



**UNAM**  
**POSGRADO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA**

---

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**PLAN UNICO DE ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA  
ESPECIALIDAD ENFERMERIA PERIOPERATORIA**

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECILIZADA EN  
PERIOPERATORIA A UNA PERSONA CON TRAUMA AGUDO  
DE TÓRAX Y ABDOMEN, CON LA FILOSOFÍA PROPUESTA  
DE VIRGINIA HENDERSON**

**ESTUDIO DE CASO**

Que para obtener el grado de  
**Especialista en Enfermería Perioperatoria**

**P R E S E N T A**

**L.E.O. Alexis Eduardo Ayala Meza**

**ASESORA**

**EEQ. Miriam Laura García Domínguez**



**Ciudad de México, 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNAM**  
**POSGRADO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**PLAN UNICO DE ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA  
ESPECIALIDAD ENFERMERIA PERIOPERATORIA**

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECILIZADA EN  
PERIOPERATORIA A UNA PERSONA CON TRAUMA AGUDO  
DE TÓRAX Y ABDOMEN, CON LA FILOSOFÍA PROPUESTA  
DE VIRGINIA HENDERSON**

**ESTUDIO DE CASO**

Que para obtener el grado de  
**Especialista en Enfermería Perioperatoria**

**P R E S E N T A**

**L.E.O. Alexis Eduardo Ayala Meza**

**ASESORA**

**EEQ. Miriam Laura García Domínguez**



**Ciudad de México, 2018**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres, quienes me dieron dos grandes regalos: el primero, la vida y el segundo, la libertad de vivirla.

Quienes en mis momentos difíciles nunca claudicaron y siguieron fortaleciéndome hasta el último momento.

Quienes, con compromiso y entrega permanente estuvieron presentes, tanto en mis deseos como acciones para superarme y consolidarme como ser humano.

Quienes me hicieron aprender que el amor, el trabajo y el conocimiento deben ser manantiales de mi existencia y el reflejo fiel del ejercicio de mi decisión.

Quienes me mostraron que la consumación plena de mi existencia solo se logra con la fe puesta en lo que soy, puedo y hago.

A mis profesores, gracias, expertos que desinteresadamente fueron mis mentores, contando siempre con su apoyo académico y transmitiendo su experiencia a través de la práctica.

# I N D I C E

<b><u>I.</u></b>	<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b><u>II.</u></b>	<b>OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO .....</b>	<b>6</b>
<b><u>III.</u></b>	<b>FUNDAMENTACIÓN .....</b>	<b>8</b>
	3.1 Antecedentes.....	
	..... 10	
<b><u>IV.</u></b>	<b>MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>22</b>
	4.1 Conceptualización de enfermería .....	22
	4.2 Paradigmas .....	25
	4.3 Teorías de Enfermería.....	26
	4.4 Proceso de Enfermería.....	34
<b><u>V.</u></b>	<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>48</b>
	5.1 Estrategia de investigación.....	48
	5.2 Selección del caso y fuentes de información.....	49
	5.3 Consideraciones éticas .....	51
<b><u>VI.</u></b>	<b>PRESENTACIÓN DEL CASO .....</b>	<b>55</b>
	6.1 Descripción del caso .....	55
	6.2 Antecedentes generales de la persona .....	56
<b><u>VII.</u></b>	<b>APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA .....</b>	<b>60</b>
	7.1 Valoración.....	60
	7.1.1 Valoración focalizada .....	64
	7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete .....	70
	7.1.3 Jerarquización de problemas .....	71

7.2 Diagnósticos de Enfermería .....	72
7.3 Problemas interdependientes .....	74
7.4 Planeación de los cuidados .....	75
7.5 Ejecución.....	99
7.5.1 Registro de las intervenciones.....	99
7.6 Evaluación .....	106
7.6.1 Evaluación de las respuestas dela persona .....	106
7.6.2 Evaluación del proceso .....	106
<b><u>VIII.</u> PLAN DE ALTA .....</b>	<b>107</b>
<b><u>IX.</u> CONCLUSIONES.....</b>	<b>109</b>
<b><u>X.</u> SUGERENCIAS .....</b>	<b>110</b>
<b><u>XI.</u> BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>111</b>
<b><u>XII.</u> ANEXOS.....</b>	<b>115</b>
Anexo 1: Consentimiento informado.....	115
Anexo 2: Instrumento de valoración de necesidades .....	118
Anexo 3: Escala de dependencia .....	128
Anexo 4: Escala de fuerza muscular .....	129
Anexo	5:
Christon.....	134
Anexo 6: Escala de Braden.....	135
	Escala

## I. INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería perioperatorio, juega un papel muy importante, donde debe actuar con eficacia, pero a su vez con eficiencia, muchas veces contribuyendo al éxito de la cirugía y la pronta recuperación de la persona intervenida, es por eso que se debe ejercer con profesionalismo, creando, aplicando y evaluando planes de intervenciones, individualizando los cuidados brindados, tomando en cuenta las necesidades afectadas en la persona y su familia, basándose en el proceso de atención de enfermería, el cual permite construir cuidados que cubran de manera holística las necesidades de las personas, familias o incluso comunidades, todo esto transportado a un escenario quirúrgico, en donde el profesional deberá estar preparado para la atención preoperatoria, atención durante el evento quirúrgico o periodo transoperatorio y la recuperación de la persona en el periodo postoperatorio, acompañando en todo momento al individuo que enfrenta un momento de estrés en un área desconocida.

A continuación se presenta un estudio de caso realizado por un estudiante de posgrado en enfermería perioperatoria, basado en la filosofía de Virginia Henderson, aplicado en el hospital general Dr. Manuel Gea González ubicado en zona sur de la ciudad de México, a un adulto joven que cursa un evento quirúrgico por trauma de tórax y abdomen, intervenido de urgencia, resultando afectadas las necesidades de oxigenación, termorregulación, higiene, descanso y sueño, encaminándolo a la pronta recuperación de la salud, tomando acciones asistenciales, de suplencia y educativas. Realizando una valoración generalizada y una valoración focalizada, identificando las necesidades afectadas que la persona presenta para la elaboración de diagnósticos

Con este trabajo se pretende mostrar la importancia y potencial que posee un estudio de caso como instrumento de apoyo para un mayor aprendizaje directamente beneficiando el cuidado a la persona que cursa un evento quirúrgico, permitiendo hacer visibles los resultados en la recuperación de la salud, siendo una herramienta útil de transferencia de conocimientos y experiencias laborales para estudiantes de posgrado.

## **II. OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Realizar un estudio de caso basado en la filosofía de Virginia Henderson, aplicado a una persona adulta que cursa un evento quirúrgico de urgencia por trauma agudo de tórax y abdomen, identificando y otorgando los cuidados necesarios para la satisfacción de las respuestas humanas alteradas en los periodos preoperatorio, transoperatorio, postoperatorio y recuperación de la salud.

## ESPECÍFICOS

- Realizar una valoración con base en las 14 necesidades del modelo teórico de Virginia Henderson
- Identificar y jerarquizar cada una de las necesidades alteradas.
- Formular diagnósticos de enfermería real, potencial y de bienestar.
- Jerarquizar las necesidades detectadas mediante el modelo de Virginia Henderson.
- Elaborar y ejecutar el plan de cuidados especializados para la recuperación de la salud.
- Evaluar la efectividad de cada una de las intervenciones.
- Elaborar un plan de alta que contribuya a la pronta integración de la persona a su entorno social normal.

### III. FUNDAMENTACIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup>, a nivel mundial: Cada año, los accidentes de tránsito causan la muerte de aproximadamente 1.25 millones de personas en todo el mundo.

A pesar de que los países de ingresos bajos y medianos tienen menos de la mitad de los vehículos del mundo, se producen en ellos más del 91% de las muertes relacionadas con accidentes de tránsito, la mitad de las personas que muere por esta causa en todo el mundo son usuarios vulnerables de la vía pública (peatones, ciclistas, motociclistas), si no se aplican las medidas para evitarlo, se prevé que para el 2030 los accidentes de tránsito causaran cada año 1,9 millones de muertes, siendo la séptima causa de muerte.

El Instituto Nacional de Estadística y Geofísica (INEGI)<sup>2</sup> en la estadística de accidentes de tránsito terrestre, la cual tiene como objetivo generar información sobre el número de los percances viales ocurridos en el país identificando sus características, correspondientes a zonas no federales, para contribuir así a la elaboración y formulación de políticas de prevención, durante el 2014 se registró un total de 378,240 accidentes en zonas urbanas, siendo el traumatismo una causa importante de morbilidad y mortalidad.

Resultando hasta el 45% de los pacientes con traumatismo abdominal cerrado con lesión esplénica.<sup>3</sup> A una persona politraumatizada se le conoce como aquella que presenta una combinación de lesiones anatómicas múltiples, con alteraciones funcionales que pueden evolucionar, en ausencia de tratamiento precoz y adecuado, hacia un fatal desenlace, existen diferentes tipos de traumas clasificándose por lesión, mecanismo, daño provocado, etc.<sup>4</sup>

### 3.1 ANTECEDENTES

El Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos, define al “mecanismo lesional como el origen de las fuerzas que producen deformaciones mecánicas y respuestas fisiológicas que causan una lesión anatómica o un cambio funcional en el organismo de la persona traumatizada”<sup>5</sup>.

El traumatismo contuso es el resultado de la transmisión de energía al cuerpo que causa lesión principalmente sin penetrar los tejidos blandos u órganos o cavidades internos. El traumatismo penetrante causa lesión por objetos que fundamentalmente perforan y penetran la superficie del cuerpo y producen daños en tejidos blandos, órganos internos y cavidades del mismo.

La evaluación de las lesiones torácicas son solo una parte de la evaluación total del paciente traumatizado, no debiéndose perder de vista que la asociación con traumatismo craneoencefálico y/o abdominal eleva considerablemente su peligrosidad. El manejo inicial es igual que cualquier otra forma de lesión grave y, consiste en la restauración de una adecuada función de los sistemas respiratorio y cardiovascular. Las personas con lesiones torácicas importantes pueden presentar un severo distress espiratorio o un fallo respiratorio, que haga necesaria la inmediata instauración de ventilación mecánica, incluso antes de disponer de datos analíticos y radiológicos. Así mismo, y de modo simultáneo, habrá que atender a la valoración de la estabilidad hemodinámica.<sup>6</sup> En los traumatismos torácicos cerrados existe una afectación de las estructuras osteomusculares de la pared torácica y/o de los órganos intratorácicos por diversos mecanismos de producción siendo el bazo uno de los órganos más afectados.

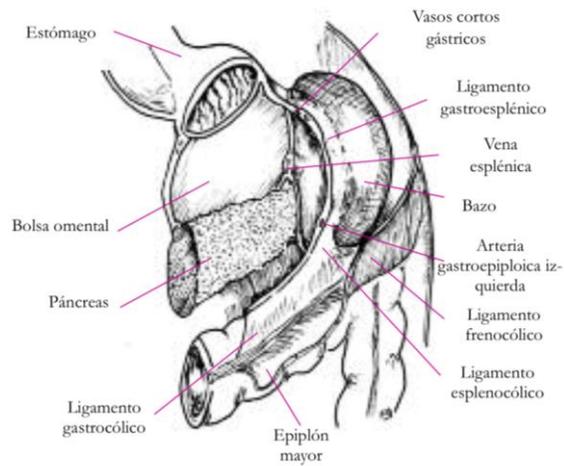


Fig. 1. Relaciones anatómicas del bazo.

Este se ubica en el hipocondrio izquierdo, estando a la izquierda del estómago, por arriba del ángulo esplénico del colon y por delante del páncreas. Sus elementos de sostén son el ligamento frenocólico izquierdo (inferior), el ligamento frenoesplénico (superior), el ligamento esplenorenal (posterior) y el epiplón espleno gástrico (anterior). El ingreso del pedículo vascular esplénico en continuidad con el

páncreas y su coalescencia retroperitoneal es un punto donde convergen algunos de los elementos de fijación.

El conocimiento de la distribución de la vascularización arterial esplénica resulta de suma importancia al momento de realizar la esplenectomía laparoscópica; de esta se conocen dos modalidades principales: la clásica y la variedad distributiva.

Variedad clásica: la arteria esplénica llega hasta el hilio esplénico como un único tronco principal y donde técnicamente el control del pedículo vascular resulta sencillo con una sola ligadura o clipado de un solo tronco arterial ya sea con suturas mecánicas o clips.

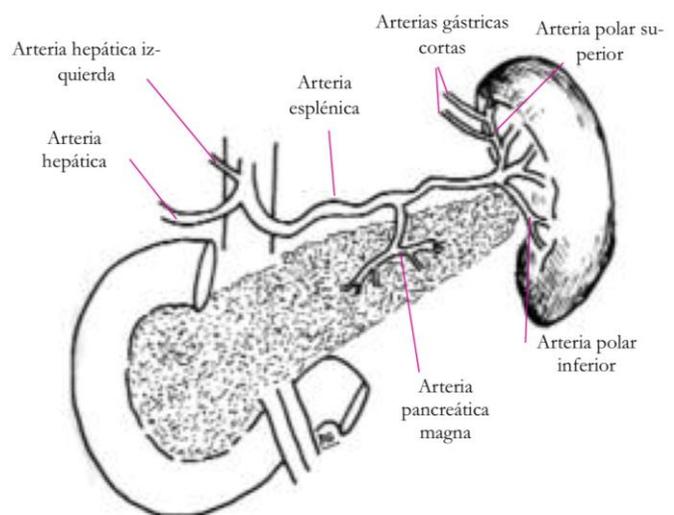


Fig. 2. Variedad "clásica" de distribución arterial esplénica.

Variedad distributiva: la

arteria se divide en varias ramas antes de ingresar al hilio esplénico, aquí el control vascular resulta técnicamente más demandante por el tratamiento de varios pedículos arteriales.<sup>7</sup>

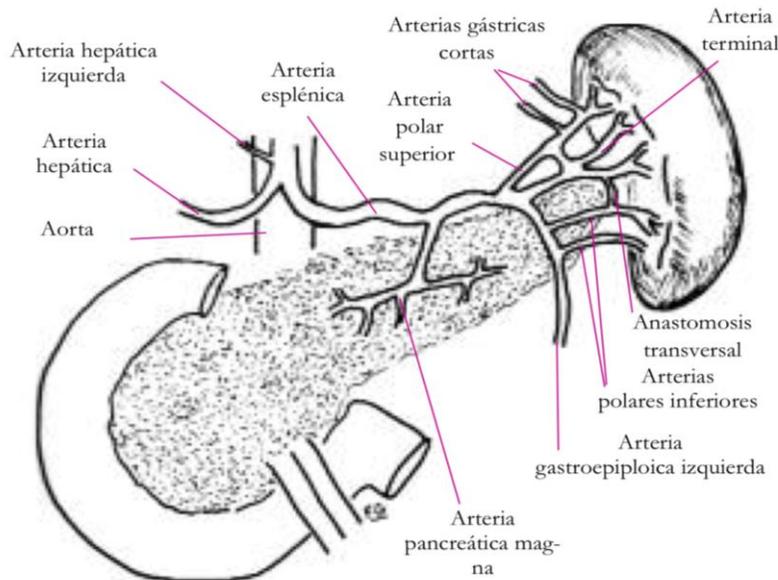


Fig. 3. Variedad "distributiva" de distribución arterial esplénica.

y células de la sangre recubiertas de anticuerpos. El bazo contiene la mitad de los monocitos del cuerpo dentro de la pulpa roja; estos pueden especializarse en células dendríticas y en macrófagos que son cruciales para la presentación de antígenos al sistema inmune.

Los usuarios postoperados de esplenectomía tienen un incremento significativo de leucocitos circulantes y de plaquetas, una respuesta disminuida a algunas vacunas y, un aumento de la susceptibilidad a la infección por bacterias y los protozoos. En particular, tienen un mayor riesgo de sepsis por bacterias encapsuladas de polisacáridos, tales como el *Haemophilus Influenzae* tipo B y el *Streptococcus Pneumoniae*.<sup>8</sup>

Pérez J., González G., Romero E., Olvera A., Nava D. mencionan en su artículo "trauma esplénico, manejo conservador o quirúrgico"<sup>9</sup> que existen cuatro

El bazo elimina los glóbulos rojos viejos y guarda una reserva en la sangre, la pulpa blanca sintetiza anticuerpos, opsoninas, properdina y tuftsina. Se eliminan bacterias

principios básicos al considerar la intervención quirúrgica de un paciente: reconocimiento del riesgo incrementado de sepsis postesplenectomía, identificación y entendimiento de las bases anatómicas para la reparación esplénica, incrementar la experiencia en las técnicas quirúrgicas para salvar el bazo y familiarizarse con las técnicas de imagen.

Más resulta evidentemente que no podemos generalizar y cada persona requiere de una valoración cuidadosa, pero se puede concluir que el manejo conservador no quirúrgico del trauma esplénico contuso deberá ser el tratamiento de elección siempre que sea posible y no ponga en riesgo a la persona.

”La lesión esplénica por trauma puede manejarse con seguridad sin cirugía. Pocas personas ameritaron transfusión y su requerimiento promedio fue de 10ml/kg. El manejo conservador no implica retraso de una cirugía necesaria.”

Pérez GJ, González RG, Romero MVE, Olvera DJA, Nava CAD

La única indicación absoluta precisa es la inestabilidad hemodinámica, realizando esplenectomía sólo en caso de dificultad para la reparación del bazo. Esta puede traer como consecuencia una sepsis fulminante, complicación que se observó por primera vez en niños y más tarde fue descrita por King y Shumaker (1952) como una infección abrumadora después de la esplenectomía.

La preservación del bazo puede lograrse mediante un tratamiento quirúrgico, mediante una esplenorrafia o una esplenectomía parcial. Las zonas de dolor abdominal fueron en orden de frecuencia hipocondrio izquierdo, flanco izquierdo, epigastrio y mesogastrio y los hallazgos tomográficos reportados en la mayor parte de los pacientes fueron lesión esplénica grado I y II.

Rodríguez P., Rodríguez L. Jerez C., lañez V. de acuerdo a su artículo “complicaciones en el tratamiento conservador del traumatismo esplénico”<sup>10</sup> el manejo no

quirúrgico de las lesiones esplénicas en personas hemodinámicamente estables es el tratamiento estándar. Debido a que en las últimas décadas el reconocimiento de la importante función inmunológica del bazo en la morbimortalidad asociada a la cirugía urgente ha permitido el cambio del manejo quirúrgico al no quirúrgico. De este modo, el tratamiento conservador se ha ido extrapolando.

La ASA (American Surgical Association) ha publicado una guía para el tratamiento conservador en estas personas donde recomienda una serie de acciones sobre la permanencia en UCI, la estancia hospitalaria, así como la incorporación a la actividad física. En cuanto a las pruebas de imagen a realizar durante el seguimiento, los autores no recomiendan un control ecográfico para detectar posibles complicaciones.

Las complicaciones esplénicas son poco frecuentes. Su incidencia no está claramente determinada y probablemente esté infravalorada debido a la ausencia de seguimiento ecográfico durante el tratamiento conservador, estas complicaciones se pueden dividir en aquellas que requieran actuaciones urgentes como en el sangrado o bien en las FAV o los pseudoaneurismas donde la repercusión clínica suele ser silenciosa pero el riesgo de sangrado constituye una amenaza para la vida.

Entre los factores de riesgo de las complicaciones se han sugerido el alto grado de lesión, baja puntuación en la escala de coma de Glasgow o la presencia de lesiones múltiples asociadas, también menciona que el uso de la ecografía puede detectar de forma temprana estas complicaciones, realizando un seguimiento más estricto de las personas y eligiendo los candidatos adecuados para un tratamiento.

Por otro lado, algunos estudios abogan por una embolización esplénica rutinaria como anexo al tratamiento no quirúrgico. El fallo del tratamiento conservador aumenta de forma paralela al grado del traumatismo alcanzando hasta el 19,6%, 33,3% y el 75% para los grados III, IV y V, respectivamente. Los autores promueven esta técnica para aquellos traumatismos grado IV-V, argumentando la

eficacia y seguridad de este tratamiento y el aumento de las tasas de éxito del manejo no quirúrgico.

Sin embargo, las complicaciones de la arteriografía no justifican someter a todas las personas a un estudio angiográfico diagnóstico inicial ya que, además de la radiación y las complicaciones inherentes, presenta limitaciones a la hora de diagnosticar pseudoaneurismas que pueden no estar presentes al inicio o presentar espasmos vasculares y no ser vistos.

La trombosis portoesplénica (TPE) tras la esplenectomía, es una complicación de incidencia incierta, acompañada de importante morbimortalidad. Habitualmente presenta una clínica inespecífica, por lo que se hace imperativa una sospecha diagnóstica temprana, sobre todo en los casos que presenten factores de riesgo, que permita instaurar un tratamiento precoz y efectivo que consiga la buena evolución de la persona.

La hipotermia no intencionada también es una complicación grave que puede presentarse durante el periodo tranoperatorio, en la anestesia, tanto general como locorregional, S. Alvarez, E. Abad, F. Robledo. Mencionan en su publicación "Termorregulación y manejo perioperatorio" que en las intervenciones de mas de una hora de duración la temperatura corporal de las personas puede decender de 1 a 1.5°C durante la primera hora de anestesia general por efecto de la redistribucion interna del calor.

El cuerpo humano se puede dividir en dos compartimentos calóricos

- Compartimiento central o los tejidos profundos, que corresponde al cerebro, mediastino y órganos digestivos
- Compartimiento periférico o la temperatura cutánea, constituido sobre todo por los musculos esqueléticos, principalmente de los miembros (45% de la masa corporal total).

Los distintos métodos físicos por los que se pierde el calor desde la piel al entorno son:

*Radiación:* es la forma más importante de pérdida de calor. Supone un 60% de la pérdida total, durante la radiación un cuerpo que se encuentra próximo a un objeto frío transmite su calor a ese objeto a través de su propia radiación infrarroja, la cantidad de calor transmitida depende de la superficie del cuerpo y el gradiente de temperatura entre el cuerpo y el entorno.

*Conducción:* la pérdida de calor se produce mediante la transferencia de calor a objetos con los que el cuerpo está en contacto directo.

*Convección:* es el proceso durante el cual el calor es transferido a un flujo de aire pasante, en este fenómeno juegan un papel importante la temperatura del entorno, la tasa de flujo del aire y el tamaño de la zona expuesta.

*Evaporación:* por lo general perdemos calor a través de la evaporación de líquidos, como el sudor, tracto respiratorio y membranas mucosas.

Así mismo existen tres mecanismos por los cuales se reduce el calor corporal.

*Vasodilatación:* los vasos sanguíneos de la piel de casi todo el cuerpo se dilatan con intensidad, debido a la inhibición de los centros simpáticos del hipotálamo posterior, que producen vasoconstricción, la vasodilatación plena puede aumentar el flujo sanguíneo en los capilares cutáneos hasta cerca de 7.5 L/H, lo que permite una transferencia rápida de calor desde el compartimento central de los músculos hacia la piel, donde se elimina por sudoración.

*Sudoración:* realizada por las glándulas sudoríparas, están controlados por fibras colinérgicas posganglionares, lo que absorbe la energía es la modificación del agua, ya que cada gramo de sudor evaporado consume 584 cal.

*Disminución de la producción de calor:* los mecanismos encargados de la producción de calor son inhibidos, la anestesia general elimina toda respuesta

conductual, dejando solo las defensas anatómicas frente a cambios en la temperatura ambiente, la inhibición de la termorregulación en dosis y concentración dependiente y afecta tres veces más los umbrales de vasoconstricción y escalofríos que el umbral de sudoración. Además de modificar los umbrales, la anestesia general disminuye la producción de calor en un 20-30% de promedio por disminuir la mayoría de procesos metabólicos, inhibir la concentración molecular y disminuir el trabajo respiratorio en la ventilación controlada.

En el manejo intraoperatorio de la hipotermia podemos actuar sobre la temperatura ambiente, aislamiento pasivo, el método más sencillo para reducir la pérdida cutánea de calor es aplicar un agente aislante, mismo que reduce la pérdida de calor del área total de superficie cubierta del cuerpo. Calentamiento activo mediante uso de sistemas de aire forzado o uso de mantas o colchones de agua caliente, o calentamiento de fluidos.

La administración intravenosa de un litro de cristaloideos a temperatura ambiente de quirófano disminuye la temperatura corporal 0.25 °C, la transfusión en una hora de un litro de sangre conservada a 4°C implica un coste calórico de 34w, es decir la mitad de la producción calórica bajo anestesia general, lo que causa un descenso de la temperatura central de casi 0.5°C. En general, los fluidos deben ser calentados si van a administrarse más de 2 litros/hora, para ello debe utilizarse un equipo apropiado.<sup>11</sup>

El artículo “cuidados de la persona asplénica” remarca el riesgo de sepsis postesplenectomía tomando como factores:

Indicación: personas sanas con esplenectomía por trauma, intermedio riesgo en enfermedades como esferositosis hereditaria, hiperesplenismo y riesgo alto en enfermedades de células falciformes, edad: alto riesgo en personas

menores de 5 años, Intervalo de esplenectomía: mayor riesgo durante el primer año.

Las razones por las que se observan un aumento del riesgo de infección en la alteración en la eliminación de bacterias (especialmente las encapsuladas) y pneumoniae, haemophilus influenzae tipo b y neisseria meningitidis, también menciona que los pilares de la prevención son: educación, vacunación (antineumococcica, antihaemophilus, antimeningococcica, antigripal), terapia antibiótica profiláctica, tratamiento antibiótico temprano o en episodios febriles.<sup>12</sup>

Es por eso la importancia de procesos de atención en enfermería, creciendo la necesidad de referencias en el cuidado especializado sustentado en ejercicios de práctica profesional de las mejores evidencias científicas posibles como lo es la Enfermería Basada en la Evidencia EBE la cual asegura una atención de calidad donde el profesional especializado brindara cuidados individualizados de acuerdo a la existencia de necesidades en proceso de afección, afectadas o simplemente intervenciones de prevención de enfermedades, brindando así un cuidado holístico en la práctica enfermera.

La enfermería quirúrgica sufrió cambios importantes durante el siglo XX. El advenimiento de progresos en la anestesia, y su consecuente complejidad asociada a procedimientos quirúrgicos y el incremento del uso de la tecnología, hicieron necesario que la enfermera quirúrgica adquiriera conocimientos y habilidades considerables<sup>13</sup>. Pero no fue necesario este recurso humano hasta la Segunda Guerra Mundial, donde el ejército solicito personal de apoyo para las cirugías por el número de casos que enfrentaban, siendo nombrados por ellos mismos como instrumentadores quirúrgicos, naciendo una nueva profesión.<sup>14</sup>

Actualmente la enfermería profesional en el quirófano se ha definido por su capacidad de “identificación de las necesidades sociológicas, psicológicas y fisiológicas de la persona en estado de salud vulnerable, lo que crea un programa de atención individualizado, basado en modelos y teorías con conocimiento en ciencias naturales, con el fin de restaurar la salud y el bienestar del enfermo en el periodo perioperatorio”.

La enfermera quirúrgica es la profesional que aporta cuidados complejos a pacientes en condiciones de gran dependencia, la asistencia incluye el tratamiento seguro y efectivo en colaboración con otros miembros del equipo de la salud. El término “**Enfermería quirúrgica**” ganó aceptación al desplazar el énfasis desde los confines geográficos tradicionales al interior del área quirúrgica hasta los límites temporales de la valoración preoperatoria del paciente, la atención transoperatoria y la valoración posoperatoria.

Esta especialidad planea y dirige los cuidados de enfermería para las personas que se someten a procedimientos quirúrgicos o invasivos de otro tipo. Y su campo de práctica va con acciones de enfermera de pre admisión, anestesista, circulante, instrumentista, de sala de recuperación post anestésica

Dentro de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería en el proceso perioperatorio se encuentran:

- Función asistencial: movilización de la persona, cuidado de la integridad de accesos de vía aérea, venosos, aparatos de tracción, además de proteger la intimidad de la persona.
- Función de relación: crea un ambiente de confianza y responsabilidad para un adecuado manejo del procedimiento, además de la comunicación entre

el personal del área de la salud – persona usuaria del servicio.

- Funciones administrativas: realiza el registro de hojas y formatos médico-legales, revisión de caducidades de material a emplear y medicación.
- Función de docente: colabora con el aprendizaje del personal de nuevo ingreso, además de realizar cursos que ayuden a colaborar la atención de calidad.
- Función de investigación: la profesión mediante la realización de estudios de métodos, caso clínico, ponencia de trabajos contribuirá a la mejora del servicio de salud.<sup>15</sup>

El desarrollo de estudios de caso en estudiantes de la especialidad, permite, transmitir y adquirir conocimientos en la práctica enfermera, sirviendo como base de investigación para futuras generaciones, es un método útil para analizar diferentes situaciones clínicas, identificar puntos fuertes y débiles de la Relación de Cuidado establecida por la enfermera y plantear soluciones y estrategias para mejorarla.<sup>16</sup>

Este es una herramienta valiosa de la investigación, y su mayor fortaleza radica en que a través del mismo se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, mientras que los métodos cuantitativos solo se centran en información verbal obtenida a través de encuestas por cuestionarios.<sup>17</sup>

La función en el ámbito académico del estudio de caso es fomentar el análisis para comprender fenómenos verosímiles de la actualidad, con el fin de proporcionar herramientas, como conceptos teóricos, que ayuden a comprender o solucionar el problema, los estándares o las especificaciones del estudio de caso, varía de acuerdo con las disciplinas.

Metodología que se emplea:

Las investigaciones científicas pueden ser realizadas a partir de metodologías cuantitativas o cualitativas.

La primera (*Cuantitativas*) consiste en el contraste de teorías ya existentes a partir de una serie de hipótesis surgidas de la misma, siendo necesario obtener una muestra, ya sea en forma aleatoria o discriminada, pero representativa de una población o fenómeno objeto de estudio. Por tanto, para la realización de estudios cuantitativos es indispensable contar con una teoría ya construida.

La segunda metodología (*cualitativa*) consiste en la construcción o generación de una teoría a partir de una serie de proposiciones extraídas de un cuerpo teórico que servirá de punto de partida al investigador, para lo cual no es necesario extraer una muestra representativa, sino una muestra teórica conformada por uno o más casos.<sup>18</sup>

Realmente no existe una estructura determinada para la elaboración de un estudio de caso, la extensión de este depende de diferentes factores como el caso en cuestión, el área disciplinar a la que este pertenece, el autor del estudio, la finalidad y los receptores ideales, sin embargo hay que tomar en cuenta que existen cinco componentes esenciales para este género escrito: preguntas de investigación, proposiciones teóricas, unidades de análisis, vinculación lógica de los datos a las preguntas formuladas y la interpretación de datos.

Tomando en cuenta estos componentes básicos, se puede elaborar una estructura como guía:

1. Transcripción del caso a investigar: aquí se redacta el caso o fenómeno a investigar, de la forma más minuciosa y clara posible, (la transcripción objetiva y sin modificaciones).

2. Antecedentes del caso a investigar: en esta sección se presenta la información previa y relevante en cuanto al caso o fenómeno. Son datos preliminares que ayudaran en la investigación y análisis.
3. Preguntas de investigación: son las interrogantes que guían la temática de la investigación: cómo, cuándo y por qué, etc.
4. Conceptos y teorías: en este apartado se exponen los conceptos y teorías que se utilizarán en los procesos de análisis de los datos recabados y su interpretación.
5. Principales tópicos de investigación: se enumerar los temas fundamentales para el estudio de caso en cuestión.
6. Análisis e interpretación de la información: a partir de un corpus se aplican parámetros en el análisis y la interpretación de los datos.
7. Conclusión y bibliografía.<sup>19</sup>

Los pasos para la elaboración del estudio de caso son:

- Elegir un fenómeno de estudio y describirlo de la forma más completa que se pueda.
- Recolectar la mayor cantidad de información posible respecto al objeto de estudio.
- Estructurar y organizar la información
- Definir o desarrollar el marco teórico.
- Confrontar los datos recopilados con el marco teórico.
- Seleccionar la información útil de marco teórico y los datos.

- Escribir una serie de preguntas que servirán como guía para el estudio de caso.
- Definir los principales aspectos o temas de la investigación.
- Analizar la información seleccionada y analizarla de acuerdo con preguntas formuladas y a los aspectos relevantes a investigar
- Hacer una breve conclusión del caso y escribir la bibliografía consultada.<sup>20</sup>

## **IV. MARCO CONCEPTUAL**

### ***4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA***

#### ***ENFERMERÍA***

Las primeras civilizaciones, aunque diferenciadas geográficamente; presentan muchos aspectos comunes relacionados con el concepto de salud-enfermedad y formas de luchar contra esta.

La asistencia a la salud de manera intuitiva, como forma de lucha contra enfermedad, es una actividad presente en todas las sociedades, dando así origen a la profesión de enfermería, durante toda la prehistoria, el cuidado de la salud y el mantenimiento de la vida recayó en la mujer y en el sanador.

Son las mujeres las que desempeñan en cada familia las prácticas encaminadas al mantenimiento de la vida, a través de elementos naturales como la higiene, el vestido, la alimentación y todos aquellos cuidados que favorece el bienestar.

La práctica de este tipo de cuidados se entremezclaba con actividades rituales para la protección, promoción y continuación de la vida.<sup>21</sup> Con el paso del tiempo el significado de enfermería ha sido modificado.

Nurse: palabra inglesa que significa nodriza y que deriva de nocerire. Adaptada por medio del francés, del latín nutrix, nutrire. Se aplica a la criada destinada a los cuidados de los niños: niñera.

Nutriz (del latín nutrix): que nutre, mujer que amamanta a un niño, o nodriza.<sup>22</sup>

Es así como la enfermería forma parte muy importante de la humanidad a lo largo de la historia, surgiendo con el paso del tiempo la necesidad de especializaciones en diferentes áreas de mejora en cuestión de cuidados.

La enfermería es considerada como un arte y una ciencia, así lo reconoció la OMS en 1996: “Requiere el entendimiento y la aplicación de determinados conocimientos teóricos y prácticos y se vale de conocimientos y técnicas derivados de las humanidades y de las ciencias físicas, sociales y biomédicas”<sup>23</sup>

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud dice que: “La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”.

Virginia Henderson menciona que la enfermera tiene una función propia, ayudar a individuos sanos o enfermos, pero también puede compartir actividades con otros profesionales como miembro del equipo de salud, es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas.

La profesión de enfermería se orienta no solamente a la atención de un individuo enfermo, el cual necesita de una serie de cuidados especializados e individualizados para la recuperación de la salud, sino que también se enfoca en el área de prevención y promoción a la salud, para esto la profesión se divide en tres niveles de atención:

- *Nivel primario:* donde el profesional de enfermería se enfoca al mantenimiento y promoción a la salud y prevención de la enfermedad. Esto implica la realización de actividades asistenciales pedagógicas concientizando a las personas en comunidad, pero también de forma individual generando responsabilidad social. Influyendo sobre el individuo, familia y comunidad conservando un estado de bienestar psicológico, físico y social.
- *Nivel secundario:* hace referencia a las intervenciones asistenciales que tienen como objetivo tratar problemas de salud existentes o potenciales, previniendo su agravamiento, mediante la elaboración de un plan enfermero.
- *Nivel terciario:* principalmente dirigido a las intervenciones correspondientes para el apoyo a la adaptación de dificultades ocasionadas por un problema de salud y superación de efectos de secuelas, integrando la rehabilitación mediante la aplicación del proceso enfermero.<sup>24</sup>

## 4.2 PARADIGMAS

Los paradigmas son corrientes de pensamientos, una forma de entender al mundo, el cual influye en el desarrollo del saber y de la habilidad en el núcleo de las diferentes disciplinas. Un paradigma está constituido por teóricos generales quienes respaldan una hipótesis, leyes y técnicas que fundamenten sus pensamientos ante una determinada comunidad científica. “La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmaticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por los paradigmas”.<sup>25</sup>

Bien así un paradigma es “un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macroestructura que es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos”<sup>26</sup>

Susan Kerouac plantea los siguientes paradigmas en enfermería:

- *Categorización* el cual dice que los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables, aplicado a la salud orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad, lo que hace este paradigma el más adecuado a la teoría de Nightingale.
- *Integración*: que prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrado el contexto específico en que se sitúa un fenómeno, según esta orientación, el cuidado va dirigido a mantener saludable a una persona en todas sus dimensiones: salud física, mental, social y espiritual.

- *Transformación*: un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro, representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de desequilibrio, la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.<sup>27</sup>

Estos paradigmas son aplicables en la mayoría de las disciplinas no solamente en el área de la salud, nos dan a conocer conceptos básicos en como son persona, salud, enfermería, entorno. Los cuales crean un todo en la enfermería integrando todas las categorizaciones para la adecuada atención de la persona que cursa un evento que atenta a la salud.<sup>28</sup>

### ***4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA***

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de esta práctica e influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos.

Pero es hasta 1996 cuando estas ideas son organizadas por Fawcett llamándolas “estructuras del conocimiento”, donde sitúa al metaparadigma, filosofías, modelos conceptuales, teoría e indicadores empíricos en una estructura descendente que vincula el mundo abstracto con el concreto.

Metaparadigma se entiende como los conceptos globales de interés de la disciplina de enfermería; persona, salud, entorno y enfermería, son los

cuales han sido plasmados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de modelos conceptuales.

Los trabajos teóricos enfermeros representan las ideas más generales y las presentaciones más sistémicas del conocimiento enfermero; por tanto, los trabajos teóricos enfermeros son cruciales para el futuro, tanto de la disciplina como de la profesión de la enfermería.

La enfermería no era ni una disciplina académica ni una profesión, con el paso de tiempo ha ganado el reconocimiento en ambas áreas, y aunque estas están relacionadas disciplina y profesión tienen significados específicos:

- Disciplina es específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento (Donald-son & Croeley 2001)
- Profesión hace referencia a un campo especializado de la práctica; esta creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de una disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan (Orem,2001)

La teoría no solo es esencial para la existencia de la enfermería como una disciplina académica, sino que también es crucial para la práctica de la enfermería profesional. Aunque a finales del siglo XX el tema de la enfermería como profesión se vuelve menos urgente, ha sido un tema principal durante gran parte del siglo a medida que la enfermería avanzaba de manera lógica hacia un estatus profesional. Sin duda, hoy en día la

enfermería se reconoce como una profesión. Durante gran parte del siglo XX, los criterios para una profesión se utilizaron como guía para su desarrollo.<sup>29</sup>

## FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON

Nació en la ciudad de Kansas en 1897, graduándose como enfermera en la escuela del ejército en 1921, tardándose un año en iniciar como investigadora, misma que no abandonaría hasta el día de su muerte en 1996.

En 1953 ingresa a la universidad de Yale donde aportó bases valiosas a la investigación de enfermería. El modelo de Virginia engloba términos como persona, entorno, cuidado y salud como un ser holístico<sup>30</sup>

Ella planteó que la enfermería no solo debe valorar las necesidades, sino también las condiciones y estados patológicos que modifican dichas necesidades, pueden modificar el entorno e integrar a la persona y familia como una unidad. En el ámbito quirúrgico los eventos se generan de una forma espontánea, la mayor parte de las veces de urgencia, por lo cual que la enfermera perioperatoria realice la jerarquización de estas necesidades utilizando el modelo de Virginia Henderson.

Una de las propuestas teóricas empleada para llevar a cabo los planes de cuidado en enfermería es la teoría de V. Henderson. El trabajo y las investigaciones realizadas por Virginia Henderson trata de teorías sobre la definición de la enfermera clínica este modelo plantea la independencia de las personas en la satisfacción de las 14 necesidades:

### **1. Respirar con normalidad/oxigenación:**

Es la capacidad de una persona para mantener un adecuado intercambio gaseoso con los niveles suficientes.

Valora la permeabilidad (via respiratoria abierta)

El movimiento del aire hacia o desde los pulmones (expansión torácica)

Se clasifican en hipoxemia, hipercapnia, disnea, apnea, hiperventilación, hipoventilación

La difusión del oxígeno y dióxido de carbono entre los alveolos y capilares pulmonares

El transporte de oxígeno y dióxido de carbono a través de la sangre y desde las células de los tejidos.

Cambios de coloración de la piel como cianosis, palidez en mucosas orales, conjuntivales y uñas en extremidades.

Pulso, frecuencia, fuerza.

### **2. Comer y beber adecuadamente/alimentación e hidratación:**

Capacidad con la que cuenta una persona para consumir alimentos (beber o comer, masticar y deglutir), ingerir y absorber nutrientes necesarios para realizar sus actividades cotidianas. Esta necesidad se ve reflejada en el peso de la persona, condición del cabello y uñas, estado de la piel, crecimiento de vello en el cuerpo, motilidad intestinal, presión arterial, estado del corazón, esmalte dental, capacidad de la persona para alimentarse solo.

### **3. Eliminar los desechos del organismo/ Eliminación**

Capacidad con la que cuenta una persona para eliminar de forma autónoma orina y materia fecal, manteniendo una adecuada higiene corporal.

Esta necesidad valora la fluidez de las heces, consistencia, color, motilidad intestinal, inflamación, cantidad de orina, color de orina y contenido, así como problemas de retención o incontinencia, dolor.

**4. *Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada/ Movimiento y postura***

Capacidad de la persona para mantener una adecuada postura, desplazarse sola o con ayuda de mecanismos, realizar actividades cotidianas y brindarse autoconfort. Dentro de los trastornos más frecuentes se encuentran discinesia como temblores, enfermedades como artritis reumatoide, enfermedad de Parkinson, ataxias, distonias, trastornos funcionales, atrofias, parálisis, uso de calzado adecuado, peso y talla.

**5. *Descansar y dormir/ Descanso y sueño***

Capacidad de una persona de dormir lo suficiente como para sentirse renovada adecuado potencial de energía, así mismo para saber gestionar la fatiga.

Las dificultades para cubrir esta necesidad van desde somnolencias, respiración irregular, aumento de movimiento durante el sueño, insomnio, síndrome de piernas inquietas, narcolepsias.

**6. *Seleccionar vestimenta adecuada/ Vestido***

Capacidad de una persona para realizar el cambio de vestimenta de una manera autónoma, así como para elegir y comprar su vestimenta.

Higiene de la ropa, comodidad, hábitos de cambio de muda, apoyo al vestirse, ropa adecuada a temperatura y ocasión.

**7. *Mantener la temperatura corporal/ Termorregulación***

Capacidad de una persona para mantener una temperatura corporal en los límites normales, actuando sobre el medio ambiente o vestimenta.

Se debe averiguar si existe alguna sensibilidad a los cambios de temperatura, padecimiento de escalofríos o bochornos y la frecuencia de estos.

**8. *Mantener la higiene corporal/ Higiene***

Capacidad de una persona para realizar el mantenimiento de su higiene personal mediante uso de utensilios y productos que generen confort.

Aseo de dientes, baño y frecuencia de estos, uso de cremas hidratantes, pigmentación de piel, textura, abrasiones, laceraciones, contusiones,

hemorragias, cicatrices, pérdida de la continuidad de la piel, estado de las uñas.

**9. Evitar los peligros del entorno/ Evitar peligros**

Capacidad que tiene una persona para mantener su integridad física y mental, con conocimiento de los peligros potenciales en su entorno.

Estado mental, cansancio, entorno físico, prácticas que afecten la seguridad personal como uso de drogas, alcohol, práctica de deportes extremos, manejo de estrés.

**10. Comunicarse y expresar emociones, necesidades y miedos/  
Comunicación**

Capacidad de una persona para comunicarse de forma efectiva con otra u otras personas, inserción a grupos sociales, relaciones afectivas y sexuales.

Hay tres tipos de trastornos del lenguaje: dificultad del lenguaje receptivo que implican incapacidad para entender lo que otros están diciendo. Dificultad del lenguaje expresivo como disfemia o tartamudez, y trastorno mixto del lenguaje receptivo- expresivo como disfasia, dislexia, afasia, disartria.

**11. Ejercer culto a Dios/ Creencias y valores**

Capacidad de una persona para explorar, promover y conocer sus principios, creencias y valores.

Creencias religiosas, percepción de su persona, práctica de ritos.

**12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado/ Realización**

Capacidad de una persona para integrarse a alguna actividad creativa o de interés social, desarrollando un rol, etc. que refuerce su autoestima y realización personal.

**13. Participar en todas las formas de recreación y ocio/ Recreación**

Capacidad de una persona para realizar actividades recreativas, de culto o distracción, invirtiendo su tiempo y energía a algún tipo de satisfacción personal.

Pasatiempos, intereses, práctica de actividades, tiempo de recreación.

**14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad/ aprendizaje**

Capacidad de una persona de adquirir nuevos conocimientos, adaptación al cambio, tener resiliencia y poder transmitir algún tipo de saber o conocimiento.<sup>31</sup>

CONCEPTOS DEL METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA: V. HENDERSON

Henderson hace referencia al **cuidado** como la asistencia o suplencia de déficit de autonomía para cubrir estas necesidades, menciona que el **entorno** son los factores externos que influyen tanto positivamente o negativamente en la **persona**, la cual es un ser constituido por factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Menciona que esta persona tendrá **dependencia** cuando no sea capaz de desarrollar dichas

necesidades por sí misma, e **independencia** cuando sea totalmente autónomo de realizarlas. Esta persona debe tener un **valor** lo cual ayuda a incentivar a la recuperación de la salud, el motivo del continuar, también menciona que existen dificultades, a las cuales nombra **fuentes de la dificultad** que son obstáculos que la misma persona genera y que a su vez retrasa y dificulta la recuperación de la salud como son:

Fuerza: se entiende por esta, no solo a la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

Conocimiento: los relativos a cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Henderson afirma **“si durante demasiado tiempo privamos a una persona de lo que más valora- amor, aceptación, una ocupación fructífera- esta situación suele ser peor que la que provoca la enfermedad que intentamos curar”**<sup>32</sup>

#### 4.4 PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas, responde de forma

distinta ante una alteración real o potencial de la salud, establece planes para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma específica para resolverlas.

Para el desarrollo del PAE deben participar al menos dos personas: el cliente y la enfermera (o), donde el cliente puede ser una persona, familia o comunidad. La enfermera requiere capacidades técnicas, intelectuales y de relación para la aplicación del proceso.

Las etapas del proceso se dividen en:

- ✓ **VALORACIÓN:** es la primer fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud de la persona a través de diversas fuentes; primarias y secundarias, esta recolección debe incluir aspectos físicos, emocionales, del desarrollo, sociales, intelectuales y espirituales, estas se subdividen en:
  - *Recolección de datos:* donde la enfermera recoge de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas de salud del paciente e identificar los factores contribuyentes.
  - *Selección de datos:* durante la valoración la enfermera reúne cuatro tipos de datos: subjetivos (la visión que el individuo tiene de una situación o serie de acontecimientos, esta fase no puede estar determinada por la enfermera independientemente de la relación o comunicación con el individuo), objetivos (estos datos son observables y mensurables, esta información habitualmente se obtiene a través de los sentidos durante la exploración física de la persona), históricos (consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado, estos datos son especialmente importantes para identificar las características de la salud

normal de la persona cuidada y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto sobre el estado de salud de la persona) y actuales (se refiere a acontecimientos que están sucediendo en este momento, esos datos son importantes en su valoración inicial y en las valoraciones repetidas para comparar la información actual con los datos previos y determinar el progreso de la persona cuidada).

- Fuentes de los datos: las fuentes se clasifican como primarias y secundarias, la persona es la fuente primaria y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes a través de la entrevista, la observación consiste en el uso sistemático de la vista, el oído y el olfato para reunir información sobre el usuario, la familia y personas allegadas, igualmente el entorno y la interacción entre estas variables. El examen físico es la valoración que se hace, bien sea en un orden cefalocaudal o por órganos y sistemas, empleando
  - Inspección u observación cuidadosa y crítica del usuario para determinar características físicas tales como tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, movimiento, simetría.
  - Auscultación, esta puede ser directa aplicando el oído sobre la zona auscultar, o indirecta, mediante el uso de estetoscopio., esta técnica permite identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos detectados.
  - Palpación sirve para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel a fin de conocer su tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

- Percusión mediante el golpeteo suave sobre la superficie corporal y análisis acústicos de los sonidos producidos que varían dependiendo del tipo de estructura que haya debajo.

*Fuentes secundarias:* son todas las demás que no son la propia persona, entre las fuentes secundarias se encuentran los familiares o seres queridos del individuo, personas del entorno inmediato del mismo, otros miembros del equipo de atención sanitaria, y los registros clínicos, como análisis de laboratorio, estudios radiológicos.

*Validación:* es la verificación de que la información que se dispone es real y completa, es un paso esencial en el pensamiento crítico, esto evita hacer asunciones, omitir información pertinente, malinterpretar las situaciones, extraer conclusiones precipitadas o centrarse en una dirección equivocada.

*Organización:* consiste en agrupar los datos sobre el estado de salud en grupos relacionados, lo cual ayuda a tener una imagen de diversos aspectos del estado de salud, estos pueden agruparse de la siguiente manera:

- Según la perspectiva enfermera: identificando diagnósticos enfermeros según un modelo holístico en vez de un modelo médico.
- Según sistemas corporales: cuando se desea identificar datos que puedan indicar posibles problemas médicos, resulta útil el enfoque por sistemas corporales porque normalmente están causados por anomalías en el funcionamiento de los órganos y sistemas.

*Documentación:* la documentación de la valoración de enfermería debería identificar con claridad aquellos hallazgos que necesiten intervenciones de

enfermería. Entre ellas se encuentran diversos factores que afectan el estado de salud de una persona o la capacidad de funcionamiento.<sup>33</sup>

Desde el punto de vista funcional, existen 2 tipos de valoración:

*Valoración inicial:* es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona). Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos. Facilita la ejecución de las intervenciones y *Valoración continua, posterior o focalizada.* Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial, este tiene como objetivo recoger datos a medida que se producen los cambios, observar el progreso o retroceso de los problemas, realizar revisiones y actuaciones del plan, obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud.

Según el objetivo al que vaya dirigido, la valoración se puede clasificar en:

*General:* encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados. *De Urgencia:* se realiza durante una crisis o evento de tipo fisiológico o psicológico por la cual curse una persona. *Focalizada:* en la que la enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona. *Final:* se realiza después de haber cursado un periodo de tiempo que implique dos o más meses después de la valoración inicial, esta denota los cambios en relación a los datos obtenidos inicialmente.

*En esta fase se debe tener la habilidad de la observación, comunicación y entrevista.*

✓ **DIAGNÓSTICO:** se le llama diagnóstico al acto de: determinar la naturaleza o el carácter de un trastorno o problema a partir de la

observación y el análisis de sus signos o síntomas, por parte de la profesión de enfermería es un juicio que desarrolla un enfermero o una enfermera sobre el estado de salud de una persona, alude al trastorno concreto o potencial que un enfermero tiene la capacidad y el derecho de tratar. Es un enunciado del problema real o en potencia de la persona que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo mediante acciones propias de enfermería.

*Se compone de:*

*-Etiqueta:* proporciona un nombre al diagnóstico, es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas.

*-Definición:* proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares

*-Características definitorias:* claves observables/ inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero real o de bienestar.

*-Factores de riesgo:* factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéricos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad ante un evento no saludable. Estos solo se enuncian en los diagnósticos enfermeros de riesgo.

*-Factores relacionados:* factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero, pueden describirse como: antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o coadyuvantes al diagnóstico. Solo los diagnósticos enfermeros reales, tienen factores relacionados.

Los diagnósticos son clasificados en:

*Diagnóstico de riesgo:* describe respuestas humanas a estados de salud / procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerable. Las intervenciones que la enfermera selecciona para alcanzar los resultados se basan en los factores influyentes.

*Diagnósticos de promoción a la salud:* es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresando por su disposición para mejorar conductas específicas de salud tales como la nutrición o el ejercicio. Estos pueden usarse en cualquier situación de la salud y no requieren un nivel específico de bienestar. Esta disposición se apoya en las características definitorias, las intervenciones se seleccionan de acuerdo con la persona, familia o comunidad para asegurar al máximo su capacidad para alcanzar los resultados deseados.

*Diagnósticos de salud o bienestar:* describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar. Esta disposición se sustenta en características definitorias, como en todos los diagnósticos se identifican resultados sensibles a la intervención enfermera e intervenciones enfermeras que propician una alta probabilidad de alcanzarlos.

*Diagnostico real:* describe respuestas humanas a procesos vitales/ estados de salud que existen en una persona, familia o comunidad. Esta apoyado por Características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones claves o inferencias relacionadas.<sup>34</sup>

En esta fase los profesionales agrupan y clasifican datos analizando cuales son los problemas actuales y potenciales del cliente. El análisis consiste en desglosar las diferentes partes de un todo, un problema de salud actual es aquel que existe en ese momento. Un problema de salud potencial consiste en la presencia de factores de riesgo que predisponen a que las personas o familias tengan alteraciones de la salud.<sup>35</sup>

En el presente estudio de caso se abordará una metodología con formato PES para la formulación de diagnósticos, lo que hace referencia según M. Gordon:

**P:** *Problema de salud*, que corresponde con la etiqueta diagnóstica

**E:** *Etiología*, son las causas que favorecen la aparición del problema de salud.

**S:** *Sintomatología*, signos y síntomas como consecuencia del problema.

En el cual la formulación de diagnósticos se divide en:

**REALES:** Problema + Etiología+ Signos y síntomas

**POTENCIALES O DE RIESGO:** Problema + Etiología

El problema se une a la etiología con el conector: “*relacionado con*” (r/c); posteriormente al unirse los signos y síntomas debe antellear “*manifestado por*” (m/p)<sup>36</sup>

**Síndrome:** grupo de signos y síntomas que aparecen juntos.

- ✓ **PLANEACIÓN:** tercer etapa del proceso enfermero, permite el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, disminuir o corregir los problemas identificados en la valoración, algunos problemas no son corregibles por lo que se intervendrá para minimizar sus consecuencias.

Planeación = establecer prioridades + identificar objetivos + planear las acciones de enfermería

La jerarquía de las necesidades básicas de Maslow puede orientar hacia la solución de la necesidad principal. Las necesidades menores pueden ser mayores en algunas personas de acuerdo al enfoque que se tenga el mismo.

1. Dentro de la planeación se debe hacer un establecimiento de prioridades ante varios problemas.

- ¿Qué problema necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar?
- ¿Qué problemas son su responsabilidad y cuales debe referir a otro profesional?
- ¿Qué problemas tratara usando los planes estandarizados?
- ¿Qué problemas no están cubiertos por los protocolos o planes estándar, pero deben tratarse para asegurar una estancia hospitalaria segura y que el alta se produzca a su debido tiempo?

Para el establecimiento de prioridades es recomendable:

- Preguntar qué problema necesita atención inmediata y que pasaría si espera hasta más tarde para atenderlos.
- Identificar los problemas que tienen soluciones sencillas e iniciar las acciones apropiadas para solucionarlos

- Desarrollar una lista inicial de problemas, identificando problemas reales o potenciales y sus causas, si se conocen.
- Estudiar la lista de problemas y decida cuales van a ser tratados principalmente por enfermeras, que problemas son abordados por planes estándar y cuales requieren una planificación multidisciplinar.
- Decidir qué problemas deben ser abordados en el plan de cuidados, es decir, aquellos problemas únicos del usuario que pueden ser controlados o resueltos para progresar en el logro de los objetivos mayores del cuidado
- Determinar cómo se manejará cada problema

## 2. Elaboración de objetivos o resultados esperados en el cuidado

Los objetivos sirven a tres propósitos principales:

En la unidad de medición del plan de cuidados, se mide el éxito del plan de cuidados determinando si se han conseguido los objetivos planteados, dirigen las intervenciones, se debe saber que pretende conseguir antes de poder decidir cómo lógralo, son factores de motivación, tener un marco temporal específico para hacer las cosas pone a todos en marcha

Los objetivos identifican los beneficios que espera ver el paciente después de brindar los cuidados enfermeros

- *Los objetivos a corto plazo:* describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones enfermeras
- *Los objetivos a largo plazo:* describen los beneficios que espera ver en cierto momento después de haber puesto en marcha el plan

Y estos deben contener un:

- Sujeto: quien se espera que alcance el resultado
- Verbo: que acción debe hacer la persona para demostrar el logro del objetivo

- Condición: en qué circunstancias tiene la persona que llevar a cabo la acción
- Criterios de ejecución: en qué grado va a realizar la acción
- Momento para lograrlo: cuando se espera que la persona sea capaz de hacerlo

### 3. intervenciones enfermeras

Las intervenciones enfermeras son acciones llevadas a cabo por las enfermeras para:

- Controlar el estado de salud
- Reducir riesgos
- Resolver, prevenir o manejar un problema
- Facilitar la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria
- Promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual

Y estas pueden clasificarse en dos categorías:

*Intervenciones de Cuidados directos:* acciones realizadas mediante interacción directa con las personas.

*Intervenciones de cuidado indirecto:* acciones realizadas lejos de la persona, pero en beneficio de este o de un grupo de personas, estas acciones se dirigen al manejo de cuidados de la salud y la promoción de la colaboración multidisciplinaria.

La determinación de intervenciones específicas requiere responder a cuatro preguntas claves:

¿Qué puede hacerse para prevenir o minimizar el riesgo o las causas de este problema?

¿Qué puede hacerse para minimizar el problema?

¿Cómo puedo adaptar las intervenciones para lograr los objetivos esperados en esta persona en concreto?

¿Qué probabilidades hay de que aparezcan respuestas adversas a las intervenciones y que podemos hacer para reducir el riesgo y aumentar la probabilidad de respuestas beneficiosas?

4. asegurarse de que el plan se registra correctamente

Las formas y métodos para registrar el plan de cuidados deberían hacerse para responder a las necesidades de las enfermeras y de las personas de cada institución.<sup>37</sup>

✓ **EJECUCIÓN:** cuarta fase del PAE. Es la fase de operacionalización del planteamiento de la atención de enfermería, consta de varias actividades como validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.

En esta fase se deben proporcionar los recursos necesarios, preparación de un ambiente terapéutico, comunicación con otros profesionales, supervisión entre ellos y educación.

✓ **EVALUACIÓN:** quinta y última fase, la cual es un proceso continuo y se utiliza para juzgar cada parte del proceso. Consiste en comparación sistemática y planteada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados, ante los resultados, el profesional de enfermería tendrá que tomar decisiones que incluyen cambiar el orden de prioridad, elaboración de nuevos diagnósticos de enfermería sobre la base de las nuevas respuestas.<sup>38</sup>

La evaluación formal consta de tres pasos:

1. *validación de la situación actual de la persona*

Los datos para la evaluación formal se reúnen aplicando las técnicas de valoración (entrevista, observación, valoración física y revisión de la historia clínica para completar la información con los datos aportados por otros profesionales.

## *2. Comparación de la situación actual con los objetivos marcados y emisión de un juicio o conclusión*

Tras reunir los datos actuales, estos se comparan con los resultados identificados como deseables en los objetivos, comparación que puede llevar a que:

- Los objetivos se han conseguido totalmente:
- Se han conseguido parcialmente
- No se han conseguido en absoluto

En el primer caso, cuando los objetivos se han logrado plenamente, se avanza al siguiente paso. Cuando, por el contrario, los objetivos se han logrado parcialmente o no se han logrado en absoluto, se deben formular las siguientes preguntas:

¿Los objetivos y las intervenciones eran realistas y apropiados para esta persona?

¿Se realizaron las actividades de forma coherente, tal como estaban planificadas?

Los problemas nuevos o las reacciones adversas ¿se detectaron con oportunidad y se hicieron los cambios adecuados?

¿Cuáles fueron los factores que dificultaron el progreso?

¿Se buscaron en la bibliografía estudios de investigación artículos prácticos, aplicables en este caso?

¿Los diagnósticos identificados reflejaban una situación de la persona que la enfermera pudiera estar?

Esta reflexión resulta fundamental no solo para brindar mejores cuidados a la persona, centro y eje de nuestra actuación, sino también para aumentar los conocimientos de la enfermera, y detectar y corregir los posibles puntos débiles en la valoración, diagnóstico, planificación o puesta en práctica del plan.

### *3. mantenimiento, modificación o finalización del plan*

Finalmente debe tomarse una decisión sobre la actuación que se debe seguir en adelante

*Mantenimiento del plan:* se optará por mantener el plan inicial cuando los objetivos se hayan alcanzado parcialmente y, al analizar todo el proceso, se compruebe que el diagnóstico y las intervenciones siguen siendo adecuadas para la situación de la persona, aunque el logro de los objetivos marcados inicialmente requiera un plazo más largo.

*Modificación del plan:* se procederá a modificar el plan inicial cuando los objetivos se hayan logrado parcialmente o no se hayan logrado en absoluto, y al revisar todo el proceso se llega a la conclusión de que:

- El plan inicial no era el más adecuado
- Ha habido cambios en la situación de la persona que no se han reflejado en el plan
- Han aparecido factores externos que influyen en el logro de los objetivos propuestos que no se han reflejado en la planificación

*Finalización del plan:* estará indicada la finalización del plan de cuidados cuando los objetivos se hayan conseguido totalmente, las causas que lo provocaran hayan desaparecido o se hayan controlado y la persona demuestre la capacidad necesaria para mantener estable su situación actual de salud.<sup>39</sup>

El proceso de atención de enfermería cuenta con tres principales objetivos

- Identificación correcta y oportuna de las necesidades reales y potenciales en la persona, familia, población o comunidad afectada.
- Planeación de las intervenciones o planes de cuidados individualizados que encaminen a una recuperación de la salud en el menor tiempo posible.
- Realización y evaluación de las intervenciones orientadas a resolver los problemas causantes de enfermedad.

## **V. METODOLOGÍA**

### ***5.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN***

Se realizó la selección de la persona a estudiar dentro del quirodano de urgencias de una institución de salud de 3er nivel, al cual se le solicita la autorización para llevar a cabo el estudio de caso firmando el consentimiento informado, se realiza la recolección directa de datos, utilizando el instrumento de valoración con base a las 14 necesidades,

posteriormente se recolectan los datos indirectos en el expediente y familiares.

Teniendo los datos antes mencionados, se analiza la valoración inicial para identificar las necesidades alteradas y jerarquización de las mismas, así mismo realice valoración focalizada en el posoperatorio mediato en el servicio de cirugía general, formulando diagnósticos de enfermería con el formato PES para planificar las intervenciones.

## *5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN.*

Durante la rotación del profesional de enfermería en el hospital General Dr. Manuel Gea González, en el servicio de quirófanos de urgencia se realiza la selección de una persona masculina de 31 años de edad, programada para intervención quirúrgica por trauma agudo de tórax y abdomen, se realiza una valoración inicial, posteriormente un proceso de atención de enfermería, aplicando la filosofía de Virginia Henderson, valorando e interviniendo las necesidades afectadas, obteniendo información de fuentes primarias directas (entrevista profesional de la salud-persona, profesional de la salud- familiares a cargo de la persona) y fuentes de información secundarias (uso de internet, artículos previamente publicados), se realiza la recolección de datos mediante entrevista directa aplicando un instrumento de valoración basado en el modelo de necesidades humanas de Virginia Henderson así como consentimiento informado para integración en protocolos de investigación, se revisan registros en expediente clínico, así como la visualización de imágenes esenciales.



## 5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

### DERECHOS DE LOS PACIENTES

La Ley General de Salud establece que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán derecho a:

- I. Recibir servicios integrales de salud.
- II. Acceso igualitario a la atención.
- III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad.
- IV. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud.
- V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.
- VII. Contar con su expediente clínico.
- VIII. Decidir libremente sobre su atención.
- IX. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos.
- X. Ser tratado con confidencialidad.
- XII. Recibir atención médica en urgencias.<sup>40</sup>

## **RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES**

- I. Proveer información completa y exacta acerca de su condición médica y los motivos que generaron la emergencia
- II. Informar sobre su historial medico
- III. Indicar si ha tomado medicamento previamente
- IV. Hacer preguntas si no comprende el tratamiento o no entiende lo que el médico le está informando
- VI. Seguir las instrucciones médicas que entrega el medico
- VII. Proveer información detallada de su seguro médico o forma de pago al momento de registrarse
- VIII. Tener en cuenta los derechos de otros pacientes que también buscan asistencia medica <sup>41</sup>

## **OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES**

- I. Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- III. Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica.
- IV. Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud.
- V. Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse.

- VI. Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas.
- VIII. Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes.
- IX. Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento.
- XI. Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar.<sup>42</sup>

## PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En el artículo 23 de salud, especifica las acciones que se realizan en beneficio de un individuo, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

El artículo 24 menciona los servicios de salud y su clasificación como de atención médica, salud pública, y asistencia social.

El sector salud garantiza la existencia permanente de los medicamentos así como su disponibilidad a la población que lo requiera artículo 29.

Art. 30 Con relación al artículo antes mencionado, la secretaria de salud tiene como obligación apoyar a las dependencias con el fin de vigilar los establecimientos públicos y privados dedicados al expendio d medicamentos e insumos de la salud.

Las actividades de atención médica según el artículo 33 son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.

Según el artículo 34 los prestadores de salud en:

- I. Servicios públicos a la población en general;
- II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;
- III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y
- IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.

En el artículo 96 la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, a la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población, al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud, al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y a la producción nacional de insumos para la salud.

Quien realice investigación en seres humanos en contravención, se hará acreedor de las sanciones correspondientes según el artículo 101.

## **VI. PRESENTACIÓN DEL CASO**

### *6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO*

L.L.D. S. masculino de 31 años, ingresó al servicio de quirófano urgencias del H. Dr. Manuel Gea González, con un diagnóstico de trauma agudo de tórax y abdomen, dolor intenso 9/10 en escala de valoración ENA principalmente en hemitorax izquierdo, presenta palidez de tegumentos y diaforesis, refirió haber tenido colisión mientras viajaba en su motocicleta, se realiza valoración inicial encontrando:

Signos vitales: T/A 140/90 mmHg Fc 89 x', Fr 22x', T° 36.7 °C, en imagen radiológica AP y lateral mostrando fracturas costales de 8, 9 y 10, así como de clavícula izquierda, mostrando también deslizamiento del angulo esplénico del colon, se realizó laparoscopia exploratoria el 15 noviembre 2016 encontrando destrucción total de órgano (bazo), se realizó esplenectomía ligando pedículo y resecando restos en su totalidad, posterior a cirugía, se aborda paciente en piso de hospitalización cirugía general, en su noveno día de estancia el 24 noviembre 2016 se valora nuevamente encontrandolo: orientado, cooperador, con dificultad respiratoria, sistema de drenaje blake en flanco izquierdo y flanco derecho, tratamiento: cefalexina 1gr c 12 hrs, Metronidazol c 8hrs paracetamol, metamizol sódico.

Diagnóstico postoperatorio: Esplenectomía total por trauma

Se realizó valoración en los diferentes periodos operatorios aplicando el modelo conceptual de Virginia Henderson de las 14 necesidades,

posteriormente haciendo una planeación de las intervenciones jerarquizando las necesidades más afectadas.

## **6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA**

### *Persona*

Nombre: L.L.D.S. Edad: 31 años sexo: masculino estado civil: unión libre

Peso 98 kg talla 1.83m IMC 26.77sobrepeso IVSA 16 años NPS 4

### *Entorno*

-Abuelo paterno finado por paro cardio-pulmonar a la edad de 83 años, abuela paterna 77 años de edad, con antecedente de HTA diagnosticada y controlada desde hace 2 años.

- Abuelo materno 86 años en perfecto estado de salud, abuela materna 79 años en Abuelo control de DM1 diagnosticada hace 6 años 3 meses.

-Padre de 56 años de edad en perfecto estado de salud, madre de 54 años de edad en perfecto estado de salud.

Quirúrgicos: negados, nunca le han realizado alguna intervención quirúrgica.

Alérgicos: interrogados y negados.

Vivienda propia de materiales solidos, cuenta con servicio de agua y drenaje, ubicada en bosque residencial del sur.

### *Salud*

Respiración y circulación:

Transfusionales: nunca ha sido donador, ni mucho menos receptor de componentes sanguíneos.

Tabaquismo: negado, practica caminatas de 40 minutos cada tercer día.

Nutrición e hidratación:

Consume habitualmente 1 litro de agua por día, realizando 3 comidas con un tiempo de 6- 7 horas entre cada una de ellas, el desinfecta y lava los alimentos consumiendo carne 5 veces por semana, huevo 2 veces por semana, verduras 7 veces por semana, leche 7 veces por semana, cereales 3 veces por semana, agua 1 litro por día, frutas 2 veces por semana.

Alcoholismo: ha consumido bebidas alcohólicas desde los 16 años de forma esporádica; actualmente consumiendo 2 copas únicamente el día sábado.

Eliminación:

Orina espontanea, con control voluntario, de características normales, clara, no turbia, sin agregados 1,2 veces por día.

Sin problemas de estreñimiento, eses firmes, 1 vez por día.

Movimiento y postura:

Mantiene una postura adecuada, movimientos libres no limitados, realiza ejercicio cada tercer día.

Descanso y sueño:

Higiene del sueño: comenta dormir diariamente de 7 a 8 horas, niega antecedentes de insomnio, su horario de sueño es de 12:00pm a 7:00-7:30am

Vestido:

Vestimenta de acuerdo a estado de clima, uso habitual de tenis suave, pantalón de mezclilla, camisa tipo polo.

Es autosuficiente al realizar el cambio de vestimenta, con cambio diario de ropa, y auto elección de prendas.

Mantener temperatura corporal:

Menciona vivir en una zona alta, con corrientes de aire frío, uso de chamarras por las mañanas y noches.

Mantener la higiene corporal:

Higiénicos: dice bañarse normalmente 4 a 5 veces por semana, por las mañanas, en ducha 15 minutos aprox., sabe cuándo realizar el lavado de manos, comenta que después de ir al baño y antes de consumir algún alimento. Se realiza el cepillado dental 2 veces por día, no usa hilo dental, ni enjuague bucal, cambio de ropa cada baño en un 100%.

Evitar peligros:

Cuenta con conocimiento de señalamientos preventivos, no ha sufrido caídas previas en el último año, cartilla de vacunación completa, consumo habitual de alcohol, práctica motociclismo, sin problemas de visión.

Comunicación:

Sin problemas de habla, expresión relajada, relación con pareja adecuada, buena relación laboral, con acceso a redes sociales y reuniones familiares.

Creencias:

De religión católica, acude a la iglesia ocasionalmente.

Trabajar y sentirse realizado:

Es autoempleado, cuenta con negocio propio, recursos económicos adecuados.

Recreación:

Practica caminatas en un club al cual dedica 2 horas cada tercer día, acude los fines de semana a un motoclub al cual pertenece, además de acudir al cine.

Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

Cuenta con formación técnica en diseño gráfico, menciona querer aprender más entrando a una carrera de la rama publicitaria.

## **VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA**

### *7.1 VALORACIÓN*

Mediante una entrevista directa estructurada se realizó la valoración inicial del usuario, en del servicio de anestesia quirúrgica, tomando como referencia datos clínicos objetivos y subjetivos manifestados por el usuario, se realiza la jerarquización de las necesidades afectadas para posteriormente realizar el plan de cuidados en enfermería.

D. S. masculino de 31 años de edad, se encuentra orientado, cooperador, a la exploración física cabeza normocefala, sin datos de exostosis ni endostosis, cabello bien implantado sin datos de alopecia, oídos simétricos, permeables, ojos simétricos test Goldman sin alteraciones, narinas permeables con mascarilla apoyo de oxígeno a 6 lpm, boca permeable, piezas dentales completas con datos de caries en segundo molar inferior derecho, mucosas semihidratadas, cuello cilíndrico con ligera limitación de amplitud hacia lado izquierdo, tórax expandible, doloso a palpación en región clavicular izquierda, ruidos cardiacos sin compromiso, adecuado ritmo, campos pulmonares ventilados, con presencia de estertores en lóbulo inferior izquierdo, hipocondrio izquierdo doloroso a palpación, abdomen blando y depresible, genitales acordes a edad y sexo, extremidades integras y funcionales, con acceso periférico en extremidad derecha, edema (+) en extremidad inferior derecha, RX de torax mostrando fractura clavicular izquierda, costilla 8, 9, 10, desplazamiento del angulo esplénico del colon.

**Oxigenación:** se encuentra consciente, ventilando por el mismo pero con apoyo de mascarilla reservorio, campos pulmonares ventilados con dificultad y presencia de estertores en base del pulmón izquierdo, además de respiración rápida y superficial, llenado capilar de 2 segundos, puntaje 15 en escala de Glasgow, saturación sin mascarilla 80%, saturación con mascarilla 93%.

**Alimentación e hidratación:** ministrando soluciones cristaloides cada 8hrs a 62ml/hr, encontrándose en ayuno por procedimiento quirúrgico.

Peso **98kg** Talla **183cm** Índice de Masa Corporal **26.77** **sobrepeso**

**Eliminación:** cuenta con sonda vesical drenando 80 ml/hr, las características de la orina transparente y amarillento claro, sin presentar defecación.

**Termorregulación:** cursa a su llegada con descenso de la temperatura (36°C),

**Movimiento y postura:** refiere no tener fuerza para realizar movimientos, presenta fractura clavicular izquierda, costilla 8, 9 y 10 izquierda determinada por toma radiológica, además de referir mucho dolor en “hombro” tipo punzante al hacer un cambio postural, dificultándosele el movimiento.

**Descanso y sueño:** Se mantiene alerta, refiere descansar adecuadamente, contando 8 horas de sueño.

**Vestido:** totalmente dependiente para realizar cambio de vestimenta, al tener sus movimientos limitados y una mala respuesta a actividades por parte de sus funciones respiratorias.

**Higiene:** realiza habitualmente baño 5 veces a la semana, menciona no haberse realizado el baño del día actual, además sabe los momentos de lavado de manos, así como hábitos de cuidado dental.

**Evitar peligros:** obtiene puntaje de 6 en escala de Crichton (anexo 5) obteniendo un alto índice de riesgo de caída, esquema de inmunización completo. Alcoholismo 3/7, llegando hasta la embriaguez; tabaquismo negado, toxicomanías negadas.

**Comunicación:** no cuenta con ninguna alteración morfológica o fisiológica que le impida la adecuada comunicación, siendo su lengua materna el español, además de estudiar el idioma inglés, durante la entrevista se mostró cooperador y coherente conforme a lo que se le solicitó.

**Creencias y valores:** refiere ser católico (creyente), manifestando que lo más importante es la vida, por lo que reza es por la mantención de la salud para él y su familia.

**Trabajar y realización:** cuenta con su negocio propio, siendo diseñador gráfico, muestra angustia en la entrevista, manifiesta no poder regresar al trabajo por la limitación física de su extremidad izquierda.

**Recreación:** tiene como pasatiempo el motocross manifestando que para la actividad que más le gusta hacer siempre habrá tiempo. Además de contar con una buena convivencia entre familia.

**Aprendizaje:** presenta escucha activa de indicaciones, hace mención de los nuevos conocimientos como un punto a favor, manifestando no tener ningún problema al momento de aprender cosas nuevas.

### **7.1.1 VALORACIÓN FOCALIZADA**

#### PERIODO TRANSOPERATORIO

Se realizó la valoración del usuario en el periodo transoperatorio, dentro del servicio de quirófano de urgencias sala 1 el día 15 de noviembre de 2016, tomando como referencia datos clínicos objetivos y subjetivos manifestados por los monitores presentes en sala y personal del área médica, se realizó la jerarquización de las necesidades afectadas y posteriormente se ejecutó el plan de cuidados de enfermería.

**Oxigenación:** bajo anestesia general balanceada, con apoyo ventilatorio mecánico controlado por el personal del área de anestesia, con frecuencia inspiratoria de 17 rpm, tensión arterial 87 / 58 mm/hg, llenado capilar de 2 segundos en extremidades superiores, saturando al 97%.

**Alimentación e hidratación:** ministrando 1500cc de sol Hartman durante procedimiento.

**Eliminación:** cuenta con sonda vesical drenando 75ml/hr. Orina turbia con sedimentos

**Termorregulación:** cursa el transoperatorio con fluctuaciones de temperatura hipotermia leve (debajo de 35 °C).

**Movimiento y postura:** en posición de decúbito dorsal, se mantiene una adecuada alineación del torso con las extremidades superiores y cabeza, se protegen prominencias óseas, se modifica posición dando trendelenburg 15°

**Vestido:** en ausencia de vestimenta, se cubrió con campos y sabanas estériles extremidades superiores e inferiores, brindando mantenimiento de temperatura cuidando de la intimidad del usuario.

**Higiene:** se realizó higiene y desinfección del área a intervenir utilizando clorhexidina al 2% solución antiséptica + iodine povcrylex 0.7% / alcohol isopropilico 74%.

**Evitar peligros:** se realizó revisión de expediente clínico, así como pausa quirúrgica para evitar eventos adversos, corroborando identificación del usuario, procedimiento, área a intervenir y equipo médico, se toma gasometría arterial reportando hemoglobina 9.6 g/dl, se transfunde concentrado eritrocitario 266cc.

#### PERIODO POSTOPERATORIO MEDIATO

Mediante una entrevista directa semiestructurada se realizó la valoración del usuario en el postoperatorio mediato, dentro del servicio de Cirugía General, el día 24 de noviembre de 2016 tomando como referencia datos

clínicos objetivos y subjetivos manifestados por el usuario, así como uso de expediente clínico para obtención de notas de evolución, hojas de enfermería e indicaciones. Se realiza la jerarquización de las necesidades afectadas para posteriormente realizar el plan de cuidados de enfermería.

**Oxigenación:** se encuentra consciente, ventilando por el mismo pero con apoyo de mascarilla a 3L x', con disnea al esfuerzo, SPO2 98-99% (SPO2 85% sin apoyo del O2). Campos pulmonares ventilados con estertores en base del pulmón izquierdo, llenado capilar de 2 segundos, puntaje 15 en escala de Glasgow.

Mantiene indicación de inspirómetro incentivo la cual no realiza en la frecuencia indicada.

Signos Vitales: FC: 89 FR: 18 (22x' sin oxígeno) T° 36.4 T/A 100/70

**Alimentación e hidratación:** ministrando soluciones cristaloides a 41.6 ml/hr, además se encuentra con NPT Oclinomel 900 Kcal/1026cc a 42.7 ml/hr p/24 no haciendo ingesta vía oral

**Eliminación:** con sonda vesical drenando 1600ml/24 hrs, además de contar con tres drenajes Biovac en: hipocondrio izquierdo drenando 75ml/turno, línea media axilar drenando 25ml/ turno e hipocondrio derecho drenando 20l/turno todas con secreción serohemática. Lateral al sitio de herida quirúrgica cuenta con Pleuroback drenando líquido seroso. (2ml en 8hrs)

Aun con ausencia de evacuaciones desde su ingreso.

**Termorregulación:** presentó fluctuaciones termicas en turno nocturno, controlando con medios físicos (compresas húmedas) y antipiréticos paracetamol 1gr c/8hrs, metamizol sódico 1gr ministrado a la 06:00 am dosis única.

**Movimiento y postura:** refirió no tener fuerza para realizar movimientos, presentó fractura clavicular izquierda, costilla 8, 9 y 10 izquierdas, además de referir mucho dolor en “hombro” tipo punzante al hacer un cambio postural, dificultándosele el movimiento por las sondas y drenajes instalados, además falta de oxígeno al realizar una actividad.

**Descanso y sueño:** L.L.D.S. refiere estar siendo interrumpido constantemente por el personal de la salud (ministración de fármacos, registro de constantes vitales) no obteniendo un adecuado descanso.

**Vestido:** además de haber interrumpido con su vestimenta habitual, es dependiente para realizar cambio de bata al tener sus movimientos limitados y una mala respuesta a actividades por parte de sus funciones respiratorias.

**Higiene:** en estancia hospitalaria y por la limitación de movimiento se realiza baño de esponja donde es asistido por el personal de enfermería y familiar.

**Evitar peligros:** obtiene puntaje de 6 en escala de Crichton (anexo 5) obteniendo un alto índice de riesgo de caída, se brinda orientación al usuario y a la familiar sobre métodos de prevención de caídas hospitalarias, así como técnicas de lavado de manos y momentos en los que se deben realizar, también se hace supervisión farmacológica.

Heridas quirúrgicas de Laparoscopia y sitios de inserción de drenajes sin datos de infección. Sin embargo, dos drenan secreción purulenta.

Escala de Bráden (anexo 6) obteniendo un puntaje de 15 puntos lo cual obtiene un grado moderado para riesgo de úlceras por presión.

**Comunicación:** durante la entrevista se comportó cooperador, coherente en las respuestas, sin problemas de gesticulación. No cuenta con ninguna alteración morfológica o fisiológica que le impida la adecuada comunicación.

**Creencias y valores:** manifestó que lo más importante en la vida y por lo que reza es por la recuperación de la salud.

**Trabajar y realización:** se muestra preocupado por los días de estancia hospitalaria y de ausencia en su trabajo.

**Recreación:** comentó contar con libros de lectura para su estancia hospitalaria.

**Aprendizaje:** hace mención de los nuevos conocimientos como un punto a favor, manifestando no tener ningún problema al momento de aprender cosas nuevas.

### 7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete

Biometría

hemática

Biometría hemática	Resultado	Referencia	Interpretación
Leucocitos	10.3 10 <sup>3</sup> μL	4.0-12.0 10 <sup>3</sup> μL	Normal
Neutrófilos	85%	39-89%	Normal
Linfocitos	30.50%	11-54%	Normal
Monocitos	7.03%	1-14%	Normal
Eosinófilos	4%	3-6%	Normal
Basófilos	0.70%	1-2%	Basopenia
Hemoglobina	11.3 g/dL	13-17g/dL	Anemia
Eritrocitos	5.8 10 <sup>6</sup> μL	4.60-6 10 <sup>6</sup> μL	Normal
Hematocrito	48.80%	42.60-52.60 %	Normal
Plaquetas	155 10 <sup>3</sup> μL	150-450 10 <sup>3</sup> μL	Normal
Coagulación			
Tiempo de protombina	13.6 seg	12.5-13.7 seg	Normal
INR	1.17	0.80-1.20	Normal
Tiempo de Trombina	15.70 seg	Testigo TT 15.8 seg	Normal
Tiempo de Tomboplastina Parcial	31.50	30.0-33.0 seg	Normal
Bioquímica			
Glucosa	94 mg/dL	70-105 mg/dL	Normal
BUN	16.1mg/dL	8-20 mg/dL	Normal
Urea	40 mg/dL	10-50 mg/dL	Normal
Creatinina	0.98 mg/dL	0.70-1.20 mg/dL	Normal
Sodio	142 mEq/dL	136-144 mEq/dL	Normal
Potasio	4.3 mEq/dL	3.6-5.1 mEq/dL	Normal
Cloro	104 mEq/dL	101-111 mEq/dL	Normal
Cloro	10.01 mg/dL	8.90-10.30 mg/dL	Normal
Fosforo	2.45 mg/dL	2.40- 4.70 mg/dL	Normal
Magnesio	2.1 mg/dL	1.8-2.5 mg/dL	Normal <sup>43</sup>

Todos los valores cursan con normalidad exceptuando un descenso de basófilos y niveles de hemoglobina bajo los estándares relacionados a perdida interna de hemocomponentes.

Gabinete	
Imagen radiológica	AP y lateral mostrando fracturas costales de 8, 9 y 10, así como de clavícula izquierda, mostrando también deslizamiento del Angulo esplénico del colon

### 7.1.3 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

#### TRANSOPERATORIO

Necesidad	Causa de dificultad	Nivel de dependencia Anexo	Rol de enfermería
<b>Oxigenación</b>	Fuerza	4	Asistencia
<b>termorregulación</b>	Fuerza	6	Asistencia
<b>Movimiento y postura</b>	Fuerza / conocimiento	4	Asistencia/ educación
<b>Evitar los riesgos</b>	Fuerza / conocimiento	6	Asistencia/ educación

## POSTOPERATORIO TARDÍO

Necesidad	Causa de dificultad	Nivel de dependencia Anexo	Rol de enfermería
<b>Alimentación e hidratación</b>	Voluntad	3	Asistencia
<b>Higiene</b>	Fuerza / conocimiento	4	Asistencia/ educación
<b>Movimiento y postura</b>	Fuerza/ voluntad	4	Asistencia
<b>Eliminación</b>	Fuerza	4	Asistencia/ educación
<b>Descanso y sueño</b>	Voluntad	2	Educación supervisión
<b>Evitar peligros</b>	Conocimiento	4	Educación /supervisión

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

<b>Transoperatorios</b>		
Necesidad alterada	Diagnóstico de enfermería	Rol de enfermería
<i>Oxigenación</i>	Sangrado interno r/c traumatismo de organo (bazo) m/p coloración pálida, diaforesis, taquicardia e hipotensión 87 / 58.mm/hg.	suplencia
<i>termorregulación</i>	Desequilibrio de la temperatura corporal r/c ambiente frio de area	Suplencia

	quirúrgica/ efectos de sedación m/p fluctuaciones de la temperatura (hipotermia 87 / 58), temblor fino, taquicardia 105 lpm, taquipnea 22 rpm.	
<i>Movimiento y postura</i>	Riesgo de lesión vascular r/c fractura ósea (clavícula izquierda) m/p arcos de movimiento limitados, dolor 9/10 ENA.	Asistencia
<i>Movimiento y postura</i>	Riesgo de lesión cutánea r/c estancia prolongada en sala quirúrgica	Suplencia
<i>Evitar peligros</i>	Riesgo de infección r/c pérdida de la integridad cutánea	suplencia

### **Postoperatorio Tardío**

<b>Necesidad alterada</b>	<b>Diagnóstico de enfermería</b>	<b>Rol de enfermería</b>
<i>Alimentación e hidratación</i>	Baja ingesta nutricia r/c pérdida del apetito m/p pérdida de peso, bajo tono muscular, palidez de tegumentos	Asistencia/ educador
<i>Eliminación</i>	Disminución de motilidad gastrointestinal r/c falta de deambulacion, estancia prolongada en cama m/p distension abdominal, eliminacion dificultosa de heces, dolor abdominal tipo colico, disminucion de movimientos	Asistencia/ educación

	peristalgicos.	
<i>Movimiento y postura</i>	Dificultad para la movilidad física r/c fractura de clavícula, costillas flanco izquierdo m/p limitación de amplitud de movimiento, expresión verbal, dolor al movimiento.	Asistencia
<i>Higiene</i>	Disminución de aseo personal r/c incapacidad de realizar tareas personales m/p expresión verbal, movimientos limitados, accesos venosos y drenajes abdominales.	Asistencia/ educación

### 7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

- Insuficiencia respiratoria secundario a trauma agudo de tórax manifestado por aleteo nasal, disnea
- Riesgo de shock hipovolémico secundario a trauma agudo de tórax y abdomen
- Riesgo de hemorragia secundario a cirugía de abdomen (esplenectomía).
- Riesgo de infección secundario a intervención quirúrgica

## 7.4 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS

### TRANSOPERATORIOS

Diagnóstico de enfermería

Sangrado interno r/c traumatismo de organo (bazo) m/p coloración pálida, diaforesis, taquicardia e hipotensión 87 / 58.mm/hg.

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Oxigenación	Fuerza	Sustituto	6	Interdependiente

Datos objetivos	Datos subjetivos
Hipotensión 87 / 58.mm/hg Taquicardia Palidez de tegumentos	Diaforesis

Objetivo de la persona	Mantener una adecuada perfusión sanguínea.
Objetivo de enfermería	Ministrar soluciones para lograr un equilibrio hidroelectrolítico y sanguíneo.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Valorar cambios en los signos vitales (taquicardia, hipotensión, temperatura elevada).</p> <p>Proporcionar fluido terapia intravenosa</p>	<p>La temperatura elevada incrementa la pérdida de líquidos por evaporación, los cambios de la tensión arterial pueden indicar déficit sistémico de fluidos.<sup>44</sup></p> <p>En presencia de pérdida excesiva, la vía parenteral puede prevenir el déficit, la reanimación hídrica repone la pérdida de líquidos ayudando a evitar complicaciones como choque hipovolémico.<sup>45</sup></p> <p>Al disminuir la volemia (&lt;15%) el organismo tiene mecanismos de compensación (aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca) que permiten que el corazón continúe bombeando sangre normalmente.<sup>46</sup></p>	<p>Se mantiene monitorización continua de frecuencia cardíaca 68-79 lpm, T/A 100/60 y frecuencia respiratoria 14 x min.</p> <p>Se administraron durante el tiempo de cirugía 4000 ml de solución.</p>

<p>Cuantificación de balance hídrico, registrando color y aspectos de la orina.</p>	<p>Proporciona información sobre la suficiencia de líquidos y las necesidades de reposición, manteniendo un buen aporte de oxígeno, el mantenimiento la integridad de la pared vascular, la presión intravascular, la osmolaridad y así también el mantenimiento del estado líquido de la sangre.<sup>47</sup></p>	<p>Se vigila la uresis y se cuantifica, llevando un registro estricto, asegurando un adecuado mantenimiento del estado hidroelectrolítico, drenando en el transoperatorio 1200ml.</p>
<p>Valorar la adecuada reposición de líquido dentro de los límites prescritos.</p>	<p>La reposición rápida del agua o los cambios rápidos del sodio sérico o de la osmolalidad pueden causar desplazamientos de líquidos dentro del encéfalo, lo que aumenta el riesgo de hemorragia o edema cerebral.<sup>48</sup></p>	
<p>Mantener una vía intravenosa permeable con soluciones cristaloides hipertónicas.</p>	<p>La pérdida de volumen de sangre circulante provoca una vasoconstricción incrementando la dificultad de establecer un acceso venoso. Una vía ya establecida proporciona una vía para la reposición rápida de líquidos en caso necesario.<sup>49</sup></p>	<p>Se mantiene acceso periférico con catéter jelco calibre #18 permeable.</p>

Colocación de puntas nasales	La pérdida de aproximadamente una quinta parte o más del volumen normal de sangre en el cuerpo causa un estado de shock hipovolémico, comprometiendo la perfusión a los órganos vitales. Los dispositivos de bajo flujo proporcionan menos de 40L/min, por lo que proporcionan la totalidad del gas inspirado y parte del volumen inspirado es tomado del medio ambiente <sup>50</sup> .	Se logró aumentar la saturación de O <sub>2</sub> y mantenerla por encima de 93%.
------------------------------	--	---

Diagnóstico de enfermería

Desequilibrio de la temperatura corporal r/c ambiente frio de area quirúrgica/ efectos de sedación m/p fluctuaciones de la temperatura (debajo de 35°C), hipotension (87 / 58), temblor fino, taquicardia 105 lpm, taquipnea 22 rpm.

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
TERMORREGULACIÓN	Fuerza	Sustituto	6	interdependiente

Datos Objetivos	Datos Subjetivos
Temperatura de 35.7°	Extremidades frías en región distal

Objetivo de la persona	Mantener una adecuada eutermia
Objetivo de enfermería	lograr el equilibrio entre la producción, ganancia y perdida de calor

Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Regulación de la temperatura por medios físicos (colocación de sabana térmica)	El cuerpo pierde calor a través de los mecanismos de conducción a unas sustancias más fría.	Se logró mantener la temperatura cubriendo regiones expuestas.
Proporcionar soluciones tibias intravenosas.	En el periodo transoperatorio el paciente se encuentra bajo efectos de relajantes y la	Se proporcionan soluciones tibias, la

<p>Evitar que la persona se encuentre sobre superficies húmedas o mojadas utilizando campos quirúrgicos impermeables.</p>	<p>transferencia térmica es más fácil que cuando se realiza con el paciente en vasoconstricción.<sup>51</sup></p> <p>La administración intravenosa de un litro de cristaloides a temperatura ambiente de quirófano disminuye la temperatura corporal 0.25°C<sup>52</sup>.</p> <p>Radiación y convección son los únicos mecanismos de pérdida de calor en una superficie expuesta y seca, a los que habrá que sumar la evaporación si la superficie está húmeda.<sup>53</sup></p>	<p>temperatura se logro mantener, evitando descenso.</p> <p>Se proporcionan campos quirúrgicos impermeables.</p>
---	--	--

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de lesión vascular r/c fractura ósea (clavicula izquierda) m/p arcos de movimiento limitados, dolor 9/10 ENA.

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Moverse y mantener una buena postura	Fuerza	asistencia	4	Independiente

Datos Objetivos	Datos Subjetivos
movilidad limitada Fuerza muscular 2/5 Edema +/-+++	Parestesias en extremidad que irradia a hombro Dolor 9/10 Escala ENA.

Objetivo de la persona	Limitar movimiento para evitar lesión
Objetivo de enfermería	Movilizar a la persona en bloque para evitar lesión / dolor

Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Valorar la respuesta	La disminución de la	Se muestra sin datos

<p>neurocirculatoria distal de la extremidad afectada (palidez, temperatura, coloración, llenado capilar).</p>	<p>respuesta neurocirculatoria distal nos podría indicar la lesión de arterias, nervios y reducción o eliminación de la perfusión vascular.<sup>54</sup></p>	<p>de cianosis, adecuada perfusión y temperatura de falanges y uñas.</p>
<p>Se orienta a la persona sobre la adecuada transferencia de la camilla-camilla.</p>	<p>El mantener la extremidad torácica inmovilizada/ estable ayuda a la disminuir el edema y descompresión paquete neurovascular, disminuyendo dolor.<sup>55</sup></p>	<p>Realiza solo movimientos pasivos sin apoyo sobre extremidad torácica, recibe ayuda por parte del servicio de camilleros para la transferencia a camilla.</p>

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de lesión cutánea r/c estancia prolongada en sala quirúrgica

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Movimiento y postura	fuerza	suplencia	6	interdependiente

Objetivo de la persona	Disminuir el riesgo
Objetivo de enfermería	Evitar el riesgo de lesión cutánea

Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Mantener estiradas y sin pliegues las sábanas que cubren la mesa de operaciones.	Los pliegues y arrugas de las ropas quirúrgicas pueden provocar puntos de presión y conducir al deterioro de la piel y tejido. <sup>56</sup>	Se realiza tendido de la mesa quirúrgica sin arrugas.
Valorar constantemente el estado neurocirculatorio distal en extremidades	La valoración del estado neurocirculatorio distal nos podría indicar la lesión de arterias o nervios. <sup>36</sup>	Llenado capilar de 3 segundos mostrando, adecuada coloración y

<p>Colocar almohadillas en puntos de presión evitando compresión de paquete neurovascular.</p>	<p>El paquete neurovascular en las articulaciones puede ser comprimido al estar en contacto con algún objeto solido (mesa quirúrgica) porque su localización es superficial y debe ser debidamente protegido.<sup>57</sup></p>	<p>temperatura.</p> <p>No presenta lesión cutanea.</p>
<p>Verificar que la persona no esté en contacto con bases rígidas metálicas.</p>	<p>Minimizar la presión sobre la piel, nervios y vasos sanguíneos, utilizando protectores, alineación correcta y evitando las presiones mecánicas directas.<sup>58</sup></p>	<p>La piel de la persona se encuentra libre de cualquier superficie metálica.</p>
<p>Evitar la hiperextensión de las articulaciones</p>	<p>Una excesiva abducción de extremidades puede lesionar el paquete neuromuscular.<sup>59</sup></p>	<p>Se evita lesión con correcta alineación y abducción de articulaciones.</p>

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de infección r/c pérdida de la integridad cutánea

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
EVITAR PELIGROS	fuerza	sustituto	6	interdependiente

Objetivo de la persona	Evitar/ disminuir riesgo
Objetivo de enfermería	Brindar las medidas necesarias para la disminución del riesgo, así como evitar complicaciones

Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
1. Lavado de manos	1. Cuando un jabón se mezcla con el agua en presencia de mugre, la parte orgánica se disuelve en partes no polares de la molécula de jabón y la parte polar del jabón se orienta hacia el agua <sup>60</sup> . El lavado de manos antes y después del contacto con el	Se desarrolló el lavado quirúrgico conforme a la normativa de la institución, evitando contaminación cruzada y así disminuyendo el riesgo de desarrollar alguna infección.

<p>2. Mantener limpio el entorno de la persona cambiando campos húmedos por secos, manteniendo circuito esteril</p>	<p>usuario ayuda a la disminución de este factor.</p> <p>2. Los materiales usados para la cirugía se eligen por su densidad, resistencia, capacidad de rechazar la humedad y facilidad de uso. Los que no reúnen los estándares mínimos no deben usarse.<sup>61</sup></p>	
<p>3. Ministración de profilaxis antibiótica</p>	<p>3. Las cefalosporinas constituyen la esencia de la terapia antibiótica, ya que con su amplio espectro cubre la mayoría de Gram positivos y Gram negativos.<sup>62</sup> La antibioticoterapia Contribuye a reducir el número de microorganismos desencadenantes de</p>	<p>Se realizó la colocación de campos y sábanas estériles, brindando protección y calor al usuario.</p>

<p>4. cuidados a heridas quirúrgicas y drenajes, así como accesos Venosos cubriéndolos con películas protectoras.</p>	<p>patologías, además del valor de los antibióticos en la prevención de la sepsis inducida<sup>63</sup>.</p> <p>4.Los principales agentes causante de infección por catéter son los estafilococos, en especial S. epidermidis son los microorganismos más frecuentemente aislados en IAC, debido a que forman parte de la flora cutánea<sup>64</sup></p>	<p>Se realizó la curación de heridas y drenajes aun con campos estériles en sala quirúrgica, protegiendo de agentes patógenos sitios de inserción.</p>
---	--	--

## POSTOPERATORIOS TARDÍOS

Diagnóstico de enfermería

Baja ingesta nutricia r/c perdida del apetito m/p pérdida de peso, bajo tono muscular, palidez de tegumentos

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
ALIMENTACION E HIDRATAACION	Fuerza conocimiento	educador	3	Asistencial educador

Datos Objetivos	Datos Subjetivos
Pérdida de peso (3kg en 15 días)	Debilidad muscular Palidez de tegumentos Aversión a comer Falta de interés en los alimentos

Objetivo de la persona	Mejorar el aporte alimenticio
Objetivo de enfermería	Sustituir la ingesta de nutrientes suficientes para satisfacer las necesidades metabólicas de la persona.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
1. Medición de glicemia capilar cada 8	La glucosa es una fuente importante de energía para la mayoría de las células	El usuario se mantuvo dentro de los parámetros

<p>hrs.</p> <p>2. Ministración de nutrición parenteral por medio de CVC</p>	<p>del cuerpo<sup>65</sup>, la ingesta de carbohidratos se convierte en glucosa, que a su vez genera energía. El conocer los valores de glucosa en sangre permitirá saber el funcionamiento pancreático y hepático, así como la resistencia muscular a la captación de la glucosa<sup>66</sup></p> <p>La ministración de nutrientes vía endovenosa es un coadyuvante en la recuperación del paciente con trauma agudo, ayudando a la descompresión del intestino evitando el aumento de fistulas por impacto.<sup>67</sup> Las soluciones hipertónicas de nutrientes deben infundirse a través de una vía central o de alto flujo, que permita que se diluyan de forma rápida sin producir lesión del endotelio vascular<sup>68</sup>.</p>	<p>normales, reportando glucemias de 85-96 mg/dl</p> <p>Se logró una mejoría en recuperación postquirúrgica, pero una pérdida de peso de 5 kg en estancia hospitalaria.</p> <p>No se presentaron lesiones cutáneas, ni aumento de leucocitos en sangre.</p>
---	--	---

<p>3.Cuidados de catéter venoso</p> <p>Mantener el sitio libre de pliegues, cubierto con película protectora, libre de materia orgánica, permeable.</p>	<p>Debido a la hiperosmolaridad de las soluciones de nutrición parenteral, estas deben ser administradas en vasos de gran flujo sanguíneo a una velocidad controlada, no mayor a 40 gpm, puesto que el calibre es mayor, hay menor resistencia a los procesos flebíticos, ya que el catéter apenas contacta con el endotelio<sup>69</sup>.</p>	<p>No presento ningún signo o síntoma de alarma, motivo de suspensión de la nutrición parenteral.</p>
<p>4.Educación nutricional a la persona y familiar</p>	<p>La etiología de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) es multifactorial, constituyendo los factores de riesgo desencadenantes la historia familiar de TCA y obesidad, la presencia de alguna enfermedad afectiva o de alcoholismo en primer grado de consanguinidad, los rasgos de perfeccionismo y baja autoestima, la falta de satisfacción corporal, el seguimiento de dietas caracterizadas por la omisión de alguna toma, la práctica de</p>	<p>Mejora la ingesta de alimentos de forma balanceada, pero no en su totalidad.</p> <p>El familiar muestra interés por la educación brindada.</p>

	ejercicio compulsivo y la alteración en la sensación hambre-saciedad. <sup>70</sup>	
--	---	--

### Diagnóstico de enfermería

Disminución de motilidad gastrointestinal r/c falta de deambulaci3n, estancia prolongada en cama m/p distenci3n abdominal, eliminaci3n dificultosa de heces, dolor abdominal tipo colico, disminuci3n de movimientos peristalgicos

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervenci3n
ELIMINACI3N	fuerza	Asistencia educaci3n	4	interdependiente

Datos Objetivos	Datos Subjetivos
	Distenci3n abdominal Dolor abdominal tipo c3lico Cambio en los ruidos intestinales Eliminaci3n dificultosa de heces

Objetivo de la persona	Mejorar la motilidad intestinal Facilitar la eliminaci3n de heces
Objetivo de enfermería	Modificar h3bitos que mejoren la motilidad intestinal

Intervenciones de enfermería	Fundamentaci3n	Evaluaci3n
1. Fomentar la independencia en el autocuidado, pero interviniendo si el usuario no puede realizar la	1. El involucrar al usuario en su autocuidado, hace que se responsabilice de sus obligaciones obteniendo una	1. El usuario se involucró en la ingesta de alimentos, mejorando su estado de ánimo y

<p>acción, alientando a la autoingesta de alimentos.</p> <p>2. Realizar masaje en marco cólico</p> <p>3. Uso de laxante (agiolax 100g) toma con líquidos, c/24hrs.</p>	<p>recuperación a menor plazo.</p> <p>2. las alteraciones de la modulación de la función motora intestinal por el sistema nervioso central se asocian con series anormales de contracciones y pérdida de la actividad.<sup>71</sup></p> <p>3. el íleo paralítico es una obstrucción funcional que aparece de forma aguda y transitoria, comúnmente en pacientes postquirúrgicos, la duración depende del retorno de la motilidad colónica en particular colon izquierdo.<sup>72</sup></p>	<p>fomentando el autocuidado, recibiendo ayuda del familiar.</p> <p>2. se mostró un aumento de la motilidad intestinal, no obteniendo materia fecal.</p> <p>3. únicamente se logró un aumento de la motilidad intestinal con evacuación semi pastosa 50gr.</p>
--	---	--

Diagnóstico de enfermería  
Dificultad para la movilidad física r/c fractura de clavícula, costillas flanco

izquierdo m/p limitación de amplitud de movimiento, expresión verbal, dolor al movimiento.

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
MOVIMIENTO Y POSTURA	Fuerza	Asistencia	4	interdependiente

Datos Objetivos	Datos Subjetivos
	Dificultad para movilizarse fuera de cama Disminución del tono muscular

Objetivo de enfermería	Mantener una posición adecuada, brindar confort, evitar peligros, prevenir riesgos de caídas, prevención de úlceras por presión.
------------------------	--

Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
1. Alineación de cabeza, tórax y extremidades.	1. La alineación postural ideal tiene un centro de gravedad o línea de soporte de peso que pasa a través de los reparos anatómicos (delante del maléolo lateral, detrás de la rodilla, cabeza femoral, tercio anterior de la base del sacro, centro del cuerpo, cabeza humeral <sup>73</sup> ,	1. Obtención de 17 puntos en la valoración de la escala de Braden registrando un mediano

<p>2. Ayudar a la persona a participar en los ejercicios de extensión en posición de decúbito supino, sedestacion o bipedestación.</p> <p>3. Ayudar a mantener la estabilidad del tronco y/o articulación proximal implicada en las actividades motoras, incluir al familiar, liberando puntos de apoyo, colocando cabestrillo y educación sobre movilización en bloque</p>	<p>el nivelar los puntos de presión ayuda a prevenir la formación de úlceras por presión.</p> <p>2. El realizar cambios posturales evita que los puntos de presión siempre sean los mismos. La movilización y ayuda en la marcha aumenta la seguridad y el equilibrio si se utiliza la técnica más adecuada<sup>74</sup></p> <p>3. Las fracturas estables toráco-lumbares sin signos de compromiso neurológico son tratadas de forma conservadora<sup>75</sup>.</p>	<p>2. El paciente mostró mayor cooperación al momento de realizar movilizaciones fuera de cama a reposit, así como mayor manejo del dolor.</p> <p>3. Se realizó movilización del paciente con ayuda del familiar, logrando mayor estabilidad a la movilización.</p>
---	---	---

Diagnóstico de enfermería

Disminución de aseo personal r/c incapacidad de realizar tareas personales m/p expresión verbal, movimientos limitados, accesos venosos y drenajes abdominales.

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
HIGIENE	Fuerza conocimiento	Asistencia educación	4	interdependiente

Datos Objetivos	Datos Subjetivos
Dolor en extremidad 5/10 escala ENA	Incapacidad para lavar parcialmente el cuerpo Incapacidad para obtener los artículos de baño Incapacidad para secarse parcialmente el cuerpo

Objetivo de la persona	Aprender cómo realizar la higiene personal de manera independiente y/o con ayuda de un familiar
Objetivo de enfermería	mantener una adecuada higiene personal

Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
1. Fomentar la independencia en el	El involucrar al usuario en su autocuidado, hace que se responsabilice de sus	El usuario y su familiar se involucraron en

<p>autocuidado, pero interviniendo si la persona no puede realizar la acción</p>	<p>obligaciones obteniendo una recuperación a menor plazo.</p>	<p>su higiene personal, mejorando su estado de ánimo y fomentando el autocuidado.</p>
<p>2. Realizar curación de accesos venosos y drenajes</p>	<p>Los principales agentes causantes de infección por catéter son los estafilococos, en especial S. epidermidis son los microorganismos más frecuentemente aislados en IAC, debido a que forman parte de la flora cutánea.</p>	<p>Coloración de la piel adecuada, sin signos ni síntomas de infección en accesos venosos periféricos.</p>
<p>3. Educación y orientación a la persona de cómo realizar su aseo personal.</p>	<p>Debido a que en el cuerpo humano habitan 100 billones de bacterias y otros microorganismos, dentro de las cuales las más nocivas para el hombre son Bacilo de Koch, Ebert, Klebs-Loeffler, Colérico, Nicolaier<sup>76</sup>, el proceso del baño debe ser sistemático tomando en cuenta los principios de asepsia y antisepsia.</p>	<p>Supuración de herida y gasto de drenajes.</p> <p>El familiar del usuario colabora activamente en el baño de la persona, realizando lo que se le orienta con anterioridad.</p>

--	--	--

## 7.5 EJECUCIÓN

### 7.5.1 REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES

<i>REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES</i>	
Intervención	
Presentación con paciente por nuestro nombre y función	✓
Monitorización de signos vitales	✓
Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.	✓
Mantener contacto visual y físico con el paciente mientras se explica información que requiere.	✓
Orientación a la persona sobre técnicas de movilización	✓
Colocación de accesos venosos periféricos	✓
Colocación de puntas nasales	✓
Ministración de antipiréticos	✓
Vigilar respuesta neurocirculatoria distal de extremidades	✓
Valorar cambios en los signos vitales (hipotensión, taquicardia, temperatura elevada).	✓
Cuantificar balance hídrico	✓
Vigilar adecuada reposición de líquidos	✓
Ministración de profilaxis antibiótica	✓
Curación de herida y drenajes torácicos y abdominales	✓
Tendido de mesa quirúrgica sin pliegues	✓

Verificación de llenado capilar	✓
Colocación de almohadillas en puntos de presión	✓
Medición de glicemia capilar	✓
Curación a catéter venoso	✓
Fomentar movilización fuera de la cama.	✓
Enseñarle al usuario a fraccionar las comidas durante el día, en horarios establecidos.	✓
Explicar las ventajas de la restricción del consumo de la sal.	✓
Involucrar a la familia en los cambios alimenticios para que se sienta apoyado.	✓
Fomento de comunicación efectiva	✓
Acompañamiento.	✓
Educación al usuario y familiar sobre prevención de caídas	✓
Mantener barandales arriba.	✓
Proporcionar una buena iluminación en la habitación.	✓
Mantener la cama a nivel bajo.	✓
Evitar dejar objetos en el suelo.	✓
Colocar los objetos del usuario al alcance de él.	✓
Mantener seco al usuario.	✓
Brindar confort	✓
Evitar que la persona se encuentre sobre superficies húmedas o mojadas.	✓
Proporcionarle un timbre de llamado a enfermería siempre a su alcance	✓

Mantener siempre activados los seguros de cama y reposet	✓
Colocar los indicadores correspondientes a riesgos de caídas.	✓
Protección de prominencias óseas, verificar que no se encuentre en contacto con bases metálicas.	✓
Retiro de campos sucios o húmedos	✓
Protección de articulaciones ante hiperextensión	✓
Ministración de nutrición parenteral	✓
Educación nutricional a paciente y familiar	✓
Realización de baño de esponja	✓
Alineación de cabeza, tórax y extremidades	✓
Movilización cama-reposet	✓
Apoyo a incorporación, fomento a deambulación	✓
Educación al usuario y familiar de masaje cólico	✓
Aplicación de laxante	✓

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

Bajo anestesia general balanceada se coloca a la persona en:

### Posición quirúrgica:

- Decúbito dorsal primer tiempo
- Decúbito lateral derecho intermedio mediante uso de almohadas o rodillos de fijación, para lograr la adecuada exposición del órgano.

ENFERMERA	MEDICO
Proporciona Chloraprep (Digluconato de clorhexidina / alcohol isopropilico)	Realiza asepsia en región toraco-abdominal
Proporciona sabana de pies, cefálica, laterales, realiza cierre de circuito	Delimita área quirúrgica, coloca campos estériles.
Proporciona insuflador, cámara de visión laparoscópica, fibra óptica luminosa, tubo de aspiración, tubería de irrigación, gasa.	Instala tubería y cables, realiza balance de blancos.
TIEMPO FUERA SEGURIDAD QUIRÚRGICA	

Proporciona lidocaína + epinefrina, primer bisturí #3 hoja 15	Infiltra piel región supra umbilical, realiza incisión en media luna.
Proporciona aguja de berres, pinza kocher	Introduce aguja de Berres, realiza neumoperitoneo
Proporciona trocar de 12 mm con punzon + lente de visión endoscópica.	Introduce trocar de 12mm, lente de visión endoscópica.
Proporciona lidocaína más epinefrina, primer bisturí #3 hoja 15, pinza de kocher, trocares de 5mm.	Bajo visión endoscópica instala trocares accesorios en flanco derecho y mesogastrio
Proporciona pinza laparoscópica Olmi Grasper intestinal, irrigador.	Introduce pinza y lateraliza órganos, aspira contenido hemático, irriga e identifica fuente de sangrado.
Proporciona engrapadora laparoscópica con clips quirúrgicos	Realiza clipado de vasos perforantes sangrantes.
Proporciona pinza grasper intestinal, gancho disector hemostático.	Introduce gancho disector hemostático, con ayuda de pinza grasper realiza disección de epiplón logrando la tunelizacion para exposición de bazo.
	Libera polo inferior, sección de ligamento frenocolico, seguido de ligamento esplenocolico
Proporciona pinza grasper intestinal, porta clamps quirúrgicos, tijera endoscópica.	Realiza identificación, ligadura y sección de arteria esplénica, gastroepiplonica izquierda.

Proporciona irrigador aspirador.	Realiza irrigación y aspiración de líquido peritoneal.
Pinza de grasper, gancho disector hemostático, pinza meriland	Continúa liberando estructuras de sostén, sección de ligamento gastroesplenico, ligamento gastrofrenico y ligamento frenoesplenico.
Bolsa de alto calibre, primer bisturí #3 hoja 15, pinzas foerster (anillos), riñón, instrumentista recibe pieza quirúrgica morcelanizada.	Introducen bolsa para coleccion de órgano, retiran trocar, amplían incisión, morcelanizan órgano.
Proporciona irrigador aspirador, gancho hemostático pinza meriland.	Irrigan, aspiran, realizan hemostasia de vasos sangrantes con ayuda de gancho hemostático.
Proporciona pinza grasper, drenaje Blake, tijera mayo, sutura polipropileno (prolene 3-0) para fijación de drenaje a piel.	Coloca drenaje Blake de colección en lecho quirúrgico que exterioriza a flanco izquierdo, colocan segundo drenaje Blake en lecho quirúrgico que exteriorizan a flanco derecho.
CONTEO DE TEXTILES	

<p>Recibe trocares, proporciona portaagujas mas pinza disección con dientes.</p>	<p>Retiran trocares, afrontan tejido celular subcutáneo con ácido poliglicolico 3-0 aguja 5/8</p>
<p>Proporciona portaagujas mas pinza disección con dientes.  Proporciona opside de 6cm.</p>	<p>Afronta piel puntos subdermicos con poliglecaprone (monocryl 3-0).  Limpian y cubren herida con opside.</p>
<p>Retiran campos quirúrgicos, fin de acto.<sup>77</sup></p>	

## **7.6 EVALUACIÓN**

Los cuidados especializados y personalizados brindados por parte de un especialista perioperatorio facilita la aplicación de intervenciones, desarrollo de habilidades y conocimientos para poder llevar a cabo tareas, las cuales son guiadas mediante un Proceso de Atención de Enfermería, herramienta útil para planear los cuidados que se brindarán a la persona, identificando riesgos potenciales prevenibles.

Mediante la implementación de estos cuidados, el usuario se ve beneficiado con el favorecimiento de confianza, seguridad y tranquilidad al momento de acceder a un área quirúrgica.

### ***7.6.1 EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA***

Se logró mejoría en la persona realizando las intervenciones planeadas y personalizadas, otorgándole durante su estancia hospitalaria seguridad, confianza y confort, a su vez modificando hábitos dañinos con capacitación de alimentación, higiene personal, movilización y seguridad para el usuario que le ayudaran a una más rápida recuperación de la salud.

### ***7.6.2 EVALUACIÓN DEL PROCESO***

El uso de cuidados especializados personalizados hace un cambio importante en la estadía hospitalaria de la persona, reduciendo tiempos de estancia, complicaciones intrahospitalarias como son infecciones nosocomiales, caídas, etc. Viéndose reflejado en la recuperación de la salud de la persona, es por eso que se realiza todo un proceso de atención, donde se puede indagar en información que aún no ha sido explorada previniendo afecciones a la salud, manteniendo buenas practicas, así fomentando el bienestar de la persona.

## VIII. PLAN DE ALTA

El plan de alta del usuario consistió en educación para la salud, a la persona y a su familia.

- **DIETA:**

Se brinda orientación en hábitos alimenticios, dieta blanda rica en fibra (verduras al vapor, arroz, carne hervida), vitamina B y C (naranja, uva, kiwi), también se recomienda no ingerir alimentos fritos o con grasas

- **MEDICAMENTOS**

Cefalexina 1gr vo c/12hrs x 3 días

Paracetamol 500mg via oral en caso de presentar fiebre.

La antibioticoterapia Contribuye a reducir el número de microorganismos desencadenantes de patologías, además del valor de los antibióticos en la prevención de la sepsis inducida<sup>78</sup>. El uso de Metronidazol como profilaxis de infecciones postoperatorias, está indicado especialmente en cirugía colorrectal o contaminada.

Se orienta a la persona en la importancia de tomar sus medicamentos en los horarios establecidos debido a que la vida de los antibióticos y su acción es alcanzada 1hr posterior a su ingesta oral, decayendo su efecto a las 3 hrs y siendo eliminado de 1 a 15 hrs posteriores a su ingesta dependiendo del funcionamiento renal.

- **ACTIVIDAD Y EJERCICIO**

Realizar actividades en relación a tolerancia, no cargando objetos pesados, ni actividades que requieran mucho esfuerzo físico además de guardar reposo 4 semanas

Puede iniciar realizando caminatas cortas de 15 minutos a tolerancia.

- **HIGIENE**

Se orientó a la persona y a su familiar como realizar la asistencia de aseo personal, así como la frecuencia con la que este se realizaría.

Se orienta a familiar en técnicas de asepsia y antisepsia (de limpio a sucio, del centro a la periferia) para la realización de curación de herida, donde al momento de realizar el baño se retirara el adhesivo y lavara herida quirúrgica con jabón antibacterial neutro, se recomienda el uso de solución antiséptica microdacyn y gasa, se orienta a familiar sobre la correcta colocación de estos aditamentos.

Se prohíbe el uso de tina de baño o jacuzzi.

- **ELIMINACIÓN**

Se retira sonda Foley realizando ejercicios de Kegel, se recomienda vigilar características de orina, frecuencia.

**SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA**

- Se orienta sobre signos y síntomas de alarma relacionados a infección de herida quirúrgica

Temperatura mayor a 38°C

Sudoración excesiva

Dolor excesivo en cicatriz quirúrgica.

Nausea

Mareo

Desmayo

Secreciones purulentas y/o fétidas

- Otras recomendaciones

Se recomendó retirar alfombras si es que existieran en su hogar para prevenir caídas.

No cargar cosas pesadas, ni realizar actividades de esfuerzo físico

A medida que lo tolere realizar una dieta rica en vitamina

## **IX. CONCLUSIONES**

1. La aplicación de cuidados personalizados e la persona que cursan el proceso quirúrgico debe ser siempre una guía personal de cuidados a seguir para una pronta recuperación de la salud, dado a que son diferentes los agentes que interfieren en cada proceso, en cada operación y en cada persona, y para lograr la mejoría debemos jerarquizar por necesidades y sistemas en cuestión a compromiso, tratando de realizar siempre un método o tratamiento conservador, apoyados en el proceso de atención enfermero.
2. El traumatismo es una patología que no podremos erradicar, dado que día a día estamos expuestos a agentes que pudieran desencadenarlo, por otro lado los accidentes de tránsito disminuirán, no por un cambio en el número de vehículos motorizados, sino por la innovación de la humanidad en la creación de nuevas tecnologías que nos ayudaran a la disminución de las tasas de incidencia.
3. Para la realización de este estudio de caso se pretende mejorar y ayudar las intervenciones a la persona en una situación similar, que comprometa

su estado de salud, así como la realización de una valoración adecuada focalizada, identificando las necesidades afectadas según Virginia Henderson, para contribuir en el hacer enfermero y tener un amplio conocimiento de una de las acciones a realizar en el paciente quirúrgico y así lograr su pronta recuperación sustentado estas acciones en enfermería basada en la evidencia.

## **X. SUGERENCIAS**

Debemos desarrollar al máximo la capacidad de percepción de signos y síntomas, puesto que en situaciones de urgencia estos pueden hacer la diferencia entre una adecuada atención que implica un tratamiento oportuno y correcto, muchas veces encaminando a la recuperación o agravamiento de la persona.

Debemos interactuar con la persona desde su llegada al preoperatorio para identificar situaciones adversas que pudieran presentarse en los periodos transoperatorio o postoperatorio, esto encaminara a una mejor atención, no olvidando la filosofía de Henderson ni cambiando el orden de las necesidades afectadas, ya que estas fueron pensadas para optimización de tiempos, mismos que son importantes en situaciones que comprometen órganos vitales inclusive la vida.

Priorizando las actividades o intervenciones del profesional, se debe mantener una adecuada vía aérea, misma que va enlazada con un acceso venoso de gran calibre, la movilización en bloque reduce riesgos de sufrir algún desgarro o lesión arterio-venosa o sensorial, no debemos olvidar la importancia del manejo de cirugía estéril para una pronta recuperación de la persona.

## BIBLIOGRAFÍA

<sup>1</sup> <https://bit.ly/19zLNCQ>

<sup>2</sup> <https://bit.ly/2qTXyz>

<sup>3</sup> Costa G, Tierno SM, Tomassini F, Venturini L, Frezza B, Cancrini G, et al. The epidemiology and clinical evaluation of abdominal trauma: an analysis of a multidisciplinary trauma registry. *Ann Ital Chir* 2014; 8(1):95-102.

<sup>4</sup> Garcia A., Méndez M.C. Politraumatismo- atención de enfermería en el paciente politraumatizado. edit club univ. marzo 2016.

<sup>5</sup> American Collage of Surgeons. Comité on Trauma. ATLS Chicago 2012

<sup>6</sup> <http://bit.ly/20h85m7>

<sup>7</sup> Pekolj J., Quiñonez E. Esplenectomía. *Cir. Dig.* 2017; V-457: 3-16

<sup>8</sup> Herrera D., Ortiz G. Manejo del trauma esplénico. *Rev. Med.* 2014; 38: 159-168.

<sup>9</sup> Pérez J., González G., Romero E., Olvera A., Nava D. Trauma esplénico, manejo conservador o quirúrgico, *Hosp. Reg. Adol. Lop. Mat., México* 2015; 12: 29-32

<sup>10</sup> Rodríguez P., Rodríguez L. Jerez C., Jañez V. Complicaciones en el tratamiento conservador del traumatismo esplénico. *Hosp. Univ. Polit. Valencia.* 2017; 30: 197-201

<sup>11</sup> Alvarez S., Abad E., Robledo F. Termorregulación y manejo perioperatorio. *Hosp. Univ. Sev. Och.* 2014;17(4); 180-198.

<sup>12</sup> *N Engl J Med*, 2014; 371: 349-56

<sup>13</sup> Kotcher J. Instrumentación quirúrgica, edit pan. México 2014: (5): 221-225

<sup>14</sup> Calvo G. Enfermera instrumentista. *Man. Enf en Quir.* 2014; 16(4):1-18

<sup>15</sup> Hamlin L., Richardson M., Davies M. An introductory text. *Perioperative Nursing.* 2016; pp(5-12)

<sup>16</sup> Amezcua M., Arroyo A., Huércanos I., Orkaizagirre A. El estudio de caso, un instrumento de aprendizaje en la relación de cuidado. *Gpo. De inv. Cienc. De la Sal.* 2014; 23 (4): 123-143.

<sup>17</sup> Martínez C. El método del estudio de caso, pensamiento y gestión. julio 2016; 20(3): 168-196.

- <sup>18</sup> Tarrés L. El método de los estudios de caso. *CM El Col. De Méx.* 2013; 3:251-273.
- <sup>19</sup> Carazo M., Pedrozo C. El método de estudio de caso. *Est. Met. de la inv. cie.* 2016;3(1):1-6
- <sup>20</sup> Álvarez C., Maroto L., La elección del estudio de caso. *Gas. Ant.* 2014, 29 (3), ISSN 0228-7364.
- <sup>21</sup> García C., Martínez L. Cuidados de la salud. *Ev. Hist. en enf.* 2014; 4 (7): 27-29.
- <sup>22</sup> Martínez L., Chamorro E. Evolución histórica del cuidado enfermero. *Ev. Hist. De la Enf.* 2017; 3(1): 25-33.
- <sup>23</sup> Organización mundial de la salud. Informe Técnico 860. Ginebra: OMSS; 2014.
- <sup>24</sup> Bello L., Marrero V., Fernández M. Fundamentos de enfermería. *Ed. Cien. Med.* 2016; 13(1): 63-69
- <sup>25</sup> Tomez M., Alligood R. Evolución de las teorías de enfermería. *Mod y teor. De Enf.* 2014; (7): 9-13.
- <sup>26</sup> Olvera G., Martínez L. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. *Rev. Enfer. Inst. Mex. Seg. Soc.*, 2015; 19(2) : 104-108.
- <sup>27</sup> Kérouack S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A. Grandes Corrientes del pensamiento, El pensamiento enfermero. 2017; (7): 2-17
- <sup>28</sup> Sanabria L., Otero M., Urbina O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. *Rev. Cub. Educ. Sup.* 2015; 16 (5): 33-40
- <sup>29</sup> Hernandez A., Guardado C. La Enfermería Como Disciplina Profesional Holística. *Rev. Cub. Enf. Ago-Nov.* 2013, ISSN 1165-2196.
- <sup>30</sup> Sanabria L., Otero M., Urbina O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. *Rev. Cub. Educ. Sup.* 2015; 16 (5): 33-40
- <sup>31</sup> Bellido J.C., Lendínez F., Proceso Enfermero desde el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson y Los Lenguajes NNN. 2014; (3): 33-79
- <sup>32</sup> García M. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. *Edi. Prog.* 2014; 5(2): 294-297
- <sup>33</sup> Fernández M, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. *Masson* 2015(2); p 187-196
- <sup>34</sup> Maas M., Moorthead S. *Nursing outcomes classification.* Mosby: 2015 pag. 334-345
- <sup>35</sup> Reina N. El proceso de Enfermería: Instrumento para el cuidado. *Umbr cien.* 2015; 17: p 18.

- <sup>36</sup> Burgos M, Paravic T. Enfermería como profesión. Rev Cub Enf. 2017; 25(2): P 115.
- <sup>37</sup> Tapitch B., Bernocchi D. Proceso de Enfermería y diagnósticos de Enfermería. Mc Graw-Hill. México 2016. P 157-220
- <sup>38</sup> C.A. León. Enfermería en urgencias. cd habana 2016;(1): Pp 24-33
- <sup>39</sup> Fernández M. Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona (2) 2016 p 14-18
- <sup>40</sup> <https://bit.ly/1of9Vey>
- <sup>41</sup> <https://bit.ly/2yrHAzu>
- <sup>42</sup> <https://bit.ly/1of9Vey>
- <sup>43</sup> Laboratorio H.G. Dr. Manuel Gea Gonzalez.
- <sup>44</sup> Villega J, Villegas O, Villegas V. Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente. 2015; 12(2):221-240.
- <sup>45</sup> Casanova R, García J, Lomillos V, De la Luz N, Aguilera L. Fluidoterapia perioperatoria. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2016; 57: 575-585.
- <sup>46</sup> Pérez L. Reacciones adversas a la protamina en cirugía cardiovascular. Rev. Cub. Ped. 2013; 75 (1): 23-33
- <sup>47</sup> Villalba E, Vildoza O. Trastornos hemodinámicos II: hiperemia, congestión, hemorragia y hemostasia. Rev Act Clin Med . 2014, 43, pp. 2282-2286.
- <sup>48</sup> <https://bit.ly/2Nzjs3p>
- <sup>49</sup> Urbina H, Lunar I, Vizcaíno R, Sánchez M, Rosario C. Hidratación parenteral en diarrea aguda. Arch Venez Puer Ped. 2014; 77(2): 87-92.
- <sup>50</sup> Jarillo A. Oxigenoterapia. Fundamentos de medicina. Md. 2016; 124: 69-82.
- <sup>51</sup> Castillo C, Candida C, Manroquín H, Aguilar F, Benavides J, Alvarez J. Manejo de la temperatura en el perioperatorio y frecuencia de hipotermia inadvertida en un hospital general. rev colomb anesthesiol. 2017;41(3):97-103
- <sup>52</sup> Alvarez S., Abad E., Robledo F. Termorregulación y manejo perioperatorio. Hosp. Univ. Sev. Och. 2014;17(4); 180-198.
- <sup>53</sup> Fernández L, Álvarez P. GPC clínica de termorregulación. cit. 2014:4-8
- <sup>54</sup> Piscil G. Síndrome compartimental. Orthotips. 2014; 9(2): 111-117.
- <sup>55</sup> Flores B, Flores I, Lazcano M. Edema. Enfoque clínico. Med Int Méx. 2016; 30 (1): 51-55.
- <sup>56</sup> Molina J, Molina R, Capitán J. Complicaciones de la mala posición quirúrgica en enfermos de cirugía general. 2016; 11(15): 18-24.

- <sup>57</sup> Hartley J. Posicionamiento del paciente durante la anestesia. Anestesia Tutorial de la semana. 2014; 311: 1-10.
- <sup>58</sup> Molina J, Molina R, Capitán J. Op. cit.
- <sup>59</sup> Hartley J. Op. cit.
- <sup>60</sup> Dra. Acuña, Reacción del jabón. Tratado de química orgánica. 3ª ed Universidad estatal a distancia. 2016 costa rica; pp 214-217
- <sup>61</sup> Kotcher J., Mosso S. Principios y práctica. Inst.quir.2015;5(1):158-159
- <sup>62</sup> Patiño F., Infección quirúrgica. Lecciones de cirugía. 7ª ed. México; Pp 109-113
- <sup>63</sup> Patiño J. antibioticoterapia, medicina quirurgica, Bogotá Buenos Aires,2016
- <sup>64</sup> Forbes A., Sahm F., Treviño A. Cultivos bacterianos. Diagnostico microbiano12a ed.; México Pp 103-111
- <sup>65</sup> <https://bit.ly/2S9HkhL>
- <sup>66</sup> Mesa J. La importancia del autocontrol postprandial, Hosspital Vall d'Hebron.barcelona
- <sup>67</sup> Patiño F. Nutrición parenteral total postquirúrgica. Lec. De cir.2017;9(1): 213-216
- <sup>68</sup> González M., Garzón R. Unidad de cuidados intensivos. Rev. Torr. Alm. 2016;28 (2): 32-40
- <sup>69</sup> Santos B., Guerrero D. Administración de medicamentos. Días de Sant.2014; 4(1): 122-128
- <sup>70</sup> Reiddl L, Vazquez V. The role of the mother in eating disorders. A psychosocial perspective. Psicología y salud 2014; 23(1): 15-24
- <sup>71</sup> Lippincott B., Boxca C. Trastornos motores del tracto gastrointestinal, med int Kel 2014; (3) :510-513
- <sup>72</sup> Calvo V., plana M. Ileo paralitico y pseudoobstruccion intestinal, inter fáрма nut sit fis. det. ed. Glosa 2016 (4) pp124-126
- <sup>73</sup> Alvear T., Ward C. Consideraciones posturales. fund. Med. Osteop.2015;3(1):653-656
- <sup>74</sup> Kelley F. Trastornos del aparato digestivo, movilización. Med. Int..2017; 4(2): 60-65
- <sup>75</sup> Salinas F., Lugo H., Restrepo R. Rehabilitación en salud. ed. Med. Col 2015;3(1):120-146
- <sup>76</sup> Fernández O., Lobón M. infecciones asociadas a catéteres. Guid. for Intr. Dev. Reñla. Inf. Hosp. Gen. Yague.2014;24:262-293

<sup>77</sup> Pekolj J., Quiñonez E. hand- assisted laparoscopic splenectomy, Surg. Endosc. 2014; 13: 497- 503.

<sup>78</sup> Patiño F. Infección quirúrgica. Lecciones de cirugía. 7ª ed. México; Pp 109-113

## **ANEXOS**

### *ANEXO 1: Consentimiento informado*

Hospital general Dr. Manuel Gea González

Carta de consentimiento informado para integración en protocolos de investigación

Título del estudio: Estudio de Caso clínico obtenido y aplicable en el área quirúrgica.

Lugar y fecha: Ciudad de México a, \_\_\_\_\_ No. De registro \_\_\_\_\_

La finalidad que tiene este estudio de caso, es determinar y evaluar la aplicación de proceso de enfermería, dentro del área quirúrgica por parte del Enfermero especialista perioperatorio, así como la evaluación de su funcionalidad en el uso cotidiano.

La aplicación del instrumento de valoración se realizara dentro de las instalaciones del área quirúrgica, durante su tiempo de estancia hospitalaria, sin limitante de tiempo y/o espacio, no se otorgara alguna remuneración de ningún tipo.

Su participación es voluntaria, además no estará obligado a participar hasta el término del estudio; por lo que puede abandonar el estudio en cualquier momento, sin verse afectado por ningún tipo de represión, sanción u

hostigamiento. La participación consistirá en contestar un simple cuestionario el cual estará anexo en el registro del proceso de enfermería.

La información que usted proporcione para el estudio de caso será de carácter confidencial y no será insinuada o publicada por ninguna circunstancia.

En términos generales y para fines de confidencialidad y privacidad, solo se le buscara una única vez para la realización del cuestionario antes mencionado; esto dentro del área de estancia y dentro del horario establecido por la institución como práctica clínica.

En caso de existir alguna duda o comentario al respecto del estudio d caso clínico, podrá contactar a Alexis Eduardo Ayala Meza con número de cuanta 308041428 al número móvil 044-55-40-82-07-41

Declaración de consentimiento.

Se me ha explicado con claridad el funcionamiento del estudio de caso, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se ha dado la oportunidad de hacer cuestionamientos y todas mis dudas han sido aclaradas a mi satisfacción. Se me ha proporcionado una copia de este formato.

---

Nombre y firma de quien otorga el consentimiento

---

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

---

Nombre y firma del testigo

ANEXO 2: Instrumento de valoración de necesidades

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

Hospital Dr. Manuel Gea González

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON

Datos de identificación:

Nombre\_ **L.L.D.S.** \_Edad\_\_\_\_31 años\_\_ Sexo\_\_**masculino**\_\_  
Ocupación\_\_\_\_**Diseñador Grafico**\_\_\_\_\_

Estado civil\_\_\_\_\_ Religión\_**católico**\_\_\_\_\_  
Escolaridad\_\_\_\_**licenciatura**\_\_\_\_\_ Domicilio\_\_\_\_\_**conocido**\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Unidad de salud  
donde se atiende\_\_\_\_\_**Hospital Dr. Manuel Gea González.** \_\_\_\_\_

Lugar de Origen:\_\_\_\_\_**CDMX**\_\_\_\_\_

Somatometría: Peso **98kg** Talla **183cm** Índice de Masa Corporal **26.77**  
**sobrepeso**

Perímetro abdominal\_\_\_\_\_

1. Oxigenación:

Escala Glasgow

Escala Aldrete

Oxigenoterapia Post-Quirúrgica

¿Tiene algún problema para respirar? No, **Sí.** Describa

<b>ESCALA DE COMA DE GLASGOW</b>		
<b>PARÁMETRO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>VALOR</b>
<b>ABERTURA OCULAR</b>	ESPONTÁNEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
	NINGUNA	1
<b>RESPUESTA VERBAL</b>	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
	NINGUNA	1
<b>RESPUESTA MOTRIZ</b>	OBEDECE	6
	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
	FLEXIÓN	3
	EXTENSIÓN	2
	NINGUNA	1

limitación de oxigenación (hemotorax)

¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando realiza alguna actividad física? **si**

¿Toma algún medicamento? **No**, Sí. Especifique:

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	Presión arterial $\leq$ 20% del nivel preanestésico	2
	Presión arterial 20 – 49% del nivel preanestésico	1
	Presión arterial $\geq$ 50% del nivel preanestésico	0
Conciencia	Completamente despierto	2
	Responde a la llamada	1
	No responde	0
Saturación arterial de oxígeno (SaO <sub>2</sub> )	Mantiene SaO <sub>2</sub> > 92% con aire ambiente	2
	Necesita O <sub>2</sub> para mantener SaO <sub>2</sub> > 90%	1
	SaO <sub>2</sub> < 90% con O <sub>2</sub> suplementario	0

Región cardiopulmonar:  
(ruidos pulmonares,  
movimientos torácicos)

**Estertor en lóbulo inferior izquierdo**

Tos: No, Sí

Expectoración: **No**, Sí.

Características de Colgajo

Coloración de la piel  
**adecuada**

Llenado capilar **2** segundos.

Observaciones: **se encuentra con apoyo de oxigenación mascarilla reservorio con oxígeno a 6lxm**

### Signos vitales:

Respiración: Frecuencia **30** Ritmo **sup.** SPO2: **88%** **sin mascarilla**

Expansión torácica: Simet **x** Asimet \_\_\_\_\_

Profundidad: Superficial **x** Profunda \_\_\_\_\_

Pulso: Frecuencia **89** Ritmo: Regular **x** Irregular \_\_\_\_\_

Intensidad: Fuerte **x** Débil \_\_\_\_\_

Tensión arterial 128/89 mm Hg.

## 2. Alimentación e hidratación:

Ministración de soluciones Parenterales **NPT**

Tolerancia vía oral **no**

¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? **Ninguno**

¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? No, **Sí.**

¿Por qué? **Normalmente no tengo problema para digerir los alimentos, pero me encuentro en ayuno.**

## 3. Eliminación.

Vigilancia de sonda vesical

Volumen urinario **1600ml/24hrs**

Características

Micción espontanea SI No

Tipo de drenaje: **Biovac 100ml**

volumen **1 75ml/turno. 2**

**20ml/turno 3 25ml/turno.**

Características **secreción**

**purulenta, turbia, ceroso.**

Evacuación

Características

¿Fecha de Última menstruación?

Ritmo

¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: Dismenorrea No, Si.

#### 4. Movimiento y mantener buena postura

Posición Post-Quirúrgica **decúbito dorsal**

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulaci3n? No, **Si**.  
Especifique: **Fractura clavícula y costillas 8-9-10 lado izquierdo.**

¿Presenta alguno de estos signos o sntomas?: dolores 3seos **si**,  
musculares **si**, articulares, contracturas o presencia de temblores. No, **Si**.  
Especifique cuales

Movimientos involuntarios **No**, **Si**. Describa:

Edema, ardor, comez3n o hematomas en alguna parte del cuerpo. No, **Si**.  
Describa: **edema extremidades inferiores**

Mareos, p3rdida del equilibrio o desorientaci3n. **No**, **Si**.  
Describa:

## 5. Descanso y sueño

¿Cuántas horas duerme habitualmente? **8 horas en mi casa, hospital 3-4 horas.**

¿Presenta alguna alteración del sueño? **Medicamentos (horario de los medicamentos)**

## 6. Vestido

¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? **No, Si.**

## 7. Termorregulación

Presenta alteración de la temperatura **si**

Antipiréticos ministrados

**Paracetamol 1gr c/8hrs**

**Metamizol sódico PRN**

## 8. Higiene

¿Con que frecuencia se baña? **5 veces a la semana**

¿Sabe cuándo lavar sus manos? **Si**

¿Cada cuando cepilla sus dientes? **Tres veces al día**

## 9. Evitar peligros

### Riesgo de Caídas

Valoración de Riesgo	Puntuación
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Incontinencia urinaria	1
Déficit sensorial (auditivo, visual)	2
Desarrollo psicomotriz 0-5 años	2
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1
Total	15

Determinar el grado de riesgo de caídas		
Nivel	Puntos	Código
Alto Riesgo	8 a 15	Rojo
Mediano Riesgo	3 a 7 *	Amarillo
Bajo Riesgo	1 a 2	Verde

Esquema de inmunizaciones completo **No**, Si.

Autoexploración mamaria **No**, Si.

¿Cada cuánto tiempo la realiza? Resultado

Mamografía No, Si. Resultado

Papanicolaou No, Si. Resultado

¿Consumo de drogas de uso no médico? **No**, Si. ¿Cuál?

Datos de infección en herida quirúrgica **SI** No

Describe **secreción purulenta**

Antibioticoterapia **cefalexina 1gr iv c/8 hrs**

**Metronidazol 500mg c/12hrs**

## 10. Comunicación

Idioma materno **español**

¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? No, Si. ¿Cuál?

Vista\_\_\_\_\_oído\_\_\_\_\_olfato\_\_\_\_\_gusto\_\_\_\_\_tacto

¿Afectación verbal? **No**, Si. Especifique:

\_\_\_\_\_

¿Tiene dificultad para? Comprender **No**, Si. Aprender **No**, Si.

Concentrarse: **No**, Si.

Lectoescritura: **No**, Si.

¿Cómo es la comunicación con su familia?

**Adecuada**

## 11. Creencias y sus valores

¿Qué es importante para usted, en la vida? **Familia**

¿Además de ese valor que otras cosas son importantes? **salud**

### Explore datos subjetivos:

Observar coherencia entre lo que la persona dice, lo que realmente hace.

Ejemplo:

a) Lee con frecuencia

b) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros

c) Prácticas de oración y rezos

d) Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo

e) Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias

f) Solicita la presencia de: Sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual.

Describe

## 12. Trabajar y realización

¿Trabaja si no? **si**

¿Tiene alguna capacidad diferente o limitación? **No**, Si. ¿Cuál?

¿Necesita algún cuidado especial? No, **Si**. ¿Cuál? **Apoyo para moverme**

¿Su limitación es temporal? No, **Si**. ¿Puede trabajar? **No**, Si.

¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? No, **Si**. ¿Cuál?  
**Apoyo en mis movimientos.**

## 13. Recreación

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse?

Nunca \_\_\_\_\_ Pocas veces \_\_\_\_\_ Casi siempre **\_x\_** Siempre

\_\_\_\_\_

¿A qué atribuye Usted este estado de ánimo? **Se debe disfrutar la vida**

¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar usted para divertirse? **Motocross**

Cine \_\_\_ teatro\_\_\_ Lectura\_\_\_ TV/Música\_\_\_ Baile\_\_\_ Fiesta\_\_\_  
Reuniones con amistades y familiares\_\_\_  
Otros **x**\_\_\_\_\_

¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? **No**, Si.

¿Qué medicamento le indicaron? **N/A**

#### **14. Aprendizaje**

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? No, **Sí**

¿Por qué?\_\_\_**siempre se debe aprender**\_\_\_\_\_

¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender? **Buena**

Muy Baja \_\_\_\_\_ Me cuesta trabajo pero sí aprendo\_\_\_\_\_ Regular\_\_\_**x**\_\_

Casi no me cuesta trabajo\_\_\_\_\_No me cuesta ningún trabajo\_\_

¿De qué fuente adquiere conocimientos?

Lectura **x** otras personas \_\_\_\_\_ Televisión\_\_\_\_\_ Radio\_\_\_\_\_

Cursos\_\_\_ Conferencias\_\_\_ Otros\_\_\_ ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? **No**, Si. Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud) **No**, Si.

ANEXO 3: Escala de dependencia

**ESCALA DE DEPENDENCIA**

<b>Independencia</b>	Responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable, lo que le permite asegurar su homeostasis física y psicológica	Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o dispositivo de un sostén o una prótesis	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>Dependencia</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer, y para controlar si lo hace bien; debe ser asistido, aunque sea ligeramente	Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén, o una prótesis	Debe contar con otro para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades pero puede colaborar de algún modo	Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.	

Citado: Phaneuf M. Cuidados de enfermería, el proceso de atención de enfermería. España: Interamericana; 2013.

#### ANEXO 4: Escala de fuerza muscular

ESCALA DE DANIELS	
<b>Grado 5</b> 100%	Es normal, gama total de movimientos contra la gravedad y total resistencia.
<b>Grado 4</b> 75%	Gama total de movimientos contra la gravedad y cierta resistencia, pero débil
<b>Grado 3</b> 50%	Gama total de movimiento contra la gravedad, pero no contra resistencia
<b>Grado 2</b> 25%	Gama total de movimiento, pero no contra gravedad (movimientos pasivos).
<b>Grado 1</b>	Vestigios de movimiento
<b>Grado 0</b>	Ausencia de contractilidad

Citado: Zamora A, Erdmenger J, Ureña R, Consuea A. Primer caso en México de un paciente con enfermedad de Pompe de inicio tardío: remisión de cardiomiopatía con terapia de reemplazo enzimático. 2014; 71 (1): 41-46.

**ANEXO 5:** Escala de Christon

<b>VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE</b>	
Valoración de riesgo	Puntuacion
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1
<b>Total</b>	<b>10</b>

<b>DETERMINAR EL GRADO DE RIESGO DE CAÍDAS</b>		
NIVEL	PUNTOS	CÓDIGO
Alto riesgo	4-10	<b>Rojo</b>
Mediano riesgo	2-3	<b>Amarillo</b>
Bajo riesgo	0-1	<b>Verde</b>

Citado: Kaschak D. planes de cuidados de enfermería. Mpsby. 2014; 13: 225

**ANEXO 6: Escala de Braden**

<b>Riesgo de UPP: Escala de Braden</b>						
Puntos	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	actividad	movilidad	Nutrición	Fricción/ deslizamiento
1	Completamente limitada	Siempre húmeda	En cama	Inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Muy húmeda	En silla	Muy limitada	Probable inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasional húmeda	Camina ocasional	Ligeramente limitada	Adecuada	No hay problema
4	Sin limitaciones	Rara vez húmeda	Camina con frecuencia	Sin limitaciones	excelente	
<12 = riesgo alto		13-15 = riesgo medio		>16 = riesgo bajo		

Citado: Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería.  
Prevenición de úlceras por presión. Hop. Univ. Rey. Sof. H15.1 10 dic 2017

\_\_\_\_\_

---