



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**ADOLESCENTE MASCULINO EN EL
PERIOPERATORIO SECUNDARIO A
URETEROLITOTOMIA BASADO EN LA
FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON**

ESTUDIO DE CASO

Que para obtener el grado de
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA PERIOPERATORIA

PRESENTA

L.E. LYDIA YRENE CANSECO RAMIREZ

TUTOR

MTRA. ANA GABRIELA SOTO ARIAS



Ciudad de México, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecimientos

A mi tutora, Maestra Ana Gabriela
Por todo el apoyo brindado y las palabras de aliento

A mi familia
Que aún en la distancia siempre estuvieron conmigo

A Roberto y Amalia
Por todo lo que han hecho para verme cumplir esta meta

A FRJA
Al permitirme estar contigo a lo largo de la realización de este estudio, ver tu
mejora y tu entusiasmo en la vida fue la mayor de mis motivaciones

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	JUSTIFICACIÓN.....	3
III.	OBJETIVOS.....	5
3.1.	GENERAL	5
3.2.	ESPECÍFICOS	5
IV.	MARCO CONCEPTUAL	6
4.1.	CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA.....	6
4.2.	PARADIGMA DE ENFERMERÍA.....	7
4.3.	TEORÍA DE ENFERMERÍA.....	9
4.3.1.	Filosofía de Virginia Henderson.....	10
4.4.	PROCESO DE ENFERMERÍA.....	14
4.5.	ANATOMIA DEL SISTEMA URINARIO	17
4.6.	LITIASIS URINARIA	18
4.6.1.	Epidemiología.....	18
4.6.2.	Fisiopatología	19
4.6.3.	Factores asociados	20
4.6.4.	Sintomatología	21
4.6.5.	Diagnóstico	22
4.6.6.	Tratamiento	22
V.	METODOLOGÍA.....	24
5.1.	ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN.....	24
5.2.	SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN	24
5.2.1.	Selección del Caso.....	24
5.2.2.	Fuentes de Información.....	25
5.3.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	25
5.3.1.	Ley General de Salud.....	26
5.3.2.	Consentimiento Informado.....	27
5.3.3.	Normas Oficiales Mexicanas	28
5.3.4.	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente	30
5.3.5.	Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México 30	
5.3.6.	Derechos de los pacientes	31
5.3.7.	Derechos de niñas, niños y adolescentes	32

5.3.8. Derechos de las Enfermeras y los Enfermeros	33
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO	35
6.1. DESCRIPCIÓN DEL CASO	35
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	37
7.1. PRIMERA VALORACIÓN: VALORACIÓN FOCALIZADA	37
7.1.1. Jerarquización de Problemas, Diagnósticos de enfermería	40
7.1.2. Plan de Cuidados (Planeación, Ejecución, Evaluación)	41
7.2. SEGUNDA VALORACIÓN: VALORACIÓN FOCALIZADA	46
7.2.1. Jerarquización de Problemas, Diagnósticos de enfermería	49
7.2.2. Plan de Cuidados (Planeación, Ejecución, Evaluación)	50
7.3. TERCERA VALORACIÓN: VALORACION GENERALIZADA	59
7.3.1. Jerarquización de problemas, Diagnósticos de Enfermería	65
7.3.2. Plan de Cuidados (Planeación, Ejecución y Evaluación)	66
7.4. CUARTA VALORACIÓN: VALORACIÓN DESPUÉS DE UN TIEMPO	82
7.5. QUINTA VALORACIÓN: VALORACIÓN DESPUÉS DE UN TIEMPO	83
VIII. PLAN DE ALTA	84
IX. CONCLUSIONES	87
X. SUGERENCIAS	89
XI. GLOSARIO	90
XII. BIBLIOGRAFÍA	95
XIII. ANEXOS	109
13.1. TRIPTICO	109
13.2. CÉDULA DE VALORACIÓN	110
13.3. TÉCNICA QUIRÚRGICA	128
13.4. ESCALAS DE VALORACIÓN	131
XIV. EVIDENCIA CIENTÍFICA	136

I. INTRODUCCIÓN

La enfermera especialista en cuidado perioperatorio debe tener la capacidad de brindar cuidados especializados, humanísticos, con calidad y calidez a la persona a lo largo de todo su proceso quirúrgico; para ello el Proceso de Enfermería es la herramienta con la que cuenta el profesional de enfermería para organizar y planear esos cuidados, sin olvidar todas las directrices, normas y políticas que guían el cuidado enfermero. Actualmente se cuenta con diversas teorías y filosofías de enfermería que guían la práctica; el presente estudio de caso se realizó basándose en la filosofía de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas, dándole seguimiento al paciente a lo largo de todo el periodo perioperatorio; no sin antes dar un enfoque de lo que habla su filosofía y su relación con el proceso de enfermería.

Se aborda una persona con diagnóstico médico de ureterolitiasis, padecimiento que anteriormente era poco común en las poblaciones pediátricas y cada vez aumenta más su incidencia, representando 4% de los casos, lamentablemente con tendencia a recidiva y causa de origen idiopática.

Por ello el cuidado de enfermería y la toma de decisiones se debe realizar considerando la mejor evidencia disponible, la experiencia previa y siempre tomando en cuenta la respuesta de la persona a las intervenciones realizadas; todo ello, necesario para brindar cuidados especializados.

La planeación de cuidados fue realizada a través de la consulta de artículos científicos para realizar Enfermería Basada en Evidencia (EBE), la cual consiste en utilizar la mejor información disponible esperando resultados de calidad y rentables para los pacientes, sus familias, los profesionales sanitarios y el sistema sanitario. Bajo este contexto la autonomía profesional se torna en un factor clave para permitir y favorecer la implementación de los hallazgos de la investigación en la práctica, ya que un profesional autónomo es capaz de tomar decisiones independientes y

fundamentadas.¹ La actualización continua para la adquisición de nuevo conocimiento en conjunto con la experiencia clínica es lo que dará autonomía a la práctica profesional de enfermería.

A pesar de las explicaciones favorables que tiene la EBE a nivel global muchos profesionales de enfermería en diversos países continúan sin implementar estas evidencias en la práctica. Se ha documentado que entre el 30 a 45% de los pacientes no reciben cuidados acordes con los hallazgos de la investigación, con tratamientos probados, mientras que el 20% y el 25% de la atención es potencialmente perjudicial o innecesaria, por tanto, se utiliza más tiempo enfermera/paciente o bien muchos cuidados pueden ser dañinos.² Es por ello que como estudiante de posgrado la realización de este estudio de caso refleja la preparación que se ha tenido en la formación académica para brindar cuidados especializados idóneos a la persona y la situación presentada.

¹ Luengo Martínez C, Paravic Klijn T. Autonomía Profesional. Factor clave para el ejercicio de la Enfermería Basada en la Evidencia. *Index Enferm (Gran)*. 2016; 25(1-2):42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100010

² Idem.

II. JUSTIFICACIÓN

La litiasis renal, se encuentra entre las tres principales causas de afectación urológica, este padecimiento habitualmente es diagnosticado de manera incidental o bien al presentar sintomatología cuando un lito migra a un uréter: litiasis ureteral, uno de los tratamientos para este padecimiento es quirúrgico a través de una ureterolitotomía, motivo del presente estudio de caso.

La incidencia de este padecimiento es mucho menor en niños que en adultos, como mencionan Rodríguez-Rodríguez et al.³ en estudios realizados en Estados Unidos de todos los casos reportados de nefrolitiasis los adolescentes de 10 a 19 años representan solo el 4%. En los resultados de su investigación arrojaron que el 1.4% de las litiasis corresponden a menores de 20 años, y de estos, el 0.9% se dan en menores de 10 años.

Al no ser una patología común de la infancia no se cuenta con suficientes datos de las particularidades del padecimiento en poblaciones pediátricas, se cree que la menor incidencia puede deberse a las concentraciones más altas de citrato y magnesio en orina en comparación con los adultos; su incidencia es mayor en los varones. Respecto a la composición de los cálculos en los niños, entre el 45-65% se componen de oxalato cálcico y el 14-30%, fosfato cálcico.⁴

La razón del porque se presentan suele manejarse de forma idiopática, es por ello que una de las funciones del profesional de enfermería perioperatoria debe enfocarse no solo al cuidado del paciente durante el tratamiento quirúrgico, si no una vez resuelto, enfocar la valoración en la identificación de factores que puedan estar asociados a recidivas y mediante la aplicación del proceso de enfermería llevar a cabo las intervenciones pertinentes para evitarlo.

³ Rodríguez-Rodríguez MM, García-Cano A, Rosillo-Coronado M, Jiménez-Mendiguchía L. Litiasis urinaria: epidemiología y clasificación del cálculo urinario. Acta Bioquím Clín Latinoam 2018; 52 (1): 15-21. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0325-29572018000100004

⁴ Ibidem

Como profesional especialista en formación la aplicación del proceso de enfermería fue fundamental para brindar cuidados especializados. A través del seguimiento de la persona en estudio de caso se crea una relación persona/enfermera/familia, creando lazos de comunicación, lo cual permite la realización de un plan de cuidados personalizado y mejora la actividad de enfermería.⁵

Como mencionan Batista-Sánchez et al.⁶ la aplicación del proceso de enfermería distingue en sí a la disciplina, actualmente su aplicación se hace cada día más indispensable en los ámbitos de la enseñanza y práctica cotidiana. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció en 1977 el proceso de enfermería como “un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, familias y comunidades. Implica el uso del método científico para la identificación de las necesidades de salud del usuario; en él se definen los objetivos, se fijan las prioridades e identifican los cuidados que hay que proporcionar, y los recursos con los que se cuenta”.

⁵ Elers-Mastrapa Y, Gibert Lamadrid MP. Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Revista Cubana de Enfermería. 2016; 32(4): 126-136. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76513>

⁶ Batista-Sánchez MR, Alvarado-Gallegos E. Factores relacionados con la práctica del proceso de enfermería en servicios de hospitalización. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015;23(2):83-90. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/47

III. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

Brindar cuidados especializados a través del proceso de enfermería basado en la filosofía de Virginia Henderson a un adolescente masculino en el perioperatorio secundario a ureterolitotomía que permita la pronta recuperación de la salud e independencia de la persona.

3.2. ESPECÍFICOS

- Aplicar un instrumento de valoración con enfoque de Virginia Henderson.
- Identificar y jerarquizar las necesidades alteradas de la persona valorada.
- Elaborar Diagnósticos de Enfermería a través del razonamiento crítico.
- Realizar planes de cuidados, justificando las intervenciones y actividades con Enfermería Basada en Evidencia (EBE).
- Evaluar la respuesta de la persona a la intervención y el cumplimiento de los objetivos planteados realizando los cambios necesarios.
- Continuar el proceso de atención de enfermería a lo largo de las distintas etapas del periodo perioperatorio que cursa la persona dando seguimiento a sus necesidades
- Brindar un plan de alta acorde a las necesidades de la persona

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

El cuidado, objeto de estudio de la enfermería, ha existido desde el inicio de la humanidad, los individuos siempre han tenido y tendrán la necesidad de cuidarse a sí mismos o cuidar a un semejante. Es por ello que a lo largo de la historia han existido individuos encargados de brindar esos cuidados como esclavos, religiosos y diversos personajes en distintas épocas y lugares.⁷

Actualmente, la sociedad continúa demandando la existencia de un individuo capaz de brindar esos cuidados, con pleno conocimiento de lo que se hace, de ello surge la enfermería como profesión.

Existen diversas conceptualizaciones de enfermería, según la Organización Mundial de la Salud, OMS:

“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.”⁸

Otra definición es la que nos da el Consejo Internacional de Enfermeras, CIE:

“La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de

⁷ Romero Massa E, Contreras Méndez IM, Moncada Serrano A. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. *Hacia promoc. salud.* 2016; 21(1): 26-36. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.3

⁸ Organización Mundial de la Salud. *Temas de Salud. Enfermería.* 2018. [Citado 16 Oct 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>

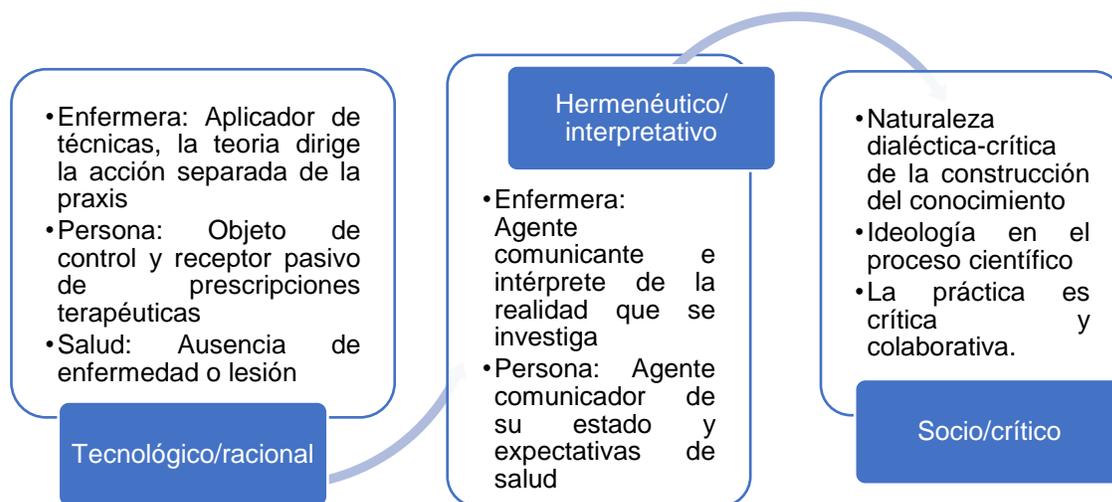
un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.”⁹

4.2. PARADIGMA DE ENFERMERÍA

El término de paradigma es ampliamente utilizado, pero ¿Qué es un paradigma?

Un paradigma expresa un padrón que debe de ser seguido en el campo social o científico, es decir, en una misma comunidad científica; los paradigmas expresan las creencias, los valores y las técnicas compartidas por un grupo de científicos y están influenciados por los factores culturales, políticos, económicos y sociales. En general, el término paradigma se refiere a la forma como percibimos y actuamos en el mundo.¹⁰

El paradigma de enfermería ha avanzado por diversas etapas, reconociéndose principalmente tres:¹¹



⁹ Consejo Internacional de Enfermeras. Definiciones. Definición de Enfermería. 2018. [Citado 16 Oct 2018]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>

¹⁰ Barbosa-Bitencourt-Alves L, Motta- Carnevalli AL, Resck-Rodrigues ZM. The paradigms of modernity and post-modernity and the process of care in nursing. *Enferm. glob.* 2015; 14(37): 335-341. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100015&lng=en.

¹¹ Ceolin S, Arias Piriz M, da Costa Mendieta M, Siles González J, Heck RM. Elements of the socio-critical paradigm in nursing care practices: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP* · 2017; 51:e03267 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016037003267>

Se señala que el proceso de enfermería ha transitado por tres paradigmas que han configurado su actuar, el paradigma de categorización (1860-1950), el de integración (1950-1975) y finalmente el de transformación (a partir de 1975).¹²

1° Generación. Categorización	2° Generación. Integración	3° Generación. Transformación
<ul style="list-style-type: none"> • Persona: ser capaz de modificar por sí mismo su entorno • Entorno: elementos ajenos a la persona que podían servir para la recuperación y prevención de la enfermedad • Salud: involucra la voluntad que el individuo debía de poner a disposición del entorno, para que este provocara un efecto de curación • Cuidado: intervenciones realizadas por enfermería aprendidas de los médicos, para proporcionar un entorno adecuado que permitiera recuperar la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona: Ser integral formado por la suma de partes que en todo momento interactuaban entre sí • Entorno: suponía la interacción constante de diversas situaciones que rodean a la persona, así como la capacidad de la misma para adaptarse a esta • Salud: perdió subordinación de la enfermedad y adquirió una identidad propia que la hacía un estado ideal de bienestar para el individuo • Cuidado: visión «integral», puesto que se enfocaba en todas las dimensiones de la persona 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona: ser indisoluble de su entorno, el cual es más que la simple suma de partes, posee un autovalor y autosentido de acuerdo a las experiencias vividas, al mismo tiempo que orienta su autocuidado según sus preferencias. • Entorno: conformado por todo el universo que rodea a la persona, este mismo se torna en constante cambio • Salud: estado de bienestar y realización personal que va más allá de la ausencia de enfermedad • Cuidado: orientación innovadora guiada por conocimientos científicos resultante de las mismas investigaciones profesionales, se basa en la comprensión y guía a la persona más allá de lo tangible

Mas adelante se hablará sobre la interpretación que dio Virginia Henderson a cada uno de los cuatro núcleos conceptuales, persona, entorno, salud y enfermería.

Fernández et al¹³ afirman que el cuidado y el cuerpo son conceptos sustantivos; la relación terapéutica es un concepto conectivo; el cuidado de enfermería es concepto adjetivo. Los tres tipos de conceptos tienen por conexión fundamental el concepto de vivencia. Si tener por objeto de estudio el cuerpo mediador de los cuidados de enfermería, en términos aristotélicos se puede decir que: el cuerpo es causa material, el cuerpo mediador es causa formal, la relación terapéutica en el proceso de cuidado es causa eficiente, el cuidado de enfermería es causa final.

¹² González-Castillo MG, Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. Enfermería Universitaria. 2016; 13 (2): 124-129. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>

¹³ Fernandes, C.R., Porto, I.S., Soares, A.M. El cuidado del cuerpo en el arte, la ciencia y la filosofía de la enfermería. Cultura de los Cuidados. 2017; 21(47): 83-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.47.08>

4.3. TEORÍA DE ENFERMERÍA

Los trabajos teórico-conceptuales, realizados por enfermeras investigadoras, han sentado las bases sobre la que se ha venido construyendo el conocimiento enfermero. Gracias a esa labor, sumando el continuo desarrollo teórico e investigativo emergente, hoy en día la enfermería ha sido definida como una disciplina y una ciencia en construcción, que tiene como núcleo fundamental estudiar las experiencias de cuidado que vivencian los seres humanos, ya sea en proceso de salud o enfermedad durante el desarrollo del ciclo vital.¹⁴

La teoría puede utilizarse para:¹⁵

- a) Clarificar el enfoque a partir del cual se va a desarrollar la estrategia para la generación de conocimiento transferible.
- b) Identificar los resultados (medidas y variables) que han de medirse en el proceso de implantación.
- c) Desarrollar una guía de evaluación del proceso de implantación en su globalidad a nivel individual (profesionales y pacientes), grupal u organizacional.

La aplicación de distintas metodologías ha contribuido a reducir la brecha entre el saber teórico y el hacer práctico.

A nivel epistemológico, la teoría y la práctica son estudiadas por separado. Sin embargo, cuando se refiere a su uso, estos elementos son descritos como componentes de una relación compleja e interactiva. En la enfermería se han descrito al menos tres tipos de relaciones entre teoría y práctica:¹⁶

¹⁴ Borre-Ortiz YM, Lenis-Victoria C, Suárez-Villa M, Tafur-Castillo J. El conocimiento disciplinar en el currículo de Enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. Rev Cienc Salud. 2015; 13(3): 481-491. DOI: dx.doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.12

¹⁵ Pérez-Fuillerat N. Enfermería Basada en Evidencia y Transferencia de Conocimiento. Index Enferm. 2015; 24 (1-2) DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100001>

¹⁶ Pérez-Fuillerat N, Amezcua M. Entre la disociación y la armonía: la compleja relación entre teoría y práctica enfermera. Index Enferm. 2017; 26(4): 245-247. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300001

Enfoque Científico	Enfoque Pragmático	Enfoque del sentido común
<ul style="list-style-type: none"> • La teoría orienta la práctica (método científico) • Saberes técnicos que siguen normas • Consigue de forma efectiva objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> • No usa la teoría • La práctica se rige por los valores éticos de la profesión • Los valores determinan cuales son buenas prácticas 	<ul style="list-style-type: none"> • La práctica como generador y evaluador de la teoría. • La enfermera construye su teoría a partir de la experiencia, las reflexiones sobre la actividad realizada y el conocimiento de los profesionales expertos

Aunque el conocimiento teórico de enfermería ha ido evolucionando a lo largo de la historia todavía no es del todo visible en el escenario real. Se evidencia una práctica de enfermería con mucho rigor técnico, operativo y destreza manual, pero carente de sustento científico y teórico propio. Este es un aspecto preocupante, puesto que los avances en dicho conocimiento no se ven reflejados en la práctica. Es imperiosa la necesidad de seguir desarrollando formas de abordaje que demuestren, cada vez más, una práctica reflexiva, racional, fundamentada, organizada y basada en evidencia científica y teórica. Lo que disminuye el riesgo de la improvisación y la intuición. De manera que la práctica sea sustentada con argumentos válidos, contundentes y legitimados.¹⁷

4.3.1. Filosofía de Virginia Henderson

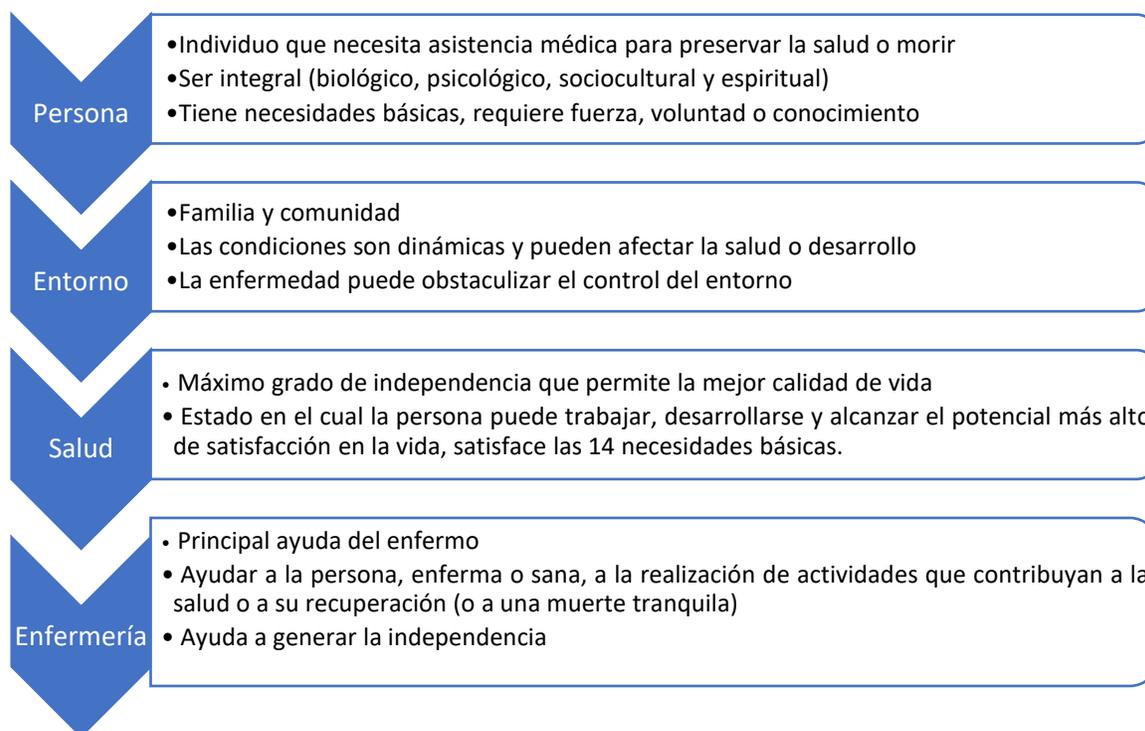
Virginia Henderson nació en Kansas City, Missouri y recibió el título de Nightingale of Modern Nursing; obtuvo su diploma en enfermería de la escuela de enfermería del ejército en el Hospital Walter Reed, Washington, DC en 1921 y trabajó en el servicio de enfermeras visitantes de Henry Street durante dos años después de la graduación. En 1923, comenzó a enseñar enfermería en el Hospital Protestante de Norfolk en Virginia.¹⁸

¹⁷ Borre-Ortiz YM, Lenis-Victoria C, Suárez-Villa M, Tafur-Castillo J. Op. Cit.

¹⁸ Ahtisham Y, Jacoline S. Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia's Henderson Need Theory. International Journal of Caring Sciences. 2015; 8 (2): 443-450. Disponible en: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/23_ahtisham.pdf

En 1929, ingresó a la Facultad de Maestros de la Universidad de Columbia para la licenciatura en 1932 y la maestría en 1934 respectivamente. Posteriormente, se unió a Columbia como miembro de la facultad, permaneció allí hasta 1948 y luego se convirtió en parte de la escuela de enfermería de la Universidad de Yale como investigadora asociada. Recibió numerosos reconocimientos: doctorados honorarios de la Universidad Católica de América, la Universidad Pace, la Universidad de Rochester, la Universidad de Western Ontario y la Universidad de Yale. En 1939, revisó: el clásico libro de texto de enfermería de Harmer para su 4ta edición, y más tarde escribió la quinta Edición, incorporando su definición personal de enfermería en 1991.¹⁹ Henderson murió el 19 de marzo de 1996.

Dentro de la Filosofía de enfermería de Henderson se habla de los conceptos paradigmáticos:^{20 21}



¹⁹ Ibidem

²⁰ Naranjo-Hernández Y, Rodríguez-Larrinaga M, Concepción-Pacheco J. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. 2016; 32(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/986/217>

²¹ Galviz-López MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Rev Cuid 2015; 6(2): 1108-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>

Virginia Henderson nos habla de que la enfermera tiene tres formas de relacionarse con el paciente:²²

1. Como sustituta. Hacer por el paciente lo que él no puede hacer por sí mismo
2. Como Colaboradora. Apoya al paciente a recuperar su independencia.
3. Como Compañera: El paciente realiza todo para cubrir sus necesidades. La enfermera supervisara y educara

Igualmente, en su filosofía habla sobre los distintos grados de dificultad que puede presentar cada persona para cubrir sus necesidades, lo cual nos guiara a la elección de las intervenciones a realizar, los grados de dificultad son:²³

1. Fuerza: Se entiende por ésta, no solo 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.
2. Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. 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 reconoce 14 necesidades básicas de la persona, siete están relacionados con la fisiología, dos con la seguridad y dos con el afecto y pertenencia, en cada uno se valorarán diversos aspectos, entre ellos:²⁴

²² Ahtisham Y, Jacoline S. Op cit.

²³ Programa Integración de Tecnologías a la Docencia. Vicerrectoría de Docencia. Universidad de Antioquia. Aprende en línea. Virginia Henderson; abril 2016. [Internet]. [Consultado 21 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971>

²⁴ Idem

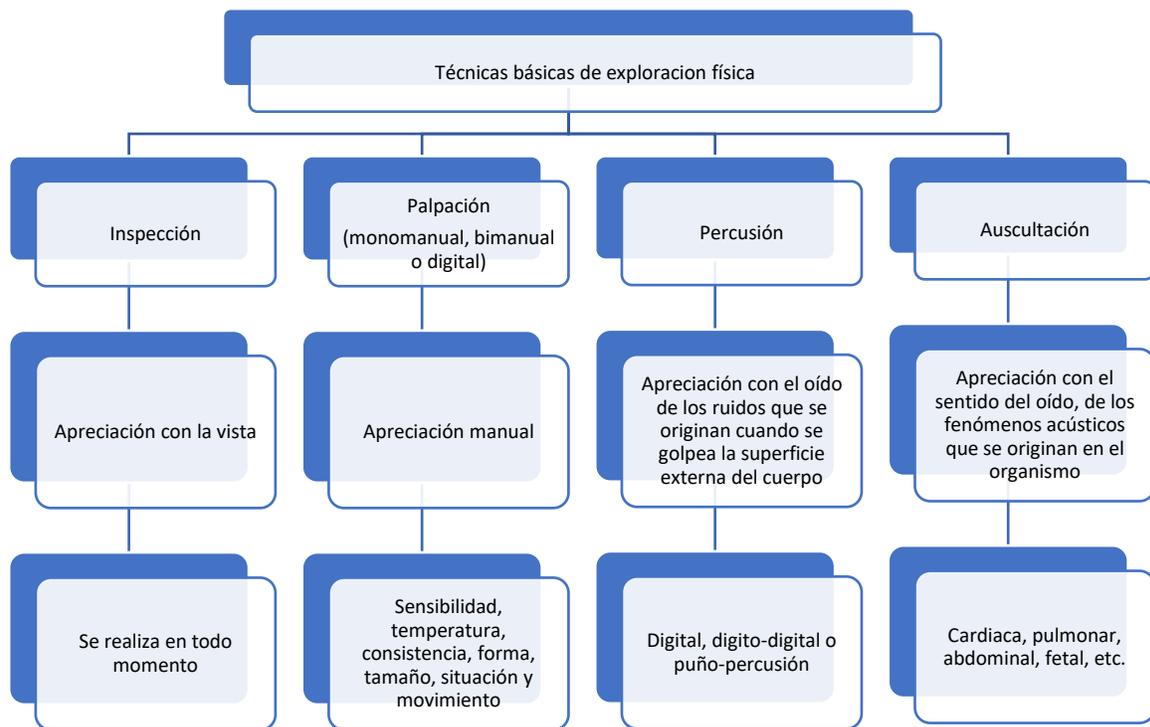
1. Respirar normalmente: frecuencia respiratoria, secreciones, movimientos respiratorios, saturación de oxígeno, antecedentes de tabaquismo, etc.
2. Comer y beber adecuadamente: tipo de dieta, apetito, saciedad, problemas para comer, equilibrio electrolítico, estado nutricional, peso, talla, etc.
3. Eliminar los desechos corporales: eliminación intestinal, micción, sudor, factores que los modifican, etc.
4. Moverse y mantener posturas deseables: amplitud de movimiento, ejercicio, mecánica corporal, postura, etc.
5. Dormir y descansar: descanso, sueño, hábitos ligados al sueño, etc.
6. Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse: capacidad para vestirse y desvestirse, utilización de ropa adecuada para situación y clima.
7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno: temperatura, ambiente, abrigo.
8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel: características de piel y mucosas, hábitos higiénicos.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros: entorno familiar, medio ambiente, vacunación, seguridad física, etc.
10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones: capacidad de expresión, relaciones, etc.
11. Rendir culto según la propia fe: creencia, ideología, moral, valores, etc.
12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro: autoestima, rol social, estatus social, etc.
13. Jugar o participar en diversas formas de ocio: diversión, juego, placer, etc.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, utilizar las instalaciones sanitarias disponibles: aprendizaje, enseñanza.

4.4. PROCESO DE ENFERMERÍA

“El proceso de enfermería es un modelo sistemático de pensamiento crítico, el cual promueve un nivel competente de cuidados, representa una resolución deliberada de problemas, y engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras, por lo cual establece la base para la toma de decisiones”²⁵

El proceso de atención de enfermería se compone de 5 etapas:

1. Valoración. Se recoge y analiza la información de salud, en busca de evidencias que puedan condicionar las necesidades básicas de la persona. Se emplearán diversas maneras de obtener esa información, de manera directa (entrevista y exploración física) o indirecta (familia y expediente). El examen físico tiene como finalidad reconocer la existencia o no de alteraciones físicas o signos producidos por la enfermedad que pueden ser objetivos para el explorador.²⁶



²⁵ Ramírez-Elias A. Proceso de Enfermería, lo que sí es y lo que no es. Enfermería Universitaria. 2016; 13(2): 71-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.001>

²⁶ Velasco Tirado V, Belhassen García M. La Historia Clínica (II): La Exploración Física y Pruebas Complementarias. EducaFarma 3.0. 2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10366/127032>

En esta etapa se deberá organizar los datos de acuerdo a las 14 necesidades básicas, evitando hacer conclusiones precipitadas.

2. Diagnóstico: la NANDA define el diagnóstico enfermero como “Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a procesos vitales y/o problemas de salud reales o potenciales. Proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable”.²⁷

Se deben analizar y priorizar los datos para la identificación de problemas reales o potenciales, base esencial de la planificación de cuidados. Los diagnósticos se clasifican en tres tipos:

<i>REAL</i> Problema actual	Problema	R/C	Etiología	M/P	Signos y síntomas
<i>RIESGO</i> Requiere medidas de corrección o prevención en la etiología detectada	<i>RIESGO DE</i> + Problema	R/C	Etiología		
<i>BIENESTAR</i> Motivación o deseo de la persona por mejorar su salud	<i>DISPOSICION PARA</i> + Situación que desea mejorar			M/P	Conducta o expresión

R/C: Relacionado con

M/P: Manifestado Por

3. Planificación. En esta etapa se realizan diversas actividades:

- Determinar prioridades. Si una actividad es independiente o se requiere la participación del equipo multidisciplinar, cuales problemas ponen en riesgo la vida o función.
- Determinar objetivos. Del profesional de enfermería y de la persona.
- Determinar las intervenciones y Actividades a realizar. Enfocados en el cumplimiento de los objetivos planteados. Enfocando en actividades basadas en evidencia.
- Registro de las intervenciones y actividades planeadas.

²⁷ Programa Integración de Tecnologías a la Docencia. Vicerrectoría de Docencia. Universidad de Antioquia. Aprende en línea. Diagnósticos Enfermero; abril 2016. [Internet]. [Consultado 21 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61941>

4. Ejecución. Poner en práctica las intervenciones planeadas, reuniendo y organizando los recursos humanos o materiales necesarios acorde a la disponibilidad y reflexionando en todo momento en lo que se está haciendo.
5. Evaluación. Evaluación continua de la respuesta de la persona a las intervenciones realizadas, determinar si se han cumplido los objetivos haciendo las modificaciones necesarias para lograrlo. Recordemos que la evaluación no es una etapa aislada del proceso de enfermería, esta se debe realizar en todo momento.

4.5. ANATOMIA DEL SISTEMA URINARIO ^{28 29}

El aparato urinario está constituido por dos riñones, dos uréteres. La vejiga y la uretra. Después de que los riñones filtran el plasma sanguíneo, devuelven la mayor parte del agua y los solutos a la corriente sanguínea. El agua y los solutos remanentes constituyen la orina, que transcurre por los uréteres y se almacena en la vejiga urinaria hasta que se excreta a través de la uretra.

ESTRUCTURA	LOCALIZACIÓN	DESCRIPCION
Riñones	Situados en los flancos, entre el peritoneo y la pared posterior del abdomen, entre la última vertebra torácica y la tercera vértebra lumbar.	Órganos pares de color rojizo y con forma de alubia. Tres sistemas tubulares: arterias, venas y conductos urinarios.
Uréteres	Tubos musculares retroperitoneales de 25 a 30 cm descienden desde el riñón hasta la vejiga	Sus paredes son gruesas y su diámetro pequeño, fluctúan entre 1 y 10 mm. Tres capas la más profunda es la mucosa, la intermedia es la muscular y la más externa la adventicia.
Vejiga	Situado en la cavidad pelviana, por detrás de la sínfisis del pubis. En los hombres se encuentra por delante del recto.	Órgano muscular hueco y distensible. Tres capas básicas: mucosa interna de epitelio de transición, capa media de musculo liso (detrusor) y adventicia externa o serosa sobre la capa superior, en los hombres.
Uretra	Se extiende desde el orificio uretral interno en el piso de la vejiga hasta el exterior. Longitud aproximada de 20 cm que se subdivide en 3 regiones anatómicas: Uretra prostática, uretra membranosa y uretra esponjosa.	Tres capas: mucosa interna de epitelio de transición, capa media delgada de músculo liso circular y capa externa delgada de tejido conectivo.

²⁸ Tortora G, Erickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 13 ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2013

²⁹ Moore K, Dalley A, Agur A. MOORE Anatomía con Orientación Clínica. 8ª ed. Barcelona. Wolters Kluwer; 2017

4.6. LITIASIS URINARIA

González-León et al.³⁰ establecen que la litiasis urinaria constituye una de las afecciones más frecuentes en urología. Afectando entre el 5 y 15% de la población mundial y del 1 al 5% de la población de los países desarrollados, con una recurrencia de hasta un 50%.

Anteriormente considerada una causa poco frecuente de morbilidad pediátrica, la creciente evidencia indica un aumento progresivo en la frecuencia de urolitiasis. Este aumento puede deberse en parte al aumento de la vigilancia, pero la etiología permanece sin dilucidar y la urolitiasis ahora representa 1 en 685 admisiones pediátricas.³¹

Dentro de la litiasis urinaria se encuentra la Litiasis Ureteral definida como la presencia de cálculos de diferentes composiciones químicas, formas y tamaños en el conducto del uréter, desde la unión pieloureteral hasta la unión ureterovesical. Para efectos de tratamiento, frecuentemente se dividen en cálculos ureterales del tercio proximal o superior, cálculos ureterales del tercio medio y cálculos ureterales del tercio distal o inferior.³²

4.6.1. Epidemiología

Es la tercera enfermedad urológica más común después de la infección urinaria y la enfermedad prostática. Su prevalencia varía entre el 2 y 20% en todo el mundo y parece relacionarse con las características geográficas y socioeconómicas de las diferentes poblaciones. Su incidencia ha ido en aumento considerablemente en décadas recientes en todos los países industrializados, debido a profundas modificaciones en hábitos dietéticos y el estilo de vida, caracterizados por una

³⁰ Gonzalez-León T, Suárez-Marcillán ME, Cuza-Herrera Y, Tegegne A, De la Paz Pérez Y, Rodríguez-Ojea L. Cirugía Laparoscópica para el tratamiento de la litiasis del uréter lumbar. Rev Cub Urol 2016;5(1):17-29. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69516>

³¹ Kusumi K, Becknell B, Schwaderer A. Trends in pediatric urolithiasis: patient characteristics, associated diagnoses, and financial burden. *Pediatr Nephrol* (2015) 30:805–810 DOI 10.1007/s00467-014-3012-3

³² *Ibidem*

ingesta elevada de calorías, sumada a una actividad física reducida, entre otros factores de riesgo.³³

Alrededor de tres cuartas partes de los cálculos están compuestos de oxalato cálcico; muchos contienen una pequeña cantidad de hidroxapatita y el 10-12% algo de ácido úrico. El 10-20% contienen fosfato amónico magnésico producido por una infección del tracto urinario con bacterias que expresan la enzima ureasa. El 5% de las piedras son ácido úrico puro, el 5% contiene más del 50% de brushita, y menos del 1% son de cistina.³⁴

4.6.2. Fisiopatología

La secuencia de eventos en la formación de cualquier cálculo urinario incluye: la saturación urinaria, la supersaturación, la nucleación, el crecimiento de los cristales, la agregación de los cristales, retención de los cristales y finalmente la formación del cálculo. Normalmente estos cristales pasan a través del tracto urinario sin problemas, sin embargo, ocasionalmente cuando son muy grandes pueden causar obstrucción del sistema de drenaje del riñón que puede resultar en dolor severo, sangrado, infección o falla renal. En la práctica clínica, la hipersaturación puede ser el resultado de cualquier aumento en la excreción de disolventes en la orina (por ejemplo, calcio, oxalatos, cistina) o una reducción en el volumen de la orina debido a una disminución en la ingesta de líquidos o la pérdida extrarrenal de líquidos (Cuadros diarreicos, deshidratación, etc.).³⁵

³³ García-Perdomo HA, Benavidez-Solarte P, Posada-España P. Fisiopatología asociada a la formación de cálculos en la vía urinaria. *Urol Colomb*. 2016;25(2):109-117. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2015.12.012>

³⁴ Rodríguez-Rodríguez MM, García-Cano A, Rosillo-Coronado M, Jiménez-Mendiguchía L. Op cit.

³⁵ Idem

4.6.3. Factores asociados ^{36 37}

Genero	Mayor en hombres 3:1 Recurrencia 50%
Raza	Blanca 5.2% Afrodescendientes y mestizos 3.8%
Genética	25% de los pacientes tienen antecedentes familiares Antecedentes de hipercalciuria
Alteraciones anatómicas	Ectasia tubular renal, riñón en esponja, obstrucción de la unión pieloureteral, estrechez ureteral, ureterocele, etc.
Comorbilidades	Obesidad (mayor en mujeres), Diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercalcemia, hipertiroidismo, inmovilización prolongada, neoplasias, cistinuria, fibrosis quística, etc
Infecciones recurrentes	Por gérmenes productores de ureasa (Proteus, Klebsiella, Providentia, Pseudomonas o Enterococcus)
Ingesta de líquidos	La alta ingesta disminuye la formación de cristales en la orina y la supersaturación de solutos. ³⁸
Ingesta de sodio	El aumento de sodio en la dieta eleva la excreción de calcio promoviendo la formación de cálculos
Ingesta de calcio	A mayor ingesta de calcio disminuye el riesgo de urolitiasis
Ingesta de proteína animal	La adición de 75 g de proteína a la dieta aumenta 100 mg/día la excreción de calcio urinario
Actividad física	Aumenta riesgo con inmovilidad o reposo en cama, así como una inadecuada hidratación durante y después del ejercicio ³⁹
Estrés	La activación del eje hipófisis-hipotálamo lleva a secreción de vasopresina reabsorbiendo agua en el túbulo colector originando orina hipertónica. La secreción de adrenocorticotropina eleva los niveles de calcio sérico. El estrés induce variación en los niveles de cortisol el cual puede aumentar la excreción urinaria de calcio
Fármacos	Favorece la formación de litiasis: diuréticos de asa, antiácidos, corticoides, teofilina, aspirina, vitamina D, quimioterapia, sulfamidas, nitrofurantoina.
Clima	Creciente incidencia en los trópicos especialmente en verano

³⁶ Sarroca-Ferrera M, De la Arada-Aceves A. Litiasis Renal. AMF 2015; 11(6): 314-323. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1439

³⁷ García-Perdomo HA, Benavidez-Solarte P, Posada-España P. Op cit

³⁸ Susaeta R, Benavente D, Marchant F, Gana R. Diagnóstico y manejo de litiasis renales en adultos y niños. REV. MED. CLIN. CONDES. 2018; 29(2) 197-212. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.03.002>

³⁹ Matos Rubio WR, Carballo Quevedo SL, Wilson Chibás FM, Martínez Carballo B. Factores asociados a litiasis del tracto urinario en el Hospital Clínico Quirúrgico "Lucía Íñiguez Landín", provincia Holguín. Revista de Información Científica. 2017; 96 (6): 1017-1025. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1779/3347>

4.6.4. Sintomatología ^{40 41}

La mayoría de las litiasis se diagnostican de manera incidental, ya que pueden permanecer asintomáticas, a menos que el lito comience a desplazarse a través del uréter, pudiendo causar una obstrucción aguda parcial o completa que produzca el cólico nefrítico.

El síntoma principal es el dolor, que se presenta más a menudo durante la mañana (por un aumento significativo en la concentración urinaria). Suele ser de tipo cólico (usualmente dura entre 20 y 60 minutos), de inicio súbito, unilateral, muy intenso y no mejora con el reposo. Se localiza en la fosa lumbar y se irradia en sentido descendente anterior siguiendo el trayecto ureteral hasta la vejiga, los genitales externos e incluso la cara interna del muslo. El paciente suele mostrarse agitado y característicamente se sujeta la fosa renal.

La irradiación del dolor orienta sobre la localización del cálculo, pero no es diagnóstica:

Porción superior del uréter	El dolor puede irradiarse al testículo
Porción media del uréter	El dolor puede simular una apendicitis o una diverticulitis, según el lado
Uréter distal	Pueden aparecer síntomas de irritabilidad vesical (polaquiuria, disuria y tenesmo).
Pelvis renal	Puede provocar dolor de baja intensidad o intermitente ubicado en el flanco

El segundo síntoma más frecuente es la hematuria. No obstante, su presencia o ausencia no permiten confirmar o excluir el diagnóstico. Otros síntomas asociados son:

- Náuseas y vómitos, por estimulación del plexo celíaco. Son muy comunes, su ausencia debería hacer dudar del diagnóstico.
- Estreñimiento por íleo reflejo.

⁴⁰ Acevedo-Jiménez M, Alcántara-Peraza RA, Romero-Solís I, Rendón-Macías ME. Utilidad de la tomografía computada simple de abdomen en la decisión del estudio contrastado ante pacientes con cólico renal. Rev Sanid Milit Mex 2016; 70: 280-285. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73251>

⁴¹ Saccoc-Ferrera M, De la Arada-Aceves A. Op cit.

- Puede existir febrícula, pero la fiebre nunca forma parte de la clínica del cólico nefrítico no complicado.

4.6.5. Diagnóstico ^{42 43}

Aunque en la actualidad la tomografía computarizada (TC) es la técnica de referencia en los pacientes con alta sospecha de litiasis, tanto la ecografía (ECO) como la TC se consideran técnicas de imagen de elección.

Estudios bioquímicos básicos durante el primer episodio de urolitiasis:

Estudio en orina: glóbulos rojos, glóbulos blancos, nitritos, pH urinario, urocultivo

Estudio en sangre: creatinemia, uricemias, calcio ionizado, electrolitos plasmáticos (Na, K), Proteína C reactiva, Protrombina/INR.

4.6.6. Tratamiento ^{44 45 46 47}

El tratamiento se deberá iniciar con el comienzo de los síntomas hasta la expulsión espontánea del lito o bien a medidas quirúrgicas.

- Hidratación
- Calor local
- Antiinflamatorios no Esteroideos (AINES)
- Opiáceos (Solo como rescate de los AINES o cuando estos estén contraindicados)
- Antieméticos (solo en caso de náusea y vómito)
- Alfa bloqueadores

⁴² Bacallao Méndez RA, Vítores Aguiar I, Mañalich Comas R, Gutiérrez García F, Llerena Ferrer B, Almaguer López M. Caracterización clínico epidemiológica de la litiasis urinaria en un área rural de Artemisa. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. 2016; 35(4): 300-310. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002016000400001

⁴³ Sarroca-Ferrera M, De la Arada-Aceves A. Op cit.

⁴⁴ García-Galisteo E, Sánchez-Martínez N, Molina-Díaz P, López-Rueda B, Baena-González V. Invasive treatment trends in urinary calculi in a third level hospital. Actas Urol Esp. 2015; 39:32-37. DOI: 10.1016/j.acuro.2014.03.013

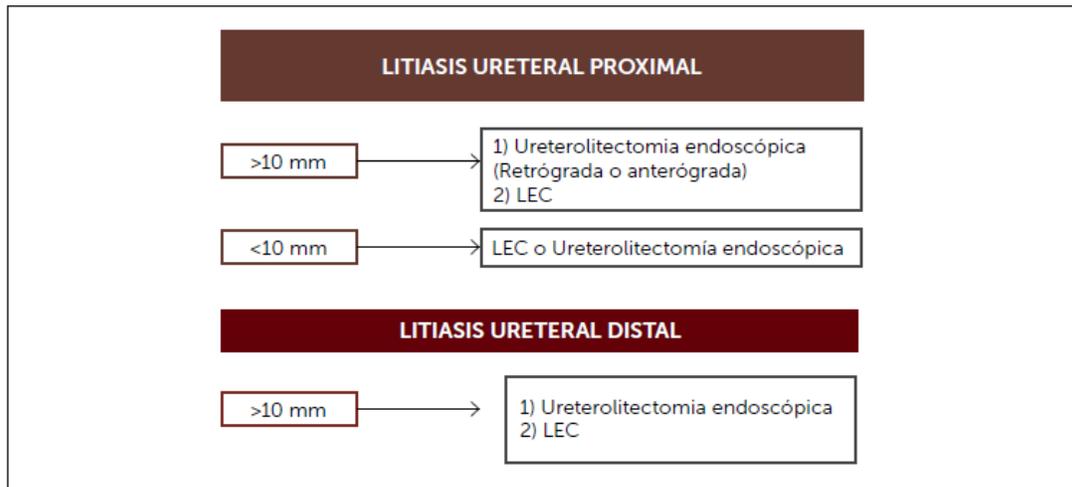
⁴⁵ García-Perdomo HA, et al. Op cit.

⁴⁶ Sarroca-Ferrera M, De la Arada-Aceves A. Op cit.

⁴⁷ Susaeta R, Benavente D, Marchant F, Gana R.. Op cit.

Tratamiento definitivo:

- Litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEC)
- Ureteroscopia (con o sin litotricia intracorpórea)
- Nefrolitotomía percutánea
- Ureterolitotomía abierta o laparoscópica



Guías Europeas de urolitiasis 2017

V. METODOLOGÍA

5.1. ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

Se utiliza el Proceso de Enfermería con todas sus etapas con enfoque de la filosofía de Virginia Henderson.

La metodología utilizada para la realización de los diagnósticos de enfermería fue a través del formato PES (Problema, Etiología, Signos y Síntomas).

5.2. SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

5.2.1. Selección del Caso

Se elige el caso de FRJA al tratarse de una persona con recidiva de ureterolitiasis, se aborda en el periodo preoperatorio inmediato y transoperatorio a través de una valoración focalizada.

Se obtiene consentimiento informado de la madre para autorización de seguimiento del caso clínico.

En el periodo posoperatorio se aplica cédula de valoración organizada por necesidades de Virginia Henderson, exploración física y revisión de expediente clínico.

A través de la valoración realizada se elaboran diagnósticos de enfermería jerarquizando necesidades y se inicia con la planeación de intervenciones. Una vez egresado paciente a domicilio se proporciona un plan de alta especializado. Se continuó seguimiento vía telefónica, el cual se dificulta al tratarse de paciente residente de Veracruz.

5.2.2. Fuentes de Información

Directa: entrevista y exploración física

Indirecta: expediente clínico, datos proporcionados por familiar.

Se recauda información bibliográfica a través de la biblioteca digital UNAM, PubMed, SciELO, Cochrane y Medigraphic.

5.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La humanización en el ámbito de la salud implica un compromiso ético, permite valorar a la persona en su totalidad y es un reflejo de los valores que guían la conducta del personal en el ámbito de la salud. Los valores centrados en la persona permiten establecer políticas, programas, efectuar cuidados de calidad y respetar la dignidad de todo ser humano. La humanización genera una reflexión intrínseca, que compromete a la organización y a los trabajadores a considerar al ser humano como un ser integral, cuya vida transcurre en un entorno familiar, social, económico y laboral.⁴⁸

Para regular la conducta humana en los aspectos relacionados con los actos que afectan la vida de las personas y el cuidado de la salud surge la bioética, la cual provee los principios para distinguir entre lo que “debe ser o debe hacerse y lo que no debe ser o no debe hacerse”.⁴⁹

La ética profesional permite juzgar la acción de los actos médicos y de otros profesionales, incluido el personal de enfermería, quienes realizan cuidados encaminados al mejoramiento y recuperación del paciente, siempre guiándose por los principios fundamentales de la bioética que son autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.⁵⁰

⁴⁸ Escobar-Castellanos B, Cid-Henríquez P. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta Bioethica* 2018; 24 (1): 39-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>

⁴⁹ Ídem

⁵⁰ Ibidem

5.3.1. Ley General de Salud

La Ley General de Salud, título quinto “Investigación para la Salud”, capítulo único, establecen los lineamientos y principios a los cuales debe someterse la investigación en materia de salud que involucre seres humanos o muestras biológicas derivadas de estos; de este título deriva el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el cual establece que la investigación en materia de salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud, para incrementar su productividad y para efectuar actividades de formación y desarrollo de personal para la salud.^{51 52}

El artículo 100 de la Ley General de Salud establece que la investigación en seres humanos deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifiquen la investigación médica; que sea el único método por el cual se pueda obtener este conocimiento; que se asegure que el sujeto de experimentación no se expone a riesgos ni daños innecesarios; se cuente con el consentimiento informado por escrito del sujeto de investigación o de su representante legal y se realice únicamente por profesionales de la salud en instituciones médicas autorizadas y vigiladas por las autoridades sanitarias correspondientes. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, protección de sus derechos y bienestar sobre cualquier otro interés de la ciencia y la sociedad.⁵³

⁵¹ López-Pacheco MC, Pimentel-Hernández C, Rivas-Mirelles E, Arredondo-García JL. Normatividad que rige la investigación clínica en seres humanos y requisitos que debe cumplir un centro de investigación para participar en un estudio clínico en México. Acta Pediatr Mex 2016; 37 (3): 175-182. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000300175

⁵² Ley General de Salud. Última Reforma DOF 12-07-2018

⁵³ López-Pacheco MC, Pimentel-Hernández C, Rivas-Mirelles E, Arredondo-García JL. Op cit.

5.3.2. Consentimiento Informado

Los actos de cuidado que ofrece la enfermería se fundamentan en la relación enfermero-paciente, el respeto por la dignidad y autonomía de las personas. Esto implica, comprender la importancia y el significado desde su esfera humana, aspecto que le otorga un sentido ético a las prácticas de cuidado.

Entender la relevancia del consentimiento informado, incluye comprender la importancia y el significado de la persona desde su esfera humana, aspecto que se ha transformado en una situación, que reclama la interacción dialógica, clara y respetuosa del enfermero con el sujeto de cuidado. No solo, como elemento de calidad, sino como un criterio ético que implica el respeto por la autonomía del paciente. Significa que algunos de los principios éticos y valores morales que predominan durante el proceso de atención de enfermería para cualquier paciente, en primera instancia, lidera la autonomía como derecho mismo del individuo de determinar sus propias acciones, de acuerdo con los planes que ha escogido, respetando sus convicciones y, por ende, sus decisiones.⁵⁴

La Norma Oficial Mexicana 004 del Expediente Clínico,⁵⁵ define las Cartas de consentimiento informado, a los documentos escritos, asignados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

⁵⁴ Bautista-Espinel GO, Ardila-Rincón NA, Castellanos-Peñaloza JC, Gene-Parada Y. Conocimiento e importancia, que los profesionales de enfermería tienen sobre el consentimiento informado aplicado a los actos de cuidado de enfermería. *Rev Univ. Salud.* 2017;19(2):186- 196. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.81>

⁵⁵ Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

5.3.3. Normas Oficiales Mexicanas

1. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico ⁵⁶

Tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

Un aspecto fundamental en esta norma, es el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de la salud. Lo anterior ratifica y consolida el principio ético del secreto profesional.

2. Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de la anestesiología ⁵⁷

Esta norma establece las características que deberán tener los profesionales del área de la salud y los establecimientos para la atención médica que practican la anestesiología, así como los criterios mínimos de organización y funcionamiento que se deberán cumplir en la práctica de esta especialidad. El campo de aplicación de la anestesiología se extiende al período perioperatorio, a los cuidados de reanimación, al control del dolor, a los cuidados paliativos, así como a la investigación.

3. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud ⁵⁸

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del

⁵⁶ Idem

⁵⁷ Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5511877&fecha=31/01/2018

⁵⁸ Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña.

Esta norma tiene como objetivo establecer las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, así como para la prestación de dicho servicio que en forma independiente otorgan las personas físicas con base en su formación académica.

4. Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos ⁵⁹

Esta norma para la administración de la terapia de infusión intravenosa se ha desarrollado con el propósito de establecer las condiciones necesarias y suficientes que favorezcan una práctica clínica homogénea, que coadyuve a lograr una atención segura y libre de riesgos, asimismo, instituye los criterios mínimos para la instalación, el mantenimiento y el retiro de los accesos venosos periféricos y centrales, para contribuir a la mejora de la calidad en la atención de los pacientes.

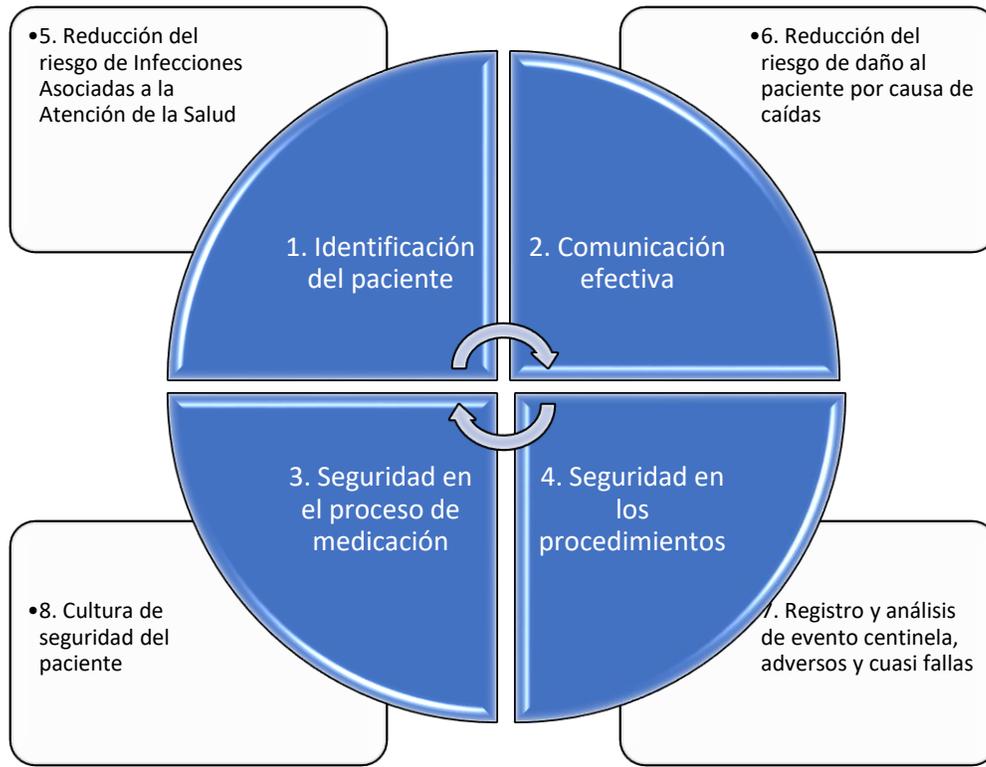
5. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales ⁶⁰

Esta Norma incluye las enfermedades adquiridas intrahospitalariamente secundarias a procedimientos invasivos, diagnósticos o terapéuticos y, además, establece los lineamientos para la recolección, análisis sistematizado de la información y toma de decisiones para la aplicación de las medidas de prevención y de control pertinentes.

⁵⁹ Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la Administración de la Terapia de Infusión en los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268977&fecha=18/09/2012

⁶⁰ Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3896/salud/salud.htm>

5.3.4. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente ⁶¹



5.3.5. Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México ⁶²

Desde el año 2001. Que la Comisión Interinstitucional de Enfermería publicó el Decálogo de Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México este no ha sufrido modificaciones, el cual compromete al personal de enfermería ha:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.

⁶¹ Secretaría de Salud. Conoce las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Seguridad del paciente: prioridad del sector salud. Abril 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente>

⁶² Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México. 2001. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/codigo_etica.pdf

2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto como las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

5.3.6. Derechos de los pacientes⁶³

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.

⁶³ Conoce los 10 derechos generales de los pacientes. Secretaría de Salud. Febrero 2016. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-los-10-derechos-generales-de-los-pacientes>

6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

5.3.7. Derechos de niñas, niños y adolescentes ⁶⁴

Los Derechos Humanos de niñas, niños y adolescentes están previstos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los tratados internacionales y en las demás leyes aplicables, esencialmente en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (publicada el 4 de diciembre de 2014), la cual reconoce a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos y, en su artículo 13, de manera enunciativa y no limitativa señala los siguientes:

1. Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo
2. Derecho de prioridad
3. Derecho a la identidad
4. Derecho a vivir en familia
5. Derecho a la igualdad sustantiva
6. Derecho a no ser discriminado
7. Derecho a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral
8. Derecho a una vida libre de violencia y a la integridad personal
9. Derecho a la protección de la salud y a la seguridad social
10. Derecho a la inclusión de niñas, niños y adolescentes con discapacidad
11. Derecho a la educación
12. Derecho al descanso y al esparcimiento

⁶⁴ Derechos humanos de niñas, niños y adolescentes - Derechos humanos. CNDH México. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/Ninos_Derechos_Humanos

13. Derecho a la libertad de convicciones éticas, pensamiento, conciencia, religión y cultura
14. Derecho a la libertad de expresión y de acceso a la información
15. Derecho de participación
16. Derecho de asociación y reunión
17. Derecho a la intimidad
18. Derecho a la seguridad jurídica y al debido proceso
19. Derechos de niñas, niños y adolescentes migrantes
20. Derecho de acceso a las tecnologías de la información y comunicación, así como a los servicios de radiodifusión y telecomunicaciones, incluido el de banda ancha e Internet

5.3.8. Derechos de las Enfermeras y los Enfermeros ⁶⁵

1. Ejercer enfermería en forma libre, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2. Desempeñar sus funciones en un entorno que garantice la integridad personal y profesional, libre de malos tratos.
3. Contar con los recursos necesarios que le permitan desarrollar un alto desempeño de sus funciones.
4. No ser presionados(as) a proporcionar información que sobrepase su competencia.
5. Recibir trato digno de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional.
6. Tener acceso a alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades.

⁶⁵ Carta de Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros. Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México. 2018. Disponible en: http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/td_c_der_generales.html

7. Tener acceso a actividades docentes y de investigación en su ámbito de competencia.
8. Asociarse con libertad para salvaguardar sus intereses profesionales.
9. Acceder a puestos de toma de decisiones en igualdad de condiciones, que otros profesionales sin discriminación alguna.
10. Ejercer la profesión de acuerdo a la legislación vigente.

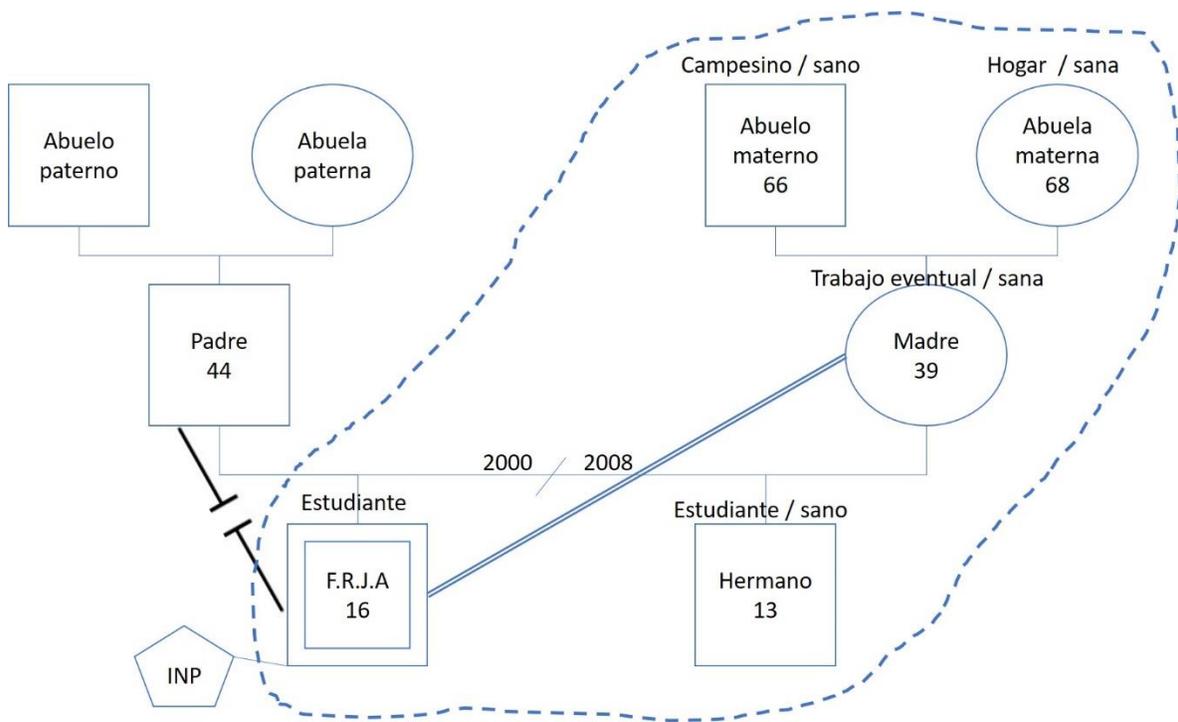
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

El presente estudio de caso fue realizado en la persona FRJA un adolescente masculino, abordado en una institución de salud durante las primeras practicas del Posgrado de Enfermería Perioperatoria.

PERSONA		
Datos generales	Antecedentes perinatales	Antecedentes patológicos/quirúrgicos
Nombre: FRJA F. Nacimiento: 03/06/2002 Edad: 16 años 4 meses Sexo: Hombre Nacionalidad: mexicana Escolaridad: cursando 1° de preparatoria Residencia: Veracruz Religión: católico Cuidador primario: madre Alergias: Negadas Esquema de vacunación: completo	Producto 1° gesta 40 SDG Control prenatal desde 3er mes (5 consultas) Toxoide tetánico en 3er trimestre Ácido fólico y multivitamínico durante el embarazo Cesárea por oligohidramnios. 3500 gr. No recuerda realización de tamiz neonatal Seno materno hasta 8 meses Desarrollo psicomotriz normal	Plastia inguinal derecha 2011 Orquiectomía derecha 2011 Plastia de ligamento cruzado anterior 2013 Ureteroscopía, extracción de lito izquierdo 2015 Probable alteración del metabolismo mineral óseo

ENTORNO	
Población: rural Vivienda: propia, en construcción Material: muros de tabique, techos de lamina	Servicios: Sin pavimentación, agua potable intermitente, centro de salud solo da servicio 1 día a la semana Madre: único proveedor económico



SALUD	
Padecimiento actual	
<p>Enero 2018: dolor lumbar tipo cólico, tratado por médico particular (butilhioscina). USG se observa dos litos en uréter derecho.</p> <p>Madre decide acudir a institución (recidiva 2015)</p> <p>Laboratorios: Hipercalciuria e insuficiencia de Vitamina D</p> <p>Se programa para Ureterolitotomía Laparoscópica VS Ureteroscopía con Litotricia</p>	<p>Mayo 2018: Situación económica no permite cirugía</p> <p>Octubre 2018: Ingresa para ureterolitotomía laparoscópica, no es posible identificar de forma segura uréter por lo que se decide realizar abordaje abierto con lo que se logra extraer lito a nivel de meato uretral. Lito de tercio medio no se logra alcanzar debido a inflamación y fibrosis. Instalación de catéter JJ, en espera de litotricia en otra institución.</p> <p>Egreso al 5° día de posoperado, cita para retiro de catéter JJ en 4 meses</p>

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1. PRIMERA VALORACIÓN: VALORACIÓN FOCALIZADA

PREOPERATORIO INMEDIATO. 4 horas previo al ingreso a sala quirúrgica		Hora: 6:30 hrs
NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
1. Oxigenación	FR. 21 rpm FC: 92 lpm TA: 100/60 mmHg SPO2: 97% Llenado capilar: 2'' Godet (Nivel de edema): Negativo Glasgow (Nivel de consciencia): 15/15 Auscultación de tórax: Sin sonidos agregados	
2. Nutrición e hidratación	Peso: 44.9 kg Talla: 1.64 mts. IMC: 19 (Normal) Constitución: Ectomorfo Mucosas orales hidratadas Ayuno actual: 9 horas y estimado: 24 horas Glucometría capilar 96 mg/dl a las 6:00 hrs Infundiendo Glucosa 5% 500 ml + NaCl 17.7% 12.5 ml + KCL 10 mEq a 92 ml x hr.	Cuestiona y muestra interés en que es lo que podrá comer. Cuidador primario refiere que "es disciplinado con su tratamiento"

3. Eliminación	Peristaltismo menor a 5 movimientos por minuto Uresis color ámbar, sin sedimentos y sin olor fétido, micción de 200 ml al finalizar valoración No ha evacuado	Refiere ultima evacuación hace aproximadamente 12 hrs.
4. Moverse y mantener una buena postura	Posición libremente escogida Daniel's (Fuerza muscular): 5 en cuatro extremidades	
5. Descanso y sueño	Se aborda a persona en sueño fisiológico con presencia de la madre. Despierta durante la visita	Refiere haber dormido toda la noche. Cuidador primario refiere durmió hasta tarde (1:00 am) por uso de dispositivo electrónico (celular) con sueño continuo hasta las 6:30 am; hace hincapié en el hogar es misma situación ya que en ocasiones duerme solo 4 a 5 horas, requiriendo siestas diurnas En casa consume muchos líquidos antes de dormir por lo que suele levantarse al sanitario por la madrugada.
6. Usar prendas de vestir adecuadas	Uso de bata hospitalaria	Refiere sentirse cómodo con el uso de ropa hospitalaria

7. Termorregulación	Temperatura 37°C axilar Piel cálida al tacto	Refiere sentirse cómodo con la temperatura ambiental ya que en su domicilio hace mucho calor
8. Higiene e integridad de la piel	Catéter corto periférico #22 en vena metacarpiana de Miembro Torácico Izquierdo Cavidad bucal con presencia de halitosis Desconoce técnica correcta de cepillado dental Piezas dentales completas sin caries	Refiere cepillado dental cada tercer día Refiere no acudir a visitas odontológicas periódicas Refiere desconocer deba realizar higiene dental previo al ingreso a cirugía
9. Evitar peligros	EVA (Escala visual analógica del dolor) =1 (Región lumbar) Downton (Riesgo de caída) =1 (Riesgo bajo) Braden (Riesgo de presentar úlceras por presión) = 2 (Bajo riesgo) Asa (Riesgo anestésico) = I APAIS (Nivel de ansiedad e información preoperatoria): 10 (sin ansiedad), 6 (requiere información) Examen de laboratorios: Hto = 44.9, Hb= 15.9. Plaq= 164 000, TP= 13 seg, TTP= 33 seg, Leucos: 7 600/mm3 Grupo sanguíneo O positivo	Expresión verbal de “me siento angustiado por tener que utilizar sonda después de la cirugía”, ya que en última intervención presento molestias con su uso, cuestiona si se encontrara despierto durante su colocación y el tiempo que la utilizara Madre se refiere nerviosa y preocupada por reintervención quirúrgica, en especial a la anestesia.

	<p>Estudios de gabinete: USG lito en unión vesicouretral derecha con importante dilatación de sistema colector. Lito en tercio distal de uréter derecho, vejiga sin alteraciones, hidronefrosis derecha.</p> <p>Inquietud, facies de angustia al hablar sobre sondeo vesical</p>	
--	--	--

7.1.1. Jerarquización de Problemas, Diagnósticos de enfermería

Necesidad alterada 9: Prevención de peligros

- Sensación de ansiedad R/C miedo al uso de medios invasivos (sonda vesical) M/P inquietud, verbalización de sentirse preocupado por necesidad de utilizar sonda vesical posterior a procedimiento, facies de angustia, APAIS 10 (sin ansiedad), 6 (requiere información)

Necesidad alterada 1: Oxigenación

- Riesgo de contaminación de la vía respiratoria inferior R/C falta de preparación preoperatoria de la cavidad oral

7.1.2. Plan de Cuidados (Planeación, Ejecución, Evaluación)

PLANEACIÓN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	9. Prevención de peligros	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	VOLUNTAD	<u>CONOCIMIENTO</u>
GRADO DE DEPENDENCIA	Independiente	ROL DE ENFERMERIA	SUSTITUTA	<u>COMPAÑERA</u>	<u>EDUCADORA</u>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Sensación de ansiedad R/C miedo al uso de medios invasivos (sonda vesical) M/P inquietud, verbalización de sentirse preocupado por necesidad de utilizar sonda vesical posterior a procedimiento, facies de angustia, APAIS 10 (sin ansiedad), 6 (requiere información)				
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Disminuir la sensación de ansiedad de la persona				
OBJETIVO DE LA PERSONA	Refiere “no quiero sentir la sonda”				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA			FUNDAMENTACION CIENTÍFICA (EBES)		
1. Visita preoperatoria			La visita preoperatoria de enfermería es un dispositivo importante para acercarse, acoger y guiar a las familias en la atención quirúrgica pediátrica para minimizar la ansiedad, el miedo y las dudas. Crear un vínculo de seguridad entre el profesional, el paciente y la familia. ⁶⁶		
2. Comunicación efectiva			La comunicación permite al profesional de la salud establecer relación interpersonal con los individuos, ayudando a su recuperación y superación de situaciones traumáticas. Gracias a ella se crean condiciones para que el equipo de enfermería realice cambios, en		

⁶⁶ Franzoi MAH, Martins G. Children's anxiety in surgical situation and emotional perceptions reported by their companions in the preoperative stage: an exploratory study. Rev Min Enferm. 2016;20: e984. DOI: 10.5935/1415-2762.20160054

	el intento de mejorar la situación experimentada por su clientela. ⁶⁷
3. Escucha activa	Es posible manejar la ansiedad y el miedo como síntomas mediante una intervención breve, como, por ejemplo, la escucha terapéutica, también conocida como escucha activa. ⁶⁸
4. Acompañamiento	El aumentar los encuentros entre el enfermero y el paciente permite auxiliar al paciente en la gestión de sus sentimientos, como la ansiedad y el miedo. ⁶⁹
5. Relación terapéutica	El miedo y la ansiedad están más relacionados con la falta de información sobre las distintas etapas quirúrgicas que con la cirugía propiamente. ⁷⁰ La presencia de un sentimiento de miedo en el preoperatorio está asociada a índices más altos de dolor, mala recuperación global, peor calidad de vida y menor vitalidad después de la realización de la cirugía. ⁷¹
6. Relajación: respiración diafragmática	La respiración diafragmática es útil para disminuir la actividad simpática. ⁷²

⁶⁷ Santos-Ferreira L, Oliveira-Malagoni de Almeida Cavalcante L, Munari-Bouttelet D, Barbosa-Alves M, Peixoto-Ayres Veronez MK, Nogueira-Gomes AL. Cuando la comunicación es nociva en el encuentro entre profesional y familia del niño hospitalizado. *Enferm. glob.* 2015; 14 (37): 192-203. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100009&lng=es.

⁶⁸ Garcia ACM, Simão-Miranda TP, Carvalho AMP, Elias PCL, Pereira MG, Carvalho EC. The effect of therapeutic listening on anxiety and fear among surgical patients: randomized controlled trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2018; 26:e3027: 1-10 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2438.3027>.

⁶⁹ Idem

⁷⁰ Sartoria J, Espinoza P, Díaz MS, Ferdinanda C, Lacassie HJ, González A. ¿Qué información preoperatoria desean los padres de niños que serán operados? *Rev Chil Pediatr.* 2015; 86 (6): 399-403. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.06.021>

⁷¹ Garcia ACM, Simão-Miranda TP, Carvalho AMP, Elias PCL, Pereira MG, Carvalho EC. Op. Cit.

⁷² Rodríguez-Medina DA, Domínguez-Trejo B, Leija-Alva G, Ortiz-Omaña M, Carreño-Morales C. Efectos psicofisiológicos de la respiración diafragmática y la estimulación térmica sobre la actividad autónoma del estrés agudo. *Acta de investigación psicol.* 2018; 8(2): 101-113. DOI. <http://dx.doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2018.2.09>.

7. Potenciación de las estrategias de afrontamiento	Utilizar estrategias de afrontamiento ayuda a minimizar los efectos psicosociales adversos del miedo y la ansiedad. ⁷³
8. Revaloración con Escala APAIS (Nivel de ansiedad e información preoperatoria)	La escala APAIS ha demostrado adecuada validez y confiabilidad para evaluar el nivel de ansiedad e información preoperatoria. ⁷⁴
EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	Disminuye sensación de ansiedad al saber que estará bajo anestesia al momento de la colocación de sonda vesical. Al obtener en la valoración APAIS puntuación de 10 (sin ansiedad), 6 (requiere información) se resolvieron sus dudas e inquietudes. Aplica técnicas de respiración diafragmática y afrontamiento en las dimensiones de distracción y desahogo emocional. Refiere sentirse más tranquilo. Desaparecen facies de angustia. Revaloración de APAIS: 7 (sin ansiedad), 3 (no requiere información adicional)

⁷³ Figueroa-López C, Mora-Osorio R, Ramos del Rio B. Relación entre la ansiedad preoperatoria y las estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a bypass cardiaco. VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud. 2017; 20(1): 5-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78855>

⁷⁴ Hernández Hernández AI, López Bascope AJ, Guzmán Sánchez JA. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. Acta Médica Grupo Ángeles. 2016; 14(1): 6-11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64132>

PLANEACIÓN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	1. Oxigenación	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	VOLUNTAD	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	Independiente	ROL DE ENFERMERÍA	SUSTITUTA	COMPAÑERA	EDUCADORA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Riesgo de contaminación de la vía respiratoria inferior R/C falta de preparación preoperatoria de la cavidad oral				
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Disminuir el riesgo de ingreso de organismo patógeno en la vía aérea inferior durante la intubación orotraqueal				
OBJETIVO DE LA PERSONA	"No tener caries"				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA			FUNDAMENTACION CIENTÍFICA (EBES)		
1. Valorar cavidad bucal en busca de alteraciones (caries, gingivitis, placa)			La caries dental es un problema de salud pública que afecta a la población en cualquier parte del mundo. ⁷⁵		
2. Higiene oral preoperatoria con antiséptico			El cumplimiento del aseo bucal prequirúrgico reduce la colonización faríngea, sobre todo por patógenos. La adición de enjuague con clorhexidina puede aumentar esta protección. ⁷⁶		
3. Implicar al personal de enfermería			El profesional de enfermería juega un papel muy significativo en el cumplimiento de las medidas preventivas básicas y obligatorias		

⁷⁵ Mattos-Vela MA, Carrasco-Loyola MB, Valdivia-Pacheco SG. Prevalencia y severidad de caries dental e higiene bucal en niños y adolescentes de aldeas infantiles, Lima, Perú. Odontostomatología. 2017; 19 (30): 98-105 DOI: 10.22592/o2017n30a11

⁷⁶ Jiménez-Medina V, López-Gómez LA, Athié-García JM. Uso de clorhexidina como protocolo en el área prequirúrgica en pacientes con cirugía electiva. Acta Médica Grupo Ángeles. 2018; 16(2): 133-138. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79779>

	en el control de infecciones intrahospitalarias. ⁷⁷
4. Educación a la persona en técnica de cepillado dental adecuada	La educación pone énfasis en la responsabilidad del adolescente para acatar su propio programa de salud bucal. ⁷⁸
5. Fomentar visitas odontológicas por lo menos 1 vez al año.	La falta de cuidado dental se ha asociado a un alto riesgo de algunas enfermedades en el adulto. ⁷⁹
EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	La persona demuestra el conocimiento obtenido realizando correctamente la técnica de higiene dental en el preoperatorio, al no contar con enjuague de clorhexidina oral se realiza higiene de cavidad oral con dentífrico. Desaparece la halitosis

⁷⁷ Torres López J, Gerónimo-Carrillo R, Magaña-Castillo M. Conocimiento y práctica de enfermería para prevenir la Neumonía Asociada al Ventilador. Revista CONAMED. 2017; 22 (2): 76-81. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79298>

⁷⁸ Arhens Villar AN, Colmán Rodríguez RE, Martínez Ramírez NE, Morel Barrios MI, Osorio de Galli M, Paciello de Ayala MR. Actitud y práctica sobre salud bucal en adolescentes de colegios públicos de Asunción. Rev. Salud Pública Parag. 2015; 5 (2): 40-47. Disponible en: <http://revistas.ins.gov.py/index.php/rspp/article/view/332>

⁷⁹ Ibidem

7.2. SEGUNDA VALORACIÓN: VALORACIÓN FOCALIZADA

TRANSOPERATORIO		Hora: 10:50 hrs
NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	
1. Oxigenación	FR: 14 rpm FC: 87 lpm TA:103/55mmHg SPO2: 100% Mallampati (Predice facilidad de intubación): Clase II Anestesia general balanceada con inducción endovenosa Intubación orotraqueal Cánula orotraqueal # 7Fr asistido con fibroscopio. Numero de intentos:1 Egres a recuperación con Aldrete (Signos posanestésicos): 8	
2. Nutrición e hidratación	Mucosas orales semihidratadas Ayuno Real: 13 horas. Ayuno estimado: > 24 horas Líquidos totales: 1200 solución Hartman	
3. Eliminación	Al término de cirugía instalan Sonda vesical # 12 globo 5cc. Uresis no cuantificable por procedimiento cistoscópico Se extrae lito localizado en meato uretral derecho No se logra llegar a lito de tercio distal de uréter derecho, por fibrosis, se espera litotripcia fuera de la institución Catéter JJ derecho para asegurar el flujo de orina por presencia de lito y edema previniendo uropatía obstructiva Sangrado Real: 200 ml. Sangrado Permitido: 350-500 ml.	
4. Movimiento y postura	Posición: litotomía 1 hr 07 minutos, decúbito dorsal 3 hrs.10 minutos. Uso de posicionadores de gel en prominencias óseas (sacro, cabeza, codos, talones)	

7. Termorregulación	<p>Escala de riesgo de hipotermia intraoperatoria: 3 (moderado)</p> <p>Temperatura central (termómetro esofágico):</p> <p>Ingreso: 36.4 °C</p> <p>Primera hora transoperatorio: 36 °C</p> <p>Segunda hora transoperatorio 35.5 °C, palidez de tegumentos, piel fría al tacto, piloerección</p> <p>Tercera hora al termino de cirugía: 36.1 a 36.2 °C</p> <p>Exposición al ambiente: Aire acondicionado de sala apagado hasta la tercer hora de procedimiento</p> <p>Uso de dispositivo de aire caliente a presión durante 5 hrs</p>
8. Higiene y protección de la piel	<p>Se retira catéter corto 22 por requerir mayor volumen de infusión se instala Catéter corto No. 18 en antebrazo derecho</p> <p>Preparación de la piel con jabón quirúrgico en región genital y clorhexidina al 2% + alcohol al 70% en región abdominal</p> <p>Tipo de incisión quirúrgica: Mixta: Puertos laparoscópicos: umbilical, flanco derecho e izquierdo / infraumbilical longitudinal.</p> <p>Al termino de procedimiento se aplica Cianocrilato en Heridas quirúrgicas y se cubren con gasa y Micropore.</p>
9. Evitar peligros del entorno	<p>Hoja de cirugía segura</p> <p>Riesgos del procedimiento quirúrgico: riesgo de infección, lesión a estructuras vecinas, sección accidental de uretra y sangrado</p> <p>Riesgos del procedimiento anestésico: broncoespasmo, laringoespasmo y reacción alérgica</p> <p>Colocación de placa de retorno: cara anterolateral externa de vasto derecho</p> <p>Cirugía laparoscópica se convierte en abierta</p>

	<p>Cuenta de textiles, instrumental y punzocortantes: Completo</p> <p>Tiempo de Cirugía: 4 horas 17 minutos</p> <p>Tiempo de Anestesia: 5 horas 35 minutos</p> <p>Braden (Riesgo de presentar úlceras por presión): 9 puntos (Alto Riesgo)</p> <p>ELPO (Escala de valoración de riesgo para el desarrollo de lesiones debidas al posicionamiento quirúrgico): 20 puntos (Riesgo Mayor)</p> <p>Downton (Riesgo de caída):7 puntos (Alto Riesgo)</p> <p>Movilización para toma de Placa Rx pélvica transoperatoria observando presencia de lito en región media de uréter derecho</p> <p>Medicamentos administrados: Ranitidina 50 mg, Dexametasona 6 mg, Paracetamol 900 mg, Cefuroxima 750 mg, Metamizol 1 gr, Ondansetron 4 mg.</p>
--	--

7.2.1. Jerarquización de Problemas, Diagnósticos de enfermería

Necesidad alterada 7: Termorregulación

- Disminución de temperatura por debajo del límite normal R/C exposición corporal y ambiente quirúrgico frío M/P piel fría al tacto, palidez tegumentaria, piloerección y temperatura de 35.5°C.

Necesidad alterada 9: Prevención de peligros

- Riesgo quemadura eléctrica R/C disminución de la seguridad en el uso de unidad electroquirúrgica.
- Riesgo de lesión de piel y tejido subcutáneo R/C zona sometida a presión entre dos planos duros
- Riesgo de retención de cuerpo extraño intraabdominal R/C disminución en los protocolos de seguridad de instrumental/textiles que ingresan a cavidad

7.2.2. Plan de Cuidados (Planeación, Ejecución, Evaluación)

PLANEACIÓN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	7. Termorregulación	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	VOLUNTAD	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	Independiente	ROL DE ENFERMERIA	SUSTITUTA	COMPAÑERA	EDUCADORA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Disminución de temperatura por debajo del límite normal R/C exposición corporal y ambiente quirúrgico frío M/P piel fría al tacto, palidez tegumentaria, piloerección y temperatura de 35.5°C.				
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Mantener temperatura corporal de la persona entre 36.1 a 37 °C				
OBJETIVO DE LA PERSONA	No Aplica				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA		FUNDAMENTACION CIENTÍFICA (EBES)			
1. Evitar exposición corporal innecesaria		El 95 % del calor generado en el metabolismo se elimina por la superficie cutánea a través de radiación, convección y evaporación desde las superficies corporales expuestas ⁸⁰			
2. Manejo ambiental: aire acondicionado		Mantener la temperatura de la sala de cirugía por encima de los 22°C es una de las medidas más importantes y efectivas, pero a la vez menos usada en el manejo de hipotermia transoperatoria. ⁸¹			

⁸⁰ Guerrero-Casagualpa MA, Torres-Jaramillo ZV, Ruiz-Lara OX, Rueda-Ruiz AS, Betancourth-Justicia ED, et.al. La hipotermia en pacientes sometidos a cirugía abdominal. Dom.Cien. 2019; 5 (1): 678-694. DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2019.vol.5.n.1.678-694>.

⁸¹ Bayter-Marina JE, Rubio J, Valedón A, Macías AA. Hipotermia en cirugía electiva. El enemigo oculto. Rev Colomb Anestesiol. 2017;45(1):48–53. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rca.2016.08.003>

3. Uso de dispositivo de aire caliente a presión	El calentamiento de los tejidos periféricos reduce la hipotermia de redistribución al aumentar la temperatura tisular periférica. ⁸²
4. Aplicar medidas de bioseguridad	La seguridad del paciente, o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la calidad asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. ⁸³
5. Uso de líquidos precalentados (39 – 40°C) en infusión intravenosa y para irrigación de cavidad.	El uso de líquidos tibios se asocia con una mayor temperatura central al final de la cirugía, así como con menor descenso de temperatura durante el procedimiento. ⁸⁴
6. Monitorización continua de temperatura corporal	La monitorización de la temperatura central facilita la detección y el tratamiento oportuno de los procesos patológicos como fiebre, hipotermia e hipertermia maligna. ⁸⁵
EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	La temperatura esofágica durante el transoperatorio fue: Primera hora: 36 °C, Segunda hora 35.5 °C, Tercera hora al termino de cirugía: 36.1 a 36.2 °C, se mantiene aire acondicionado de sala apagado durante las 3 primeras horas de procedimiento. Sin lesiones asociadas a dispositivo de presión de aire caliente manejándose en rango intermedio de 36-40°C.

⁸² Guerrero-Casagualpa MA, Torres-Jaramillo ZV, Ruiz-Lara OX, Rueda-Ruiz AS, Betancourth-Justicia ED, et.al. Op.cit.

⁸³ Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. REV. MED. CLIN. CONDES. 2017; 28 (5): 785-79. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.08.006>

⁸⁴ Ortega-Mariscal VG, Muñoz-Cuevas JH, Wing-Reyna CE. Hipotermia perioperatoria: su impacto en temblor postoperatorio. Revisión sistemática y metanálisis. 2018; 41(4): 245-257. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma184c.pdf>

⁸⁵ Uriostegui-Santana ML, Nava-López JA, Mendoza-Escoto VM. Alteraciones de la temperatura y su tratamiento en el perioperatorio. Rev Mex Anest 2017; 40 (1): 29-37. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma171e.pdf>

PLANEACIÓN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	9. Prevención de peligros	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	VOLUNTAD	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	Independiente	ROL DE ENFERMERIA	SUSTITUTA	COMPAÑERA	EDUCADORA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Riesgo de quemadura eléctrica R/C disminución de la seguridad en el uso de unidad electroquirúrgica				
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Prevenir complicaciones asociadas al uso inadecuado de la unidad electroquirúrgica				
OBJETIVO DE LA PERSONA	No Aplica				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA		FUNDAMENTACION CIENTÍFICA (EBES)			
1. Preparación y equipamiento de sala con equipo biomédico (unidad electroquirúrgica)		El profesional de enfermería debe reunir el equipo, instrumental y material necesario para los procedimientos quirúrgicos debiendo alertar a las instancias correspondientes sobre las condiciones de la infraestructura que comprometan la seguridad de los pacientes en función de las responsabilidades éticas y legales que se generan en su ejercicio profesional. ⁸⁶			
2. Elección de electrodo de retorno acorde a peso de la persona. Adolescente - Adulto > 15 kg		El 70% de las quemaduras son secundarias a defectos en el electrodo neutro o placa, en gran parte de los casos la colocación no idónea de la misma generó la lesión directamente. ⁸⁷			
3. Conocimiento de equipo y uso correcto		El uso de instrumentos de alta frecuencia para realizar procedimientos quirúrgicos			

⁸⁶ Muciño-Carrera AL, Gómez-Torres D, Sánchez-Arias G, Bernardino E, Meira de Sousa S. La comunicación del personal de enfermería con el equipo quirúrgico. Cogitare Enfermagem. 2017; 22(3). DOI: 10.5380/ce.v22i3.50928

⁸⁷ Ribas Medicina SL. Placa Monopolar. Disponible en: <https://www.ribasmedicina.com/producto/placa-monopolar-adulto-108201-mm/?oldc=placas-electrocirugia>. 2017

	requiere de adiestramiento en materia de función de circuitos eléctricos, ya que se aplicarán corrientes a determinados amperios. ⁸⁸
4. Medidas de bioseguridad eléctrica.	Las medidas de seguridad adoptadas por parte del personal sanitario permitirán detectar fallas en el uso de cada uno de los equipos. ⁸⁹
5. Valoración de la piel al retiro de electrodo de retorno	Las quemaduras eléctricas se observarán como áreas de necrosis producidas por el paso de energía térmica, y a la vez alteraciones en la configuración de proteínas que afectan la integridad de la pared celular y su función. ⁹⁰
EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	Equipo electroquirúrgico funciona correctamente. Se utiliza placa de adulto por peso de 44.9 kg en cara anterolateral externa de vasto derecho. Incisión y hemostasia en 30 vatios. La persona concluyó su intervención quirúrgica sin lesiones asociadas a uso de unidad electroquirúrgica.

⁸⁸ Vázquez Espinosa LF, Castañeda Solís AK, Pérez-Castro y Vázquez JA. Quemadura secundaria a incorrecta colocación de placa de electrocauterio. CONAMED. 2018; 61(3): 38-47. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v61n3/2448-4865-facmed-61-03-38.pdf>

⁸⁹ Idem

⁹⁰ Azúa-Córdova G, Zúñiga-Montero M, Chaves-Chaves D, Quirós-Alpizar JL. Lesión tisular debida a dispersión térmica por el uso de electrodos monopolares. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR. 2016; 6 (3): 28-35. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67318>

PLANEACIÓN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	9. Prevención de peligros	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	VOLUNTAD	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	Independiente	ROL DE ENFERMERIA	SUSTITUTA	COMPAÑERA	EDUCADORA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Riesgo de lesión de piel y tejido subcutáneo R/C zona sometida a presión entre dos planos duros				
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Instaurar medidas preventivas que disminuyan el riesgo de presentar úlceras por presión				
OBJETIVO DE LA PERSONA	No Aplica				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA			FUNDAMENTACION CIENTÍFICA (EBES)		
1. Valorar el riesgo de aparición de úlceras por presión con escala general (BRADEN)			La escala de Braden es un instrumento válido y fiable para ser utilizado en poblaciones pediátricas a comparación de Norton que se asocia a adultos. ⁹¹		
2. Valoración con escala específica: Escala de Evaluación de Riesgo para el Desarrollo de Lesiones Debidas al Posicionamiento Quirúrgico (ELPO)			La utilización de escala de evaluación de riesgo podrá ayudar al enfermero en la identificación de los factores predisponentes al desarrollo de lesiones y en la implementación de medidas preventivas y, consecuentemente, en la mejora de la atención de salud. ⁹²		
3. Liberar puntos de presión durante posicionamiento			La presión persistente ejercida sobre una prominencia ósea o tejido blando obstruye el flujo sanguíneo necesario para permitir una		

⁹¹ Caniupán J, Rivas E, Bustos L. Capacidad diagnóstica de las escalas Braden Q y Norton para úlceras por presión en pacientes pediátricos de unidades críticas. *Enfermería*. 2018; 7(1): 17-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v7i1.1539>

⁹² Lopes CMM, Haas VJ, Dantas RAS, Oliveira CG, Galvão CM. Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2704. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704> m

	perfusión adecuada, lo cual puede resultar en necrosis tisular. ⁹³
4. Asegurar la correcta colocación de ropa y medios invasivos	La presión ejercida por los pliegues de las sábanas, batas y dispositivos médicos condiciona el desarrollo de úlceras por presión. Los dedos de la mano también resultan afectados por la presión constante ejercida por el uso prolongado del pulsioxímetro. ⁹⁴
5. Mantener normotermia	La hipotermia produce alteraciones funcionales en la membrana celular resultando en muerte de las células al disminuir el consumo de oxígeno de los tejidos. ⁹⁵
6. Valoración de la piel al término de procedimiento	7 de cada 10 de las lesiones detectadas no superaron los 5 cm ² , por lo que sus limitadas dimensiones vuelven difícil su detección si el paciente no es inspeccionado minuciosamente. ⁹⁶
7. Hidratación de puntos de presión al término de cirugía	La hidratación es clave para reparar o mejorar la barrera de la piel, manteniendo y aumentando su contenido en agua, reduciendo su pérdida transepidermica y restaurando la capacidad de la barrera de

⁹³ Stegensek Mejía EM, Jiménez Mendoza A, Romero Gálvez LE, Aparicio Aguilar A. Úlceras por Presión en diversos servicios de un hospital de Segundo Nivel de Atención. *Enferm. Univ.* 2015; 12 (4): 173-181 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.004>

⁹⁴ Idem

⁹⁵ Campos-Chacon N. Hipotermia: a propósito de un caso. *Med. leg. Costa Rica.* 2016; 33 (2): 159-164. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000200159&lng=en

⁹⁶ Stegensek Mejía EM, Jiménez Mendoza A, Romero Gálvez LE, Aparicio Aguilar A. Op. Cit.

	lípidos de atraer, retener y redistribuir el agua. ⁹⁷
<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA</p>	<p>Se evalúa en transoperatorio con escala de Braden de 9: Alto Riesgo y ELPO mayor a 20: Riesgo mayor. A pesar de las medidas de prevención empleadas (posicionadores de gel y uso de algodón) se observó punto de presión en región sacra con ligero eritema. Se hidrato piel con petrolato (vaselina) obteniendo mejoría.</p>

⁹⁷ Rodríguez Palma M, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda JJ, García Fernández FP. Dermatitis asociada a la incontinencia. Rev ROL Enferm 2018; 41(11-12): 768-776. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/86297/1/2018_Rodriguez-Palma_et al_RevROLEnferm.pdf

PLANEACIÓN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	9. Prevención de peligros	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	VOLUNTAD	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	Interdependiente	ROL DE ENFERMERIA	SUSTITUTA	COMPAÑERA	EDUCADORA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Riesgo de retención de cuerpo extraño intraabdominal R/C disminución en los protocolos de seguridad de instrumental/textiles que ingresan a cavidad				
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Implementar medidas preventivas encaminadas a reducir el riesgo de oblitio				
OBJETIVO DE LA PERSONA	No Aplica				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA			FUNDAMENTACION CIENTÍFICA (EBES)		
1. Aplicar protocolo Universal de Seguridad del Paciente. (Acción Esencial de Seguridad del Paciente 4)			El Protocolo Universal se aplica con el propósito de disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela relacionados con la realización incorrecta de un procedimiento. ⁹⁸		
2. Realizar instrumentista/circulante conteo de textiles, cortantes e instrumental en puntos críticos del acto quirúrgico.			Está demostrado que la prevención de un oblitio se trata de un evento adverso cuya frecuencia se puede reducir si se actúa en forma sistemática en el recuento de material. ⁹⁹		
3. Limitar distractores			Las distracciones innecesarias del personal de enfermería puedan inducir un error de conteo. ¹⁰⁰		

⁹⁸ Consejo De Salubridad General. Las Acciones Esenciales Para La Seguridad Del Paciente Dentro Del Modelo De Seguridad Del Paciente Del. 2017. Disponible en: www.csg.gob.mx › descargas › pdf › AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf

⁹⁹ Chinelli J, Olivera E, Rodríguez G. Oblitos en Cirugía. Análisis de casuística y estrategias para su prevención. Anfamed. 2017; 4 (2): 47-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.25184/anfamed2017v4n2a3>

¹⁰⁰ Idem

<p>4. Mantener estricto control de textiles, cortantes e instrumental que ingresa a cavidad.</p>	<p>Las gasas y compresas al entrar en contacto con la sangre cambien sustancialmente de color y de forma, por lo que pueden ser difíciles de visualizar y localizar posteriormente, sobre todo en grandes cavidades como la abdomino-pélvica.¹⁰¹</p>
<p>5. Comunicación efectiva durante el transoperatorio</p>	<p>Se requiere participación activa de todo el equipo para obtener reciprocidad y sintonía en la información, así, sustentar una comunicación efectiva que evite riesgos durante los procedimientos quirúrgicos.¹⁰²</p>
<p>6. Correctos registros clínicos de enfermería</p>	<p>En cuanto a la hoja de recuento, el instrumentador quirúrgico es el principal responsable de su diligenciamiento, para así controlar el oblitio quirúrgico y garantizar la seguridad del paciente. ¹⁰³</p>
<p>EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA</p>	<p>Los puntos críticos de la cirugía donde se realizó doble conteo fueron al inicio de cirugía, conversión a cirugía abierta, enlace de turno, sutura de cavidad y piel. Se entrega a la persona en transoperatorio al turno vespertino con cuenta de instrumental completo y de gasas en 30, datos del expediente arrojan que fue una cuenta completa total con 40 gasas, agujas e instrumental.</p>

¹⁰¹ Ibidem

¹⁰² Muciño-Carrera AL, Gómez-Torres D, Sánchez-Arias G, Bernardino E, Meira de Sousa S. Op. cit.

¹⁰³ Tolea HD, Cadavid N. Instrumentador quirúrgico: iatrogenia, eventos frecuentes y responsabilidad en el quirófano. *REPERT MED CIR.* 2018; 27(2):124-130. DOI: <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.v27.n2.2018.185>

7.3. TERCERA VALORACIÓN: VALORACION GENERALIZADA

POSOPERATORIO MEDIATO. 24 horas de posoperado		Hora: 15:30 hrs.
NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
1. Oxigenación	Ligera palidez de tegumentos FR: 18 rpm FC: 82 lpm TA:98/62mmHg Oximetría de pulso: 95% Llenado capilar: 2 " Glasgow (Nivel de consciencia): 15/15 Auscultación tórax: adecuada entrada y salida de aire sin sonidos agregados Tono de voz baja y carraspeo constante.	Refiere molestia a nivel faríngeo que inicia posterior a procedimiento quirúrgico (intubación prolongada). Evita hablar al aumentar molestia. Cuidador primario refiere cocinar con leña 2 veces por semana en cuarto semicerrado.
2. Nutrición e Hidratación	Soluciones Calculadas: Glucosa 5% 500 ml + NaCl 17.7% 12.5 ml, KCL 10 mEq a 92 ml por hora por Inicio dieta a las 9:00 hrs a base de líquidos. (400 ml) A las 13:00 hrs. consume solo 10% de dieta blanda. Mucosas orales: ligera deshidratación	Negativa a consumir alimentos por sensación de plenitud abdominal y molestia faríngea. Refiere "no siento hambre". Refiere "sé que es importante que tome mucha agua pero el malestar no me deja". En hogar 2 a 3 comidas diarias, dieta variada, rechaza café, refresco, leche

		y bebidas alcohólicas. Consume de 2 a 3 lts de agua al día.
3. Eliminación	<p>No ha evacuado desde ingreso hospitalario (48 hrs)</p> <p>Motilidad intestinal disminuida menos de 5 ruidos x ‘</p> <p>Canaliza gases</p> <p>Sonda vesical 12fr con disminución de flujo urinario, gasto con hematuria y presencia de coágulos. 200 ml en 8 hrs</p> <p>Globo vesical</p> <p>Requiere cambio de sonda por parte de urología por oclusión de la misma. Colocan una 14fr, 5 ml en globo.</p> <p>Edema genital con piel delgada y brillante. Godet: Grado 3</p>	<p>Expresión verbal de “sentir incomodidad a nivel pélvico y genital que aumenta con movilización”</p> <p>Sensación de plenitud abdominal “me siento lleno”</p> <p>Refiere última evacuación hace aproximadamente 48 hrs</p> <p>En hogar evacuaciones cada 3 días color marrón.</p> <p>Refiere “debo pujar para poder hacer del baño”</p>
4. Moverse y mantener una buena postura	<p>Negación a moverse en cama y fuera de ella</p> <p>Requiere apoyo de cuidador primario y personal sanitario para movilización</p> <p>Ashworth (escala de espasticidad) miembro pélvico izquierdo: 1 (Ligero aumento de tono)</p>	<p>Expresión verbal de “desconocer si puede deambular con medios invasivos y equipo (bomba de infusión)”</p> <p>Expresión verbal de “no quiero levantarme, me da miedo que aumente el dolor”.</p>

	Limitación de movilidad de miembro pélvico izquierdo con flexión a 30°, programado para cirugía de tendones cruzados en 1 mes.	Espasmo muscular en miembros pélvicos de predominio izquierdo. En hogar uso de bicicleta diariamente 2 a 3 hrs, juega futbol ocasional. Requiere plantilla derecha no cuenta con ella por situación económica.
5. Descanso y sueño	Asténico Adinámico	Refiere “logré dormir toda la noche, pero me siento cansado” Refiere cuidador primario: 9 horas de sueño nocturno con 2 interrupciones, así como haber tomado 2 siestas diurnas de 30 minutos
6. Usar prendas de vestir adecuadas	Uso de bata hospitalaria Conserva calcetines, rehúsa a retirarlos (deformidad de falanges e hiperqueratosis)	En hogar cambio de ropa interior diariamente, ropa exterior depende de uso la cambia diario o cada tercer día. Procura mantenerla limpia. Se siente cómodo con su forma de vestir. Cuidador primario refiere q no utiliza suéter sin importar el clima, prefiere ropa ligera
7. Termorregulación	Temperatura axilar 36.7°C Manos y miembros pélvicos fríos a la palpación	Comenta “prefiero el clima frio ya que sudo mucho y me molesta el calor”

<p>8. Higiene y protección de la piel</p>	<p>Braden (Riesgo de presentar úlceras por presión): 13 (Riesgo moderado)</p> <p>Catéter corto periférico No. 18 en antebrazo derecho</p> <p>Baño seco al no movilizarse.</p> <p>Heridas quirúrgicas en región umbilical, ambos flancos e infraumbilical longitudinal correctamente afrontadas.</p> <p>Herida quirúrgica umbilical con presencia de secreción serohemática, periferia de herida con eritema</p> <p>Resequedad y descamación en miembros pélvicos y torácicos a nivel distal.</p>	<p>Muestra interés en los cuidados que deberá proporcionar en casa a las heridas quirúrgicas.</p> <p>En hogar baño cada tercer día por las tardes, cuentan con instalación de agua, pero hay escasez de la misma, llegando cada 2 a 3 días.</p> <p>Comparte artículos de higiene con hermano</p>
<p>9. Evitar peligros</p>	<p>Downton (Riesgo de caída): 4 (Riesgo alto)</p> <p>EVA (Escala visual analógica del dolor): 2/10 en heridas quirúrgicas que aumenta a 4/10 con movilización. Genital 4/10</p> <p>Facies de dolor</p> <p>Quejido a la movilización</p> <p>Analgésicos: Ketorolaco y Paracetamol</p> <p>Cartilla de vacunación completa</p>	<p>Expresión verbal de “me siento preocupado por aumento de días en el hospital”</p> <p>No le gusta tener que vacunarse</p> <p>Cuidador primario único proveedor económico actualmente sin empleo, se refiere estresada por aumento de estancia hospitalaria</p> <p>En hogar servicio médico en clínica rural 1 vez a la</p>

	<p>Escala Zarit (Sobrecarga de cuidador): 13, ausencia de sobrecarga</p>	<p>semana, hospital a 30 minutos.</p> <p>No acude a consultas preventivas.</p> <p>Zona escolar sin semaforización con constantes asaltos a estudiantes.</p> <p>Por escases de agua suelen almacenarla en botes sin tapa a la intemperie</p>
10. Comunicación	<p>Habla claro, tono de voz bajo</p> <p>Al avanzar la conversación tono de voz más audible</p> <p>Conversa con las personas del ambiente</p>	<p>Identifica a madre y amigos de la escuela como principal red de apoyo</p> <p>Refiere “disfrutar tiempo a solas”</p> <p>Buena relación familiar</p> <p>Cuidador primario refiere poca comunicación con hermanos, ninguno vive en su comunidad. Identifica como principales valores familiares el respeto y la comunicación.</p> <p>Disfruta de participar en reuniones familiares</p>
11. Creencias y valores	<p>Religión: católico, tiene imagen religiosa en su unidad hospitalaria.</p>	

<p>12. Trabajar y realizarse</p>	<p>Un año de retraso en la educación escolar por hospitalizaciones previas</p>	<p>Preocupado por aumento de estancia hospitalaria y no poder asistir a escuela, le preocupa atrasarse o perder el año escolar</p> <p>Agrado por asistir a la escuela y convivir con compañeros.</p> <p>Proyecto de vida: ingeniería industrial.</p> <p>Cuidador primario: trabajos eventuales, cubre necesidades básicas.</p>
<p>13. Ocio y participación en actividades recreativas</p>	<p>Dibuja durante la estancia hospitalaria</p> <p>Ve televisión</p>	<p>Refiere “sentirse aburrido”</p> <p>En hogar gusta de dibujar, jugar videojuegos, andar en bicicleta y jugar futbol.</p>
<p>14. Aprendizaje</p>	<p>Muestra interés por aprendizaje en salud en cuanto a cuidados de herida quirúrgica, dieta y movilización.</p>	<p>Pregunta cómo debe “lavar” la herida y dudas sobre sangrado y dolor</p> <p>Se siente insatisfecho por haber perdido un año escolar debido a hospitalizaciones.</p>

7.3.1. Jerarquización de problemas, Diagnósticos de Enfermería

Necesidad alterada 3: Eliminación

- Retención Urinaria R/C oclusión de sonda vesical por hematuria con presencia de coágulos M/P incomodidad en región pélvica, gasto de 200 ml en 8 hrs, sensación de plenitud abdominal, globo vesical
- Disminución de la motilidad intestinal (menor a 5 por minuto) R/C resistencia a la deambulación y hábitos dietéticos M/P refiere molestia a la palpación abdominal, canaliza pocos gases

Necesidad alterada 2: Comer y beber

- Baja ingesta nutricia en hospitalización R/C negación al consumo de alimentos M/P refiere no sentir hambre, consumo de 10% de dieta proporcionada

Necesidad alterada 4: Movilidad y postura

- Disminución en la flexión de Miembro Pélvico Izquierdo R/C falta de movilidad articular M/P limitación de movimiento (flexión a 30°),EVA (dolor) 2/10 a la flexión, temperatura distal disminuida, espasmo muscular, Ashworth (escala de espasticidad) 1: ligero aumento de tono.

Necesidad alterada 9: Prevención de peligros

- Dolor en región genital R/C edema Godet 3 M/P EVA (dolor) 4/10, facies de dolor, negación a la movilización, quejido
- Sensación de angustia R/C miedo a perder clases M/P astenia, adinamia, verbaliza sentirse preocupado por aumento de estancia hospitalaria

Necesidad alterada 8: Higiene e integridad de la piel

- Riesgo de lesión dérmica por humedad en periferia de herida quirúrgica umbilical R/C manejo inadecuado de secreción serohemática

Necesidad alterada 9: Prevención de peligros

- Riesgo de agotamiento de cuidador primario R/C ambiente estresante, falta de redes de apoyo y recurso económico

7.3.2. Plan de Cuidados (Planeación, Ejecución y Evaluación)

PLANEACIÓN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	3. Eliminación	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	VOLUNTAD	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	Interdependiente	ROL DE ENFERMERÍA	SUSTITUTA	COMPAÑERA	EDUCADORA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		Retención Urinaria R/C oclusión de sonda vesical por hematuria con presencia de coágulos M/P incomodidad en región pélvica, gasto de 200 ml en 8 hrs, sensación de plenitud abdominal, globo vesical			
OBJETIVO DE ENFERMERÍA		Mantener permeabilidad de sonda vesical			
OBJETIVO DE LA PERSONA		"Que no se tape la sonda"			
INTERVENCION DE ENFERMERÍA			FUNDAMENTACION CIENTÍFICA (EBES)		
1. Cuantificar drenaje de sonda vesical			La disminución del flujo urinario es un signo de alarma de obstrucción en el sondaje vesical. ¹⁰⁴		
2. Fijación de sonda acorde al sexo.			La fijación de la sonda en la cara anterosuperior del muslo permite la movilidad del paciente sin obstruir la permeabilidad de la sonda. ¹⁰⁵		
3. Cumplimiento del indicador de calidad: Prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada			Los indicadores de calidad permiten al profesional de enfermería avanzar en la estandarización y unificación de criterios para la supervisión operativa del cuidado de		

¹⁰⁴ Alonso Fernández S, Zapico López G, Tornero González E. El sondaje vesical y sus complicaciones en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Metas Enfermjun 2017; 20(5): 10-14. DOI: 10.35667/MetasEnf.2019.20.1003081084

¹⁰⁵ Secretaria de Salud. Subsecretaria de Innovación y Calidad. Tres nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente. 2006. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/indicadores__infecciones_seguridad.pdf

	enfermería y la sistematización de sus intervenciones. ¹⁰⁶
4. Indicar a la persona que aumente el consumo de líquidos	El aumentar el consumo de líquidos permite mantener un flujo de 0.5 ml/kg peso/hora de orina disminuyendo las posibilidades de obstrucción. ¹⁰⁷
5. Instilación de sonda al sospechar oclusión.	La oclusión motivada por coágulos, moco o la succión de la mucosa vesical puede resolverse mediante la instilación suave con solución salina estéril. ¹⁰⁸
EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	Posterior a cambio de sonda vesical por médico de urología se mantiene sonda permeable, continúa con hematuria así que se insiste en el consumo de líquidos orales.

¹⁰⁶ Idem

¹⁰⁷ Secretaría de Salud. Protocolo para la Estandarización del Cuidado al Paciente con Sonda Vesical, Enfocado a la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. 2018. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/protocolo_sonda-vesical.pdf

¹⁰⁸ Menéndez González L, González Sánchez GM. Cuidados del catéter urinario basados en la evidencia científica de Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2016; 4(1):28-45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5353330>

PLANEACIÓN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	3. Eliminación	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	VOLUNTAD	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	Independiente	ROL DE ENFERMERÍA	SUSTITUTA	COMPAÑERA	EDUCADORA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Disminución de la motilidad intestinal (menor a 5 por minuto) R/C resistencia a la deambulación y hábitos dietéticos M/P refiere molestia a la palpación abdominal, canaliza pocos gases				
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Favorecer la motilidad intestinal				
OBJETIVO DE LA PERSONA	"No sentir incomodidad abdominal y evacuar sin esfuerzo"				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA (EBES)				
1. Movilización de miembros pélvicos en cama	Existe evidencia que demuestra que el ejercicio mejora el tránsito intestinal. ¹⁰⁹				
2. Favorecer la deambulación temprana con asistencia.	El sedentarismo y la falta de ejercicio predisponen a Estreñimiento Funcional. ¹¹⁰				
3. Favorecer el consumo de líquidos vía oral.	La ingesta de líquidos (1.5 a 2 l por día) puede mejorar la movilidad intestinal y potenciar los efectos de la fibra en la dieta y en los suplementos. ¹¹¹				
4. Dieta alta en fibra.	Hacer dieta con alimentos con alto contenido de fibra soluble ha demostrado ser beneficioso contra el estreñimiento leve. ¹¹²				

¹⁰⁹ Remes-Trochea JM, Coss-Adameb E, Lopéz-Colomboc A, Amieva-Balmoria M, Carmona Sánchez R, Charúa Guindic L, et.al. Consenso Mexicano sobre estreñimiento crónico. Revista de Gastroenterología de México. 2018;83(2):168-189. DOI: 10.1016/j.rgmx.2017.12.005

¹¹⁰ Broggi A, Illescas ML, Pacheco H, Juambeltz C. Vías de recuperación mejorada perioperatoria. Adaptación a la cirugía pediátrica. An Facultad Med (Univ Repúb Urug). 2018; 5 (2): 29-62. DOI: <https://doi.org/10.25184/anfamed2018v5n2a9>

¹¹¹ Remes-Trochea JM, Coss-Adameb E, Lopéz-Colomboc A, Amieva-Balmoria M, Carmona Sánchez R, Charúa Guindic L, et.al. Op cit.

¹¹² Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, et. al. Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult. Rev Esp Enferm Dig 2016; 108 (6) :332-363. DOI: 10.17235/reed.2016.4389/2016

<p>5. Valorar evacuación con escala Bristol</p>	<p>La Escala de heces de Bristol permite clasificar las evacuaciones acorde a sus características de una manera sencilla y práctica.¹¹³</p>
<p>6. Educar a la persona las causas que influyen en la disminución de motilidad intestinal.</p>	<p>La educación en temas de salud permite y favorece el desarrollo integral e inclusivo de los niños y niñas.¹¹⁴</p>
<p>EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA</p>	<p>La persona se moviliza fuera de cama el segundo día posoperatorio, presentando evacuación Bristol 2 en escasa cantidad. Aumenta consumo de líquidos.</p> <p>Presenta evacuación en escala de Bristol 3 el tercer día posoperatorio, a la auscultación 12 ruidos peristálticos por minuto.</p>

¹¹³ Idem

¹¹⁴ Rodríguez-Torres ÁF, Páez-Granja RE, Altamirano-Vaca EJ, Paguay-Chávez FW, Rodríguez-Alvear JC, Calero-Morales S. Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. Educ Med Super. 2017; 31 (4): 1-11. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v31n4/a25-1366.pdf>

PLANEACIÓN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	2. Comer y beber	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	VOLUNTAD	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	Independiente	ROL DE ENFERMERÍA	SUSTITUTA	COMPAÑERA	EDUCADORA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Baja ingesta nutricia en hospitalización R/C negación al consumo de alimentos M/P refiere no sentir hambre, consumo de 10% de dieta proporcionada				
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Informar a la persona sobre la importancia de consumo de alimentos para una recuperación posoperatoria satisfactoria				
OBJETIVO DE LA PERSONA	"Poder comer sin miedo"				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA			FUNDAMENTACION CIENTÍFICA (EBES)		
1. Favorecer el inicio de nutrición enteral tan pronto como sea posible.			Las personas ingresadas en un hospital, están en riesgo severo de desnutrición. La enfermedad puede producir cambios profundos en los requerimientos nutricionales de un individuo, alterar el apetito y la capacidad para comer y comunicar sus necesidades. ¹¹⁵		
2. Iniciar dieta a base de líquidos con aporte calórico (jugo), si lo desea se iniciará con sólidos.			Los pacientes quirúrgicos pueden tolerar la realimentación precoz con líquidos enriquecidos con hidratos de carbono, suplementos nutricionales orales, fórmulas enterales o directamente con alimentos sólidos ¹¹⁶		

¹¹⁵ Rabat-Restrepo JM. ¿Está actualizado el código de dietas en los hospitales? Nutr Clin Med. 2017; 11 (1): 9-25. DOI: 10.7400/NCM.2017.11.1.5047

¹¹⁶ Sánchez A, Papapietro K. Nutrición perioperatoria en protocolos quirúrgicos para una mejor recuperación postoperatoria (Protocolo ERAS). Rev. méd. Chile. 2017; 145 (11): 1447-1453. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017001101447>.

3. Comunicación con dietología: presentación de dieta.	A pesar de un suministro suficiente de alimentos, un 70% de los pacientes hospitalizados no cubren sus requerimientos nutricionales porque no les atrae la comida que les ofrecen en el hospital. ¹¹⁷
4. Mantener aporte calórico con soluciones calculadas intravenosas.	Los pacientes que no consuman la totalidad de la dieta proporcionada deben recibir una dieta especial, suplementación oral o soporte nutricional que evite un deterioro del estado nutricional. ¹¹⁸
5. Educar sobre beneficios de un aporte nutrimental adecuado.	La educación nutricional debe de ser continua para contribuir a la apropiación de un estilo de vida saludable. ¹¹⁹
EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	La persona se muestra renuente al consumo de dieta. Se logra el 70% de consumo al segundo día de postoperatorio retirando soluciones intravenosas calculadas manteniendo con Solución Hartman a 4 ml por hora.

¹¹⁷ Rabat-Restrepo JM. Op. Cit.

¹¹⁸ Idem

¹¹⁹ Ponce y Ponce de León G, Rieke-Campoy U, Camargo-Bravo A, Magaña-Rosas A. Impacto de un programa de promoción de alimentación saludable en el IMC y en los hábitos de alimentación en alumnos de educación secundaria. Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud. 2016; 5(10). Disponible en: <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/41/180>

PLANEACIÓN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	4. Movilidad y postura	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	VOLUNTAD	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	Independiente	ROL DE ENFERMERÍA	SUSTITUTA	COMPAÑERA	EDUCADORA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Disminución en la flexión de Miembro Pélvico Izquierdo R/C falta de movilidad articular M/P limitación de movimiento (flexión a 30°), EVA (dolor) 2/10 a la flexión, temperatura distal disminuida, espasmo muscular, Ashworth (escala de espasticidad) 1: ligero aumento de tono.				
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Favorecer la movilización de extremidad que permita realizar actividades				
OBJETIVO DE LA PERSONA	"Poder doblar la pierna"				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA (EBES)				
1. Movilidad articular	Los ejercicios de flexión-extensión mejoran la movilidad articular, elongación, rendimiento mecánico y previenen las lesiones. ¹²⁰				
2. Terapia Física térmica (Calor-Frío)	El calor superficial al penetrar unos pocos milímetros permite elevar el umbral del dolor, provoca sedación y analgesia, disminuye la rigidez articular y el espasmo muscular. ¹²¹				
3. Cambios posturales	La contracción voluntaria del músculo en una posición de acortamiento prolongada aumenta la probabilidad de sufrir espasmos. ¹²²				

¹²⁰ Urtubia V, Miranda AL. Ejercicio para manejo del dolor crónico. Rev Hosp Clín Univ Chile 2015; 26: 156 – 66. Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/ejercicio_para_manejo_dolor.pdf

¹²¹ Hernández-Martín AD, Puerto-Noda I, Morejón-Barroso O, Méndez-Rodríguez SN. Protocolo de actuación en la rehabilitación de los pacientes con enfermedades reumáticas. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación 2016;8(1):70-86. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2016/cfr161g.pdf>

¹²² Idem

4. Favorecer deambulaci3n	La inmovilizaci3n prolongada afecta a todos los 3rganos y sistemas, produciendo invalidez precoz en las personas j3venes. ¹²³
5. Educar sobre la importancia de continuar tratamiento con ortopedia	La educaci3n para el alta es una herramienta efectiva y un mandato 3tico que permite garantizar la continuidad de los cuidados. ¹²⁴
EVALUACI3N DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	Se logra aumento de flexi3n de miembro p3lvico, EVA 1/10 lo cual permite que se movilice fuera de cama. Persona y cuidador primario conscientes de la importancia de dar seguimiento con ortopedia.

¹²³ Hern3ndez-Torres L, S3nchez-Vidal G, V3liz-Mart3nez PL. Conocimiento y percepci3n de riesgo sobre el s3ndrome de inmovilizaci3n en unidades de atenci3n al grave. Rev Cub Med Int Emerg 2015;14(1):30-44. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2015/cie151e.pdf>

¹²⁴ Silva-Silva V, Espinoza-Quiroz P, Weiss M. Percepciones ante la preparaci3n al alta en pacientes m3dico-quir3rgicos de un hospital de alta complejidad. Index Enferm. 2018; 27(1-2): 23-27. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v27n1-2/1132-1296-index-27-1-2-23.pdf>

PLANEACIÓN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	9. Prevención de peligros	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	VOLUNTAD	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	Interdependiente	ROL DE ENFERMERÍA	SUSTITUTA	COMPAÑERA	EDUCADORA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Dolor en región genital R/C edema Godet 3 M/P EVA (dolor) 4/10, facies de dolor, negación a la movilización, quejido				
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Disminuir el grado de dolor genital				
OBJETIVO DE LA PERSONA	No responde				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA			FUNDAMENTACION CIENTÍFICA (EBES)		
1. Terapia fría-húmeda			La reducción de la temperatura del organismo tiene como finalidad aliviar el dolor, así como la reducción del edema, generando una respuesta tisular. ¹²⁵		
2. Valoración del estado de la piel.			La piel con edema suele ser frágil y fina, por lo que el riesgo de irritación y rotura es alto. ¹²⁶		
3. Medicación: antiinflamatorios			El uso de paracetamol y/o antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son recomendados como parte de la analgesia multimodal para el manejo del dolor e inflamación postoperatoria en adultos y niños. ¹²⁷		
4. Posición antiálgica: confort			La higiene y confort al niño y adolescente durante su hospitalización brinda bienestar no solo físico sino psicológico creando una		

¹²⁵ García-Pantoja Ana, Sasía K, Amaro O. Revisión sistemática sobre los efectos de la crioterapia. Revista de Aplicación Científica y Técnica. 2015; 1(1): 66-72. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/283298851_Revisión_sistematica_sobre_los_efectos_de_la_crioterapia

¹²⁶ Ibidem

¹²⁷ Alcántara-Montero A, González-Curado A. Nueva Guía de la Asociación Americana del Dolor sobre dolor postoperatorio, Carta al director. Rev Soc Esp Dolor 2016; 23(3): 164-165. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v23n3/08_carta.pdf

	atmósfera familiar que hace una estadía más confortable. ¹²⁸
5. Apoyo en movilización	El dolor/edema interfiere en las actividades diarias limitando la movilidad, estado de ánimo, así como en los periodos de sueño y descanso. ¹²⁹
6. Revaloración signo de Godet (Edema) y EVA (Dolor)	Utilizar una herramienta de evaluación del validada permite realizar un seguimiento de la respuesta a los tratamientos y ajustar los planes de tratamiento en consecuencia. ¹³⁰
EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	Disminuye grado de edema genital, así como molestia, llegando a un EVA de 1/10. Tolerancia a la movilización en cama. Segundo día de posoperatorio con Godet 1

¹²⁸ Mazza MM, Palacio JM, Mogro V, Martínez G. Cuidado humanizado de enfermería a través de la higiene y confort en UCIP. Un desafío para la acción. Medicina infantil. 2016; 23(3): 259-260. Disponible en: http://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2016/xxiii_3_259.pdf

¹²⁹ Moreno-Monsiváis MG, Fonseca-Niño EE, Interrial-Guzmán MG. Factores asociados con la intensidad del dolor en pacientes mexicanos hospitalizados en periodo postoperatorio. Rev Soc Esp Dolor 2017;24(1):4-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2016.3442/2016>

¹³⁰ Ídem

PLANEACIÓN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	9. Prevención de peligros	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	VOLUNTAD	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	Independiente	ROL DE ENFERMERÍA	SUSTITUTA	COMPAÑERA	EDUCADORA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Sensación de angustia R/C miedo a perder clases M/P astenia, adinamia, verbaliza sentirse preocupado por aumento de estancia hospitalaria				
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Disminuir la sensación de angustia de la persona				
OBJETIVO DE LA PERSONA	"Ir pronto a casa"				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA			FUNDAMENTACION CIENTÍFICA (EBES)		
1. Comunicación efectiva			La comunicación que se establece con los profesionales sanitarios es un aspecto primordial en la satisfacción del paciente y sus acompañantes durante la hospitalización. ¹³¹		
2. Permitir y motivar a la expresión de miedos y dudas.			La facilitación emocional permite reconocer y comprender los sentimientos, emociones y necesidades propias ¹³²		
3. Fomentar uso de tecnologías en comunicación escolar			Los adolescentes viven inmersos en el mundo de la tecnología, siendo esta su forma principal de comunicación con sus amigos y familiares, de entretenimiento y de obtención de información. ¹³³		

¹³¹ Butragueño-Laiseca L, González Martínez F, Oikonomopoulou N, Pérez-Moreno J, Toledo del Castillo B, González Sánchez MI, et al. Percepción de los adolescentes sobre el ingreso hospitalario. Importancia de la humanización de los hospitales infantiles. Rev. chil. pediatr. 2016; 87 (5): 373-379 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.04.003>

¹³² Mato R, Rodríguez MS. Sala de Recreación para Adolescentes Internados en un hospital de alta complejidad. Programa para la Atención Integral de Adolescentes Internados. Arch Argent Pediatr 2015;113(3):254-259. DOI: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.254>

¹³³ Butragueño-Laiseca L, González Martínez F, Oikonomopoulou N, Pérez-Moreno J, Toledo del Castillo B, González Sánchez MI, et al. Op. Cit.

4. Fomentar la realización de actividades lúdico-educativas	La realización de actividades ayuda a la recuperación del paciente, y ofrece apoyo tanto a la persona como a su familia. ¹³⁴
5. Estrategias de afrontamiento	Las estrategias de afrontamiento brindan apoyo para resolver la situación que genera miedo. ¹³⁵
EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	Se muestra más tranquilo al comunicarse con compañero escolar a través de medio electrónico (WhatsApp) el cual lo mantiene al tanto en actividades escolares. Utiliza afrontamiento de distracción a través del dibujo y escuchar música.

¹³⁴ Calvo-Álvarez MA. The key Hospital Pedagogy in the care of the sick and hospitalized child and their right to education. Ediciones Universidad de Salamanca. 2017; 23: 33-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.14201/aula2017233347>

¹³⁵ Reyes-Pérez V, Reséndiz-Rodríguez A, Alcázar-Olán RJ, Reidl-Martínez LM. Las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante situaciones que provocan miedo. Psicogente. 2017; 20 (38): 240-255. DOI: <http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2544>

PLANEACIÓN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	8. Higiene e integridad de la piel	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	VOLUNTAD	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	Independiente	ROL DE ENFERMERÍA	SUSTITUTA	COMPAÑERA	EDUCADORA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Riesgo de lesión dérmica por humedad en periferia de herida quirúrgica umbilical R/C manejo inadecuado de secreción serohemática				
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Evitar lesiones asociadas a la humedad				
OBJETIVO DE LA PERSONA	"Que mis heridas se curen bien"				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA		FUNDAMENTACION CIENTÍFICA (EBES)			
1. Mantener piel umbilical y periumbilical seca		La exposición prolongada a diversas fuentes de humedad y a sus componentes conducen a la irritación e inflamación de la piel, ya sean por erosión o infección cutánea secundaria. ¹³⁶			
2. Valoración continua del estado de la piel		Una exposición prolongada a la humedad, así como el secado inadecuado se traduce a un reblandecimiento aumentando la permeabilidad cutánea produciendo edema, eritema, maceración y dolor. ¹³⁷			
3. Valoración continua del tipo de secreción		Cuanto más tiempo permanece una herida húmeda más posibilidades hay de que sufra sobreinfecciones donde los detritos "abonan"			

¹³⁶ Zapata San Pedro MA, Castro Varela L, Tejada Caro R. Lesiones por humedad, Revisión de conocimientos. Enfermería Global. 2015; 38: 325 – 334. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/revision4.pdf>

¹³⁷ Xunta de Galicia. Guía Práctica de Lesiones cutáneas asociadas a la humedad. Consejería de Sanidad. 2016. Disponible en: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Documents/173/GU%C3%8DA%20N%C2%BA7%20LESCAH%20cast.pdf>

	el lecho para que proliferen las bacterias presentando drenaje purulento. ¹³⁸
4. Uso de protectores cutáneos	Aíslan la piel expuesta a sustancias irritantes. ¹³⁹
5. Educar en higiene y cuidado de heridas	El lavado frecuente de la piel puede modificar la función de barrera protectora al eliminarse lípidos de la piel y acelerarse la pérdida de agua epidérmica con la consiguiente pérdida de elasticidad cutánea. ¹⁴⁰
EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	Se observa piel de región umbilical sin eritema, secreción serohemática no fétida en disminución, hasta requerir solo 1 cambio de gasa al día. Se coloca protector cutáneo (cavilon) entre cada cambio de gasa.

¹³⁸ Rodríguez-Fernández Z, Fernández-López O, Ochoa-Maren G, Romero-García LI. Algunas consideraciones sobre las infecciones posoperatorias. Revista Cubana de Cirugía. 2017; 56(2): 46-58. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v56n2/cir05217.pdf>

¹³⁹ Zapata San Pedro MA, Castro Varela L, Tejada Caro R. Op. cit.

¹⁴⁰ Xunta de Galicia. Op. cit.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	9. Prevención de peligros	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	VOLUNTAD	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	Independiente	ROL DE ENFERMERÍA	SUSTITUTA	COMPAÑERA	EDUCADORA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Riesgo de agotamiento de cuidador primario R/C ambiente estresante, falta de redes de apoyo y recurso económico				
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Brindar apoyo emocional a cuidador primario fomentando el reforzamiento de redes de apoyo				
OBJETIVO DE LA PERSONA	"Pronto lo den de alta para ir a casa"				
INTERVENCION DE ENFERMERÍA			FUNDAMENTACION CIENTÍFICA (EBES)		
1. Establecer comunicación enfermera – cuidador primario.			Proporciona un pilar que sustenta una buena interacción profesional/cliente, y promueve un clima emocional positivo en la realización del cuidado de enfermería. ¹⁴¹		
2. Fomentar la búsqueda de redes de apoyo			Las redes de apoyo surgen como mecanismos de afrontamiento y protección convirtiéndose en una estructura de soporte proporcionando apoyo moral, económico y social. ¹⁴²		
3. Facilitar la expresión verbal de emociones.			Ignorar el derecho de la familia a ser oída y a recibir información compromete el bienestar físico y mental de la familia, aumenta su ansiedad y su estrés, y resulta perjudicial		

¹⁴¹ Santos-Ferreira L, Oliveira-Malagoni de Almeida Cavalcante L, Munari-Bouttelet D, Barbosa-Alves M, Peixoto-Ayres Veronez MK, Nogueira-Gomes AL. Op. cit.

¹⁴² Alméciga-Alméciga JD, Espejo-Vinasco MP, Galeano-Gutiérrez AB. Compresiones de las redes de apoyo percibidas en una familia rural de la Calera, en condiciones de vulnerabilidad social. Poiésis. 2018; 34: 89-97. DOI: <http://doi.org/10.21501/16920945.2789>

	para la comunicación/interacción entre profesional/cliente. ¹⁴³
4. Fomentar el autocuidado de la persona para liberar sobrecarga de cuidador primario	A menor grado de dependencia del paciente, menor es el grado de sobrecarga subjetiva en el cuidador primario. ¹⁴⁴
5. Fomentar el autocuidado del cuidador primario.	Generalmente el cuidador prioriza solo el cuidar de aquel que necesita de él, sin considerarse como un ser que requiere cuidados, dedicándose exclusivamente a cuidar de otros teniendo impacto en su vida social, salud y privacidad. ¹⁴⁵
6. Clarificar dudas de cuidado en casa	Disminuye la depresión y la ansiedad, y a la vez aumentan el bienestar percibido. ¹⁴⁶
EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	No se logran consolidar redes de apoyo al no contar con familiares cercanos, cuidador primario se observa cansado pero tranquilo por evolución favorable de la persona. Refiere sentirse más segura al aumentar su conocimiento sobre cuidados en casa.

¹⁴³ Santos-Ferreira L, Oliveira-Malagoni de Almeida Cavalcante L, Munari-Bouttelet D, Barbosa-Alves M, Peixoto-Ayres Veronez MK, Nogueira-Gomes AL. Op. cit.

¹⁴⁴ Sánchez RT, Molina EM, Gómez-Ortega OR. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. Rev Cuid. 2016; 7(1): 1171-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>.

¹⁴⁵ Idem

¹⁴⁶ Ibidem

7.4. CUARTA VALORACIÓN: VALORACIÓN DESPUÉS DE UN TIEMPO

Posoperatorio Tardío. Comunicación vía telefónica (4 meses posterior a egreso)	
NECESIDAD	DATOS SUBJETIVOS
1. Oxigenación	Refiere cuidador primario que continúa cocinando de 1 a 2 veces por semana con leña, pero ahora lo hace al aire libre
2. Nutrición e Hidratación	Persona continua con consumo abundante de líquidos Refiere cuidador primario que tiene correcto apego a dieta
3. Eliminación	Persona refiere no ha tenido sintomatología urinaria, orina clara sin sedimentos. Evacuación 1 vez al día.
4. Moverse y mantener postura	Refiere persona se ha incorporado a sus actividades habituales, utiliza bicicleta 2 a 3 horas diarias. Cuidador primario refiere ha cambiado cita de ortopedia hasta resolver patología urológica
5. Sueño y descanso	Persona refiere “trato de utilizar menos el celular”, cuidador primario comenta que ha sido necesario esconder el dispositivo electrónico para que duerma temprano. Horas de sueño: 7 a 9
8. Higiene e integridad de la piel	Cuidador primario refiere que ha aumentado apego a higiene dental, pero continúan trabajando en ello Refiere heridas quirúrgicas cicatrizaron adecuadamente, realizo masaje en la misma por dos meses, se siente contento ya que “la cicatriz casi no se nota”
9. Prevención de peligros	Refiere cuidador primario que por falta de recurso económico no puede acudir a valoración para programación de cirugía Único proveedor económico, trabajo eventual, no busca empleo fijo ya que requiere disponibilidad de horario por hospitalizaciones. Familiares no viven en la comunidad Mantiene contenedores de agua tapados dentro del hogar

7.5. QUINTA VALORACIÓN: VALORACIÓN DESPUÉS DE UN TIEMPO

Posoperatorio tardío. Comunicación vía telefónica (7 meses posterior a egreso)	
NECESIDAD	DATOS SUBJETIVOS
2. Nutrición e Hidratación	Cuestiona si ahora resuelto el problema deberá continuar con la dieta
3. Eliminación	Ingresó a institución de salud programado para retiro de catéter JJ derecho y Litotricia Recibe apoyo de parte de tío materno para renta de litotriptor Refiere retiro de sonda vesical a las 24 horas posterior al procedimiento, primera micción con disuria que disminuyo con consumo abundantes de líquidos
4. Movilidad y postura adecuada	Refiere logró deambulación con apoyo a las 12 hrs de posoperado
9. Prevención de peligros	Refiere egresó a los 2 días de posoperado. Cita con endocrinología para estudio por probable alteración del metabolismo de calcio Cuestiona que puede hacer para no volver a enfermarse

VIII. PLAN DE ALTA

Plan de Alta Cirugía: Ureterolitotomía FRJA, 16 años
Oxigenación: <ul style="list-style-type: none">- Medidas de seguridad en el uso de leña: utilizar en espacios abiertos.- Signos de intoxicación por monóxido de carbono (cefalea, vértigo, náusea, vómito, somnolencia, letargia, confusión, alteraciones visuales, dolor torácico, debilidad muscular, dolor abdominal)
Nutrición e Hidratación: <ul style="list-style-type: none">- Hábitos dietéticos: Consumo abundante de líquidos 2 a 3 litros diarios, aumentar su consumo si se realiza actividad física o exposición al sol.- Consumo de cítricos: 120 ml de jugo de limón en 2 litros de agua.- Dieta libre sin grasas ni irritantes, baja en sal y proteína animal (carnes rojas), consumo de alimentos con fibra como zanahoria, espinaca, brócoli, ejotes, lentejas, frijol, manzana, mandarina, ciruela, avena.
Eliminación: <ul style="list-style-type: none">- Observar características de la orina (color, olor, cantidad)- Datos de alarma: no poder orinar, orina con sangre, dolor lumbar, abdominal o genital- Manejo de estreñimiento (deambulación constante con periodos de reposo relativo, hábitos higiénico-dietéticos)
Moverse y mantener postura <ul style="list-style-type: none">- Reposo relativo, no realizar esfuerzos, no levantar cosas pesadas ni ejercicios de alto impacto- Incorporarse paulatinamente a actividades de la vida diaria.
Descanso y sueño: <ul style="list-style-type: none">- Hábitos de higiene de sueño (8 a 10 horas de sueño hasta los 17 años, evitar uso de dispositivos electrónicos y consumo abundantes de líquidos 2 horas antes de ir a la cama, horarios de sueño establecidos)

<p>Usar prendas de vestir adecuadas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar ropa cómoda acorde al clima evitando fricción en heridas quirúrgicas
<p>Mantener temperatura corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar cambios bruscos de temperatura - Evitar exposición prolongada al sol
<p>Mantener la higiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de herida quirúrgica: Baño diario, No tallar heridas, solo frotar con los dedos, Secar perfectamente al salir de baño (especial atención en región umbilical) y observar si hay sangrado o salida de secreción con mal olor, Colocar gasa. - Uso de jabón neutro con adecuado enjuague, hidratación de la piel en especial atención en miembros pélvicos - Mantener uñas cortas: evitar rascado de zonas de piel seca. - Iniciar masaje circular sobre cicatriz a las 2 semanas de posoperado. - Higiene bucal 3 veces al día o después de consumir alimentos - Higiene de manos
<p>Evitar peligros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datos de alarma de infección de herida quirúrgica: dolor, calor, enrojecimiento, sangrado, salida de secreción purulenta o con mal olor, dehiscencia - Fiebre de 38°C o mayor - Apego a esquema de vacunación - Mantenerse informado de servicios y campañas de salud presentes en su comunidad - Asistir a centro de salud 1 a 2 veces al año para autocuidado
<p>Comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reforzar redes de apoyo familiares - Mantener comunicación con compañeros de escuela
<p>Creencias y valores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer valores familiares y personales

<ul style="list-style-type: none">- Participar en costumbres y tradiciones familiares y de la comunidad
Trabajo y realización: <ul style="list-style-type: none">- Continuar con actividades escolares
Ocio y participación en actividades recreativas <ul style="list-style-type: none">- Fomentar la continuación de actividades de interés (dibujo)- Reincorporarse posterior a la recuperación en actividades físicas (futbol y bicicleta)- Fomentar relaciones familiares a través de la realización de actividades recreativas juntos
Aprender y satisfacer curiosidad <ul style="list-style-type: none">- Buscar distintas técnicas de aprendizaje- Fomentar la investigación de temas de interés

IX. CONCLUSIONES

La especialidad de Enfermería Perioperatorio ha evolucionado en los últimos años, lejos de ser una especialidad enfocada en la atención del paciente en el transoperatorio realizando actividades como instrumentista permite y exige el conocimiento y valoración del paciente previo a su intervención quirúrgica, con la finalidad de adelantarse a posibles situaciones que puedan comprometer o retrasar la atención de calidad que se brinda, y la labor no termina al salir el paciente de la sala quirúrgica o de recuperación; nuestro trabajo como especialistas continúa en todo el periodo posoperatorio mediato, esto implica un gran compromiso para con el paciente y con su familia, que ven en nuestra persona apoyo.

La realización del presente estudio de caso y el trato continuo con la persona y su cuidador primario me permitió reforzar la idea de que el profesional de enfermería es pieza clave en el proceso de recuperación y mantenimiento de la salud de las personas, el conocer a profundidad el medio donde se desarrolla la persona es esencial para poder brindar una atención adecuada a las necesidades de cada uno de los individuos, que los “cuidados generales de enfermería” no existen, ya que cada persona es única y reacciona de distinta manera a cada intervención y actividad realizada, que el factor emocional, la seguridad en lo que se hace y dice así como la empatía fueron pieza clave para lograr la cooperación a lo largo de los meses que se siguió el caso permitiendo mejorar la experiencia en el proceso de hospitalización y recuperación, aún más en este caso en particular al extenderse el tiempo de estancia hospitalaria prevista, el periodo de desarrollo de la persona, la adolescencia, donde se enfrenta a múltiples cambios, así como encontrarse lejos de su entorno, familia y amigos.

La aplicación del proceso de enfermería, pero sobre todo la búsqueda de información reciente que guiara la práctica en cuidados basados en evidencia es lo que permitió dar cuidado especializado a las necesidades de la persona.

La realización de un plan de alta, permite que la persona y su cuidador primario brinden continuidad a los cuidados proporcionados dentro de la institución.

Se brinda seguridad al aumentar su conocimiento sobre que esperar en el proceso de recuperación y datos de alarma; pero sobre todo se logra que la persona se haga participe de su propia atención al fomentar el autocuidado.

Como experiencia es alentador ver la evolución favorable de la persona y recibir el agradecimiento por el acompañamiento brindado, se crea conciencia que no todo está en nuestras manos poder resolverlo, pero se pueden brindar las condiciones para generar un cambio o adaptar las conductas de cuidado acorde al estilo de vida de la persona.

X. SUGERENCIAS

El proceso de Enfermería debe de constituirse como el método que rija la práctica profesional y no solo ser utilizada en el área de formación académica, algo en lo que aún se debe de trabajar mucho.

La utilización de un instrumento de valoración previamente elaborado constituye un gran apoyo en la obtención de datos relevantes de la persona.

Se sugiere seguir trabajando a través del formato PES en la elaboración de diagnósticos de enfermería ya que, si bien es cierto que la tendencia actual es la utilización de un lenguaje estandarizado a través de la taxonomía NANDA-NIC-NOC el que como estudiantes no se permita su utilización favorece el desarrollo de pensamiento reflexivo y crítico a través del análisis de los datos proporcionados por la persona para la identificación de sus necesidades, fomenta la búsqueda continua de evidencia científica que permita brindar un cuidado especializado garantizando la seguridad y calidad en cada una de las intervenciones para la pronta recuperación e integración de la persona a su dinámica de vida.

XI. GLOSARIO

A

- Adrenocorticotropina: Hormona secretada por el lóbulo anterior de la hipófisis, cuya función es activar la secreción de glucocorticoides por la corteza suprarrenal
- Afrontamiento: conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que la persona utiliza para gestionar demandas internas o externas que sean percibidas como excesivas para los recursos del individuo

C

- Cistina: Aminoácido que desempeña un papel importante en la configuración de las moléculas de proteína; abunda en la queratina del pelo, en la lana y en la piel.
- Cistinuria: trastorno del transporte tubular renal de aminoácidos caracterizado por la formación recurrente de cálculos de cistina en los riñones.
- Corticoides: son un tipo de las hormonas denominadas esteroides, que se producen en las glándulas suprarrenales. Sus formas sintéticas o semisintéticas se usan por su efecto antiinflamatorio e inmunosupresor en el tratamiento de diferentes patologías
- Crítico, pensamiento: proceso cognitivo de carácter racional, reflexivo y analítico, orientado al cuestionamiento sistemático de la realidad y el mundo como medio de acceso a la verdad. El pensamiento crítico es fundamentalmente racional, no fortuito ni casual, y dispone de la razón como principal herramienta efectiva para su propósito: identificar aquello que es éticamente justo, correcto y verdadero.

D

- Dialéctica: Teoría y técnica retórica de dialogar y discutir para descubrir la verdad mediante la exposición y confrontación de razonamientos y argumentaciones contrarios entre sí. Conjunto de razonamientos y argumentaciones de un discurso o una discusión y modo de ordenarlos.

- Disciplina: puede emplearse como sinónimo de arte o de ciencia. Lo que caracteriza a la disciplina artística o científica es que cada una posee un conjunto de conocimientos, principios, métodos y objetivos que le son particulares.
- Disuria: dolor o la molestia al orinar, generalmente en forma de una sensación de ardor intenso

E

- Ectasia: es una dilatación o distensión de una estructura tubular.
- Ectasia tubular renal: es una dilatación de los túbulos contorneados distales en la región pericalicial de la pirámide renal. Se asocia con quistes medulares. Puede ser uni o bilateral.
- Epicentro: Lugar real o figurado desde el que parte una cosa o en el que se origina algo que tiende a propagarse.
- Epistemología: disciplina que estudia cómo se genera y se valida el conocimiento de las ciencias. Su función es analizar los preceptos que se emplean para justificar los datos científicos, considerando los factores sociales, psicológicos y hasta históricos que entran en juego.
- Escucha activa: habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo

F

- Fibrosis quística: trastorno genético caracterizado por la producción de sudor con un alto contenido en sales y de secreciones mucosas con una viscosidad anormal
- Fuerza: Capacidad física para realizar un trabajo o un movimiento

G

- Gota: enfermedad que se produce por la formación de cristales de una sal del ácido úrico (urato de sodio) en los tejidos, más frecuentemente en las articulaciones

H

- Hermenéutica: Del griego *hermeneutiké tejne*, arte de explicar, traducir o interpretar. Arte de interpretar textos.
- Hipercalcemia: trastorno hidroelectrolítico que consiste en la elevación de los niveles de calcio plasmático por encima de 10.5 mg/dL
- Hipercalciuria: excreción urinaria de calcio superior a 4 mg (o 0,1 mmol) por cada kg de peso y día, en el contexto de una dieta normal en cuanto al contenido de calcio, proteínas y sodio
- Hipocitraturia: Eliminación del ácido cítrico, menor del 115 mg en la orina de 24 horas, en el hombre, y de 200 mg, en la mujer.

I

- IAAS: Infección Asociada a la Atención de la Salud
- Independencia: es la cualidad o condición de independiente (que es autónomo y que no tiene dependencia de otro). El concepto suele estar asociado a la libertad.

O

- Objetivo: Que se basa en los hechos y la lógica.
- Oblito: todo aquel objeto o cuerpo extraño que permanece dentro de una cavidad corporal o sitio quirúrgico en forma no intencional una vez que el paciente abandona la sala de operaciones

P

- Paget, enfermedad: Enfermedad crónica en la que aumentan tanto el deterioro del hueso como su regeneración.

- Plexo celiaco: densa red nerviosa que rodea a la arteria aorta ventral en el punto de donde salen la arteria mesentérica superior y el tronco celíaco, a nivel de la séptima vértebra dorsal, detrás del estómago.
- Polaquiuria: necesidad de orinar muchas veces durante el día o la noche (nicturia), pero en volúmenes normales o inferiores a lo normal
- Pragmático: Que se refiere a la práctica, la ejecución o la realización de las acciones y no a la teoría o a la especulación
- Praxis: proviene de un término griego y hace referencia a la práctica. Se trata de un concepto que se utiliza en oposición a la teoría. El término suele usarse para denominar el proceso por el cual una teoría pasa a formar parte de la experiencia vivida.

R

- Recidiva: Repetición de una enfermedad poco después de terminada la convalecencia.
- Resiliencia: capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas como la muerte de un ser querido, un accidente, etc.
- Riñón en esponja: Trastorno congénito no hereditario que se caracteriza por la presencia de túbulos colectores dilatados en una o varias papilas renales

S

- Sarcoidosis: enfermedad caracterizada por el crecimiento de granulomas en cualquier parte del cuerpo, más comúnmente en los pulmones y en los ganglios linfáticos
- Subjetivo: deriva del latín *subiectivus*. Es un adjetivo que identifica algo como propio de la manera de pensar o sentir de una persona
- Sustantivo: Palabra que sirve para designar los seres vivos o las cosas materiales o mentales; gramaticalmente funciona como núcleo de un sintagma nominal, y varía en cuanto al género y al número.

T

- Tenesmo: Contracción violenta y dolorosa que sufre un órgano, especialmente el recto y la vejiga urinaria, para expulsar o expeler alguna cosa; se acompaña de la sensación de vaciado incompleto

U

- Ureasa: enzima que cataliza la hidrólisis de urea a dióxido de carbono y amoníaco
- Ureterocele: Es la dilatación quística del uréter intravesical

V

- Voluntad: Capacidad humana para decidir con libertad lo que se desea y lo que no. Deseo o intención, o cosa que se desea.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Luengo Martínez C, Paravic Klijn T. Autonomía Profesional. Factor clave para el ejercicio de la Enfermería Basada en la Evidencia. *Index Enferm (Gran)*. 2016; 25(1-2):42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100010
2. Rodríguez-Rodríguez MM, García-Cano A, Rosillo-Coronado M, Jiménez-Mendiguchía L. Litiasis urinaria: epidemiología y clasificación del cálculo urinario. *Acta Bioquím Clín Latinoam* 2018; 52 (1): 15-21. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0325-29572018000100004
3. Batista-Sánchez MR, Alvarado-Gallegos E. Factores relacionados con la práctica del proceso de enfermería en servicios de hospitalización. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2015;23(2):83-90. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/47
4. Elers-Mastrapa Y, Gibert Lamadrid MP. Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería*. 2016; 32(4): 126-136. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76513>
5. Romero Massa E, Contreras Méndez IM, Moncada Serrano A. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. *Hacia promoc. salud*. 2016; 21(1): 26-36. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.3
6. Organización Mundial de la Salud. *Temas de Salud. Enfermería*. 2018. [Citado 16 Oct 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>
7. Consejo Internacional de Enfermeras. *Definiciones. Definición de Enfermería*. 2018. [Citado 16 Oct 2018]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
8. Barbosa-Bitencourt-Alves L, Motta- Carnevalli AL, Resck-Rodrigues ZM. The paradigms of modernity and post-modernity and the process of care in nursing.

- Enferm. glob. 2015; 14(37): 335-341. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100015&lng=en.
9. Ceolin S, Arias Piriz M, da Costa Mendieta M, Siles González J, Heck RM. Elements of the socio-critical paradigm in nursing care practices: an integrative review. Rev Esc Enferm USP . 2017; 51:e03267 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016037003267>
 10. González-Castillo MG, Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. Enfermería Universitaria. 2016; 13 (2): 124-129. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>
 11. Fernandes, C.R., Porto, I.S., Soares, A.M. El cuidado del cuerpo en el arte, la ciencia y la filosofía de la enfermería. Cultura de los Cuidados. 2017; 21(47): 83-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.47.08>
 12. Borre-Ortiz YM, Lenis-Victoria C, Suárez-Villa M, Tafur-Castillo J. El conocimiento disciplinar en el currículo de Enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. Rev Cienc Salud. 2015; 13(3): 481-491. DOI: dx.doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.12
 13. Pérez-Fuillerat N. Enfermería Basada en Evidencia y Transferencia de Conocimiento. Index Enferm. 2015; 24 (1-2) DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100001>
 14. Pérez-Fuillerat N, Amezcua M. Entre la disociación y la armonía: la compleja relación entre teoría y práctica enfermera. Index Enferm. 2017; 26(4): 245-247. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300001
 15. Ahtisham Y, Jacoline S. Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia's Henderson Need Theory. International Journal of Caring Sciences. 2015; 8 (2): 443-450. Disponible en: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/23_ahtisham.pdf
 16. Naranjo-Hernández Y, Rodríguez-Larrinaga M, Concepción-Pacheco J. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en

- la práctica cubana. 2016; 32(4). Disponible en:
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/986/217>
17. Galviz-López MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Rev Cuid 2015; 6(2): 1108-20. DOI:
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>
 18. Programa Integración de Tecnologías a la Docencia. Vicerrectoría de Docencia. Universidad de Antioquia. Aprende en línea. Virginia Henderson; abril 2016. [Internet]. [Consultado 21 de octubre de 2018]. Disponible en:
<http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971>
 19. Ramírez-Elias A. Proceso de Enfermería, lo que sí es y lo que no es. Enfermería Universitaria. 2016; 13(2): 71-72. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.001>
 20. Velasco Tirado V, Belhassen García M. La Historia Clínica (II): La Exploración Física y Pruebas Complementarias. EducaFarma 3.0. 2015. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/10366/127032>
 21. Programa Integración de Tecnologías a la Docencia. Vicerrectoría de Docencia. Universidad de Antioquia. Aprende en línea. Diagnósticos Enfermero; abril 2016. [Internet]. [Consultado 21 de octubre de 2018]. Disponible en:
<http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61941>
 22. Tortora G, Erickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 13 ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2013
 23. Moore K, Dalley A, Agur A. MOORE Anatomía con Orientación Clínica. 8ª ed. Barcelona. Wolters Kluwer; 2017
 24. Gonzalez-León T, Suárez-Marcillán ME, Cuza-Herrera Y, Tegegne A, De la Paz Pérez Y, Rodríguez-Ojea L. Cirugía Laparoscópica para el tratamiento de la litiasis del uréter lumbar. Rev Cub Urol 2016;5(1):17-29. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69516>
 25. Kusumi K, Becknell B, Schwaderer A. Trends in pediatric urolithiasis: patient characteristics, associated diagnoses, and financial burden. Pediatr Nephrol (2015) 30:805–810 DOI 10.1007/s00467-014-3012-3

26. García-Perdomo HA, Benavidez-Solarte P, Posada-España P. Fisiopatología asociada a la formación de cálculos en la vía urinaria. *Urol Colomb*. 2016;25(2):109-117. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2015.12.012>
27. Sarroca-Ferrera M, De la Arada-Aceves A. Litiasis Renal. *AMF* 2015; 11(6): 314-323. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1439
28. Susaeta R, Benavente D, Marchant F, Gana R. Diagnóstico y manejo de litiasis renales en adultos y niños. *REV. MED. CLIN. CONDES*. 2018; 29(2) 197-212. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.03.002>
29. Matos Rubio WR, Carballo Quevedo SL, Wilson Chibás FM, Martínez Carballo B. Factores asociados a litiasis del tracto urinario en el Hospital Clínico Quirúrgico "Lucía Íñiguez Landín", provincia Holguín. *Revista de Información Científica*. 2017; 96 (6): 1017-1025. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1779/3347>
30. Acevedo-Jiménez M, Alcántara-Peraza RA, Romero-Solís I, Rendón-Macías ME. Utilidad de la tomografía computada simple de abdomen en la decisión del estudio contrastado ante pacientes con cólico renal. *Rev Sanid Milit Mex* 2016; 70: 280-285. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73251>
31. Bacallao Méndez RA, Victores Aguiar I, Mañalich Comas R, Gutiérrez García F, Llerena Ferrer B, Almaguer López M. Caracterización clínico epidemiológica de la litiasis urinaria en un área rural de Artemisa. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 2016; 35(4): 300-310. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002016000400001
32. García-Galisteo E, Sánchez-Martínez N, Molina-Díaz P, López-Rueda B, Baena-González V. Invasive treatment trends in urinary calculi in a third level hospital. *Actas Urol Esp*. 2015; 39:32-37. DOI: 10.1016/j.acuro.2014.03.013
33. Escobar-Castellanos B, Cid-Henríquez P. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta Bioethica* 2018; 24 (1): 39-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>

34. López-Pacheco MC, Pimentel-Hernández C, Rivas-Mirelles E, Arredondo-García JL. Normatividad que rige la investigación clínica en seres humanos y requisitos que debe cumplir un centro de investigación para participar en un estudio clínico en México. *Acta Pediatr Mex* 2016;37(3):175-182. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000300175
35. Ley G Bautista-Espinel GO, Ardila-Rincón NA, Castellanos-Peñaloza JC, Gené-Parada Y. Conocimiento e importancia, que los profesionales de enfermería tienen sobre el consentimiento informado aplicado a los actos de cuidado de enfermería. *Rev Univ. Salud.* 2017;19(2):186- 196. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.81>
36. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787 eneral de Salud. Última Reforma DOF 12-07-2018
37. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5511877&fecha=31/01/2018
38. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013
39. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la Administración de la Terapia de Infusión en los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268977&fecha=18/09/2012
40. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3896/salud/salud.htm>
41. Secretaria de Salud. Conoce las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Seguridad del paciente: prioridad del sector salud. Abril 2018.

- Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente>
42. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México. 2001. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/codigo_etica.pdf
 43. Conoce los 10 derechos generales de los pacientes. Secretaría de Salud. Febrero 2016. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-los-10-derechos-generales-de-los-pacientes>
 44. Derechos humanos de niñas, niños y adolescentes - Derechos humanos. CNDH México. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/Ninos_Derechos_Humanos
 45. Carta de Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros. Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México. 2018. Disponible en: http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/td_c_der_generales.html
 46. Franzoi MAH, Martins G. Children's anxiety in surgical situation and emotional perceptions reported by their companions in the preoperative stage: an exploratory study. *Rev Min Enferm.* 2016;20: e984. DOI: 10.5935/1415-2762.20160054
 47. Santos-Ferreira L, Oliveira-Malagón de Almeida Cavalcante L, Munari-Bouttelet D, Barbosa-Alves M, Peixoto-Ayres Veronez MK, Nogueira-Gomes AL. Cuando la comunicación es nociva en el encuentro entre profesional y familia del niño hospitalizado. *Enferm. glob.* 2015; 14 (37): 192-203. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100009&lng=es.
 48. Garcia ACM, Simão-Miranda TP, Carvalho AMP, Elias PCL, Pereira MG, Carvalho EC. The effect of therapeutic listening on anxiety and fear among surgical patients: randomized controlled trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2018; 26:e3027: 1-10 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2438.3027>.
 49. Sartoria J, Espinoza P, Díaz MS, Ferdinanda C, Lacassie HJ, González A. ¿Qué información preoperatoria desean los padres de niños que serán operados? *Rev Chil Pediatr.* 2015; 86 (6): 399-403. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.06.021>

50. Rodríguez-Medina DA, Domínguez-Trejo B, Leija-Alva G, Ortiz-Omaña M, Carreño-Morales C. Efectos psicofisiológicos de la respiración diafragmática y la estimulación térmica sobre la actividad autonómica del estrés agudo. *Acta de investigación psicol.* 2018; 8(2): 101-113. DOI. <http://dx.doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2018.2.09>.
51. Figueroa-López C, Mora-Osorio R, Ramos del Rio B. Relación entre la ansiedad preoperatoria y las estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a bypass cardiaco. *VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud.* 2017; 20(1): 5-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78855>
52. Hernández Hernández AI, López Bascope AJ, Guzmán Sánchez JA. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2016; 14(1): 6-11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64132>
53. Mattos-Vela MA, Carrasco-Loyola MB, Valdivia-Pacheco SG. Prevalencia y severidad de caries dental e higiene bucal en niños y adolescentes de aldeas infantiles, Lima, Perú. *Odontoestomatología.* 2017; 19 (30): 98-105 DOI: 10.22592/o2017n30a11
54. Jiménez-Medina V, López-Gómez LA, Athié-García JM. Uso de clorhexidina como protocolo en el área prequirúrgica en pacientes con cirugía electiva. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2018; 16(2): 133-138. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79779>
55. Torres López J, Gerónimo-Carrillo R, Magaña-Castillo M. Conocimiento y práctica de enfermería para prevenir la Neumonía Asociada al Ventilador. *Revista CONAMED.* 2017; 22 (2): 76-81. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79298>
56. Arhens Villar AN, Colmán Rodríguez RE, Martínez Ramírez NE, Morel Barrios MI, Osorio de Galli M, Paciello de Ayala MR. Actitud y práctica sobre salud bucal en adolescentes de colegios públicos de Asunción. *Rev. Salud Pública Parag.*

- 2015; 5 (2): 40-47. Disponible en:
<http://revistas.ins.gov.py/index.php/rspp/article/view/332>
57. Guerrero-Casagualpa MA, Torres-Jaramillo ZV, Ruiz-Lara OX, Rueda-Ruiz AS, Betancourth-Justicia ED, et.al. La hipotermia en pacientes sometidos a cirugía abdominal. Dom.Cien. 2019; 5 (1): 678-694. DOI:
<http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2019.vol.5.n.1.678-694>.
58. Bayter-Marína JE, Rubio J, Valedón A, Macías AA. Hipotermia en cirugía electiva. El enemigo oculto. Rev Colomb Anestesiol. 2017;45(1):48–53. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.rca.2016.08.003>
59. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. REV. MED. CLIN. CONDES. 2017; 28 (5): 785-79. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>
60. Ortega-Mariscal VG, Muñoz-Cuevas JH, Wing-Reyna CE. Hipotermia perioperatoria: su impacto en temblor postoperatorio. Revisión sistemática y metanálisis. 2018; 41(4): 245-257. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma184c.pdf>
61. Uriostegui-Santana ML, Nava-López JA, Mendoza-Escoto VM. Alteraciones de la temperatura y su tratamiento en el perioperatorio. Rev Mex Anest 2017; 40 (1): 29-37. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma171e.pdf>
62. Muciño-Carrera AL, Gómez-Torres D, Sánchez-Arias G, Bernardino E, Meira de Sousa S. La comunicación del personal de enfermería con el equipo quirúrgico. Cogitare Enfermagem. 2017; 22(3). DOI: 10.5380/ce.v22i3.50928
63. Ribas Medicina SL. Placa Monopolar. Disponible en:
<https://www.ribasmedicina.com/producto/placa-monopolar-adulto-108201-mm/?oldc=placas-electrocirugia>. 2017
64. Vázquez Espinosa LF, Castañeda Solís AK, Pérez-Castro y Vázquez JA. Quemadura secundaria a incorrecta colocación de placa de electrocauterio. CONAMED. 2018; 61(3): 38-47. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v61n3/2448-4865-facmed-61-03-38.pdf>

65. Azúa-Córdova G, Zúñiga-Montero M, Chaves-Chaves D, Quirós-Alpízar JL. Lesión tisular debida a dispersión térmica por el uso de electrodos monopolares. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR*. 2016; 6 (3): 28-35. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67318>
66. Caniupán J, Rivas E, Bustos L. Capacidad diagnóstica de las escalas Braden Q y Norton para úlceras por presión en pacientes pediátricos de unidades críticas. *Enfermería*. 2018; 7(1): 17-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v7i1.1539>
67. Lopes CMM, Haas VJ, Dantas RAS, Oliveira CG, Galvão CM. Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2704. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704> m
68. Stegensek Mejía EM, Jiménez Mendoza A, Romero Gálvez LE, Aparicio Aguilar A. Úlceras por Presión en diversos servicios de un hospital de Segundo Nivel de Atención. *Enferm. Univ*. 2015; 12 (4): 173-181 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.004>
69. Campos-Chacon N. Hipotermia: a propósito de un caso. *Med. leg. Costa Rica*. 2016; 33 (2): 159-164. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000200159&lng=en
70. Rodríguez Palma M, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda JJ, García Fernández FP. Dermatitis asociada a la incontinencia. *Rev ROL Enferm* 2018; 41(11-12): 768-776. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/86297/1/2018_Rodriguez-Palma_etal_RevROLEnferm.pdf
71. Consejo De Salubridad General. Las Acciones Esenciales Para La Seguridad Del Paciente Dentro Del Modelo De Seguridad Del Paciente Del. 2017. Disponible en: [www.csg.gob.mx > descargas > pdf > AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf](http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf)
72. Chinelli J, Olivera E, Rodríguez G. Oblitos en Cirugía. Análisis de casuística y estrategias para su prevención. *Anfamed*. 2017; 4 (2): 47-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.25184/anfamed2017v4n2a3>

73. Tolea HD, Cadavid N. Instrumentador quirúrgico: iatrogenia, eventos frecuentes y responsabilidad en el quirófano. *REPERT MED CIR*. 2018; 27(2):124-130. DOI: <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.v27.n2.2018.185>
74. Alonso Fernández S, Zapico López G, Tornero González E. El sondaje vesical y sus complicaciones en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Metas Enfermjun* 2017; 20(5): 10-14. DOI: 10.35667/MetasEnf.2019.20.1003081084
75. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Innovación y Calidad. Tres nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente. 2006. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/indicadores__infecciones_seguridad.pdf
76. Secretaria de Salud. Protocolo para la Estandarización del Cuidado al Paciente con Sonda Vesical, Enfocado a la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. 2018. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/protocolo_sonda_vesical.pdf
77. Menéndez González L, González Sánchez GM. Cuidados del catéter urinario basados en la evidencia científica de Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA)*. 2016; 4(1):28-45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5353330>
78. Remes-Trochea JM, Coss-Adameb E, López-Colomboc A, Amieva-Balmoria M, Carmona Sánchez R, Charúa Guindic L, et.al. Consenso Mexicano sobre estreñimiento crónico. *Revista de Gastroenterología de México*. 2018;83(2):168-189. DOI: 10.1016/j.rgmx.2017.12.005
79. Broggi A, Illescas ML, Pacheco H, Juambeltz C. Vías de recuperación mejorada perioperatoria. Adaptación a la cirugía pediátrica. *An Facultad Med (Univ Repúb Urug)*. 2018; 5 (2): 29-62. DOI: <https://doi.org/10.25184/anfamed2018v5n2a9>
80. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, et. al. Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult. *Rev Esp Enferm Dig* 2016; 108 (6) :332-363. DOI: 10.17235/reed.2016.4389/2016

81. Rodríguez-Torres ÁF, Páez-Granja RE, Altamirano-Vaca EJ, Paguay-Chávez FW, Rodríguez-Alvear JC, Calero-Morales S. Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. *Educ Med Super.* 2017; 31 (4): 1-11. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v31n4/a25-1366.pdf>
82. Rabat-Restrepo JM. ¿Está actualizado el código de dietas en los hospitales? *Nutr Clin Med.* 2017; 11 (1): 9-25. DOI: 10.7400/NCM.2017.11.1.5047
83. Sánchez A, Papapietro K. Nutrición perioperatoria en protocolos quirúrgicos para una mejor recuperación postoperatoria (Protocolo ERAS). *Rev. méd. Chile.* 2017; 145 (11): 1447-1453. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017001101447>.
84. Ponce y Ponce de León G, Rieke-Campoy U, Camargo-Bravo A, Magaña-Rosas A. Impacto de un programa de promoción de alimentación saludable en el IMC y en los hábitos de alimentación en alumnos de educación secundaria. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud.* 2016; 5(10). Disponible en: <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/41/180>
85. Urtubia V, Miranda AL. Ejercicio para manejo del dolor crónico. *Rev Hosp Clín Univ Chile* 2015; 26: 156 – 66. Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/ejercicio_para_manejo_dolor.pdf
86. Hernández-Martín AD, Puerto-Noda I, Morejón-Barroso O, Méndez-Rodríguez SN. Protocolo de actuación en la rehabilitación de los pacientes con enfermedades reumáticas. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación* 2016;8(1):70-86. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2016/cfr161g.pdf>
87. Hernández-Torres L, Sánchez-Vidal G, Véliz-Martínez PL. Conocimiento y percepción de riesgo sobre el síndrome de inmovilización en unidades de atención al grave. *Rev Cub Med Int Emerg* 2015;14(1):30-44. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2015/cie151e.pdf>
88. Silva-Silva V, Espinoza-Quiroz P, Weiss M. Percepciones ante la preparación al alta en pacientes médico-quirúrgicos de un hospital de alta complejidad. *Index*

- Enferm. 2018; 27(1-2): 23-27. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v27n1-2/1132-1296-index-27-1-2-23.pdf>
89. García-Pantoja Ana, Sasía K, Amaro O. Revisión sistemática sobre los efectos de la crioterapia. *Revista de Aplicación Científica y Técnica*. 2015; 1(1): 66-72. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/283298851_Revision_sistemica_sobre_los_efectos_de_la_crioterapia
90. Alcántara-Montero A, González-Curado A. Nueva Guía de la Asociación Americana del Dolor sobre dolor postoperatorio, Carta al director. *Rev Soc Esp Dolor* 2016; 23(3): 164-165. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v23n3/08_carta.pdf
91. Mazza MM, Palacio JM, Mogro V, Martínez G. Cuidado humanizado de enfermería a través de la higiene y confort en UCIP. Un desafío para la acción. *Medicina infantil*. 2016; 23(3): 259-260. Disponible en: http://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2016/xxiii_3_259.pdf
92. Moreno-Monsiváis MG, Fonseca-Niño EE, Interrial-Guzmán MG. Factores asociados con la intensidad del dolor en pacientes mexicanos hospitalizados en periodo postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor* 2017;24(1):4-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2016.3442/2016>
93. Butragueño-Laiseca L, González Martínez F, Oikonomopoulou N, Pérez-Moreno J, Toledo del Castillo B, González Sánchez MI, et al. Percepción de los adolescentes sobre el ingreso hospitalario. Importancia de la humanización de los hospitales infantiles. *Rev. chil. pediatr.* 2016; 87 (5): 373-379 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.04.003>
94. Mato R, Rodríguez MS. Sala de Recreación para Adolescentes Internados en un hospital de alta complejidad. Programa para la Atención Integral de Adolescentes Internados. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(3):254-259. DOI: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.254>
95. Calvo-Álvarez MA. The key Hospital Pedagogy in the care of the sick and hospitalized child and their right to education. Ediciones Universidad de Salamanca. 2017; 23: 33-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.14201/aula2017233347>

96. Reyes-Pérez V, Reséndiz-Rodríguez A, Alcázar-Olán RJ, Reidl-Martínez LM. Las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante situaciones que provocan miedo. *Psicogente*. 2017; 20 (38): 240-255. DOI: <http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2544>
97. Zapata San Pedro MA, Castro Varela L, Tejada Caro R. Lesiones por humedad, Revisión de conocimientos. *Enfermería Global*. 2015; 38: 325 – 334. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/revision4.pdf>
98. Xunta de Galicia. Guía Práctica de Lesiones cutáneas asociadas a la humedad. Consejería de Sanidad. 2016. Disponible en: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Documents/173/GU%C3%8DA%20N%C2%BA7%20LESCAH%20cast.pdf>
99. Rodríguez-Fernández Z, Fernández-López O, Ochoa-Maren G, Romero-García LI. Algunas consideraciones sobre las infecciones posoperatorias. *Revista Cubana de Cirugía*. 2017; 56(2): 46-58. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v56n2/cir05217.pdf>
100. Alméciga-Alméciga JD, Espejo-Vinasco MP, Galeano-Gutiérrez AB. Compresiones de las redes de apoyo percibidas en una familia rural de la Calera, en condiciones de vulnerabilidad social. *Poiésis*. 2018; 34: 89-97. DOI: <http://doi.org/10.21501/16920945.2789>
101. Sánchez RT, Molina EM, Gómez-Ortega OR. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Rev Cuid*. 2016; 7(1): 1171-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>.

Consultadas

1. Jara-Sanabria F, Lizano-Pérez A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. 2016;13(4): 208-215. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.003>
2. Alcaraz-Moreno N, Chávez-Acevedo AM, Sánchez-Betancourt EM, Amador-Fierros G, Godínez-Gómez R. Mirada del estudiante de enfermería sobre el aprendizaje y la aplicación del proceso de atención de enfermería. *Rev Enferm*

- Inst Mex Seguro Soc. 2015;23(2):65-74. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim152c.pdf>
3. Blasco-León M, Ortiz-Luis SR. Ética y valores en enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2016;24(2):145-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162l.pdf>
 4. Hernández-Romero L, Romero-Quechol GM, Zamudio-Costeño L, Olea-Martínez M. Competencia clínica del personal de enfermería para la prevención de infección del sitio quirúrgico. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2019; 27(1): 4-13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2019/eim191b.pdf>

XIII. ANEXOS

13.1. TRIPTICO

UROLITIASIS

¿Qué es?

Enfermedad causada por la presencia de cálculos o piedras en el interior de los riñones o de las vías urinarias (uréteres o vejiga)



Signos y síntomas

Cólico nefrítico: Dolor en la espalda baja que se irradia hacia el abdomen y hacia los genitales; se produce por el taponamiento de la salida de orina del riñón y a veces provoca un dolor muy intenso.

Es un dolor intermitente que puede acompañarse de náuseas, vómito, sudoración y sensación de hinchazón abdominal, no suele provocar fiebre.

Orina con sangre: Se produce por las

lesiones que provoca el cálculo en su paso por la vía urinaria.

Infecciones de orina: Los cálculos renales pueden ser causa o consecuencia de infecciones frecuentes de la orina.

PREVENCION

Consumir abundantes líquidos. De 2 a 3 litros de agua al día.



Dieta con consumo de alimentos que contengan calcio de manera normal; baja en proteína animal (carnes rojas) y baja en sal.



Evitar inmovilidad o reposo en cama prolongado.



Actividad física con consumo abundante de líquidos antes y después de realizarla.



No automedicarse



Evitar exposición prolongada al sol



BIBLIOGRAFIA

García-Perdomo HA, Benavidez-Solarte P, Posada-España P. Fisiopatología asociada a la formación de cálculos en la vía urinaria. Urol Colomb. 2016;25(2):109-117

Elaboro:

Estudiante Enfermería Perioperatoria
Lydia Yrene Canseco Ramírez



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
POSGRADO PERIOPERATORIA

UROLITIASIS

PREVENCION





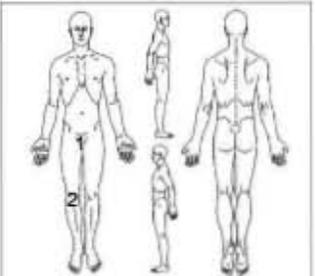
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA



INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

MODELO VIRGINIA HENDERSON

Datos generales de la persona			
Nombre: FRJ ARMANDO		Fecha de entrevista: 18 DE OCTUBRE DE 2018	
Edad: 16 4/12	Fecha de nacimiento: 03 DE JUNIO DE 2002	Sexo: HOMBRE	
Estado civil: SOLTERO	Religión: CATOLICO	Idioma: ESPAÑOL	
Lugar de origen: VERACRUZ		Lugar de residencia: VERACRUZ	
Domicilio: LERDO DE TEJADA S/N FRANCISCO I. MADERO		Teléfono: 282 107 1132	
Escolaridad: 1° PREPARATORIA	Ocupación: ESTUDIANTE		
Familiar o Responsable legal: RMR MARIA			
Motivo de ingreso o consulta: LITIASIS URETRAL DERECHA			
Antecedentes Heredo-familiares: SIN ANTECEDENTES			
Antecedentes Quirúrgicos: URETEROSCOPIA, EXTRACCIÓN DE LITO IZQUIERDO 01-06-2015 PLASTIA LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR 2013 ORQUIECTOMIA DERECHA 2011 PLASTIA INGUINAL DERECHA 2011			
Situación Laboral y/o Escolar actual: CUERSA PRIMER AÑO DE PREPARATORIA. SE ENCUENTRA ATRASADO UN AÑO POR HOSPITALIZACIÓN			
Estado de Bienestar actual biopsicosocial y espiritual: SE REFIERE TRISTE POR USO DE MEDIOS INVASIVOS (SONDA) Y ESTAR LEJOS DE CASA			

Valoración General		
Número de expediente: 495923		Fecha de valoración: 18 DE OCTUBRE DE 2018
Signos vitales: <ul style="list-style-type: none"> Temperatura: 36.7°C Frecuencia cardíaca: 82 x' Frecuencia respiratoria: 18 x' Tensión Arterial: 98/62 mmHg 	Piel y mucosas: Aspecto: SIN ALTERACIONES Coloración: PALIDEZ Hidratación: SEMIHDRATADAS Integridad: LABIOS SECOS CON DESPRENDIMIENTO DE PIEL	Alteración de los sentidos: <ul style="list-style-type: none"> Vista: NO Oído: NO Tacto: NO Gusto: NO Olfato: NO Prótesis: NO Especificar tipo y ubicación: NA
Lesiones tisulares: SE OBSERVA EN REGIÓN GLUTEA IZQUIERDA ABSCESO SEROSO	Funcionamiento motor: <ul style="list-style-type: none"> Funcional: SI Limitado: SI Imposibilitado: NO Discapacitante: NO Especificar: MIEMBRO PELVICO IZQUIERDO CON FLEXION LIMITADA 	Colabora durante la entrevista: SI Actitud: COOPERADOR, TRISTE, NECESITA QUE MADRE MANTENGA CONTACTO FISICO
Medicamentos que toma: Especificar: - TRES DOSIS DE CEFALOTINA 750 MG - NO TOMA MEDICAMENTO DE FORMA HABITUAL - ACTUALMENTE CON TRATAMIENTO INTRA VENOSO DE: - KETOROLACO 25 MG IV C/6 HRS - PARACETAMOL 500 MG IV C/8 HRS		
Presencia de dolor: SI Especificar sitio: 1. SONDA VESICAL 2. MIEMBRO PELVICO A NIVEL DE ROTULA	Grado de dolor: REFIERE EVA 4, EN REGION GENITAL, ASOCIADO A USO DE SONDA YA QUE SE HA OCLUIDO POR PRESENCIA DE COAGULOS. EN MIEMBRO PELVICO IZQUIERDO DOLOR INTERMITENTE, PRESENCIA DE CALMBRES	
		
Factores que disminuye o aumenta el dolor: - AUMENTA CON LA MOVILIZACION POR LO QUE SE HA REUSADO A MOVILIZARSE FUERA DE CAMA - - -		

Exámenes Laboratorio	
Sangre <ul style="list-style-type: none"> Hematocrito: 44.9 Hemoglobina: 15.9 MG/DL Glucosa: 103 MG/DL TP: 13 TTP: 33 Grupo Sanguíneo: O Factor Rh: + 	Orina EN EXPEDIENTE NO SE CUENTA CON RESULTADO
Materia Fecal NA	Espuito NA
Gabinete REPORTE DE ULTRASONIDO VESICAL Y RENAL CON LITO EN UNION VESICoureTRAL DERECHA CON IMPORTANTE DILATACION DE SISTEMA COLECTOR, LITO EN TERCIO DISTAL DEL URETER DERECHO. VEJIGA NORMAL HIDRONEFROSIS DERECHA RINON IZQUIERDO SIN ALTERACIONES PLACA DE RAYOS X EN TRANSOPERATORIO SE OBSERVA CON PRESENCIA DE LITO EN TERCIO DISTAL DE URETER.	Especializados NA
Otros NA	

1. Necesidad de Oxigenación			
Antecedente de enfermedades Cardio-respiratorias y Circulatorias			
Asma: NO	Alergia: NEGADAS	Taquicardia: NO	Hipertensión: NO
Anemia: NO	Varices: SI, VARICULAS EN MIEMBROS PELVICOS	Otros: NA	
Estilo de Vida			
Sedentario: NO		Activo: JUEGA FUTBOL. DIARIAMENTE SALE CON BICICLETA.	
Tipo de trabajo: ESTUDIANTE DE PREPARATORIA		Reside en la ciudad o provincia: PROVINCIA.	
Tabaquismo: NO		Dentro de casa: NALIE FUMA LEN I KU DE SU HUSAK	
Consumo de Sustancias Toxicas: NEGADAS			
Constantes Vitales:			
Temperatura: 36.7°C	Frecuencia cardiaca: 82 x'	Frecuencia respiratoria: 18 x'	
Tensión Arterial: 98/62 mmHg	PCO2: NA	PVC: NA	
Movimientos Respiratorios			
<ul style="list-style-type: none"> Eupnea: SI Disnea: NO 	Frecuencia respiratoria <ul style="list-style-type: none"> Bradipnea: NO Taquipnea: NO Polipnea: NO Ortopnea: NO 	Alteraciones del ritmo <ul style="list-style-type: none"> Normal: SI Hiperventilación: NO Hipoventilación: NO Apnea: NO 	Alteraciones respiratorias: <ul style="list-style-type: none"> Aleteo nasal: NO Tiros intercostales: NO Retracción xifoidea: NO Disociación toraco-abdominal: NO

Palpación			
Faringe: • Forma: SIN ALTERACION • Tamaño: NORMAL • Simetría: SIMETRICO Observaciones: DOLOR POSTERIOR A PROCEDIMIENTO QUIRURGICO (INTUBACION PROLONGADA)	Laringe • Forma: NORMAL • Tamaño: NORMAL • Simetría: SI Observaciones:	Tráquea • Forma: CILINDRICA • Tamaño: NORMAL • Simetría: SIMETRICA Observaciones: EXTERNAMENTE SIN MOLESTIAS NI ALTERACIONES	Tórax • Forma: HIPOSTENICO • Tamaño: ACORDE A COMPLEXION • Simetría: SIMETRICO Observaciones:
Valoración			
Sintomatología: • Cansancio: NO • Fatiga: NO • Dificultad para hablar: NO • Dificultad para deglutir: NO	Signos: • Tono y volumen de voz: BAJO • Ronquido: NO • Estertores: NO SE AUSCULTAN • Crepitaciones: NO • Hemoptisis: NO • Rinorrea: NO	• Tos: NO • Presencia de secreciones: NO • Expectoraciones: NO • Sibilancias: NO • Espasmo bronquial: NO • Dolor: SI • Pólipos: NO SE OBSERVAN • Tumores: NO SE OBSERVAN	
Factores que causan la sintomatología: POSTERIOR A PROCEDIMIENTO QUIRURGICO AL HABLAR MOLESTIAS EN FARINGE		Tiempo de presentar signos y síntomas actuales: MENOS DE 24 HORAS, EN POSOPERATORIO INICIARON	
Intervenciones o tratamiento que realiza para disminuir la sintomatología: EVITA HABLAR MUCHO		Esta sintomatología genera incapacidad para realizar actividades: SE NIEGA A CONSUMIR DIETA AL AUMENTAR MOLESTIA	
Presencia de cuerpo extraños: Tipo: • Faringe: NO • Laringe: NO • Tráquea: NO • Bronquio: NO • Bronquiolo: NO		Dispositivos • Sonda: NO • Cánulas: NO • Otros: NO	
Ministración de oxigenoterapia: • Frecuencia: NO REQUIERE - Continua NA - Intermittente: NA • Cantidad: (Litros por minuto): NA		Situación de riesgo: • Cocina con carbón: LEÑA 2 POR SEMANA • Vive cerca de fábricas, minas, estaciones de ferrocarril o autobuses, aeropuertos: NO • Otros: CUANDO COCINA CON LEÑA ES UN CUARTO CON Poca VENTILACION	

Circulación:			
Temperatura distal: 36.7°C AXILAR A LA PALPACION MIEMBROS PELVICOS FRIOS	Coloración de la piel • Rosado: NO • Pálido: SI • Marmóreo: NO • Equimosis: NO • Cianosis: NO	Edema • General: NO • Localizado: SI • Sitio: REGION GENITAL POR MANIPULACION EN PROCEDIMIENTO	
Grado de edema: (Marcar el grado en número de cruces): GODET NO VALORABLE POR SER REGION GENITAL, DOLOR A LA PALPACION	Llenado capilar en segundos: 2 SEGUNDOS	Retornos venosos: INMEDIATO EN MIEMBROS PELVICOS	
DEPENDENCIA:	I	PD <input checked="" type="checkbox"/>	TD
FUENTES DE DIFICULTAD:	Conocimiento	Fuerza <input checked="" type="checkbox"/>	Voluntad

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación:				
Peso: 44.9 KG	Talla: 1.64 MTS	IMC: 19	Perimetro abdominal: 82 CM	Constitución: ECTOMORFO
Apetito				
Normal: NO	Disminuido: SI	Aumentado: NO	Variable: NO	
Habito de alimentación				
Tipo de Alimentación: NORMAL PROCURA NO COMER SAL	Via de alimentación: ORAL	Independiente: SI	Dependiente: NO	
Horario: 7 HRS 3 - 4 PM 7 - 8 PM	Numero habitual de comidas: 2 - 3 (EN OCASIONES REUSA LA CENA)	Cantidad: EN CASA ES SUFICIENTE. ACTUALMENTE LIMITROFE POR DISMINUCION DE APETITO		
Agrados y Preferencias: TODO TIPO DE ALIMENTOS	Desagrados: NINGUNO	Rechazo: CAFE, REFRESCOS, BEBIDAS ALCOHOLICAS		
Ingesta de alimentos fuera de los horarios establecidos: SI, EN HORARIO ESCOLAR CONSUME FRITURAS	Habito de establecidos: NO, DE FORMA OCASIONAL	Uso de suplementos alimenticios: NO		
Restricciones / Evitación: CAFE, REFRESCO, LECHE	Come cuando esta nerviosa: NO, AL CONTRARIO, DISMINUYE SU APETITO	Alimentos que acostumbra ingerir: NA		
Uso de dispositivos para la alimentación: NO REQUIERE DISPOSITIVO ESPECIAL	Tiempo de utilizar el medio de alimentación actual: SIEMPRE	Factores que generan este tipo de alimentación: HOSPITALIZACION		
Describe un dia habitual de alimentacion				
Desayuno: JAMON CON HUEVO, FRIJOLES, PAN, TE	Comida: ARROZ, POLLO O CARNE ROJA (SI LA ECONOMIA LO PERMITE)	Cena: TE Y PAN	Otros: FRITURAS EN LA ESCUELA	
Ingesta de liquidos: Cantidad: 2 - 3 LTS AL DIA	Patrones de aumento / perdida de peso:	Conocimiento de factores que favorecen la digestión:		

Frecuencia: A LO LARGO DEL DIA Tipo de líquidos: AGUA SIMPLE O DE LIMON	HA BAJADO 2 KG EN ULTIMO MES. NO HA CAMBIADO RUTINA HABITUAL	CONSUMO DE LIQUIDOS Y ACTIVIDAD FISICA
Valoración		
Boca: <ul style="list-style-type: none"> Capacidad de hablar: SI Capacidad de deglutir: SI Capacidad de masticar: SI Integridad de la dentadura SI: Condiciones (Caries, prótesis, hipersensibilidad): INTEGRAL 	<ul style="list-style-type: none"> Coloración de las mucosas: ROSADO PALIDO Hidratación: SEMIHIDRATADAS Úlceras: NO Inflamación: NO Hemorragias: NO Dolor: NO Otros: NA 	Esofago: <ul style="list-style-type: none"> Pirosis: NO Reflujo: NO Disfagia: NO
Estómago: <ul style="list-style-type: none"> Distensión: NO Dolor: NO Hiperacidez: NO 	Piel: <ul style="list-style-type: none"> Coloración: ROSADA, PALIDEZ EN EXTREMIDADES Turgencia de la piel: NORMAL Mucosas hidratadas: SI Características de uñas y cabello: CABELLO QUEBRADO, SECO, UNAS FUERTES 	Alergias: DESCONOCIDAS Intoxicaciones: NO
Trastornos digestivos: <ul style="list-style-type: none"> Dificultad a la deglución: NO Problemas al masticar: NO Nauseas: NO Vómito: NO Indigestión: NO Hiperacidez: NO 	<ul style="list-style-type: none"> Distensión abdominal: NO Dolor abdominal: SI Diarrea: NO Flatulencias: ESCASAS Constipación: SI Otros: NA 	Trastornos de la alimentación: <ul style="list-style-type: none"> Anorexia: NO Bulimia: NO Periodo de atracones: NO
Conocimientos sobre alimentos y dieta equilibrada: <ul style="list-style-type: none"> Suficientes: RECONOCE EL TIPO DE DIETA IDEAL Insuficientes: NA 	Percepción del peso: NORMAL ¿Se siente bien con su peso? SE SIENTE CONTENTO CON SU PESO	
Habito de hidratación		
Tipo de liquido ingerido: AGUA	Cantidad de liquido ingerido por día: ACTUALMENTE 500 ML AL DIA, EN CASA DE 2 A 3 LTS	
Frecuencia de la ingesta de liquido: A LO LARGO DEL DIA	Tiempo que lleva a cabo este patron de hidratación: DISMINUCION POSTERIOR A INTERVENCION	

Líquidos de su preferencia: AGUA SIMPLE O DE LIMON		Líquidos que genera desagrado: BEBIDAS ALCOHÓLICAS	
Uso de dispositivos para la ingesta de líquidos: VASO	Acceso venoso: • Central: NO • Periférico: SI Describe: Sitio: MIEMBRO TORAXICO DER.	- Tipo de catéter: CORTO PERIFERICO - Calibre de catéter: NO. 18 - Número de vías: 1	
Solución Parenteral Infundiéndose: - Tipo de solución: GLUCOSA 5% 500 ML + NACL 12.5 ML + KCL 10 MEQ - Cantidad a infundir: HASTA COMPLETAR 70% DE LA VIA ORAL - Goteo: 92 ML PCR HORA -Tiempo de infusión: HASTA INICIAR DIETA Y REVALORACION		Otros medios de hidratación: LIQUIDOS ORALES, MENOS DE 500 ML AL DIA	
Otras alteraciones o datos de interés: SE OBSERVA FLEBITIS EN MIEMBRO TORAXICO IZQUERDO, EN ANTERIOR SITIO DE PUNCIÓN		Conocimientos sobre hidratación óptima: • Suficientes: SUFICIENTES, PERO REHUSA EL CONSUMO DE LIQUIDOS • Insuficientes: NO	
DEPENDENCIA:	I	PD	TD
FUENTES DE DIFICULTAD:	Conocimiento	Fuerza	Voluntad

3. Necesidad de Eliminación			
Eliminación intestinal en 24 horas			
Frecuencia: CADA 3/ DIAS	Características: Color: MARRON Olor: NO SE PERCIBE Consistencia: BRISTOL	Malestar • Distensión: NO • Motilidad intestinal: DISMINUIDA • Ardor: NO • Dolor: SI (ABDOMINAL) • Sangrado: NO • Diarrea: NO • Estreñimiento: SI	
Cantidad: ACORDE A INGESTA	2	• Flatulencias: ESCASAS • Incontinencia: NO • Infecciones: NO • Lesiones anales y/o rectales: NO • Heridas, estomas: NO • Secreciones anormales: NO • Otros: -	
Presencia de Hemorroides: NO	Fistulas: NO	Verrugas: NO	Lesiones genitales: NO
Control: NO	Motivos de no control: NA		
Factores que facilitan la evacuación: • Aumento en la ingesta de líquidos: SI, PERO REHUSA • Consumo de fibras: NO • Alimentos laxantes o astringentes: NO • Enemas: NO • Estimulación anal: NO • Otros: NA		Uso de Medicamentos: • Laxantes: NO • Estimuladores de la motilidad intestinal: NO • Otros: NO	
Patrón habitual personal: CADA 3 DIAS		Uso de dispositivos: NO Especificar: NA	
Factores que alteran la eliminación intestinal: REPOSO EN CAMA			
Eliminación vesical en 24 horas			
Frecuencia: SONDA VESICAL No. 12 900 ML POR DIA	Características: • Color: HEMATURIA • Olor: NORMAL • Consistencia: CON PRESENCIA DE COAGULOS • Densidad: NA	Control: SI - Motivos de no control: PRESENCIA DE HEMATURIA (PROCESO QUIRURGICO EN VIA URINARIA)	Facilita la diuresis: • Aumento en el consumo de líquidos: SI • Consumo de alimentos, tés o infusiones: NO • Uso de Diuréticos: NO • Otros: NA

Sintomatología <ul style="list-style-type: none"> Dolor: NO Ardor: NO Pujo: NO Tenesmo: NO Poliuria: NO Incontinencia: NO Perdidas de orina a los mínimos: NO Pérdida de orina a los grandes esfuerzos: NO 		<ul style="list-style-type: none"> Lesiones del meato urinario: NO Infección: NO Heridas: PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EN VIA URINARIA Estomas: NO Palpación de la vejiga: NO Abdomen globoso: NO Secreciones anormales: NO Lesiones genitales: NO 	
Patrón habitual personal: 5 – 7 VECES AL DIA APROXIMADAMENTE 250 ML CADA VEZ		Uso de dispositivos: NO UTILIZA Especificar: ACTUALMENTE CON Sonda VESICAL	
Factores que alteran la eliminación urinaria: PRESENTA OCLUSIÓN DE SONDA VESICAL POR COAGULO SANGUINEO, LO CUAL REQUIERE CAMBIO DE SONDA POR UROLOGIA, CONTINUA CON HEMATURIA Y PRESENCIA DE PEQUEÑOS COAGULOS			
Menstruación			
FUM: NA	Duración habitual del ciclo: NA	duración de la menstruación: NA	cantidad de flujo sanguíneo: NA
Características del flujo sanguíneo: NA		Amenorrea: NA Tiempo: NA Causas: NA	
Síntomas que suelen aparecer a lo largo del ciclo: <ul style="list-style-type: none"> Cambios en los estados emocionales: NA Astenia: NA Adinamia: NA Anergia: NA Aumento o disminución del apetito sexual: NA Aumento de la sensación térmica: NA 		NA <ul style="list-style-type: none"> Cambios en el peso: NA Aumento o disminución del apetito: NA Alopecia, hirsutismo (aparición de vello excesivo): NA Tamaño de tiroides y/o aparición de nódulos: NA 	
Síntomas que suelen aparecer durante la menstruación: <ul style="list-style-type: none"> Dolor abdominal: NA Dolor pélvico: NA Dolor de extremidades inferiores: NA Cambios en el estado emocional: NA 		<ul style="list-style-type: none"> Hemorragia: NA Incapacidad para realizar la act. de la vida diaria: NA Acné: NA 	
Eliminación cutánea			
Normal: NO		Profusa: SI	Escasa: NO
Acné: NO	Problemas con el mal olor (en caso afirmativo): NO		

Seborrea: NO		¿Que hace? NA	
Resequedad: SI, A PESAR DE USO DE CREMA, CASI NO LAS USA POR VIVIR EN AMBIENTE CALUROS		Ardor: NO	Descamación: SI MIEMBROS PELVICOS Y TORAXICOS
Percepción de la eliminación			
Intestinal LA PERCIBE NORMAL	Vesical INCOMODIDAD	Menstrual: NA	Cutánea LA PERCIBE NORMAL
Percepción de disfunción en la eliminación			
Vesical: ANORMAL POR USO DE SONDA	Intestinal: REFIERE SENTIRSE INCOMODO	Menstrual: NA	Cutánea: PIEL SECA
Motivos de disfunción			
Vesical: PRESENCIA DE HEMATURIA	Intestinal: DISMINUCION MOTILIDAD INTESTINAL	Menstrual: NA	Cutánea: PIEL SECA
Factores que alteran la eliminación			
Vesical: OCLUSION DE SONDA VESICAL, DISMINUCION DE FLUJO URINARIO	Intestinal: FALTA DE MOVILIDAD	Menstrual: NA	Cutánea: FALTA DE HIDRATACION CUTANEA, BANO SECO AL NO QUERER SALIR DE LA CAMA
Otras alteraciones de interés: NINGUNA			
DEPENDENCIA:		PD ✓	TD
FUENTES DE DIFICULTAD:		Conocimiento	Fuerza ✓ Voluntad

4. Moverse y Mantener una Buena Postura					
Patrones de Actividad y Ejercicio					
Tipo de actividad cotidiana: BICICLETA / FUTBOL			Deambulación: SI		
Casa: • Frecuencia: NO REALIZA • Duración: NA		Trabajo: (ESCUELA) • Frecuencia: OCASIONAL • Duración: 1 HORA (FUTBOL)		Aire Libre: SI • Frecuencia: DIARIO • Duración: 2 -3 HRS EN BICICLETA	
Medidas de protección y seguridad para moverse y mantener buena postura					
Tipo de Ejercicio: • Alto impacto: NO • Bajo impacto: SI • Activos: SI • Pasivos: NO • Frecuencia: CONSTANTE • Duración: 2 HORAS EN PROMEDIO		Postura correcta: • Normal: SI • Actitud escoli6tica: NO • Escoliosis: NO • Lordosis: NO • Pectum excavatum: NO • T6rax arqueado: NO		Uso de mec6nica corporal: NO UTILIZA	
Uso de mobiliario: NO		Tipo de Calzado: PREFERENCIA POR TENIS		Uso de aparatos Ortop6dicos: PLANTILLA 3.5 CM EN MIEMBRO DERECHO LA CUAL NO USA AL NO PODER COMPRARLA	
Expresion facial					
Tensa: NO	Relajada: SI	Alegre: NO	Triste: NO	Enfadada: NO	Enojada: NO
Estado del sistema musculoesquel6tico					
Capacidad Funcional					
Capacidad muscular • Marcha: CLAUDICA A LA IZQUIERDA • Fuerza: NORMAL • Tono: NORMAL • Resistencia: NORMAL • Flexibilidad: DISMINUIDA MPI • Precisi6n: NORMAL		Mano dominante: DERECHA Pierna dominante: DERECHA Utilizaci6n: • Dedos: SI • Manos: SI • Piernas: SI • Brazos: SI		Limitaci6n en alguna parte del cuerpo: SI Total: NO Parcial: MIEMBRO PELVICO IZQUIERDO CON FLEXION SOLO A 30° Disminuida: SI Aumentada: NO	
Comportamiento motor					
Adecuaci6n contexto: SI		Inhibici6n: NO		Agitaci6n/inquietud: SI	
Temblores: SI, MPI					

Rigidez: MIEMBRO PELVICO IZQ.	Estereotipias: NO	Tics: NO	Limitaciones en la deambulaci6n: SI: CLAUDICACION IZQUIERDA	
Movimientos extrapiramidales: NO			Otros: NA	
Caracteristicas del comportamiento motor				
Funcional. PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES		Limitante: SI. MIEMBROS PELVICO	Incapacitante. SE REHUSA A BANO Y MOVILIZACION FUERA DE CAMA	
Factores que lo aumentan o reducen: DOLOR EN AREA DE INTERVENCION QUIRURGICA Y MANTENERSE MUCHO TIEMPO CON PIERNAS EN FLEXION				
Factores que intervienen en la necesidad: • Dolor: SI • Inflamaci6n: NO • Alteraciones gen6ticas de la estructura Oseas: DEFORMIDAD EN FALANGES DE MIEMBROS PELVICOS • Lesiones Oseas: NO			Alteraciones: - Antiguas: NO - Resientes: NO - Actuales: HIPERTROFIA DE CUADRICEPS Y GEMELOS AMBAS EXTREMIDADES	
Tipo de ayuda requerida: ACTUALMENTE REQUIERE APOYO PARA MOVILIZACION POR MEDIOS INVASIVOS (SONDA VESICAL, ACCESO VENOSO) Y DOLOR EN REGION ABDOMINAL				
Habilidades manifestadas en las actividades descritas (nula, baja, alta): BAJA				
Opini6n / emoci6n respecto al comportamiento motor				
Estado emocional: ADINAMICO				
Aceptado: SI		Preocupado: NO		Indiferente: NO
Deseos o participaci6n en actividades de consumo de energia (especificar): SI, PODER JUGAR MAS TIEMPO FUTBOL, YA QUE SE CANSA MUY RAPIDO				
Cambio notable de habilidades o funciones (f6sicas, intelectuales, socioculturales): POSTERIOR A PRICEDIMIENTO QUIRURGICO NO PODER SALIR CON SUS AMIGOS O A LA ESCUELA				
Otras alteraciones o cambios de inter6s: NA				
DEPENDENCIA:		I	PD	TD
FUENTES DE DIFICULTAD:		Conocimiento	Fuerza	Voluntad

5. Necesidad de Descanso y Sueño		
Hábitos y costumbres del descanso: AL LLEGAR DE LA ESCUELA		Hábitos y costumbres de sueño: NOCTURNO, COMPARTE CAMA CON HERMANO, USO DE CELULAR 1 – 2 HRS
Horas de descanso: ½ HORA	Horas de sueño nocturno 7 ½ HORAS	• Otros descansos: NA
Antecedentes de alteraciones de sueño: NINGUNO	Trastornos del sueño: • Insomnio NO - inicial: NA - intermedio: NA - final: NA • Enuresis: NO • Sonambulismo: NO • Fobias: NO • Otros: NO	Factores que alteran el descanso y sueño: REQUIERE IR AL SANITARIO POR LA MADRUGADA
Alteración del estado de bienestar		
Agotamiento: NO	Cansancio: SI, CAANDO JUEGA FUTBOL SOLO PUEDE HACERLO 1 HORA YA QUE SE CANSAN SUS PIERNAS	Sensación de no haber descansado: NO
Falta de energía: NO	Bostezos frecuentes: NO	Ojos enrojecidos: NO
Ojeras: NO	Somnolencia: NO	Irritabilidad: NO
Mal humor: NO	Dolor de cabeza: NO	Disminución de la atención: REFIERE MADRE QUE OCASIONALMENTE
Dificultan para la concentración: NO	Disminución del estado de alerta: NO	Disminución de la cognición: NO
Alteración de la orientación: NO	Alteración Sensopercepción: NO	Apatía: ACTUALMENTE SI, POR PROCESO DE HOSPITALIZACION

Alteración por estados emocionales				
Distres: NO	Ansiedad: NO	Angustia: NO	Depresión: NO	Agitación: NO
Otros: NA				
Percepción personal de la necesidad				
Adecuado: SI	Excesivo: NO	Disminuido: NO	Otras alteraciones o datos de interés: NA	
Uso de reductores de tensión: SI. DIBUJAR				
Uso de facilitadores del sueño: NO REQUIERE				
DEPENDENCIA:	I ✓	PD	TD	
FUENTES DE DIFICULTAD:	Conocimiento	Fuerza	Voluntad ✓	

6. Necesidad Uso de Prendas de Vestir Adecuadas			
Tipo de vestido de acuerdo:			
Aspecto general (vestido y arreglo personal):			
<ul style="list-style-type: none"> Adecuado: SI Descuidado: NO 		<ul style="list-style-type: none"> Exagerado: NO Extravagante: NO 	
Clima	Lugar	Hora	Edad
<ul style="list-style-type: none"> Adecuado: NO SIEMPRE Inadecuado: NO Fuera de contexto: NO 	<ul style="list-style-type: none"> Adecuado: SI Inadecuado: NO Fuera de contexto: NO 	<ul style="list-style-type: none"> Mañana: SI Tarde: SI Noche: SI 	<ul style="list-style-type: none"> Adecuado: SI Inadecuado: NO Extravagante: NO
Necesita ayuda para:	Necesita ayuda para seleccionar su vestido:	Influye su estado de animo para seleccionar su ropa de vestir:	
<ul style="list-style-type: none"> Vestirse: NO Desvestirse: NO Especifique: NA 	NO	NO	
Influye su estado de animo para seleccionar su ropa de vestir: NO		Influye su autoestima para su vestido: NO	
Alergias algun tipo de textil: NEGADAS			
Habitos sobre la higiene personal y su vestido			
Presentación personal:	La persona se encuentra:	Cambio de ropa:	Frecuencia de cambio:
<ul style="list-style-type: none"> Aliño: SI Desaliño: NO 	<ul style="list-style-type: none"> Vestida: BATA HOSPITALARIA Semivestida: NA Desnuda: NA 	<ul style="list-style-type: none"> Total: SI Parcial: DOMICILIO Nulo: NO 	<ul style="list-style-type: none"> INTERIOR DIARIO EXTERIOR DEPENDIENDO SU USO C/3 DIAS
Higiene del vestido:	Estado del vestido:	Posee recursos para:	
<ul style="list-style-type: none"> Limpio: SI Semilimpio: NO Sudó: NO Extremadamente sucio: NO 	<ul style="list-style-type: none"> Integro: SI Deteriorado: NO 	<ul style="list-style-type: none"> Adquirir ropa nueva: NO SIEMPRE Mantener su ropa limpia: SI 	
Cognición			
Sensopercepción:	Es consciente de su forma de vestir:	Se siente a gusto con su forma de vestir:	
<ul style="list-style-type: none"> Correcta: SI Inadecuada: NO 	SI	SI	
Percepción de su imagen corporal:	Actitud frente a su cuerpo:	Otros	
<ul style="list-style-type: none"> Ajustada a la realidad: SI Afectación: NO Rechazo: NIEGA, PERO DIFIERE Confusa: NO Equivocada: NO 	DICE SENTIRSE CONTENTO, PERO SE NIEGA A MOSTRAR SUS PIES Y MUESTRA INCOMODIDAD CUANDO SE REVISAN	NA	
DEPENDENCIA:	I	PD	TD
FUENTE DE DIFICULTAD	Conocimiento	Fuerza	Voluntad

7. Necesidad de Termorregulación			
Temperatura: 36.7°C	Distermia: NO	Prematurez: NO	Adulto mayor: NO
Adaptación al medio ambiente: ADECUADA	Sensibilidad extrema al:	Su sensopercepción es de acuerdo al clima del lugar: AUN CUANDO EL AMBIENTE SEA FRIO EL REFIERE CALOR	
	<ul style="list-style-type: none"> Calor: NO Frio: NO 		
Temperatura que le es agradable: FRIA, YA QUE SUELE TRANSPIRAR MUCHO	Actividades que realiza para el control de temperatura: USO DE ROPA COMODA	Factores que causan la:	
		<ul style="list-style-type: none"> Hipotermia: AMBIENTE FRIO QUIRURGICO Hipertermia: NA Distermia: NA 	
Preoperatorio: Mediato: 36.8°C Inmediato: 36.3°C	Transoperatorio: 35.6°C	Postoperatorio: Inmediato: 35.7°C Mediato: 36.7°C	
Características de la piel:	Hipertensión: NO	Se protege en los cambios de temperatura: NO SUELE PROTEGERSE DEL FRIO A PESAR DE INSISTENCIA DE LA MADRE	
Hipotensión: NO <ul style="list-style-type: none"> Palidez: SI Marmóreo: NO Cianosis: NO Necrosis: NO Temperatura: 36.7°C Piloerección: SI Estremecimiento: NO Temblores finos: NO Castaño de dientes: NO Cambio en la postura corporal: NO Alteración del estado de conciencia: NO Otros: NA 	<ul style="list-style-type: none"> Rubiundez: NO Enrojecimiento: NO Fatiga: NO Agotamiento: NO Distermia: NO Anergia: NO Ojos enrojecidos: NO Cambios en la respiración: NO Diaforesis: NO Alteración del estado de conciencia: NO Convulsiones: NO Otros: NA 	<ul style="list-style-type: none"> Medidas Alimentarias: NO Medidas físicas: NO Medidas ambientales: NO 	
Factores que alteran la temperatura:			
<ul style="list-style-type: none"> Ambientales: SI (AMBIENTE QUIRURGICO FRIO) Físicas: NO Biológicos: NO Metabólicos: NO Psicológicas: NO 			
DEPENDENCIA	I	PD	TD
FUENTES DE DIFICULTAD	Conocimiento	Fuerza	Voluntad

8. Higiene y Protección de la Piel		
Baño		
Frecuencia: CADA TERCER DIA	Horario preferido para realizar el baño: POR LA TARDE	Tipo de baño: Total: SI Parcial: NO
Cuenta con agua potable: CUENTA CON INSTALACION EN EL HOGAR, PERO EN OCASIONES NO LLEGA EL SUMINISTRO DE 2 A 3 DIAS, ALMACENAN EN BOTES EN EL EXTERIOR	Baño de: • Regadera: NO • Jicaras: SI • Tina: NO • Otros: NO	Temperatura del agua que elige para el baño: • Muy caliente: NO • Caliente: NO • Tibia: SI • Fría: NO •
Artículos que utiliza para el baño y cuidado de la piel: - JABON - ZACATE	- SI LA ECONOMIA LO PERMITE SHAMPOO -	Los artículos de baño son de uso: • Personal: NO • Compartido: SI, CON HERMANO
Cambio de ropa		
• Frecuencia: INTERIOR DIARIAMENTE EXTERIOR DEPENDIENDO SU USO MAXIMO C/3 DIAS	Cambio de ropa: • Total: NO • Parcial: SI	Artículos para el lavado de la ropa: - JABON DE BARRA - JABON DE POLVO - -
Higiene dental		
Frecuencia Cepillado dental: CADA TERCER DIAS	Artículos que utiliza para la higiene dental: - PASTA DENTAL - CEPILLO -	Visita periódicamente al odontólogo: NO Frecuencia: SOLO SI PRESENTA MOLESTIAS
Higiene de la cavidad bucal: • Adecuado: NO • Inadecuado: SI AL PEDIRLE QUE EXPLIQUE TECNICA DE HIGIENE DENTAL NO LA REALIZA	Características de la cavidad oral: • Hidratada: SEMI • Deshidratada: NO • Halitosis: SI • Ulceras bucales: NO	• Gingivitis: NO • Sarro dental: NO • Abscesos: NO • Otros: NO
Condiciones detalladas de la dentadura: DENTADURA COMPLETA SIN DATOS DE CARIES	Uso de prótesis o aparatos de ortodoncia: NO UTILIZA	

Higiene de manos		
Frecuencia: ANTES DE ALIMENTOS DESPUES DEL USO SANITARIO	DE Y - JABON EN BARRA - - -	Artículos que usa para la higiene y cuidado de las manos: - UNAS CORTAS Y LIMPIAS - - -
Higiene de los pies		
Frecuencia: CADA TERCER DIA CON EL BAÑO	Artículos que usa para la higiene de y cuidado de pies: - JABON EN BARRA - ZACATE - -	Condiciones de la piel y uñas, de pies (Especificar) - HIPERQUERATORIS PLANTAR Y EN REGION METATARSOFALANGICA - UNAS LARGAS - -
Piel y cuero cabelludo		
Higiene de la piel: BUENA	Olor corporal: INHOLORO	
Características específicas de la piel corporal por área: - CICATRIZ EN AMBOS MIEMBROS PELVICOS - POR CIRUGIA		
Higiene del cuero cabelludo: BUENA	Olor del cuero cabelludo: INHOLORO	Integridad del cuero cabelludo: INTEGRO LESIONES SIN
Características del cuero cabelludo: - INTEGRO - RESEQUEZAD EN REGION OCCIPITAL		
Características del cabello: - QUEBRADO - REFIERE SE CAE CON FACILIDAD - AL DESPERTAR CABELLO EN LA ALMOHADÁ	Cuidado que practica al cabello: - LAVADO CADA - TERCER DIA CON BAÑO	- - -
Perdida de la integridad de la piel		
Integridad cutánea: PIEL INTEGRÁ, BORDES DE QUIRURGICA BIEN AFRONTADOS	Tipo de lesión: SIN LESIONES EXTRAS A LA HERIDA QUIRURGICA	
Causas de la pérdida de la integridad cutánea: INTERVENCION QUIRURGICA PROGRAMADA	Tiempo de la lesión dérmica: MENOS DE 24 HORAS	
Características de la cicatrización actual: Aspecto: • Color: IGUAL A LA PERIFERIA • Aspecto circundante: SIN ALTERACIONES • Bordes de la herida: PLANOS Y AFRONTADOS	Tamaño: • Extensión: 3 HERIDAS QUIRURGICAS DE 2 CM CADA UNA, 1 HERIDA DE 9 CM • Profundidad: BORDES AFRONTADOS Inflamación: NO	

Exudado: SI • Color: SEROHEMATICO • Olor: NO FETIDO • Consistencia: LIQUIDO • Cantidad: MANCHADO DE GASA, EN REGION UMBILICAL LA GASA SE MOJA		• Color: IGUAL A LA PERIFERIA • Calor: NO • Tumefacción: NO • Tensión: NO Localización: UMBILICAL, FLANCO DERECHO, FLANCO IZQUIERDO Y SUPRAPUVICA	
Concepto que tiene sobre la higiene corporal: - IMPORTANTE PARA CONVIVIR -		-	
Interés por el cuidado de la piel, uñas y cuero cabelludo - INDIFERENTE - -		-	
Factores de riesgo para el proceso de cicatrización: HIPOTERMIA TRANSOPERATORIA DESCONOCIMIENTO EN CUIDADO DE HERIDA		Tipo de cicatrización: • Normal: SI • Hipertrofica: NO • Queloides: NO	
DEPENDENCIA	I	PD	D
FUENTES DE DIFICULTAD	Conocimiento	Fuerza	Voluntad

9. Necesidad Evitar Peligros			
Practicas que afectan la seguridad de la persona: • Actividades de la vida diaria: NO • Hábitos: NO • Drogas: NO • Trabajo/escuela: CERCA DE AVENIDA SIN SEÑALAMIENTO • Otros: NO			
Consentimiento informado • Hospitalario: SI • Anestésico: SI • Quirúrgico: SI	Hoja de marcaje: ABORDAJE LAPAROSCOPICO URETEROSCOPIA NO APLICA Marcaje en el usuario: MARCAJE DOCUMENTAL	Hoja de verificación de la seguridad del usuario: SE SIGUE PROTOCOLO DE CIRUGIA SEGURA	
Consumo de Sustancias Tóxicas			
Depresores del Sistema Nervioso Central			
Bebidas Alcohólicas (Cerveza, vino, licores, destilados, cócteles)			
Cual: NO	Antigüedad: NA	Actualmente: NA	Edad de inicio: NA
Alguna vez en la vida: NO	Cantidad: NA	Frecuencia: NA	
Cannabis (Marihuana, hierba, hashish)			
Cual: NO	Antigüedad: NA	Actualmente: NA	Edad de inicio: NA
Alguna vez en la vida: NO	Cantidad: NA	Frecuencia: NA	
Inhalantes (oólas, gasolina, /nafta, pegamentos)			
Cual: NO	Antigüedad: NA	Actualmente: NA	Edad de inicio: NA
Alguna vez en la vida: NO	Cantidad: NA	Frecuencia: NA	
Tranquilizantes (Valium/diazepam, alprazolam, Lorazepam, Rihipnol)			
Cual: NO	Antigüedad: NA	Actualmente: NA	Edad de inicio: NA
Alguna vez en la vida: NO	Cantidad: NA	Frecuencia: NA	
Estimulantes del Sistema Nervioso Central			
Cafeína (café, té y refrescos de cola)			
Cual: TE	Antigüedad: 8 AÑOS	Actualmente: SI	Edad de inicio: 10 AÑOS
Alguna vez en la vida: SI	Cantidad: 1 TAZA (200 ML)	Frecuencia: EN PROMEDIO 3 VECES A LA SEMANA	

Tabaquismo: cigarros, cigarrillos cubanos, tabaco de mascar, pipa)			
Cual: NO	Antigüedad: NA	Actualmente: NA	Edad de inicio: NA
Alguna vez en la vida: NU	Cantidad: NA	Frecuencia: NA	
Cocaína (coca, crack, base)			
Cual: NO	Antigüedad: NA	Actualmente: NA	Edad de inicio: NA
Alguna vez en la vida: NO	Cantidad: NA	Frecuencia: NA	
Anfetaminas (Speed, éxtasis, píldoras, adelgazantes)			
Cual: NO	Antigüedad: NA	Actualmente: NA	Edad de inicio: NA
Alguna vez en la vida: NO	Cantidad: NA	Frecuencia: NA	
Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina)			
Cual: NO	Antigüedad: NA	Actualmente: NA	Edad de inicio: NA
Alguna vez en la vida: NO	Cantidad: NA	Frecuencia: NA	
Opiáceos (Heroína, metadona, codeína, morfina)			
Cual: NO	Antigüedad: NA	Actualmente: NA	Edad de inicio: NA
Alguna vez en la vida: NO	Cantidad: NA	Frecuencia: NA	
Otras Sustancias Tóxicas			
Cual: NA	Antigüedad: NA	Actualmente: NA	Edad de inicio: NA
Alguna vez en la vida: NA	Cantidad: NA	Frecuencia: NA	
Percebe variaciones en su estado emocional: NO	Especifique: NA		
Recursos de salud			
<ul style="list-style-type: none"> Medicina general: SI Pediatría: NO Medicina Interna: NO Ginecología: NO Odontológico: NO Psicológicos: NO Rehabilitación: NO 	Existen centros de atención a la salud cerca a su domicilio (Específicos): - CLINICA RURAL A 15 MINUTOS, PERO NO CUENTA CON PERSONAL, SOLO DA SERVICIO LOS DIAS MIERCOLES PARA VACUNACION O ALGUNA CITA	Especifique cuales: - CLINICA RURAL A 15 MINUTOS - HOSPITAL GENERAL A 30 MINUTOS	

Prácticas de Salud		
Visitas periódicas al médico: - NO REALIZA, SOLO SI LO CITAN AL INSTITUTO O EN CASO DE ENFERMEDAD -	<ul style="list-style-type: none"> Cartilla de vacunación completa: COMPLETA 	<ul style="list-style-type: none"> Hábito de vacunarse periódicamente con las vacunas estacionales:
Identifica a qué nivel de atención debe acudir en caso necesitar atención: <ul style="list-style-type: none"> Promoción y prevención: NO Diagnóstico: SI Tratamiento: SI Rehabilitación: NO 	Se realiza periódicamente (Frecuencia): <ul style="list-style-type: none"> Papanicolaou: NA Colposcopia: NA Ultrasonido mamario: NA Mastografía: NA Examen prostático: NA Otros: NO REALIZA CHEQUEO PREVENTIVO 	SOLO CON INSISTENCIA DE LA MADRE
Conoce y practica técnicas de control y manejo de estrés: <ul style="list-style-type: none"> Técnicas de relajación: NO Respiración: NO Meditación: NO 		<ul style="list-style-type: none"> Yoga: NO Masajes: NO Prácticas místicas: NO Otros: NO
Sexualidad		
Menarca: NA	IVSA: NO HA INICIADO	Nº de parejas sexuales: NA
FUM: NA	Gesta: NA	Para: NA
Aborto: NA	Cesárea: NA	
Embarazos de alto riesgo: NA		Problemas de fertilidad: NA
Relaciones sexuales de riesgo: NA	Protección Sexual: NA Cual: NA	Infecciones de Trasmision sexual: Anteriores: NA Actual: NA
Fecha de último Papanicolaou: NA		Fecha de la última colposcopia: NA
Fecha de último Mastografía u ultrasonido mamario NA		Fecha de la última revisión mamaria: NA
Fecha de la última exploración prostática: NA		Fecha del último examen de antígeno prostático: NA
Uso de método anticonceptivo que utiliza: Temporales: NA Condón: NA Parche: NA Pastillas: NA DIU: NA Chip: NA Otros: NA		
Definitivos: NA OTB: NA Vasectomía: NA Otros: NA		

Alteraciones sexuales: <ul style="list-style-type: none"> • Líbido aumentada: NO • Líbido disminuida: NO • Anorgasmia: NO 		<ul style="list-style-type: none"> • Exhibicionismo: NO • Voyeurismo: NO 	
Conducta y Actitud			
Ante situaciones de estrés: <ul style="list-style-type: none"> • Conducta evitativa: NO • Ansiedad: SI • Inquietud: SI • Tensión muscular: SI • Postura rígida: NO • Hiperhidrosis palmar: NO • Boca reseca: SI • Negación del problema: NO • Baja tolerancia a la frustración: NO • Autocompasión: NO • Otros: NA 		Ante situaciones de enfermedad: <ul style="list-style-type: none"> • Conducta evitativa: NO • Ansiedad: S • Inquietud: SI • Negación del problema: NO • Autocompasión: NO 	
Ante los conflictos de la vida diaria: <ul style="list-style-type: none"> • Conducta evitativa: NO • Ansiedad: NO • Inquietud: NO • Negación del problema: NO • Asertividad: SI <p style="text-align: center;">BUSCA EL APOYO DE LA MADRE</p>		Ante situaciones de pérdida: <ul style="list-style-type: none"> • Conducta evitativa: NO • Negación: NO • Negociación: NO • Regateo: NO • Estado de shock: NO • Ansiedad: S • Tensión muscular: SI • Postura rígida: NO • Aceptación: SI • Resignación: SI • Otros: NO 	
Grado de Autonomía			
Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno:			
Presencia de enfermedades o trastornos: - CONCIENTE DE SU PADECIMIENTO ACTUAL, LO VERBALIZA CON SU PROPIO LENGUAJE - - -	Alteración del estado de conciencia: <ul style="list-style-type: none"> • Hipervigilia: NO • Confusión: NO • Desrealización: NO • Sólo sigue instrucciones: NO • Letargo: NO • Somnoliento: SI • Comatoso: NO • No responde a estímulos externos: SI • Otros (especificar): NO 	<ul style="list-style-type: none"> • Alerta: SI • Atención: - Fluctuante: NO - Distractibilidad: SI, A ALEJARSE LA MADRE • Juicio: ACORDE A SITUACION ACTUAL 	
Motivo NA			

Orientación: <ul style="list-style-type: none"> • Persona: CORRECTA • Lugar: CORRECTO • Tiempo: CORRECTO • Espacio: CORRECTO • Circunstancia: CORRECTA 		Memoria e inteligencia: <ul style="list-style-type: none"> • Remota: SI • Reciente: SI • Inmediata: SI 	
Descripción de la posible alteración: NO HAY		Retrasos intelectuales: NO	
Dolor: SI	Uso de dispositivos: UTILIZA LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD Y SOLICITA APOYO DE SER NECESARIO	Alteraciones genéticas: NO	
Alteraciones Sensoperceptivas			
<ul style="list-style-type: none"> • Auditivas: NO • Visuales: NO • Táctiles: NO • Olfativas: NO • Gustativas: NO • Sensitivas: NO 		Localización de la percepción: <ul style="list-style-type: none"> • Interna: NA • Externa: NA 	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia: NA • Origen: NA
Peligros Ambientales, Comunidad, Hogar y Trabajo			
Habita en zona de riesgo urbano y ambiental: <ul style="list-style-type: none"> • Urbano: NO • Rural: SI • Marginal: NO 		Tipo de vivienda: <ul style="list-style-type: none"> • Propia: SI, CASA DE ABUELOS MATERNOS • Rentada: NO • Prestada: NO • Asentamiento ilegal: NO 	
Asentamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Casa Sola: SI, VIVEN 5 PERSONAS • Vecindario: NO • Edificio: NO • Grupo habitacional: NO • Mascotas: NO 		La zona en donde vive existe: <ul style="list-style-type: none"> • Pandillerismo: NO • Delincuencia: NO • Narcomenudeo: NO • Drogadicción: NO • Habitan personas en condición de abondo social: NO • Otros: ZONA DONDE ASISTE A ESCUELA CON DELINCUENCIA (ASALTOS) 	
Condiciones ambientales: <ul style="list-style-type: none"> • Depósitos de basura: NO • Vive cerca de rios, lagos, playas, lagunas: NO • Vive cerca fábricas, minas o zona industrial: NO • Desagüe y canales: NO • Contaminación del agua: NO • Contaminación ambiental: NO • Otros: NO 		Servicios Sociales: <ul style="list-style-type: none"> • Pavimentación: NO • Drenaje público: SI • Agua potable: SI • Alumbrado público: SI • Mercados: NO, A 30 MINUTOS • Supermercados: NO • Escuelas: SECUNDARIA Y PRIMARIA, PREPARATORIA SE ENCUENTRA A 30 MINUTOS EN TRANSPORTE 	

	<ul style="list-style-type: none"> Carro recolector de basura (Frecuencia): CADA 8 DIAS Otros: CLINICA RURAL PERO ESTA CERRADA 																										
Servicios de transporte (Especifica) - COLECTIVO. DEBE CAMINAR 5 CUADRAS PARA LLEGAR A AVENIDA PRINCIPAL DONDE PASA EL TRANSPORTE, EL CUAL PASA APROXIMADAMENTE CADA HORA	Habita en una zona de fácil acceso: SI Especifique: EN EL DIA SI, POR LA NOCHE EL TRANSPORTE ES ESCASO O NULO, A LAS 21 - 21:30 PASA ULTIMO COLECTIVO QUE LLEVA A LA COMUNIDAD																										
Su casa cuenta con medidas de seguridad adecuadas: <ul style="list-style-type: none"> Construcción firme: SI, MUROS DE TABIQUE, TECHOS DE LAMINA Instalaciones eléctricas: SI Instalaciones de gas: SI, TANQUE SE ENCUENTRA EN EL PATIO Barandales: NA Escaleras de estructura adecuada: NA, CASA DE UNA SOLA PLANTA Pisos no resbaladizos: SI Otros: NA 	Su trabajo/escuela cuenta con medidas de seguridad adecuadas: <ul style="list-style-type: none"> Construcción firme: SI, TABIQUE Y CONCRETO Instalaciones eléctricas: SI Instalaciones de gas: NA Barandales: SI Escaleras de estructura adecuada: SI Pisos no resbaladizos: SI Otros: NA 																										
Familia																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Integrantes de la familia</th> <th>Edad</th> <th>Ocupación</th> <th>Aportación económica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- AMPARO (ABUELA)</td> <td>88</td> <td>HOGAR</td> <td>- NO</td> </tr> <tr> <td>- PABLO (ABUELO)</td> <td>88</td> <td>HOGAR Y CAMPESINO</td> <td>- NO OCASIONAL, SI PUEDE VENDER PRODUCTOS COSECHADOS</td> </tr> <tr> <td>- ROSA MARIA (MAMA)</td> <td>39</td> <td>TRABAJO INESTABLE</td> <td>- VARIABLE (UNICA PROVEEDORA)</td> </tr> <tr> <td>- ARMANDO (PACIENTE)</td> <td>18</td> <td>ESTUDIANTE</td> <td>- NO</td> </tr> <tr> <td>- JOVANI (HERMANO)</td> <td>13</td> <td>ESTUDIANTE</td> <td>- NO</td> </tr> </tbody> </table>	Integrantes de la familia	Edad	Ocupación	Aportación económica	- AMPARO (ABUELA)	88	HOGAR	- NO	- PABLO (ABUELO)	88	HOGAR Y CAMPESINO	- NO OCASIONAL, SI PUEDE VENDER PRODUCTOS COSECHADOS	- ROSA MARIA (MAMA)	39	TRABAJO INESTABLE	- VARIABLE (UNICA PROVEEDORA)	- ARMANDO (PACIENTE)	18	ESTUDIANTE	- NO	- JOVANI (HERMANO)	13	ESTUDIANTE	- NO			
Integrantes de la familia	Edad	Ocupación	Aportación económica																								
- AMPARO (ABUELA)	88	HOGAR	- NO																								
- PABLO (ABUELO)	88	HOGAR Y CAMPESINO	- NO OCASIONAL, SI PUEDE VENDER PRODUCTOS COSECHADOS																								
- ROSA MARIA (MAMA)	39	TRABAJO INESTABLE	- VARIABLE (UNICA PROVEEDORA)																								
- ARMANDO (PACIENTE)	18	ESTUDIANTE	- NO																								
- JOVANI (HERMANO)	13	ESTUDIANTE	- NO																								
Nivel de independencia de la persona																											
Física: SI <ul style="list-style-type: none"> Total: NO Parcial: SI Motivo de ayuda requerida: ACTUALMETE REQUIERE AYUDA PARA MOVILIZACION POR PROCESO QUIRURGICO 	Económica: <ul style="list-style-type: none"> Total: SI, MADRE Parcial: NA Motivo de ayuda requerida: MENOR DE EDAD 	Psicosocial: <ul style="list-style-type: none"> Total: SI Parcial: NA Motivo de ayuda requerida: NA 																									

Ingresos mensuales: MADRE, SUELDO VARIABLE, DEPENDE QUE TRABAJO TENGA, APROXIMADAMENTE 4000 - 6000 MENSUALES	Dependientes económicos: TODA LA FAMILIA DEPENDE DE SUELDO DE LA MADRE	Depende alguna persona de usted: NO	
Grado de incapacidad (de acuerdo a la respuesta anteriores)			
Personal - Grave: NO - Medio: NO - Leve: SI	Familiar: - Grave: NO - Medio: SI - Leve: NO	Social: - Grave: NO - Medio: NO - Leve: SI	
Pérdidas significativas remotas: (Especificando tiempo de ocurrido) ABANDONO DE PADRE HACE 8 ANOS	Pérdidas significativas recientes: (Especificando tiempo de ocurrido) NINGUNO	Pérdidas significativas actuales: (Especificando tiempo de ocurrido) NINGUNO	
Emociones y sentimientos respecto a la pérdida actual: SE FERIERE TRANQUILO	Signos y síntomas de la pérdida actual: SIN SIGNOS Y SINTOMAS		
DEPENDENCIA:		PD <input checked="" type="checkbox"/>	TD
FUENTES DE DIFICULTAD:	Conocimiento	Fuerza <input checked="" type="checkbox"/>	Voluntad

11.Necesidad de Creencia y Valores		
Religion		
Antecedentes de prácticas o cultos religiosos: PROFESA RELIGIÓN CATÓLICA	Creencias religiosas significativa en este momento: DIOS	
Ritos que practica de acuerdo a su religión: ASISTIR A LA IGLESIA	Frecuencia de algun servido o rito religiosos: 2 – 3 VECES AL MES	
Conflictos personales religiosos: NINGUNO	Integrantes de la familia que profesan la misma religión: TODA LA FAMILIA	
	Miembros de la familia que practican el rito religioso: ASISTEN EN FAMILIA A MISA LOS DOMINGOS	
La religión no e permite algo en especifico: NO	Requieren en este momento de algun apoyo religioso: NO	
Valores y Creencias		
Principales vaores en la familia: - RESPETO -COMUNICACIÓN - - -	Principales valores personales: - RESPETO - - - -	
Principales hábitos y costumbres personales: ANO NUEVC PORQUE SE REUNE TODA LA FAMILIA	Principales hábitos y costumbres familiares: PONER OFRENDA ASISTIR AL PANTEON CELEBRAR CUMPLEANOS CELEBRAR NAVIDAD Y ANO NUEVO	Principales hábitos y costumbres de la comunidad donde habita: OFRENDAS
La persona comenta o presenta mitos o creencias en relación a su enfermedad: NO	La familia presenta mitos o creencias en relación a la enfermedad: NO	

La persona presenta conciencia de enfermedad: SI	Grado de conocimiento sobre su estadc de salud: BUENO		
Aceptacion de su estado de salud: SI	La familia presenta conciencia de enfermedad: SI		
En que medida los valores se han alterado por la situación actual de su enfermedad: NINGUNO	Existe congruencia entre los valcres introyectados y su comportamiento: SI		
Las creencias y valores personales, familiares y culturales interfieren en la forma de pensar y actuar: NO			
Sensación de bienestar con los valores propios: SI	Necesidad de fortaleza en algun otro valor: SI, ACEPTACION		
Cambios vitales en su rol: SI, NO PUEDE ASISTIR A LA ESCUELA, Y ESTANCIA LEJOS DEL HOGAR	Cambios importantes en los roles familiares: SI, MADRE QUE ES LA UNICA PROVEEDORA ECONOMICA NI PUEDE TRABAJAR AL TENER QUE ESTAR EN EL HOSPITAL COMO CUIDADOR PRIMARIO		
Otros aspectos importantes a considerar: NO			
Sentimientos hacia la maternidad o paternidad: NO APLICA EN PACIENTE MADRE REFIERE QUE SE SIENTE TRANQUILA AL SABER QUE HACE TODO PARA QUE SU HIJO RECUPERE LA SALUD	Sentimientos hacia el embarazo: NA		
Afrontamiento			
De las pérdidas significativas: ADECUADO CON APOYO DE LA MADRE	De problemas: APOYO DE MADRE Y AMIGOS		
Resolucion de conflictos personales: APOYO DE MADRE Y AMIGOS	Solucion de conflictos familiares: APOYO DE MADRE		
DEPENDENCIA:	I	PD ✓	TD
FUENTES DE DIFICULTAD:	Conocimiento	Fuerza	Voluntad ✓

12. Necesidad de Trabajar y realizarse			
ACTIVIDAD ACTUAL			
Estudia: SI, PREPARATORIA	Trabaja: NO	Area Profesional: NA	Actividad recreativa: VIDEOJUEGOS BICICLETA FUTBOL
Trabajo			
Historia laboral: NA		Duración en los últimos 5 trabajos: 1. NA 2. 3. 4. 5.	
Tipo de trabajo actual: NA		Tiempo en el actual trabajo: NA	
Horario de trabajo: NA		Principales actividades que realiza: NA	
Distancia entre su casa y trabajo: (ESCUELA) 30 MINUTOS EN TRANSPORTE		Conflictos para el traslado: DEBE CAMINAR CINCO CUADRAS PARA LLEGAR A AVENIDA PRINCIPAL Y EL TRANSPORTE SOLO PASA CADA HORA	
El trabajo en general le provoca satisfacción o conflicto: (ESCUELA) SATISFACCION, LE GUSTA APRENDER COSAS NUEVAS, EN ESPECIAL MATEMATICAS, ASI COMO CONVIVIR CON SUS AMIGOS		Salud actual ha causado conflicto en lo: <ul style="list-style-type: none"> • Personal: NO • Laboral/Escolar: HASTA EL MOMENTO NO • Económico: SI, MADRE NO PUEDE TRABAJAR Y ES LA PROVEEDORA DEL HOGAR • Familiar: NO • Social: NO 	
Riesgos en su área laboral: (ESCOLAR) DELINCUENCIA Y ASALTOS		Situaciones que generan estrés en lo laboral: (ESCOLAR) PERDER MUCHAS CLASES POR PERMANECER HOSPITALIZADO Y ATRASARSE, YA QUE UNA VEZ YA PERDIO UN AÑO Y NO QUIERE QUE VUELVA A PASAR	
La remuneración económica le satisface: NO APLICA PARA PACIENTE MADRE. ES LO SUFICIENTE PARA VIVIR		Esta remuneración permite cubrir necesidades personales y familiares: TRABAJO DE MADRE LES PERMITE CUBRIR NECESIDADES BASICAS	

Profesion			
Le agrada su ocupación u profesión: LE AGRADA ASISTIR A LA ESCUELA		Actividades de la vida diaria que le agrada y desagrada: LE AGRADA ASISTIR A LA ESCUELA Y SALIR CON SUS AMIGOS NO LE GUSTA HACER TAREAS DEL HOGAR	
Autoconcepto: ADECUADO	Capacidad de decisión: REQUIERE APOYO Y APROBACIÓN DE SU MADRE	Resolución de conflictos: ADECUADO	
Esta satisfecho con el rol que juega en la familia: SI		Esta satisfecho con el rol que juega en la sociedad: SI	
Proyecto de vida: TERMINAR PREPARATORIA ESTUDIAR INGENIERIA INDUSTRIAL			
Sentido de vida: PODER SER ALGUIEN PARA QUE SU MAMÁ YA NO TRABAJE			
DEPENDENCIA	I	PD	TD
FUENTE DE DIFICULTAD	Conocimiento	Fuerza	Voluntad

13. Necesidad de Ocio, Participación y Actividades Recreativas			
Actividades Recreativas			
Interés:		Pasatiempo:	
<ul style="list-style-type: none"> • Actividades recreativas: VIDEOJUEGOS, DIBUJO • Actividades culturales: NO REFIERE NINGUNA • Deporte: FUTBOOL, BICICLETA 		<ul style="list-style-type: none"> • Actividades recreativas: VER ANIME • Actividades manuales: DIBUJAR 	
Realiza actividades recreativas por elección propia: SI, PASEO EN BICICLETA		Tiempo que ocupa en esta actividad: 3 HRS EN PROMEDIO	
Frecuencia de la actividad: DIARIAMENTE		Desde hace que tiempo la realiza: SIEMPRE LO HA HECHO	
La distribución del tiempo es equilibra entre el trabajo y la recreación: SI		Integración en las actividades familiares: SI, JUEGA CON HERMANO	
Ultima vez que participo en actividades de este tipo: ANTES DE SER HOSPITALIZADO		El uso de su tiempo libre le genera satisfacción: SI	
Dispone de recursos para dedicarse actividades que le gusta: SI		Dispone de tiempo para dedicarse actividades que le gusta: SI	
Otros: NA			
DEPENDENCIA	I	PD	TD
FUENTE DE DIFICULTAD	Conocimiento	Fuerza	Voluntad

14. Necesidad de Aprendizaje			
Académico			
Grado máximo de estudio: CURSANDO PRIMER AÑO DE PREPARATORIA		Percepción de lo académico: LE GUSTA ASISTIR A LA ESCUELA PARA TENER UNA CARRERA	Satisfacciones e insatisfacciones en el estudio: INSATISFECHO POR HABERSE ATRASADO UN AÑO POR HOSPITALIZACION
Estudia lo que le gusta: SI, LE GUSTA MUCHO MATEMATICAS, NO LE GUSTA ESPAÑOL		Proyecto académico: TERMINAR PREPARATORIA Y ESTUDIAR INGENIERIA INDUSTRIAL	
Preferencias leer o escribir: ESCRIBIR	Problemas de aprendizaje: NO	Limitantes cognitivas: NO	
Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje: NO RECONOCE NINGUNA			
Conoce fuentes de apoyo: NO		Muestra interés por el aprendizaje de salud: SI, POR CUIDADO DE LA HERIDA Y DIETA	
Conoce sobre su diagnóstico: SI	Conoce sobre su enfermedad: SI		
Conoce sobre su tratamiento: SI	Muestra interes por la atención de su padecimiento: SI		
Muestra adherencia al tratamiento: SI	Conoce e identifica claramente su autocuidado: SI		
Conocimiento sobre si mismo: SI	Reconocimiento de sus necesidades: SI		
Posee conocimientos sobre el desarrollo humano en el ciclo vital de la vida: SI	Desea incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a la salud / enfermedad: SI		
Desea adquirir nuevos conocimientos sobre técnicas de autocontrol emocional: NO	Identifica y desea modificar su estilo de vida y conductas adaptativas: REFIERE SENTIRSE BIEN ACTUALMENTE		
DEPENDENCIA	I	PD	TD
FUENTE DE DIFICULTAD	Conocimiento	Fuerza	Voluntad

13.3. TÉCNICA QUIRÚRGICA

FICHA DE IDENTIFICACION			
Nombre: FRJA		Edad: 16 AÑOS 4 MESES	Sexo: HOMBRE
Servicio: UROLOGÍA		Cama: 252	
Peso: 49.9 KG	Talla: 1.64 MTS	Religión: CATÓLICO	Ayuno: SI
Diagnóstico Prequirúrgico: LITIASIS URETERAL DERECHA		Diagnóstico Posquirúrgico: ESTATUS DE LITO EN TERCIO MEDIO DE URETERO DERECHO/ESTATUS DOBLE J DERECHO	
Intervención Programada: URETEROSCOPIA Y EXTRACCIÓN DE LITO			
Intervención Realizada: URETEROLITOTOMIA LAPAROSCOPICA/ABIERTA + CISTOSCOPIA + EXTRACCIÓN DE LITO URETRAL DERECHO + COLOCACION DE CATETER DOBLE J DERECHO			
Duración de la Intervención: 4 HORAS/ANESTESIA 5 HORAS			
Anestesiólogo: DR M.			
Cirujano: DR JCA			
Enfermera Quirúrgica: MEUB			
Enfermera Circulante: APT			

TECNICA QUIRURGICA	
INSTRUMENTAL, EQUIPO DE CONSUMO Y EQUIPO ELECTROMEDICO	
Instrumental	Equipo de Cirugía de Nefrectomía Equipo de Cirugía de Laparoscopia Manivelas Lápiz de Electrocauterio Corte de Nefrectomía Cable de Luz Fría Funda de intensificador y cámara Equipo de cateterismo Trocar 5 mm Lente de cistoscopio Manivelas
Equipos quirúrgicos	Cubeta de patada Mesa mayo Mesa rectangular Mesa Pasteur Tripie Aspirador
Equipos biomédicos	Unidad electroquirúrgica Lámparas de techo Máquina de anestesia Monitor Torre de laparoscopia Equipo para toma de Rayos X Mesa quirúrgica con pierneras
Lencería quirúrgica	Bulto de cirugía mayor

	Bulto de 3 batas 2 bultos de segundos campos
Material de consumo	Gasas con trama radiopaca Gasas simples Tubo de aspiración Equipo normogotero Hojas de bisturí No. 15 y 11 Guantes 6 ½, 7, 7 ½ Jalea lubricante Catéter doble J de 24 cm / 6 fr Guía de nitinol Frasco rojo para muestras Sonda vesical de silicón 12 fr Bolsa de drenaje urinario Histoacryl
Suturas	Poliglactina 910 2-0..... Vejiga, Aponeurosis Poliglactina 910 3-0..... Rectos de abdomen Poliglactina 910 4-0..... Tejido Subcutáneo Glycomer 631 (biosyn) 5-0..... Piel
Hemostáticos	Térmica con unidad electro quirúrgica
Soluciones antisépticas	Jabón quirúrgico.....Genitales Chloraprep (Gluconato de Clorhexidina 2% + Alcohol isopropílico al 70%)..... Abdominal
Soluciones de irrigación	Cloruro de Sodio al 0.9%

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRURGICA

Tipo de Anestesia: GENERAL BALANCEADA		Acceso Venoso: INGRESA CON CATÉTER CORTO No. 22, EL CUAL SE RETIRA Y SE INSTALA UN CATETER CORTO No. 18
Cateterismo Vesical: SE COLOCA AL TERMINO DE PROCEDIMIENTO SONDA TIPO FOLEY No. 12		Colocación de SNG – SOG: NO
Posición Quirúrgica: LITOTOMIA		Placa de Electrocauterio: CARA ANTEROLATERAL EXTERNA DE VASTO DERECHO
Vendajes: NO		Tipo de incisión: ABORDAJE LAPAROSCOPICO UMBILICAL Y AMBOS FLANCOS. ABORDAJE SUPRAPUBICO (ABIERTO)
No.	ENFERMERO QUIRURGICO	CIRUJANO
1	Proporciona lencería quirúrgica y pinzas erinas	Limita campo operatorio y asegura campos
2	Proporciona gasa	Realiza prueba de blancos
3	Proporciona cable de luz fría, cable monopolar, lápiz de electrocauterio, funda de cámara y lápiz de electrocauterio	Asegura dispositivos y proporciona extremos a enfermera circulante para su conexión
4	Realiza pausa quirúrgica	Participa activamente en pausa quirúrgica
5	Mango de bisturí No. 3 montado con hoja 11	Incide piel en región umbilical
6	Proporciona lápiz de electrocauterio, disección con dientes y separador Farabeuf	Diseca y tracciona piel, cauteriza vasos sangrantes
7	Trocar de 5 mm	Introduce trocar en región umbilical
8	Lente de laparoscopia	Introduce lente y realizan neumoperitoneo a 13 mmHg

9	Proporciona cistoscopio 12 fr y gasa con jalea lubricante	Introduce cistoscopio observando uretra normal, y lito uretral
10	Canastilla endoscópica	Se intenta extraer lito sin éxito
11	Mango de bisturí No. 3 montado con hoja No. 11	Incide piel en flanco derecho e izquierdo
12	2 trocar de 5 mm	Introduce trocar en ambos flancos
13	Gancho laparoscópico, pinza Babcock laparoscópica	Libera uretero derecho, no logra identificar uretero medio ni lito, por lo que deciden abordaje abierto
14	Mongo bisturí No. 3 montado con hoja 11	Incisión de piel transversa suprapúbica
15	Lápiz de electrocauterio, disección con dientes	Inciden tejido subcutáneo
16	Separador Farabeuf y lápiz de electrocauterio	Separa aponeurosis y rectos abdominales
17	Lápiz de electrocauterio y pinzas Allis	Diseca espacio de retzius
18	Lápiz de electrocauterio, cánula yankauer conectada a aspirador	Identifica vejiga e incide longitudinalmente, se identifica lito de aproximadamente 1 mm obstruyendo meato se retira
19	Recibe lito y se deja en frasco para estudio por laboratorio de nefrología	
20	Proporciona guía de nitinol	Pasan guía a través de meato uretral y uréter derecho sin problemas
21		Solicitan placa de rayos X en la que se observa lito en porción media de uretero derecho
22	Separador Richardson, gasa húmeda, pinza Kelly	Disección extra vesical lateral derecha identificando uretero con fibrosis
23	Catéter doble J 24 cm/6 fr	Coloca catéter en uretero derecho
24	Porta agujas Mayo montado con Poliglactina 2-0, disección sin dientes, tijera mayo	Sutura vejiga con puntos simples continuos en dos planos
25	Sonda vesical de silicón 12 fr, bolsa de drenaje urinario, jeringa 5ml con agua inyectable	Coloca sonda vesical
26	Porta agujas Mayo montado con Poliglactina 3-0, disección sin dientes, tijera mayo	Afronta rectos del abdomen con puntos en cruz
27	Conteo de textiles	Participa activamente en conteo de textiles
28	Porta agujas Mayo montado con Poliglactina 2-0, disección sin dientes, tijera mayo	Afronta aponeurosis con puntos simples continuos
29	Porta agujas Mayo montado con Poliglactina 4-0, disección sin dientes, tijera mayo	Sutura tejido subcutáneo con puntos simples continuos en tres planos
30	Porta agujas Mayo montado con Glycomer 631 5-0, disección con dientes, tijera mayo	Sutura piel con punto subdérmico
31	Histoacryl	Coloca histoacryl en heridas
32	Gasa húmeda, gasa seca	Retira presencia de material orgánico en herida y cubre con gasa seca
33	Apósito transparente semipermeable	Coloca apósito sobre gasa y se da por terminado procedimiento quirúrgico

13.4. ESCALAS DE VALORACIÓN

Escala APAIS

ESCALA PREOPERATORIA DE LA ANSIEDAD Y DE INFORMACIÓN DE AMSTERDAM

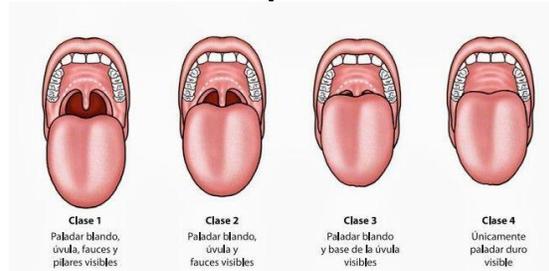
Puntaje	NADA EN ABSOLUTO 1	UN POCO 2	MODERADAMENTE 3	BASTANTE 4	EXTREMADAMENTE 5
ANESTESIA					
Estoy preocupada por la anestesia					
Pienso continuamente en la anestesia					
<i>Me gustaría recibir una información lo más completamente posible acerca de la anestesia.</i>					
CIRUGÍA					
Estoy preocupada por la cirugía					
Pienso continuamente en la cirugía					
<i>Me gustaría recibir una información lo más completamente posible acerca de la cirugía.</i>					
TOTAL INFORMACIÓN:					
TOTAL ANSIEDAD:					

Las dos primeras se relacionan con ansiedad por anestesia, la 4 y 5 con ansiedad por cirugía y la suma se considera como ansiedad preoperatoria que puede variar de 4 a 20 puntos, se consideran pacientes ansiosos quienes presentan puntajes iguales o mayores a 11. Los ítems 3 y 6 se refieren a la información de anestesia y cirugía respectivamente dando una puntuación total entre 2 y 10; los pacientes con puntajes iguales o mayores a 5 puntos requirieron información adicional

Temperatura normal por edades

Categoría	Valores Normales
Rn	36.6º c - 37.8º c
Lactantes	36.5º c - 37º c
Preescolar y escolar	36º - 37º c
Adolescentes	36º - 37º c
Edad adulta	36.5º c
Vejez	36º c

Mallampati



Clasificación ASA

	Clasificación ASA	Mortalidad
I	Paciente sano, sin patología agregada.	0,06
II	Paciente con enfermedad sistémica leve a moderada, que no limita su actividad diaria (HTA, DM, Hipotiroidismo, Obesidad, etc.).	0,47
III	Paciente con enfermedad sistémica severa que limita su actividad diaria.	4,4
IV	Paciente con enfermedad sistémica severa, con riesgo vital.	23,5
V	Paciente moribundo, que no tiene mayores expectativas de sobrevivir (24 horas).	52,9
VI	Paciente declarado con muerte cerebral, que se someterá al retiro de órganos con el propósito de donarlos.	100
E	Estado de emergencia.	

Escala de valoración de riesgo de hipotermia transoperatoria

Tabla 1. Escala de valoración del riesgo de hipotermia intraoperatoria

DIMENSION	CATEGORÍA	ITEM	PUNTOS
P E R S O N A L	EDAD	Menor de 1 año o adulto mayor de 60 años	1
		Niño, adolescente y adulto menor de 60 años	0
	ESTADO NUTRICIONAL	TMC < 18.5 Kg/m	1
		TMC > 18.5 Kg/m	0
	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Enfermedad cardíaca, Enfermedad neurológica	1
		Sin antecedentes patológicos o enfermedades leves	0
	RIESGO ANESTÉSICO	Clasificación ASA III y IV	1
Clasificación ASA I y II		0	
TEMPERATURA PREOPERATORIA	Temperatura corporal axilar < 36.3°	1	
	Temperatura corporal axilar > 36.5° a 37.2°	0	
I N T E R V E N C I O N	TIEMPO QUIRÚRGICO	Procedimiento con duración entre 1 y 3 horas	1
		Procedimiento con duración menor a 1 hora	0
	TECNICA ANESTÉSICA	Tipo de anestesia general o neuroaxial	1
		Anestesia troncular o local	0
	EXPOSICIÓN DE ORGANOS SOBRE CAMPO QUIRÚRGICO	Cirugía mayor (abdominal, torácica, cardíaca, politraumatismo o RTUP)	1
		Cirugía menor	0
	TIPO DE CIRUGÍA	Cirugía de inmediata o de urgencia	1
Procedimiento electivo o prioritario		0	
REQUERIMIENTO DE TRANSFUSION	Procedimiento requiere transfusión de hemocomponentes	1	
	No requiere transfusión de hemocomponentes	0	

Nivel de riesgo	Puntaje
Riesgo leve	1
Riesgo moderado	2-3
Riesgo alto	4 o más

Escala de valoración de Braden

	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
PERCEPCIÓN SENSORIAL.	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4).
ACTIVIDAD.	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Ocasionalmente (3).	Frecuentemente (4).
MOVILIDAD.	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
NUTRICIÓN.	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2).	Adecuada (3).	Excelente (4).
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.

Escala de Maddox: Flebitis

ESCALA VISUAL DE VALORACIÓN DE FLEBITIS	
Sin dolor, eritema, hinchazón, ni cordón palpable.	0 NO signos de flebitis. OBSERVE punto de inserción
Dolor sin eritema, hinchazón, ni cordón palpable en la zona de punción	1 Posible signo de flebitis. OBSERVE punto de inserción
Dolor con eritema y/o hinchazón sin cordón palpable en la zona de punción	2 Inicio de flebitis. RETIRE el catéter
Dolor, eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón venoso palpable < de 6 cm por encima del sitio de inserción.	3 Etapa media de flebitis. RETIRE el catéter y valore tratamiento
Dolor, eritema, hinchazón, endurecimiento, cordón venoso palpable > de 6 cm por encima del sitio de inserción y/o purulencia	4 Avanzado estado de flebitis. RETIRE catéter y valore tratamiento
Trombosis venosa franca con todos los signos anteriores y dificultad o detención de la perfusión	5 Tromboflebitis. RETIRE catéter e inicie tratamiento

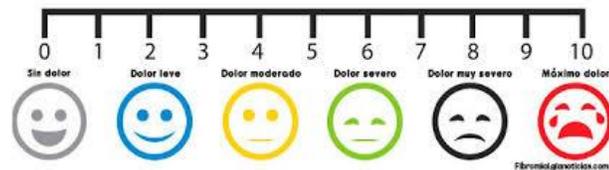
Escala de heces de Bristol

ESCALA DE HECE DE BRISTOL	
	TIPO 1 Trozos duros separados, que pasan con dificultad. ESTREÑIMIENTO IMPORTANTE
	TIPO 2 Como una salchicha compuesta de fragmentos. LIGERO ESTREÑIMIENTO
	TIPO 3 Con forma de morcilla con grietas en la superficie. NORMAL
	TIPO 4 Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda. NORMAL
	TIPO 5 Trozos de masa pastosa con bordes definidos. FALTA DE FIBRA
	TIPO 6 Fragmentos pastosos, con bordes irregulares. LIGERA DIARREA
	TIPO 7 Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida. DIARREA IMPORTANTE

Tamaño de sonda vesical recomendada en niños

	Niños (French)	Niñas (French)	Tipo
Recién nacido	3	3 o 5	Recta
1 - 2 años	5	5 o 8	Recta / Globo
3 - 5 años	8	8	Globo
6 - 10 años	8 o 10	8 o 10	Globo
11 - 12 años	10 o 12	12	Globo
Mayor de 13 años	12	12 o 14	Globo

Escala de EVA: dolor



Escala de evaluación de riesgo para el desarrollo de lesiones debidas al posicionamiento quirúrgico (ELPO)

Score	5	4	3	2	1
Ítems					
Tipo de posición quirúrgica	Litotómica	Prona	Trendelenburg	Lateral	Supina
Tiempo de cirugía	superior a 6h	superior a 4h hasta 6h	superior a 2h y hasta 4h	superior a 1h hasta 2h	hasta 1h
Tipo de anestesia	general+regional	general	regional	Sedación	local
Superficie de soporte	sin uso de superficie de soporte o soportes rígidos sin acolchado o pemeas estrechas	colchón de la mesa quirúrgica de espuma (convencional)+ cojinetes hechos de campos de algodón	colchón de la mesa quirúrgica de espuma (convencional)+ cojinetes de espuma	colchón de la mesa quirúrgica de espuma (convencional) + cojinetes de viscoelástico	colchón de la mesa quirúrgica de viscoelástico + cojinetes de viscoelástico
Posición de los miembros	elevación de las rodillas >90° y apertura de los miembros inferiores >90° o apertura de los miembros superiores >90°	elevación de las rodillas >90° o apertura de los miembros inferiores >90°	Elevación de las rodillas <90° y apertura de los miembros inferiores <90° o cuello sin alineación esternal	apertura <90° de los miembros superiores	posición anatómica
Comorbilidades	úlceras por presión o neuropatía previamente diagnosticada o trombosis venosa profunda	obesidad o desnutrición	diabetes mellitus	enfermedad vascular	sin comorbilidades
Edad del paciente	>80 años	entre 70 y 79 años	entre 60 y 69 años	entre 40 y 59 años	entre 18 y 39 años

Escala de sedación de Ramsay

NIVEL	CARACTERÍSTICAS
1	Despierto, ansioso y agitado, no descansa
2	Despierto, cooperador, orientado y tranquilo
3	Dormido con respuesta a órdenes
4	Somnoliento con breves respuestas a la luz y el sonido
5	Dormido con respuesta sólo al dolor
6	Profundamente dormido sin respuesta a estímulos

Daniel's: Fuerza muscular

Escala muscular de Daniels

para la evaluación de la fuerza muscular

0	Ausencia de contracción
1	Contracción sin movimientos
2	Movimiento que no vence la gravedad
3	Movimiento completo que vence la gravedad
4	Movimiento con resistencia parcial
5	Movimiento con resistencia máxima



Escala de Riesgo de Caídas de Downton

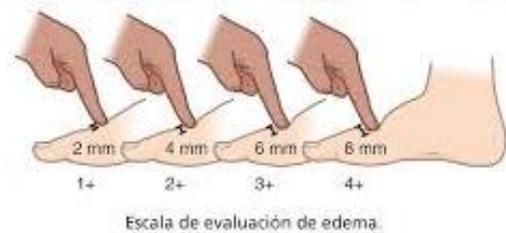
Alto riesgo de caída: mayor a 2 puntos

Caídas previas	Sí	0
	No	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Antidepresivos	1
	Hipotensores	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (parálisis, paresia)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Marcha y equilibrio	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1
Estado clínico	Sin limitaciones	0
	Con limitaciones	1
Conocimiento sobre medidas de prevención	Sí	0
	No	1

Aldrete

ESCALA DE ALDRETE	INGRESO	ALTA
ACTIVIDAD: 4 extremidades	2	2
2 extremidades	1	1
0 extremidades	0	0
RESPIRACIÓN: Correcta	2	2
Dificultosa	1	1
Con ayuda	0	0
CIRCULACIÓN: TA \pm 20% Basal	2	2
TA \pm 50% Basal	1	1
TA > 50% Dific.	0	0
CONCIENCIA: Totalmente despierto	2	2
Despierta a llamada	1	1
No responde	0	0
COLORACIÓN: Rosada	2	2
Pálida	1	1
Cianótica	0	0
TOTAL:		

Signo de Godet



Glasgow

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

Técnica de cepillado dental

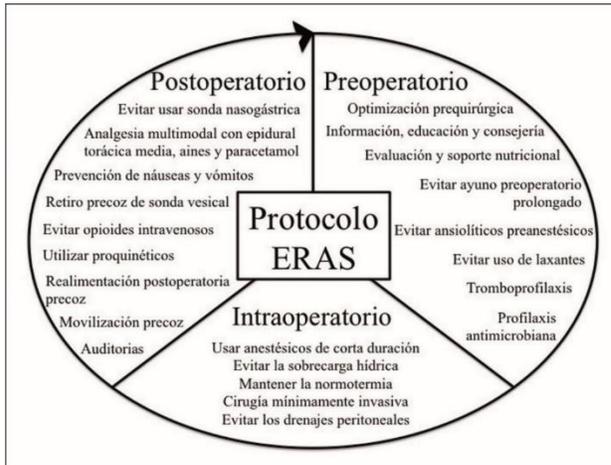
IMSS SALUD BUCAL

Las enfermedades más frecuentes de la boca son la caries y la inflamación de las encías, que a su vez, son la causa de la pérdida de los dientes, mal aliento, mala digestión y en ocasiones infecciones del corazón y de los riñones.

Técnica correcta del cepillado dental

- Colocar el cepillo a un ángulo de 45 grados
- Los dientes de arriba se cepillan hacia abajo
- En los dientes de abajo cepillar hacia arriba
- Cepillar con cuidado de atrás hacia delante
- Cepillar de manera circular las muelas

Intervenciones multidisciplinares pre, intra y postoperatorias en el Protocolo ERAS.



Escala Ashworth (escala de espasticidad)

MARCA	DESCRIPCION
0	No incrementación del tono muscular.
1	Pequeña incrementación en el TM con un pequeño enganchamiento y relajamiento del msc o resistencia mínima al final del estiramiento.
1+	Pequeña incrementación en el TM con resistencia mínima después de un enganchamiento del msc que dura a través del rango de movimiento. (signo de navaja).
2	Incrementación moderada en el TM pero el msc afectado todavía se mueve fácilmente.
3	Incrementación considerable en el TM que muestra dificultad en el rango del movimiento pasivo.
4	Musculo afectado esta rígido cuando se flexiona o se encuentra extendido.

Escala Zarit (Sobrecarga del cuidador)

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación para cada respuesta*	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

* Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 46), "sobrecarga ligera" (47-55) y "sobrecarga intensa" (≥ 56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.

** Escala de Zarit Abreviada (sólo los 7 ítems marcados en gris). Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 16) y "sobrecarga intensa" (≥ 17). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.

XIV. EVIDENCIA CIENTÍFICA

<p>Index Enferm vol.25 no.1-2 Granada ene./jun. 2016</p> <p>ARTÍCULOS ESPECIALES TEORIZACIONES</p> <p>Autonomía Profesional. Factor clave para el ejercicio de la Enfermería Basada en la Evidencia Professional autonomy: a key factor in the exercise of Evidence Based Nursing</p> <p>Carolina Luengo Martínez¹ y Tatiana Paravic Kljcn²</p> <p>¹ Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud y los Alimentos, Universidad del Bío Bío, Chillán, Chile. ² Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile</p>	<p>Litiasis urinaria: epidemiología y clasificación del cálculo urinario <i>Urinary lithiasis: epidemiology and classification of urinary calculus</i> <i>Urolitíase: epidemiologia e classificação dos cálculos renais</i></p> <p>► María del Mar Rodríguez Rodríguez¹, Ana García Cano², Marta Rosillo Coronado³, Lucía Jiménez Mendiguchía⁴</p>
<p>Factores relacionados con la práctica del proceso de enfermería en servicios de hospitalización Factors associated to nursing hospitalization services</p> <p>Mónica Ruth Batista-Sánchez,¹ Elsa Alvarado-Gallegos² ¹Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria/Vacunación, Hospital General de Zona 50; ²Coordinación de Cursos de Enfermería, Centro de Investigación Educativa y Formación Docente. Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, San Luis Potosí, México</p> <p>Número de registro por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2402. R. 2012-2402-32</p>	<p>Revista Cubana de Enfermería. 2016; 32(4)</p> <p>ARTÍCULO DE REVISIÓN</p> <p>Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales Nurse-patient relationship. An approach from the interpersonal relationships theories</p> <p>Yenny Elers Mastrapa; María del Pilar Gibert Lamadrid Facultad de Enfermería Lidia Doce. Universidad Ciencias Médicas. La Habana, Cuba.</p>
<p>RELACIÓN ENTRE CUIDADO HUMANIZADO POR ENFERMERÍA CON LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES</p> <p>Elizabeth Romero Massa* Inelda María Contreras Méndez** Anny Moncada Serrano***</p> <p>Recibido en julio 23 de 2015, aceptado en enero 28 de 2016</p> <p>Citar este artículo así: Romero Massa E, Contreras Méndez IM, Moncada Serrano A. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. <i>Hacia promoc. salud.</i> 2016; 21(1): 26-36. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.3</p>	 <p>ISSN 1596-9141 Revista electrónica trimestral de Enfermería N°37 Enero 2015 www.um.es/eglobal/</p> <p>ENSAYOS</p> <p>Os paradigmas da modernidade e pós-modernidade e o processo de cuidar na enfermagem Los paradigmas de la modernidad y posmodernidad y el proceso de cuidar en enfermería The paradigms of modernity and post-modernity and the process of care in nursing</p> <p>*Barbosa, Lilian Bitencourt Alves **Motta, Ana Leticia Carnevalli ***Resck, Zélia Marilda Rodrigues</p>
 <p>REVIEW DOI: http://dx.doi.org/10.1596/S1980-220X2016037003267</p> <p>Elements of the socio-critical paradigm in nursing care practices: an integrative review</p> <p>Elementos do paradigma sociocrítico nas práticas do cuidado de enfermagem: revisão integrativa Elementos del paradigma socio-crítico en las prácticas del cuidado de enfermería: revisión integrativa</p>	<p>Enfermería Universitaria. 2016;13(2):124-129</p>  <p>www.elsevier.es/ieu</p> <p>INNOVACIÓN PARA LA PRÁCTICA</p> <p>Proceso enfermero de tercera generación</p> <p>M.G. González-Castillo^{a*} y A. Monroy-Rojas^b</p> <p>^a Departamento de Oncología, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México ^b Departamento de Enfermería, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, Ciudad de México, México</p> <p>Recibido el 7 de mayo de 2015; aceptado el 11 de enero de 2016 Disponible en Internet el 7 de abril de 2016</p>

<p>El cuidado del cuerpo en el arte, la ciencia y la filosofía de la enfermería Body and Care in Art, Science, and Philosophy of Nursing Corpo e cuidado na arte, ciência e filosofia de enfermagem</p> <p>Carlos Roberto Carlos Fernandes¹, Isaura Setenta Isaura Porto², André Marcelo Machado Soares³ ¹Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), doutor em Enfermagem, professor de Magistério Superior. ²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRI), doutora em Enfermagem, professora de Magistério Superior. ³Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), doutor em Teologia, professor de Magistério Superior</p> <p>Cómo citar este artículo en edición digital: Fernandes, C.R., Porto, I.S., Soares, A.M.M. (2017). El cuidado del cuerpo en el arte, la ciencia y la filosofía de la enfermería. <i>Cultura de los Cuidados</i> (Edición digital), 21(47). Recuperado de http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.47.08</p> <p>Correspondencia: Universidad Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro Universidade Federal do Rio de Janeiro. Correio electrónico: isaura70porto@gmail.com Recibido: 27/04/2016; Aceptado: 11/01/2016</p>	<p>El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica¹ Disciplinary Knowledge in Nursing Curriculum: A Vital Need to Transform Practice Conhecimento disciplina em currículo do enfermagem: a necessidade vital de transformar a prática</p> <p>Yeis Miguel Borré-Ortiz RN, APN, MSc², Claudia Lenis-Victoria RN, MSc³, Mariela Suárez-Villa RN, MSc⁴, Janery Tafur-Castillo RN, MSc, PhD⁵</p> <p>Recibido: 19 de agosto de 2014 • Aceptado: 26 de junio de 2015 Doi: dx.doi.org/10.12804/revsalud.13.03.2015.12</p> <p>Para citar este artículo: Borré-Ortiz YM, Lenis-Victoria C, Suárez-Villa M, Tafur-Castillo J. El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. <i>Rev Cien Salud</i>. 2015;13(3):481-491. doi: dx.doi.org/10.12804/revsalud.13.03.2015.12</p>
<p>Index Enferm vol.24 n.1-2 Granada Jan./Jun. 2015 http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100001</p> <p>ARTÍCULOS ESPECIALES EDITORIAL</p> <p>Enfermería Basada en Evidencia y Transferencia de Conocimiento Evidence Based Nursing and Knowledge Transfer</p>	<p>Index Enferm vol.26 no.4 Granada oct./dic. 2017</p> <p>ARTÍCULOS ESPECIALES EDITORIAL</p> <p>Entre la disociación y la armonía: la compleja relación entre teoría y práctica enfermera Dissociation and harmony: the complex relationship between theory and practice of nursing</p>
<p><i>International Journal of Caring Sciences</i> May-August 2015 Volume 8 Issue 2 Page 443</p> <p>Case Study</p> <p>Integrating Nursing Theory and Process into Practice: Virginia's Henderson Need Theory</p> <p>Younas Ahtisham, BScN Jr. Lecturer, Shifa College of Nursing, ShifaTameer-e-Millat University, Islamabad, Pakistan</p> <p>Sommer Jacqueline, RN, BScN Sr. Lecturer, Shifa College of Nursing, ShifaTameer-e-Millat University, Islamabad, Pakistan</p> <p>Correspondence: AhtishamYounas, Shifa College of Nursing, Sector H8/4 Pitras Bukhari Road, Islamabad, Pakistan e-mail: ahtishamyounas66@gmail.com</p>	<p>Inicio > Volumen 32, Número 4 (2016) > naranjo</p> <p>ARTÍCULO DE REVISIÓN</p> <p>Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana Conceptual reflection about some theories of nursing and their validity in the Cuban practice</p>
<p>Revista CUIDARTE doi: http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.172</p> <p>Rev Cuid 2015; 6(2): 1108-20</p> <p>ARTÍCULO DE REFLEXIÓN</p> <p>TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA USADOS EN LA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA NURSING THEORIES AND MODELS USED IN PSYCHIATRIC NURSING Milena Alexandra Galvis López²</p>	<p>Enfermería Universitaria. 2016;13(2):71-72</p>  <p>EDITORIAL</p> <p>Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es Nursing process; what it is and what is not</p>
<p>ENDOUROLOGÍA Y LAPAROSCOPIA</p> <p>Cirugía Laparoscópica para el tratamiento de la litiasis del uréter lumbar Laparoscopic surgery for lumbar ureteric stones.</p> <p>Tania Gonzalez León, M Elena Suárez Marcillán, Yaimara Cuza Herrera, Alemayehu Tegegne, Yumar de la Paz Pérez, Lisset Rodríguez-Ojea</p> <p>Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.</p>	<p><i>Pediatr Nephrol</i> (2015) 30:805–810 DOI 10.1007/s00467-014-3012-3</p> <p>ORIGINAL ARTICLE</p> <p>Trends in pediatric urolithiasis: patient characteristics, associated diagnoses, and financial burden</p> <p>Kirsten Kusumi • Brian Becknell • Andrew Schwaderec</p> <p>Recibido: 17 October 2014 / Revised: 10 November 2014 / Accepted: 11 November 2014 / Published online: 7 December 2014 © IPNA 2014</p>

<p>Urol Colomb. 2016;25(2):109-117</p>  <p>REVISTA UROLOGÍA Colombiana www.elsevier.es/uroco</p> <p>ARTÍCULO DE REVISIÓN</p> <p>Fisiopatología asociada a la formación de cálculos en la vía urinaria</p> <p>Herney Andrés García-Perdomo^{a,b,c,d,*}, Paola Benavidez Solarte^a y Paola Posada España^a</p> <p>^a Director Centro de Investigaciones Fundación Salavité, Colombia ^b Profesor Universidad del Valle, Cali, Colombia ^c Profesor Universidad del Atlántico, Barranquilla, Colombia ^d Profesor Universidad de la Salle, Bogotá, Colombia</p> 	<p>REV. MED. CLIN. CONDES - 2018; 29(2):197-212</p> <p>DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LITIASIS RENALES EN ADULTOS Y NIÑOS</p> <p>DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF RENAL STONES IN ADULTS AND CHILDREN</p> <p>DR. RICARDO SUSAEITA (1), DR. DAVID BENAVENTE (2), DR. FERNANDO MARCHANT (3), DR. RENATO GANA (4)</p> <p>(1) Departamento de Urología, Clínica Las Condes, Prof. Agregado U de Chile, Director Programa Patología Litiasis, Santiago, Chile. (2) Médico Internista, Intensivista y Nefrólogo, Clínica Las Condes, MBA U. Adolfo Ibáñez, Diplomado en PADe y Economía en Salud Cepal -Fisco, Santiago, Chile. (3) Departamento de Urología, Clínica Las Condes, Prof. Asesme Departamento de Urología, U de Chile, Santiago, Chile. (4) Urología Infantil, Clínica Las Condes, Jefe de Cirugía Pediátrica, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.</p>
<p>RIC Revista de Información Científica</p> <p>ISSN 1028-9933</p> <p>Volumen 96 No. 6</p> <p>Noviembre-diciembre 2017</p> <p>ARTÍCULO ORIGINAL</p> <p>Factores asociados a litiasis del tracto urinario en el Hospital Clínico Quirúrgico "Lucía Ñíguez Landín", provincia Holguín</p> <p>Factors associated with urinary tract lithiasis at the "Lucía Ñíguez Landín" Surgical Clinical Hospital, Holguín province</p>	<p>ARTÍCULO ORIGINAL</p> <p>Rev Sanid Milit Mex 2016;70:280-285.</p> <p>Utilidad de la tomografía computada simple de abdomen en la decisión del estudio contrastado ante pacientes con cólico renal</p>
<p>Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. 2016;35(4)</p> <p>ARTÍCULO ORIGINAL</p> <p>Caracterización clínico epidemiológica de la litiasis urinaria en un área rural de Artemisa</p> <p>Clinical and epidemiological characterization of urolithiasis in a rural area of Artemisa province</p>	<p>Actas Urológicas Españolas</p> <p>Volume 39, Issue 1, January-February 2015, Pages 32-37</p>  <p>Artículo original</p> <p>Tendencia en los tratamientos invasivos en la litiasis urinaria en un hospital de tercer nivel</p> <p>Invasive treatment trends in urinary calculi in a third level hospital</p>
<p>Acta Bioethica 2018; 24 (1): 39-46</p> <p>EL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y LA ÉTICA DERIVADOS DEL AVANCE TECNOLÓGICO EN SALUD</p> <p>Blanca Escobar-Castellanos¹, Patricia Cid-Henríquez²</p> <p>Resumen: Introducción: Los profesionales de enfermería están expuestos a enfrentar conflictos de carácter ético debido a las responsabilidades propias asociadas al cuidado de las personas y al hecho de trabajar en un ámbito de salud cada vez más tecnificado y complejo. Objetivo: Analizar los aspectos éticos que influyen en el cuidado de enfermería, ocasionados por el avance de la tecnología en los servicios de salud. Desarrollo: Los profesionales de enfermería son los responsables de la utilización de la tecnología, por lo que se exige una preparación profesional en el uso y aplicación de técnicas terapéuticas o de diagnóstico; se debe emplear criterios éticos y valores propios de la disciplina, con una visión holística y humanista del cuidado de las personas. Un abordaje asistencial basado en la ética implica que el enfermero considera al ser humano con respeto y absoluta dignidad. Conclusiones: Enfermería debe evidenciar el cuidado humanizado en todas las acciones que ejecuta, aplicando el saber ético, actitudes y valores hacia la persona a cuidar.</p> <p>Palabras clave: enfermería, cuidados de enfermería, ética en enfermería, salud</p>	<p>ARTÍCULO DE REVISIÓN</p> <p>Acta Pediatr Mex. 2016 may;37(3):175-182.</p>  <p>Normatividad que rige la investigación clínica en seres humanos y requisitos que debe cumplir un centro de investigación para participar en un estudio clínico en México</p> <p>López-Pacheco MC¹, Pimentel-Hernández C², Rivas-Mireles E³, Arredondo-García JL⁴</p>

 <p>Universidad y Salud ARTÍCULO ORIGINAL</p> <p>Conocimiento e importancia, que los profesionales de enfermería tienen sobre el consentimiento informado aplicado a los actos de cuidado de enfermería</p> <p>Knowledge and importance nursing professionals have on informed consent applied to nursing care acts</p> <p>Gloria Omaira Baulista-Espinel¹ orcid.org/0000-0002-0551-4110 Nelson Andrés Ardito-Rincón² orcid.org/0000-0002-2911-9502 Juan Carlos Castellanos-Peñalosa³ orcid.org/0000-0001-7198-3102 Yohana Gene-Parada⁴ orcid.org/0000-0002-5412-0193</p>	<p>REME - Rev Min Enferm. 2016; 20:e984 DOI: 10.5935/1415-2762.20160054</p> <p style="text-align: right;">RESEARCH</p> <p>CHILDREN'S ANXIETY IN SURGICAL SITUATION AND EMOTIONAL PERCEPTIONS REPORTED BY THEIR COMPANIONS IN THE PREOPERATIVE STAGE: AN EXPLORATORY STUDY</p> <p>ANSIEDADE DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO CIRÚRGICA E PERCEPÇÕES EMOCIONAIS REPORTADAS POR SEUS ACOMPANHANTES NO PRÉ-OPERATÓRIO: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO</p> <p>ANSIEDAD DE NIÑOS EN SITUACIÓN QUIRÚRGICA Y PERCEPCIÓN EMOCIONAL DE LOS ACOMPAÑANTES EN EL PREOPERATORIO: ESTUDIO EXPLORATORIO</p>
 <p>2014 14(1):9-21 N.º 37 www.um.es/eglobal/ Enero 2015</p> <p>DOCENCIA - INVESTIGACIÓN</p> <p>Quando a comunicação é nociva em o encontro entre profissional e família da criança hospitalizada</p> <p>When the communication is harmful in the encounter between health professional and family of hospitalized child</p>	<p>Rev. Latino-Am. Enfermagem 2018;26:e3027 DOI: 10.1590/1518-8345.2438.2027 www.eerp.usp.br/rlae</p>  <p style="text-align: right;">Artículo Original</p> <p>El efecto de la escucha terapéutica sobre la ansiedad y los miedos de pacientes quirúrgicos: ensayo clínico aleatorizado¹</p> <p>Ana Cláudia Mesquita Garcia² Talia Prado Simão-Miranda³ Ana Maria Pimenta Carvalho⁴ Paula Condé Lamparelli Elias⁵ Maria da Graça Pereira⁶ Emília Campos de Carvalho⁶</p>
<p>Rev Chil Pediatr. 2015;86(4): 399-403</p>  <p>REVISTA CHILENA DE PEDIATRÍA www.elsevier.es/rchp</p>  <p>ARTÍCULO ORIGINAL</p> <p>¿Qué información preoperatoria desean los padres de niños que serán operados?</p> <p>Josefina Sartori^a, Pilar Espinoza^b, María Soledad Díaz^a, Constanza Ferdinand^a, Héctor J. Lacassie^a y Alejandro González^{c,d}</p> 	 <p style="text-align: right;">ORIGINAL</p> <p>Efectos psicofisiológicos de la respiración diafragmática y la estimulación térmica sobre la actividad autonómica del estrés agudo¹</p> <p>Psychophysiological effects of diaphragmatic breathing and thermal stimulation on the autonomic activity of acute stress</p> <p>David Alberto Rodríguez Medina^a, Benjamin Dominguez Trejo^a, Gerardo Leija Alva^{a,b}, Mariana Ortiz Omaña^a, y Carolina Carreño Morales^{a,d}</p>
<p>D.R. © VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud 20(1): 5-9, 2017</p> <p style="text-align: right;">Artículo original</p> <p>Relación entre la ansiedad preoperatoria y las estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a bypass cardiaco</p> <p>Relationship between preoperative anxiety and coping strategies in hospitalized patients with ischemic heart candidates for coronary artery bypass grafting</p> <p>Carlos Figueroa López¹, Rocio Mora Osorio¹, Bertha Ramos del Río¹ ¹Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.</p>	<p style="text-align: right;">www.medigraphic.org.mx</p> <p style="text-align: right;">ARTÍCULO ORIGINAL</p>  <p>Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo</p> <p>Ana Ivette Hernández Hernández,^a Alberto Juan López Bascope,^a Joaquín Antonio Guzmán Sánchez^a</p>
<p>Prevalencia y severidad de caries dental e higiene bucal en niños y adolescentes de aldeas infantiles, Lima, Perú</p> <p><i>Prevalence and severity of dental caries and oral hygiene in children and adolescents in children's villages, Lima, Perú</i></p> <p>Manuel Antonio Mattos-Vela¹, Milagros Bertha Carrasco-Loyola², Suelen Giuliana Valdivia-Pacheco³</p> <p>DOI: 10.22529/2017n30n11</p>	<p style="text-align: right;">www.medigraphic.org.mx</p> <p style="text-align: right;">ARTÍCULO ORIGINAL</p>  <p>Uso de clorhexidina como protocolo en el área prequirúrgica en pacientes con cirugía electiva</p> <p>Verania Jiménez Medina,¹ Luis Antonio López Gómez,² José Manuel Athié García³</p>

<p>REVISTA CONAMED</p> <p>Conocimiento y práctica de enfermería para prevenir la Neumonía Asociada al Ventilador</p> <p><i>Knowledge and nursing practice to prevent Ventilator Associated Pneumonia</i></p> <p>Josefina Torres López¹, Rodolfo Gerónimo Carrillo², Margarita Magaña Castillo³</p>	<p>Rev. Salud Pública Parag. Vol. 5 N° 2, Julio-Diciembre 2015 Pág. 40-47</p> <p>ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE</p> <p>Actitud y práctica sobre salud bucal en adolescentes de colegios públicos de Asunción</p> <p><i>Attitude and practice of oral health in adolescents from public schools in Asunción</i></p> <p>Antonia Natalia Arhens Villar¹, Rossana Esther Colmán Rodríguez², Nathalia Elizabeth Martínez Ramírez³, Milner Iván Morel Barrios⁴, Mirtha Osorio de Galli⁵, María Rita Paciello de Ayala⁶</p>
<p>Dom. Cien., ISSN: 2477-8818 Vol. 5, núm. 1., ene, 2019, pp. 678-694</p> <p>La hipotermia en pacientes sometidos a cirugía abdominal</p> <p>Número Publicado el 15 de enero de 2019</p> <p>http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.poaip.2019.vol.5.n.1.678-694 URL: http://dominodolasciencias.com/sjs/index.php/es/index</p> <p>Ciencias de la salud Artículo de investigación:</p> <p>La hipotermia en pacientes sometidos a cirugía abdominal</p>	<p>REV. COLOMB. ANESTESIOL. 2017, 45(1):48-53</p> <p>Revista Colombiana de Anestesiología Colombian Journal of Anesthesiology</p> <p>www.revcolanest.com.co</p> <p>Revisión</p> <p>Hipotermia en cirugía electiva. El enemigo oculto</p> <p>Jorge Enrique Bayter-Marín^{a,b,c,*}, Jorge Rubio^{c,d,e}, Arnaldo Valedón^{c,f} y Álvaro Andrés Macías^{c,g}</p>
<p>REV. MED. CLIN. CONDES - 2017; 28(5): 785-790</p> <p>SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD</p> <p><i>PATIENT SAFETY AND SAFETY CULTURE</i></p> <p>DR. CRISTIÁN ROCCO (I) DR. ALEJANDRO GARRIDO (II)</p> <p>(I) Departamento de Anestesiología, Clínica las Condes, Santiago, Chile. Magister Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención, Coordinador Proyecto SI NEARI Latinoamérica, Sistema Español de Normalización en Anestesia y Reanimación. (II) Anestesiólogo Adjunto Servicio Anestesiología y Reanimación, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. Vicepresidente de SI NEARI (Sistema Español de Normalización en Anestesia y Reanimación).</p>	<p>www.medigraphic.org.mx</p> <p>Revista Mexicana de Anestesiología</p> <p>INVESTIGACIÓN ORIGINAL Vol. 41, No. 4 Octubre-Diciembre 2018 pp 245-257</p> <p>Hipotermia perioperatoria: su impacto en temblor postoperatorio. Revisión sistemática y metanálisis</p> <p>Dra. Verónica Georgina Ortega-Mariscal,* Dr. Juan Heberto Muñoz-Cuevas,** Dra. Claudia Elizabeth Wing-Reyna***</p>
<p>www.medigraphic.org.mx</p> <p>Revista Mexicana de Anestesiología</p> <p>ARTÍCULO DE REVISIÓN Vol. 40, No. 1 Enero-Marzo 2017 pp 29-37</p> <p>Alteraciones de la temperatura y su tratamiento en el perioperatorio</p> <p>Dra. Ma. Lizeth Uriostegui-Santana,* Dr. Jorge Arturo Nava-López,** Dr. Victor Manuel Mendoza-Escoto***</p>	<p>Cogitare Enferm. (22): e59928, 2017</p> <p>Artigo original</p> <p>LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON EL EQUIPO QUIRÚRGICO</p> <p>Ana Laura Muciño Carrera¹, Danelia Gómez Torres², Guadalupe Sánchez Arias³, Elizabeth Bernardino⁴, Solange Meira de Sousa⁵</p>
<p>Caso CONAMED</p> <p>Análisis crítico de casos clínicos</p> <p>Quemadura secundaria a incorrecta colocación de placa de electrocauterio</p> <p>Luis Fernando Vázquez Espinosa¹, Ana Karen Castañeda Solís², Jorge Alfonso Pérez-Castro y Vázquez^{3*}</p> 	<p>Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR - HSJD</p> <p>Año 2016 Vol 6 No III</p> <p>Artículo Original: Lesión tisular debida a dispersión térmica por el uso de electrodos monopolares</p>  <p>Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. Fundado en 1845</p> <p>ISSN 2215-2741</p> <p>Recibido: 16/05/2016 Aceptado: 15/06/2016</p>

<p>CAPACIDAD DIAGNÓSTICA DE LAS ESCALAS BRADEN Q Y NORTON PARA ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE UNIDADES CRÍTICAS</p> <p>DIAGNOSTIC CAPACITY OF THE BRADEN Q AND NORTON SCALES FOR PRESSURE ULCERS IN PEDIATRIC PATIENTS OF CRITICAL UNITS</p> <p>CAPACIDADE DIAGNÓSTICA DAS ESCALAS BRADEN Q E NORTON PARA ÚLCERES PRESSORES EM PACIENTES PEDIÁTRICOS DE UNIDADES CRÍTICAS</p> <p>Jenny Caniupán Universidad Autónoma de Chile, Temuco, Chile. ORCID: 0000-0002-5168-3572</p>	<p>Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016;24:e2704 DOI: DOI: 10.1590/1518-8345.0644.2704 www.eerp.usp.br/rlae</p>  <p>Original Article</p> <p>Assessment scale of risk for surgical positioning injuries¹</p> <p>Camila Mendonça de Moraes Lopes² Vanderlei José Haas³ Rosana Aparecida Spadolli Dantas⁴ Chelia Gonçalves de Oliveira⁵ Cristina Maria Galvão⁶</p>
<p>Enfermería Universitaria. 2015; 12(4):173-181</p>  <p>ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención</p> <p>E.M. Stegensek Mejía^{a,b}, A. Jiménez Mendoza^b, L.E. Romero Gálvez^c y A. Aparicio Aguilar^a</p>	<p>Vol. 33 (2), Setiembre 2016. ISSN 1409-0015</p> <p>Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual</p> <p>PRESENTACIÓN DE UN CASO</p> <p>HIPOTERMIA: A PROPOSITO DE UN CASO Natalia Campos Chacón*</p> <p>RESUMEN:</p> <p>Llegar al diagnóstico de hipotermia como la causa de la muerte representa un gran desafío en Patología Forense debido a que lo hallazgos por lo general son inespecíficos (no existe ningún hallazgo patognomónico), se deben excluir otras causas de muerte, y tener presente detalles tanto del escenario como a la hora de realizar la Autopsia Médico Legal.</p> <p>El objetivo de esta revisión es proporcionar una visión general actualizada de los hallazgos tanto macroscópicos como microscópicos que podemos encontrar en la autopsia y que pueden servir de ayuda para llegar al diagnóstico de hipotermia como causa de muerte.</p>
<p>Dermatitis asociada a la incontinencia</p> <p>ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO</p> <p>MANUEL RODRÍGUEZ PALMA, Doctor por la Universidad de Alicante, Enfermero, Residencia de Mayores José María Calvo, Cádiz. Miembro del Comité Director del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas.</p> <p>rión de otras lesiones añadidas. Es fundamental la correcta diferenciación entre las DAI y otras lesiones cutáneas similares como es el eczema por contacto.</p> <p>which is frequently observed in patients with fecal and/or urinary incontinence. It manifests as an inflammation of the surface of the skin characterized by</p>	<p>AnFaMed - ISSN: 2301-1254 10.25184/anfamed2017v4n2a3 Artículo original</p> <p>Oblitos en Cirugía. Análisis de casuística y estrategias para su prevención</p> <p>Foreign body in Surgery. Case analysis and prevention strategies</p> <p>Oblitos em Cirurgia. Análise de caso e estratégias de prevenção</p> <p>Javier Chinelli¹, Eduardo Olivera² & Gustavo Rodríguez³</p>
<p>Repertorio de Medicina y Cirugía</p> <p>Vol. 27 N° 2. 2018</p> <p>Artículo de reflexión</p> <p>Instrumentador quirúrgico: iatrogenia, eventos frecuentes y responsabilidad en el quirófano</p> <p>Henry David Toler^a Nicole Cadavitt^b</p>	<p>Metas de Enfermería</p> <p>JUNIO 2017 N° 5 Volumen 20</p> <p>DOI:10.35667/MetasEnf.2019.20.1003081084</p> <p>ACCEDER A REVISTA COMPLETA</p> <p>El sondaje vesical y sus complicaciones en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos</p>
<p>Enfermería Comunitaria</p> <p>Cuidados del catéter urinario basados en la evidencia científica en Atención Primaria</p> <p>Urinarycathetercarebasedonscientificevidence in PrimaryCare</p> <p>Lara Menéndez González, Gloria María González Sánchez C.S. del Coto (Gijón). SESPA</p> <p>Manuscrito recibido: 29-06-2015 Manuscrito aceptado: 15-12-2015</p>	<p>Revista de Gastroenterología de México. 2018;83(2):168-189</p>  <p>REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO www.elsevier.es/rgmx</p> <p>GUÍAS Y CONSENSOS</p> <p>Consenso mexicano sobre estreñimiento crónico</p> <p>J.M. Remes-Troche^{a,b,c}, E. Coss-Adame^b, A. Lopéz-Colombo^c, M. Amieva-Balmori^d, R. Carmona Sánchez^d, L. Charúa Guindic^e, R. Flores Rendón^f, O. Gómez Escudero^g, M. González Martínez^h, M.E. Icaza Chávezⁱ, M. Morales Arámbula^j, M. Schmulson^k, J.L. Tamayo de la Cuesta^l, M.Á. Valdovinos^h y G. Vázquez Elizondo^m</p>

<p>AnFaMed - ISSN: 2301-1254 http://dx.doi.org/10.25184/anfamed2018v5n2a9 Artículo de revisión</p> <p>Vías de recuperación mejorada perioperatoria. Adaptación a la cirugía pediátrica</p> <p>Enhanced Recovery After Surgery Pathways. Adaptation to Pediatric Surgery</p> <p>Caminhos de melhora da recuperação perioperatória. Adaptação à cirurgia pediátrica</p>	<p>1130-0108/2016/108/6/332-363 Revista Española de Endocrinología y Nutrición Copyright © 2016 Anfa Enciones, S.L.</p> <p>Rev Esp Enferm Dig (Madrid) Vol. 108, N.º 6, pp. 332-363, 2016</p> <p>SPECIAL ARTICLE</p> <p>Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult</p> <p>Fernán Mearín¹, Constanza Ciriza², Miguel Minguet³, Enrique Rey⁴, Juan José Mascort⁵, Enrique Peña⁶, Pedro Calones⁷ and Javier Jódar⁸, on behalf of the Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) and Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)</p> <p>¹Coordinator of the CPG, Roma IV Bowel Disorders Committee, Member of AEG, Centro Médico Teknon, Barcelona, Spain; ²Functional Gastrointestinal Disorders Group, SEPD, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Spain; ³Member of AEG and SEPD, Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia, Valencia, Spain; ⁴SEPD, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid, Spain; ⁵Scientific Department, semFYC; ⁶Coordinator Digestive Diseases, SEMERGEN; ⁷Coordinator Digestive Diseases, SEMG; ⁸Knowledge Management Department, SEPD</p>
<p>Educación Médica Superior. 2017; 32(4):</p> <p>ARTÍCULO DE REVISIÓN</p> <p>Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud</p> <p>Health promotion: New educational perspectives</p>	<p>Nutrición Clínica en Medicina Vol. XI - Número 1 - 2017 pp. 9-25</p> <p>www.nutricionclinicaenmedicina.com ©Nutrición Clínica en Medicina 2017</p> <p>[r e v i s i ó n]</p> <p>¿Está actualizado el código de dietas en los hospitales?</p> <p>Juana María Rahat Restrepo</p> <p>Unidad de Nutrición Clínica y Dietética, UGC de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, España.</p>
<p>Rev Med Chile 2017; 145: 1447-1453</p> <p>Nutrición perioperatoria en protocolos quirúrgicos para una mejor recuperación postoperatoria (Protocolo ERAS)</p> <p>ANDRÉS SÁNCHEZ C.¹, KARIN PAPAPIETRO V.²</p> <p>¹Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile. ²Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.</p> <p>No hubo apoyo financiero para la</p>	<p>Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud ISSN: 2395-8057</p> <p>Impacto de un programa de promoción de alimentación saludable en el IMC y en los hábitos de alimentación en alumnos de educación secundaria</p> <p><i>Impact of a programme for the promotion of healthy eating in the BMI and students in secondary education in eating habits</i></p>
<p>Ejercicio para manejo del dolor crónico</p> <p>Viviana Urtubia M.⁽¹⁾, Ana Luisa Miranda M.⁽²⁾</p> <p>⁽¹⁾Medicina Física y Rehabilitación, HCUCH. ⁽²⁾Unidad del Tratamiento del Dolor, HCUCH.</p> <p>SUMMARY Chronic pain is one of the diseases which cause more impact on the functionality and quality of life of a patient. As part of the integrated management of this disease, exercise is a simple intervention, inexpensive and effective, in addition to being widely supported by the literature. The objective of this review is to show the evidence of exercise for chronic pain management through the their effects on the endogenous opioid system and activation of central pain inhibitory pathways. Likewise, this article also present some considerations in the preparticipation physical evaluation, the objectives of the exercise program and the prescription in common diseases such as chronic low back pain, osteoarthritis and fibromyalgia.</p>	<p>Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación 2016;8(1):70-86</p> <p>TRABAJO ORIGINAL</p> <p>Protocolo de actuación en la rehabilitación de los pacientes con enfermedades reumáticas</p> <p>Performance protocol in the rehabilitative handling of the patients with rheumatic illnesses</p>
<p>Rev Cub Med Int Emerg 2015;14(1):30-44</p> <p>TRABAJOS ORIGINALES</p> <p>Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Calle 17 entre Paseo y A, Plaza, La Habana. Cuba.</p> <p>CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO SOBRE EL SÍNDROME DE INMOVILIZACIÓN EN UNIDADES DE ATENCIÓN AL GRAVE</p> 	<p>ARTÍCULOS ESPECIALES ORIGINALES</p> <p>Percepciones ante la preparación al alta en pacientes médico-quirúrgicos de un hospital de alta complejidad</p> <p>Viviana SILVA SILVA,¹ Pilar ESPINOZA QUIROZ,² Marianne WEISS³</p> 
<p>Artículo Revista de Aplicación Científica y Técnica Septiembre 2015 Vol.1 No.1 66-72</p> <p>Revisión sistemática sobre los efectos de la crioterapia</p> <p>GARCIA-PANTOJA, Ana[†], SASIA-Karen, AMARO-Osvaldo</p> <p>Universidad Tecnológica del Surroeste de Guanajuato, Carretera Valle de Santiago-Huamimaro Kilómetro 1.2, 20 de Noviembre, 38400 Valle de Santiago, Gto., México</p> <p>Recibido Enero 28, 2015; Aceptado Junio 24, 2015</p>	<p>Rev Soc Esp Dolor 2016; 23(3): 164-165</p> <p>Nueva Guía de la Asociación Americana del Dolor sobre dolor postoperatorio</p>

 <p>REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR</p> <p>Artículo Aceptado para su pre-publicación</p> <p>Título: Factores asociados con la intensidad del dolor en pacientes mexicanos hospitalizados en periodo postoperatorio</p>	<p>Rev Chil Pediatr. 2016;87(5):373-379</p>  <p>REVISTA CHILENA DE PEDIATRÍA www.elsevier.es/rchp</p>  <p>ARTÍCULO ORIGINAL</p> <p>Percepción de los adolescentes sobre el ingreso hospitalario. Importancia de la humanización de los hospitales infantiles</p> <p>Laura Butragueño Laiseca*, Felipe González Martínez, Niki Oikonomopoulou, Jimena Pérez Moreno, Blanca Toledo del Castillo, María Isabel González Sánchez y Rosa Rodríguez Fernández</p> 
<p>Artículo especial Arch Argent Pediatr 2015;113(3):254-259 / 254</p> <p>Sala de Recreación para Adolescentes Internados en un hospital de alta complejidad. Programa para la Atención Integral de Adolescentes Internados</p> <p><i>A Recreation Room for adolescents who are hospitalized at a tertiary-care Center. Care Program for Hospitalized Adolescents</i></p> <p>Dr. Roberto Mator y Dra. M. Susana Rodríguez</p>	<p>ISSN: 0014-9405 DOI: http://dx.doi.org/10.14201/aula201733347</p> <p>LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA: CLAVE EN LA ATENCIÓN AL NIÑO ENFERMO Y HOSPITALIZADO Y SU DERECHO A LA EDUCACIÓN</p> <p><i>The key Hospital Pedagogy in the care of the sick and hospitalized child and their right to education</i></p>
<p>RESULTADO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante situaciones que provocan miedo*</p> <p><i>Coping strategies assumed by teenagers in situations that cause fear</i></p> <p>Recibido: 26 de septiembre de 2016/Aceptado: 2 de marzo de 2017 http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2544</p>	<p>COLECCIÓN DE GUÍAS PRÁCTICAS DE HERIDAS DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD</p> <p>GUÍA PRÁCTICA DE LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA HUMEDAD</p>
 <p>Enfermería Global</p> <p>ISSN 1695-6141 Revista electrónica trimestral de Enfermería Nº98 www.um.es/eglobal/ Abril 2015</p> <p>REVISIONES</p> <p>Lesiones por humedad. Revisión de conocimientos <i>Moisture lesions. A review</i></p> <p>*Zapata Sampedro, Marco Antonio **Castro Varela, Laura ***Tejada Caro, Rocío</p>	<p>Revista Cubana de Cirugía. 2017;56(2)</p> <p>ARTÍCULO DE REVISIÓN</p> <p>Algunas consideraciones sobre las infecciones posoperatorias</p> <p><i>Some considerations about postoperative infections</i></p> <p>Zenén Rodríguez Fernández Olga Fernández López, Giraldo Ochoa Maren, Lázaro Ibrahim Romero García</p> <p>Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba.</p>
<p>Compresiones de las redes de apoyo percibidas en una familia rural de La Calera, en condiciones de vulnerabilidad social</p> <p><i>Compressions of the support networks perceived in a rural family of La Calera, in conditions of social vulnerability</i></p> <p>Recibido: 25 de Noviembre del 2016 - Aceptado: 7 de diciembre de 2017 - Publicado:</p> <p>Forma de citar este artículo en APA: Alméciga Alméciga, J. D., Espino Vinasco, M. P., y Galeano Gutiérrez, A. B. (enero-junio, 2018). Compresiones de las redes de apoyo percibidas en una familia rural de la Calera, en condiciones de vulnerabilidad social. <i>Psicosis</i>, 13(4), 89-97. DOI: https://doi.org/10.21501/16920945.2789</p>	<p>Revista CUIDARTE http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251</p> <p>Rev Cuid 2016; 7(1): 1173-84</p> <p>ARTÍCULO ORIGINAL</p> <p>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR LA SOBRECARGA EN CUIDADORES: UN ESTUDIO PILOTO</p> <p><i>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA REDUZIR A SOBRECARGA EM CUIDADORES: UM ESTUDO PILOTO</i></p> <p><i>NURSING INTERVENTIONS TO REDUCE OVERLOAD IN CAREGIVERS: A PILOT STUDY</i></p> <p>Rosa Talía Sánchez-Martínez¹, Edith Milena Molina Cardona², Olga Rocío Gómez-Ortega³</p>

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
PRACTICAS PROFESIONALES PARA LOS ESTUDIANTES DEL POSGRADO DE
ENFERMERÍA PERIOPERATORIA

Fecha: 18 Oct. 2018

Por este conducto hago patente que el estudiante de la Especialidad de Enfermería Perioperatoria, cuya sede académica se ubica en el Instituto Nacional de Pediatría.

- Ha solicitado mi colaboración voluntaria para elaborar el estudio de caso y o proceso enfermero en donde se llevar a cabo la entrevista y la valoración con previa formación académica y profesional del estudiante de la Especialidad de Enfermería Perioperatoria.
- La entrevista se programara con anterioridad siendo posible que se pueden agendar otras sesiones subsecuentes para la valoración focalizada.
- La información que brinde es estrictamente **CONFIDENCIAL** y anónima, se empleara únicamente para fines académicos (Protegiendo en todo momento su identidad).
- Si me incomodan algunas preguntas, estoy en libertad de no responderlas y de abandonar la entrevista y la valoración si así lo decido, sin que se vea afectada mi atención y cuidado dentro de la institución de salud.
- Así mismo mediante este documento **HAGO PATENTE** mi consentimiento para participar de forma voluntaria y consciente en este proceso académico.



Nombre y Firma del Padre o Tutor



Testigo 1



Testigo 2