



**Universidad Michoacana de San Nicolás
de Hidalgo
Facultad de Enfermería
División de Estudios de Posgrado
Especialidad de Enfermería Quirúrgica**



Proceso de Enfermería

**Proceso de Enfermería Estandarizado a Pacientes en la Unidad de Cuidados
Posanestésicos**

Que para obtener el Grado de Especialista en Enfermería Quirúrgica

Presenta:

L.E. Adilene Stephany Estrada Vázquez

Directora de tesis

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Codirectora

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Revisora

Dra. Brenda Martínez Ávila

Morelia, Michoacán

. Octubre de 2025

Directorio

M.E. Renato Hernández Campos
Director

M.E. Guadalupe Ortiz Mendoza
Secretaria Académica

L.E. Saraí Arzate Carranza
Secretaria administrativa

Mesa sinodal

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Asesora

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Coasesora

Dra. Brenda Martínez Ávila

Revisora

Dra. Ma. Lilia A. Alcantar Zavala

Vocal

Dra. Alicia Álvarez Águirre

Vocal

Acta de revisión

La Dra. **Mayra Itzel Huerta Baltazar**, profesora e Investigadora de tiempo completo adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

CERTIFICA

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado “**Proceso de Enfermería Estandarizado a Pacientes en la Unidad de Cuidados Posanestésicos**”. Elaborado por la Licenciada en Enfermería **L.E. Adilene Stephany Estrada Vázquez**, mismo que presenta para la obtención de grado de **Especialidad en Enfermería Quirúrgica**, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Profesora e Investigadora de Tiempo Completo
Facultad de Enfermería

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Profesora e Investigadora de Tiempo Completo
Facultad de Enfermería

Dra. Brenda Martínez Ávila

Profesora e Investigadora de Tiempo Completo
Facultad de Enfermería

Dra. Ma. Lilia A. Alcantar Zavala

Profesor de Tiempo Completo
Facultad de Enfermería

Dra. Alicia Álvarez Águirre

Profesora de Tiempo Completo
Universidad de Guanajuato

Agradecimientos

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que me han acompañado y apoyado durante este increíble viaje académico y profesional.

En primer lugar, a mi familia, por su amor incondicional y su inagotable apoyo. A mis padres, quienes me enseñaron el valor del trabajo duro y la perseverancia; a mis hermanos, por ser mis mejores amigos y confidentes; a mis amigos, por estar siempre ahí para levantarme el ánimo y ofrecerme su ayuda desinteresada en los momentos más difíciles. Su amistad ha sido un pilar fundamental en mi vida.

A mis compañeros de trabajo y de clases, con quienes he compartido incontables horas de estudio y aprendizaje. Gracias por las risas, las discusiones académicas y el compañerismo, para que esta experiencia sea mucho más enriquecedora y memorable.

A mis profesores, por guiarnos con su sabiduría y por desafiarme a ser la mejor versión de mí misma. Sus enseñanzas no solo han contribuido a mi formación profesional, sino también a mi crecimiento personal.

Finalmente, a todos mis seres queridos, que de alguna u otra forma han dejado una huella en mi vida y en mi corazón. Gracias por creer en mí y por ser parte de este importante logro.

Dedicatoria

A mi querida familia, cuya fortaleza y amor han sido mi guía constante. Gracias por creer en mí y por ser mi mayor motivación en cada paso de este camino.

A mis amigos y compañeros, quienes han compartido conmigo risas, desafíos y sueños, su amistad y apoyo han sido esenciales para alcanzar este logro.

A mis profesores, mentores y colegas, por su dedicación y por impartirme su valiosa sabiduría y experiencia en el ámbito de la enfermería quirúrgica. Gracias por inspirarme a ser una mejor profesional y persona, pero, sobre todo, a los pacientes que han confiado en mí y me han permitido crecer como enfermera. Son la razón de mi vocación y el motor que impulsa mi deseo de seguir aprendiendo y mejorando.

Resumen

El presente plan de cuidados tiene como objetivo implementar un proceso de enfermería estandarizado para pacientes en la Unidad de Cuidados Posanestésicos (UCPA), con el fin de mejorar la calidad de la atención, optimizar los tiempos de respuesta, garantizar la seguridad del paciente y realizar una adecuada valoración para el alta de la UCPA y brindar un mejor cuidado durante el periodo crítico de recuperación postanestésica. Se empleó una metodología descriptiva con enfoque cualitativo, basada en la priorización de diagnósticos de los diferentes autores. Los resultados evidencian que la aplicación sistemática del PLACE permitió identificar precozmente riesgos, mejorar la continuidad del cuidado, y estandarizar intervenciones según diagnósticos enfermeros establecidos por la NANDA, NIC y NOC. Se concluye que el uso del proceso de enfermería estandarizado contribuye significativamente a una atención más segura, eficiente y centrada en el paciente, resaltando el papel esencial del profesional de enfermería en áreas críticas.

Palabras clave: proceso de enfermería, cuidados posanestésicos, estandarización, atención de enfermería.

Abstract

The present care plan aims to implement a standardized nursing process for patients in the Postanesthesia Care Unit (PACU), with the objective of improving the quality of care, optimizing response times, ensuring patient safety, and conducting an appropriate assessment for PACU discharge, in order to provide better care during the critical post-anesthesia recovery period. A descriptive methodology with a qualitative approach was used, based on the prioritization of diagnoses from various authors. The results show that the systematic application of the Nursing Care Process (PLACE) allowed for early risk identification, improved continuity of care, and the standardization of interventions according to nursing diagnoses established by NANDA, NIC, and NOC. It is concluded that the use of a standardized nursing process significantly contributes to safer, more efficient, and patient-centered care, highlighting the essential role of nursing professionals in critical care areas.

Keywords: nursing process, postanesthesia care, standardization, nursing care.

Índice

Directorio.....	I
Mesa sinodal	II
Acta de revisión.....	III
Agradecimientos.....	IV
Dedicatoria.....	V
Resumen.....	VI
Abstract.....	VII
I. Introducción	1
II. Justificación	3
III. Objetivos.....	5
3.1 Objetivo general.....	5
3.2 Objetivos específicos.....	5
IV. Marco Teórico.....	6
4.1 Enfermería.....	6
4.2 Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	6
4.3 Tipos de planes de cuidado	7
4.4 Etapas del Plan de Cuidados Estandarizado	8
4.4.1 Determinación del problema	8
4.4.2 Construcción del diagnóstico de enfermería	8
4.4.3 Selección de resultados	8
4.4.4 Selección de intervenciones	8
4.5 Taxonomías para el cuidado de enfermería NANDA, NOC y NIC	9
4.5.1 North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).....	9
4.5.2 Nursing Outcomes Classification NOC	9
4.5.3 Nursing Interventions Classification NIC	9
4.6 Norma Oficial Mexicana para la práctica de la anestesiología NOM-006-SSA3-2011	9
4.6.1 Lineamientos para el cuidado post-anestésico quirúrgico	10
4.7 Criterios de alta de la UCPA.....	14
4.8 Escalas funcionales en la UCPA.....	14

V. Metodología 16

 5.1 Procedimiento 16

VI.- Conclusión 42

VII.- Recomendaciones 44

VIII.Referencias bibliográficas 45

IX.Apéndices 49

I. Introducción

Un estudio realizado en Argentina en 2021, expresa que cualquier paciente que reciba anestesia general, regional y/o sedación debe recibir atención posanestésicos adecuada en un departamento competente, a menos que el anestesista y el cirujano responsable de la atención del paciente indique lo contrario para evitar riesgos potenciales y/o complicaciones. El cuidado postquirúrgico en enfermería está dirigido a satisfacer las necesidades del paciente en pro de recuperar su salud, tomando en cuenta su reserva orgánica, edad, patología por la cual se intervino quirúrgicamente, medicamentos, atención, manejo y cuidado proporcionado por el equipo quirúrgico. (Farías, 2021).

La recuperación tras una intervención quirúrgica se considera el proceso mediante el cual los pacientes deben de recobrar su estado funcional más adecuado del que sean capaces, en un postoperatorio inmediato crítico, se deben identificar problemas reales y potenciales que pueden ocurrir como resultado de la anestesia, la intervención quirúrgica u cualquier otro tipo de manipulación y así poder intervenir de la forma más adecuada y segura para el paciente. (Sánchez, 2023). El área destinada a este tipo de cuidados es la UCPA, está conectada al quirófano para proporcionar cuidados a los pacientes que se han sometido a un proceso quirúrgico bajo anestesia general, regional o sedación; donde se lleva a cabo vigilancia continua, hasta que desaparecen los principales efectos de la anestesia y el estado general del paciente se encuentre estable. (Ballesteros, 2022)

Siendo el personal de enfermería responsable de los cuidados de los pacientes inmediatamente después de la cirugía, se requiere un nivel avanzado de conocimientos clínicos y de experiencia ya que la mayoría de los problemas anestésicos graves y complicaciones previsibles suelen suceder en el postoperatorio inmediato, por ello, la enfermera debe ser capaz

de identificar las respuestas del paciente y reconocer las principales complicaciones que pudieran presentarse en el momento. Como consecuencia de la gran diversidad en los sistemas y planes de trabajo en enfermería, resulta necesario el establecimiento de líneas metodológicas que permitan la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE) con criterios unificados y homogéneos, encaminados a mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente, tomando en cuenta la importancia del perdido postquirúrgico.

El documento que se presenta, constituye el resultado de un trabajo para la elección de las intervenciones adecuadas en el área postanestésica, con el propósito de unificar la práctica enfermera, conformando un ejercicio profesional de mayor capacidad, que integre las mejores prácticas de atención al paciente. Se aborda la introducción donde se menciona el fenómeno de interés, seguido de la justificación donde se menciona la magnitud y los estudios relacionados, en seguida se estructura el objetivo general y los específicos, posteriormente se desarrolla el marco teórico en donde encontraremos varias definiciones de vital importancia para la comprensión del tema, incluyendo la norma oficial mexicana para la práctica de la anestesia, tipos de anestesia y la conformación y manejo del área postanestésica, posterior encontraremos los planes de cuidados con más puntuación de los artículos encontrados para el área, en la parte final cerramos con una pequeña conclusión, recomendaciones, las referencias bibliográficas, como anexos encontraremos algunas de las diferentes escalas para el uso en la valoración del alta del paciente en UCPA.

II. Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS), destaca que la calidad de atención de los servicios de atención de salud proporcionados a las personas y poblaciones, mejoran los resultados de salud deseados. Por lo cual es necesario resaltar que el tiempo de estancia no prolongado en la UCPA mejora la eficiencia operativa de estas unidades para reducir costos, aumentar el rendimiento quirúrgico y evitar efectos e indicadores negativos al tiempo que brinda servicios seguros y de alta calidad. Informa que el dolor debe ser manejado donde quiera que se encuentre a los pacientes y anticipar las necesidades para el manejo del dolor después de la cirugía y el alta. (OMS 2020)

De acuerdo con un artículo publicado en Chicago 2022, la Sociedad Americana de Enfermeras Anestelistas encontró que los factores que influyen en la estancia prolongada del paciente en la UCPA son diversos, entre ellos se encuentran: antecedentes personales o fisiológicos, el estado de salud preoperatorio del paciente, tipo de anestesia, tipo de cirugía recibida, estabilidad de signos vitales, aparición de síntomas postoperatorios; sin embargo, más del 30% de pacientes se asocia con mayor incidencia a los síntomas postoperatorios considerando entre los más comunes la aparición de náuseas, vómitos y dolor.

Un estudio realizado en España 2021, menciona que entre el 30-80 % de los pacientes experimentaron dolor postoperatorio agudo y severo horas después de la cirugía a pesar de un mejor conocimiento fisiopatológico, uso de nuevas técnicas y analgesia (Motes, 2021). En líneas generales un estudio realizado en Boston (2021), también manifiesta que después de la extubación profunda, el 4,3% de los pacientes (13/300) experimentaron desaturación en la UCPA. Cada episodio fue notablemente menor, y los pacientes volvieron a los niveles normales de saturación en un minuto. (Córdoba, 2021)

Según un estudio realizado en Los Estados Unidos de América 2019, formula que las náuseas y los vómitos post operatorios siguen siendo uno de los efectos secundarios más comunes de la anestesia, afectando hasta al 80 % de los pacientes de alto riesgo en las primeras horas después de la cirugía. Por lo tanto, la mayoría de las medidas o indicadores utilizados para evaluar la calidad de la recuperación de la anestesia están relacionadas con la percepción de los profesionales de la salud más que con la percepción de los pacientes. Esto ha dado lugar a medidas que se centran en variables de resultado como vómitos, temblores, náuseas, tiempo despierto y dolor. (Luckowski, 2019)

Un estudio realizado en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo, de los años 2018 al 2022 con un total de 1,218 pacientes en el cual se demostró que el 6 % presentaron complicaciones posanestésicas, de los cuales 17 pacientes presentaron náuseas y vomito, 22 presentaron dolor agudo, 17 hipotensión y 7 presentaron complicaciones vasculares. (Villalobos Maldonado, 2023). En 2018 se publica un artículo que estudio la gestión del cuidado de enfermería en un postoperatorio inmediato, se encontró que el 75% del personal de enfermería que es encargado de esta área realiza varios roles y no se cumple con la normativa de seguridad el paciente y no se disponen de escalas para valorar al paciente, la mayoría de los profesionales encuestados concluye que es oportuno contar con un instrumento guía para la atención del paciente. (Gualán Morocho, 2018)

Por consiguiente, según Pozo en 2020, menciona “que para que el paciente tenga el alta de la UCPA debe cumplir una serie de criterios, esto con el fin de garantizar una adecuada estabilidad hemodinámica y niveles de consciencia adecuados para reducir la probabilidad de complicaciones” por este motivo se deberían de cumplir la mayoría de los criterios de evaluación para el alta que maneje la unidad. Luckowski en 2019 manifiesta que “las enfermeras de la UCPA ofrecen cuidados a pacientes en el período postoperatorio inmediato, cuando corren el mayor riesgo de complicaciones respiratorias y cardiovasculares durante la recuperación de la intervención quirúrgica y la anestesia”.

III. Objetivos

3.1 Objetivo general

Proponer un plan de cuidados de enfermería estandarizado a pacientes en la unidad de cuidados posanestésicos.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Recopilar diagnósticos enfermeros enfocados en las complicaciones que presenta el paciente en el área de recuperación postanestésica.

3.2.2 Establecer intervenciones de enfermería para corregir las necesidades de los pacientes, con fundamentación científica.

3.2.3 Plantear resultados posibles esperados a la realización de las intervenciones.

IV. Marco Teórico

En el lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados de enfermería menciona que la estandarización de los cuidados de enfermería, y la institucionalización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) incorporan el uso de sistemas estandarizados para identificar el estado de salud o los problemas del individuo, familia o comunidad que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades independientes de enfermería. Estas acciones son elementos que la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud ha impulsado como garantía de calidad para los pacientes atendidos en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

En 1863, Florence Nightingale escribió sobre la utilidad de unidades especiales para después de las cirugías. Y no fue hasta 1923 cuando, en el Hospital John Hopkins, se creó la primera unidad de reanimación postanestésica.

4.1 Enfermería

En la teoría de la Enfermería Transcultural de Madeleine Leininger define la enfermería como ciencia del cuidado basado en: el diagnóstico de las respuestas humanas, el estado de salud y enfermedad y en la aplicación de intervenciones considerando el contexto cultural en el que se desarrolla.

4.2 Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

Alfaro (1998), define el Proceso Enfermero (PE) como “un método sistematizado para brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos, de forma eficiente”. Por otro lado, el PE se considera también como el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el cual los profesionales de enfermería utilizan sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente de los problemas reales o potenciales de la salud (Reina, 2010). Ramírez en 2016 menciona las siguientes

características del PE: método, sistemático, humanístico, intencionado, dinámico, flexible e interactivo.

El Proceso Enfermero ha evolucionado en un proceso de 5 etapas coherentes con la finalidad de brindar cuidados organizados para ayudar a mejorar la salud del ser humano, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) dieron lugar a un proceso completo de cinco fases que actualmente se utiliza en varios lugares del mundo (Gallego et al., 2015) las cuales son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

La Valoración es necesaria para obtener los datos objetivos y subjetivos del paciente, realización de evaluaciones cefalocaudal, aparatos y sistemas de acuerdo a la fisiopatología del paciente, el diagnóstico se busca de acuerdo a los datos obtenidos los problemas de salud y así encontrar un diagnóstico adecuado, en la planeación se diseña un plan de cuidados personalizado e individualizado o a un grupo en específico, posterior la ejecución donde se pone en práctica los cuidados e intervenciones en el paciente o grupo y por último la evaluación: se evalúan los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos planteados

4.3 Tipos de planes de cuidado

Se encuentran 4 tipos de Planes de Cuidado Estandarizados como lo son el individualizado que permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar, el estandarizado y según Meyers, es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”, estandarizado con modificaciones para lograr la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería, computarizado el cual requiere la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

4.4 Etapas del Plan de Cuidados Estandarizado

4.4.1 Determinación del problema

Identificar el problema de salud, proceso vital o manejo terapéutico prevalente, dirigido al individuo, familia o comunidad para definir el PLACE a desarrollar.

4.4.2 Construcción del diagnóstico de enfermería

Es el juicio sobre las respuestas humanas de problemas de salud, proceso vital o manejo terapéutico que pueden ser de tipo fisiológico, de percepción, de sentimientos y de conductas.

Para la elaboración del diagnóstico de enfermería se deben contar con habilidades en la observación, experiencia en el ámbito, conocimiento sobre el proceso diagnóstico, para una recolección de datos e interpretación correcta; tomando en cuenta las fases de análisis, síntesis y registro del diagnóstico como puede ser real, de riesgo, de salud o bienestar y/o de síndrome.

4.4.3 Selección de resultados

Los resultados representan los estados, conductas o percepciones del individuo, familia o comunidad ante la intervención del profesional de enfermería; sirviendo para juzgar el éxito de una intervención de enfermería determinada, se debe considerar: las características definitorias y factores relacionados, existiendo criterios para estructurar los resultados como lo son: establecer prioridades de las respuestas humanas y/o problema identificado y determinar objetivos esperados en un tiempo determinado

4.4.4 Selección de intervenciones

Las intervenciones son los tratamientos basados en el criterio y el conocimiento clínico que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados de la persona, familia o comunidad para alcanzar objetivos, aumentar la salud y van dirigidas a actuar sobre los factores relacionados y tras veces en las características definitorias.

Las intervenciones pueden dividirse en independientes e interdependientes, subdividiéndose a su vez en diagnósticas, terapéuticas, de enseñanza y preventivas.

4.5 Taxonomías para el cuidado de enfermería NANDA, NOC y NIC

La utilización de las taxonomías NANDA, NIC y NOC facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como, un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones.

4.5.1 North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

La NANDA proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales.

4.5.2 Nursing Outcomes Classification NOC

La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición.

4.5.3 Nursing Interventions Classification NIC

La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado.

4.6 Norma Oficial Mexicana para la práctica de la anestesiología NOM-006-SSA3-2011

La norma menciona como significado de anestesiología a una rama de la medicina que, a través de la aplicación de técnicas específicas y la administración de sustancias farmacológicas, se provoca: anestesia, analgesia, inmovilidad, amnesia e inconsciencia del paciente, durante el tiempo que se requiera para que se lleven a cabo procedimientos médico-quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación. Es necesario considerar al cuidado peri-anestésico como un proceso que abarca las etapas: pre, trans y post-anestésica; que requieren documentarse para identificar en cada una de éstas, la participación integral del médico anestesiólogo con el equipo multidisciplinario en la toma de decisiones para cada caso.

4.6.1 Lineamientos para el cuidado post-anestésico quirúrgico

Los cuidados post-anestésicos, como la serie de acciones que se llevan a cabo para la vigilancia y corrección de los parámetros clínicos, con el propósito de mantener la estabilidad del paciente durante el proceso de recuperación de la anestesia; de manera textual nos menciona los siguientes lineamientos de cuidado post-anestésico quirúrgico.

- Antes de iniciar la anestesia, se deberá conocer la historia clínica del paciente y haber consultado la nota pre-anestésica, asimismo, se deberán vigilar los siguientes aspectos:
- Al ingreso del paciente y antes de iniciar la anestesia, el anestesiólogo podrá elaborar un reporte de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, en su caso, podrá utilizar la lista de verificación de la Organización Mundial de la Salud para dicho propósito.
- Oxigenación:
- Todo paciente que reciba un procedimiento anestésico, deberá recibir en su caso, oxígeno suplementario
- Las máquinas de anestesia deben contar con sistemas de seguridad para evitar la administración de mezcla de gases que cause hipoxia
- Utilizar equipos con sistemas que eviten concentraciones erróneas, originadas en las fuentes de gases
- Verificar el adecuado funcionamiento de las alarmas y mantenerlas activas
- En todo el procedimiento anestésico, el médico anestesiólogo vigilará clínicamente la coloración y el llenado capilar, apoyado por la oximetría de pulso.
- Vía aérea y ventilación:
- Será necesario vigilar y mantener la permeabilidad de la vía aérea y la ventilación pulmonar;
- El anestesiólogo, vigilará clínicamente los parámetros ventilatorios y será recomendable el uso de capnografía y capnometría, en todo procedimiento de anestesia general;

- Cuando se utilice ventilación mecánica, deberá emplearse monitoreo con alarmas audibles que detecten alteraciones de la presión del circuito respiratorio.
- Función cardiovascular:
- El anestesiólogo, vigilará clínicamente las características del pulso periférico y el ritmo cardíaco, auxiliándose con electrocardiografía continua;
- La presión arterial se medirá y registrará en periodos no mayores de cinco minutos en todos los casos y con mayor frecuencia, si las condiciones clínicas del paciente así lo requieren.
- Temperatura:
- Se medirá la temperatura del paciente en intervalos frecuentes, a criterio del médico tratante.
- Profundidad de la anestesia:
- Se recomienda medir a través del índice bispectral.
- Función neuromuscular:
- En el caso de utilizar relajantes musculares, se recomienda el empleo de un estimulador de nervios periféricos.
- La supervisión médica en general y la coordinación del cuidado del paciente en esta área, será responsabilidad tanto del anestesiólogo como del cirujano. Traslado del paciente hacia el área de recuperación post-anestésica-quirúrgica.
- Antes de egresar al paciente de la sala de operaciones, el anestesiólogo podrá elaborar un reporte de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, en su caso, podrá utilizar la lista de verificación de la Organización Mundial de la Salud para dicho propósito.
- El anestesiólogo y el cirujano, con base en el estado clínico del paciente, determinarán el momento de su traslado y lo acompañarán al área de recuperación post-anestésica-quirúrgica, una vez que se cumplan los criterios siguientes:

- Que el evento quirúrgico anestésico haya concluido;
- Deberá verificarse que no haya evidencia de sangrado activo anormal;
- Haber extubado al paciente en caso de anestesia general y no tener datos de insuficiencia respiratoria. Es aceptable el apoyo de la vía aérea con cánula orofaríngea
- Los datos clínicos de coloración y circulación periférica, así como los de la oximetría de pulso, deben encontrarse en límites normales, de acuerdo con las condiciones previas del paciente;
- Los signos vitales deben ser estables y mantenerse dentro de los límites normales, tomando en cuenta el estado físico-clínico en el que se encontraba el paciente, antes del procedimiento anestésico-quirúrgico;
- Tener instalada y funcionando cuando menos una venoclisis;
- En caso de haber colocado catéteres, accesos vasculares o drenajes, éstos deberán estar fijos y funcionando;
- Contar con hoja de registro anestésico, con información adecuada y suficiente;
- Que el estado del paciente se encuentre en condiciones aceptables, evaluadas mediante la calificación de ALDRETE, tomando en cuenta el estado físico-clínico en el que se encontraba el paciente, antes del procedimiento anestésico-quirúrgico.
- Cuando se han cumplido todos los criterios mencionados anteriormente, el paciente está en posibilidad de ser trasladado hacia el área de recuperación post-anestésica-quirúrgica. El médico anestesiólogo, de acuerdo con el cirujano, determinarán el momento oportuno para dicho traslado.
- En su caso, cuando no se cumplan los criterios señalados en el numeral 12.3.1 y correlativos, el cirujano y el anestesiólogo tratantes, deberán evaluar, indicar y vigilar el traslado del paciente a una unidad de cuidados intensivos, dónde deberá ser presentado y entregado directamente al personal médico correspondiente.

- Recepción del paciente quirúrgico en el área de recuperación.
- El paciente transportado al área de recuperación, deberá contar con la hoja de registro anestésico y su expediente clínico;
- El médico anestesiólogo deberá indicar y vigilar los cuidados inmediatos y el monitoreo que amerite el paciente;
- Es imprescindible que, en el área de recuperación post-anestésica-quirúrgica, un médico anestesiólogo supervise que el paciente se encuentre bajo vigilancia continua de personal técnico capacitado en el manejo de la recuperación post-quirúrgica inmediata, el tratamiento de las complicaciones que se presenten y en reanimación cardiopulmonar.
- Durante el periodo post-anestésico, el anestesiólogo asignado al área de recuperación post-anestésica-quirúrgica deberá:
 - Evaluar al paciente, tanto al ingreso, como al egreso del área.
 - Proporcionar los cuidados necesarios para una adecuada oxigenación, así como para el control y preservación de los signos vitales;
 - Supervisar la elaboración de una tabla de signos vitales y de nivel de consciencia;
 - Indicar por escrito los fármacos y medicamentos, dosis y cuidados que se deben proporcionar al paciente.
- La nota post-anestésica la elaborará el médico que administró la anestesia y debe contener los datos siguientes:
 - Técnica anestésica utilizada;
 - Fármacos y medicamentos administrados;
 - Duración de la anestesia;
 - Contingencias, accidentes e incidentes atribuibles a la anestesia;
 - Balance hídrico;
 - Estado clínico del paciente a su egreso del quirófano;

- Plan de manejo y tratamiento inmediato, incluyendo protocolo de analgesia y control de signos y síntomas asociados a la anestesia.
- El anestesiólogo deberá firmar la nota de alta o egreso del área de recuperación, considerando la calificación de ALDRETE.
- Algunos pacientes pueden egresar directamente del quirófano a su cama, siempre y cuando, no requieran de los cuidados del área de recuperación post-anestésica-quirúrgica, a criterio del médico anestesiólogo a cargo y de acuerdo con el cirujano.
- Los procedimientos de enfermería se deberán realizar en estricto apego a las indicaciones que establezca el médico anestesiólogo responsable del paciente.
- El traslado del paciente, en caso de referencia o contrarreferencia, se realizará en apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

4.7 Criterios de alta de la UCPA

Los criterios esenciales se integran entre 3 grupos que se mencionan a continuación; Constantes vitales como lo son hipoxia, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, disnea, presencia de arritmias, tensión arterial, ETO₂ y taquicardia. El estado neurológico vigilando el estado de alerta, estado de conciencia, nivel de sedación, reactividad y tamaño pupilar y los signos de efectos adversos de la anestesia entre los cuales podemos encontrar entrada y salida de líquidos, náuseas, dolor, retención urinaria postoperatoria, temperatura, vómitos, diuresis, coordinación y estado funcional.

4.8 Escalas funcionales en la UCPA

Escala de BROMAGE. Herramienta utilizada para evaluar la calidad del bloqueo motor después de la administración de anestesia epidural o espinal. Evalúa la capacidad del paciente para mover las piernas, ver anexo 1. (Sotaquirá et al., 2017)

Escala de COMA DE GLASGOW Según Urden, Stacy y Lough (2018), se usa en casos de pacientes que pueden haber experimentado cambios en su nivel de conciencia después de la cirugía. Evalúa la apertura de ojos, la respuesta verbal y la respuesta motora, ver Anexo2.

Escala de RAMSAY HUNT. Utilizada para medir el nivel de sedación. Mide desde la agitación extrema (nivel 1) hasta la sedación profunda (nivel 6). Nos sirve para ver si un paciente ha experimentado efectos residuales de la anestesia y cuando es seguro darles el alta de la UCPA, ver anexo 3. (MSD Manual Professional Edition, s. f.)

Test de ALDRETE. Es una herramienta utilizada para la recuperación postanestésica de los pacientes que han sido sometidos a cirugía o procedimientos bajo anestesia general o regional. Se utiliza para valorar la capacidad del paciente para ser dado de alta de la sala de recuperación y ser trasladado a una unidad de cuidados postoperatorios o a su habitación. Los 5 criterios evaluados son los siguientes: Actividad muscular, respiración, circulación, conciencia y oxigenación, ver anexo 4. (MSD Manual Professional Edition, s. f.)

Escala de puntuación de NAÚSEAS Y VÓMITOS. Ayuda a determinar la gravedad y si se requieren medidas adicionales para controlar estos síntomas, ver anexo 5. (MSD Manual Professional Edition, s. f.)

Escala de valoración del DOLOR. Se utiliza para medir la intensidad del dolor que experimenta el paciente después de la cirugía. Pueden valorar su dolor o bien mediante la escala numérica o utilizar una escala visual analógica (EVA) para comunicar la intensidad del dolor, ver anexo 6. (MSD Manual Professional Edition, s. f.).

V. Metodología

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, con diseño descriptivo y de tipo aplicado, orientado a la elaboración de un plan de cuidados estandarizado de enfermería en la Unidad de Cuidados Posanestésicos (UCPA). Esta metodología permitió comprender y sistematizar las necesidades de atención que presentan los pacientes en el periodo de recuperación postanestésica, así como estandarizar las intervenciones de enfermería en base a diagnósticos clínicos y patrones de respuesta.

5.1 Procedimiento

Se realizó una serie de búsqueda de artículos relacionados con el área de cuidados posanestésicos y planes de cuidados estandarizados en las diferentes plataformas de artículos para el área de la salud, a partir del análisis, lectura y búsqueda de la información recolectada, se priorizaron los diagnósticos de enfermería más frecuentes que mencionan los diversos autores, utilizando la taxonomía NANDA-I. Posteriormente, se definieron las intervenciones tomando en cuenta los signos y síntomas más comunes que se encontraron por anestesia aplicada de acuerdo con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados concordando con la etiología de la manifestación esperados según la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Todo el plan fue diseñado con enfoque centrado en el paciente, promoviendo la seguridad, eficiencia y continuidad del cuidado durante la fase crítica de recuperación postanestésica (tabla 1)

Tabla 1 <i>Ponderación de diagnósticos</i>											
Autor 1	Autor 2	Autor 3	Autor 4	Autor 5	Autor 6	Autor 7	Autor 8	Autor 9	Autor 10	Autor 11	Ponderación
Pérez, Z.A. et al., 2008	Ainahuano, 2020	Guacho, 2021	Medina, 2023	BeltranA. et al., 2022	Mora, A. E. 2024	Pestana, 2018	Núñez, et al. 2007	Roca, 2023	Hernández. G, et al 2023	Sanchez.M et al 2021	
Temor										Temor	2
Riesgo de infección	Riesgo de infección		Riesgo de infección	Riesgo de infección	Riesgo de infección	Riesgo de infección	Riesgo de infección		Riesgo de infección	Riesgo de infección	9
Dolor agudo		Dolor agudo		Dolor Agudo	Dolor Agudo	Dolor agudo	Dolor agudo			Dolor Agudo	7
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos		Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos									2
Déficit de autocuidado: Baño/Higiene											1

Riesgo de náuseas	Náuseas									Náuseas	3
Deterioro de la movilidad física						Deterioro de la movilidad física		Deterioro de la Movilidad Física			3
	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea										1
		Riesgo de desequilibrio perioperatoria									1
			Hipotermia				Hipotermia		Hipotermia		3
			Disminución del gasto cardíaco								1
			Ansiedad				Ansiedad		Ansiedad	Ansiedad	4

			Patrón respiratorio ineficaz			Patrón respiratorio ineficaz	Patrón respiratorio ineficaz				3
			Limpieza ineficaz de la vía aérea								1
			Intolerancia a la actividad								1
				Discomfort				Discomfort			2
					Déficit de conocimiento						1
							Riesgo de aspiración	Riesgo de aspiración	Riesgo de aspiración		3
										Deterioro del intercambio de gases	1

5.2 Resultados

De acuerdo a la búsqueda intencionada de 11 artículos relacionados con diagnósticos enfermeros en la UCPA y la realización de la ponderación por autor, se encontraron 19 diagnósticos aplicados, 8 destacaron en frecuencia y posteriormente se encuentra el desarrollo individual de cada uno realizando el plan de cuidados.

- Riesgo de infección (47.3%)
- Dolor agudo (36.8%),
- Ansiedad (21%)
- Patrón respiratorio ineficaz (15.7%)
- Nauseas (15.7%)
- Hipotermia (15.7%)
- Deterioro de la movilidad física (15.7%)
- Riesgo de aspiración (15.7%)

Tabla 2 <i>Plan de Cuidados Estandarizado #1</i>						
Necesidad 09 Patrón 06	Dominio 12	Clase 01	Resultado	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
00132 Dolor agudo (Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve agrave con un final anticipado o breve) Factores relacionados Agentes biológicos lesivos, agentes lesivos físicos. Características definitorias Autoinformes de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas, cambio en parámetros fisiológicos, conductas expresivas, diaforesis, expresión facial, postura para evitar el dolor			1605 control de dolor 2102 nivel del dolor 2103 severidad de los síntomas	❖ Reconoce factores causales ❖ Reconoce comienzo del dolor ❖ Reconoce síntomas asociados al dolor ❖ Utiliza medidas de control no analgésicas. ❖ Dolor referido ❖ Duración de los episodios del dolor ❖ Inquietud tensión muscular ❖ Irritabilidad ❖ nauseas ❖ Intensidad del síntoma ❖ Disconfort asociado ❖ temor asociado ❖ ansiedad asociada ❖ deterioro del estado de animo ❖ Falta de sueño	1. Nunca demostrado 2. A veces demostrado 3. Casi siempre demostrado 4. Usualmente demostrado 5. Siempre demostrado 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener a: ____ Aumentar a: ____

Intervenciones	
(2210) Administración de analgésicos	(1400) Manejo del dolor
❖ Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente ❖ Comprobar las ordenes medicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico ❖ Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno ❖ Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los medicamentos ❖ Administrar analgésicos en la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso	❖ Utilizar estrategias de comunicaciones terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación del paciente a su entorno. ❖ Explorar con el paciente los fármacos que ayudan o empeoran el dolor ❖ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. ❖ Observar signos no verbales de molestias ❖ Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes ❖ Considerar las influencias culturales sobre la respuesta del dolor. ❖ Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control de dolor que se hayan utilizado ❖ Utilizar un método de valoración adecuado según el nivel de desarrollo que permita seguimiento de los cambios de dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales

Intervenciones	
(6482) Manejo ambiental: confort	
❖ Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible. ❖ Colocar al paciente de forma que se le facilite la comodidad (utilizando los principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo a las articulaciones durante el movimiento, férulas para la parte dolorosa del cuerpo). ❖ Determinar las fuentes de incomodidad ❖ Evitar exposiciones innecesarias ❖ Crear un ambiente tranquilo y de apoyo ❖ Proporcionar un ambiente limpio y seguro	

Referencias bibliográficas
1 Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2024). Clasificación de los resultados de enfermería NOC (7ª ed.). Elsevier Mosby. 2 McCloskey, D., & Bulechek, G. M. (2024). Clasificación de intervenciones de enfermería NIC (7ª ed.). Elsevier Mosby. 3 NANDA International. (204-2026). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Elsevier.

Tabla 3

Plan de Cuidados Estandarizado #2

Plan de Cuidados Estandarizado #2

[illegible]

Intervenciones	
(3350) Monitorización respiratoria.	(3140) Manejo de la vía aérea
❖ Vigilar la frecuencia ritmo y profundidad y esfuerzo de las respiraciones ❖ Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. ❖ Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor y ronquidos ❖ Monitorizar los patrones respiratorios ❖ Monitorizar los niveles de saturación ❖ Aplicar los sensores de oxígeno continuos no invasivos ❖ Realizar percusión ❖ Observar si hay fatiga muscular diafragmática ❖ Monitorizar la presencia de crepitaciones ❖ Colocar al paciente en decúbito lateral para evitar la aspiración ❖ Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulización, si es necesario)	❖ Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o pulsión mandibular, según corresponda ❖ Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación ❖ Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de las vías áreas ❖ Realizar fisioterapia torácica, si está indicado ❖ Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante la succión ❖ Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos ❖ Administración de broncodilatadores ❖ Administrar tratamientos con aerosol ❖ Realizar aspiración endotraqueal o nasotraqueal, según corresponda

Intervenciones	
(3160) Aspiración de las vías aéreas	(3320) Oxigenoterapia
❖ Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal ❖ Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración ❖ Usar precauciones universales ❖ Enseñar al paciente a realizar varias respiraciones profundas antes de la succión nasotraqueal y utilizar oxígeno suplementario, según corresponda ❖ Utilizar mínima cantidad de aspirador, cuando se utilice un aspirador de pared ❖ Monitorizar la presencia del dolor ❖ Usar equipo de protección personal ❖ Realizar el lavado de manos Controlar y observar el color cantidad y consistencia de secreciones	❖ Mantener la permeabilidad de las vías aéreas ❖ Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado ❖ Administrar oxígeno suplementario según ordenes ❖ Vigilar el flujo de oxígeno ❖ Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita ❖ Controlar la eficacia de la oxigenoterapia Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno

Referencias bibliográficas
1 Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2024). Clasificación de los resultados de enfermería NOC (7ª ed.). Elsevier Mosby. 2 McCloskey, D., & Bulechek, G. M. (2024). Clasificación de intervenciones de enfermería NIC (7ª ed.). Elsevier Mosby. 3 NANDA International. (204-2026). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Elsevier.

TABLA 4

Plan de Cuidados Estandarizado #3

Necesidad O2 Clase01	Patrón 02	Dominio12	Resultado	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Etiqueta diagnostica			1618 Control de náuseas y vómitos	❖ Reconoce el inicio de las náuseas-	1. Nunca demostrad	Mantener a: ____
00134Nauseas				❖ Describe factores causales	2. A veces demostrado	
(Fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a los vómitos)				❖ Utiliza medidas preventivas	3. Casi siempre demostrado	Aumentar a: ____
Factores relacionados				❖ Utilización de medidas antieméticas	4. Usualmente demostrado	
Régimen terapéutico, temor, ansiedad, disfunción bioquímica, exposición a toxinas					5. Siempre demostrado	
Características definitorias						
Aumento de la salivación, náuseas, sabor amargo y sensación de nauseas			2107 Severidad de las náuseas y vómitos	❖ Frecuencia de las nauseas	1. Grave	
				❖ Severidad de las nauseas	2. Sustancial	
				❖ Pirosis dolor gástrico	3. Moderado	
					4. Leve	
					5. Ninguno	

Intervenciones	
1450 Manejo de las Nauseas	1570 Manejo del vomito
❖ Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las nauseas ❖ Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, duración intensidad y los factores desencadenantes. ❖ Observar si hay manifestaciones no verbales de molestias ❖ Identificar los factores ❖ Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible. ❖ Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas. Monitorizar los efectos del tratamiento de las náuseas en todo momento	❖ Medir o estimar el volumen total de la emesis ❖ Conseguir un historial completo previo al tratamiento ❖ Identificar los factores que pueden causar o contribuir al vomito ❖ Controlar los factores ambientales que puedan evocar el vomito ❖ Proporcionar apoyo físico ❖ Demostrar aceptación del vomito y colaborar con la persona a elegir una estrategia de control de vomito ❖ Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz ❖ Fomentar el descanso Controlar el equilibrio electrolítico

Referencias bibliográficas
1 Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2024). Clasificación de los resultados de enfermería NOC (7ª ed.). Elsevier Mosby.
2 McCloskey, D., & Bulechek, G. M. (2024). Clasificación de intervenciones de enfermería NIC (7ª ed.). Elsevier Mosby.
3 NANDA International. (204-2026). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Elsevier.

Plan de Cuidados Estandarizado #4

Plan de Cuidados Estandarizado #4				
Necesidad 09 Patrón01 Dominio 11 Clase 01	Resultado	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Etiqueta diagnostica 00004 Riesgo de infección (Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud)	2305 Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato	❖ Vía aérea permeable ❖ Nivel de conciencia ❖ Dolor ❖ Sangrado ❖ Drenado de los drenajes/tubos de la herida	Desviación grave del rango normal. 2.Desviación sustancial del rango normal. 3.Desviación moderada del rango normal 4.Desviación leve del rango normal. 5.Sin desviación del rango normal.	Mantener a: ____ Aumentar a: ____
Factores relacionados Alteración de la integridad de la piel, retención de fluidos corporales, conocimiento insuficiente para evitar la exposición a patógenos y procedimiento invasivo	1902 control del riesgo	❖ Reconoce factores de riesgo personales ❖ Se compromete a estrategias de control del riesgo ❖ Reconoce cambios generales en el estado de salud ❖ Identifica factores de riesgo ❖ Controla factores de riesgo ambientales	1.Nunca demostrad 2.A veces demostrado 3.Casi siempre demostrado 4.Usualmente demostrado 5.Siempre demostrado	

Intervenciones	
3340 Cuidados del sitio de incisión	6550 Vigilancia
❖ Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. ❖ Observar características de cualquier drenaje ❖ Observar si hay signos y síntomas de infección en el sitio de incisión ❖ Mantener la posición de cualquier tubo o drenaje ❖ Instruir al paciente de la forma de cuidar la incisión durante el baño ❖ Enseñar al paciente a cuidar la incisión, incluido los signos y síntomas de infección	❖ Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada ❖ Observar la vulnerabilidad del paciente a infecciones ❖ Mantener la asepsia para el paciente de riesgo ❖ Inspeccionar la presencia de eritema, calor extremo o exudados en la piel y mucosas ❖ Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar ❖ Utilizar antibióticos con sensatez

Intervenciones	
2870 Cuidados postanestesia	
❖ Revisar las alergias al paciente ❖ Comprobar oxigenación ❖ Obtener un informe de la enfermera de quirófano y del anestesista ❖ Vigilar y registrar los signos vitales cada 15 minutos ❖ Controlar la temperatura ❖ Vigilar diuresis ❖ Administración de antieméticos ❖ Controlar el retorno de la función sensorial ❖ Comprobar el estado actual con el estado anterior para detectar mejorías o deterioros en el estado de salud del paciente	

Referencias bibliográficas
1 Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2024). Clasificación de los resultados de enfermería NOC (7ª ed.). Elsevier Mosby. 2 McCloskey, D., & Bulechek, G. M. (2024). Clasificación de intervenciones de enfermería NIC (7ª ed.). Elsevier Mosby. 3 NANDA International. (204-2026). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Elsevier.

TABLA 6*Plan de Cuidados Estandarizado #5*

Necesidad O7 Patrón02 Dominio 11 Clase 02	Resultado	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Etiqueta diagnóstica 00006 Hipotermia (Temperatura corporal central inferior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación)	800 Termorregulación	❖ Cambios de coloración cutánea ❖ Tiritona con el frío ❖ Comodidad térmica referida ❖ Hipotermia	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener a: ____
Factores relacionados Aumento de la demanda de oxígeno, disminución de la tasa metabólica, edades extremas, temperatura ambiental baja, transferencia de calor, traumatismos	0407 Perfusión tisular: periférica	❖ Llenado capilar de los dedos de las manos y pies ❖ Presión sanguínea ❖ Hormigueo ❖ Palidez ❖ Debilidad muscular	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Aumentar a: ____
Características definitorias Aumento del consumo de oxígeno, aumento de la tasa metabólica, cianosis distal, escalofríos, hipertensión, hipoglucemia, piel fría al tacto,				

piloerección, relleno capilar lento, vasoconstricción periférica				
--	--	--	--	--

Intervenciones	
(3900) Regulación de la temperatura	3800 Tratamiento de la hipotermia
❖ Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura continuo ❖ Observar el color y la temperatura de la piel ❖ Observar signos y síntomas de la hipotermia ❖ Explicar los indicios de hipotermia y el tratamiento de urgencia adecuado ❖ Utilizar un colchón de calentamiento ❖ Ajustar la temperatura ambiental Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos	❖ Apartar al paciente del ambiente frío ❖ Retirar la ropa fría y húmeda del paciente ❖ Minimizar la estimulación del paciente ❖ Aplicar recalentamiento pasivo ❖ Aplicar recalentamiento externo activo ❖ Evitar el recalentamiento externo activo en pacientes con hipotermia grave ❖ Administrar medicamentos con precaución ❖ Identificar los factores médicos, ambientales y de otro tipo que puedan precipitar la hipotermia

Intervenciones	
33902) Regulación de la temperatura: perioperatoria	(4150) Regulación hemodinámica
❖ Identificar factores del riesgo de paciente para experimentar anomalías de la temperatura corporal ❖ Ajustar la temperatura ambiente para minimizar el riesgo de hipotermia ❖ Minimizar la exposición de pacientes, cuando sea posible ❖ Calentar los líquidos ❖ Asegurarse de que la temperatura corporal es adecuada hasta que el paciente este despierto y alerta	❖ Realizar valoración exhaustiva del estado hemodinámico ❖ Utilizar múltiples parámetros para determinar el estado clínico del paciente ❖ Realizar exploraciones físicas frecuentes en las poblaciones de riesgo ❖ Instruir al paciente sobre la monitorización hemodinámica ❖ Explicar la finalidad de los cuidados y el modo en que se le medirán los progresos ❖ Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta indicativos de un compromiso hemodinámico ❖ Determinar el estado de perfusión

Referencias bibliográficas
1 Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2024). Clasificación de los resultados de enfermería NOC (7ª ed.). Elsevier Mosby. 2 McCloskey, D., & Bulechek, G. M. (2024). Clasificación de intervenciones de enfermería NIC (7ª ed.). Elsevier Mosby. 3 NANDA International. (204-2026). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Elsevier.

Plan de Cuidados Estandarizado #6

Plan de Cuidados Estandarizado #6

Intervenciones	
5820 Disminución de la ansiedad	5230 Mejorar el afrontamiento
❖ Utilizar un enfoque sereno de seguridad ❖ Explicar todos los procedimientos, incluidos las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento ❖ Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante ❖ Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico ❖ Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo ❖ Escuchar con atención ❖ Identificar cambios en el nivel de ansiedad	❖ Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr objetivo ❖ Alentar al paciente a encontrar una descripción al cambio realista. ❖ Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones ❖ Utilizar un enfoque sereno y tranquilizador ❖ Proporcionar un enfoque de aceptación ❖ Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento ❖ Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico ❖ Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento

Intervenciones	
5270 Apoyo emocional	
❖ Comentar la experiencia emocional con el paciente ❖ Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo ❖ Animar al paciente a reconocer y expresar sentimientos de ira, tristeza y ansiedad ❖ Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias ❖ Proporcionar ayuda en la toma de decisiones ❖ No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado	

Referencias bibliográficas
1 Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2024). Clasificación de los resultados de enfermería NOC (7ª ed.). Elsevier Mosby. 2 McCloskey, D., & Bulechek, G. M. (2024). Clasificación de intervenciones de enfermería NIC (7ª ed.). Elsevier Mosby. 3 NANDA International. (204-2026). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Elsevier.

TABLA 8 <i>Plan de Cuidados Estandarizado #7</i>				
Necesidad 04 Patrón 04 Dominio 04 Clase 02	Resultado	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Etiqueta diagnostica 00085 Deterioro de la movilidad física (Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades) Factores relacionados Agentes farmacológicos, alteración de la función cognitiva, deterioro musculoesquelético, deterioro neuromuscular, disminución de la fuerza muscular, dolor, intolerancia a la actividad. Características definitorias Disminución de las habilidades motoras finas y gruesas, disnea de esfuerzo, enlentecimiento del movimiento	2008 Movilidad	Mantenimiento de la posición corporal Movimiento muscular Movimiento articular coordinación Se mueve con facilidad	1. Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	Mantener a: ____ Aumentar a: ____

Intervenciones	
0740 Cuidados del paciente encamado	6490 Prevención de caídas
❖ Explicar las razones del reposo en cama ❖ Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada ❖ Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas ❖ Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas ❖ Subir barandillas ❖ Vigilar estado de la piel ❖ Ayudar con las medidas de higiene	❖ Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que pueden aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado ❖ Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas ❖ Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado ❖ Colocar la cama en la posición más baja ❖ Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas

Referencias bibliográficas
1 Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2024). Clasificación de los resultados de enfermería NOC (7ª ed.). Elsevier Mosby. 2 McCloskey, D., & Bulechek, G. M. (2024). Clasificación de intervenciones de enfermería NIC (7ª ed.). Elsevier Mosby. 3 NANDA International. (204-2026). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Elsevier.

Plan de Cuidados Estandarizado #8

Plan de Cuidados Estandarizado #8

Intervenciones	
3160 Aspiración de las vías aéreas	
Determinar la necesidad de aspiración oral o traqueal Auscultar los sonidos respiratorios Usar precauciones universales Monitorizar estado de saturación del paciente aspirar tráquea y/o orofaringe Controlar y observar color, cantidad y consistencia de las secreciones	

Referencias bibliográficas
1 Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2024). Clasificación de los resultados de enfermería NOC (7ª ed.). Elsevier Mosby. 2 McCloskey, D., & Bulechek, G. M. (2024). Clasificación de intervenciones de enfermería NIC (7ª ed.). Elsevier Mosby. 3 NANDA International. (204-2026). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Elsevier.

VI.- Conclusión

En conclusión, desde que se empezó a establecer la UCPA que es más que una unidad de observación, es de vital importancia ya que es pieza fundamental de cualquier organización quirúrgica, es única en su capacidad contando con personal especialidad en área para proporcionar cuidados a pacientes de cualquier edad, con cualquier patología, cualquiera sea la intervención quirúrgica realizada. Adaptándose el personal a todos los avances técnicos, médico-quirúrgicos, tecnológicos, legales; estando equipada para suplir las necesidades de un sistema de salud que está en constante desarrollo y evolución

Es una área con máximo grado de importancia ya que de los cuidados brindados al paciente y su buen funcionamiento, condicionan y dependen las unidades de ingreso hospitalario en piso y cuidados intensivos y el reingreso a quirófano, ya que si no es detectado un problema inmediato en el postoperatorio y el paciente aumenta su grado de severidad, llega a aumentar el coste humano y económico de las organizaciones y así se aumenta la morbi-mortalidad de los pacientes, por un cuidado postquirúrgico deficiente.

La enfermera quirúrgica dentro de su rol organizacional en el quirófano debería rotar el área de recuperación posanestésica, para aumentar la comprensión del cuidado perioperatorio para aumentar el nivel de cuidado con calidad y calidez brindado al paciente.

Es esencial que como personal de enfermería contemos con la capacidad de afrontar situaciones clínicas complejas y dinámica en la UCPA, estando alerta y observando datos objetivos y subjetivos para actuar de manera oportuna y precisa, ya que en varias ocasiones tenemos que tomar decisiones cruciales en ausencia de un anestesiólogo, y aunque trabajemos bajo cierto protocolos, tenemos que ser capaces de valorar al paciente y decidir sobre el cuidado que brindamos, incluso si ya está para el alta de la unidad, ya que marca la diferencia en este periodo crucial postoperatorio.

Existiendo evidencia firme de la aplicación de herramientas que nos ayuden a la evaluación del paciente el alta del área de recuperación posanestésica, cumpliendo con factores de alta.

VII.- Recomendaciones

- ❖ En cuanto al personal de enfermería de esta área se recomienda la constante actualización de conocimientos en la práctica clínica posanestésica
- ❖ Actualización y complementación de los PLACES vigentes la búsqueda y elaboración de diagnósticos, resultados e intervenciones cada vez más certeras y adecuadas en camino a resolver los problemas reales y potenciales que presente la comunidad o el individuo.
- ❖ Plasmar las intervenciones realizadas en las notas de enfermería que son un vehículo de información fidedigna, cualificada y legal sobre las intervenciones realizadas al paciente durante la estancia hospitalaria, además sirviendo de información de primera mano entre enfermería y aparte como constancia escrita para el paciente de la atención sanitaria brindada.
- ❖ Dar continuidad en la atención del paciente durante su estancia hospitalaria y después del alta son actividades propias de la enfermería.

VIII.Referencias bibliográficas

- American Association of Nurse Anesthesiology. (2021). Postanesthesia care practice considerations. [https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-\(all\)/professional-practicemanual/postanesthesia-care-practice-considerations.pdf?sfvrsn=677a6ac5_10](https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-(all)/professional-practicemanual/postanesthesia-care-practice-considerations.pdf?sfvrsn=677a6ac5_10)
- Castelo Branco Freire Cuba, T. M., Fassarella, C. S., Camerini, F. G., & de Mendonça Henrique, D. (2021). Incidence of respiratory depression in a postanesthesia care unit in patients undergoing anesthesia using opioids. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 36(1), 36–40. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-33268223>
- Ceballos, A., Velásquez, P., & Jaén, J. (2014). Duración de la estancia hospitalaria: metodologías para su intervención. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 274–295. <https://www.researchgate.net/publication/272791222>
- Corredor, C. M. (2021). Actuación de enfermería en la unidad de reanimación postanestésica (URPA). *Revista Electrónica de Portales Médicos*, 16(21), 978. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-33618995>
- Eslava, J., & Gaitán, H. (2019). Escala para medir la calidad de la recuperación postanestésica desde la perspectiva del usuario. *Revista de Salud Pública*, 8(1), 52–62. <https://www.redalyc.org/pdf/422/42280105.pdf>
- García Pérez, J., & Martínez López, A. (2017). Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. *Revista Internacional de Docencia de Enfermería*, 5(2), 45–58. Recuperado de Redalyc
- Gualán Morocho, E. I. (2018). Gestión del cuidado de enfermería a usuarios en el periodo postoperatorio inmediato en la unidad de cuidados postanestésicos (ucpa) del hospital básico Yantzaza. *Universidad UNIANDES*, 3-5.

- Juang, J., Cordoba, M., & Xiao, M. (2021). Cuidados post anestésicos en la sedación, intubación y extubación del paciente. *BMC Research Notes*, 14(1), 149. <https://bmcrsnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-021-05560-5>
- Leclerc, H., Montes, A., Monerris, M., Pérez, M., Del Río, S., & López, P. (2021). El problema no resuelto del dolor postoperatorio: análisis crítico y propuestas de mejora. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 28(3), 232–238. <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v28n4/1134-8046-dolor-28-04-00232.pdf>
- Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. National League for Nursing Press
- Luckowski, A. (2019). Prioridades en materia de seguridad en la unidad de cuidados post anestésicos. *Enfermería*, 36(6), 50–53. <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-prioridades-materia-seguridad-ucpa-S021253821930158X>
- McCloskey, D., & Bulechek, G. M. (2024). *Clasificación de intervenciones de enfermería NIC (7ª ed.)*. Elsevier Mosby.
- McNeill, M. M., & Steele, D. S. (2023). The perianesthesia nursing professional practice model. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 38(5), 681–684. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.05.009>
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2024). *Clasificación de los resultados de enfermería NOC (7ª ed.)*. Elsevier Mosby.
- MSD Manual Professional Edition. (s. f.). *The Ramsay Sedation Scale* [Tabla]. En *MSD Manual Professional Edition*. Recuperado de https://www.msdmanuals.com/professional/multimedia/table/the-ramsay-sedation-scale?utm_source=chatgpt.com
- NANDA International. (204-2026). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. Elsevier.
- Pin Mora, A. E. (2024). *Cuidados postquirúrgicos de enfermería en paciente pediátrico por apendicectomía* (Tesis de licenciatura, Universidad Técnica Estatal de Quevedo, Quevedo, Ecuador). Repositorio institucional UTEQ. <https://repositorio.uteq.edu.ec/handle/43000/7507>

- Rodríguez, E. M. (2023, noviembre). Papel de enfermería en el postoperatorio. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*, 21(13), 1044.
- Secretaría de Salud (México). Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; Dirección General de Calidad y Educación en Salud; Dirección de Enfermería. (2011). Lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados de enfermería. Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud.** (2012). *NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología*. Diario Oficial de la Federación.
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5242493&fecha=27/02/2012
- Sotaquirá, M., Torres, L., & Rodríguez, J. (2017). Evaluación del bloqueo motor con la escala de Bromage. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 45(3), 235–241.
<https://doi.org/10.1016/j.rca.2017.03.003>
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2018). *Cuidados intensivos de enfermería: Una guía holística* (7.ª ed.). Elsevier.
- Villalobos Maldonado, Y. (2023). Incidencia de las complicaciones postanestésicas en pacientes sometidos a anestesia general balanceada en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo. REPOSTORIO BIBLIOGRAFICO UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES, 5-7.
- Ward, B. F. (2022). The postanesthesia care unit nurse: What does it take to become an expert *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37(3), 416–417.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.02.008>
- Ward, B. F. (2023). The postanesthesia care unit nurse: What does it take to become an expert? *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 38(5), 416–417.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.07.009>
- World Health Organization. (2020). Post-operative pain management.
<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services->

[\(ihs\)/csy/surgical-care/imeesc-toolkit/best-practice-safety-protocols/post-operativepain-management.pdf](#)

IX.Apéndices

Tabla para ponderación de diagnósticos de enfermería

Ponderación de diagnósticos											
Autor 1	Autor 2	Autor 3	Autor 4	Autor 5	Autor 6	Autor 7	Autor 8	Autor 9	Autor 10	Autor 11	Ponderación
Pérez, Z.A. et al., 2008	Ainahuano, 2020	Guacho, 2021	Medina, 2023	Beltrán, et al., 2022	Mora, A. E. 2024	Pestana, 2018	Núñez, et al., 2007	Roca, 2023	Hernández, G. et al 2023	Sanchez, M. et al 2021	
Temor										Temor	2
Riesgo de infección	Riesgo de infección		Riesgo de infección	Riesgo de infección	Riesgo de infección	Riesgo de infección	Riesgo de infección		Riesgo de infección	Riesgo de infección	9
Dolor agudo		Dolor agudo		Dolor Agudo	Dolor Agudo	Dolor agudo	Dolor agudo			Dolor Agudo	7
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos		Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos									2
Déficit de autocuidado: Baño/Higiene											1

Riesgo de náuseas	Náuseas									Náuseas	3
Deterioro de la movilidad física						Deterioro de la movilidad física		Deterioro de la Movilidad Física			3
	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea										1
		Riesgo de desequilibrio perioperatorio									1
			Hipotermia				Hipotermia		Hipotermia		3
			Disminución del gasto cardíaco								1
			Ansiedad				Ansiedad		Ansiedad	Ansiedad	4

			Patrón respiratorio ineficaz			Patrón respiratorio ineficaz	Patrón respiratorio ineficaz				3
			Impieza ineficaz de la vía aérea								1
			Intolerancia a la actividad								1
				Disfagia				Disfagia			2
					Déficit de conocimiento						1
							Riesgo de aspiración	Riesgo de aspiración	Riesgo de aspiración		3
										Defecto del intercambio de gases	1

Tabla para plasmar PLACE

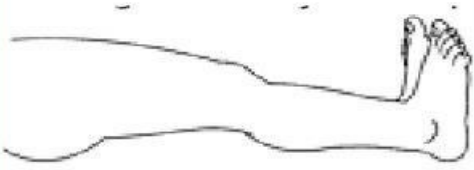
	Resultado	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana

Intervenciones

Referencias bibliográficas

--

ESCALA DE BROMAGE

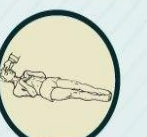
GRADO	CRITERIO	
I	LIBRE CIRCULACION DE LAS PIERNAS Y LOS PIES	
II	APENAS CAPAZ DE FLEXIONAR LAS RODILLAS CON LA LIBRE CIRCULACION DE LOS PIES PARCIALES	
III	NO PUEDE FLEXIONAR LAS RODILLAS, PERO CON LIBRE CIRCULACION DE LOS PIES.	
IV	NO SE PUEDE MOVER LAS PIERNAS O LOS PIES	

DR. PHILIP RAIKES BROMAGE

LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS): tipos de respuesta motora y su puntuación

ELSEVIER

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: **la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

OCULAR	4	3	2	1		
	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
						
VERBAL	5	4	3	2	1	
	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPREENSIBLES	NINGUNA RESPUESTA	
						
MOTORA	6	5	4	3	2	1
	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
						

(rigidez de

(rigidez de

Fue creada en 1974 por Bryan Jennett y Graham Teasdale, miembros del Instituto de Ciencias Neurológicas de la Universidad de Glasgow,

ESCALA DE ALDRETE

Tabla 40-3 Escala de Aldrete: recuperación postsedación*

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

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

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

ESCALA DE ALDRETE MODIFICADA (*)

Actividad	Capaz de mover 4 extremidades voluntariamente o a solicitud	2
	Capaz de mover 2 extremidades voluntariamente o a solicitud	1
	Incapaz de mover extremidades voluntariamente o a solicitud	0
Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser libremente	2
	Disnea o limitación de la respiración	1
	Apnea	0
Circulación	T.A +/- 20% del nivel preanestésico	2
	T.A +/- (20-49)% del nivel preanestésico	1
	T.A +/- 50% del nivel preanestésico	0
Conciencia	Completamente despierto	2
	Despertable al llamado	1
	No responde	0
Saturación O2	Capaz de mantener saturación de O2>92% respirando aire ambiente	2
	Necesita inhalar O2 para mantener saturación de O2>90%	1
	Saturación de O2<90% aún con O2 suplementario	0

* Modificada por e autor, J. Antonio Aldrete M:D.,MS. Destin, Florida. 1994

Valoración del estado de sedación del paciente ESCALA DE RAMSAY @Creative_Nurse		
NIVEL	CARACTERÍSTICAS	
1	 	Despierto, ansioso y agitado, no descansa
2	 	Despierto, cooperador, orientado y tranquilo
3	 	Dormido con respuesta a órdenes
4	  	Somnoliento con breves respuestas a la luz y el sonido
5	 	Dormido con respuesta sólo al dolor
6	   	Profundamente dormido sin respuesta a estímulos
1974 por el médico Michael Ramsay		

ANEXO 5

ESCALA SIMPLIFICADA DE APFEL			
Factores de riesgo de NVPO	Número de factores de riesgo	Riesgo de NVPO (%)	Grado de riesgo de NVPO
- Género femenino - Historia de NVPO / cinetosis - No fumador - Opioides postoperatorios	0	10	Muy bajo
	1	21	Bajo
	2	39	Moderado
	3	61	Alto
	4	79	Muy alto
Christian Apfel			

ANEXO 6



1921 por Hayes y Patterson.

Adilene Stephany Estrada Vázquez

Proceso de Enfermería Estandarizado a Pacientes en la Unidad de Cuidados Posanestésicos.pdf

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:491745430

Fecha de entrega

4 sep 2025, 1:22 p.m. GMT-6

Fecha de descarga

4 sep 2025, 1:57 p.m. GMT-6

Nombre del archivo

Proceso de Enfermería Estandarizado a Pacientes en la Unidad de Cuidados Posanestésicos.pdf

Tamaño del archivo

2.5 MB

61 páginas

9514 palabras

60.604 caracteres

23% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 23%  Fuentes de Internet
- 12%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Adilene Stephany Estrada Vázquez

Proceso de Enfermería Estandarizado a Pacientes en la Unidad de Cuidados Posanestésicos.pdf

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:491745430

Fecha de entrega

4 sep 2025, 1:22 p.m. GMT-6

Fecha de descarga

4 sep 2025, 1:55 p.m. GMT-6

Nombre del archivo

Proceso de Enfermería Estandarizado a Pacientes en la Unidad de Cuidados Posanestésicos.pdf

Tamaño del archivo

2.5 MB

61 páginas

9514 palabras

60.604 caracteres

35% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 35%  Fuentes de Internet
- 18%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Especialidad en Enfermería Quirúrgica	
Título del trabajo	Plan de Cuidados Estandarizado a Pacientes en la Unidad de Cuidados Postanestésicos	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	L. E. Adilene Stephany Estrada Vazquez	1131612b@umich.mx
Director	Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar	mayra.huerta@umich.mx
Codirector	Dra. Vanesa Jiménez Arroyo	vanesa.jimenez@umich.mx
Coordinador del programa	Alma Rosa Picazo Carranza	alma.picazo@umich.mx

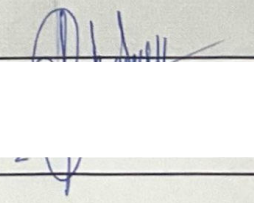
Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	si	Para la ayuda de parafraseo y redacción de ciertos textos

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	no	
Traducción a otra lengua	no	
Revisión y corrección de estilo	no	
Análisis de datos	no	
Búsqueda y organización de información	si	Se utilizo para buscar artículos donde tenía una cita bibliográfica, en el trabajo ya que se perdió el documento para otra revisión y obtener la bibliografía
Formateo de las referencias bibliográficas	si	Para referenciar algunos artículos que faltaban información para edición apa 7
Generación de contenido multimedia	no	
Otro	si	Ayuda en la redacción de agradecimiento

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Adilene Stephany Estrada Vázquez 
Lugar y fecha	Morelia, Michoacan 3 de septiembre del 2025