, la edad y estado previo del paciente.
- Sin náuseas ni presencia de vómitos, previa tolerancia oral y/o indicación médica.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:22:03 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:01:11 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:45:18 -05:00

6.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE).

Es la aplicación sistemática y científica del método científico en la práctica asistencial de enfermería, que permite brindar cuidados racionales, lógicos y estructurados, adaptados a las necesidades individuales del paciente. Este proceso es fundamental para garantizar la calidad y seguridad en la atención, especialmente en contextos críticos como la URPA, donde la rapidez y precisión en la toma de decisiones y ejecución de cuidados son vitales. Se compone de cinco fases interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, que aseguran una atención integral, dinámica y centrada en el paciente.

7.- MONITOREO:

Es el proceso sistemático de control y vigilancia continua del paciente mediante la observación clínica directa y el uso de dispositivos electrónicos que registran y grafican parámetros fisiológicos esenciales, tales como el ritmo cardíaco, la oxigenación tisular, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria, la concentración de dióxido de carbono (CO2) en el aire espirado y la temperatura corporal. Este proceso incluye la documentación constante de las variables hemodinámicas en un registro especializado, que forma parte integral de la Historia Clínica, permitiendo la detección temprana de alteraciones y facilitando la toma de decisiones oportunas para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente.

8.- POST OPERATORIO INMEDIATO:

Es el periodo crítico que comprende las primeras 24 horas posteriores a la finalización de la intervención quirúrgica, durante el cual el paciente permanece bajo vigilancia estrecha en la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA). En esta etapa se monitorean de forma continua los signos vitales y parámetros fisiológicos para detectar alteraciones como depresión cardiorrespiratoria o inestabilidad hemodinámica, según el tipo de anestesia recibida.

9.- ANALGESIA:

Eliminación de la sensación de dolor mediante el bloqueo artificial de las vías de transmisión del mismo y/o de los mediadores dolorosos, o por desconexión de los centros del dolor.

10.- DOLOR:

Experiencia sensorial y emocional desagradable, vinculada con lesión real o potencial de tejidos, o descrita en términos de dicho daño.

11.- SIGNOS VITALES:

Son indicadores fisiológicos esenciales que reflejan el estado funcional de los sistemas corporales vitales, permitiendo evaluar la estabilidad y el equilibrio homeostático del paciente. Los principales signos vitales incluyen la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno.

12.- PARO RESPIRATORIO:

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

13.- VALORES NORMALES DE FUNCIONES VITALES EN ADULTOS:

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:22:17 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:01:24 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:45:30 -05:00

PARÁMETRO A MONITORIZAR	VALORES NORMALES
PRESIÓN ARTERIAL	PAS: 90 a 120 mmHg PAD: 60 a 80 mmHg PAM: 70 a 110 mmHg
FRECUENCIA CARDIACA	60 a 100 latidos x minuto
FRECUENCIA RESPIRATORIA	12 a 18 respiraciones x minuto
TEMPERATURA	36.5°C a 37.3°C
SATURACIÓN DE OXÍGENO	95% al 100 %

REQUERIMIENTOS BÁSICOS:

- **RECURSOS HUMANOS:**
  - Médico Anestesiólogo.
  - Licenciada(o) en Enfermería especialista en área crítica.
  - Técnico(a) en Enfermería con perfil de área crítica.

- **RECURSOS MATERIALES:**
  - Gasas
  - Algodón.
  - Jeringas de 20ml, 10ml, 5ml, 3ml, y 1 ml.
  - Jeringas de AGA
  - Guantes estériles 6.5, 7.0, 7.5, 8.0
  - Guantes descartables S, M, L.
  - Equipos de Protección Personal: Gorro, mascarilla, mandilón descartable,
  - botas y gorro descartables.
  - Estetoscopio.
  - Tensiómetro.
  - Termómetro clínico.
  - Porta suero.
  - Linterna.
  - Soluciones antisépticas.
  - Mantas térmicas.
  - Reloj de pared.
  - Registros de enfermería.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:22:27 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:01:37 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:45:51 -05:00

- **EQUIPOS:**
  - Monitor multiparámetro por paciente
  - Monitor cardiaco portátil
  - Cama Clínica
  - Sistema de aspiración de secreciones por cama
  - Sistema de oxígeno y aire compresivo por cada cama
  - Desfibrilador operativo
  - Glucómetro
  - Monitor de AGA portátil
  - Ecógrafo
  - Laringoscopio.
  - Tubo endotraqueal.
  - Guía de intubación.
  - Tubo orofaríngeo.
  - Aspirador de secreciones portátil.
  - Unidad de calentamiento por aire forzado
  - Electrocardiógrafo
  - Ventilador mecánico de transporte
  - Coche de paro: debe contener los medicamentos y drogas de reanimación cardiopulmonar, drogas vasoactivas, antiarrítmicos, analgésicos, sedantes, soluciones hidroelectrolíticas y dispositivos de manejo de la vía aérea.
  - Escritorios.
  - Sillas de ruedas.
  - Soportes de metal con ruedas

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

DURANTE EL REPORTE DE ENFERMERÍA EN LA ENTREGA DEL PACIENTE EN URPA

- El reporte del paciente en URPA, se realiza de enfermera a enfermera con presencia del personal técnico de enfermería.
- La enfermera circulante, inicia el reporte del paciente:
  - ✓ Datos generales, nombre y apellidos, edad, peso, alergias.
  - ✓ Diagnóstico preoperatorio, cirugía o procedimiento realizado (reporte operatorio), considerar tiempo quirúrgico, antecedentes clínicos y/o quirúrgicos de importancia, informar incidentes ocurridos durante la cirugía del paciente.
  - ✓ Anestesia (registro anestésico intraoperatorio) utilizada en la atención del paciente.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:22:38 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:01:49 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:46:09 -05:00

- ✓ Escala de dolor al momento de la entrega del paciente, según corresponda.
- ✓ Balance hídrico (ingresos y egresos, considerando la atención en Sala de Operaciones).
- ✓ La administración de antibióticos antes de la cirugía.
- ✓ Informa si se realizó toma de muestras en Sala de Operaciones (cultivos, muestras patológicas, citoquímicos, otros.)
- ✓ Informa si cuenta con imágenes de apoyo al diagnóstico.
- ✓ Verifica zona de herida operatoria, presencia de drenajes características y condiciones de éste, presencia de sondas: nasogástrica, nasoyeyunal, Foley, etc.
- ✓ Reporta el acceso venoso permeable (vía periférica, catéter venoso central, catéter arterial, catéter central de inserción periférica, catéter central tipo reservorio, entre otros)
- ✓ Reporta brazalete de identificación.

CRITERIOS DE ALTA

- Será indicado sólo y únicamente por el médico anestesiólogo, escrito y firmado en la hoja de atención post quirúrgica, el paciente podrá salir de alta tanto a hospitalización o a su domicilio, registrando la hora de salida.
- El trámite de alta en casos de pacientes SIS: formatos de epicrisis y papeleta de alta y en caso de pacientes particulares se enviará la historia completa con estos documentos además anexos.
- El criterio asistencial a considerar para el alta médica será:

- ✓ Funciones vitales estables según la edad del paciente y de acuerdo a sus valores basales durante el periodo pre quirúrgico e intraoperatorio.
- ✓ Ventilación espontánea sin signos de dificultad respiratoria.
- ✓ Puntaje en la escala de Aldrette mayor de 8.
- ✓ Desbloqueo motor.
- ✓ Capacidad psicomotora recuperada de acuerdo al estado previo del paciente.
- ✓ Alerta y orientado, teniendo en cuenta el tipo de cirugía, la edad y estado previo del paciente.
- ✓ Capacidad para deglutir, toser y hablar, teniendo en cuenta el tipo de cirugía, la edad y estado previo del paciente.
- ✓ Sin náuseas ni presencia de vómitos, previa tolerancia oral.

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:22:49 -05:00

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:01:59 -05:00

ANTES DEL REPORTE DE ENFERMERÍA A LA ENFERMERA DE HOSPITALIZACIÓN O UCI

- Tener en cuenta el orden de la historia clínica y formatos de atención de SOP y URPA correctamente llenados.

Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:46:22 -05:00

- Verificar el alta del médico Anestesiólogo responsable del turno, formato de papeleta de hospitalización firmada y sellada por admisión, en caso del traslado a UCI, deberá verificarse la aceptación del médico de área crítica en la Hoja de Interconsulta. (ANEXO 1)
- Comunicar por vía telefónica al servicio que corresponda, para el traslado del paciente y cuidados especiales requeridos (uso de bombas de infusión, posición del paciente, sistemas de oxígeno, vía aérea, etc.), Se deberá registrar el nombre de la enfermera de turno que recibió el reporte y la hora de coordinación. (ANEXO 1)

A. Descripción sistemática de cada paso del Procedimiento

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO	RESPONSABLE
La enfermera de turno realiza la lista de chequeo diario del coche de paro, ventilador manual y testeo de desfibrilador.	Al verificar que el equipo esté completo y operativo, se minimizan los retrasos durante situaciones críticas donde cada segundo puede significar la vida del paciente crítico; esto es crucial para garantizar una respuesta rápida y efectiva.	Enfermera
La enfermera de turno revisa todos materiales al inicio de la jornada laboral (insumos de atención como guantes de examen, esparadrapo, mascarillas, formatos y registros, otros), así como la funcionabilidad de equipos (laringoscopio, desfibrilador, monitores, sistema de vacío para aspiración, oxigeno empotrado, otros).	El control diario asegura que todos los insumos y materiales estén completos y disponible para garantizar una atención segura y de calidad al paciente oncológico post operado inmediato.	Enfermera
La enfermera circulante, informa a la enfermera de URPA las condiciones en que va a salir el paciente de Sala de Operaciones-SOP, (si el paciente tiene alguna condición especial, necesita oxígeno, tubo en T, ventilación mecánica, aspiración de secreciones), así mismo, es quien traslada la cama al quirófano verificando la unidad que le corresponde al paciente.	Proporcionar información precisa sobre el estado del paciente ayuda a garantizar que la URPA pueda comenzar el cuidado adecuado de inmediato, personalizando la atención según las necesidades del paciente. Una comunicación clara sobre las condiciones del paciente puede ayudar a prevenir complicaciones potenciales durante la transición del quirófano a la URPA, asegurando que se tomen las medidas necesarias.	Enfermera
La enfermera recibe al paciente junto al anestesiólogo y el técnico de enfermería. (ANEXO 1)	La presencia del equipo de salud garantiza una atención segura y de calidad. Un anestesiólogo gestiona adecuadamente los efectos de la anestesia. La enfermera (o) y técnico	Enfermera Médico anestesiólogo Técnico de Enfermería

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:23:01 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:02:09 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:46:33 -05:00

	(a) de enfermería en el equipo, asegura un seguimiento completo de las condiciones del paciente, lo que ayuda a prevenir complicaciones.	
El anestesiólogo de quirófano reporta al paciente e informa a enfermera de URPA sobre los acontecimientos durante el procedimiento quirúrgico (ANEXO 1) La información consta de: -Nombre y edad del paciente. -Escala de la American Society of Anesthesiologists (ASA) del paciente a su ingreso a sala de operaciones. -Intervención quirúrgica realizada. -Tiempo de la cirugía -Técnica anestésica administrada. -Agentes anestésicos utilizados. -Eventos adversos ocurridos en el intraoperatorio. -Balance Hídrico. -Enfermedades crónicas que padezca el paciente y que requiere de tratamiento especializado, antecedentes clínicos y quirúrgicos -Valoración de signos vitales en el transoperatorio. -Sangrado y transfusión de hemoderivados. -Fluido terapia, analgesia y tratamiento antibiótico administrado. Entregará la hoja de monitorización anestésica intraoperatorio debidamente registrada.	La información detallada es esencial para asegurar una transición fluida del paciente de la sala de operaciones a la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) Esto permite que el equipo de la URPA esté adecuadamente informado sobre el estado del paciente.	Enfermera Médico anestesiólogo
La enfermera circulante, reporta sobre los datos de filiación del paciente, edad, peso, antecedente importante clínico quirúrgicos, principales eventos durante el acto quirúrgico, sangrado intraoperatorio, diuresis, volumen de infusión de cristaloides y coloides. Y entregará la documentación correspondiente correctamente llenada y colocadas en la historia clínica (H.C): lista de	El informe de la enfermera circulante sobre el paciente post operado inmediato y los acontecimientos del procedimiento quirúrgico es vital para garantizar la seguridad, continuidad del cuidado y mejorar la calidad de la atención en general.	Enfermera

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:23:13 -05:00

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:02:21 -05:00

Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:46:54 -05:00

verificación de cirugía segura, registro de enfermería en sala de operaciones, hoja de registro anestésico intraoperatorio, reporte operatorio, hojas de consumo de oxígeno, si tuviera y las hojas de conducción.		
La enfermera de URPA inicia el monitoreo, registra en intervalos de 5 min los primeros 15 minutos de ingreso, luego cada 30 minutos hasta completar la hora de ingreso, luego realiza el registro hasta completar las 4 horas en pacientes estables.	Durante los primeros 15 minutos tras el ingreso del paciente, se producen cambios significativos en respuesta a la anestesia y la cirugía. Un monitoreo frecuente permite detectar cualquier cambio crítico en el estado del paciente de manera temprana. La monitorización cercana puede prevenir complicaciones postoperatorias al permitir una intervención oportuna en caso de que surjan problemas potenciales.	Enfermera
La enfermera procede al llenado del Formato de Atención de Enfermería (Anexo N°7). Los datos que registra son: - Fecha y Hora de ingreso del paciente a recuperación. - Nombre del paciente. - Edad y peso del paciente. - Número de historia clínica. - Servicio y número de cama. -Intervención quirúrgica realizada. - Tipo de anestesia utilizada. -Nombre del Anestesiólogo que reportó al paciente. - Nombre de la enfermera de URPA, sello y firma.	El registro es la sistematización y documentación precisa de la información clínica y administrativa del paciente, esta actividad es un pilar para la planificación, ejecución y evaluación del cuidado enfermero, orientado a responder a las necesidades del paciente de manera integral, segura y ética	
Realiza valoración de enfermería por dominios, a través del registro de enfermería n URPA y diagnósticos de nfermería y realizando su ıtervención de acuerdo a la ıecesidad del paciente. Realiza el examen físico cefalocaudal. Explora el estado general del paciente constantemente según monitoreo permanente identificando alguna complicación, valorando el estado de la piel la temperatura y color, los miembros inferiores, perfusión tisular distal, pulso periférico distal en caso fuera ıecesario.	La evaluación por dominios permite un enfoque holístico, donde se consideran diferentes aspectos del estado del paciente, como lo físico, emocional, social y funcional. Esto ayuda a identificar necesidades específicas y a desarrollar un plan de cuidado integral.	Enfermera

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:23:38 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:02:32 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:47:11 -05:00

Observa el estado físico general del paciente por si hubiera lesiones producidas en quirófano como quemaduras, cortes, hematomas, zonas de presión, etc.		
Evalúa el estado respiratorio del paciente: - Verificar si el paciente presenta ventilación espontánea o asistida. - Observar si la vía aérea está libre o presenta tubo orofaríngeo o de mayo, traqueostomía, con o sin secreciones. - En caso sea necesario conecta al paciente a un ventilador mecánico, se admitirá pacientes para su apoyo ventilatorio hasta su traslado a la UCI. Si corresponde, administra oxigenoterapia usando el dispositivo necesario. -Oxigenoterapia: se administra oxigeno de acuerdo a la necesidad del paciente. (Revisar guía de oxigenoterapia). - Aplica nebulización con medicamento farmacológico indicado por médico tratante o si la situación lo amerite. -Aspira secreciones, de ser necesario (revisar Guía de aspiración de secreciones).	La evaluación continua de la frecuencia respiratoria es esencial para asegurar que el paciente mantenga una adecuada ventilación y oxigenación. Es aspecto muy importante del cuidado posanestésico que ayuda a garantizar la estabilidad del paciente, prevenir complicaciones respiratorias y brindar un manejo adecuado y oportuno conforme a sus necesidades individuales.	Enfermera
Inicia monitoreo continuo de las funciones vitales: - Presión arterial no invasiva, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, electrocardiografía, temperatura, presión arterial no invasiva, saturación de oxígeno (SatO2), dióxido de carbono (CO2) si fuera necesario.	Los efectos de la anestesia pueden afectar temporalmente las funciones vitales. Monitorear estas funciones de forma continua ayuda a evaluar cómo el paciente está respondiendo a la anestesia y si está recuperando adecuadamente la función fisiológica.	Enfermera
Evalúa y valora el estado anestésico, de acuerdo con la técnica anestésica empleada: - Anestesia Regional: Verifica nivel de analgesia y función motora, según Escala de Bromage. (ANEXO 3) - Anestesia General: Verifica stado de conciencia, según	La Escala de Aldrete se utiliza para evaluar la recuperación del paciente que recibe anestesia general en cinco criterios fundamentales: actividad, respiración, circulación, nivel de conciencia y oxigenación (o saturación de oxígeno). Permite a la enfermera determinar si el paciente ha alcanzado un nivel adecuado de estabilidad y	Enfermera

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:24:06 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:02:49 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:47:25 -05:00

Escala de Aldrete Modificada. (ANEXO 2) - Bloqueo de Plexo Nervioso: Anota el nivel de analgesia y función motora. - Verifica el estado de sedación a pacientes que han sido operados utilizando la sedo analgesia. (ANEXO 4)	recuperación para ser trasladado a otra unidad (como la habitación hospitalaria o la UCI). Escala de Bromage Modificado: Se utiliza específicamente para evaluar la motricidad en pacientes que han recibido anestesia raquídea o epidural. Mide el grado de bloqueo motor en las extremidades inferiores, lo cual es crucial para asegurar que el paciente pueda mover sus piernas adecuadamente antes de ser dado de alta de la URPA. Aplicar estas escalas ayuda a identificar de forma temprana cualquier problema que pueda surgir tras la anestesia, tales como depresión respiratoria o bloqueo motor, lo cual es esencial para proporcionar intervenciones adecuadas y oportunas si se presentan complicaciones.	
Realiza una valoración neurológica, en caso el paciente lo amerite, cada 15 minutos para comprobar las respuestas sensoriales, motoras y el nivel de consciencia. Valora la Escala de Coma de Glasgow y el tamaño de las pupilas. Se debe tener una evaluación previa al ingreso del paciente en los registros de atención de enfermería en Intraoperatorio. (ANEXO 5)	La enfermera evalúa las respuestas sensoriales y motoras del paciente para detectar cualquier deterioro neurológico. Esto incluye observar si el paciente responde a estímulos, lo cual es fundamental para evaluar su estado de conciencia y funcionalidad motora. Se utiliza la Escala de Coma de Glasgow (GCS) para medir el nivel de conciencia del paciente. Esta escala evalúa tres parámetros: apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora, proporcionando un puntaje que ayuda a clasificar la severidad del daño cerebral	Enfermera
Valora la herida operatoria revisando los apósitos, vendajes y los drenajes si los hubiese. Es importante observar constantemente la herida operatoria por si hay sangrado observando los apósitos de la herida operatoria, coordinar con el cirujano el cambio o reforzar si estuvieran manchados o despegados.	La enfermera debe estar atenta a cualquier signo de sangrado, lo que implica revisar los apósitos y vendajes para detectar si están manchados o saturados. Esto es esencial para actuar rápidamente en caso de hemorragia, lo que podría requerir intervención médica inmediata.	Enfermera
Valora el dolor, a través de la monitorización continua de las funciones vitales, uso de la Escala de Valoración Numérica y/o la Escala Visual Análoga de Dolor -EVA, continua con	La valoración del dolor en URPA es un proceso crítico que permite a las enfermeras proporcionar cuidados efectivos y personalizados a los pacientes postquirúrgicos. Al utilizar escalas estandarizadas y monitorizar	Enfermera

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:24:19 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:03:01 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:47:47 -05:00

medicación de dolor y/o la aplicación de analgesia de rescate personalizado indicada por el anestesiólogo. Inicia tratamiento para el dolor según prescripción médica.(ANEXO 6)	continuamente las funciones vitales, se asegura un enfoque adecuado en el manejo del dolor, lo que es esencial para una recuperación exitosa y una estancia hospitalaria más confortable.	
Verifica fijación y permeabilidad de los accesos venosos y arteriales, sean periféricas o centrales, anota la cantidad y el tipo de soluciones con que ingresa el paciente a la unidad y lo que se le administró en SOP para ser cuantificado en el Balance Hídrico; equipos especiales como bombas de infusión, asimismo, anotar la cantidad de egresos como diuresis, vómito, drenaje torácico, dren Hemosuc, dren Blake, sonda vesical, sonda nasogástrica, etc.	La permeabilidad de la vía IV es esencial para la administración efectiva de medicamentos, fluidos y soluciones intravenosas. Esto incluye el control de la hidratación y la administración de fármacos necesarios para el manejo del dolor o el tratamiento de complicaciones postoperatorias. Comprobar que las vías estén bien fijadas y permeables ayuda a prevenir complicaciones como extravasación, que puede causar daño tisular y complicaciones adicionales.	Enfermera
Revisa los drenajes y sus características (sangre, bilis, heces, orina, etc.) y los registra.	La revisión sistemática de los drenajes ayuda a identificar complicaciones potenciales de manera temprana y asegura una adecuada documentación y comunicación dentro del equipo médico, contribuyendo así a una recuperación más segura y efectiva para los pacientes.	Enfermera Técnico de Enfermería
Brinda comodidad y confort y proporciona abrigo a través de mantas térmicas, coloca al paciente en una posición cómoda y/o indicación del cirujano.	La comodidad física permite que el paciente se relaje, lo que puede facilitar la recuperación de los efectos de la anestesia y la cirugía. Un paciente cómodo es más propenso a seguir las indicaciones médicas y participar en su propio proceso de recuperación. Los pacientes son susceptibles a la hipotermia debido a la anestesia y la exposición a ambientes fríos. Las mantas térmicas ayudan a prevenir esta condición, mejorando así la recuperación del paciente.	Enfermera Técnico de Enfermería
Revisa hoja de indicaciones médicas del post operatorio inmediato, verifica que el personal técnico entregue al familiar recetas y órdenes de laboratorio o para estudio de	La revisión cuidadosa de las indicaciones médicas postoperatorias y la entrega adecuada de recetas no solo garantizan que se sigan las pautas médicas establecidas, sino que también promueven una comunicación	Enfermera

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:24:30 -05:00

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:03:17 -05:00

Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:48:05 -05:00

imágenes para apoyo al diagnóstico.	efectiva entre el equipo médico, el paciente y sus familiares, lo que es fundamental para una recuperación exitosa y segura después de la cirugía.	
Inicia la hidratación endovenosa en bomba de infusión (si hubiera) con solución glucosada según indicación médica. Instala bomba de infusión en caso que el paciente esté recibiendo inotrópicos, antibióticos o analgésicos.	La monitorización del estado de hidratación del paciente y del manejo de fluidos reduce los efectos adversos.	Enfermera
Valora la glicemia capilar en coordinación con el médico anestesiólogo según sea necesario teniendo en cuenta criterios como: edad, tiempo real de ayuno, somnolencia persistente.	La valoración de la glicemia capilar es una práctica que permite a las enfermeras y al equipo médico monitorear y gestionar eficazmente el estado metabólico del paciente postquirúrgico. Al considerar factores como la edad, el tiempo de ayuno y la somnolencia, se pueden prevenir complicaciones y asegurar una recuperación más segura y efectiva.	Enfermera
• Inicia la tolerancia oral según indicación médica en coordinación con la nutricionista, a su vez revisa la HC para corroborar que la terapéutica post quirúrgica del cirujano indique administración de ingesta de líquidos VO.	La decisión de iniciar la tolerancia oral es un proceso cuidadoso que implica evaluar al paciente, corroborar las indicaciones médicas y coordinarse con otros profesionales de salud. Este enfoque multidisciplinario asegura que se brinde un cuidado integral y adaptado a las necesidades individuales del paciente, facilitando así una recuperación más segura y efectiva después de la cirugía.	Enfermera
Realiza el monitoreo del flujo urinario; algunos que no realizan micción en la URPA podrán ser transferidos a hospitalización o ser dados de alta por indicación del anestesiólogo, valorando previamente que antes del ingreso a quirófano a un procedimiento de corta duración haya miccionado. Realiza la palpación clínica para detectar globo vesical.	El monitoreo del flujo urinario y la palpación para detectar globo vesical son prácticas esenciales en URPA que permiten a las enfermeras evaluar la función renal, prevenir complicaciones, preparar al paciente para el alta o transferencia, y asegurar una atención postoperatoria adecuada. Estas acciones contribuyen significativamente a la seguridad y bienestar del paciente durante su recuperación.	Enfermera
Realiza balance hídrico: considerando ingresos y egresos.	Es fundamental anotar la cantidad y el tipo de soluciones administradas al paciente, así como lo que se le administró durante la cirugía. Esto permite llevar un control del balance hídrico, esencial para evaluar la respuesta del paciente a la cirugía y su estado general.	Enfermera
Programa en la Hoja Terapéutica (indicaciones	Con el fin de administrar medicamentos y dar continuidad	Enfermera

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannet FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:24:41 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:03:26 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:48:26 -05:00

médicas) los horarios de administración de los medicamentos, administra inmediatamente protectores gástricos prescritos que no fueron administrados en quirófano, ni en hospitalización.	horaria a los antibióticos, anticonvulsivantes, diuréticos, etc. prescritos.	
Realiza transfusión de hemoderivados según indicación médica.	La realización de transfusiones de hemoderivados es un componente esencial del manejo postoperatorio que permite corregir anemia, restaurar el volumen sanguíneo y mejorar la coagulación. Al seguir las indicaciones médicas específicas, se asegura que el paciente reciba el tratamiento adecuado para su condición clínica, contribuyendo a su recuperación segura y efectiva.	Enfermera
Mantiene informado al familiar del tratamiento.	La labor de mantener informados a los familiares sobre el tratamiento es esencial para proporcionar un cuidado integral y humano. Esta práctica no solo apoya emocionalmente a los familiares, sino que también mejora la calidad del cuidado del paciente al fomentar una comunicación abierta y colaborativa entre el equipo médico y los seres queridos del paciente.	Enfermera
Verifica que el personal técnico identifique al paciente con su nombre y apellido en la cabecera de su cama.	La identificación y registro del paciente con nombre y apellido en la cabecera de su cama contribuye significativamente a la seguridad del paciente, la eficiencia en la atención médica y el cumplimiento de los estándares de calidad en el cuidado postoperatorio. Esta medida ayuda a prevenir errores, facilita la comunicación entre profesionales y asegura una atención integral y continua durante la recuperación del paciente.	Técnico de enfermería
Previene caídas con el uso de las barandas.	El uso de barandas es una estrategia esencial para prevenir caídas y garantizar la seguridad del paciente durante su recuperación postoperatoria. Al implementar esta medida, las enfermeras no solo protegen físicamente a los pacientes, sino que también contribuyen a un ambiente de atención más seguro y favorable para la recuperación.	Enfermera Técnico de Enfermería
Coordina interconsultas, exámenes de laboratorio, exámenes radiológicos de ayuda diagnóstica, con banco	La coordinación de interconsultas y exámenes es un componente esencial del cuidado postoperatorio. Esta práctica no solo asegura que se sigan	Enfermera Técnico de Enfermería

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:24:52 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:03:36 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:48:37 -05:00

de sangre, entre otros de ser necesario según indicación médica.	las indicaciones médicas adecuadas, sino que también promueve una atención integral y multidisciplinaria que es fundamental para la recuperación segura y efectiva del paciente después de la cirugía.	
Registra, si durante la atención, se producen incidencias, eventos adversos y/o notificación de eventualidades.	El registro de incidencias, eventos adversos y eventualidades es una práctica esencial que contribuye significativamente a la seguridad del paciente, el aprendizaje organizacional y el cumplimiento normativo. Esta actividad no solo mejora la calidad del cuidado proporcionado, sino que también fomenta un entorno más seguro para todos los pacientes en el sistema de salud.	Enfermera
Refuerza la orientación al familiar responsable del cuidado del paciente, al alta, sobre la receta entregada por el médico y de ser posible explica con los medicamentos en físico; en el caso de pacientes ambulatorios, entrega formato de alta médica para ser sellados por el SIS, caso contrario, el alta es cancelada en Caja.	Mejora la comprensión y adherencia al tratamiento por parte del familiar, también contribuye a una recuperación más segura y efectiva del paciente, asegurando una transición fluida desde el entorno hospitalario hacia el hogar.	Enfermera
Coordina con hospitalización transferencia del paciente a piso, después de la evaluación de anestesiología y la indicación de alta debidamente registrada, sellada y firmada en la hoja terapéutica.	La coordinación de la transferencia del paciente desde URPA a piso es un proceso que involucra asegurar la seguridad, continuidad y calidad del cuidado postoperatorio. Al seguir las indicaciones médicas y realizar una evaluación exhaustiva antes de la transferencia, las enfermeras contribuyen significativamente a una recuperación exitosa y segura para los pacientes después de una cirugía.	Enfermera
Reporta al paciente a enfermera de hospitalización.	El reporte del paciente por parte de la enfermera de URPA a la enfermera de hospitalización es una práctica esencial que garantiza una transición segura, continua y efectiva en el cuidado postoperatorio. Esta comunicación no solo mejora la calidad del tratamiento, sino que también contribuye a la seguridad del paciente y al éxito en su recuperación después de la cirugía.	Enfermera
Verifica la limpieza y desinfección de la unidad y de equipos utilizados en la atención de paciente por el personal técnico.	La verificación de la limpieza y desinfección es una práctica esencial que protege tanto a los pacientes como al personal sanitario. Esta actividad no solo previene infecciones	Enfermera Técnico de Enfermería

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:26:41 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:03:47 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:48:48 -05:00

	nosocomiales, sino que también asegura un entorno seguro, cómodo y conforme a las normativas sanitarias, contribuyendo así a una atención médica efectiva y de calidad	

B. Proceso de Atención de Enfermería:

Valoración de enfermería: Se realiza por dominios y sus respectivas clases según la taxonomía NANDA.

DOMINIOS	CLASES
1. DOMINIO 1: Promoción de la salud	• Gestión de la salud
2. DOMINIO 2: Nutrición	• Ingestión • Digestión
3. DOMINIO 3: Eliminación e intercambio	• Función respiratoria • Eliminación
4. DOMINIO 4: Actividad/ reposo	• Sueño- descanso • Respuestas cardiovasculares /pulmonares
5. DOMINIO 5: Percepción/cognición	• Nivel de conciencia • Comunicación
6. Domino 6: Autopercepción	• Autoestima
7. DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés	• Estado de ánimo
8. DOMINIO 11: Seguridad/ protección	• Infección
9. DOMINIO 12: Confort	• Dolor

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:26:57 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:03:58 -05:00

1. Plan de Cuidados de Enfermería:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:49:00 -05:00

DOMINIO 2: Nutrición Clase 1. Ingestión: Obesidad (00232)	NOC 1002: Control de peso	NIC 5500: Consejería sobre la pérdida de peso Brindar consejería y orientación a paciente y familiar para ayudar al paciente a establecer metas de pérdida de peso realistas y sostenibles.
DOMINIO 2: Nutrición Clase 4. Metabolismo: Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)	NOC 1004: Control de la glucosa en sangre -Niveles de glucosa en sangre dentro del rango objetivo. -Ausencia de signos de hipoglucemia o hiperglucemia. -Comprensión del paciente sobre la gestión de su condición.	NIC 2502: Monitoreo de la glucosa en sangre Evaluar el nivel de glucosa en sangre según lo indicado, utilizando un medidor de glucosa. Registrar los resultados de las pruebas de glucosa en sangre y cualquier patrón observado. Identificar y documentar síntomas asociados con niveles altos o bajos de glucosa en sangre, como hiperglucemia o hipoglucemia. Colaborar con el equipo de salud para ajustar el plan de tratamiento basado en los resultados del monitoreo. NIC 2200: Administración de medicamentos Administrar insulina o medicamentos hipoglucemiantes según las indicaciones médicas, asegurando que se sigan los protocolos de dosificación. NIC 1900: Monitoreo de síntomas Vigilar la aparición de síntomas relacionados con niveles inestables de glucosa, como temblores, sudoración, confusión o irritabilidad.
DOMINIO 2: Nutrición Clase 5. Hidratación: Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195)	NOC 1003: Equilibrio electrolítico -Niveles de electrolitos en suero dentro de los límites normales. -Ausencia de síntomas asociados a desequilibrio electrolítico. -Función renal adecuada.	NIC 3670: Monitoreo de los niveles de electrolitos: Evaluar regularmente los niveles de electrolitos en el suero a través de análisis de laboratorio. NIC 3310: Administración de líquidos. Administrar líquidos intravenosos según sea necesario para mantener un equilibrio adecuado de electrolitos. NIC 0860: Control de la ingesta y eliminación Monitorear la administración de fluidos y la producción de orina para evaluar el equilibrio de líquidos y electrolitos.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:27:17 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:04:10 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:49:14 -05:00

		NIC 3960: Evaluación de la función renal Observar y evaluar la función renal, ya que tiene un papel crucial en el mantenimiento del equilibrio electrolítico. NIC 6490: Prevención de complicaciones Identificar y monitorizar signos y síntomas de desequilibrio electrolítico para poder intervenir oportunamente.
	NOC 1005: Equilibrio de líquidos -Hidratación y estado de los fluidos en niveles dentro de lo normal. -Ausencia de signos o síntomas de sobrecarga o de déficit de líquido. -Comprensión del paciente sobre la importancia de la ingesta y la pérdida de líquidos.	NIC 4000: Monitoreo de la ingesta y salida de líquidos Evaluar el estado de hidratación del paciente, observando signos como sequedad de mucosas, turgor de la piel y frecuencia urinaria. Monitorear la ingesta y la eliminación de líquidos, registrando la cantidad de líquidos consumidos y excretados. Administrar líquidos por vía intravenosa o oral según las indicaciones médicas. Evaluar los resultados de laboratorio relacionados con el equilibrio de líquidos, como electrolitos y función renal. NIC 4040: Evaluación del estado de hidratación Evaluar signos de hidratación, como la turgencia de la piel, la mucosa oral, la frecuencia cardiaca y la presión arterial, para detectar posibles desequilibrios. NIC 4200: Terapia intravenosa Verificar la orden de terapia intravenosa, asegurando que esté clara y completa. Examinar el tipo, cantidad, fecha de caducidad y características de la solución intravenosa, asegurándose de que no haya daños en el envase. Preparar el equipo necesario para la administración intravenosa, incluyendo la limpieza adecuada de las manos y el uso de técnicas asépticas. Administrar líquidos intravenosos según la prescripción médica, controlando la tasa de infusión y observando la respuesta del paciente.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:27:32 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:04:22 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:49:28 -05:00

		Monitorear el sitio de inserción del catéter, observando signos de infección, infiltración o flebitis. Registrar la administración de fluidos y medicamentos, así como cualquier reacción adversa o complicación.
DOMINIO 3: Eliminación e intercambio. Clase 4: Función respiratoria Deterioro del intercambio de gases (00030) V°B° Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft Motivo: Doy V° B° Fecha: 09.07.2025 19:27:45 -05:00	NOC 1001: Intercambio de gases -Oxigenación adecuada (medida a través de la saturación de oxígeno). -Ausencia de signos de hipoxemia o hipercapnia. -Función respiratoria dentro de límites normales. -Ausencia de dificultad respiratoria.	NIC 3310: Evaluación del estado respiratorio Monitorear y registrar frecuentemente signos vitales, frecuencia respiratoria, esfuerzo respiratorio y la saturación de oxígeno. NIC 3314: Administración de oxígeno suplementario Proporcionar oxígeno según sea necesario y según las indicaciones médicas para mejorar la saturación de oxígeno. NIC 3550: Fomentar la tos efectiva Animar al paciente a toser para facilitar la eliminación de secreciones y mejorar la permeabilidad de las vías respiratorias. NIC 0350: Posicionamiento del paciente Colocar al paciente en una posición que facilite la respiración, como una posición elevada o semi-Fowler. NIC 5602: Educación sobre técnicas respiratorias Enseñar al paciente técnicas de respiración, como la respiración diafragmática o ejercicios de respiración profunda.

DOMINIO 3: Eliminación e intercambio. CLASE 4: Limpieza ineficaz de las vías aéreas (OOO31) V°B° Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft Motivo: Doy V° B° Fecha: 03.07.2025 13:04:37 -05:00	NOC: 1904 Mantenimiento de las vías aéreas - Evaluar si las vías aéreas están abiertas y sin obstrucciones. - Observar la capacidad del paciente para toser y expulsar secreciones. - Monitorear la frecuencia y el patrón respiratorio del paciente. - Evaluar la saturación de oxígeno en sangre para	NIC: 1800 Posicionamiento del paciente Evaluar la necesidad de cambiar la posición: Observar signos de incomodidad, dificultad respiratoria, o presión sobre áreas específicas del cuerpo. Reunir equipos o dispositivos de apoyo que puedan ser necesarios (cojines, almohadas, etc.). Colocar al paciente en la posición adecuada: Semifowler o Fowler: Inclinar la cama entre 30 y 90 grados para facilitar la respiración. Proporcionar apoyo y confort:

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:49:52 -05:00

	asegurar que se mantenga dentro de los parámetros normales.	NIC: 6680 Monitoreo de signos vitales Controlar las funciones vitales: FR, PA, FC y T°. Comprobar regularmente la frecuencia respiratoria y la presión arterial para evaluar la salud general del paciente. NIC: 3310 Inhaloterapia Valorar la historia clínica del paciente y los signos y síntomas que justifican el tratamiento de inhalación. Monitorear parámetros como la frecuencia respiratoria, el uso de músculos accesores y la saturación de oxígeno. Asegurar que el nebulizador o inhalador esté correctamente montado y funcionando. Comprobar que los medicamentos estén correctamente admitidos para su uso. ASegurar que el paciente esté en una posición adecuada para facilitar la inhalación. Evaluar los signos vitales y comparar la función respiratoria antes y después de la inhaloterapia (por ejemplo, mejoría en la saturación de oxígeno y disminución de la disnea). Documentar cualquier efecto adverso o reacción del paciente a la terapia. NIC: 6682 Evaluación de la oxigenación Utilizar un oxímetro de pulso para medir la saturación de oxígeno (SpO2) en sangre arterial. Registrar los valores y compararlos con los rangos normales para la edad y condición del paciente (generalmente entre 95-100%) Inspeccionar al paciente en busca de signos de hipoxemia, como cianosis, dificultad respiratoria, uso de músculos accesorios, o cambios en el nivel de conciencia. Realizar auscultación pulmonar para identificar ruidos respiratorios anormales (sibilancias, estertores). Evaluar la eficacia de la oxigenoterapia administrada, revisando si la administración de oxígeno ha logrado mejorar la saturación de oxígeno y la función respiratoria del paciente.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.07.2025 19:28:05 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:04:47 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:50:04 -05:00

		Correlacionar la SpO2 con la PaO2 cuando sea necesario, mediante gasometría arterial, para obtener una evaluación más precisa de la oxigenación. Registrar las mediciones y observaciones relacionadas con la oxigenación en el historial clínico del paciente. Comunicar cualquier hallazgo anómalo al equipo de atención médica para la toma de decisiones adecuadas.
	NOC: 1903 Limpieza de la vía aérea - Evaluar si las vías aéreas están libres de obstrucciones (secreciones, cuerpos extraños, etc.). - Determinar la frecuencia con la que se requiere aspiración para mantener la vía aérea limpia.	NIC: 3350 Aspiración de vías aéreas Determinar la necesidad de aspiración al evaluar signos de obstrucción respiratoria, como disnea, sibilancias o sonidos respiratorios anormales. Controlar los signos vitales: Revisar la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno y el estado general del paciente. Reunir el equipo necesario, que puede incluir un aspirador portátil, catéter de aspiración, frascos de recolección y solución salina (si es pertinente). Verificar el funcionamiento del equipo y asegurarse de que esté adecuadamente esterilizado. Explicar el procedimiento al paciente (si está consciente) y al personal involucrado para asegurar su comprensión y cooperación. Posicionar al paciente de manera cómoda, generalmente en posición semi-Fowler o Fowler. Lubricar el catéter de aspiración (cuando corresponda) y aplicar una presión negativa adecuada (usualmente entre 80-120 mmHg). Introducir el catéter de aspiración suavemente en las vías aéreas (por la nariz, boca, tubo orotraqueal o traqueostomía, según el acceso). Aspirar mientras se retira el catéter, evitando dejarlo en el lugar por más tiempo del necesario (10 a 15 segundos), y moverlo con movimiento rotatorio para aumentar la efectividad. Mantener pausas entre aspiraciones para permitir la oxigenación y la comodidad del paciente.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:31:58 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:04:57 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:50:13 -05:00

		Evaluar la respuesta del paciente tras la aspiración, incluyendo la mejora en la respiración y la saturación de oxígeno. Observar cualquier signo de irritación o sangrado en las vías aéreas. Registrar todos los hallazgos relevantes, incluyendo la cantidad y características de las secreciones aspiradas, la respuesta del paciente y cualquier complicación. Continuar monitoreando al paciente por signos de dificultad respiratoria o necesidad de aspiraciones adicionales. Reevaluar la frecuencia de aspiración y ajustar el plan de cuidado conforme cambien las necesidades del paciente. Realizar cuidado de la vía aérea artificial según necesidad.
DOMINIO 4: Actividad/ reposo Clase 4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares: Patrón respiratorio ineficaz (00032)	NOC 1002: Patrón respiratorio -Frecuencia respiratoria dentro de los límites normales. -Ausencia de dificultad respiratoria. -Patrón respiratorio regular. -Suficiencia de la ventilación (intercambio de gases).	NIC 3350: Monitorización de la respiración Evaluar y documentar la frecuencia, ritmo y profundidad de la respiración del paciente. NIC 0211: Ejercicios de respiración Instruir y asistir al paciente en la realización de ejercicios de respiración para mejorar la ventilación pulmonar. NIC 0700: Posicionamiento Colocar al paciente en una posición que facilite la respiración, como la posición vertical o de semifowler. NIC 3010: Entrenamiento en el uso de dispositivos de asistencia respiratoria Si es necesario, enseñar al paciente el uso adecuado de dispositivos como inhaladores, nebulizadores o CPAP. NIC 6490: Prevención de complicaciones respiratorias Identificar y monitorizar signos de complicaciones respiratorias, como infecciones o acumulación de secreciones.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:32:58 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:05:06 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:50:22 -05:00

DOMINIO 4: Actividad/ reposo Clase 4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares: Riesgo de disminución del gasto cardíaco (00240)	NOC 0401 Estado circulatorio - Observación de Signos Vitales: Presión arterial (sistólica y diastólica) y frecuencia cardíaca. Frecuencia respiratoria y patrones respiratorios. -Evaluación de la Perfusión: Color de la piel, temperatura de la piel, llenado capilar, pulsos periféricos: - Evaluación de Saturación de Oxígeno: un valor normal generalmente está entre 95% y 100%. - Evaluación del Estado Cognitivo	NIC 2500 Monitorización de Signos Vitales Evaluar y registrar la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura con regularidad. NIC 2502 Monitorización del Pulso Periférico Evaluar y documentar la calidad y la simetría de los pulsos periféricos. NIC 2505 Monitorización de la Saturación de Oxígeno Evaluar y registrar la saturación de oxígeno mediante un oxímetro de pulso. NIC 6510 Manejo de la Líquidos Evaluar, documentar y orientar sobre la ingesta y la eliminación de líquidos para asegurar un equilibrio adecuado. NIC 1110 - Evaluación del Estado Cognitivo Evaluar el estado cognitivo y de alerta del paciente, observando cambios que puedan indicar problemas circulatorios. NIC 2280 Manejo del Dolor Evaluar y tratar el dolor relacionado con problemas circulatorios, si es aplicable.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:33:17 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:05:16 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:50:29 -05:00

	0402 Perfusión tisular: cardíaca - Frecuencia cardíaca: Medición de la cantidad de latidos por minuto. - Presión arterial sistólica: Evaluación de la presión en las arterias durante la contracción del corazón. - Presión arterial diastólica: Medida de la presión en las arterias cuando el corazón está en reposo entre latidos. - Saturación de oxígeno (SpO2): Porcentaje de hemoglobina saturada con oxígeno en la sangre. - Color de la piel: Evaluación del color de la piel como indicador de perfusión y oxigenación adecuada. -Temperatura cutánea: Medida que puede reflejar cambios en el flujo sanguíneo periférico. - Relleno capilar: Tiempo que tarda en volver el color a una uña o piel tras presionarla, indicador de circulación periférica. - Pruebas de Laboratorio: Hemograma completo, Pruebas de coagulación: Incluyen el tiempo de protrombina (TP) y el tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa) para evaluar la capacidad de coagulación, Electrolitos y análisis de sangre química: Para evaluar el estado general del paciente, Pruebas específicas: Entre ellas, pruebas de hierro, ferritina, o pruebas para detectar	NIC 4044 Cuidados cardíacos agudos Implementar un plan de cuidados para monitorear y manejar condiciones críticas relacionadas con la función cardíaca, asegurando una atención inmediata y adecuada. NIC 4254 Manejo del shock cardiogénico Proporcionar cuidados específicos para pacientes en estado de shock cardiogénico, incluyendo la administración de fluidos y medicamentos que mejoren el gasto cardíaco. NIC 6680 Monitorización de los signos vitales Realizar un seguimiento regular de los signos vitales, como la frecuencia cardíaca, presión arterial y saturación de oxígeno, para detectar cambios en el estado hemodinámico del paciente. NIC 4210 Monitorización hemodinámica invasiva Utilizar técnicas invasivas para evaluar la función cardíaca y la perfusión tisular, como la monitorización de la presión venosa central o el índice cardíaco. NIC 4170 Control del equilibrio de líquidos Monitorear y gestionar la ingesta y eliminación de líquidos para prevenir sobrecarga circulatoria o deshidratación, lo cual es crucial en pacientes con problemas cardíacos.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:33:41 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:05:25 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:50:38 -05:00

	condiciones como la leucemia o trastornos plaquetarios. 0403 Perfusión tisular: renal - Medición de la cantidad de orina producida en un período específico. Un volumen adecuado indica buena perfusión renal. - Evaluación del color de la orina; un color claro generalmente indica una buena hidratación y perfusión, mientras que un color oscuro puede sugerir deshidratación o problemas en la perfusión. - Monitoreo de la presión arterial sistólica y diastólica, ya que una presión arterial adecuada es crucial para mantener una perfusión renal óptima. - Medición de los niveles de creatinina en sangre; niveles elevados pueden indicar deterioro en la función renal y, por ende, mala perfusión. - Evaluación de los niveles de electrolitos (sodio, potasio, etc.) en sangre, ya que alteraciones pueden reflejar problemas en la función renal. - Medición del pH en sangre arterial; alteraciones pueden indicar problemas metabólicos relacionados con la función renal. - Evaluación para detectar sangre en la orina; la presencia de hematuria puede indicar problemas renales o de perfusión.	NIC 4100 Monitoreo de la Función Renal Incluir la evaluación de la diuresis, resultados de laboratorio (creatinina, BUN, electrolitos), y signos de deterioro de la función renal. NIC 4101 Monitoreo de la Diuresis Evaluar y registrar la cantidad de orina producida en un período específico. Esto incluye mantener un registro de la ingesta y eliminación de líquidos. NIC 4110 Manejo de Líquidos Supervisar la ingesta y eliminación de líquidos del paciente para mantener el equilibrio hídrico y detectar signos de deshidratación o sobrecarga. NIC 4050 Manejo del Dolor Evaluar y tratar el dolor relacionado con problemas renales o otras complicaciones, asegurando que el paciente esté cómodo.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:34:01 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:05:35 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:50:50 -05:00

	NOC 0405 Estado hemodinámico - Medición de la cantidad de latidos por minuto. Un rango normal indica un estado hemodinámico adecuado. - Evaluación de la presión en las arterias durante la contracción del corazón. - Medida de la presión en las arterias cuando el corazón está en reposo entre latidos. - Saturación de oxígeno (SpO2) - Llenado capilar - Evaluación del color de la piel como indicador de perfusión adecuada; palidez o cianosis pueden señalar problemas circulatorios. - Temperatura cutánea: Medida que puede reflejar cambios en el flujo sanguíneo periférico; temperaturas frías pueden indicar vasoconstricción y mala perfusión. - Enzimas cardíacas: Evaluación de los niveles de enzimas como troponinas, que pueden indicar daño al músculo cardíaco (si fuera necesario)	NIC 2500 Monitoreo de Signos Vitales Medir y registrar la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura de manera regular para detectar cambios en el estado hemodinámico. NIC 2502 Monitoreo de la Presión Venosa Central En pacientes con catéteres centrales, monitorizar la presión venosa central para evaluar el retorno venoso y la función cardíaca. NIC 4310 Manejo de la Terapia Intravenosa (IV) Administrar fluidos y medicamentos según lo prescrito para mantener un equilibrio hemodinámico adecuado. NIC 6610 Monitoreo de la Perfusión Evaluar la perfusión tisular mediante la observación de signos como la temperatura cutánea, color de la piel y la calidad del pulso. NIC 3400 Monitoreo de la Frecuencia Cardíaca Utilizar un electrocardiograma (ECG) para evaluar el ritmo y la frecuencia cardíaca, identificando arritmias que puedan afectar la perfusión. NIC 2505 Monitoreo de la Saturación de Oxígeno Medir la saturación de oxígeno con un oxímetro de pulso para valorar la oxigenación y detectar problemas respiratorios que puedan influir en el estado hemodinámico. NIC 4140 Monitoreo de la Producción de Orina Registrar la cantidad de orina producida para evaluar la perfusión renal y la función grave del paciente. NIC 1600 - Manejo del Dolor Evaluar y tratar el dolor del paciente, ya que el dolor agudo puede afectar la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:34:13 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:05:46 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:50:59 -05:00

Dominio 9: Afrontamiento /tolerancia al estrés Clase 2. Respuestas de afrontamiento: Ansiedad (00146)	OC 1402: Ansiedad -Disminución de la tensión muscular. -Reporte de niveles de ansiedad dentro de límites aceptables o deseables. -Capacidad para afrontar situaciones ansiosas. -Mejoría en el estado emocional general.	NIC 5240: Apoyo emocional Proporcionar un entorno de apoyo en el que el paciente se sienta seguro y pueda expresar sus sentimientos y preocupaciones. NIC 1401: Evaluación continua del estado de ansiedad Monitorizar de manera continua los signos y síntomas de ansiedad para poder ajustar las intervenciones según sea necesario.
Dominio 11: Seguridad y protección. Clase 1. Infección: Riesgo de infección (00004)	NOC 0703: Severidad de la infección. – Controlar la fiebre.	NIC 6540: Control de infecciones. Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. Usar guantes estériles, según corresponda. Fomentar una respiración y tos profunda, según corresponda. NIC 3740: Tratamiento de la fiebre. Controlar la temperatura y otros signos vitales. Observar el color y la temperatura de la piel. Administrar medicamentos o líquidos intravenosos. Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y de signos y síntomas de la afección causante de la fiebre. Control de exámenes auxiliares: hemograma
Dominio 11: Seguridad y protección Clase 2: Lesión física. Deterioro de la integridad tisular	NOC 1102: Integridad tisular -Promoción de la curación de heridas. -Ausencia de complicaciones relacionadas con el deterioro tisular.	NIC 3560: Cuidado de la piel Evaluar y cuidar la piel del paciente para prevenir lesiones adicionales y promover la curación. NIC 3360: Cambio de apósitos Realizar cambios de apósitos en heridas según sea necesario para mantener un ambiente óptimo para la cicatrización.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:34:25 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:05:58 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:51:07 -05:00

	-Estado de la piel dentro de límites normales. -Cicatrización adecuada.	NIC 3670: Evaluación de la herida Monitorear el estado de las heridas, incluyendo el tamaño, el color, el sangrado y la presencia de infección. NIC 5602: Educación sobre el cuidado de la herida Instruir al paciente y a su familia sobre cómo cuidar adecuadamente las heridas y prevenir complicaciones. NIC 1080: Nutrición adecuada Evaluar y asegurarse de que el paciente tenga una adecuada ingesta nutricional para facilitar la curación de los tejidos.
Dominio 11: Seguridad y protección Clase 2: Lesión física. Riesgo de sangrado (00206)	NOC 1900: Riesgo de sangrado -Ausencia de signos de sangrado. -Mantenimiento de la integridad del sitio de punción. -Reporte de signos vitales estables. -Adherencia a las recomendaciones para prevenir el sangrado.	NIC: Monitoreo de signos vitales Controlar la presión arterial, la frecuencia cardíaca y otros signos vitales para detectar cambios que indiquen sangrado. NIC 3560: Evaluación de la coagulación Monitorear los resultados de pruebas de coagulación (como el tiempo de protrombina, el tiempo de tromboplastina parcial) y valorar el estado de coagulación del paciente. NIC 3560: Aplicación de presión sobre sitios de punción Aplicar presión en los sitios de punción o donde hay riesgo de sangrado para minimizar la hemorragia. NIC 2650: Control de medicación Revisar y ajustar, si es necesario, la medicación que puede contribuir a un mayor riesgo de sangrado, como anticoagulantes o antiinflamatorios no esteroides.
Dominio 11: Seguridad y protección. Clase 2: Lesión física. Riesgo de aspiración (00039)	NOC 1918: Prevención de la aspiración. – Identifica factores de riesgo.	NIC 3200: Precauciones para evitar la aspiración. Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. Mantener vía aérea permeable. Minimizar el uso de narcóticos y sedantes. Controlar el estado pulmonar. Mantener la cabecera de la cama elevada 30-45 minutos después de la alimentación.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:34:37 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:06:14 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:51:16 -05:00

Dominio 11: Seguridad y protección. Clase 2: Lesión física. Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica (00246)	NOC 1901: Recuperación quirúrgica: -Evolución adecuada del proceso de recuperación postquirúrgica. -Ausencia de complicaciones postquirúrgicas. -Control del dolor dentro de límites aceptables. -Retorno a la función y movilidad esperadas.	NIC 1900: Evaluación postquirúrgica Monitorear los signos vitales, el sitio quirúrgico y el estado general del paciente de manera continua tras la cirugía. NIC 2210: Control del dolor Evaluar y gestionar el dolor del paciente utilizando escalas de valoración y técnicas adecuadas para asegurarse de que se mantenga dentro de niveles aceptables. NIC 5602: Educación sobre el autocuidado Proporcionar información al paciente y su familia sobre cuidados posteriores a la cirugía y signos de complicaciones a tener en cuenta. NIC 1080: Nutrición adecuada Asegurarse de que el paciente tenga acceso a una nutrición adecuada para apoyar la recuperación y la cicatrización. NIC 6490: Prevención de complicaciones postquirúrgicas Implementar medidas para prevenir complicaciones como trombosis venosa profunda (TVP), infecciones y otros problemas que podrían retrasar la recuperación.
Dominio 11: Seguridad y protección. Clase 6. Termorregulación: Hipotermia (00006) Riesgo de termorregulación ineficaz (00274)	NOC 0800: Termorregulación -Temperatura cutánea en el rango esperado. -Temperatura corporal dentro de los límites de la normalidad. - Ausencia de cambios en la coloración cutánea. -Presencia de escalofríos.	NIC 3900 - Regulación de la temperatura Controlar la temperatura cada dos horas, si es necesario. Vigilar la temperatura del paciente y registrar cualquier fluctuación significativa. Proporcionar un ambiente adecuado, ajustando la temperatura del entorno según las necesidades del paciente. Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración si procede. Observar el color y la temperatura de la piel para detectar signos de hipotermia o hipertermia. Observar y registrar signos y síntomas de hipotermia o hipertermia.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:34:49 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:06:25 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:51:25 -05:00

		Proporcionar líquidos tibios o calientes si es apropiado para ayudar a elevar la temperatura corporal. NIC 6480: Manejo ambiental Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente, evitando corrientes de aire y excesos de calefacción o frío. Evitar exposiciones innecesarias a temperaturas extremas.
Dominio 12: Confort Clase 1. Confort físico: Dolor agudo (00132)	NOC 1600: Control del dolor -Disminución de la puntuación en la escala de dolor. -Verbalización de satisfacción con el control del dolor. -Incremento en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria sin dolor.	NIC 2210: Evaluación del dolor Realizar una evaluación sistemática del dolor, utilizando escalas adecuadas (como la escala numérica o visual) para medir la intensidad y la calidad del dolor. NIC 1400: Manejo del dolor Asegurar que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Administrar medicamentos analgésicos según sea necesario y según las órdenes del médico, asegurándose de hacer un seguimiento de su efectividad. NIC 1900: Monitoreo continuo Evaluar continuamente la respuesta del paciente al tratamiento del dolor y ajustar las intervenciones según sea necesario. NIC 2380: Manejo de la medicación. Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo. Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:35:02 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:06:35 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:53:44 -05:00

C. Indicadores:

PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS EN URPA POR LA ENFERMERA (O) SIN COMPLICACIONES

Concepto	Mide el porcentaje de pacientes que, tras ser atendidos en la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) por personal de enfermería, no presentan complicaciones relacionadas con la atención recibida durante su estancia en dicha unidad.
Objetivo:	Evaluar la calidad y seguridad de la atención de enfermería en la URPA, asegurando que la mayoría de los pacientes se recuperen sin presentar complicaciones, lo que refleja una atención adecuada y efectiva.
Relación operacional:	N° pacientes atendidos en URPA que no presentan complicaciones _____ x 100 Total de pacientes atendidos en URPA en un periodo
Fuente de datos:	Registros clínicos y reportes de la URPA, donde se documentan las atenciones realizadas por enfermería y la presencia o ausencia de complicaciones postoperatorias durante la recuperación inmediata
Periodicidad	Trimestral
Interpretación:	Un porcentaje alto indica una atención de enfermería eficaz y segura en la URPA, con adecuada prevención y manejo de complicaciones postoperatorias. Un porcentaje bajo sugiere la necesidad de revisar procesos, capacitación o recursos para mejorar la calidad del cuidado y la seguridad del paciente. Esta formulación permite medir y mejorar continuamente la calidad de la atención de enfermería en la URPA, contribuyendo a mejores resultados en la recuperación postanestésica
Estándar propuesto	100%

PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS POR LA ENFERMERA SIN EVENTOS ADVERSOS DURANTE PERIODO POST OPERATORIO

Concepto	Mide el porcentaje de pacientes que, tras ser atendidos por enfermería durante el periodo postoperatorio, no presentan eventos adversos relacionados con la atención recibida, reflejando la seguridad y calidad del cuidado brindado.
Objetivo:	Evaluar la efectividad y seguridad de la atención de enfermería en el periodo postoperatorio, identificando la proporción de pacientes que evolucionan sin complicaciones ni eventos adversos atribuibles a la atención recibida.
Relación operacional:	N° de pacientes atendidos por enfermería en el periodo postoperatorio inmediato que no presentan eventos adversos. _____ x 100 Total de pacientes atendidos por enfermería en el periodo postoperatorio durante el mismo periodo.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:35:14 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:06:46 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:51:35 -05:00

Fuente de datos:	Registros de reportes de eventos adversos durante el post operatorio inmediato y sistemas de vigilancia de seguridad del paciente.
Periodicidad	Mensual
Interpretación:	Un porcentaje alto indica que la atención de enfermería durante el periodo postoperatorio es segura y eficaz, con baja incidencia de eventos adversos. Un porcentaje bajo sugiere la necesidad de revisar y mejorar protocolos, capacitación y recursos para minimizar riesgos y mejorar la calidad del cuidado.
Estándar propuesto	100%

VII. RECOMENDACIONES

- Monitorizar de manera eficaz al paciente en URPA hasta su alta.
- Garantizar la capacitación continua del profesional de enfermería en URPA.
- Garantizar el abastecimiento de equipos, medicamentos e insumos en URPA.
- Mantener actualizado el sistema de registro de los pacientes en URPA.
- Usar correctamente la hoja de Registro de Atención de Enfermería de URPA de acuerdo al formato del Anexo N°07.
- Evaluación del estado crítico o potencialmente crítico del paciente como criterio de no admisión a URPA para su permanencia en quirófano o manejo en UCI.
- Evitar el uso de equipos electrónicos y celulares con ruidos estresantes a fin de mantener un ambiente tranquilo.
- Mantener la privacidad y la seguridad de cada paciente, respetando su intimidad.
- La responsable de la evaluación y cumplimiento de la presente guía técnica será la coordinadora o responsable de la Unidad de Recuperación Post anestésica (Anexo N°8).

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:35:40 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:07:00 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:51:46 -05:00

VIII. ANEXOS

Anexo 01: Flujograma

Anexo 02: Escala de Aldrete Modificada

Anexo 03: Escala de Bromage

Anexo 04: Escala de Ramsay

Anexo 05: Escala de Glasgow del Coma

Anexo 06: Escala del Dolor

Anexo 07: Registro de Atención de Enfermería en URPA

Anexo 08: Lista de verificación del cumplimiento de la Guía Técnica: Cuidado de Enfermería en la Unidad de Recuperación Post Anestésica - URPA

V°B°

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:36:29 -05:00

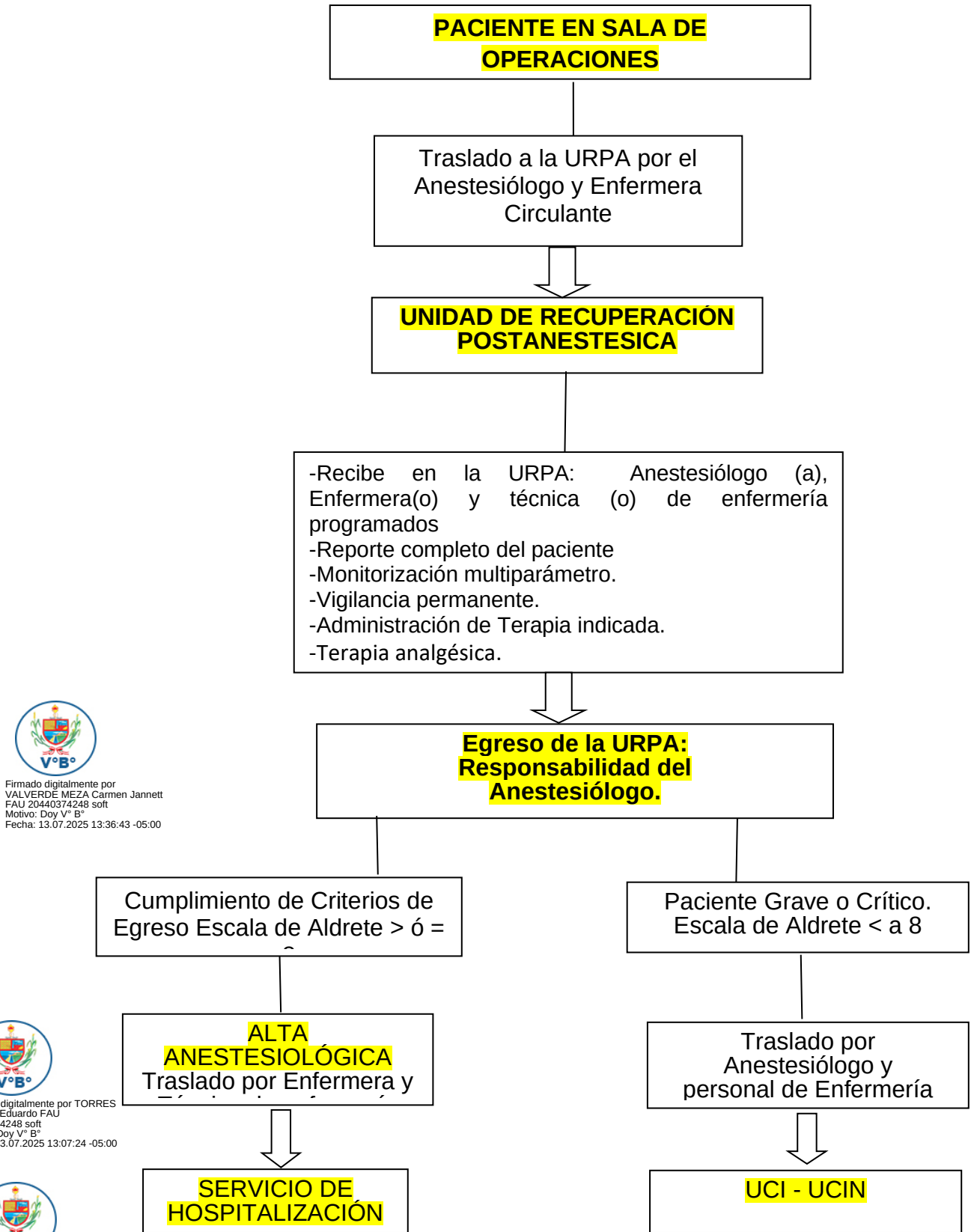
V°B°

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:07:12 -05:00

V°B°

Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:51:54 -05:00

Anexo 01: Flujograma



Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:36:43 -05:00

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:07:24 -05:00

Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:52:04 -05:00

Anexo 02: Escala de Aldrete Modificada

Características		Puntos
Actividad	Mueve 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes	**2**
	Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante órdenes	**1**
	Incapaz de mover extremidades	**0**
Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser libremente	**2**
	Disnea o limitación de la respiración	**1**
	Apnea	**0**
Circulación	Presión arterial ≤ 20% del nivel preanestésico	2
	Presión arterial 20 – 49 % del nivel preanestésico	1
	Presión arterial ≥ 50% del nivel preanestésico	**0**
Conciencia	Completamente despierto	2
	Responde la llamada	1
	No responde	0
Saturación arterial de oxígeno (SaO_2)	Mantiene SaO_2 >92% aire ambiente	2
	Necesita oxígeno para SaO_2 > 90%	1
	SaO_2 < 90% con O_2 suplementario	0

Fuente: Aldrete, J. A. "Revisión del índice de recuperación postanestésica". Journal of Clinical Anesthesia, 7(2), 89-91.1995.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:36:58 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:07:37 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:52:13 -05:00

Anexo 03: Escala de Bromag

PUNTAJE	DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE
0	No parálisis. Sin bloqueo motor
1	Incapacidad para levantar los miembros inferiores en extensión.
2	Incapacidad para mover la rodilla. Puede mover el pie.
3	Incapacidad para mover el tobillo

Fuente: Bromage PR. A comparison of the hydrochloride and carbon dioxide salts of lidocaine and prilocaine in epidural analgesia. Acta Anaesthesiol Scand 1965; 16: 55-69.1965.

Anexo 04: Escala de Ramsay

PUNTAJE	DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE	NIVEL DE SEDACIÓN
1	Ansioso, agitado, no colaborado	Despierto
2	Cooperador, orientado, tranquilo	Despierto
3	Dormido, pero responde a ordenes sencillas	Sedación analgésica
4	Dormido, pero responde a estimulo táctil u ordenes en voz alta	Sedación profunda
5	Difícil de despertar, requiere estímulos más fuertes	Sedación profunda
6	No responde incluso a estímulos dolorosos	Anestesia general

Fuente: Ramsay M, Savege T, Simpson BR, Goodwin R: Controlled sedation with alphaxolone-alphadolone. BMJ; 2 (920):656-659.1974.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:38:29 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:07:49 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:52:21 -05:00

Anexo 05: Escala de Coma de Glasgow

APERTURA DE OJOS	PUNTAJE
Espontanea	4
A la palabra	3
Al dolor	2
Ninguna	1
RESPUESTA VERBAL	
Orientado	5
Conversación confusa	4
Palabras incomprensibles	3
Sonidos incomprensibles	2
Ninguna	1
MEJOR RESPUESTA MOTORA	
Obedece	6
Localiza	5
Retira	4
Flexión anormal	3
Respuesta extensora	2
Ninguna	1
Total	**15**

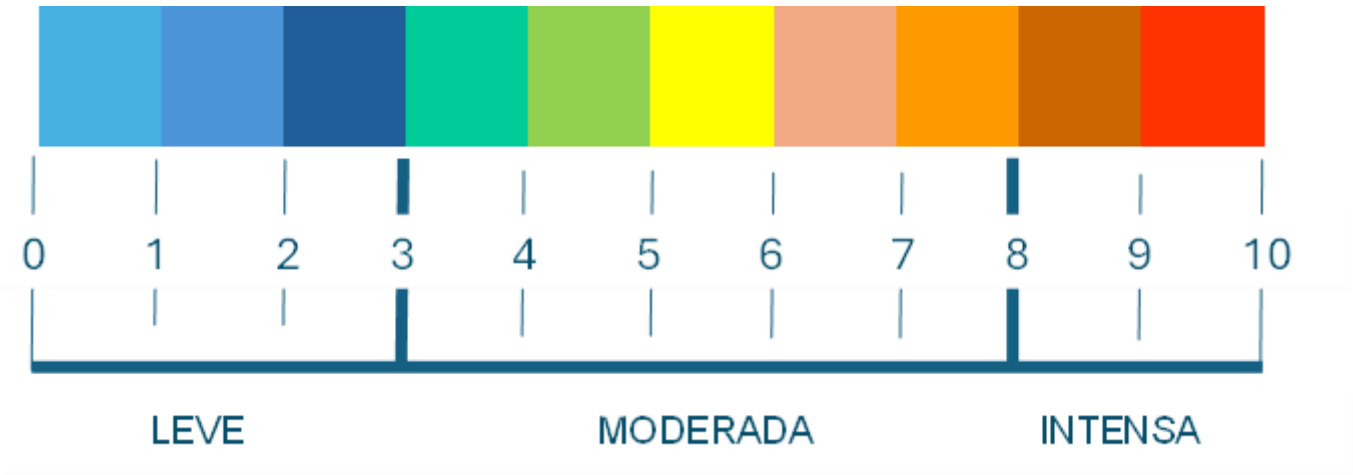
Fuente: J. E. Muñana-Rodríguezа y A. Ramírez-Elíasb: Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. Enfermería Universitaria 11(1):24-35.2014.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:38:59 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:08:13 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:52:29 -05:00

Anexo 06: Escala del Dolor - EVA



Fuente: Herrero V, et al. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios, Rev Soc Esp Dolor, 018; 25(4): 228-236.2018.

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:39:54 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:08:24 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:52:41 -05:00

Anexo 07:

Registro de Atención de Enfermería en la URPA

Fecha: _____/_____/_____ hora de ingreso: N° Cama N° Historia Clínica:

Nombres y apellidos: Edad: Peso: GS/RH

Diagnostico postoperatorio:

Cirugía o procedimiento realizado:

Anestesia: local ( ) general ( ) sedación ( ) otro especificar:

Antecedentes: no ( ) diabetes ( ) hepatitis ( ) VIH ( ) otro especifique.

Alergia: no ( ) si ( ) especifique:

Enfermera URPA: Anestesiólogo ( )

Condición del paciente: Ambulatorio ( ) Hospitalizado ( ) Tipo de CC: Efectiva ( ) CCD ( ) Emergencia ( )

1. MONITOREO BÁSICO:	10g	5	15	30	1 h	2h	3 h	4h
FA								
FAM								
FC								
FR								
T°								
Sp02								
EVA								
ECG								

2. VALORACIÓN POST ANESTÉSICA. 2.1 ESCALA ALDRETE MODIFICADA	Ing	5'	15'	30'	1h	2	3	4
ACTIVIDAD								
RESPIRACION								
CIRCULACION								
CONCIENCIA								
SP02								
TOTAL								
2.2 ESCALA MODIFICADA BROMAGE								
ESCALA DE RAMSAY								

1. VALORACION DE ENFERMERIA POR DOMINIOS

Datos subjetivos

Datos objetivos

RIESGOS

RIESGO DE CAIDA:	**Riesgo de UPP:**
S/ Riesgo Aparente:	**Riesgo:**
Riesgo Bajo:	**No Riesgo:**
Riesgo Alto:	

1. DOMINIO 2: Nutrición

1.1 Piel y mucosas: Húmeda y turgente ( ) Seca ( )

1.2 Abdomen: Distendido ( ) Depresible ( ) Doloroso ( )

1.3 Vómitos: Ausentes ( ) Presentes ( )

1.4 SNG/SNY: Alimentación ( ) Drenaje ( ) no aplica ( )
Aspecto drenaje: Bilioso ( ) Porraceo ( ) Fecaloide ( )
Otro ( ) especificar …… No aplica ( )

1.5 Drenajes: Laminar ( ) Penrose ( ) Toráxico ( )
Otro ( ) especificar …… No aplica ( )

2. DOMINIO 3: Eliminación

2.1 Diuresis: S. Foley ( ) S. nelaton ( ) Espontaneo ( )
Aspecto diuresis: Clara ( ) Hematúrica ( ) Colúrica ( )
Turbia ( ) Otro ( ) especificar …….. Ninguno ( )

2.2 Colostomía ( ) otro ( ) …….. Ninguno ( )

2.3 Vía Aérea: Tubo endotraqueal ( ) Traqueostomía ( )
Tubo orofaringeo ó mayo ( ) Espontaneo ( )

2.4 Vía Aérea: permeable ( ) Tos ( ) secreción ( )
Ruidos respiratorios anormales ( )

2.5 Oxigenoterapia: Cánula binasal ( ) Máscara de reservorio ( )
otro ( ) especificar …… Ninguno ( )

3. DOMINIO 4: Actividad / Reposo

3.1 Piel: Rosada ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Ictérica ( )

3.2 Edema: Presente ( ) Ausente ( )
Lugar: ……

3.3 Ventilación: Rítmica ( ) Disnea ( ) Tiraje ( )

3.4 Pupilas: Reactivas ( ) No reactivas ( ) Otro……..

4. DOMINIO 5: Percepción/cognición

4.1 Conciencia: Completamente despierto ( ) Responde al llamado ( )
No responde ( )

4.2 Reacción de la familia: Aceptación ( ) Rechazo ( )
Indiferente ( ) Preocupado ( )

5. DOMINIO 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés

5.1 Dormido ( ) Agresivo ( ) Calmado ( ) Irritable ( ) Apático ( )

6. DOMINIO 11: Seguridad/ Protección

6.1 Ulcera de presión: Presente ( ) Ausente ( )
Zona……

6.2 Piel: Tibia ( ) Caliente ( ) Fría ( )

6.3 Incisión Qx: Apósito transparente ( ) gasas cubiertas ( )
Vendajes ( ) Otro ( ) especificar. no aplica ( )
Caract.: Limpio/seco ( ) Parcialmente c/ sangre ( )
Totalmente c/ sangre ( ) ninguno ( )

6.4 Presencia de vías invasiva: CVC ( ) PICC ( ) Línea Arterial ( )
CVP ( ) Catéter Port ( ) Ubicación:……

7. DOMINIO 12: Confort

7.1 Dolor: Sin dolor ( ) Dolor leve ( ) Dolor moderado ( )
Dolor intenso ( ) Dolor máximo ( )

7.2 Nauseas: Ausentes ( ) Presentes ( )
Vomito SI ( ) NO( )

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:40:42 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:08:35 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:52:50 -05:00

II. DIAGNOSTICOS (NANDA)

( ) 00039 Riesgo de aspiración r/c alteración del estado de conciencia secundaria a anestesia

( ) 00030 Deterioro del intercambio gaseoso r/c Desequilibrio en la ventilación/perfusión E/P respiración anormal cianótico y/o alteración de la saturación de oxígeno

( ) 00025 Riesgo de desequilibrio volumen de líquidos r/c presencia de sangrado, vómitos, drenajes.

( ) 00132 Dolor agudo r/c Injuria tisular, E/P cambios en la FC, cambios en la respiración, alteración de escala de dolor.

( ) 00004 Riesgo de infección r/c Incisión quirúrgica, procedimientos invasivos.

( ) 00006 Hipotermia r/c exposición a medio ambiente frío, edad, anestésicos, E/P temperatura < 36°C, piel fría.

( ) 00155 Riesgo de caída r/c sedación, agitación psicomotriz, desorientación.

( ) 00148 Temor r/c procedimiento quirúrgico, ambiente desconocido.

Otro:

III. RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

( ) 2305 Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato	( ) 1902 Control de riesgo
( ) 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	( ) 0800 Termorregulación
( ) 0601 Equilibrio hídrico	( ) 1912 Caída
( ) 2102 Nivel del dolor	( ) 1213 Nivel de miedo

IV. INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)

( ) 6680 Monitorización de los signos vitales	( ) 3900 Regulación de la temperatura
( ) 3320 Oxigenoterapia: CBN ( ) máscara ( ) reservorio ( )	( ) 6490 Prevención de caídas
( ) 4200 Terapia intravenosa	( ) 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad
( ) 1400 Manejo del dolor	( ) 5270 Apoyo emocional
( ) 3440 Cuidados del sitio de incisión	( ) 2870 Cuidados postanestésicos
( ) 4130 Monitorización de líquidos	( ) Trasfusión de hemoderivados

BALANCE HIDRICO

INGRESO	SOP	URPA	TOTAL	EGRESO	SOP	URPA	TOTAL
CINa0.9%				A y M			
Dex. 5%				P.I.			
L.R.				SANGRADO			
POLIGELINA				DIURESIS			
HEMODERIVADOS				SNG			
OTRO				DRENAJES			
TOTAL				**TOTAL**			

BH =

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Hora	Medicamento	Dosis	Vía	Hora	Medicamento	Dosis	Vía

LISTA DE CHEQUEO POST- QUIRÚRGICO

5.1 Identificación del Brazalete: si ( ) no ( )	**5.5. Imágenes: Rayos X ( ) Ecografía ( ) TAT ( )**
5.2 Alta de Anestesiología: si ( )	TAC ( ) RM ( ) Otros ( ) especifica: ..... No aplica ( )
5.3 Posición del paciente: orsal ( ) Lateral ( ) Ventral ( ) tros:.....	5.6. Nutrición: NET ( ) NPT ( ) NPP ( )
.4 Zona de Herida Operatoria: eca ( ) Húmeda ( ) no aplica ( )	**5.8 Reposo Gástrico: si ( ) no ( )**

OBSERVACIONES:

HORA DE COORDINACIÓN DE LLAMADO: **DESTINO: Hospitalización ( ) UCI ( ) SOP ( ) CASA ( )** **HORA DE ALTA:**

CONDICIONES ESPECIALES PARA SU ALTA: O2 ( ) DRENAJES ( ) HIDRATACIÓN EN BOMBA ( ) Otros ( ) Especificar:

V°B°

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:41:03 -05:00

V°B°

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:08:46 -05:00

V°B°

Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:53:01 -05:00

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

Anexo N°8 Lista de verificación del cumplimiento de la Guía Técnica: Cuidado de Enfermería en la Unidad de Recuperación Post Anestésica-URPA

Departamento: **Servicio/Área:**

Responsable de Servicio:
Fecha:
Evaluador:

N°	CRITERIOS A EVALUAR	N° EVALUACION 1	N	D	%
1	Realiza la lista de chequeo diario del coche de paro.		0	1	
2	Revisa todos materiales e insumos al inicio de la jornada laboral, así como la funcionalidad de equipos.		0	1	
3	Recibe al paciente de Sala de Operaciones junto al anestesiólogo y técnico en enfermería.		0	1	
4	Realiza el monitoreo del paciente post operado inmediato y registra en la Hoja de enfermería en intervalos de 5min, los primeros 15 minutos de ingreso, luego cada 30 min. hasta completar la hora de ingreso y luego hasta completar las 4 horas en pacientes estables.		0	1	
5	Realiza el llenado correctamente de la Hoja de Registro de Enfermería de URPA.		0	1	
6	Realiza la valoración del paciente y examen físico por sistemas para el Diagnóstico de enfermería.		0	1	
7	Valora el nivel de anestesia a través de las Escalas de Aldrete Modificada, Bromage, Ramsay, según tipo de anestésico utilizado.		0	1	
8	Valora herida operatoria, drenajes, accesos venosos, sondas, etc.		0	1	
9	Administra tratamiento indicado, realiza balance hídrico, toma EKG, administra hemoderivados según indicación, de manera segura y eficaz.		0	1	
10	Coordina el alta de paciente y realiza el traslado a su servicio de origen con puntualidad y respeto.				
	Numerador	0	cumplimiento en esta evaluación		
	Denominador	0			
	Cumplió con todos los criterios evaluables al 100%				

Hora de inicio:
Hora de Término:
Personal evaluado:

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:41:50 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:08:55 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:53:10 -05:00

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Hospital Santa Rosa. Guía de procedimiento medico de recuperación posanestésica. GP-001/HSR/DACC-2023-V.01. Lima. 2023.
2. Instituto Nacional del Niño-San Borja. Guía De Procedimiento De Atención De Enfermería En La Unidad De Recuperación Post Anestésica. 2021.
3. Hospital de emergencias Casimiro Ulloa. Guía técnica de atención y procedimientos de Enfermería. 2016.
4. Hospital María Auxiliadora. Manual de procesos y procedimientos del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico. 2021.
5. Cruz, A et al: El examen de las pupilas en el neuromonitoreo clínico del paciente con trauma craneoencefálico. MEDICINA INTENSIVA - 2012 - 29 N.º 1.
6. James R. Custalowy B. ROBERTS AND HEDGES' CLINICAL PROCEDURES IN EMERGENCY MEDICINE AND ACUTE CARE, seventh edition. Editorial Elsevier. 2019.
7. P. Farreras, Rozman, et al. Medicina Interna. Vigésima edición. Ed Elsevier. 2024
8. Montejo, J.C.; De Lorenzo, A.; Marco, P.; Ortiz. Manual de Medicina Intensiva. 5ª ed. España: Ed. Elsevier. 2017.
9. NANDA-I, NIC, NOC: Uso en la planificación de los cuidados y el modelo AREA. España: Elsevier, 23 de marzo de 2022. https://www.elsevier.com/es-es/connect/nanda-i-nic-noc-vinculos-y-uso-en-la-practica-clinica
10. Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2021- 2023. España: Elsevier. Disponible en: http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2021/02/clasificacion-de-nanda-i-2021-2023.html
11. Clasificación completa de diagnósticos de Enfermería NANDA 2018-2020. 9 julio, 2019 SalusPlay. Disponible en: https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-enfermeria-nanda-2018-2020/
12. Diagnósticos de enfermería NANDA NIC NOC 2024 2026. Disponible en: https://www.diagnosticosnanda.com/
13. Caba, F Et al: Valoración de la actividad de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio por los cuidadores del paciente quirúrgico. Revista de la Sociedad Española del Dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.11 no.8 Madrid dic. 2004
14. Álvarez M.,Fariñas B., González C., López C., Rodríguez B., Soto C., Vázquez B. Procedimiento de determinación de la glucemia capilar. 2021. Rev. urug. med. interna. DOI:10.26445/05.03.2
15. Hospital Universitario Reina Sofía. Lorena Bruno Y COL. Control glicémico del paciente Quirúrgico. ISSN: 2393-6797 - N°3: 14-18 octubre de 2020.
16. Guía de Indicaciones de Hemoderivados- -España 2021
17. Dr. Cristián rocco. Dr. Alejandro garrido: Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Org [REV. MED. CLIN. CONDES - 2017; 28(5) 785-795] [REV. MED. CLIN. CONDES – 2017.
18. Almeida, V et al: Notificación de incidentes relacionados con la atención a la salud en un hospital docente. Revista Enfermería Global N° 63 2021.
19. Parra, D: La obligación de informar al paciente. Cuestiones sobre el derecho a ser informado. Rev. Med. Chile 2013; 141: 1578-1583.
20. Centro Municipal de Salud de Tres Arroyos. Protocolo de limpieza y desinfección hospitalaria. Comité de Control de Infecciones. Argentina. 2019.
21. Ministerio de Salud - MINSA. Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los EESS y SMA. R.M. Nº 372-2011.
22. Lee A. Complications in anesthesia. 3° ed. Ed. Elsevier EEUU. 2018.
23. Ministerio de Salud - MINSA. NT N° 030-MINSA/DGSP-V 01. Norma Técnica de Salud de los servicios de Anestesiología. Resolución Ministerial N° 486-2005-MINSA. 2005.
24. Ministerio de Salud - MINSA. NT N° 089-MINSA/DGSP-V 01. Norma Técnica de Salud para la Atención Anestesiológica. Resolución Ministerial N° 022-2011-MINSA. 2011.

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13.07.2025 13:42:03 -05:00

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.07.2025 13:09:12 -05:00

Firmado digitalmente por CARBAJAL RODRIGUEZ DE RUBIO Roxana Milagros FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.06.2025 07:54:09 -05:00