



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**ESTUDIO DE CASO APLICADO A UNA PERSONA EN EL POST
OPERATORIO MEDIATO CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL BASADO EN EL MODELO
TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON**

ESTUDIO DE CASO

Que para obtener el título de
Enfermera Especialista Perioperatoria

P R E S E N T A

LIC. ANGÉLICA ROMÁN GARCÍA

A S E S O R A

MTRA. ARIANETH EDITH BAHENA ARMILLAS



Ciudad de México 2018



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**ESTUDIO DE CASO APLICADO A UNA PERSONA EN EL POST
OPERATORIO MEDIATO CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL BASADO EN EL MODELO
TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON**

ESTUDIO DE CASO

Que para obtener el título de
Enfermera Especialista Perioperatoria

P R E S E N T A

LIC. ANGÉLICA ROMÁN GARCÍA

A S E S O R A

MTRA. ARIANETH EDITH BAHENA ARMILLAS



Ciudad de México 2018

RECONOCIMIENTOS

Agradezco a mis padres de quienes siempre recibo su apoyo para seguir mis sueños, a mis hermanos por sus consejos y sobre todo el aliento, a mi pareja quien siempre me alienta y me brinda su apoyo incondicional, a mis amigos, compañeros y sobre todo a mi coordinadora y asesores quienes siempre compartieron sus conocimientos, por su apoyo para concluir esta etapa de formación y sobre todo a Dios por permitirme vivir esta experiencia y culminar con satisfacción.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	6
II.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO	8
III.	FUNDAMENTACIÓN.....	9
3.1	Antecedentes	9
IV.	MARCO CONCEPTUAL.....	23
4.1	Conceptualización de la enfermería	23
4.2	Paradigmas.....	28
4.3	Teoría de enfermería	30
4.4	Proceso de enfermería	32
V.	METODOLOGÍA	56
5.1	Estrategia de investigación	56
5.2	Selección del caso y fuentes de información	57
5.3	Consideraciones éticas.....	58
VI.	PRESENTACIÓN DEL CASO	62
6.1	Descripción del caso	62
6.2	Antecedentes generales de la persona, salud y entorno.....	63
VII.	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	64
7.1	Valoración	64
7.1.1	Valoración focalizada	71
7.1.3	Análisis de estudios de laboratorio y gabinete	82
7.1.3	Jerarquización de problemas	84
7.2	Diagnóstico de enfermería.....	88
7.4	Planeación de los cuidados.....	92
7.4.1	Objetivo de la persona.....	91
7.4.2	Objetivo de enfermería.....	91
7.4.3	Intervenciones de enfermería (fundamentación de cada una de las intervenciones).....	91
7.5	Ejecución.....	91
7.5.1	Registro de las intervenciones.....	91
7.6	Evaluación.....	91

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona.....	91
7.6.2 Evaluación del proceso.....	91
VIII. PLAN DE ALTA	128
IX. CONCLUSIONES.....	129
X. SUGERENCIAS.....	130
BIBLIOGRAFIA	131
ANEXOS.....	136

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso, aplicado a una persona en el periodo postoperatorio mediato con la necesidad alterada de higiene y protección de la piel está basado en el modelo teórico de Virginia Henderson. Se llevó a cabo en la práctica clínica en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca durante la rotación en hospitalización segundo nivel de cirugía general, se seleccionó a una persona y con base en la valoración inicial se encontraron 8 necesidades alteradas, motivo por el cual se realizan cuidados especializados de manera holística, física y emocional.

Para la realización de este estudio de caso se llevó a cabo la revisión bibliográfica basada en evidencia, para poder otorgar un cuidado especializado y alcanzar la mayor independencia en las necesidades alteradas.

Cabe mencionar que la necesidad de higiene y protección de la piel se encontró totalmente dependiente debido a alteraciones gastrointestinales por una sepsis abdominal con manejo de abdomen abierto identificándose como una complicación debido a la ausencia de una adecuada valoración de la ileostomía. Lesiones por presión secundario a la lesión raquimedular como padecimiento inicial de la persona, por lo que se considera brindar cuidados especializados, con el objetivo multidisciplinario de erradicar el proceso infeccioso de la persona y lograr el cierre de herida por segunda intención y evitar futuras lesiones por presión.

Descrito esto encontramos que la sepsis abdominal es la respuesta sistémica a un proceso infeccioso inicialmente localizado en los órganos de la cavidad abdominal, incluidos el epiplón y peritoneo, presenta la respuesta inflamatoria peritoneal o visceral no específica del hospedero ante la invasión microbiana. No existen estudios epidemiológicos extensos nacionales sobre la incidencia de esta patología, la mayoría de los estudios se basan en diagnósticos etiológicos. Sin embargo, en la base de datos de la UCIA del Hospital Juárez de México del 2011 al 2014 reportaron 1180 ingresos de los cuales 105 tuvieron diagnóstico primario de sepsis severa o choque séptico de etiología abdominal, 20% de estas personas presentaron

infección o dehiscencia de la herida quirúrgica, con una mortalidad de 53.8% en 2011 y 22.5% en 2015.¹

Se realizó el estudio de caso teniendo como eje rector el método de enfermería de acuerdo con las 5 etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

En el presente se incluyen 3 valoraciones focalizadas llevando el seguimiento de la persona en virtud de la valoración inicial y la necesidad de higiene y protección de la piel, pero cabe mencionar que en el desarrollo nos encontramos con cambios en la jerarquización de las necesidades llegando a un resultado satisfactorio para todo el equipo multidisciplinario que trabajó en conjunto para el cierre de herida por segunda intención.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General

Desarrollar un estudio de caso aplicado a una persona en el post operatorio mediato integrando el conocimiento adquirido en la formación académica a través del proceso atención de enfermería bajo el modelo de Virginia Henderson mediante cuidado especializado.

Específicos

Efectuar una valoración de acuerdo con las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson.

Identificar y jerarquizar las necesidades de la persona basados en el modelo teórico de Virginia Henderson.

Formular diagnósticos de enfermería reales y de riesgo de acuerdo a las necesidades de Virginia Henderson.

Plantear objetivos de acuerdo con las respuestas humanas de la persona.

Ejecutar intervenciones de enfermería especializadas para mejorar el estado de salud.

Realizar una evaluación posterior a la ejecución del plan de cuidados.

Efectuar valoraciones focalizadas para conocer aspectos específicos del problema o situación detectada.

Desarrollar un plan de alta en base a los cuidados específicos en el hogar y signos y síntomas de alarma del padecimiento.

III. FUNDAMENTACIÓN

3.1 Antecedentes

El presente estudio de caso ha sido desarrollado con base a la aplicación de la teoría de Virginia Henderson, en una persona con alteración de la necesidad higiene y protección de la piel relacionado con una respuesta sistémica por un proceso infeccioso localizado, se realizó una revisión bibliográfica y como resultado lo siguiente fue de mayor impacto en el desarrollo.

Al comenzar la búsqueda de la fisiopatología como enfermera perioperatoria e identificando que el comienzo de la patología recae en una alteración gastrointestinal y teniendo las bases principales del concepto, etiología, signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento es fundamental este conocimiento para brindar un cuidado especializado de calidad en un post operatorio mediato.

En la guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto del año 2009 describe que cualquier persona tiene riesgo de desarrollar sepsis, aunque este riesgo se incrementa en los extremos de la vida (<1 año y >60 años), persona inmunocomprometida, con heridas y traumatismos, adicciones (alcohol y drogas), procedimientos invasivos y variabilidad genética.¹ Es importante conocer cuáles son los antecedentes personales e identificar los factores principales que pueden formar parte del padecimiento de la persona.

De acuerdo en e++

4l tercer estudio internacional de consenso las definiciones de sepsis y el shock séptico (sepsis-3), donde refiere los nuevos criterios para la definición de sepsis se basan en una comprensión de los cambios inducidos por esta. En el año 2016 un grupo de trabajo formado por expertos en sepsis de la European Society of Intensive Care Medicine y de la Society of Critical Care Medicine, basado en una comprensión

actual de los cambios, revolucionaron las definiciones actuales de sepsis dejando de lado el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

En la actualidad la sepsis se define como “la disfunción orgánica causada por una respuesta anómala del huésped a la infección que supone una amenaza para la supervivencia”.

Por tanto, la sepsis ya no se considera una enfermedad específica sino más bien un síndrome clínico. Se puede identificar por una constelación de signos y síntomas clínicos en una persona con una infección sospechosa.

Podemos entonces considerar que la sepsis es un síndrome formado por factores patógenos, del huésped (sexo, etnicidad, determinantes genéticos, edad, comorbilidades), así como del medio ambiente, que son determinantes en la evolución de la enfermedad. Lo que diferencia la sepsis de la infección es una respuesta del huésped desregulada y la presencia de disfunción orgánica.

Clave 1: Infección

El primer paso sigue siendo la identificación de la infección dentro de las primeras 6 horas. La evidencia recomienda utilizar signos y síntomas de infección para promover la identificación temprana de personas con sospecha o infección confirmada.

Clave 2: Escala de predicción.

En la actualidad se recomienda clasificar la disfunción orgánica múltiple por la escala de SOFA (Sequential Organ Failure Assessment). Una puntuación de SOFA ≥ 2 refleja un riesgo de mortalidad global de aproximadamente un 10% en la población general.

	0	1	2	3	4
RESPIRACIÓN PaO ₂ /FIO ₂ , mm Hg SaO ₂ /FIO ₂	>400	<400 221-301	<300 142-220	<200 67-141	<100 <67
COAGULACIÓN Plaquetas /mm ³	>150	<150	<100	<50	<20
HÍGADO Bilirubina (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11-9	>12
CARDIOVASCULAR Tensión arterial	PAM >70mmHg	PAM <70mmHg	Dopamina a <5 ó dobutamina a cualquier dosis	Dopamina a dosis de 5.1- 15 mcg ó Epinefrina a <0.1 mcg ó Norepinefrina a <0.1mcg	Dopamina a dosis >15 mcg ó Epinefrina >0.1 mcg ó Norepinefrina a >0.1 mcg
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
RENAL Creatinina (mg/dL) O flujourinario(mL/d)	<1.2	1.2-1.9	2.0-2.4	3.5-4.9 <500	>5.0 >200

El Tercer Estudio Internacional de Consenso Las definiciones de sepsis y el shock séptico (sepsis-3).

Clave 3: Inestabilidad hemodinámica

Las personas con shock séptico serán aquellos con:

- Hipotensión persistente que requiere vasopresores para mantener PAM \geq 65 mmHg.
- Lactato sérico > 2 mmol/L (18 mg/dL) en caso de presentar hipovolemia o > 4 mmol/L (36 mg/dl) en caso de no presentarla.

Clave 4: Disfunción orgánica

La disfunción orgánica puede ser identificada como un cambio agudo en la puntuación SOFA total de 2 puntos consecutivos a la identificación de la infección. Se puede suponer que la puntuación SOFA de referencia es cero en personas que no se sabe que tienen disfunción orgánica preexistente.²

El Quick SOFA (qSOFA) puede servir para considerar una posible infección en pacientes en quienes no se ha diagnosticado infección previamente, no requiere pruebas de laboratorio, se puede realizar de manera rápida y se puede utilizar para el tamizaje de pacientes en quienes se sospecha un cuadro de sepsis probable. Se sugiere que los criterios qSOFA pueden ser utilizados de manera inmediata por los clínicos para evaluar la disfunción de órganos, para iniciar o intensificar la terapia en su caso, y para considerar la derivación a la atención crítica o aumentar la frecuencia de seguimiento.³

Quick SOFA

Es importante destacar la evidencia de dos de los tres elementos Quick SOFA

- Alteración del estado mental (Glasgow <13 puntos)
- Frecuencia respiratoria mayor o igual a 22 respiraciones / minuto.
- Presión arterial sistólica menor o igual a 100 mmHg

Cabe mencionar que un método de tratamiento con el que cursa la persona son ostomías abdominales (ileostomía y colostomía) de las cuales no se puede descartar una complicación e identificar las características, manejo y cuidados especializados que se deben brindar a la persona por lo que la siguiente revisión de artículo nos brinda información de una clave fundamental.

El autor Luis A Gorordo-Delsol y sus colaboradores en el artículo Sepsis abdominal: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento; en la parte de la etiología que la mayor parte de los casos de sepsis intraabdominal incluye la participación de flora gastrointestinal del hospedero. La acidez gástrica es el principal factor que impide la adherencia de las bacterias hacia las paredes de la porción proximal del intestino delgado. Las enfermedades del estómago y duodeno que menoscaban dichos mecanismos de defensa alteran la flora, tales como la aclorhidria gástrica patológica. La obstrucción de yeyuno-íleon ocasiona estasis, con un incremento importante en el número de bacterias, por lo común anaerobias y coliformes presentes en el intestino delgado; la microflora de la porción distal del yeyuno-íleon muestra un incremento en el número de microorganismos que llega a ser de 10^8 /mL;

sin embargo, en el colon, 10^{11} a 10^{12} /g de excremento. La *Escherichia coli* se reporta hasta en 56.7% de los cultivos biopsia transquirurgicos, seguido de *A. Streptococci* 25%, *B. fragilis* 22.8% y otros.⁴

El tratamiento quirúrgico de un foco séptico abdominal, de efectuarse a la brevedad posible pues el retraso de tratamiento mayor a 24 horas eleva la mortalidad y morbilidad considerablemente. Se debe valorar la intervención por abordaje laparoscópico, endoscópico o abierto, según este indicado, y con base en la experiencia del médico y la disponibilidad de recurso. Se recomienda que en todas las intervenciones se tome cultivo biopsia de la cavidad para realizar el diagnóstico microbiológico y dirigir la terapia antibiótica.

Las heridas quirúrgicas deben revisarse frecuentemente durante el día, sobre todo, ante la sospecha de complicaciones, si las variables hemodinámicas tienden al deterioro o aumenta la respuesta inflamatoria sistémica tienden al deterioro o aumenta la respuesta inflamatoria sistémica sin causa aparente. Se debe iniciar tratamiento antibiótico de amplio espectro, con base en los esquemas recomendados, monoterapia, o terapia combinada, según sea el caso, tomando en cuenta el punto de partida abdominal, durante la primera hora del diagnóstico.

La conclusión es, que el tratamiento antibiótico exitoso de la peritonitis purulenta secundaria requiere el uso de agentes en contra de bacterias Gram negativas aerobias y facultativas y anaerobios, por ser estos microorganismos los más comúnmente implicados en la etiología del padecimiento.

El equipo multidisciplinario y entre ellos la enfermera perioperatoria logramos tener los conocimientos y las herramientas necesarias para hacer una buena valoración a la persona y definir de las 14 necesidades cuales eran las alteradas por el padecimiento actual e identificar los datos objetivos y subjetivos de la persona y poder planear un cuidado especializado centrado en la etiología del problema.

En cuanto al diagnóstico la guía de práctica clínica nos dice lo siguiente la presencia de alteraciones generales, inflamatorias asociadas a infección documentada o su

sospecha, establecen clínicamente el diagnóstico de sepsis, que para su confirmación requiere de estudios de laboratorio.

Se recomienda el monitoreo continuo de:

- 1) Frecuencia Respiratoria
- 2) Presión Arterial
- 3) Presión Arterial Media (la hipotensión se refiere a: PAS<90 mm Hg, PAM<60 mm Hg, o descenso >40 mm Hg de la basal)
- 4) Frecuencia Cardíaca
- 5) Temperatura corporal
- 6) Volúmenes urinarios horarios
- 7) Alteraciones del estado mental y
- 8) Velocidad de llenado capilar

Para confirmar el diagnóstico y los procesos sépticos, además de los datos clínicos se requiere documentar en la citología hemática la presencia de:

Leucocitos >12,000, o

Leucopenia <4000, o

Bandemia >10%

En la persona con sepsis, sepsis grave o choque séptico, en ausencia de diabetes, puede presentarse hiperglucemia con valores séricos >120 mg/dL, o >7.7 mmol/L, como consecuencia de alteraciones metabólicas como respuesta al proceso inflamatorio.

Los niveles séricos de procalcitonina se elevan a partir de las 6 h de inicio de la sepsis, como respuesta inflamatoria, siendo un marcador relacionado con la gravedad y evolución de la infección.

Los biomarcadores dentro de la fase aguda como la Proteína C reactiva (PCR) se elevan como respuesta del proceso inflamatorio >2 desviaciones estándar (DS) de su valor normal o >50 mg/ L.

El cuidado de la enfermera especialista se basa en conocer los signos y síntomas de la persona ya que al distinguir estrictamente cuales son los puntos claves críticos a evaluar en la persona podemos tomar decisiones de cuidado y reportar a tiempo las alteraciones de la persona de manera oportuna y veraz por lo que se mantuvo alerta de la persona en estudio en base a lo que nos dicta la bibliografía revisada y documentada.

La guía de práctica clínica describe el tratamiento para sepsis grave y/o choque séptico, el cual debe iniciarse en las primeras 6 horas, lo cual disminuye la mortalidad en un 16.5%.

Las metas de la reanimación en sepsis grave y choque séptico incluyen:

Presión venosa central (PVC) 8-12 mm Hg

Presión arterial media (PAM) \geq 65 mm Hg

Gasto urinario (GU) 0.5 mL / kg / hr

Saturación de oxígeno de sangre venosa (SATVO₂) \geq 70% o saturación de oxígeno de sangre venosa mezclada (SATV mezclada) \geq 65%

El empleo de antimicrobianos combinados de amplio espectro puede desarrollar resistencia de microorganismos como *Candida* spp., *Clostridium difficile* o *Enterococcus faecium* resistente a vancomicina. Se ha demostrado que cuando se identifica el agente causal, la monoterapia específica tiene la misma eficacia que la terapia combinada, disminuye la toxicidad y costos; solo en casos específicos de toxicidad y costos; solo en casos específicos debe considerarse la terapia combinada.

Conocer el tratamiento de la sepsis abdominal compete a un equipo multidisciplinario y sin duda a la enfermera especialista perioperatoria ya que seremos participantes en el periodo perioperatorio.

El estudio de caso con relación a una persona engloba todos los padecimientos por los cuales está cursando, en este caso se sustenta en la persona en estudio por lo cual se encuentra bibliografía basada en evidencia relacionado con otras

complicaciones que aunados a la patología de base deben conllevar un cuidado especializado para evitar complicaciones en la persona motivo por el que se fundamenta la recopilación de artículos que se asemejan a dichos padecimientos de la persona.

Los autores Medina A Y. Katherin C L. refieren en su artículo “Infecciones de las heridas quirúrgicas relacionada a la atención perioperatoria” que la infección de la herida quirúrgica sigue siendo una de las causas más frecuentes de complicaciones quirúrgicas graves. El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo. Estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud y omnipresencia del problema. En el mundo en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión organizativa y en la lucha contra las infecciones, la deficiente capacidad y formación del personal y la grave escasez de recursos financieros son factores que contribuyen a aumentar las dificultades

El 16.66% de las personas asiste a la clínica presentando como signos y síntomas de infección, eritema, secreciones y edema en el sitio de la incisión. ⁵

Es importante hacer conciencia de la responsabilidad que adquirimos y al conocimiento de base de esta persona en sus cuidados especializados que se brindaron en todo el periodo perioperatorio, es sustancial el manejo de una herida quirúrgica ya que por medio de la educación también se pueden evitar complicaciones en un periodo post operatorio tardío.

El artículo escrito por Castro B R. Rubiano M Y “Experiencia en el cuidado de enfermería: herida de abdomen abierto en el adulto” describen que el abdomen abierto es una herida resultante de una técnica quirúrgica que tuvo sus primeros avances en 1905 y 1906, solo hasta 1979 y con el recuento de las experiencias de antecesores como Steimberg, reconocido cirujano de la época, se propuso como vía ideal el abdomen abierto para tener un acceso continuo, rápido y sin mayores complicaciones hacia la cavidad peritoneal y así controlar por no más de 48-72

horas los estragos que estaba causando la diseminación bacteriana por la exposición tisular de las personas que trataba.

Los cuidados especializados de enfermería que se brindaron en la persona fueron fundamentales y de amplia influencia para su adecuada evolución; sin embargo, su verdadera repercusión se evidencia cuando en tales intervenciones se considera a la persona como un ser integral que con una herida abierta no solo está expuesto a riesgos microbiológicos y fisiológicos, sino también a cambios psicológicos y al no desempeño de sus roles sociales⁶

Debemos visualizar a la persona como un todo, como un ser con necesidades y que deben estar satisfechas para una pronta mejoría, que si bien somos especialistas en brindar cuidados a una herida quirúrgica también debemos tener esa sensibilidad de manejar psicológicamente a la persona y brindar siempre ese confort y ayudarlo a la integración a mayor medida posible de una vida digna.

Los autores Machado L. Turrini RN. Siqueira AL. en su artículo llamado “Reingreso por infección del sitio quirúrgico: una revisión integradora” refieren que la infección del sitio quirúrgico (ISQ) es una de las causas más frecuentes de complicaciones en el período postoperatorio. Se considera un riesgo inherente a la realización de cualquier acto quirúrgico y está asociada a un conjunto de factores relacionados con el propio procedimiento, así como a las condiciones físicas y clínicas de la persona.

El riesgo para adquirir una infección aumenta según la gravedad de la persona y la complejidad del cuidado; en las personas que se someten a procedimientos quirúrgicos, este riesgo se intensifica debido a la potencial contaminación inherente a todo procedimiento invasor.

Los resultados de la vigilancia post-alta mejoran las tasas subestimadas y podrían ser punto de partida para la identificación de procedimientos que representan mayor riesgo para las ISQ, orientando las acciones de prevención y control.⁷

Como parte de un equipo especializado es nuestra responsabilidad reconocer los factores de riesgo para prevenir las infecciones del sitio quirúrgico, teniendo este conocimiento podría llevarse un seguimiento específico a la persona, siendo esto

de mayor importancia para poder intervenir en un periodo postoperatorio mediato y brindar así cuidados que nos permitan eliminar el mayor riesgo posible para que la persona reincida a nivel hospitalario por un mal manejo de la herida quirúrgica, por lo que se siempre se mantuvo alerta a los posibles signos y síntomas que indicaran nuevamente infección del sitio quirúrgico.

Los autores Buritica AH. García NG. Fernandez RC. en su artículo “Manejo de las heridas quirúrgicas: compromiso del cuidado humanizado” describen que las técnicas y procesos desarrollados para el cuidado de las heridas son realizados dependiendo de las personas que ejecutan el procedimiento; no obstante, la existencia de protocolos institucionales. No existe un proceso estructurado de valoración integral de la herida que permita realizar una selección racional de los materiales e insumos requeridos según características particulares de la misma.

Adicional a esto, se registra un proceso deficiente en el seguimiento de la evolución de la herida y notas de enfermería, lo cual contribuiría a reorientar su cuidado según necesidad. Se presenta poco la práctica de rituales que establezcan el proceso de cuidado de las heridas en un contexto de lo humano, lo cual redundaría en el establecimiento de lazos en los que se reconozcan los sentimientos y sensaciones del otro; esto es humanizar el cuidado de las personas con heridas.⁸

La sensibilización hacia nosotros el personal de salud debe estar siempre presente y más en estas situaciones como las que presenta esta persona en estudio, siempre se mantuvo un cuidado humanizado que si bien es cierto una herida siempre llevara un proceso de recuperación para la persona y que debemos ser lo más sensibles para su trato el cual nos compete en los tres periodos, así mismo abordarlo de tal forma que se sienta informado del cuidado tanto la persona como el cuidador primario ya que ambos estarán involucrados. Sensibilizar de tal forma a las compañeras de enfermería para llevar a cabo de manera humana siempre el cuidado de una herida.

En el artículo por Mejía RG. Mejía PS. “Bolsa de Bogotá resistente en abdomen abierto” refieren que es fundamental el manejo adecuado de una persona con una patología que implica cuidados en el abdomen abierto. Por lo anterior la bolsa de

Bogotá, por su gran ayuda, es una técnica muy empleada en nuestro medio. Se logra un mayor beneficio en la fuerza de sostén, con las consecuentes ventajas, sobre todo en los puntos relacionados a la aproximación de la aponeurosis, movilización y deambulacion de la persona y el soportar mejor el apoyo ventilatorio. La técnica de bolsa de Bogotá se logra con mayor funcionalidad. Destacando mayor resistencia o fuerza de contención que permite una movilización temprana segura.⁹

Es indispensable conocer los métodos de tratamiento por lo que se identifican y se estudian para poder llevar a la práctica con la persona un mejor manejo de la herida por método abierto y se brindan cuidados especializados para aumentar los beneficios en la persona y lograr mayor independencia y así mismo poder alcanzar la recuperación de la persona.

Los autores Almendárez J A, Landeros L M, Hernández M A, Galarza M Y, Guerrero M T. en su artículo “Prácticas de autocuidado de persona enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería” representan que las enterostomías consisten en la creación de una estoma (boca) mediante un procedimiento quirúrgico en alguna parte del tracto intestinal, en este caso para facilitar la eliminación del intestino grueso o delgado y según la ubicación es denominada colostomía o ileostomía. Independientemente de sus características sociodemográficas, la persona es un ser humano que debido a su nueva condición de enterostomizado se encuentra vulnerable y se enfrenta a una serie de problemas para adaptarse a su nueva condición, entre las que se encuentra la falta o déficit de conocimientos para el manejo de su ostomía y de sus nuevos hábitos.¹⁰

En la valoración de la persona debe existir ese interés de conocer cuáles son las condiciones en las que se encuentra y derivado de esta poder proporcionar un cuidado especializado y de calidad y al mismo tiempo brindar una educación desde el momento en el que se encuentra hospitalizado para el manejo que debe llevar en casa, que fue lo que se le otorgo a la persona y cuidador primario, es importante realizarlo desde un primer contacto y no esperar hasta que sea dado de alta, ya que se debe sensibilizar con su nueva condición tanto la persona y con la cuidadora primaria deben involucrarse en todos los procedimientos que se le realicen.

Los autores Almendárez Bonill-de-las-Nieves C, Celdrán-Mañas M, Hueso-Montoro C, Morales-Asencio JM, Rivas-Marín C, Fernández-Gallego MC. en su artículo “Conviviendo con estomas digestivos: estrategias de afrontamiento de la nueva realidad corporal” concluyen que los resultados de este estudio ponen de manifiesto cómo las estrategias desarrolladas para hacer frente a la situación están enfocadas a la normalización del proceso, con el propósito de conseguir un manejo efectivo del estoma, de modo que interfiera lo menos posible en su día a día y se favorezca el proceso de adaptación. En aquellas personas que consiguen ponerlas en marcha se observa una mayor sensación de control y seguridad, disminuyéndose los temores al rechazo social. El desarrollo estas estrategias está estrechamente vinculado a la consecución de la autonomía.¹¹

La participación de la enfermera perioperatoria es importante ya que debe asistir a la persona en todo el proceso perioperatorio, lo cual se efectuó en la persona, se debe ser partícipe en todas aquellas situaciones en las que la persona necesite un cuidado especializado para lograr la autonomía en su cuidado diario, debe involucrarse con la persona en la educación, la evaluación de la funcionalidad y el manejo de las estomas, ya que al llevar un adecuado cuidado permanecerán funcionales y sin complicaciones por mucho tiempo y al ser una condición de vida permanente la persona deberá adaptarse a este cambio y conocer cuáles serán esas pequeñas modificaciones que tendrá que realizar día con día y manejarlo de una manera independiente.

Los autores García FF, Soldevilla AJ, Pancorbo HP, Verdú SJ, López CP, Rodríguez PM. en su trabajo “Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia” refieren que la necesidad de clasificar, sinónimo de ordenar, pero al mismo tiempo de clarificar, guiar, conducir no es nueva y si cabe ha de ser innata a un procedimiento que busque la mejora de una intervención preventiva o terapéutica. Las lesiones por presión son un problema tan antiguo como la propia humanidad, que afecta y ha afectado a todas las personas, sin distinción social, durante todos los periodos históricos. Durante mucho tiempo hemos asistido a un debate sobre si las lesiones por presión se generan de fuera a dentro o de dentro a

fuera. Con el conocimiento actual podemos decir que ambas situaciones son posibles y que van a estar condicionadas por las fuerzas que las originen.¹²

Es un cuidado esencial de la enfermera el realizar la movilización en las personas que se encuentran encamados y que por sus condiciones físicas de salud no realizan una movilización autónoma, la enfermera perioperatoria debe valorar las lesiones por presión y evitar futuras al valorar las condiciones de la persona debemos evitar la manifestación de dichas lesiones y educar al cuidador primario de cómo realizar la movilización en casa y más aún si se trata de una persona que no podrá hacer movimientos de algunas extremidad del cuerpo, y que necesitara rehabilitación para poder conseguir algún tipo de movimiento o en su defecto para que las articulaciones no tengan algún padecimiento de mayor severidad. En base en este artículo se identificaron las lesiones de la persona y categorizarlas de una manera específica e individualizada.

Tizón-Bouza, E. Pazos-Platas, S. Álvarez-Díaz, M. Marcos Espino M.P. Quintela-Varela, M.E. autores del artículo “Cura en ambiente húmedo en úlceras crónicas a través del Concepto TIME. Recomendaciones basadas en la evidencia.” describen que la preparación del lecho de la herida en cura ambiente húmedo (CAH) ofrece un enfoque global para la eliminación de obstáculos en la cicatrización y para la estimulación del proceso de cicatrización. Esta preparación abarca procesos básicos como son el tratamiento de la infección, abordaje del tejido necrótico y desvitalizado, además del exudado, sin descuidar el mantenimiento y cuidado del tejido borde perilesional. El concepto TIME sobre cura en ambiente húmedo consiste en la PLH “Preparación del lecho de las heridas”, adaptándose a las necesidades de esta y al proceso de cicatrización. Existen cuatro componentes en la preparación del lecho de la herida, cada uno de ellos enfocado en las diferentes anomalías fisiopatológicas que subyacen a las heridas crónicas.¹³

La enfermera perioperatoria debe conocer cuáles son los tratamientos más efectivos y eficaces para tratar una herida crónica y al adquirir estos conocimientos se valoran las heridas de la persona y se brinda un cuidado especializado y que mejor que conocer cuál es el manejo adecuado para obtener un mejor resultado, y al estar a la vanguardia en cuanto a productos y el manejo de estos se llevó a cabo su uso para lograr mejores resultados en el tratamiento de dichas lesiones.

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Conceptualización de la enfermería

Enfermería se ha descrito en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas (subordinadas a la medicina); como un servicio humano amplio, compasivo y de apoyo; como una vocación aprendida; y más recientemente como una disciplina del área de la salud y del comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el trascurso del proceso vital humano.

La conceptualización incluye el entendimiento de aquellos factores biológicos, del comportamiento, sociales y culturales que tienen influencia en la salud y la enfermedad, incluyendo las definiciones de indicadores y resultados de salud. Estas características se reflejan en los temas manejados por Donalson y Crowley (1978); 1. Los principios y leyes que gobiernan los procesos vitales y el funcionamiento óptimo de los seres humanos; 2. Los patrones del comportamiento humano en interacción con el ambiente o contexto en situaciones normales o críticas de la vida; y 3. los procesos a través de los cuales se suceden cambios en la vida de los seres humanos y que afectan el estado de la salud.

Se reconoce que enfermería es una DISCIPLINA PROFESIONAL (Johnson 1959; Leninger, 1968; Dickoff y James, 1968; Donalson & Crowley, 1979; Rogers, 1971, 1981; Bilitsky, 1981; Fawcett, 1984; Woods & Catansaro, 1988); un campo científico de aplicación porque su desarrollo disciplinar se basa en conocimientos propios particulares y en otros derivados de las ciencias naturales, sociales y de las humanidades.

Pero no por el hecho de existir consenso sobre esta definición se asegura el crecimiento y el avance de enfermería y se logra su cometido social. Es necesario hacer esfuerzos para aclarar con mayor precisión las metas de la profesión y para ver con claridad el imperativo académico del desarrollo de la ciencia de enfermería.¹⁴

A causa de la necesidad de reflexionar sobre la construcción de una sociedad desconocida hasta entonces, la burguesa, de la crisis de valores y de la relación entre ciencia y poder, surgen nuevas corrientes de pensamiento; y producto de una de ellas es el Instituto de Frankfurt en 1923, formado por pesadores alemanes con espíritu crítico. Sus principales influencias: las teorías marxistas, la fenomenología y el psicoanálisis. Algunos de sus pensadores más ilustres fueron Horkheimer y Adorno, así como Habermas, Wellmer, Offe, Negt y Schmidt, exponentes más importantes de la denominada segunda generación. El Instituto, posteriormente llamado Escuela de Frankfurt, pone de manifiesto el uso del concepto y la filosofía del pensamiento crítico en la era moderna. La defensa de pensamiento crítico y el paradigma sociocrítico pueden considerarse el sello de identidad de este Instituto, que promocionó una evolución que permitiría el abandono del tradicionalismo y reduccionismo dominante por parte del positivismo.

Ese paradigma, el sociocrítico, como cualquier corriente de pensamiento, cuenta con una serie de características que distintos autores, como Popkewitz, han estudiado y enumerado:

- Conocer la realidad como praxis
- Unificar teoría y práctica.
- Elevar el conocimiento hacia la emancipación permitiendo así la liberación humana, conseguir la participación de todos los implicados, incluido el investigador.
- Establecer procesos de autorreflexión y toma de decisiones consensuadas.

Para Kincheloe y McLaren, el paradigma sociocrítico establece que:

- Todo pensamiento está condicionado por las relaciones sociales.
- En el proceso de comunicación los conceptos de significante-significado son variables.
- Los sucesos no pueden separarse del dominio de los valores y la ideología.
- El lenguaje es un vehículo de subjetividad consciente e in-consciente.

- En todo grupo social existen grupos dominantes y dominados, esta relación se refuerza cuando la situación de sumisión es aceptada de forma natural.
- No se debe obviar ninguna de las posibles facetas de la opresión; la opresión de razas, de clases, de género, etc., está normalmente alineada con las formas de investigación consolidadas.

Como cualquier corriente de pensamiento, no es algo estable, sino variable. Desde su nacimiento, el paradigma sociocrítico no ha hecho más que absorber distintas aportaciones, evoluciones, etc.; tanto es así, que ha habido autores muy relevantes en su evolución de los que no se puede hablar del paradigma sociocrítico sin nombrarlos. Es el caso de Foucault. A pesar de la insistencia de determinados autores por instaurar a Foucault como el reemplazo de la teoría sociocrítica, muchos son los puntos en común entre sus teorías y el paradigma sociocrítico. Autores como McCarthy, entre otros, describen la existencia de nexos de unión con Habermas, los cuales pueden ser considerados comunes en ambos autores, que definen los puntales de un modelo conceptual sociocrítico común:

- La importancia de lo práctico sobre lo teórico, distanciándose así de la concepción positivista, donde lo práctico se reduce a técnica.
- La negación de la existencia del sujeto cartesiano, con una concepción unicista de un sujeto aislado de la sociedad y aséptico a esta.
- La crítica de la instrumentalización de la razón positivista.

Ambos autores señalan la necesidad de mantener una actitud crítica, principalmente sobre las epistemologías y metodologías productoras de conocimiento con el fin de evitar las tecnocracias y los modelos de dominación social producidos por la instrumentalización de la razón. Para Habermas, esa instrumentalización “hunde sus raíces epistemológicas en la simplificación de la práctica a técnica. Esa simplificación surge producto de la aplicación del modelo positivista de las ciencias naturales a las sociales, eliminando así cualquier implicación de subjetividad o de particularidad y abandonando todo tipo de implicaciones éticas, sociales, ideológicas”.

Las diferencias existentes vienen dadas por las influencias de uno y otro autor. Marx y Hegel son las influencias principales para Habermas mientras que Nietzsche es la principal para Foucault.

Como consecuencia de esa nueva corriente de pensamiento, del paradigma sociocrítico, surge una nueva forma de entender y comprender el mundo, adecuada a las características descritas previamente: el pensamiento crítico. Su definición etimológica lo explica a la perfección. Con dos raíces griegas, *kriterion* (normas) y *Kriticos* (juicios exigentes), muestra de forma elocuente su significado: juicio elaborado sobre las normas más exigentes. El origen del pensamiento crítico hunde sus raíces en la dialéctica, la retórica y la lógica del pensamiento griego; Dewey (1910) puede considerarse el primer autor que lo nombra en la edad moderna y lo define como: “La consideración activa, persistente y cuidadosa de una creencia o forma supuesta de conocimiento a la luz de los fundamentos que lo apoyan y de las conclusiones a las que atiende”.

El concepto que posteriormente evolucionaría hasta el que hoy se conoce como pensamiento crítico lo hace de la mano del paradigma sociocrítico. Para Habermas, el pensamiento crítico puede concebirse de tres formas: como producto, como práctica o como praxis. Esta última hace referencia al desarrollo de “una conciencia crítica, orientada a la emancipación y la autonomía de la persona y la comunidad, con el propósito del mejoramiento de la experiencia individual y social”. Lo que en palabras de Habermas se acerca al conocimiento emancipatorio. A lo largo de los siglos XX y XXI, otros autores han continuado distintas trazas del pensamiento crítico, en diversos ámbitos como la psicología o la pedagogía, principalmente. Autores como: Wundt y Chaffee (2000) Dressel y Mayhew (1954), Paul (1990, 1992) son algunos de ellos.

En la enfermería, igual que en cualquier otro ámbito del conocimiento, el paradigma sociocrítico se hizo extensible. Siles define una enfermería sociocrítica como: “El tipo de conocimiento es el propio de una enfermería social inmersa en un proceso dialéctico y subjetivo cuyo objetivo es la construcción de nuevas realidades sociosanitarias”.

Con la llegada del nuevo paradigma, el proceso de formación y adiestramiento de la enfermería cambiaría para dar satisfacción a un concepto de salud. En él, cada uno de los ciudadanos es responsable de su propia salud y la enfermería pasa de adoptar un rol maternal y a doctrinante, a ser agente activo en salud.

La enfermería ha sido el ámbito en el que más se ha investigado el pensamiento crítico. Estudios realizados por White y por Proffeto y McGrath en el 2003, muestran la diferencia de la atención prestada entre las enfermeras que desarrollan un pensamiento crítico y las que no: “la toma de decisiones es la función clínica que diferencia al personal profesional de enfermería del personal técnico”.¹⁵

4.2 Paradigmas

Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas paradigmas, principalmente por el filósofo Jun (1970) y el físico Capra (1982). Estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental o paradigmas que han influenciado todas las disciplinas.

En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina. Las denominaciones utilizadas aquí están inspiradas en los trabajos de Newman, Sime y Corcoran-Perry (1991) y de Newman (1992). Se trata de los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación.

Según **el paradigma de la categorización**, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.

Aplicado en el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Orientación hacia la salud pública

La necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación.

Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas, considera a la persona según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente. Si el aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la

tranquilidad y una dieta adecuada permiten a la persona que sufre movilizar sus energías hacia la curación y a la que goza de salud, conservarla, luego, estos factores del entorno son válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad. La salud no es solamente lo opuesto a la enfermedad: este concepto significa igualmente “la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos. El cuidado es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal.

Orientación hacia la enfermedad

La orientación hacia la enfermedad se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas (Donald y cols., 1983). Según esta orientación, el cuidado está enfocado hacia los problemas, los déficits o las incapacidades de la persona. Ya que la persona se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente; empieza y termina en un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte. La salud es un equilibrio altamente deseable. En lo que concierne al entorno es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultural.

El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno, ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

Orientación hacia la persona

Según esta orientación el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. En la medida que la persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados. La salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción

dinámica. Por último, el entorno está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive.

El paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes, un fenómeno es único de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos representan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un pattern único; es una unidad en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, un mundo que lo rodea. Conocida desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento está ya bien situada en todas las esferas del mundo occidental. Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.

Apertura hacia el mundo

La persona es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. La salud no es un bien que se posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad. El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La persona es así un todo indisoluble, mayor que la suma de sus partes y diferentes de ésta. La salud, por su parte, es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. Finalmente, el entorno, está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte.

4.3 Teoría de enfermería

La aportación de las teorías a la ciencia, han permitido organizar y entender los fenómenos de la naturaleza, es decir lo que sucede en la vida diaria de las personas y a través de un análisis crítico dar sentido al mundo empírico. De tal manera que las teorías apuntan a conceptualizaciones e interpretaciones de la realidad

Las teorías son un conjunto de constructos interrelacionados, definiciones y proposiciones que presentan un punto de vista sistemático de los fenómenos mediante la especificación de relaciones entre variables, con el propósito de explicar los fenómenos.

La clasificación teórica, de acuerdo con los niveles de abstracción, fue propuesta por Fawcett, como la manera en que el conocimiento fluye de niveles empíricos (prácticos) hasta niveles puramente teóricos y de alta complejidad conceptual como es el metaparadigma. La teoría de enfermería se refiere a la relación de conceptos que tratan de explicar, relacionar y comprender la práctica a través de acciones y tiene el propósito de responder a preguntas específicas de la misma, lo que conlleva a centrar lo que saben las enfermeras y como estos conocimientos guían su pensamiento y su toma de decisiones mientras se concentran y analizan de manera crítica la situación de salud-enfermedad de la persona.

La diferenciación de los alcances de las teorías (niveles), son una forma de identificar su pertinencia para “explicar” fenómenos de la práctica del cuidado. En la literatura se identifican tres niveles de teorías: las grandes, medianas y micro teorías, cada una con sus particularidades, mismas que la hacen pertinente o no para determinados fenómenos de la práctica de enfermería.

Entonces, según la forma de “identificar su pertinencia para explicar fenómenos de la práctica del cuidado”, Agama Sarabia et al. (2012) identifican tres niveles de teorías:

Grandes teorías

Esquema estructural para las grandes ideas, con propuestas verdaderas o demostrables para la disciplina, en la disciplina de Enfermería, dicho esquema está constituido por constructos sistémicos que hacen referencia a la naturaleza, la misión y las metas del cuidado, dentro de la entidad teórica, la gran teoría, es la de mayor abstracción, describe y explica la relación de la persona, salud, entorno y el cuidado de enfermería; puede ser predictiva de las consecuencias. Es un proceso abstracto y descriptivo donde inicia el conocimiento de la disciplina, necesario para orientar la acción del cuidado formado por la realidad de la práctica.

Teorías de rango medio

Conceptos teóricos que describen fenómenos o conceptos específicos que surgen y reflejan los componentes de la práctica del cuidado de enfermería en diferentes

campos y situaciones, se le considera la herramienta adecuada para sustentar las intervenciones de cuidado de enfermería ya que genera explicaciones sobre el porqué de los fenómenos íntimamente ligados al quehacer cotidiano de enfermería, maneja conceptos concretos definidos operativamente y con proposiciones donde se visualizan las relaciones, su propósito es describir, explicar, planear, predecir o controlar los fenómenos. Este nivel intermedio, se caracteriza por la explicación de un fenómeno y cómo interactúan los elementos paradigmáticos de la enfermería como son la persona y el ambiente.

Microteorías

Son teorías que se centran en los fenómenos de enfermería, que reflejan la práctica clínica y se limitan a poblaciones específicas o a un campo particular de la práctica, estas teorías son definidas por Jacox como aquellas que producen un cambio deseado en la condición de la persona. Su estructura es lineal y sencilla. Los conceptos se operacionalizan y las proposiciones permiten ver con claridad sus relaciones, su propósito es explicar un problema específico de la práctica de enfermería. Es el elemento más cercano a los indicadores empíricos, mencionados por Fawcett, por lo tanto, se puede decir que explican los problemas presentes dentro de la práctica diaria. Generan evidencia del cuidado de enfermería.¹⁶

Como bien sabemos Florence Nightingale caracterizaba el cuidado como el servicio a la humanidad, basada en la observación y la experiencia, que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda restablecer o preservar su salud, reconocida por ser la primera que dio pie a la profesión enfermera.

4.4 Proceso de enfermería

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”, es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes

sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran.

Por consiguiente, el Proceso de Enfermería se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación. También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos de Enfermería para un mismo sujeto. Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado.

De esta forma, para concebir y aplicar el Proceso de Enfermería, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, las habilidades y la crítica, el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la Enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, pero también tiene alguna bases conceptuales de otras áreas del conocimiento, principalmente de las ciencias básicas, especialmente de la morfo-fisio-patología, la psicología y las ciencias sociales. Las habilidades, que se crean y fortalecen en el proceso formativo de la disciplina profesional tanto en términos científicos como procedimentales, conductuales y actitudinales y, finalmente, la crítica entendida como las consideraciones a partir de la revisión, interiorización y aplicación de los contenidos

de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva.

Etapas del proceso de enfermería

El Proceso de enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica.

La primera etapa, es la Valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de esta recolección de hechos se da una interacción enfermera sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona.

La segunda etapa, es el Diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para enfermería basado en las catorce necesidades de Virginia Henderson, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales.

La tercera etapa, la Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera persona) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y

registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

La cuarta etapa, la Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, la persona, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

La quinta y última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud de la persona con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que esta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.¹⁷

El modelo de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería

Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiante. Sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Como enfermera graduada siguió interesándose en estos temas. A partir de la revisión de la bibliografía existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin este elemento primordial – para ella – no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

<< La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible. >>

A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

1. PERSONA

- Necesidades Básicas

2. SALUD

- Independencia

- Dependencia

- Causas de la dificultad o problema

3. ROL PROFESIONAL

- Cuidados Básicas de enfermería

- Relación con el equipo de salud

4. ENTORNO

- Factores ambientales

- Factores socioculturales

La persona y las 14 Necesidades Básicas

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto del cuidado. Así, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con unos componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

1. Necesidad de oxigenación
2. Necesidad de Nutrición e hidratación
3. Necesidad de Eliminación
4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura
5. Necesidad de Descanso y sueño
6. Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas
7. Necesidad de Termorregulación
8. Necesidad de Higiene y protección de la piel
9. Necesidad de Evitar los Peligros
10. Necesidad de Comunicarse
11. Necesidad de Vivir según sus creencias y valores
12. Necesidad de Trabajar y realizarse
13. Necesidad de Jugar/ Participar en actividades recreativas
14. Necesidad de Aprendizaje

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 Necesidades Básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar un lugar a modificarse en las restantes. Desde un punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo. No obstante, debe hacerse constar que el análisis de las necesidades una a una es adecuado cuando los fines son didácticos o bien en la fase de recogida de datos de la etapa de valoración del Proceso de Atención. En este caso, es imprescindible el análisis posterior de dichos datos, a partir de la

interrelación de las diferentes necesidades, para determinar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios – denominados por Henderson – de Independencia y de Dependencia, los cuales serán tratados a continuación.

La salud. Independencia / Dependencia y causas de la dificultad

Virginia Herdenson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/a mismo/, con base a sus propias capacidades, de las 14 Necesidades Básicas). Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como << *falta de fuerza*>>, << *falta de conocimiento*>> o << *falta de voluntad*>>, las cuales se desarrollan más adelante.

El concepto de INDEPENDENCIA puede ser definido como la **capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.**

Como hemos dicho anteriormente, el modo de satisfacer las propias necesidades, así como la forma en que cada uno manifiesta que esta necesidad está satisfecha, es totalmente individual. Por ello, los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo. A modo de ejemplo, tomemos la necesidad de << *usar prendas de vestir adecuadas*>>: Todo el mundo necesita usar prendas de vestir como medio de protección física y psicológica. En una persona adulta valoraríamos el nivel de satisfacción de esta necesidad teniendo en cuenta aspectos tales como adecuación de la ropa elegida según características físicas personales, adecuación de la ropa de acuerdo al rol social que desempeña, armonización de los complementos, organización de su vestuario, cuidado de la ropa, etc. Sin embargo, en un niño de tres años la valoración de basaría en los aspectos referentes a su capacidad para efectuar gestos sencillos

(desabrochar botones, desatar lazadas, etc.), capacidad para identificar prendas de vestir y calzado relacionados con situaciones concretas (botas de agua, ropa para ir al colegio, etc.) capacidad para elegir adecuadamente alguna de ellas (las botas de agua cuando llueve), capacidad para llevar a cabo algunas acciones para evitar ensuciarse (ponerse las servilletas para comer).

Como puede observarse en este ejemplo y como se ha comentado anteriormente, los criterios de independencia deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales variarán según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Todo ello a su vez modifica sensiblemente los criterios de independencia considerados como parámetros de normalidad en cada caso concreto.

LA DEPENDENCIA puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, **la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades**. Por otro lado, puede ocurrir que se realicen **actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes** para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Estos intereses de dependencia deben considerarse – al igual que los de independencia – de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, culturales y espirituales). De acuerdo con este enfoque, una persona con una alteración física que necesite seguir una dieta determinada debe ser calificada como dependiente; si no sabe cómo confeccionarla, si no quiere más o si no pueden por falta de capacidades psicomotoras. Sin embargo, en el momento en que estos déficits sean subsanados, esta dependencia ya no puede ser considerada como tal, aunque la alteración física persista.

LAS FUENTES DE DIFICULTAD son **los obstáculos a limitaciones personales o del entorno, que impiden a las personas satisfacer sus propias necesidades.**

Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1. *Falta de fuerza.* Interpretamos por FUERZA, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
2. *Falta de conocimientos.* En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. *Falta de voluntad,* entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas parece satisfacer las 14 necesidades.

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una **dependencia total o parcial**, así como **temporal o permanente**, aspectos estos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

Rol profesional. Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud

Los Cuidados Básicos son conceptualizados como **acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.**

Como dice Henderson <<... *Este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación...*>>.

Los cuidados básicos de enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de Necesidades Básicas descrito anteriormente, en el sentido de que, tal como afirma la autora, << *Los cuidados básicos de enfermería considerados*

como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera que estas necesidades. En otras palabras, la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona>>. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidas a la persona en su totalidad.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinario, considerando que colabora con los demás miembros del equipo, así como éstas colaboran con ella <<... *En la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento de la persona como para evitarle sufrimientos que la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir de las otras actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia>>.*

En relación con la persona, Henderson afirman que <<... Todos los miembros del deben considerar a la persona que el cliente como la figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en “asistir” a esta persona. Sí la persona no comprender y aceptar el programa tratado **con él y para él**, Ni coopera en su desarrollo, que perderá en gran parte de los que esfuerzos del equipo>>. La persona o usuario es visto a pues como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

Entorno

Diversas autoras han criticado a Henderson el hecho de no incluir el concepto del entorno de una manera específica dentro de su modelo. Sin embargo, si se analiza el contenido del modelo de Henderson, vemos que la autora menciona – unas veces de forma implícita y otras explícitamente – la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultural, aprendizaje, factores ambientales), para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

Aplicación del Modelo de V. Henderson

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente explicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

1. En las ETAPAS de VALORACIÓN Y DIAGNOSTICO, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:

El grado de independencia/ dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.

Las causas de la dificultad en tal satisfacción.

La interrelación de unas necesidades con otras.

La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2. En las ETAPAS DE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN, sirve para la formación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que implican al individuo – siempre que sea posible – en su propio cuidado. Ésta significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que ya eran la etapa de ejecución.
3. Finalmente, en etapa de EVALUACIÓN El modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicará los niveles de independencia mantenidas y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora *nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades/ lo más rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que nosotras proporcionemos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.*¹⁸

Guía para la valoración de las 14 necesidades básicas

Los factores que influyen en la satisfacción de las necesidades, ya que ellos son los que individualizan su esencia y permiten identificar los valores adecuados en su satisfacción desde la unicidad de la persona. Estos factores son por una parte **biofisiológicos**, que hacen referencia a las condiciones genéticas, de la persona y al funcionamiento de sus aparatos o sistemas u órganos, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud. Los **psicológicos** se refieren a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, psicomotricidad, nivel de conciencia, sensopercepción y habilidades individuales y de relación (estrategias o habilidades de afrontamiento). Finalmente, los aspectos **socioculturales** se refieren al entorno físico de la persona (próximo y más lejano) y a los aspectos socioculturales de este entorno que están influenciado a la persona. Así, el entorno físico próximo es el de la casa, del trabajo, el hospitalario, etc. El entorno físico más lejano se refiere al de la comunidad donde vive el individuo (clima, orografía, contaminación, etc.). El entorno sociocultural incluye lo relativo a los valores y normas que proporciona la familia, la escuela, las leyes y políticas por las que se rige la comunidad de referencia, etc. Todo ello mediatiza las propias creencias y valores que se van elaborando a través de las influencias intergeneracionales familiares y de los grupos con los que la persona se relaciona. Deben ser relacionado con salud y no con otras variables.

En la guía para la valoración que se presenta a continuación, hay factores que influyen en cada necesidad, que afectan a varias Necesidades Básicas y por lo tanto se repiten, mientras que otro, por ser más específicos, inciden solamente en alguna de ellas.

1. Necesidad de oxigenación

Factores que influyen en esta necesidad

- Biofisiológicos: Edad, alineación corporal, talla corporal (relación talla/ peso), nutrición e hidratación, sueño/reposo/ejercicio, función cardíaca, función respiratoria, estado de la red vascular (arterial y venosa)
- Psicológicos: Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, etc.), ansiedad/estrés, inquietud, irritabilidad, etc.
- Socioculturales: Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes tales como estilo de vida, hábito de fumar), entorno físico próximo (trabajo, casa, habitación, hospital), entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura, clima, contaminación ambiental).

Observaciones

- Signos vitales (pulso central y periféricos, tensión arterial, temperatura y patrones respiratorios), ruidos respiratorios, movimientos del tórax, secreciones, tos, estado de las fosas nasales, aleteo nasal, color de la piel y mucosas, temperatura de la piel, circulación de retorno (venas varicosas)
- Dolor asociado con la respiración. Dificultad respiratoria
- Estado de conciencia, existencia de agitación.
- Calidad del medio ambiente: contaminación, humedad, sistema de ventilación, corrientes de aire, espacios verdes.

2. Necesidad de nutrición e hidratación

Factores que influyen en esta necesidad

- Biofisiológicos: Edad, talla, constitución corporal y patrón de ejercicio.
- Psicológicos: Emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida/bebida.
- Socioculturales: Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizaje), status socioeconómico, entorno físico próximo (casa, comedor, olores),

entorno físico lejano (clima, temperatura), religión, trabajo (horarios tiempo disponible, tiempo entre comidas, comer solo o acompañado...)

Observaciones

- Antropometría (peso, talla, pliegue de la piel y diámetro del brazo), estado de la piel, mucosas, uñas y cabello; funcionamiento neuromuscular y esquelético; aspecto de los dientes y encías; capacidad para masticar y deglutir. Funcionamiento tracto digestivo.
- En caso de heridas, tipo y tiempo de cicatrización
- Dolor, ansiedad, estrés, trastornos de la conciencia y agitación
- Condiciones del entorno que faciliten/dificulten la satisfacción de esta necesidad.

3. Necesidad de eliminación

Factores que influyen esta necesidad

- Biofisiológicos: Edad, nivel de desarrollo, nutrición e hidratación, ejercicio.
- Psicológicos: Emociones, ansiedad, estrés, estado de ánimo.
- Socioculturales: Organización social (servicios públicos, cumplimiento normas salubridad), estilo de vida, hábitat, entorno adecuado, influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, aspectos culturales condicionantes), clima.

Observaciones

- Orina (coloración, claridad, olor, cantidad, pH, frecuencia, densidad, presencia de proteínas, sangre, glucosa y cuerpos cetónicos); heces (coloración, olor, consistencia, frecuencia, configuración, presencia de sangre y constituyentes anormales); sudor (cantidad y olor); menstruación (cantidad, aspecto, color)
- Estado del abdomen y del periné.

- Estado de conciencia, cambios del patrón del sueño y del comportamiento, capacidades sensoriales, perceptuales, neurológicas y motrices.
- Condiciones del medio que ayudan/ dificultan la satisfacción de esta necesidad.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Factores que influyen en esta necesidad

- Biofisiológicos: Constitución y capacidad física (nivel de energía individual, edad crecimiento y desarrollo físico).
- Psicológicos: Emociones, personalidad de base y estado de ánimo.
- Socioculturales: Influencias familiares y socioculturales (hábitos, aprendizajes, etnicidad, valores, creencias y costumbres, rol social organización social tiempo dedicado a la actividad ejercicio, hábitos de ocio trabajo, entorno físico lejano (clima, temperatura, altitud) entorno físico próximo (temperatura, mobiliario, barreras ambientales).

Observaciones

- Estado del sistema musculoesquelético (fuerza/debilidad muscular, firmeza en la marcha, tono muscular, gama de movimientos, postura adecuada de pie, sentado y acostado), necesidad de ayuda para la deambulación y/o mantenimiento de una postura correcta, coordinación voluntaria, presencia de temblores, ritmo de movimientos; constantes vitales (pulso, tensión arterial)
- Estados de apatía, de postración, estado de conciencia, estados depresivos, sobreexcitación, agresividad.
- Cualidades ergonómicas de su entorno inmediato.

5. Necesidad de descanso y sueño

Factores que influncian esta necesidad

- Biofisiológicos: Edad, ejercicio, alimentación/hidratación.
- Psicológicos: Estados emocionales, ansiedad, estrés, estado de ánimo, hipnograma (características del sueño de la persona)
- Socioculturales: Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, normas sociales, prácticas culturales-siestas-), trabajo, entorno próximo o del hábitat (iluminación, ruido, colores, mobiliario), entorno lejano (clima, altitud, temperatura), creencias y valores, estilo de vida (horario de trabajo...)

Observaciones

- Nivel de ansiedad/estrés, lenguaje no verbal (orejas, postura, bostezos, concentración y atención), estado que presentan los ojos (enrojecimiento, hinchazón), expresión de irritabilidad o fatiga, dolor, inquietud, laxitud y apatía, cefaleas. Estado de conciencia y respuesta a estímulos.
- Condiciones del entorno que ayudan/impiden la satisfacción de esta necesidad (sonido, luz, temperatura, adaptación de la cama, colchón, almohada o ropa, a la talla o situación de la persona).

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Factores que influncian esta necesidad

- Biofisiológicos: Edad, desarrollo psicomotor, talla corporal, tipo de actividades.
- Psicológicos: Emociones (alegría, tristeza, ira), personalidad de base, estado de ánimo y autoimagen.
- Socioculturales: Influencias familiares (habito, aprendizajes), status social, trabajo, cultura (moda, pertenencia a un determinado grupo social, actitudes de reserva y pudor), creencias (uso del color negro para expresar el duelo),

religión, significado personal de la ropa, entorno próximo (temperatura de hábitat), entorno lejano (clima, temperatura, medio rural/urbano).

Observaciones

- Edad, peso, estatura, sexo, hándicap. Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse.
- Utilización incontrolada del vestirse y desvestirse (negativa, exhibicionismo, desinterés/rechazo frente a la necesidad, apropiación de los vestidos de otro). Vestido incompleto, descuidado, sucio o inadecuado a la situación. Tipo y cantidad de accesorios/adornos.
- Condiciones del entorno (espacio para guardar la ropa limpia y sucia, para lavarla, secarla).

7. Necesidad de termorregulación

Factores que influyen esta necesidad

- Biofisiológicos: Edad, sexo, ejercicio, tipo de alimentación, ritmos circadianos.
- Psicológicos: ansiedad, emociones.
- Socioculturales: Entorno físico próximo (casa, lugar de trabajo, habitación), entorno físico lejano (clima, altitud, temperatura), raza o procedencia étnica/geográfica, status económico.

Observaciones

- Constantes vitales (temperatura), coloración de la piel, transpiración, temperatura ambiental
- Disconfort, irritabilidad, apatía
- Condiciones del entorno físico próximo que ayuden/limiten la satisfacción de esta necesidad (sistemas de calefacción, control sobre ellos, etc.)

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Factores que influyen esta necesidad

- Biofisiológicos: Edad, desarrollo, alimentación, ejercicio/movimiento, temperatura corporal.
- Psicológicos: Emociones, estado de ánimo, inteligencia, autoimagen, psicomotricidad.
- Socioculturales: Cultura, educación, corrientes sociales, modas (productos de belleza), organización social (casa, lugar de trabajo), influencias familiares (hábitos y aprendizajes), ambiente lejano (clima, temperatura ambiente)

Observaciones

- Capacidad de movimiento, estado de piel (color, textura, turgencia, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones), estado del cabello, uñas. Orejas. Ojos nariz, boca (aliento, dientes,) y mucosas, olor corporal.
- Expresión facial/corporal de confort, efectos del baño o ducha (relajación física y psicológica)
- Condiciones del entorno (equipamiento y material adaptados a las necesidades individuales y hábitos personales).

9. Necesidad de evitar los peligros

Factores que influyen esta necesidad

- Biofisiológicos: Edad, etapa de desarrollo, mecanismos de defensa fisiológicos (termorregulación, sistema inmunológico), estabilidad psicomotora
- Psicológicos: Mecanismos de defensa, métodos del afrontamiento (competencias personales), estrés, estabilidad psíquica, personalidad de base, emociones y diferentes estados de ánimo.

- Socioculturales: Sistemas de apoyo familiar y social, cultura, religión, educación, status socioeconómico, rol social, estilo de vida, organización social, valores y creencias, entorno lejano (clima, temperatura, humedad, ruido, etc.) entorno próximo (iluminación, mobiliario, ruidos, etc.).

Observaciones

- Integridad neuromuscular, de los sentidos y del sistema inmunológico.
- Ansiedad, falta de control, falta de habilidades de afrontamiento, ausentismo laboral, somatizaciones, aspecto descuidado, inhibición, desconfianza, agresividad, alteraciones en la sensopercepción o en la conciencia originadas por sobre exposición a estímulos o por deprivación, interacciones con personas significativas, comportamientos peligrosos.
- Autoconcepto/autoestima (si protege o evita mirar o tocar zonas de su cuerpo, armonía en el aspecto físico, existencia de cicatrices deformidades congénitas o no, alteraciones en el funcionamiento del cuerpo).
- Condiciones del ambiente próximo (temperatura, humedad, iluminación, barreras ambientales – suelos encerado, mojado, barandilla en la cama, etc. -, ruidos), salubridad del ambiente lejano (alcantarillas, polución...)

10. Necesidad de comunicarse

Factores que influyen en esta necesidad

- Biofisiológicos: Integridad de los órganos de los sentidos, edad, etapa del desarrollo.
- Psicológicos: Inteligencia, percepción, memoria, conciencia (atención, orientación), carácter, estado de ánimo, humor de base, autoconcepto, pensamiento.
- Socioculturales: Entorno físico próximo (personas, lugares), entorno físico lejano (vías de acceso, vivienda aislada), cultura, status social, rol, nivel educativo, influencias familiares y socioculturales (hábitos y aprendizajes, valores y creencias de la familia/grupo social), profesión.

Observaciones

- Estado de los órganos de los sentidos (en caso de prótesis, adecuación de estas) y del sistema neuromuscular.
- Dificultad respiratoria, fatiga y debilidad.
- Comunicación verbal (directa y abierta, poco clara o evasiva, habilidades de comunicación, barreras idiomáticas, dificultades en la fonación)
Comunicación no verbal (contacto visual, lenguaje verbal, gesto, tono de voz, congruencia con la verba, expresión de sentimientos por el tacto). Utilización de la expresión escrita.
- Cantidad y calidad de las interacciones con la familia y con las personas del entorno
- Actitudes facilitadoras de la relación (confianza, receptividad, empatía, compromiso, concreción, disponibilidad)
- Condiciones del entorno que ayudan (limitan la satisfacción de esta necesidad (sonorización, luz, intimidad, compañía, etc.).

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Factores que influyen en esta necesidad

- Biofisiológicos: Edad y etapa de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular.
- Psicológicos: Emociones, actitudes, estado de ánimo, personalidad de base, pensamiento, inteligencia, percepción puntual del entorno (catástrofes, enfermedades...)
- Socioculturales: Cultura, religión y creencias (sentido de la vida y de la muerte, deseo de comunicarse con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía o ideales personales, noción de trascendencia), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, patrones y estructura de la comunidad).

Observaciones

- Forma de vestir de la persona, familia y amigos (hábitos, vestimentas específicas de un grupo social o religioso) y actitud ante ello (si trata de esconder signos distintivos)
- Indicadores de calores en las interacciones (diálogo abierto, estimulante, motivador, etc., utilización o evitación del tacto como medio de expresión)
- Nivel de integración de los valores en su vida diaria (realización de ritos, congruencia entre creencias/valores y comportamientos, etc.)
- Condiciones del entorno que ayudan/limitan la satisfacción de esta necesidad (existencia y accesibilidad a lugares determinados; iglesia, lugares de reunión y encuentros, etc.) Presencia de algún objeto, en el entorno próximo o en la propia persona, indicativo de determinados valores o creencias. Existencia de indicadores de valores en el ambiente (tipo de objetos – libros, publicaciones, muebles, objetos personales – orden y conservación de tales objetos).

12. Necesidad de trabajar y realizarse

Factores que influyen en esta necesidad

- Biofisiológicos: Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidad física.
- Psicológicos: Emociones, personalidad de base, inteligencia, estado de ánimo.
- Socioculturales: Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizaje, valores, creencias, demandas sociales), cultura, educación, rol, status, posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio.

Observaciones

- Estado del sistema neuromuscular, del sistema nervioso y de los sentidos.
- Relaciones armoniosas consigo mismo y con las demás personas que le rodean.

- Distribución equilibrada entre el tiempo dedicado al trabajo y a las actividades del ocio y relación.
- Auto concepto positivo/negativo de sí mismo (aparición física, postura, expresión). Conciencia de sus capacidades y limitaciones de forma realista, capacidad de decisión y de resolución de problemas.

13. Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas

Factores que influyen esta necesidad

- Biofisiológicos: Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.
- Psicológicos: Madurez personal, sensopercepción, inteligencia, pensamiento, emociones, motivación, personalidad de base, humor de base, estado de ánimo, autoconcepto.
- Socioculturales: Cultura, rol social trabajo/ocio), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes estructura de recursos y servicios), estilo de vida.

Observaciones

- Estado del sistema neuromuscular, integridad del sistema nervioso y de los sentidos.
- Estado de ánimo (sonrisas, risas, llanto, aspecto tranquilo y sereno, alegre, triste, apatía, indiferencia, agitación, inhibición,) Expresiones espontaneas directas o indirectas que indiquen aburrimiento
- Rechazo a este tipo de actividades (por aprendizajes o cogniciones erróneas)
- Comportamiento lúdico en relación con el estado de desarrollo evolutivo de la persona.
- Condiciones del entorno que ayudan/limitan la satisfacción de esta necesidad (recursos de la institución, de la comunidad)
- Existencia de material que indique hobbies, pasatiempos u otras actividades recreativas (libros, colecciones, música, deporte,)

14. Necesidad de aprendizaje

Factores que influyen en esta necesidad

- **Biofisiológicos:** Edad, etapa de desarrollo, capacidades físicas.
- **Psicológicos:** Emociones, capacidad intelectual, motivación (significado del aprendizaje, importancia del conocer y aprender sobre sí mismo), carácter (activo, pasivo), estado de ánimo.
- **Socioculturales:** Educación, nivel socioeconómico, status según instrucción o educación, influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes, ambiente, estructura social), raza, religión, creencias de salud relacionadas con el sexo masculino o femenino.

Observaciones

- Capacidades físicas (órganos de los sentidos, estado del sistema nervioso) y psicológicas (capacidad de autocuidado, interés por aprender y/o cambiar actitudes y comportamientos, capacidad de relación/comunicación, de compromiso)
- Situaciones que alteren la capacidad de aprendizaje (ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos...)
- Comportamientos inductivos, de interés en el aprendizaje para resolver los problemas de salud (pregunta, escucha, demuestra interés/desinterés, propone alternativas, etc.)

Actualmente la enfermera perioperatoria se define como la profesional que aporta cuidados complejos en condiciones de gran dependencia. La asistente incluye el tratamiento seguro y efectivo en colaboración con otros miembros del equipo de salud; la enfermera también salvaguarda la integridad de la persona al actuar como apoyo durante su experiencia perioperatoria. Por otra parte, explora estrategias para mejorar su práctica a través de la educación continua, la investigación y los hábitos del aprendizaje de por vida.

La filosofía de la enfermera perioperatoria y la práctica de la enfermería perioperatoria se basa en una filosofía definida por escrito, que se mezcla con la declaración de la misión del hospital, y describe valores y creencias que se relacionan con la práctica profesional de la enfermería. La responsabilidad profesional primaria de las enfermeras perioperatorias se debe a las personas a quienes proporcionan cuidados. En el medio perioperatorio, el personal de atención de la salud proveniente de distintas disciplinas profesionales trabaja en conjunto para lograr un objetivo común: aportar atención competente, capacitada y apropiada a la persona. La filosofía de la enfermería perioperatoria incluye una estrategia holística y multidisciplinaria, que se relaciona con:

La necesidad de proveer un medio físico seguro

La protección de las personas en caso de eventos adversos

La promoción del conocimiento y las habilidades de todos los miembros del equipo multidisciplinario, para permitir la provisión de atención de la salud efectiva de acuerdo con su costo y con base a la investigación.

De esta manera las enfermeras perioperatorias poseen conocimientos y habilidades únicas. Aportan atención holística, y tienen conciencia particular de los temores y ansiedades de la persona, así como de sus necesidades físicas, espirituales y psicológicas. ¹⁹

V. METODOLOGÍA

Se realiza un estudio de caso en base a las siguientes especificaciones:

Tipo de estudio: descriptivo, transversal, cualitativo

Universo: Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca

Población: Personas que se encuentren en un proceso perioperatorio

Muestra: G.F.D. persona hospitalizada en cirugía general segundo piso cursando un periodo postoperatorio mediato.

5.1 Estrategia de investigación

Con base en los siguientes pasos se realiza la estrategia de investigación:

1. Selección de la persona hospitalizada en cirugía general segundo piso.
2. Se plantea la opción de participar en un estudio de caso llevado a cabo por una estudiante de posgrado en enfermería perioperatoria y se otorga un consentimiento informado donde se da a conocer el motivo del estudio de caso, así como la importancia de su participación y sus derechos como participante, el cual es firmado por la persona y testigos.
3. Se realiza la recolección de datos de manera directa por medio de un instrumento de valoración de acuerdo con las 14 Necesidades de Virginia Henderson.
4. Se realiza la recolección de datos de forma indirecta por medio de la participación de la madre de la persona así mismo se realiza la búsqueda de datos en expediente clínico electrónico.
5. Revisión bibliográfica de los artículos antes mencionados en la fundamentación.
6. Se analiza la valoración inicial realizada y se identifican las necesidades alteradas, realizando una jerarquización de las mismas.
7. Se elaboran diagnósticos de enfermería con base en el formato PES (Problema, etiología, signos y síntomas).

8. Se realiza la planificación de los cuidados de enfermería especializados con base en los objetivos de enfermería.
9. Se determina la intervención y las acciones de enfermería.
10. Se realiza la evaluación del plan de cuidados llevado a cabo en la persona y se realiza una comparación de la situación actual de la persona con los objetivos marcados y se emite un juicio llegando a una conclusión.
11. Se realiza el seguimiento del caso clínico de la persona hasta el momento.

5.2 Selección del caso y fuentes de información

Durante la práctica clínica en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, durante la rotación por hospitalización de cirugía general en segundo piso del 21 de noviembre al 24 de noviembre de 2017, se mantuvo en contacto con personas que se encontraban en un periodo preoperatorio y postoperatorio, de los cuales se selecciona a una persona en un periodo postoperatorio mediato, ya que en base a sus necesidades alteradas era necesario brindar un cuidado especializado de calidad para ayudar a su mejora continua. Para la enfermera perioperatoria es fundamental involucrarse en los tres periodos de la persona quirúrgico y este estudio de caso se verá impactado en la especialidad como enfermeras que otorgan un cuidado de calidad en el periodo postoperatorio en el manejo de un cierre de herida por segunda intención y cuidados de los estomas de la persona en el periodo postquirúrgico así mismo brindando un cuidado en la movilización continua involucrando al cuidador primario y hacer énfasis en su importante participación y quien mejor que una enfermera perioperatoria para brindar cuidados específicos, especializados y de calidad.

5.3 Consideraciones éticas

Para la realización de este estudio de caso se tomaron en cuenta las consideraciones éticas con base a la legislación nacional y tratados internacionales que comprenden las consideraciones éticas correspondientes para la investigación en seres humanos, respetando cada una de ellas y protegiendo la integridad física y moral de la persona.

Comenzando con la revisión de los principios de bioética, la legislación mexicana en la ley general de salud en su título quinto referente a la investigación para la salud, y la declaración de Helsinki, con la cual, la asociación médica mundial a través de la declaración de esta propone los principios para la investigación en seres humanos.

Principios de Bioética

El principio defiende que existen algunos principios generales descubiertos en el ámbito de la ética biomédica y que deben ser respetados cuando se plantean conflictos éticos en la investigación o en la práctica clínica. En *Principles of Biomedical Ethics*, Tom L. Beauchamp y James F. Childress, defienden los siguientes cuatro principios:

Autonomía

La palabra “autonomía” proviene del griego y significa “autogobierno”. Se usa por primera vez para referirse a la capacidad de autogobierno de las ciudades-estado griegas independientes. Para Beauchamp y Childress, el individuo autónomo es el que “actúa libremente de acuerdo con un plan autoescogido”. Según afirman estos autores, todas las teorías de la autonomía están de acuerdo en dos condiciones esenciales:

- a) la libertad, entendida como la independencia de influencias que controlen
- b) la agencia, es decir, la capacidad para la acción intencional.

No-maleficencia

El principio de no-maleficencia hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. Este principio se inscribe en la tradición de la máxima clásica *primum non nocere* (“lo primero no dañar”). Aunque la máxima como tal no se encuentra en los tratados hipocráticos, sí que existe una obligación de no maleficencia expresada en el juramento hipocrático. Así, sobre el uso del régimen para el beneficio de las personas, este juramento dice: “si es para su daño (...) lo impediré”. Algunos filósofos consideran a la no-maleficencia y la beneficencia como un mismo principio.

Beneficencia

Si la no-maleficencia consiste en no causar daño a otros, la beneficencia consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros. Mientras que la no-maleficencia implica la ausencia de acción, la beneficencia incluye siempre la acción. Beauchamp y Childress distinguen dos tipos de beneficencia: la beneficencia positiva y la utilidad. La beneficencia positiva requiere la provisión de beneficios. La utilidad requiere un balance entre los beneficios y los daños. En el lenguaje habitual, la beneficencia hace referencia a actos de buena voluntad, amabilidad, caridad, altruismo, amor o humanidad. La beneficencia puede entenderse, de manera más general, como todo tipo de acción que tiene por finalidad el bien de otros. Si la benevolencia se refiere a la voluntad de hacer el bien, con independencia de que se cumpla o no la voluntad, la beneficencia, en cambio, es un acto realizado por el bien de otros. Pero cuando Beauchamp y Childress hablan del principio de beneficencia, no se refieren a todos los actos realizados para hacer el bien, sino sólo a aquellos actos que son una exigencia ética en el ámbito 47 de la medicina. Según estos autores, antes de realizar un tratamiento sobre una persona, estamos obligados a hacer un balance de sus beneficios y riesgos.

Justicia

Las desigualdades en el acceso al cuidado de la salud y el incremento de los costes de estos cuidados han ocasionado en el ámbito de la sanidad el debate sobre la justicia social. La máxima clásica de Ulpiano dice que la justicia consiste en “dar a

cada uno lo suyo”. De un modo similar, Beauchamp y Childress entienden que la justicia es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente.²⁰

Declaración de Helsinki

1.La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes. 2.Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

Principios generales

3.La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.

4.El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5.El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.²¹

Ley General de salud

TITULO QUINTO

Investigación para la Salud

CAPITULO UNICO

ARTÍCULO 96. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población; IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud; V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

ARTÍCULO 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y

VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación²²

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 Descripción del caso

Se trata de G.F.D. masculino de 26 años que inicia su padecimiento actual el día 03 de Julio de 2017 tratado en el Hospital Fernando Quiroz por haber sido herido de forma frontal a menos de 2 metros de distancia en tórax y abdomen por proyectil de arma de fuego, tratado con laparotomía exploradora en donde le realizan hepatografía, dejando drenaje Penrose e identifican lesión raquimedular.

El día 17 de Julio 2017 es referido al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca para manejo por parte del servicio de traumatología y ortopedia.

El día 18 de Julio 2017 realizan instrumentación posterior abierta con marco de Luque.

El día 19 de julio 2017 persona con datos de obstrucción intestinal por lo que es valorado por cirugía general.

El día 21 de julio 2017 es intervenido quirúrgicamente por el servicio de cirugía general donde reportan: asas de intestino delgado y colon dilatadas sin datos de obstrucción o zona de obstrucción, sin adherencias, asas sin compromiso vascular, no liquido libre en cavidad, por lo que realizan laparotomía exploradora más colostomía del colon descendente y cistotomía.

El día 02 de agosto 2017 a la valoración se percatan que la colostomía no es funcional y al presentar datos de oclusión y cursar con hipertermia y datos de respuesta inflamatoria sistémica lo someten a laparotomía exploradora, realizan lavado quirúrgico de cavidad abdominal, ileostomía terminal y cierre de piel sin cierre de fascia

La persona es dada de alta el 21 de agosto 2017 por mejoría clínica y se va a casa con herida quirúrgica con bordes afrontados y exudado mínimo, Colostomía no funcional, Ileostomía funcional y Cistostomía.

El 11 de noviembre 2017 acude nuevamente a urgencias con antecedente de piuria por cistotomía, hipertermia, dolor abdominal en epigastrio que posteriormente se vuelve generalizado, náuseas, emesis e hipertermia. Reportando laboratorios con leucocitosis y neutrofilia.

El 12 de noviembre 2017 es intervenido quirúrgicamente donde reportan adherencias firmes, sin embargo, por adherencias firmes no se continua disección ante el riesgo de perforación de intestino delgado, irrigan solución hasta obtener liquido claro, deciden manejo con abdomen abierto y colocación de bolsa bogota y retiro de cistostomía

El 15 y 19 de noviembre realizan lavado de cavidad.

El 22 de noviembre se encuentra a persona en hospitalización cirugía general de segundo nivel, cursando su onceavo día de internamiento con diagnostico medico postoperado de laparotomía exploradora secundario a obstrucción intestinal, cavidad congelada, sepsis abdominal y abdomen abierto, se encuentra en abdomen con herida quirúrgica paramedia izquierda abierta, dolorosa a la palpación, con bolsa de bogota, colostomía no funcional, ileostomía funcional y úlceras por presión en región sacra y talones.

6.2 Antecedentes generales de la persona, salud y entorno.

Se trata de persona masculino que se identifica con los siguientes datos relevantes al caso. Nombre G.F.D. de 26 años y 6 meses con fecha de nacimiento 10 de mayo de 1991, estado civil en unión libre de religión creyente, con escolaridad primaria, de nacionalidad mexicana con ocupación de comerciante.

Residente de Chalco en el Estado de México, vive actualmente con su pareja sus hijas y su madre.

Su madre padece de enfermedad cardiaca y su padre diabético.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 Valoración

Persona masculino de 26 años alerta de 15 puntos en escala de Glasgow, se encuentra en hospitalización cirugía general segundo piso, con barandales en alto, cabello delgado abundante con presencia de cicatrices, frente amplia con cejas abundantes, ojos grandes con pestañas cortas rizadas, piel delgada color moreno con tatuajes, voz grave, dientes completos amarillentos, con amalgamas y placa dentobacteriana, con poco bigote y barba en el mentón, labios delgados, lampiño, edad aparente a la cronológica, de constitución débil, conformación íntegra en relación y proporción simétrica, con actitud forzada, con facies de angustia, viste con ropa hospitalaria, marcha no valorable por inmovilidad. Pupilas isocóricas redondas y normorreflexicas con reacción a la luz presente, narinas permeables, mucosa bucal deshidratadas, tórax normolineo con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, con terapia de infusión continua por catéter venoso central el cual se encuentra funcional sin datos de infección, a la auscultación frecuencia cardiaca normal, rítmico con adecuada intensidad, miembros torácicos simétricos, íntegros con llenado capilar 2", refiere dolor moderado de 8 en escala de EVA en área abdominal, con abdomen plano con herida quirúrgica abierta media abdominal de 20 x 10 cm, con bolsa de Bogotá donde se observan asas intestinales, bordes irregulares, piel perilesional con eritema y calor, exudado purulento moderado no fétido, la necesidad de eliminación con ileostomía en flanco derecho de forma regular redonda mucosa color rojo brillante, efluente líquido verde, ángulo de salida hacia las 7, prolapsado, piel periestomal con dermatitis por humedad, colostomía en flanco izquierdo de forma regular ovalado mucosa color rosa, sin efluente, ángulo de salida hacia las 3, plana, piel periestomal con dermatitis mecánica, ruidos peristálticos presentes, genitales con vello púbico uniforme en estadio V, simetría, coloración uniforme, con sonda vesical a derivación drenando uresis amarillo claro, con presencia de lesiones por presión en región sacra en estadio II, lecho de la herida con tejido de granulación, bordes irregulares, piel perilesional con eritema, exudado nulo, miembros pélvicos sin sensibilidad ni

movilidad, simétricas, con presencia de lesiones por presión en ambos talones, talón izquierdo en estadio II con tejido de granulación, bordes irregulares, piel perilesional con eritema y calor, exudado nulo, talón derecho con sospecha de daño tisular profunda con equimosis color rojo, miembros pélvicos con llenado capilar de 3”.

Identificación de las necesidades

NECESIDAD	DATOS RELEVANTES
<p>1. Necesidad de oxigenación</p>	<p>Datos objetivos: SatO2 95% FR 20 x’ T/A 120/60 FC 69 x’ Temperatura 36.5 °C</p> <p>Datos subjetivos: Persona refiere en ocasiones toser y esto ocasionar dolor en abdomen y refiere fumar 7 cigarros con filtro al día.</p>
<p>2. Necesidad de Nutrición e Hidratación</p>	<p>Datos objetivos: Talla de 1.65m. anteriormente pesaba 67kg. Mucosas orales deshidratadas</p> <p>Datos subjetivos: Persona que refiere tener un bajo consumo de líquidos 1Lt y en los últimos 5 meses ha perdido aproximadamente 10 kg. Refiere ya no estar a gusto con los alimentos del hospital pues ya se cansó de comer pollo.</p> <p>Independencia: La persona no necesita ayuda para alimentarse</p> <p>Dependencia: De los alimentos que le preparen en el hospital, por su mayoría pollo, dieta modificada por la condición de las estomas.</p> <p>Datos que considerar: En los últimos 5 meses ha perdido aproximadamente 10 kg, talla de 1.65m.</p>
<p>3. Necesidad de Eliminación</p>	<p>Datos objetivos: Persona con sonda vesical a derivación drenando amarillo claro, diuresis 300 ml/hr.</p>

	<p>Ileostomía en flanco derecho de forma regular redonda con efluente liquido verde, ángulo de salida hacia las 7. Colostomía en flanco izquierdo de forma regular ovalada sin efluente, ángulo de salida hacia las 3, plana. A la auscultación ruidos peristálticos disminuidos.</p> <p>Datos subjetivos:</p> <p>Persona refiere querer seguir aprendiendo sobre los cuidados que tendrá que llevar a cabo durante su vida cotidiana en un ambiente extrahospitalario. Así mismo conocer cuáles son las características normales de sus estomas y su sonda vesical para vigilarlos constantemente.</p> <p>Independencia: La persona realiza sus cambios de sistema recolector de estomas en casa.</p> <p>Dependencia: Tiene una colostomía y una ileostomía al igual que una sonda vesical</p> <p>Datos que considerar: Colostomía con estoma plano no funcional.</p>
<p>4. Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura</p>	<p>Datos objetivos:</p> <p>El día 18 de Julio 2017 realizan instrumentación posterior abierta con marco de Luque. No se levanta y se mantiene en cama.</p> <p>Grado 0 sin ninguna respuesta muscular en escala de Daniels en miembros pélvicos.</p> <p>Datos subjetivos:</p> <p>Persona sin movilidad ni sensibilidad en miembros pélvicos.</p> <p>Refiere dificultad para girar en la cama.</p> <p>Refiere dolor abdominal en escala de EVA 8 al cambiar de posición en cama.</p> <p>Independencia: Puede mover parte superior.</p> <p>Dependencia: Necesita de apoyo para la movilización en cama.</p> <p>Datos que considerar: Sin movilidad ni sensibilidad en miembros pélvicos, bajo reposo absoluto, no se levanta y se mantiene en cama.</p>

<p>5. Necesidad de Descanso y Sueño</p>	<p>Datos objetivos: Persona se encuentra somnoliento con bostezos frecuentes, ojeras de color gris</p> <p>Datos subjetivos: Persona refiere dormir durante la noche aproximadamente 5 horas y siestas diurnas de entre 2 y 4 horas al día Refiere sentirse cansado y escuchar mucho ruido en las noches</p>
<p>6. Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas</p>	<p>Datos objetivos: Persona con uso de ropa hospitalaria. Necesita de apoyo para el cambio de ropa por los dispositivos instalados y la falta de movilidad.</p> <p>Datos subjetivos: Persona refiere que se le hará complicado adaptarse a su nuevo ritmo de vida por los diferentes dispositivos que tendrá que usar de por vida y el tipo de ropa que ahora tendrá que usar.</p>
<p>7. Necesidad de Termorregulación</p>	<p>Datos objetivos: Temperatura 36.5 °C</p> <p>Datos subjetivos: Persona no acostumbra a protegerse de los cambios bruscos de temperatura.</p>
<p>8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel</p>	<p>Datos objetivos: Se realiza baño de esponja a la persona y lavado de dientes, herida quirúrgica abierta media abdominal de 20 x 10 cm, con bolsa de Bogotá donde se observan asas intestinales, bordes irregulares, piel perilesional con eritema y calor, exudado purulento moderado no fétido. Ileostomía en flanco derecho de forma regular redonda mucosa color rojo brillante, efluente liquido verde, ángulo de salida hacia las 7, prolapsado, piel periestomal con dermatitis por humedad. Colostomía en flanco izquierdo de forma regular ovalado mucosa color rosa, sin efluente, ángulo de salida hacia las 3, plana, piel periestomal con dermatitis mecánica, presencia de lesión por presión en región sacra en estadio II, lecho de la herida con tejido de granulación, bordes irregulares, piel perilesional con eritema, exudado nulo, con presencia</p>

de lesiones por presión en ambos talones, talón izquierdo en estadio II con tejido de granulación, bordes irregulares, piel perilesional con eritema y calor, exudado nulo, talón derecho con sospecha de daño tisular profunda y equimosis color rojo.

Datos subjetivos:

10 tatuajes en el cuerpo el ultimo realizado en 2015.

Independencia: Puede realizarse cepillado de dientes,

Dependencia: Necesita de apoyo para poder realizar baño de esponja.

Datos que considerar: Con herida quirúrgica media de aproximadamente 20 x 10 cm abierta con bolsa bogota, estomas.

9. Necesidad de Evitar los Peligros

Datos objetivos:

Biometría hemática

Fecha de solicitud 19 de noviembre 2017

Examen	Valores de referencia	Resultados	Interpretaciones
Leucocitos	3.5 - 10.5 10 ³ /μL	10.1	Leucocitosis leve
Eritrocitos	4.5 - 6.0 10 ⁶ /μL	3.56	Falta de agua y líquidos insuficientes
Hemoglobina	13.5 - 18.0 g/dL	9.1	Anemia
Hematocrito	40.5 - 54.0 %	27.2	Anemia
Volumen globular medio	81.2 - 95.1 fl	76.6	Baja producción de plaquetas
Neutrófilos	50 - 70 %	78.5	Presencia de infección
Linfocitos	18- 42 %	13.3	Infección
Basófilos	0.2- 1.0 %	0.1	Infección

	<p>12 de noviembre 2017</p> <p>Procalcitonina 140.16 Reactivo para identificación de sepsis. Velocidad de sedimentación globular 42 mm/hr. Glucosa 132mg/dl Cultivo de líquido peritoneal positivo bacilos gram y cocos +</p> <p>Datos subjetivos: Persona refiere hacer uso de sustancias nocivas como crac, marihuana, cocaína y solventes, desde su accidente solo consume marihuana, niega alergias a medicamentos y alimentos, características de la vivienda de tabique, cuenta con 3 cuartos distribuidos en 1 cocina y 2 habitaciones con humedad, fauna nociva ratones, cucarachas, tiene 3 perros. Refiere no tener completo su esquema de vacunación.</p> <p>Independencia: Puede tomar decisiones para su persona. Dependencia: Refiere hacer uso de sustancias nocivas como crac, marihuana, cocaína y solventes, desde su accidente solo consume marihuana Datos que considerar: Habitaciones con humedad, fauna nociva ratones, cucarachas, tiene 3 perros. Retraso en la recuperación.</p>
<p>10.Necesidad de Comunicarse</p>	<p>Datos objetivos: tipo de comunicación verborreico que sabe leer y escribir, ultimo grado de estudio la primaria.</p> <p>Datos subjetivos: Persona que vive con sus familiares y refiere no tener problemas con ningún integrante de su familia. Persona refiere que el médico le comento que solo en ocasiones podría tener erecciones, intento con su pareja una reacción a estímulo, pero no se logró ninguna respuesta.</p> <p>Independencia: Persona que vive con sus familiares y refiere no tener problemas con ningún integrante de su familia Dependencia: Persona refiere que el médico le comento que solo en ocasiones podría tener erecciones</p>

	<p>Datos que considerar: Intento con su pareja una reacción a estímulo, pero no se logró ninguna respuesta.</p>
<p>11. Necesidad de Vivir según sus Creencias y Valores</p>	<p>Datos objetivos: Persona que se observa en ocasiones ser un poco intolerante con la cuidadora primaria su madre.</p> <p>Datos subjetivos: Persona que practica la religión católica, refiere sus valores importantes el respeto, la humildad, y considera que ha perdido la tolerancia ya que suele ser muy explosivo.</p>
<p>12. Necesidad de Trabajar y Realizarse</p>	<p>Datos objetivos: Autoconcepto positivo de sí mismo, consciente de sus limitaciones refiere estar planeando seguir trabajando de comerciante en los tianguis.</p> <p>Datos subjetivos: Persona por su condición actual no trabaja, refiere haber realizado un ahorro y mantenerse actualmente con eso, posteriormente refiere que su mamá y hermanos le ayudaran con los gastos. Refiere querer conseguir un trabajo que se adecuen a sus capacidades para que sus hijas se sientan orgullosas de él.</p> <p>Independencia: refiere haber realizado un ahorro y mantenerse actualmente con eso</p> <p>Dependencia: Por su condición actual no trabaja</p> <p>Datos que considerar: Refiere que su mamá y hermanos le ayudaran con los gastos.</p>
<p>13. Necesidad de Jugar/ Participar en Actividades Recreativas</p>	<p>Datos objetivos: Persona consciente se observa con un aspecto tranquilo y sereno con facies de preocupación y aburrimiento</p> <p>Datos subjetivos: Persona refiere que le gusta mucho el cine y jugar videojuegos. Refiere que el tiempo se le pasa muy lento y aburrirse.</p>

<p>14. Necesidad de Aprendizaje</p>	<p>Datos objetivos: Persona y cuidadora primaria se observan con interés en su enseñanza de los cuidados que tendrá que llevar.</p> <p>Datos subjetivos: Persona que refiere querer aprender sobre sus cuidados en el hogar para una pronta recuperación, así como su cuidador primario.</p> <p>Independencia: Realiza el cuidado de sus estomas</p> <p>Dependencia: Necesita de un cuidador primario para poder acercar el material y en ocasiones realicen la limpieza de sus heridas</p> <p>Datos que considerar: La cuidadora primaria necesita de apoyo del personal para orientarla para el manejo y cuidado de sus heridas.</p>
-------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7.1.1 Valoración focalizada

Valoración focalizada 29 de noviembre de 2017

Servicio: Hospitalización 2do piso cirugía general

Persona masculino de 26 años, alerta de 15 puntos en escala de Glasgow, cursa su día 16° de estancia hospitalaria en condiciones delicado, con pupilas isocóricas redondas y normorreflexicas con reacción a la luz presente, narinas permeables, mucosa bucal deshidratadas, tórax normolineó con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, con terapia de infusión continua en miembro torácico izquierdo el cual se encuentra funcional sin datos de infección, a la auscultación frecuencia cardiaca normal, rítmico con adecuada intensidad, miembros torácicos simétricos, íntegros con llenado capilar 2", refiere dolor moderado de 6 en escala de EVA en área abdominal, con abdomen plano con herida quirúrgica abdominal supra e infra umbilical 20x6 cm afrontada en parte superior e inferior con sutura Nylon, con múltiples puntos dehiscentes, el más grade es central de 7x6 cm, lecho de la herida con 90% granulación, 10% esfacelo con bordes irregulares, cavitada 1.5 cm, piel perilesional con eritema, con exudado seroso moderado no fétido, actualmente con terapia de presión negativa, realizan el cambio de White foam y silver foam, con ileostomía en flanco derecho de forma regular redonda mucosa color rojo brillante con efluente semilíquido amarillo 400ml en 24 hrs, ángulo de

salida hacia las 7, prolapsado 2cm, piel periestomal sana, colostomía en flanco izquierdo de forma irregular, mucosa color rosa, sin efluente, ángulo de salida hacia las 3, plana, con piel periestomal sana. Ruidos peristálticos presentes. Genitales con vello púbico, simetría, coloración uniforme, con sonda vesical a derivación drenando uresis amarillo claro, con presencia de lesión por presión en región sacra en estadio I, lecho de la herida con tejido de granulación, bordes irregulares, piel perilesional sana, exudado nulo, miembros pélvicos sin sensibilidad ni movilidad, simétricas, con presencia de lesión por presión en ambos talones, talón izquierdo en estadio I con tejido de granulación, bordes irregulares, piel perilesional con eritema, exudado nulo, talón derecho con sospecha de daño tisular profunda con equimosis color rojo, miembros pélvicos con llenado capilar de 2”.

Identificación de las necesidades alteradas

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS
<p>8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel</p>	<p>Datos objetivos: Persona que se otorga baño de esponja, lavado de dientes cada tercer día, herida quirúrgica abdominal supra e infra umbilical 20x6 cm afrontada en parte superior e inferior con sutura Nylon, con múltiples puntos dehiscentes, el más grande es central de 7x6 cm, lecho de la herida con 90% granulación, 10% esfacelo con bordes irregulares, cavitada 1.5 cm, piel perilesional con eritema, con exudado seroso moderado no fétido, presencia de lesión por presión región sacra en estadio I, lecho de la herida con tejido de granulación, bordes irregulares, piel perilesional sana, exudado nulo, lesión por presión en ambos talones, talón izquierdo en estadio I con tejido de granulación, bordes irregulares, piel perilesional con eritema, exudado nulo, talón derecho con sospecha de daño tisular profunda con equimosis color rojo.</p> <p>Datos subjetivos: Refiere dolor moderado de 6 en escala de EVA en área abdominal</p> <p>Independencia: Puede realizarse cepillado de dientes</p>

	<p>Dependencia: Herida con sistema de presión negativa</p> <p>Datos que considerar: Al recambio del sistema de presión negativa con herida quirúrgica abdominal supra e infra umbilical 20x6 cm afrontada en parte superior e inferior con sutura Nylon.</p>
<p>4. Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura</p>	<p>Datos objetivos:</p> <p>Con facies de tristeza y Alteración del estado emocional al no poder movilizarse.</p> <p>Grado 0 sin ninguna respuesta muscular en escala de Daniels en miembros pélvicos.</p> <p>Datos subjetivos:</p> <p>No realiza movilización continua.</p> <p>Independencia: Puede mover parte superior.</p> <p>Dependencia: Necesita de apoyo para la movilización continua</p> <p>Datos que considerar: Aun sin movilidad ni sensibilidad en miembros pélvicos.</p>
<p>3. Necesidad de Eliminación</p>	<p>Datos objetivos:</p> <p>Persona con sonda vesical a derivación drenando amarillo claro, diuresis 250 ml/hr.</p> <p>Ileostomía en flanco derecho de forma regular redonda mucosa color rojo brillante con efluente semilíquido amarillo 400ml en 24 hrs, ángulo de salida hacia las 7, prolapsado 2cm, piel periestomal sana, colostomía en flanco izquierdo de forma irregular, mucosa color rosa, sin efluente, ángulo de salida hacia las 3, plana, con piel periestomal sana.</p> <p>Datos subjetivos:</p> <p>Persona que al preguntar sobre los cuidados que debe llevar en el hogar contesta correctamente y únicamente muestra dudas en la nutrición que debe llevar para tener una adecuada nutrición.</p> <p>Independencia: La persona responde correctamente ante la cuestión de cómo realizar sus recambios de sistema recolector de ostomías.</p>

	<p>Dependencia: Aun con colostomía y una ileostomía al igual que una sonda vesical</p> <p>Datos que considerar: Datos de piel periestomal sana.</p>																																				
<p>9. Necesidad de Evitar los Peligros</p>	<p>Datos objetivos:</p> <p>Biometría hemática</p> <p>Fecha de solicitud 23 de noviembre 2017</p> <table border="1" data-bbox="521 520 1507 1465"> <thead> <tr> <th>Examen</th> <th>Valores de referencia</th> <th>Resultados</th> <th>Interpretaciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Leucocitos</td> <td>3.5 - 10.5 10³/μL</td> <td>8.6</td> <td>Leucocitosis leve</td> </tr> <tr> <td>Eritrocitos</td> <td>4.5 - 6.0 10⁶/μL</td> <td>3.72</td> <td>Falta de agua y líquidos insuficientes</td> </tr> <tr> <td>Hemoglobina</td> <td>13.5 - 18.0 g/dL</td> <td>9.3</td> <td>Anemia</td> </tr> <tr> <td>Hematocrito</td> <td>40.5 - 54.0 %</td> <td>28.5</td> <td>Anemia</td> </tr> <tr> <td>Volumen globular medio</td> <td>81.2 - 95.1 fl</td> <td>76.6</td> <td>Baja producción de plaquetas</td> </tr> <tr> <td>Neutrófilos</td> <td>50 – 70 %</td> <td>78.5</td> <td>Presencia de infección</td> </tr> <tr> <td>Linfocitos</td> <td>18- 42 %</td> <td>13.3</td> <td>Infección</td> </tr> <tr> <td>Basófilos</td> <td>0.2– 1.0 %</td> <td>0.1</td> <td>Infección</td> </tr> </tbody> </table> <p>23 de noviembre 2017 Glucosa 110mg/dl</p> <p>28 de noviembre cultivo de catéter Negativo</p> <p>Datos subjetivos:</p> <p>Persona refiere sentirse muy triste y desesperado, agresividad hacia su cuidadora primaria (madre), contesta con respuestas muy cortas.</p> <p>Independencia: Puede tomar decisiones para su persona.</p>	Examen	Valores de referencia	Resultados	Interpretaciones	Leucocitos	3.5 - 10.5 10 ³ /μL	8.6	Leucocitosis leve	Eritrocitos	4.5 - 6.0 10 ⁶ /μL	3.72	Falta de agua y líquidos insuficientes	Hemoglobina	13.5 - 18.0 g/dL	9.3	Anemia	Hematocrito	40.5 - 54.0 %	28.5	Anemia	Volumen globular medio	81.2 - 95.1 fl	76.6	Baja producción de plaquetas	Neutrófilos	50 – 70 %	78.5	Presencia de infección	Linfocitos	18- 42 %	13.3	Infección	Basófilos	0.2– 1.0 %	0.1	Infección
Examen	Valores de referencia	Resultados	Interpretaciones																																		
Leucocitos	3.5 - 10.5 10 ³ /μL	8.6	Leucocitosis leve																																		
Eritrocitos	4.5 - 6.0 10 ⁶ /μL	3.72	Falta de agua y líquidos insuficientes																																		
Hemoglobina	13.5 - 18.0 g/dL	9.3	Anemia																																		
Hematocrito	40.5 - 54.0 %	28.5	Anemia																																		
Volumen globular medio	81.2 - 95.1 fl	76.6	Baja producción de plaquetas																																		
Neutrófilos	50 – 70 %	78.5	Presencia de infección																																		
Linfocitos	18- 42 %	13.3	Infección																																		
Basófilos	0.2– 1.0 %	0.1	Infección																																		

	Dependencia: Requiere de medicamentos antibióticos para reducir la infección localizada en herida quirúrgica.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Datos que considerar: Persona que cursa por periodos de alteración del estado emocional manifestado por su actitud y sus respuestas
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Valoración focalizada 04 de diciembre de 2017

Servicio: Hospitalización 2do piso cirugía general

Persona masculino de 26 años, alerta de 15 puntos en escala de Glasgow, se encuentra en hospitalización cirugía general segundo piso, cursa su vigésimo tercer día de estancia hospitalaria con pre alta por parte de médico tratante, con pupilas isocóricas redondas y normorreflexicas con reacción a la luz presente, narinas permeables, mucosa bucal deshidratadas, tórax normolineó con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, con terapia de infusión continua en miembro torácico izquierdo se encuentra funcional sin datos de infección, a la auscultación frecuencia cardiaca normal, rítmico con adecuada intensidad, miembros torácicos simétricos, íntegros con llenado capilar 2", refiere dolor leve de 4 en escala de EVA en área abdominal, al momento de retiro de la terapia de presión negativa se encuentra herida quirúrgica abdominal supra e infra umbilical 20x6x1.5 cm afrontada en parte superior e inferior con sutura Nylon, con múltiples puntos dehiscentes, el más grande es central de 6x4 cm, lecho de la herida con 95% granulación, 5% esfacelo con bordes irregulares, piel perilesional con eritema, con exudado nulo con cierre de segunda intención efectuada, heridas satelitales supra umbilical lateral derecho 5x3cm lecho de la herida con tejido de granulación con bordes regulares y piel perilesional sana con exudado nulo, herida satelital infra umbilical flanco derecho de 3x2 cm lecho de la herida con tejido de granulación con bordes regulares y piel perilesional sana con exudado nulo, herida satelital suprapúbica flanco derecho 2x1.5 cm lecho de la herida con tejido de granulación con bordes regulares y piel perilesional sana con exudado nulo. Ileostomía en flanco derecho de forma regular redonda mucosa color rojo brillante con diámetro 2cm, prolapsado 2cm con efluente semilíquido amarillo 350ml en 24 hrs, ángulo de salida

hacia las 7, piel periestomal sana. Colostomía en flanco izquierdo de forma irregular, mucosa color rosa, efluente 20 ml en 24 hrs, ángulo de salida hacia las 3, plana, con piel periestomal sana. Ruidos peristálticos presentes, con sonda vesical a derivación drenando uresis amarillo claro, presencia de lesión por presión en región sacra en estadio I, lecho de la herida con tejido de granulación, bordes irregulares, piel perilesional sana, exudado nulo, miembros pélvicos sin sensibilidad ni movilidad, simétricas, con presencia de lesión por presión en ambos talones, talón izquierdo en estadio I con tejido de granulación, bordes irregulares, piel perilesional con eritema, exudado nulo, pélvicos con llenado capilar de 2”.

Identificación de las necesidades alteradas

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS
<p>14. Necesidad de Aprendizaje</p>	<p>Datos objetivos: Persona y cuidadora primaria se observan con dudas para el cuidado en el hogar y dispositivos que serán requeridos para su cuidador.</p> <p>Datos subjetivos: Persona que refiere querer aprender acerca de sus cuidados en el hogar para una pronta recuperación, así como su cuidador primario.</p> <p>Independencia: Ya ha realizado el cambio de recolección de sus estomas de manera efectiva</p> <p>Dependencia: Necesita de un cuidador primario para poder acercar el material para la limpieza y recambio de sus heridas, así mismo para realizar movilización.</p> <p>Datos que considerar: La cuidadora primaria necesita de apoyo del personal para orientarla para el manejo y cuidado de la persona.</p>
<p>8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel</p>	<p>Datos objetivos: Persona de pre alta por mejoría con herida quirúrgica abdominal supra e infra umbilical 20x6x1.5 cm afrontada en parte superior e inferior con sutura Nylon, con múltiples puntos dehiscentes, el más grande es central de 6x4 cm, lecho de la herida con 95% granulación, 5%</p>

	<p>esfuerzo con bordes irregulares, piel perilesional con eritema, con exudado nulo con cierre de segunda intención efectuada, heridas satelitales supra umbilical lateral derecho 5x3cm lecho de la herida con tejido de granulación con bordes regulares y piel perilesional sana con exudado nulo, herida satelital infra umbilical flanco derecho de 3x2 cm lecho de la herida con tejido de granulación con bordes regulares y piel perilesional sana con exudado nulo, herida satelital suprapúbica flanco derecho 2x1.5 cm lecho de la herida con tejido de granulación con bordes regulares y piel perilesional sana con exudado nulo.</p> <p>Datos subjetivos: Refiere dolor leve de 4 en escala de EVA en área abdominal</p> <p>Independencia: Puede realizarse cepillado de dientes</p> <p>Dependencia: Requiere de un cuidador primario que le facilite lo necesario para hacer curación de sus heridas.</p> <p>Datos que considerar: Requiere asistir a sus citas médicas para valorar la herida y retirar puntos de sutura.</p>
<p>4. Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura</p>	<p>Datos objetivos: No se levanta y se mantiene en cama. Grado 0 sin ninguna respuesta muscular en escala de Daniels en miembros pélvicos. Presencia de lesión por presión en región sacra en estadio I por el sistema de clasificación de la NPUAP/EPUAP, lecho de la herida con tejido de granulación, bordes regulares, piel perilesional sana, exudado nulo, lesión por presión en talón izquierdo en estadio I con tejido de granulación, bordes regulares, piel perilesional sana, exudado nulo</p> <p>Datos subjetivos: Sin movilización ni sensibilidad en miembros pélvicos. Refiere no saber cuáles son los dispositivos que deberá adquirir para su movilización en el hogar. Refiere querer ser lo más independiente posible para su movilización.</p>

	<p>Independencia: Puede mover parte superior.</p> <p>Dependencia: Necesita de apoyo por medio de dispositivos que le permitan moverse.</p> <p>Datos que considerar: Aun con inmovilidad de miembros pélvicos. Al darse de alta necesitara de modificaciones en su vida cotidiana.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Valoración focalizada 11 de enero de 2018

Servicio: Consulta externa cirugía general

Persona masculina de 26 años alerta de 15 puntos en escala de Glasgow, se valora en consulta externa de cirugía general, en condiciones de mejoría sentado en silla de ruedas, de constitución débil, conformación íntegra en relación y proporción simétrica, con actitud forzada, con facies de angustia, persona viste con pants, playera y sudadera, marcha no valorable por paraplejía. Persona con pupilas isocóricas redondas y normorreflexicas con reacción a la luz presente, narinas permeables, tórax normolíneo con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, miembros torácicos simétricos, íntegros con llenado capilar 2”, refiere dolor leve de 4 en escala de EVA en área abdominal, al momento de retirar gasas se encuentra herida abdominal con cierre por segunda intención supra media e infra umbilical 18x5 cm afrontada, lecho de la herida con 100% tejido de granulación, con bordes regulares, piel perilesional sana, con exudado nulo, heridas satelitales supra umbilical lateral derecho 5x3cm lecho de la herida con 100% tejido de granulación con bordes regulares y piel perilesional sana con exudado nulo, herida satelital infra umbilical flanco derecho de 4x2 cm lecho de la herida con 100% tejido de granulación con bordes regulares y piel perilesional sana con exudado nulo. Ileostomía en flanco derecho de forma regular redonda mucosa color rojo brillante con diámetro 2cm, prolapsado 2cm con efluente pastoso amarillo, ángulo de salida hacia las 7, piel periestomal sana. Colostomía en flanco izquierdo de forma irregular, mucosa color rosa, efluente nulo, ángulo de salida hacia las 3, plana, con piel periestomal sana. Ruidos peristálticos presentes, con cistoclasia a derivación drenando uresis amarillo claro, presencia de lesión por presión en región sacra en estadio III, lecho de la herida con tejido de esfacelo, bordes irregulares, piel

perilesional con eritema, exudado nulo, miembros pélvicos sin sensibilidad ni movilidad, simétricas, con presencia de lesión por presión en ambos talones, talón izquierdo en estadio II con tejido de granulación, bordes irregulares, piel perilesional con eritema, exudado nulo, talón derecho en estadio I con tejido de granulación, bordes regulares, piel perilesional sana, exudado nulo, miembros pélvicos con llenado capilar de 2”.

Identificación de las necesidades alteradas

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS
<p>10. Necesidad de Comunicarse</p>	<p>Datos objetivos: tipo de comunicación verborreico que sabe leer y escribir, ultimo grado de estudio la primaria. Persona con apoyo de cuidadores primarios (madre y hermano)</p> <p>Datos subjetivos: Refiere ya no estar viviendo con su pareja y sus hijas ni con su mamá sino con su hermano mayor Refiere estar un poco triste por ya no ver a sus hijas.</p> <p>Independencia: Persona que vive con su hermano mayor.</p> <p>Dependencia: Necesita del apoyo de su familia para reincorporarse a su vida diaria.</p> <p>Datos que considerar: Hasta el momento ya no vive con su pareja ni con sus hijas ni con su mamá.</p>
<p>8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel</p>	<p>Datos objetivos: Herida abdominal con cierre por segunda intención supra media e infra umbilical 18x5 cm afrontada, lecho de la herida con 100% tejido de granulación, con bordes regulares, piel perilesional sana, con exudado nulo, heridas satelitales supra umbilical lateral derecho 5x3cm lecho de la herida con 100% tejido de granulación con bordes regulares y piel perilesional sana con exudado nulo, herida satelital infra umbilical flanco derecho de 4x2 cm lecho de la herida con 100% tejido de granulación con bordes regulares y piel perilesional sana con exudado nulo.</p>

	<p>Datos subjetivos:</p> <p>Refiere dolor leve de 4 en escala de EVA en área abdominal al movimiento.</p> <p>Refiere aun seguir consumiendo marihuana 4 veces por semana.</p> <p>Independencia: Persona que realiza la curación de su herida abdominal</p> <p>Dependencia: Persona que necesita que realicen las compras de los productos para su higiene y alimentación, necesita que se le realice la curación de sus lesiones por presión, necesita apoyo para realizar higiene personal</p> <p>Datos que considerar: Requiere asistir a sus citas médicas y clínica de heridas.</p>
<p>4. Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura</p>	<p>Datos objetivos:</p> <p>Persona que utiliza silla de ruedas para su movilización.</p> <p>Grado 0 sin ninguna respuesta muscular en escala de Daniels en miembros pélvicos.</p> <p>Lesión por presión en región sacra en estadio III, lecho de la herida con tejido de esfacelo, bordes irregulares, piel perilesional con eritema, exudado nulo, miembros pélvicos sin sensibilidad ni movilidad, simétricas, con presencia de lesión por presión en ambos talones, talón izquierdo en estadio II con tejido de granulación, bordes irregulares, piel perilesional con eritema, exudado nulo, talón derecho en estadio I con tejido de granulación, bordes regulares, piel perilesional sana, exudado nulo.</p> <p>Datos subjetivos:</p> <p>Sin movilización ni sensibilidad en miembros pélvicos.</p> <p>Refiere necesitar ayuda para movilizarse de la cama a la silla de ruedas.</p> <p>Independencia: Puede mover parte superior.</p> <p>Dependencia: Necesita apoyo para la movilización de cama a silla de ruedas, y realizar hidratación de extremidades.</p>

	<p>Datos que considerar: Sin movilidad ni sensibilidad en miembros pélvicos requiere que le realicen terapia con ejercicios pasivos.</p>
<p>14. Necesidad de Aprendizaje</p>	<p>Datos objetivos: Persona y cuidadora primaria se observan con dudas para el cuidado de cistocclisis y manejo de las lesiones por presión.</p> <p>Datos subjetivos: Persona que refiere querer aprender sobre sus cuidados en el hogar para una pronta recuperación, así como su cuidador primario.</p> <p>Independencia: Persona realiza el cambio de dispositivos de recolección y el drenaje de sus estomas de manera efectiva</p> <p>Dependencia: Necesita de un cuidador primario para poder acercar el material para la limpieza y recambio de sus heridas, así mismo para realizar movilización y el drenaje de su cistocclisis.</p> <p>Datos que considerar: La cuidadora primaria necesita de apoyo del personal para orientarla para el manejo y cuidado de la persona.</p>
<p>12. Necesidad de Trabajar y Realizarse</p>	<p>Datos objetivos: Con facies de tristeza y desesperación al momento de cuestionar sobre su situación laboral.</p> <p>Datos subjetivos: Refiere no estar laborando actualmente por sus condiciones y mantener un apoyo económico por parte de su ex patrón lo que aporta para alimentación. Refiere sentirse como mantenido</p> <p>Independencia: Acepta su autoimagen y sentirse positivo para encontrar un empleo en un futuro próximo.</p> <p>Dependencia: Requiere de un sustento económico por parte de su ex patrón para poder adquirir productos básicos.</p> <p>Datos que considerar: Refiere que su mamá y hermanos le ayudaran con los gastos.</p>

7.1.3 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete

Valoración de estudios 22 de noviembre 2017

Biometría hemática

Fecha de solicitud 19 de noviembre 2017

Examen	Valores de referencia	Resultados	Interpretaciones
Leucocitos	3.5 - 10.5 10³/μL	10.1	Leucocitosis leve
Eritrocitos	4.5 - 6.0 10⁶/μL	3.56	Falta de agua y líquidos insuficientes
Hemoglobina	13.5 - 18.0 g/dL	9.1	Anemia
Hematocrito	40.5 - 54.0 %	27.2	Anemia
Volumen globular medio	81.2 - 95.1 fl	76.6	Baja producción de plaquetas
Neutrófilos	50 - 70 %	78.5	Presencia de infección
Linfocitos	18- 42 %	13.3	Infección
Basófilos	0.2- 1.0 %	0.1	Infección

12 de noviembre 2017

Procalcitonina 140.16 Reactivo para identificación de sepsis.

Velocidad de sedimentación globular 42 mm/hr.

Glucosa 132mg/dl

Cultivo de líquido peritoneal positivo bacilos gram y cocos gram +

Valoración de estudios 29 de noviembre 2017

Biometría hemática

Fecha de solicitud 23 de noviembre 2017

Examen	Valores de referencia	Resultados	Interpretaciones
Leucocitos	3.5 - 10.5 10³/μL	8.6	Leucocitosis leve
Eritrocitos	4.5 - 6.0 10⁶/μL	3.72	Falta de agua y líquidos insuficientes
Hemoglobina	13.5 - 18.0 g/dL	9.3	Anemia
Hematocrito	40.5 - 54.0 %	28.5	Anemia
Volumen globular medio	81.2 - 95.1 fl	76.6	Baja producción de plaquetas
Neutrófilos	50 - 70 %	78.5	Presencia de infección
Linfocitos	18- 42 %	13.3	Infección
Basófilos	0.2- 1.0 %	0.1	Infección

23 de noviembre 2017 Glucosa 110mg/dl

28 de noviembre cultivo de catéter Negativo

7.1.3 Jerarquización de problemas

Valoración inicial del 22 de noviembre 2017

1. Necesidad de higiene y protección de la piel. (8)

Herida quirúrgica abierta media abdominal de 20 x 10 cm, con bolsa de Bogotá donde se observan asas intestinales, bordes irregulares, piel perilesional con eritema y calor, exudado purulento moderado no fétido. Ileostomía en flanco derecho de forma regular redonda mucosa color rojo brillante, efluente líquido verde, ángulo de salida hacia las 7, prolapsado, piel periestomal con dermatitis por humedad. Colostomía en flanco izquierdo de forma regular ovalado mucosa color rosa, sin efluente, ángulo de salida hacia las 3, plana, piel periestomal con dermatitis mecánica, presencia de lesión por presión en región sacra en estadio II, lecho de la herida con tejido de granulación, bordes irregulares, piel perilesional con eritema, exudado nulo, con presencia de lesiones por presión en ambos talones, talón izquierdo en estadio II con tejido de granulación, bordes irregulares, piel perilesional con eritema y calor, exudado nulo, talón derecho con sospecha de daño tisular profunda y equimosis color rojo.

2. Necesidad de eliminación (3)

Persona con ileostomía de hace 5 meses, colostomía con estoma retraído no funcional, sonda vesical a derivación drenando amarillo claro, diuresis 250 ml/hr.

3. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura (4)

Persona sin movilidad ni sensibilidad en miembros pélvicos.

Valoración focalizada 29 de noviembre de 2017

1. Necesidad de higiene y protección de la piel. (8)

Persona que se otorga baño de esponja, lavado de dientes cada tercer día, herida quirúrgica abdominal supra e infra umbilical 20x6 cm afrontada en parte superior e inferior con sutura Nylon, con múltiples puntos dehiscentes, el más grande es central de 7x6 cm, lecho de la herida con 90% granulación, 10% esfacelo con bordes irregulares, cavitada 1.5 cm, piel perilesional con eritema, con exudado seroso moderado no fétido con manejo por terapia de presión negativa, presencia de lesión por presión región sacra en estadio I, lecho de la herida con tejido de granulación, bordes irregulares, piel perilesional sana, exudado nulo, lesión por presión en ambos talones, talón izquierdo en estadio I con tejido de granulación, bordes irregulares, piel perilesional con eritema, exudado nulo, talón derecho con sospecha de daño tisular profunda con equimosis color rojo.

2. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura (4)

No se realiza movilización continua y presenta datos de tristeza por su falta de movilidad.

3. Necesidad de eliminación (3)

Persona con sonda vesical a derivación drenando amarillo claro, diuresis 250 ml/hr. Ileostomía en flanco derecho de forma regular redonda mucosa color rojo brillante con efluente semilíquido amarillo 400ml en 24 hrs, ángulo de salida hacia las 7, prolapsado 2cm, piel periestomal sana, colostomía en flanco izquierdo de forma irregular, mucosa color rosa, sin efluente, ángulo de salida hacia las 3, plana, con piel periestomal sana.

Valoración focalizada 04 de diciembre de 2017

5. Necesidad de Aprendizaje. (14)

Persona y cuidadora primaria se observan con dudas para el cuidado en el hogar y dispositivos que serán requeridos para su movilidad.

Persona que refiere querer aprender sobre sus cuidados en el hogar para una pronta recuperación, así como su cuidador primario.

6. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel (8)

Herida quirúrgica con cierre efectuada de segunda intención, con suturas y heridas satelitales.

7. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura (4)

No se levanta y se mantiene en cama. Al darse de alta necesitara de modificaciones en su vida cotidiana y necesitara de apoyo por medio de dispositivos que le permitan moverse.

Valoración focalizada 11 de enero de 2018

1. Necesidad de Comunicación. (10)

Refiere ya no estar viviendo con su pareja y sus hijas ni con su mamá sino con su hermano mayor y sentirse triste por ya no ver a sus hijas en periodos cortos.

2. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel (8)

Herida abdominal con cierre por segunda intención supra media e infra umbilical 18x5 cm afrontada, lecho de la herida con 100% tejido de granulación, con bordes regulares, piel perilesional sana, con exudado nulo, heridas satelitales supra umbilical lateral derecho 5x3cm lecho de la herida con 100% tejido de granulación con bordes regulares y piel perilesional sana con exudado nulo, herida satelital infra umbilical flanco derecho de 4x2 cm lecho de la herida con 100% tejido de granulación con bordes regulares y piel perilesional sana con exudado nulo.

3. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura (4)

Persona que utiliza silla de ruedas para su movilización. Grado 0 sin ninguna respuesta muscular en escala de Daniels en miembros pélvicos. Lesión por presión en región sacra en estadio III, lecho de la herida con tejido de esfacelo, bordes irregulares, piel perilesional con eritema, exudado nulo, miembros pélvicos sin sensibilidad ni movilidad, simétricas, con presencia de lesiones por presión en ambos talones, talón izquierdo en estadio II con tejido de granulación, bordes irregulares, piel perilesional con eritema, exudado nulo, talón derecho en estadio I con tejido de granulación, bordes regulares, piel perilesional sana, exudado nulo.

7.2 Diagnóstico de enfermería

Diagnósticos de enfermería de la valoración inicial del 22 de noviembre 2017	
NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA
1. Necesidad de oxigenación	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de infección respiratoria relacionado con inmovilidad física y proceso infeccioso abdominal.
2. Necesidad de Nutrición e Hidratación	<ul style="list-style-type: none"> Desnutrición relacionada con baja ingesta de carbohidratos manifestado por pérdida de peso 10 kg en 5 meses. Deshidratación relacionada con baja ingesta de líquidos manifestado por mucosas orales deshidratadas.
3. Necesidad de Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> Alteración de la motilidad gástrica relacionado con colostomía e ileostomía manifestado por disminución de los ruidos peristálticos Riesgo de estreñimiento relacionado con inmovilidad. Riesgo de infección urinaria relacionado con cateterismo vesical
4. Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura	<ul style="list-style-type: none"> Alteración de la movilidad en cama relacionado con dehiscencia de herida quirúrgica abdominal manifestado por dolor abdominal de 8 en escala de EVA al cambiar de posición. Alteración de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza muscular manifestado por dificultad para girarse Riesgo de alteración corporal pélvico relacionado con falta de movilización en miembros pélvicos.
5. Necesidad de Descanso y Sueño	<ul style="list-style-type: none"> Alteración del sueño nocturno relacionado con factores ambientales hospitalarios manifestado por ojeras de color gris y sentirse cansado.
6. Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la capacidad para vestirse por sí mismo relacionado con lesión medular manifestado por necesitar ayuda para el cambio de ropa

7. Necesidad de Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de hipotermia relacionado con bajo peso corporal e intervenciones quirúrgicas previas.
8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel	<ul style="list-style-type: none"> Alteración de la integridad cutánea r/c dehiscencia con exposición de asas intestinales y manejo con bolsa Bogotá m/p exudado purulento y eritema en piel perilesional. Alteración de la integridad cutánea r/c dermatitis periestomal m/p dolor en escala de EVA de 8 Alteración de la integridad cutánea r/c falta de movilización por lesión raquimedular m/p úlceras por presión en región sacra en estadio II y piel perilesional con eritema, talón izquierdo en estadio II y piel perilesional con eritema y calor, talón derecho con SDTP y equimosis color rojo.
9. Necesidad de Evitar los Peligros	<ul style="list-style-type: none"> Infección abdominal relacionada con obstrucción intestinal manifestada por leucocitos 10.1, cultivo de líquido peritoneal positivo bacilos gram y cocos +.
10. Necesidad de Comunicarse	<ul style="list-style-type: none"> Alteración de la función sexual relacionado con lesión raquimedular manifestado por limitación sexual con su pareja.
11. Necesidad de Vivir según sus Creencias y Valores	<ul style="list-style-type: none"> Enojo relacionado con situación de discapacidad manifestado por intolerancia verbal con su madre.
12. Necesidad de Trabajar y Realizarse	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de alteración del estado emocional relacionado con estado actual de salud.
13. Necesidad de Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> Falta de información para el cuidado en el hogar relacionado con estomas, lesiones por presión y herida quirúrgica manifestado por dudas en los procedimientos.

Diagnósticos de enfermería de la valoración focalizada del 29 de noviembre 2017	
NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA
8.Necesidad de Higiene y Protección de la Piel	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la integridad cutánea relacionada con herida quirúrgica abdominal media manifestada por piel perilesional con eritema y exudado seroso moderado no fétido.
4.Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de movilidad relacionado con lesión raquimedular manifestado por lesiones por presión en región sacra y tobillos • Riesgo de deterioro de los sistemas corporales relacionado con paraplejia.
3.Necesidad de Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de estreñimiento relacionado con inmovilidad.
9.Necesidad de Evitar los Peligros	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de infección urinaria relacionado con cateterismo vesical. • Percepción negativa de sí mismo relacionado con condición actual de salud manifestado por facies de tristeza y baja autoestima.

Diagnósticos de enfermería de la valoración focalizada del 04 de diciembre 2017	
NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA
14.Necesidad de aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> Buena aptitud para adquirir nuevos conocimientos sobre el cuidado de sus estomas, lesiones por presión y herida quirúrgica manifestado por el deseo de querer ser lo más independiente posible.
8.Necesidad de higiene y protección de la piel	<ul style="list-style-type: none"> Alteración de la integridad cutánea relacionada con herida quirúrgica con cierre efectuada de segunda intención, con suturas y heridas satelitales.
4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de lesiones por presión relacionado con la falta de movilidad en el hogar.

Diagnósticos de enfermería de la valoración focalizada del 11 de enero 2018	
NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA
10.Necesidad de comunicarse.	<ul style="list-style-type: none"> Alteración del estado emocional relacionado con modificación de las capacidades motoras manifestado por facies de tristeza.
8.Necesidad de higiene y protección de la piel.	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de infección relacionado con herida abdominal con tejido de granulación sin tejido de piel.
4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de aumento de estadio en lesiones por presión relacionado por la falta de movilidad en el hogar.
11.Necesidad de Vivir según sus creencias y valores.	<ul style="list-style-type: none"> Afrontamiento ineficaz de situación actual de salud relacionado con lesión raquímedular manifestado por expresiones negativas de sí mismo.
12.Necesidad de trabajar y realizarse.	<ul style="list-style-type: none"> Alteración de la autorrealización relacionado con proceso de enfermedad manifestado por frases negativas de sí mismo.

7.4 Planeación de los cuidados
Planes de cuidado de la valoración inicial del 22 de noviembre 2017

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 8. Necesidad de higiene y protección de la piel			
Diagnóstico de enfermería: Alteración de la integridad cutánea relacionado con dehiscencia con exposición de asas intestinales y manejo con bolsa Bogotá manifestado por exudado purulento y eritema en piel perilesional.			
Objetivo de la persona: “Ya no quiero tener infección”			
Objetivo de enfermería: Limitar el proceso infeccioso y el deterioro de la piel perilesional y los bordes de la herida			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Sustituta	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Exudado purulento y eritema en piel perilesional.		Refiere dolor de 8 en escala de EVA en área abdominal	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Cuidado de la herida con técnica estéril	Se realizó higiene de manos, uso de guantes y cubrebocas	El procedimiento se debe realizar en la cama del paciente, no trasladar al baño, proteger la cama y los tendidos del drenaje del líquido utilizado en la irrigación, y dejar seco el paciente. Se limpian los bordes y se protege la piel circundante, protectora cutánea, y se deja cubierta con un apósito especial estéril. ²³ Se reconoce en la actualidad que los antisépticos pueden producir la muerte o inhibición celular de las bacterias, a través de oxidación, hidrolisis o inactivación de enzimas, con pérdida de los constituyentes celulares. ²⁴	
Control del exudado	Se realizó cambios frecuentes de compresa de gasa estéril		
Cuidado local de la infección	Se realizó la curación de la herida con solución electrolizada de superoxidación		
Cuidado de la piel perilesional	Se aplicó un protector cutáneo		
Educación del manejo de la herida en el hogar	Se realizó la capacitación de la persona y cuidador primario en el manejo con técnica estéril de la herida		
Registros de enfermería	Se realizaron las anotaciones del proceso de atención de enfermería de la herida.		
Evaluación: Se observó la disminución del exudado de la herida a nulo y piel perilesional sana, llegando a un nivel de dependencia 3			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 8. Necesidad de higiene y protección de la piel			
Diagnóstico de enfermería: Alteración de la integridad cutánea r/c ileostomía y colostomía m/p dolor en escala de EVA de 8 y dermatitis periestomal.			
Objetivo de la persona: “Quiero que se me quite el dolor”			
Objetivo de enfermería: Brindar cuidados de los estomas y proteger la piel periestomal			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Dermatitis periestomal		Dolor en escala de EVA de 8	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Cambio de sistema colector	Se decidió el uso de sistema colector pediátrico para colostomía y sistema colector adulto para ileostomía.	La existencia de un estoma representa una pérdida de la continuidad de la piel y, por lo tanto, de la barrera de protección natural; por lo que confrontan un alto riesgo de producir alteraciones cutáneas (irritaciones, dermatitis, ulceraciones) debido al contacto tanto de los fluidos de deshecho, como por los componentes del dispositivo recolector. ²⁵ En caso de existir dermatitis periestomal, aplicar protector cutáneo sin base de alcohol y polvo hidrocoloide, previo a la colocación del sistema colector y valorar la frecuencia de cambio. ²⁶	
Cuidados de piel periestomal	Se utilizó removedor y técnica pasiva para retirar sistema colector		
Educación en el manejo del cambio del sistema colector.	Se brindó información a la persona de cómo se debe hacer el recambio del sistema colector con técnica espejo		
Limpieza de estomas	Se realizó la irrigación de la estoma con solución salina y secado por esponjeo		
Evaluación: Se observó la evolución de la piel periestomal a sana y la persona refirió disminución del dolor a 2 en escala de EVA, Llegando a un nivel de dependencia 2			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 8. Necesidad de higiene y protección de la piel			
Diagnóstico de enfermería: Alteración de la integridad cutánea r/c falta de movilización por lesión raquimedular m/p úlceras por presión en región sacra en estadio II y piel perilesional con eritema, talón izquierdo en estadio II y piel perilesional con eritema y calor, talón derecho con SDTP y equimosis color rojo.			
Objetivo de la persona: “Quiero que se curen mis lesiones”			
Objetivo de enfermería: Reducir las úlceras por presión y evitar la formación de nuevas lesiones.			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Lesiones por presión en sacro y talones		Lesión raquimedular	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Movilización continua	Se movilizó a la persona cada dos horas disminuyendo los puntos de presión de acuerdo con la posición.	Los colchones de aire estáticos siempre son sobre colchones. Un sobrecolchón es compacto y ligero. Está compuesto por varios compartimentos y el aire se mueve por una zona amplia cuando la persona está tumbada sobre este. Las superficies de apoyo de alta tecnología también se definen como colchones dinámicos. Una superficie de apoyo activa es una superficie accionada de forma eléctrica que consigue distribuir la carga al inflar y desinflar cíclicamente las células de aire, con o sin el peso del cuerpo del paciente tumbado sobre la superficie. ⁹ La inmersión y el envolvimiento son menos aplicables con los colchones dinámicos. ²⁷	
Uso de superficies especiales para el manejo de presión	Se orientó al cuidador primario para la realización de almohadillas a base de microsferas a ¾ partes de su llenado.		
Cuidado de la ulcera en región sacro	Se realizó la irrigación con solución salina y colocación del apósito hidrocoloide.		
Cuidado de las úlceras en talones	Se realizó la irrigación con solución salina y colocación del apósito hidrocoloide en talón izquierdo y apósito hidrocélular en talón derecho.		
Evaluación: Se observó disminución de la lesión por presión en región sacra a estadio I y piel perilesional sana, lesión por presión en talón izquierdo a estadio I y piel perilesional sana lesión por presión en talón derecho se observó la evolución de la equimosis a amarillo verdoso Llegando a un nivel de dependencia 4.			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 3. Necesidad de Eliminación			
Diagnóstico de enfermería: Alteración de la motilidad gástrica relacionado con colostomía e ileostomía manifestado por disminución de los ruidos peristálticos y abdomen distendido			
Objetivo de la persona: ” Ya no quiero sentirme inflamado”			
Objetivo de enfermería: Aumentar la motilidad gástrica.			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	4	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Disminución de ruidos peristálticos y abdomen distendido		Movilidad limitada	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Favorecer la movilidad	Se realizó movilización en cama	Aproximadamente, un 60% de los pacientes con Lesión Medular por encima de L2 experimenta estreñimiento, definido como menos de 3 deposiciones por semana o incontinencia fecal. En el paciente con lesión lumbosacra el colon descendente y el recto sigma quedan flácidos e hipotónicos, predisponiendo al paciente a la impactación fecal o a la incontinencia. ²⁸	
Notificar del signo de motilidad	Se informó al médico y nutrición de la disminución de los ruidos peristálticos y modifiquen la dieta.		
Vigilancia del efluente de las ostomías	Se monitorizó el efluente de la ileostomía, consistencia, cantidad, forma, volumen y color.		
Educación de la nutrición para el hogar	Se mostro a la persona los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.		
Registros de enfermería	Se realizó las anotaciones del proceso de atención de enfermería de la motilidad.		
Evaluación: Se auscultan ruidos peristálticos rítmicos y un abdomen blando llegando a un nivel de dependencia 3.			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 3. Necesidad de Eliminación			
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de estreñimiento relacionado con inmovilidad.			
Objetivo de la persona: “No quiero tener problemas de estreñimiento”			
Objetivo de enfermería: Disminuir el riesgo de estreñimiento en la persona			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Disminución de ruidos peristálticos		Con alteración de la movilidad	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Favorecer la movilidad	Se ayudó para movilizar en cama con terapia de ejercicio con ayuda de su familiar	La motilidad del intestino delgado durante el postoperatorio se recupera rápidamente antes de 36-48 h, pero no existe motilidad organizada hasta los días 7-9, lo que va en detrimento de una adecuada propulsión, y la actividad motora existente es de muy bajo rendimiento en cuanto al cumplimiento de su misión propulsora ²⁹	
Administración de medicamentos vía oral	Se proporcionó senosidos A y B y se explica el objetivo medico		
Vigilancia de la motilidad	Se vigiló la existencia de peristaltismo		
Valoración del aparato gastrointestinal	Se vigiló la aparición de signos y síntomas de estreñimiento		
Cuidados de la ostomía	Se monitorizó el efluente de la ileostomía, consistencia, cantidad, forma, volumen y color.		
Evaluación: A la valoración no se encuentran signos y síntomas que indiquen estreñimiento y el nivel de dependencia disminuyo a 3.			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 3. Necesidad de Eliminación			
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección urinaria relacionado con cateterismo vesical			
Objetivo de la persona: “No quiero tener más infecciones”			
Objetivo de enfermería: Disminuir el riesgo de estreñimiento en la persona			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Sonda vesical 16fr drenando a derivación		Sin movilidad ni sensibilidad en miembros pélvicos	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Valoración de la eliminación urinaria	Se vigiló la eliminación urinaria, consistencia, olor, volumen y color.	Medidas sencillas como la higiene de manos, rigurosa técnica, mantenimiento y la forma en que se retira el catéter contribuyen a la prevención de la infección asociada. El cateterismo urinario innecesario y el tiempo de permanencia del catéter influyen en el desarrollo de la infección, siendo factores modificables. ³⁰	
Higiene genital	Se realizó baño de esponja diario, en zona de genitales, con agua y jabón y secado		
Cuidados del circuito del sondaje vesical	Se mantuvo el circuito vesical estéril, sin desconectar ni perforar el circuito.		
Cuidados del sondaje vesical	Se mantuvo la bolsa por debajo del nivel de la cintura, para evitar el reflujo de la orina hacia la vejiga		
Educación de la eliminación urinaria	Se explicó a la persona y familiar los signos y síntomas de infección del tracto urinario		
Evaluación: A la valoración no se encuentran signos ni síntomas que indiquen infección del tracto urinario, llegando a un nivel de dependencia 4.			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 4. Necesidad Moverse y Mantener una Buena Postura			
Diagnóstico de enfermería: Alteración de la movilidad en cama relacionado con dehiscencia de herida quirúrgica abdominal manifestado por dolor abdominal de 8 en escala de EVA al cambiar de posición.			
Objetivo de la persona: “No quiero sentir dolor al moverme”			
Objetivo de enfermería: Mejorar la movilidad de la persona en la cama y disminuir el dolor al cambio de posición.			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Herida quirúrgica abdominal		Dolor abdominal de 8 en escala de EVA.	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Ministración de medicamentos	Se ministró analgésicos vía intravenosa	El 98% de las UPP se pueden prevenir proporcionando cuidados eficaces desde el ingreso hasta el egreso hospitalario. Un equipo de trabajo educado en aspectos básicos para prevenir este tipo de lesiones de piel contribuirá a disminuir reingresos y minimizar la incidencia de casos, reduciéndolos a nivel departamental y nacional y creando consciencia a los cuidadores. ³¹	
Protección de la persona a la movilización en cama	Se utilizó almohadillas de esferas en la cama para proteger a la persona.		
Movilización de la persona	Se movilizó a la persona con apoyo de camillero y del familiar con movimientos gentiles		
Prevención de caídas	Se mantuvo barandales en alto, movilizar a la persona con apoyo del equipo y del familiar.		
Terapia de ejercicios	Se orientó al familiar en el masaje de los miembros pélvicos de la persona		
Evaluación: A la valoración se encuentra a la persona con disminución del dolor a 4 en escala de EVA. Nivel de dependencia disminuye a 4.			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 4. Necesidad Moverse y Mantener una Buena Postura			
Diagnóstico de enfermería: Alteración de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza muscular manifestado por dificultad para girarse			
Objetivo de la persona: “Quiero moverme en la cama”			
Objetivo de enfermería: Movilizar a la persona de manera eficaz en cama			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Disminución de la fuerza muscular		Dificultad para girarse en la cama	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Movilización en cama de la persona	Se mantuvo la alineación corporal correcta a la movilización	La omisión de cuidados durante la atención conlleva a diferentes resultados negativos en el paciente como el incremento de las tasas de mortalidad, infecciones, estancias prolongadas, úlceras por presión, caídas de pacientes, eventos adversos, complicaciones después de la cirugía y la insatisfacción del paciente. ³²	
Movilización cada 2 horas	Se movilizó a la persona con apoyo de camillero y del familiar con movimientos gentiles		
Terapia de ejercicios en la movilidad articular	Se brindó educación al familiar de la importancia de realizar ejercicios articulares y demostración de cómo debe hacerlo.		
Educación de la persona en la movilización en cama	Se explicó a la persona como realizar su movilización y cuidar su mecánica corporal		
Evaluación: A la valoración y observación la persona refiere sentirse más cómodo para girar sin sentir tanta dificultad, logrando un nivel de dependencia de 3.			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 4. Necesidad Moverse y Mantener una Buena Postura			
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de alteración corporal pélvico relacionado con falta de movilización en miembros pélvicos.			
Objetivo de la persona: “No quiero tener más complicaciones por no poderme mover”			
Objetivo de enfermería: Disminuir el riesgo de la alteración corporal pélvico			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Falta de fuerza muscular en miembros pélvicos		Falta de movilidad en miembros pélvicos	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Educación de la terapia articular	Se explicó a la persona y al familiar el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones	El síndrome de inmovilidad se origina por cambios fisiopatológicos en múltiples sistemas, condicionados por el envejecimiento y el desuso, manifestándose como deterioro funcional con limitación de la capacidad de movilización. ³³	
Vigilancia de la piel	Se vigiló el estado de la piel de miembros pélvicos, coloración, tumefacción, temperatura.		
Cuidados de la piel	Se humectó la piel de los miembros pélvicos y realizar un masaje y demostrarle al familiar como lo debe realizar.		
Movilización cada 2 horas	Se movilizó a la persona con apoyo de camillero y del familiar con movimientos gentiles		
Evaluación: A la valoración no se presentan signos ni síntomas que refieran alteración corporal pélvica, logrando un nivel de dependencia de 4.			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 9. Necesidad de Evitar los Peligros			
Diagnóstico de enfermería: Infección abdominal relacionada con obstrucción intestinal manifestada por leucocitos 10.1, cultivo de líquido peritoneal positivo bacilos gram y cocos +.			
Objetivo de la persona: “Ya quiero curarme de la infección”			
Objetivo de enfermería: Disminuir la propagación de la infección			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Leucocitos 10.1, cultivo de líquido peritoneal positivo bacilos gram y cocos +.		Obstrucción intestinal	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Administración de medicamentos	Se ministró medicamentos antibióticos por vía intravenosa de acuerdo con las indicaciones médicas.	Para patologías abdominales complicadas con perforación se recomienda tratamiento antibiótico conservador y no se presenta mejoría, está indicado tratamiento quirúrgico con exploración de cavidad dirigida. ³⁴	
Cuidado de la herida con técnica estéril	Se realizó higiene de manos, uso de guantes y cubrebocas		
Educación del manejo de la herida	Se realizó la capacitación de la persona y cuidador primario en el manejo con técnica estéril de la herida		
Toma de muestras	Se realizó la toma de muestras y cultivos de la persona según indicaciones médicas.		
Monitorización de signos vitales	Se tomó signos vitales 2 veces por turno, para identificar posibles complicaciones.		
Evaluación: A la valoración se encuentra que los leucocitos disminuyeron a 9.7 y líquido peritoneal negativo a microorganismos, logrando una dependencia de 3.			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 2. Necesidad de Nutrición e Hidratación			
Diagnóstico de enfermería: Desnutrición relacionada con baja ingesta de carbohidratos manifestado por pérdida de peso 10 kg en 5 meses.			
Objetivo de la persona: “Quiero nutrirme para mejorar más rápido”			
Objetivo de enfermería: Favorecer la ingesta de nutrientes en la persona.			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Desnutrición		Pérdida de peso 10kg en 5 meses	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Alentar a la persona en la ingesta de su dieta.	Se animo a la persona en la importancia de ingerir todos los alimentos que se le proporcionan.	La alimentación oral o enteral temprana reduce el estrés de la cirugía, minimizando la resistencia a insulina y posiblemente mejora la tolerancia a la vía oral. La absorción de elementos traza esta disminuida 10-20% con dietas altas en filatos. ³⁵	
Satisfacer la necesidad de acuerdo con la comida.	Se pregunto a la persona si te estaba satisfecho con los alimentos que se proporcionaban y en platicar con la nutrióloga para posibles modificaciones.		
Valorar estado físico de la persona	Se valoro el cabello y el estado de la piel de la persona en el turno		
Importancia de llevar un registro del peso de la persona	Se le indico a la jefa del servicio que se debía llevar un control del peso de la persona, para la gestión de la cama con bascula, para medir el peso de la persona.		
Registros de enfermería	Se registraron las ingestas por turno de la persona.		
Evaluación: A la valoración se encuentra a la persona ingiriendo totalmente los alimentos que le son proporcionados por la institución. Llegando a un nivel de dependencia 4.			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 2. Necesidad de Nutrición e Hidratación			
Diagnóstico de enfermería: Deshidratación relacionada con baja ingesta de líquidos manifestado por mucosas orales deshidratadas.			
Objetivo de la persona: “No quiero sentir la boca seca”			
Objetivo de enfermería: Favorecer la ingesta de líquidos en base a sus requerimientos			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	4	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Deshidratación, mucosas orales deshidratadas		Boca seca	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Registro de líquidos	Se realizó el balance de líquidos del turno	En personas con colostomía se recomienda tomar abundantes líquidos de 8 a 10 vasos con agua o de 15 a 30 ml/kg de peso. Es importante que se ingieran entre las comidas. ³⁶	
Vigilar el estado de hidratación	Se evaluó el estado de las membranas, mucosas, pulso adecuado, presión arterial.		
Ministración de soluciones	Se realizó el cambio de la solución parenteral de acuerdo con las indicaciones médicas.		
Registros de enfermería	Se registró la ingesta y la eliminación por turno de la persona, haciendo un balance de líquidos.		
Evaluación: A la valoración de la persona se encuentran mucosas orales hidratadas. Electrolitos séricos con valores normales Llegando a un nivel de dependencia 3.			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 10. Necesidad de Comunicarse			
Diagnóstico de enfermería: Alteración de la función sexual relacionado con lesión raquimedular manifestado por limitación sexual con su pareja			
Objetivo de la persona: “No quiero sentirme impotente”			
Objetivo de enfermería: Orientar a la persona para afrontar la alteración sexual			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	4	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Paraplejía		Limitación sexual	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Fortalecer la confianza	Se estableció una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto	Sólo se consigue la erección espontáneamente o mediante estimulación mecánica en un 70% de los casos, pero sólo es de duración o intensidad aceptable en el 20% de estos casos. La adaptación sexual suele ser satisfactoria a largo plazo en un porcentaje significativo. ³⁷	
Aumentar el afrontamiento	Se informo a la persona que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés a menudo alteran el funcionamiento sexual.		
Motivación	Se motivó a la persona para la realización de terapia física una vez sea dado de alta.		
Evaluación: A la valoración la persona refiere no tener respuesta mínima al contacto físico con su pareja. Nivel de dependencia continua en 4.			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 12. Necesidad de Trabajar y Realizarse			
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de alteración del estado emocional relacionado con estado actual de salud			
Objetivo de la persona: “Quiero saber en qué voy a poder trabajar”			
Objetivo de enfermería: Ayudar a la persona para facilitarse la toma de decisiones laborales.			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	4	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Paraplejia		Angustia y preocupación	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Fortalecer la confianza	Se estableció una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto	El cuidado como expresión de una cualidad humana se manifiesta en una disposición moral orientada hacia la ayuda y el compromiso. Es una experiencia que va más allá de atender un conjunto de desequilibrios biológicos de las personas, sino que considera las dimensiones psíquicas, socioculturales y espirituales. ³⁸	
Atributos de la persona	Se ayudo a la persona a identificar los atributos positivos de sí mismo para el desempeño laboral		
Orientación laboral	Se oriento a la persona para encontrar ayuda por parte de asociaciones.		
Motivación laboral	Se ayudo a la persona a visualizarse en un ambiente laboral que sea de su interés.		
Evaluación: A la valoración no se encontraron signos ni síntomas de alteración del estado emocional de la persona. Logrando un nivel de dependencia de 3			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 14. Necesidad de Aprendizaje			
Diagnóstico de enfermería: Falta de información para el cuidado en el hogar relacionado con estomas, lesiones por presión y herida quirúrgica manifestado por dudas en los procedimientos.			
Objetivo de la persona: “Quiero saber cuáles van a ser mis cuidados”			
Objetivo de enfermería: Orientar a la persona en sus cuidados.			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Conocimientos insuficientes		Desconoce algunos de sus cuidados	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Educación del cuidado de los estomas	Se oriento a la persona y al familiar en los cuidados que debe tener de sus estomas	El personal de enfermería está implicado en la satisfacción que el paciente refleje, pues ellos son quienes identifican las necesidades y expectativas de los usuarios respecto a cómo reciben los cuidados, por ello es de suma importancia generar estrategias de cuidado con calidad humanizada. Cubrir los cuidados de la salud de pacientes en el campo intrahospitalario es compromiso fundamental del personal de enfermería; ya que, son quienes proveen atención directa por más tiempo en estancias hospitalarias, por lo que las acciones requieren contener estrategias apropiadas para alcanzar los resultados deseados que se empaten con las expectativas que tiene el paciente. ³⁹	
Educación del cuidado de las lesiones por presión	Se oriento a la persona y al familiar en los cuidados que debe realizar en las lesiones por presión		
Educación del cuidado de la movilización	Se oriento a la persona y al familiar en la importancia de la movilización continua		
Identificación de complicaciones.	Se oriento a la persona en la identificación de signos y síntomas ante cualquier posible complicación		
Educación de tratamiento	Se oriento a la persona y al familiar sobre la importancia de llevar su tratamiento de manera correcta.		
Evaluación: A la valoración se encuentra a la persona y al familiar con mayores conocimientos, llegando a un nivel de dependencia 3.			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 1. Necesidad de oxigenación			
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección respiratoria relacionado con inmovilidad física y proceso infeccioso abdominal.			
Objetivo de la persona: “Ya no quiero tener más infecciones”			
Objetivo de enfermería: Disminuir el riesgo de infección respiratoria			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Proceso infeccioso abdominal		Inmovilidad física	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Movilización en cama de la persona	Se mantuvo la alineación corporal correcta a la movilización	En pacientes con lesión cervical o dorsal se hará una adecuada monitorización de su función respiratoria, se administrará oxígeno por mascarilla y se facilitará la fisioterapia respiratoria enérgica. ⁴⁰	
Movilización cada 2 horas	Se movilizó a la persona con apoyo de camillero y del familiar con movimientos gentiles		
Fisioterapia pulmonar	Se realizó palmo percusión y se educa al familiar para que lo realice a la persona mínimo dos veces al día.		
Valoración de vías aéreas	Se ausculto los ruidos respiratorios en campos pulmonares, encontrando permeabilidad. Sin sonidos agregados		
Evaluación: A la valoración no se encontraron signos ni síntomas para infección respiratoria. Llegando a un nivel de dependencia 3			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 7. Necesidad de Termorregulación			
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de hipotermia relacionado con bajo peso corporal e intervenciones quirúrgicas previas.			
Objetivo de la persona: “Ya no quiero más complicaciones”			
Objetivo de enfermería: Disminuir el riesgo de hipotermia			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	4	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Bajo peso corporal		Cirugías previas	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Toma de signos vitales	Se tomó signos vitales por turno, manteniendo una temperatura de 36.3	La hipotermia facilita la infección de la herida quirúrgica por dos mecanismos: a) provocando una vasoconstricción periférica con reducción de la tensión de oxígeno en el tejido subcutáneo y b) deteriorando la función inmunológica. Los pacientes que presentan una temperatura postoperatoria cercana a 34 °C requieren aproximadamente cinco horas para alcanzar espontáneamente la normotermia, tiempo suficiente para la diseminación bacteriana. ⁴¹	
Cuidados de la temperatura corporal	Se monitorizo el color y la temperatura de la piel		
Vigilar signos y síntomas de hipotermia	Se vigiló la aparición de signos y síntomas relacionados con hipotermia, fatiga, debilidad, confusión, apatía, deterioro de la coordinación, escalofríos.		
Educación de la persona y familiar	Se explico a la persona y al familiar sobre la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos del exceso de frio.		
Registros de enfermería	Se registraron las constantes vitales por turno de la persona.		
Evaluación: A la valoración no se encontraron signos ni síntomas de hipotermia. Llegando a un nivel de dependencia 3			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 5. Necesidad de Descanso y Sueño			
Diagnóstico de enfermería: Alteración del sueño nocturno relacionado con factores ambientales hospitalarios manifestado por ojeras de color gris y sentirse cansado.			
Objetivo de la persona: “Quiero poder descansar”			
Objetivo de enfermería: Favorecer el descanso de la persona.			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Ayuda	4	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Ojeras de color gris		Refiere sentirse cansado	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Educación de terapias de relajación	Se explico el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (musicoterapia, meditación, respiración rítmica y relajación progresiva)	La satisfacción del sueño se convierte en un aspecto fundamental que se debe valorar en el paciente hospitalizado, puesto que existe evidencia sobre las complicaciones derivadas de la privación del sueño, lo que impacta en el incremento de la estancia hospitalaria, la aparición de delirium y el retraso en la reincorporación del paciente a la vida social, laboral y emocional. ⁴²	
Manejo ambiental	Se apagaron las luces del cubículo cuando no eran necesarias, se creó un ambiente tranquilo y de apoyo.		
Terapia de relajación	Se oriento a la persona a realizar ejercicios de relajación, así como al familiar a otorgar masaje en la cabeza.		
Registro de enfermería	Se observo y se registró el número de horas de sueño de la persona en el turno.		
Evaluación: A la valoración se encuentra a la persona con ojeras color gris, pero refiere haber dormido más horas. Llegando a un nivel de dependencia 3.			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 11. Necesidad de Vivir según sus Creencias y Valores			
Diagnóstico de enfermería: Enojo relacionado con situación de discapacidad manifestado por intolerancia verbal con su madre.			
Objetivo de la persona: “Quiero poder ser más tolerante”			
Objetivo de enfermería: Motivar a la persona para tener mayor tolerancia con sus familiares			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	4	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Lesiones por presión en sacro y talones		Lesión raquimedular	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Animar a la persona	Se animo a la persona a implementar costumbres, culturas, religiosas y sociales asociadas a su afinidad.	La presencia del profesional de enfermería es una constante en los distintos momentos de la trayectoria de aceptación de la discapacidad y rehabilitación, por lo que cobra importancia el rol de la enfermera y los efectos de sus cuidados. ⁴³	
Fomentar estrategias de tolerancia.	Se ayudo a la persona a identificar estrategias personales de tolerancia, como respirar profundamente, tener pensamientos positivos, ganas de salir adelante.		
Fomentar el lazo familiar	Se explico a la persona y al familiar la importancia de mantenerse implicados en os cuidados y la planificación		
Disminuir el enojo	Se animo a la persona a escribir sus sentimientos y expresar sus sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.		
Evaluación: A la valoración se encuentra a una persona con mayor tolerancia y respeto a su madre. Llegando a un nivel de dependencia 3.			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 11. Necesidad de Vivir según sus Creencias y Valores			
Diagnóstico de enfermería: Buena aptitud para mejorar el significado y propósito de la vida manifestado por el deseo de querer salir adelante			
Objetivo de la persona: “Quiero salir adelante”			
Objetivo de enfermería: Motivar a la persona para no perder la esperanza			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Ayuda	4	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Facies optimistas		Deseo de salir adelante	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Inspirar esperanza a la persona	Se mostro a la persona esperanza ante seguir vivos y viendo la enfermedad de la persona solo como una faceta de la persona.	La familia cumple un papel importante en el entorno del paciente, la complejidad en los servicios hospitalarios, generan en el núcleo familiar crisis emocional situacional manifestada en angustia y estrés. Humanizar y reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales, una familia participativa es una familia más sana con más herramientas para luchar contra la desesperanza que genera el ingreso de un paciente a los servicios de hospitalización crítica. ⁴⁴	
Brindar un ambiente de positivismo	Se explico al familiar la importancia del apoyo emocional y los aspectos positivos de la esperanza.		
Hacer partícipes a la familia.	Se explico a la persona y al familiar la importancia de mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con la persona y con los allegados.		
Evaluación: A la valoración se encuentra a la persona con esperanza de salir adelante y con aspectos positivos. Llegando a un nivel de dependencia 3			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 6. Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas			
Diagnóstico de enfermería: Disminución de la capacidad para vestirse por sí mismo relacionado con lesión medular manifestado por necesitar ayuda para el cambio de ropa			
Objetivo de la persona: “Quiero recuperar mi autonomía”			
Objetivo de enfermería: Mantener un ambiente libre de humedad y limpio.			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	4	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Paraplejia		Necesita ayuda para el cambio de ropa	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Apoyo en higiene	Se realizo baño de esponja con cambio de sábanas y bata.	El cuidado como expresión de una cualidad humana se manifiesta en una disposición moral orientada hacia la ayuda y el compromiso. Es una experiencia que va más allá de atender un conjunto de desequilibrios biológicos de las personas, sino que considera las dimensiones psíquicas, socioculturales y espirituales. ⁴⁵	
Vigilancia de la humedad	Se realizo cambio de bata de persona cuando esta se observaba húmeda		
Impulsar a la persona	Se hizo participe a la persona en su aseo bucal y en peinarse.		
Participar con la familia en el cuidado	Se hizo participe al familiar en el cambio de bata		
Evaluación: A la valoración la persona sigue necesitando apoyo para el cambio de ropa, pero refiere estar listo para que una vez sea dado de alta poder hacer el cambio de ropa. Llegando a un nivel de dependencia 3.			

Fecha: 22 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 13. Necesidad de Jugar/ Participar en Actividades Recreativas			
Diagnóstico de enfermería: Alteración de la estimulación por actividades recreativas relacionado con hospitalización prolongada manifestado por aburrimiento.			
Objetivo de la persona: “Ya no quiero estar aburrido”			
Objetivo de enfermería: Disminuir el aburrimiento.			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	4	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Hospitalización prolongada		Facies de aburrimiento	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Evaluar gustos	Se ayudo a la persona a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas	El cuidado como expresión de una cualidad humana se manifiesta en una disposición moral orientada hacia la ayuda y el compromiso. Es una experiencia que va más allá de atender un conjunto de desequilibrios biológicos de las personas, sino que considera las dimensiones psíquicas, socioculturales y espirituales. ⁴⁶	
Entretenimiento	Se oriento al familiar en llevar dispositivos electrónicos para evitar el aburrimiento, pero primero desinfectarlos con toallas		
	Se permitió a la persona en encender la televisión para disminuir el aburrimiento		
Visualizaciones futuras	Se fortaleció el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte de la persona para con sus hijas.		
Evaluación: A la valoración la persona refiere que su aburrimiento ha disminuido. Nivel de dependencia 2			

Planes de cuidado de la valoración focalizada 29 de noviembre de 2017

Fecha: 29 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel			
Diagnóstico de enfermería: Alteración de la integridad cutánea relacionada con herida quirúrgica abdominal media manifestada por piel perilesional con eritema y exudado seroso moderado no fétido.			
Objetivo de la persona: “Ya quiero que se me cierre mi herida”			
Objetivo de enfermería: Ayudar en el proceso de la terapia de presión negativa para favorecer la cicatrización			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	3	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Lesiones por presión en sacro y talones		Lesión raquimedular	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Cuidado de la herida con técnica estéril	Se realizó higiene de manos, uso de guantes y cubrebocas	El procedimiento se debe realizar en la cama del paciente, no trasladar al baño, proteger la cama y los tendidos del drenaje del líquido utilizado en la irrigación, y dejar seco el paciente. Se limpian los bordes y se protege la piel circundante, protectora cutánea, y se deja cubierta con un apósito especial estéril. ⁴⁷ Se reconoce en la actualidad que los antisépticos pueden producir la muerte o inhibición celular de las bacterias, a través de oxidación, hidrolisis o inactivación de enzimas, con pérdida de los constituyentes celulares. ⁴⁸	
Higiene corporal	Se realizó baño de esponja cubriendo terapia de presión negativa con plástico transparente.		
Manejo del dispositivo de presión negativa	Se vigiló que el dispositivo permaneciera por debajo del nivel de la herida.		
Vigilancia de exudado	Se vigiló la posición vertical del dispositivo para facilitar el drenaje del exceso de exudado.		
Cuidado de la piel perilesional	Aplicación de protector cutáneo al recambio del sistema de presión negativa.		
Registros de enfermería	Se realizaron las anotaciones del proceso de atención de enfermería de la herida.		
Evaluación: Se observó la disminución del exudado de la herida a nulo y piel perilesional sana, llegando a un nivel de dependencia 1.			

Fecha: 29 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 4. Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura			
Diagnóstico de enfermería: Falta de movilidad relacionado con lesión raquimedular manifestado por lesiones por presión en región sacra y tobillos			
Objetivo de la persona: “Ya no quiero tener más lesiones”			
Objetivo de enfermería: Priorizar la movilidad continua de la persona			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Lesiones por presión en sacro y talones		Lesión raquimedular	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Movilización de la persona cada 2 horas	Se movilizó a la persona con apoyo de camillero y del familiar con movimientos gentiles	La movilización pasiva, activa y activa-asistida de las articulaciones es esencial, dado que permite evitar las contracturas, el dolor y la limitación funcional de las articulaciones afectadas y prevenir atrofas y debilidad en la musculatura ilesa. ⁴⁹	
Movilización en base al reloj de posiciones en cama	Se movilizó a la persona en base a las posiciones que se muestran en el reloj para movilizar personas en cama		
Educación de la persona en la movilización	Se explicó a la persona como realizar su movilización y cuidar su mecánica corporal		
Anotaciones de enfermería	Se realiza anotaciones del proceso de atención de enfermería brindado en la movilización de la persona		
Evaluación: Se observó que las lesiones por presión se mantuvieron en estadio I llegando a un nivel de dependencia 4			

Fecha: 29 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 4. Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura			
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de deterioro de los sistemas corporales relacionado con paraplejia.			
Objetivo de la persona: “Quiero poder moverme nuevamente”			
Objetivo de enfermería: Controlar el riesgo de deterioro de los sistemas			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Paraplejia		Falta de movilización	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Educación de la terapia articular	Se explicó a la persona y al familiar el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones	En algunos casos puede haber un empeoramiento en el cuadro clínico de los pacientes manifestado por un deterioro motor y/o sensorial progresivo con un ascenso en su nivel de lesión original pasados meses o años tras verse estabilizado su cuadro clínico. Con frecuencia se asocia a dolor, hiperhidrosis o a un empeoramiento de la espasticidad y está en relación con la aparición de cavidades quísticas centromedulares o cambios mielomalácicos degenerativos que se extienden por encima y por debajo de la zona lesionada inicial que marca el nivel de daño neurológico. ⁵⁰	
Terapia de ejercicios musculares	Se realizó terapia de con la persona en estirar extremidades por apoyo de cuidador primario		
Vigilancia de la piel	Se vigiló el estado de la piel de miembros pélvicos, coloración, tumefacción, temperatura.		
Identificación de riesgos	Se valoró a la persona 2 veces por turno		
Evaluación: Se observó que no tiene deterioro de los sistemas corporales llegando a un nivel de dependencia 4			

Fecha: 29 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 3. Necesidad de Eliminación			
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de estreñimiento relacionado con inmovilidad.			
Objetivo de la persona: “No quiero tener problemas de estreñimiento”			
Objetivo de enfermería: Disminuir el riesgo de estreñimiento en la persona			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	4	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Ruidos peristálticos disminuidos		Inmovilidad	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Favorecer la movilidad	Ayuda para movilizar en cama con terapia de ejercicio con ayuda de su familiar	Los cambios en la dieta van dirigidos a influir positivamente sobre las características de las heces (cantidad, frecuencia y consistencia) evitando la presencia de diarrea o estreñimiento, atenuar la generación de flatulencia y el mal olor, así como prevenir la obstrucción del estoma. Otorgándole al paciente control de la situación y por lo tanto mayor tranquilidad. ⁵¹	
Administración de medicamentos vía oral	Se proporcionan senosidos A y B y se explica el objetivo medico		
Vigilancia de la motilidad	Vigilar la existencia de peristaltismo		
Valoración del aparato gastrointestinal	Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento		
Cuidados de la ostomía	Monitorizar el efluente de la ileostomía, consistencia, cantidad, forma, volumen y color.		
Evaluación: A la valoración no se encuentran signos y síntomas que indiquen estreñimiento y el nivel de dependencia disminuyo a 3.			

Fecha: 29 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 9. Necesidad de Evitar los Peligros			
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección urinaria relacionado con cateterismo vesical			
Objetivo de la persona: “Ya no quiero complicaciones por infecciones”			
Objetivo de enfermería: Disminuir el riesgo de infección urinaria en la persona			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	4	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Cateterismo vesical		Estancia hospitalaria prolongada	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Valoración de la eliminación urinaria	Vigilar la eliminación urinaria, consistencia, olor, volumen y color.	los profesionales de la salud, basándose en las directrices para la prevención de infección del tracto urinario asociada al cateterismo (ITUAC), tienen diversas formas de implementación, respondiendo con eficacia a este problema. Los cuidados durante el procedimiento, la manipulación del catéter vesical, la duración del cateterismo y la capacitación de los profesionales son medidas consideradas muy importantes. Observando el papel crucial y decisivo que los profesionales de la salud desempeñan en la prevención y control de la infección del tracto urinario asociada al uso del cateterismo urinario. ⁵²	
Higiene genital	Se realiza baño de esponja diario, en zona de genitales, con agua y jabón y secado		
Cuidados del circuito del sondaje vesical	Mantener el circuito vesical estéril, sin desconectar ni perforar el circuito.		
Cuidados del sondaje vesical	Mantener la bolsa por debajo del nivel de la cintura, para evitar el reflujo de la orina hacia la vejiga		
Educación de la eliminación urinaria	Explicar a la persona y familiar los signos y síntomas de infección del tracto urinario		
Evaluación: A la valoración no se encuentran signos ni síntomas que indiquen infección del tracto urinario, llegando a un nivel de dependencia 3.			

Fecha: 29 de noviembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 9. Necesidad de Evitar los Peligros			
Diagnóstico de enfermería: Percepción negativa de sí mismo relacionado con condición actual de salud manifestado por facies de tristeza y baja autoestima.			
Objetivo de la persona: "No quiero sentirme triste"			
Objetivo de enfermería: Ayudar en la adaptación a la discapacidad física			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de fuerza	Suplencia	4	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Alteración del estado emocional		Facies de tristeza y baja autoestima.	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Aumentar el afrontamiento	Se fomentó la paciencia hacia sí mismo	El cuidado como expresión de una cualidad humana se manifiesta en una disposición moral orientada hacia la ayuda y el compromiso. Es una experiencia que va más allá de atender un conjunto de desequilibrios biológicos de las personas, sino que considera las dimensiones psíquicas, socioculturales y espirituales. ⁵³	
Apoyo emocional	Se brindó apoyo sobre todo lo que él puede lograr no importando su situación actual.		
Aumentar el propósito	Se orientó a lograr un panorama constructivo con todos los aspectos positivos.		
Potenciación de la autoestima	Se motivó a determinar todos sus aspectos positivos y vincularlos a un futuro próximo		
Control del estado de ánimo	Se motivó a expresar sus emociones sin que le importe lo que opinen los demás y lograr el desahogo emocional.		
Evaluación: Se observó las facies con un nivel mayor de tolerancia y una actitud positiva ante su padecimiento actual. Llegando a un nivel de dependencia 2			

Planes de cuidado de la valoración focalizada del 04 de diciembre de 2017

Fecha: 04 de diciembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 14. Necesidad de Aprendizaje			
Diagnóstico de enfermería: Buena aptitud para adquirir nuevos conocimientos sobre el cuidado de sus estomas, lesiones por presión y herida quirúrgica manifestado por el deseo de querer ser lo más independiente posible.			
Objetivo de la persona: "No quiero sentirme triste"			
Objetivo de enfermería: Brindar educación para el cuidado en el hogar			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de conocimientos	Suplencia	3	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Conocimientos deficientes		Aptitud positiva para aprender	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Cuidado de la herida con técnica estéril	Se explicó la importancia de la higiene de manos, uso de guantes y cubrebocas en la curación de la herida.	El personal de enfermería está implicado en la satisfacción que el paciente refleje, pues ellos son quienes identifican las necesidades y expectativas de los usuarios respecto a cómo reciben los cuidados, por ello es de suma importancia generar estrategias de cuidado con calidad humanizada. Cubrir los cuidados de la salud de pacientes en el campo intrahospitalario es compromiso fundamental del personal de enfermería; ya que, son quienes proveen atención directa por más tiempo en estancias hospitalarias, por lo que las acciones requieren contener estrategias apropiadas para alcanzar los resultados deseados que se empaten con las expectativas que tiene el paciente. ⁵⁴	
Educación del cuidado de las lesiones por presión	Se oriento a la persona y al familiar en los cuidados que debe realizar en las lesiones por presión.		
Educación del cuidado de las estomas	Se oriento a la persona y al familiar en los cuidados que debe tener de sus estomas.		
Educación dietética	Se explicó y proporcionar una lista de los alimentos de las recomendaciones dietéticas.		
Educación de la nutrición para el hogar	Se mostro a la persona los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.		
Educación de los signos y síntomas	Se explicó las complicaciones potenciales, signos y síntomas que se pueden presentar.		
Educación de la eliminación urinaria	Se explicó a la persona y familiar los signos y síntomas de infección del tracto urinario.		
Evaluación: Se observó que la persona mostro interés en la educación que se brindó y refiere haber aclarado todas sus dudas llegando a un nivel de dependencia 3.			

Fecha: 04 de diciembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel			
Diagnóstico de enfermería: Alteración de la integridad cutánea relacionada con herida quirúrgica con cierre efectuada de segunda intención, con suturas y heridas satelitales y dolor leve 4 en escala de EVA.			
Objetivo de la persona: "No quiero sentirme triste"			
Objetivo de enfermería: Disminuir el riesgo del deterioro de la integridad cutánea en el hogar.			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de conocimientos	Suplencia	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Herida quirúrgica con cierre efectuada de segunda intención, con suturas y heridas satelitales.		Dolor leve 4 en escala de EVA.	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Cuidado de la herida con técnica estéril	Se explicó la importancia de la higiene de manos, uso de guantes y cubrebocas en la curación de la herida.	La Educación del paciente es el centro del éxito en la cicatrización cutánea. Enfermería tiene un papel importante de educación al paciente. Los pacientes con una buena formación en el cuidado de sus heridas alcanzan mejores resultados en su tratamiento. ⁵⁵	
Cuidado de la piel perilesional	Se explica la importancia del uso de un protector cutáneo		
Educación de los signos y síntomas	Se explicó las complicaciones potenciales, signos y síntomas que se pueden presentar en la herida como color, exudado, olor, temperatura.		
Educación en las condiciones de la vivienda	Se explico la importancia de mantener el cuarto donde vivirá con las condiciones óptimas de limpieza para evitar complicaciones de la herida.		
Cuidado de la herida con técnica estéril	Se explicó la importancia de la higiene de manos, uso de guantes y cubrebocas en la curación de la herida.		
Evaluación: Se logro una disminución del dolor de 2 en escala de EVA llegando a un nivel de dependencia 3.			

Fecha: 04 de diciembre 2017		Servicio: Hospitalización Cirugía General	
Necesidad: 4. Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura			
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesiones por presión relacionado con la falta de movilización en el hogar.			
Objetivo de la persona: "No quiero sentirme triste"			
Objetivo de enfermería: Disminuir el riesgo de lesiones por presión en el hogar.			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de conocimientos	Suplencia	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Lesiones por presión		Falta de movilización	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Educación de la movilización	Se explicó a la persona y al cuidador primario de la importancia de realizar cambios posturales en la cama	Las UPP están provocadas en el paciente con Lesión Medular por inmovilidad, ausencia de sensibilidad al dolor, disminución del grosor de los tejidos blandos y, por lo tanto, del almohadillado de las protuberancias óseas y, en ocasiones, incontinencia fecal o vesical. Las áreas de mayor riesgo son aquellas que recubren las protuberancias óseas y que soportan la presión del peso del cuerpo durante la sedestación o el decúbito, como el sacro, la tuberosidad isquiática, trocánteres, talones y occipucio. Pueden ser únicas o múltiples. ⁵⁶	
Educación visual para la movilización	Se entregó a la persona y al cuidador primaria el reloj para la movilización postural de la persona, y se explicó cómo se lleva a cabo su uso.		
Educación en el uso de dispositivos para la movilización	Se explicó que deberán adquirir una silla de ruedas para mejor comodidad de la movilización, así como también hacer adaptaciones en el hogar de ser posibles rampas o agarraderas en las paredes para que pueda desplazarse la persona a la silla y viceversa.		
Educación en el uso de almohadillas	Se explico a la persona y al cuidador primario la importancia del uso de almohadillas de microesferas y para la silla de rueda el uso de cojines con celdillas de aire.		
Evaluación: Se observó el interés prestado por la persona y el cuidador primario refiriendo que quedaron disipadas las dudas ante la inmovilización de la persona. llegando a un nivel de dependencia 3. llegando a un nivel de dependencia 3.			

Planes de cuidado de la valoración focalizada del 11 de enero de 2018

Fecha: 11 de enero 2018		Servicio: Consulta externa Cirugía General	
Necesidad: 10. Necesidad de Comunicarse			
Diagnóstico de enfermería: Alteración del estado emocional relacionado con modificación de las capacidades motoras manifestado por facies de tristeza.			
Objetivo de la persona: "Quiero sentirme acompañado"			
Objetivo de enfermería: Brindar apoyo emocional para su situación actual			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de conocimientos	Suplencia	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Depresión		Facies de tristeza	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Animar a la persona	Se animo a la persona a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos	El cuidado como expresión de una cualidad humana se manifiesta en una disposición moral orientada hacia la ayuda y el compromiso. Es una experiencia que va más allá de atender un conjunto de desequilibrios biológicos de las personas, sino que considera las dimensiones psíquicas, socioculturales y espirituales. ⁵⁷	
Confrontar sentimientos	Se animo a confrontar los sentimientos ambivalentes impotente y alteración del estado emocional de la persona.		
Identificación de metas	Se animo a la persona a identificar sus metas a corto, mediano y largo plazo.		
Comunicación familiar	Se animo a la persona a platicar con sus familiares y expresar sus sentimientos		
Estrategias conductuales	Se animo a la persona a encontrar una fortaleza que le ayude a salir adelante		
Grupos de apoyo	Se oriento a la persona a buscar algún grupo de apoyo en la comunidad en el centro de salud más cercano		
Evaluación: Se observó que las facies de la persona se percibieron con mejor actitud para la vida. Llegando a un nivel de dependencia 3.			

Fecha: 11 de enero 2018		Servicio: Consulta externa Cirugía General	
Necesidad: 8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel			
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con herida abdominal con tejido de granulación sin tejido de piel.			
Objetivo de la persona: "No quiero recaer"			
Objetivo de enfermería: Disminuir el riesgo de infección de la herida abdominal.			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de conocimientos	Suplencia	3	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
herida abdominal con tejido de granulación sin tejido de piel		Falta de conocimientos	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Cuidado de la herida con técnica estéril	Se explicó la importancia de la higiene de manos, uso de guantes y cubrebocas en la curación de la herida.	La Educación del paciente es el centro del éxito en la cicatrización cutánea. Enfermería tiene un papel importante de educación al paciente. Los pacientes con una buena formación en el cuidado de sus heridas alcanzan mejores resultados en su tratamiento. ⁵⁸	
Cuidado de la piel perilesional	Se explica la importancia del uso de un protector cutáneo		
Educación de los signos y síntomas	Se explicó las complicaciones potenciales, signos y síntomas que se pueden presentar en la herida como color, exudado, olor, temperatura.		
Educación en las condiciones de la vivienda	Se explico la importancia de mantener el cuarto donde vivirá con las condiciones óptimas de limpieza para evitar complicaciones de la herida.		
Evaluación: Se observó que la persona mostro interés en la educación que se brindó y refiere haber aclarado sus dudas llegando a un nivel de dependencia 2.			

Fecha: 11 de enero 2018		Servicio: Consulta externa Cirugía General	
Necesidad: 4. Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura			
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de aumento de estadio en lesiones por presión relacionado por la falta de movilidad en el hogar.			
Objetivo de la persona: "No quiero recaer"			
Objetivo de enfermería: Disminuir el riesgo de aumento de estadio de lesiones y nuevas lesiones por presión en el hogar.			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de conocimientos	Suplencia	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Lesiones por presión en sacro y talones		Lesión raquimedular	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Utilización de apósitos	Se explico la importancia del uso de apósitos protectores para reducir lesiones por fricción como esponjas hidrocelulares o hidrocoloideas.	El cuidado de la piel es un componente esencial para el mantenimiento del estado de salud de los pacientes con LM. Las consecuencias de unos cuidados inadecuados pueden ser devastadoras. Las úlceras por presión pueden provocar osteomielitis, la amputación del algún miembro, sepsis e incluso la muerte. La clave de su prevención es la educación sanitaria al paciente y sus cuidadores. Son un problema prioritario en un 30-40% de estos pacientes en algún momento de su evolución. ⁵⁹	
Hidratación de la piel	Se explico la aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados en piel sana sometida a presión ya que brinda una óptima hidratación y aumenta la circulación capilar.		
Contraindicaciones	Se explicó a la persona y al cuidador primario de la importancia de no utilizar productos que contengan alcohol.		
Contraindicaciones de masajes	Se explico al cuidador primario el no realizar masajes sobre prominencias oseas ni zonas con rojeces.		
Secado de la piel	Se explico la importancia de realizar secado meticuloso sin fricción incidiendo especialmente en las zonas de pliegues.		
Evaluación: Se observó el interés prestado por la persona y el cuidador primario acerca de los cuidados de la piel lesionada y para favorecer la disminución de nuevas lesiones. llegando a un nivel de dependencia 4.			

Fecha: 11 de enero 2018		Servicio: Consulta externa Cirugía General	
Necesidad: 11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.			
Diagnóstico de enfermería: Afrontamiento ineficaz de situación actual de salud relacionado con lesión raquimedular manifestado por expresiones negativas de sí mismo.			
Objetivo de la persona: “Quiero aceptar lo que me paso”			
Objetivo de enfermería: Aumentar el nivel de afrontamiento de la situación actual de salud.			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de voluntad	Apoyo	4	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Atender aspectos psicológicos	Se escucho y acompaño a la persona de manera activa.	Tanto el acompañamiento como los cuidados holísticos de enfermería tienen una dimensión humanista que van más allá de una técnica, de una atención planificada o de una educación rutinaria: implica estar con el otro, compartiendo sus sentimientos y emociones. En este sentido, el acompañamiento y los cuidados de enfermería, con una mirada holística deberían ser uno de los ejes centrales en la atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) no adherentes a su tratamiento. ⁶⁰	
Atender aspectos sociales	Se escucho a la persona sobre la situación familiar por la que está cursando.		
Atender aspectos espirituales	Se mantuvo atención a los sentidos y sentimientos de la persona, aceptación de la fe y la esperanza.		
Atender aspectos culturales	Se ayudó a romper con prejuicios, se establece una relación de ayuda y de confianza.		
Evaluación: Se observó la facie de la persona con mayor esperanza y expresiones positivas para salir adelante. Llegando a un nivel de dependencia 4.			

Fecha: 11 de enero 2018		Servicio: Consulta externa Cirugía General	
Necesidad: 12. Necesidad de Trabajar y Realizarse			
Diagnóstico de enfermería: Alteración de la autorrealización relacionado con proceso de enfermedad manifestado por frases negativas de sí mismo.			
Objetivo de la persona: “Quiero aprender a cuidarme para no recaer en la enfermedad”			
Objetivo de enfermería: Aumentar la esperanza en sí mismo			
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Falta de voluntad	Suplencia	5	Independiente
Datos Objetivos		Datos Subjetivos	
Facies de desesperación		Frases negativas	
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	
Aceptación del estado de salud	Se abordó a la persona en tener una actitud positiva ante su situación	El cuidado como expresión de una cualidad humana se manifiesta en una disposición moral orientada hacia la ayuda y el compromiso. Es una experiencia que va más allá de atender un conjunto de desequilibrios biológicos de las personas, sino que considera las dimensiones psíquicas, socioculturales y espirituales. ⁶¹	
Búsqueda de actividades	Se explicó a la persona de lugares que podrían apoyarle en la realización de actividades y posterior hacer la venta de estos.		
Apoyo al cuidador primario	Se explica a la persona en buscar apoyo por parte de instituciones de su localidad		
Situación emocional	Se estimula a la persona a mantener un panorama con la mejor actitud y seguir con su mismo entusiasmo de un inicio.		
Evaluación: Se observó el interés prestado por la persona y el cuidador primario refiriendo que el podrá salir adelante. Llegando a un nivel de dependencia 3.			

VIII. PLAN DE ALTA

Vigilancia de signos y síntomas de alarma

Temperatura mayor a 38°C

Mareo

Desmayo

Aumento del dolor

Exudado purulentos o fétidos de la herida

Datos de deshidratación

Obstrucción intestinal

Seguimiento de sus citas médicas y en la clínica de herida

Importancia del apego terapéutico y el objetivo de los medicamentos indicados.

Cuidamos de estomas

Al no haber fluente en ileostomía acudir a urgencias

Educación en el drenaje de la bolsa recolectora.

Educación en el cambio de la bolsa recolectora.

Vigilar irritación de piel periestomal

Lavar la estoma con agua

No se deben utilizar lociones, colonias o cremas

Vigilancia de la orina

Movilización continua

Uso de almohadillas con microesferas.

Movilización continua cada 2 horas con ayuda para evitar caídas.

Vigilancia de las lesiones por presión.

Secado por esponjeo de las lesiones por presión.

IX. CONCLUSIONES

Retomando a Silva NM en su artículo aspectos psicológicos de pacientes ostomizados intestinales: revisión integrativa cuyos resultados señalaron la necesidad de abordar los pacientes antes de las cirugías para prevenir complicaciones, angustias y miedos suscitados por la ostomía.⁶² Punto exacto que se identifica en la realización de este estudio ya que al no realizar una valoración adecuada a la persona se emergen las diferentes complicaciones llevando a la persona a un punto crítico de su enfermedad.

Con las valoraciones focalizadas pude observar y evaluar que las intervenciones realizadas han efectuado un gran avance en el padecimiento de la persona ya que gracias al manejo multidisciplinario se ha logrado el cierre por segunda intención de la herida quirúrgica abdominal, actualmente la persona se encuentra en espera del llamado para que se le realice el injerto de piel y posteriormente pueda comenzar con la terapia y se logre la disminución de las lesiones por presión.

El cuidado a esta persona ha sido positivamente ya que tanto la persona como en el cuidador primario se mantuvo la educación activa involucraron en el cuidado y participaron de manera positiva, y nos damos cuenta de que sus heridas han ido evolucionando favorablemente.

En los anexos podemos observar fotográficamente la evolución de la herida quirúrgica ya que con el manejo del equipo multidisciplinario y al esfuerzo en conjunto con la persona y la cuidadora primaria, factores fundamentales para poder lograr este cierre de manera exitosa.

También puedo decir que existe un campo muy amplio para la enfermera especialista perioperatoria y que puede estar involucrada en todo el proceso quirúrgico de la persona que está cursando por una condición de salud desfavorable y que entre mayor cuidado específico de calidad se le otorgue, mejores serán los resultados esperados.

Una educación a la persona no únicamente se puede dar al momento de su alta sino al contrario durante la estancia hospitalaria se debe ir manejando toda esta educación tanto a la persona como al cuidador primario y bien ir resolviendo las dudas que se vayan presentando con los cuidados que se deben realizar durante su estancia.

X. SUGERENCIAS

Si bien con el presente estudio de caso me ha permitido dar cuenta que la enfermera perioperatoria es la más indicada para llevar a cabo un cuidado específico de la herida quirúrgica, que se debe involucrar más en el cuidado postoperatorio y con esto me refiero que sería una gran ayuda para las clínicas de heridas y de estomas pues si bien es ella la enfermera la que sabe cuál es el proceso de las heridas y así brindar una atención específica a la persona por lo que me atrevo a sugerir que la enfermera perioperatoria debería encargarse de estas clínicas.

Otra sugerencia es que cuando así lo requiera el caso, el equipo multidisciplinario evalué a la persona y al ser considerada un caso complicado pero que su atención ya no requiera de las instalaciones hospitalarias, otorgar el alta a domicilio y llevar a cabo una atención vía telefónica o bien en el hogar con esta dinámica las personas podrían llevar un seguimiento más específico y por ende una mejor recuperación ya que si bien es de entenderse que una estancia hospitalaria prolongada podría ser contraproducente para la persona.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto. México: Secretaria de Salud; 2009
- ² Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016 Feb 23;315(8):801-810.
- ³ Neira-Sanchez ER, Málaga G. Sepsis-3 y las nuevas definiciones, ¿es tiempo de abandonar SIRS? *Acta Med Peru*. 2016;33(3):217-22
- ⁴ Goroldo-Delsol L. Pérez N O. Porras E O. Altamirano A C. Sepsis abdominal: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Rev Mex de Cirugía del Aparato Digestivo*, 2015; 4(3): 110-117.
- ⁵ Medina A Y. Katherin C L. Infecciones de las heridas quirúrgicas relacionadas a la atención perioperatoria. *Ciencia y cuidado*. 2011; 8 (1): 40-41
- ⁶ Castro B R. Rubiano M Y. Experiencia en el cuidado de enfermería: herida de abdomen abierto en el adulto. *Avances en enfermería*. 2011; 29(2):320-323
- ⁷ Machado L. Turrini RN. Siqueira AL. Reingreso por infección de sitio quirúrgico: una revisión integradora. *Rev Chilena Infectol*. 2013; 30 (1): 10-16
- ⁸ Buritica AH. García NG. Fernandez RC. Manejo de las heridas quirúrgicas: compromiso del cuidado humanizado [Internet] 2016. 103-116. Disponible en: <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/libroseditorialunimar/article/viewFile/1004/970>
- ⁹ Mejia RG. Mejia PS. Bolsa de Bogotá resistente en abdomen abierto. *Cirujano General*. 2012; 34 (1): 54-57
- ¹⁰ Almendárez J A, Landeros L M, Hernández M A, Galarza M Y, Guerrero M T. Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2015;23(2):91-98.
- ¹¹ Bonill-de-las-Nieves C, Celdrán-Mañas M, Hueso-Montoro C, Morales-Asencio JM, Rivas-Marín C, Fernández-Gallego MC. Conviviendo con estomas digestivos:

estrategias de afrontamiento de la nueva realidad corporal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014;22(3):394-400.

¹² García FF, Soldevilla AJ, Pancorbo HP, Verdú SJ, López CP, Rodríguez PM. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP. 2ª. ed. Logroño: GNEAUPP; 2014: 2-50

¹³ Tizón-Bouza, E. Pazos-Platas, S. Álvarez-Díaz, M. Marcos Espino M.P. Quintela-Varela, M.E. Cura en ambiente húmedo en úlceras crónicas a través del Concepto TIME. Recomendaciones basadas en la evidencia. ENFERMERÍA dermatológica. 2013; 31-42

¹⁴ Balan G C. Franco O M. Teorías y modelos de enfermería: bases teóricas para el cuidado especializado. Antología. Universidad Nacional Autónoma de México. 2009. 2ed. 07-08.

¹⁵ Moreno IM, Siles J. Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. Aquichan. 2014; 14 (4): 594-604. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.4.13

¹⁶ Sarabia A A. Rojas L C. Ostiguin M R. Teoría: alcances y niveles para explicar la práctica de enfermería Biblioteca Lascasas, 2011; 7(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0622.pdf>

¹⁷ Reina G., NC. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet]. 2010;(17):18-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>

¹⁸ Balan G C. Franco O M. Teorías y modelos de enfermería: bases teóricas para el cuidado especializado. Antología. Universidad Nacional Autónoma de México. 2009. 2ed. 205-210.

¹⁹ Hamlin L. Richardson T M. Davies M. Enfermería Perioperatoria. Manual Moderno. 2010. 1 ed. 2-3

²⁰ Siurana Aparisi, Juan Carlos. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas, (22), 121-157. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>

²¹ Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

- ²² Cámara de Diputados dl H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Nueva Ley Publicada en el Diario Oficial de la Federación del 7 de febrero de 1984. Diario Oficial de la Nación. Reforma Publicada DOF12-11- 2015. 2015;43-4
- ²³ Henao A B, García G N, Fernández R C. Manejo de las heridas quirúrgicas: compromiso del cuidado humanizado. 2016, Hospital Universitario San Juan de Dios Armenia 16(3)103-116
- ²⁴ Sánchez-Saldaña L, & Sáenz Anduaga E. Antisépticos y desinfectantes. Dermatología Peruana, 2015, 15(2), 82-103.
- ²⁵ Pita M P. Caso clínico de dermatitis periestomal y dehiscencia en una colostomía. Enferm Dermatol. 2015; 9(24), 54-58
- ²⁶ Tratamiento médico-nutricional del paciente con estomas de eliminación de tubo digestivo. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013
- ²⁷ Brecht Serraes. Beechman Dimitri. Superficies de apoyo de aire estático para prevenir lesiones por presión. J Wound Ostomy Continece Nurs. 2016;43(4):375-378.
- ²⁸ Romero G F J. Mazaira A. El paciente con lesión medular en el medio extrahospitalario. Atención primaria. 2011; 27(2): 127-136
- ²⁹ García-Olmo D. Lima F. Íleo paralítico postoperatorio. CIRUGÍA ESPAÑOLA. Vol. 69, marzo 2001, Número 3. 275-280.
- ³⁰ Andrade VLF, Fernandes FAV. Prevención de la infección del tracto urinario asociada al cateterismo: estrategias en la implementación de las directrices internacionales. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24
- ³¹ González-Consuegra RV, Pérez-Valderrama DC, Valbuena-Flor LF. [Prevention of skin lesions: Education in health staff and relatives of people hospitalized]. Rev. Fac. Med. 2016;64(2):229-38.
- ³² Hernández-Valles JH, Moreno-Monsiváis MG, Interrial-Guzmán MG, Vázquez-Arreola L. Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2817
- ³³ Fierro A. Solari P. Perez A. Síndrome de inmovilidad. Tendencias en medicina. 2015; 23(2): 73-76

- ³⁴ Goroldo-Delsol L. Pérez N O. Porras E O. Altamirano A C. Sepsis abdominal: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Rev Mex de Cirugía del Aparato Digestivo*, 2015; 4(3): 110-117.
- ³⁵ Tratamiento médico-nutricional del paciente con estomas de eliminación de tubo digestivo. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013
- ³⁶ Tratamiento médico-nutricional del paciente con estomas de eliminación de tubo digestivo. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013
- ³⁷ Romero G F J. Mazaira A. El paciente con lesión medular en el medio extrahospitalario. *Atencion primaria*. 2011; 27(2): 127-136
- ³⁸ Landman N A. Habilidades para el cuidado humanizado de estudiantes de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 2016; 5(1): 29-34
- ³⁹ Hernandez T L. Diaz O A. Martinez L J. Gaytan H D. Educación de enfermería en el cuidado humanizado. *Esc Anna Nery* 2018;22(1): 1-5
- ⁴⁰ Romero G F J. Mazaira A. El paciente con lesión medular en el medio extrahospitalario. *Atencion primaria*. 2011; 27(2): 127-136
- ⁴¹ Sanjuán A M. Fau C A. Flor R M. Termorregulación y manejo perioperatorio. *CIR MAY AMB* 2011; 16 (4): 173-190
- ⁴² Achury Saldaña DM, Rodríguez Colmenares SM, Achury Beltrán LF. El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2014;16(1): 49-59
- ⁴³ González E L. Price Y. Muñoz L. Vivencia de discapacidad por traumatismo de la medula espinal y el proceso de rehabilitación. *Ciencia y enfermería* 17(1): 81-94, 2011
- ⁴⁴ Bautista LM, Arias MF, Carreño ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Rev Cuid.* 2016; 7(2): 1297-1309
- ⁴⁵ Landman N A. Habilidades para el cuidado humanizado de estudiantes de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 2016; 5(1): 29-34
- ⁴⁶ Landman N A. Habilidades para el cuidado humanizado de estudiantes de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 2016; 5(1): 29-34

- ⁴⁷ Henao A B, García G N, Fernández R C. Manejo de las heridas quirúrgicas: compromiso del cuidado humanizado. 2016, Hospital Universitario San Juan de Dios Armenia 16(3)103-116
- ⁴⁸ Sánchez-Saldaña L, & Sáenz Anduaga E. Antisépticos y desinfectantes. Dermatología Peruana, 2015, 15(2), 82-103.
- ⁴⁹ Hidalgo M A. La rehabilitación terapéutica a pacientes parapléjicos: impacto desde las tecnologías. Revista de Ciencia y Tecnología en la Cultura Física. 2017; 12(1):21-30
- ⁵⁰ Romero G F J. Mazaira A. El paciente con lesión medular en el medio extrahospitalario. Atención primaria. 2011; 27(2): 127-136
- ⁵¹ Tratamiento médico-nutricional del paciente con estomas de eliminación de tubo digestivo. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013
- ⁵² Andrade VLF, Fernandes FAV. Prevención de la infección del tracto urinario asociada al cateterismo: estrategias en la implementación de las directrices internacionales. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2678.
- ⁵³ Landman N A. Habilidades para el cuidado humanizado de estudiantes de enfermería. Enfermería: Cuidados Humanizados, 2016; 5(1): 29-34
- ⁵⁴ Hernandez T L. Diaz O A. Martinez L J. Gaytan H D. Educación de enfermería en el cuidado humanizado. Esc Anna Nery 2018;22(1): 1-5
- ⁵⁵ Bueno Portela, et al. Impacto de la educación sanitaria del cuidador o paciente hospitalizado a domicilio en el manejo de complicaciones nocturnas de la Terapia de Presión Negativa. Heridas y Cicatrización nº 1 Volumen 6 Marzo 2016; 6(1)120
- ⁵⁶ Romero G F J. Mazaira A. El paciente con lesión medular en el medio extrahospitalario. Atención primaria. 2011; 27(2): 127-136
- ⁵⁷ Landman N A. Habilidades para el cuidado humanizado de estudiantes de enfermería. Enfermería: Cuidados Humanizados, 2016; 5(1): 29-34
- ⁵⁸ Bueno Portela, et al. Impacto de la educación sanitaria del cuidador o paciente hospitalizado a domicilio en el manejo de complicaciones nocturnas de la Terapia de Presión Negativa. Heridas y Cicatrización nº 1 Volumen 6 Marzo 2016; 6(1)120
- ⁵⁹ Romero G F J. Mazaira A. El paciente con lesión medular en el medio extrahospitalario. Atención primaria. 2011; 27(2): 127-136

⁶⁰ Veliz-Rojas L. Bianchetti S A. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. Revista electrónica Enfermería Actual en Costa Rica. 2017. Disponible en <http://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n32/1409-4568-enfermeria-32-00186.pdf>

⁶¹ Landman N A. Habilidades para el cuidado humanizado de estudiantes de enfermería. Enfermería: Cuidados Humanizados, 2016; 5(1): 29-34

⁶² Silva NM, Santos MA, Rosado SR, Galvão CM, Sonobe HM. Psychological aspects of patients with intestinal stoma: integrative review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25: e2950

ANEXOS

EVOLUCIÓN DE LA HERIDA

Fecha	Valoración	Fotografía
22 de noviembre de 2017	Abdomen plano con herida quirúrgica abierta media abdominal de 20 x 10 cm, con bolsa de Bogotá donde se observan asas intestinales, bordes irregulares, piel perilesional con eritema y calor, exudado purulento moderado no fétido.	
24 de noviembre de 2017	Colocación del sistema de presión negativa con White foam y silver foam y cierre parcial de la herida abdominal.	

<p>29 de noviembre de 2017</p>	<p>Recambio de sistema de presión negativa.</p>	
<p>04 de diciembre de 2017</p>	<p>Se retira sistema de presión negativa observando tejido de granulación y cierre por segunda intención efectuada.</p>	
<p>11 de enero de 2018</p>	<p>Se valora persona por cirugía plástica para la colocación de injerto cutáneo.</p>	

INTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LA PERSONA

DATOS GENERALES

Nombre: G.F.D. Edad: 26 años Sexo: Masculino Estado civil: unión libre

Ocupación: Comerciante Diagnostico: P.O. de LAPE secundario a obstrucción intestinal, cavidad congelada, sepsis abdominal y abdomen abierto Fecha: 22 de noviembre de 2017

Vive: Solo () Familia (x) Casa hogar ()

¿Toma algún medicamento?: Si (x) No () En hospitalización

Especificar: Meropenem IV 1gr c/8hr, Fluconazol 200mg IV c/12hr, Omeprazol 40 mg IV c/24hr, Metoclopramida 10 mg IV c/8 hr, Sertralina 50 mg VO c/24 hr. Ipratropio-salbutamol 0.5/2.5 MNB c/24hr

1. OXIGENACION

Tensión arterial: 120/60 Fr. cardíaca: 69 x´ Pulso: 65 x´ Saturación de oxígeno: 95%

Patrón respiratorio: Ritmo: rítmico Profundidad: profunda Frecuencia: 20x´

Estilo de vida: Sedentaria () Activa (x)

¿Tiene algún problema con su respiración? Sí () No (x) ¿Cuál? _____

¿Tose? Rara vez (no todos los días) () Frecuentemente (1-4 veces al día) (x) Siempre (más de 4 veces) ()

¿Hay secreciones al toser? Sí () No (x) Características:

¿Existe dolor al toser? Sí (x) No () Describalo: dolor en abdomen

¿Se fatiga al realizar las siguientes actividades? Subir escaleras () Al caminar () Al comer () Otros () Especificar:

Coloración peribucal y de extremidades: rosadas

¿Utiliza algún dispositivo de apoyo respiratorio? No

OBSERVACIONES: La presencia de la tos comenzó hace unos 5 días, mantiene indicación de MNB pero refiere ponerse muy ansioso.

DATOS DE DEPENDENCIA. SI () NO (x)

AREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad () Falta de conocimientos ()

2. NUTRICION E HIDRATAACION

Peso: 55 kg Talla: 1.65

¿A perdido peso en los últimos seis meses?: Sí (x) No () ¿Cuánto? 10kg

¿A ganado peso en los últimos seis meses?: Sí () No (x) ¿Cuánto? 10 kg

Complexión Atlético () Caquética () Obeso () Delgado (x) Pícnico ()

Horario y número de comidas habituales: habitualmente 3 comidas (11 am- 4 pm- 8pm)

Cantidad de líquidos que ingiere al día: 1 lt.

Líquidos que acostumbra tomar: Agua (x) cantidad: 500ml Refresco (x) cantidad: 250 ml

Jugos (x) cantidad: 150 ml Té () cantidad: Café () cantidad:

CAVIDAD ORAL: Seca (x) Hidratada () Estomatitis () Caries (x) Prótesis () Gingivitis ()

Sensibilidad

Al frío (x) Calor () Falta de piezas dentales ()

Alimentos o líquidos que ingiere:

Preferencia: verduras, pollo, puerco

Desagrado:

Tipo de dieta Normal (x) Blanda () Papilla () Suplementos ()

Presencia de: Anorexia (x) Náuseas () Vómito () Indigestión () Hiperacidez () Aumento del apetito () Disminución del apetito () Acidez () Regurgitación () Eructos (x)

Tiene dificultad para: Masticar () Deglutir () Hablar ()

OBSERVACIONES: Refiere que ya no quiere comer mas pollo en el hospital

DATOS DE DEPENDENCIA. SI () NO (x)

AREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad () Falta de conocimientos ()

3. ELIMINACION

INTESTINAL

En 24 horas: Frecuencia: ileostomía Cantidad: poca Color: café Consistencia: líquida

¿Presenta algún problema al evacuar? Sí (x) No () Dolor () Estreñimiento () Diarrea ()

Incontinencia () Hemorroides ()

¿Utiliza alguna ayuda cuando esta estreñado?: Líquidos () Alimentos () Fármacos () Enemas ()

Intestino: Dolor () Flatulencia () Heridas () Estoma (x) Ruidos peristálticos () Distensión () Masas ()

VESICAL

En 24 horas: Frecuencia: Cantidad: 650 ml Color: concentrado

Olor: normal Hematuria: () Nicturia () Disuria () Sonda (x) Pañal ()

Sudor: Cantidad: normal Olor: inoloro

Menstruación: Cantidad _____ Aspecto _____ Color _____ Olor _____

OBSERVACIONES: Paciente con ileostomía con gasto líquido verdoso y colostomía con estoma retraído y sonda vesical.

DATOS DE DEPENDENCIA. SI (x) NO ()

AREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (x) Falta de voluntad () Falta de conocimientos ()

4. MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

¿Realiza actividad física? Sí () No (x) Especificar:

Camina () tiempo: _____ Corre () tiempo: _____

¿Sabe la importancia de realizar actividad física? Sí (x) No () Especifique: Condición no lo permite

¿Tiene limitaciones para la actividad física? Sí (x) No () Dolor muscular () Inflamación de articulaciones ()

Utiliza aparatos () Parálisis (x) Defectos óseos () Fuerza y presión () Reposo relativo ()
Reposo absoluto () temblores ()

OBSERVACIONES: Parapleja

DATOS DE DEPENDENCIA. SI (x) NO ()

AREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (x) Falta de voluntad () Falta de conocimientos ()

5. DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuánto tiempo descansa al día? Menos de 30 min. () De 30 min. A 1 hora () Más de 1 hora (x)

Tipo de sueño: Fisiológico (x) Inducido () Insomnio () Ronquidos ()

Horas de sueño: Menos de 5 horas () de 5 a 7 horas () Más de 7 horas (x)

Somnoliento () Bostezo frecuentemente () Se nota cansado (x) Tiene ojeras ()

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA. SI () NO (x)

AREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad () Falta de conocimientos ()

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Cambio de ropa interior () Frecuencia: Nylon () Algodón ()

Cambio de ropa exterior () Frecuencia: Diario () Holgada ()

¿Necesita ayuda para vestirse/desvestirse? Sí (x) No ()

Vestido: Incompleto () Descuidado () Sucio () Inadecuado a la situación () Exhibicionismo ()

OBSERVACIONES: persona utiliza ropa hospitalaria

DATOS DE DEPENDENCIA. SI (x) NO ()

AREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (x) Falta de voluntad () Falta de conocimientos ()

7. TERMORREGULACION

Temperatura: 36.7 °C ¿Se protege de cambios bruscos de temperatura? Sí () No (x) ¿Cómo?

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA. SI () NO (x)

AREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad () Falta de conocimientos ()

8. HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Baño: Parcial (x) Total () Frecuencia: Diario Lavado de manos (x) Frecuencia: poco frecuente

Lavado de dientes (x) Frecuencia: cada tercer día Halitosis Si (x) No () Características: placa bacteriana

¿Usa algún producto para el cuidado de la piel? Sí (x) No () Especificar: en el área abdominal usa lubriderm

PIEL

CARACTERISTICAS	OBSERVACIONES	REGION
Pigmentación	Tatuajes	10 en todo el cuerpo
Temperatura	Eutérmica	
Textura		
Turgencia		
Lesiones	Herida quirúrgica media Ostomías	Abdominal, 20 x 10 cm con bolsa bogota Íleon y colon descendente

Contusiones		
Cicatrices		
Masas		
Prurito		
Hemorragias		
Edema		
Uñas	Hongos	Pies
Olor		

CABELLO: Alineado () Desalineado (x) Limpio () Sucio ()

OJOS: Lagrimeo () Enrojecimiento () Secreción () Otro ()

OREJAS: Cerumen ()

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA. SI (x) NO ()

AREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (x) Falta de voluntad () Falta de conocimientos ()

9. EVITAR PELIGROS

¿Tiene alguna adicción? Sí (x) No () Drogas (x) Alcohol (x) Otra ()

Frecuencia con que acude al: Medico: cuando es necesario Dentista: no asiste

Medidas preventivas que realiza para prevenir enfermedades y accidentes: Ninguna

Alergias: Negadas

Características de la vivienda que sean factores de riesgo para la salud (humedad, hacinamiento, promiscuidad, fauna nociva, pisos, escaleras, etc.): fauna nociva, humedad y polvo

Estado mental: Alerta (x) Orientado (x) Confuso () Agresivo () Inconsciente ()
Sedado ()

OBSERVACIONES: refiere hacer uso de crac, marihuana, cocaína y solventes, por el momento solo marihuana

DATOS DE DEPENDENCIA. SI (x) NO ()

AREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad (x) Falta de conocimientos ()

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

¿Considera importante pertenecer algún grupo social? Sí (x) No ()

¿Por qué? Para distraerse

¿Con quién vive? Familiares (x) Amigos () Solo () Otro () Especifique:

¿Tiene problemas en la relación con algún miembro de la familia? Sí () No (x) ¿Con quién?

Tipo de comunicación

Verborreico (x) Disléxico () Coprolaico ()

Sabe escribir: sí Sabe leer (x)

Limitaciones físicas que interfieren en la comunicación:

Habla: Normal (x) Poco clara () Incompleta () Afasia () Idioma/dialecto () Sin habla () Dislalia () Tartamudeo () Balbuceo ()

Auditivo: Sordera () Deterioro auditivo () Dispositivo ()

OBSERVACIONES: refiere que el medico le comento que solo en ocasiones podría tener erecciones, intento con su pareja una reacción a estímulo, pero no se logró ninguna respuesta.

DATOS DE DEPENDENCIA. SI (x) NO ()

AREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (x) Falta de voluntad () Falta de conocimientos ()

11. VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

Religión: Católica Frecuencia de algún servicio religioso: muy rara la vez

¿Qué valores considera importantes? Respeto y humildad

¿Qué valores considera que ha perdido? Tolerancia y paciencia

¿Cómo influyen sus creencias en su estilo de vida? Luchar por lo que se quiere

¿Considera que sus creencias influyen en su estado de salud? Si, para salir adelante

¿Recurre a terapias alternativas para mantener su salud? No

¿En qué medida sus valores se han alterado por su situación de salud? Falta de fortaleza

Fetiches () Colgijes () Tatuajes () Imágenes ()

OBSERVACIONES: En ocasiones siente perder la esperanza

DATOS DE DEPENDENCIA. SI (x) NO ()

AREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad (x) Falta de conocimientos ()

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y RENDIMIENTO ESCOLAR

Trabaja actualmente: Si () No (x) Tipo de empleo: Fijo () Temporal () Antigüedad ()

¿Su sueldo le permite cubrir sus necesidades básicas? No

Año escolar de mayor rendimiento: Universidad Calificación obtenida: No recuerda

Año escolar de menor rendimiento: Secundaria Calificación obtenido: No recuerda

OBSERVACIONES: Refiere haber realizado un ahorro y mantenerse actualmente con eso, posteriormente refiere que su mamá y hermanos le ayudaran con los gastos

DATOS DE DEPENDENCIA. SI (x) NO ()

AREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (x) Falta de voluntad () Falta de conocimientos ()

13. PARTICIPACION EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Realiza alguna actividad recreativa? Si () No (x) ¿Cuál? Le gusta mucho ir al cine ¿Por qué? Me desestresa y me hace sentir bien

¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?

Ir al cine (x) parque () caminar () comer () bailar () ver TV. () oír música ()
asistir a conciertos () ¿De qué tipo? _____ Otros _____

¿Cuándo participo por última vez en actividades de este tipo? Hace 10 meses

¿Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesen? no

¿La distribución de tiempo es equilibrada entre trabajo y distracción? Si () No (x) ¿Por qué? Por el momento no trabaja

OBSERVACIONES: Refiere que anteriormente cuando estaba enojado, iba al cine para relajarse y podía quedarse hasta 3 o 4 películas continuas.

DATOS DE DEPENDENCIA. SI (x) NO (x)

AREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (x) Falta de voluntad () Falta de conocimientos ()

14. NECESIDADES DE APRENDIZAJE

Escolaridad Alfabeto (x) Analfabeta () Último grado de estudios: Universidad

Nivel académico Primaria

¿Cuenta con recursos para el aprendizaje? Si () No (x) ¿Cuáles? Ahorrando para su hija

¿Le gustaría saber más sobre?

Si mismo (físicamente): Como se tiene que cuidar

Necesidades básicas: Cuidados en el hogar

Estado de salud actual del niño:

OBSERVACIONES: Su cuidadora primaria es su madre en cuanto el aprendizaje del manejo de ostomías.

DATOS DE DEPENDENCIA. SI (x) NO ()

AREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad () Falta de conocimientos (x)



CARTA DE CONSENTIMIENTO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM)
Programa Único de Especialización en Enfermería
Enfermería Perioperatoria

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con la Ley General de Salud, Título Segundo, De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos CAPITULO I Disposiciones comunes, Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que es ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

La finalidad que tiene este estudio denominado "ESTUDIO DE CASO" evaluar la aplicación de un instrumento de valoración en el área perioperatoria por parte del profesional de enfermería, para la atención integral y de calidad al paciente que es intervenido quirúrgicamente.

La aplicación del instrumento de valoración se llevará a cabo dentro de las instalaciones del área quirúrgica y del área de hospitalización según sea el caso, su participación es voluntaria y cabe mencionar que su autorización no le obliga a participar hasta el término del mismo; puesto que puede abandonar el estudio en cualquier momento, sin verse afectado por algún tipo de represión, hostigamiento o sanción. La participación consistirá en contestar una serie de preguntas enfocadas a sus actividades previas a su padecimiento actual, enfermedad que presenta y necesidades inmersas al problema de salud.

La información personal que usted nos brinde para el estudio será de carácter confidencial y no será insinuada o publicada por ninguna circunstancia. La información será empleada para fines académicos por las estudiantes del Programa Único de Especialización en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).



Se me ha explicado con claridad en que consiste este estudio, además he leído el contenido de este formato de consentimiento. He dado la oportunidad que me hagan preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Con fecha 22 de noviembre de 2017 habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en la valoración, yo [REDACTED] con número de expediente GAFD910510HDFRLN03 acepto participar en este instrumento de valoración.

[REDACTED]

Nombre y firma del paciente

[REDACTED]

Nombre y firma del testigo 1
Parentesco con el paciente

[REDACTED]

Nombre y firma del testigo 2
Parentesco con el paciente

[REDACTED]

ANGELICA ROMAN GARCIA
Nombre y firma de quien aplica el
instrumento de valoración

Bolsa de Bogotá resistente en abdomen abierto

Bogota bag, resistant in open abdomen

Gabriel Mejía Rendón, Sonia Iliana Mejía Pérez

Resumen

Objetivo: Presentar una modificación a la colocación de la bolsa de Bogotá, que además de mantener las útiles características de esta técnica, adiciona más fuerza de sostén o resistencia a la capa de polivinilo en los pacientes con abdomen abierto.

Sede: Hospital de segundo nivel de atención. Hospital General de Zona 53 Instituto Mexicano del Seguro Social.

Diseño: Estudio piloto.

Análisis estadístico: Porcentaje como medida de resumen para variables cualitativas.

Pacientes y métodos: En el periodo de diciembre 2008 a marzo 2010 se trataron seis pacientes con esta técnica modificada de la bolsa de Bogotá. Edades comprendidas de 40 a 78 años, tres hombres, cinco pacientes con ceseis abdominal y el restante con nárdida de

Abstract

Objective: To present a modification to the placement of the Bogota bag, which, aside from retaining the useful characteristics of this technique, adds more strength to the support or resistance of the polyvinyl layer in patients with open abdomen.

Setting: Second level health care hospital. Hospital General de Zona 53, Mexican Institute of Social Security (IMSS, for its initials in Spanish).

Design: Pilot study.

Statistical analysis: Percentage as summary measure for qualitative variables.

Patients and methods: From December 2008 to March 2009 we treated six patients with this modified technique of the Bogota bag. Age of patients ranged from 40 to 78 years; three were men. Five patients

REVISTA
CIENCIA Y CUIDADO

Infecciones de las heridas quirúrgicas relacionadas a la atención perioperatoria

Surgical wound infections related to perioperative care

Yolanda Medina Arévalo
Leidy Gatherin Cicerón
Sandra Johana Ortega
Jessica Patrici Parajá Mize
Belón Sandra Karina Rangel
William Venancio Rojas

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo conocer los factores de riesgo perioperatorios relacionados con las infecciones de heridas quirúrgicas en el quirófano. El instrumento a utilizar para valorar el proceso de atención perioperatoria fue diseñado por el grupo de investigación, fue aplicado a 30 pacientes que fueron sometidos a cualquier tipo de procedimiento quirúrgico.

Los resultados obtenidos muestran que de los 30 pacientes estudiados se presentaron 6 casos de infección de la herida quirúrgica. El 33.33% de los

tanto es un factor de riesgo que incide en la infección de la herida quirúrgica.

Palabras Claves

Edema, eritema, infección, profilaxis.

Abstract

The present study aimed to understand the risk factors related to perioperative surgical wound infections in surgery. The instrument used to evaluate the perioperative care process was designed by the research group, it was applied to 30 patients who were submitted to any type

Experiencia en el cuidado de enfermería: herida de abdomen abierto en el adulto

Nursing care experience: open abdomen wound in adults

Experiência no cuidado de enfermagem: ferida de abdômen aberto em adultos

RICARDO ALFONSO CASTRO BECERRA*, YURIAN LIDA RUBIANO MESA**

Resumen

Objetivo: estructurar un protocolo de cuidados de enfermería para la persona adulta con herida de abdomen abierto, en una empresa social del Estado de la ciudad de Bogotá.

Método: estudio descriptivo transversal, en una mues-

Resultados: se estructura un protocolo de cuidados de enfermería, integrado por doce flujogramas agrupados y distribuidos en cuatro lineamientos básicos.

Conclusiones: el protocolo es el resultado de la descripción y análisis de los procedimientos realizados por personal de enfermería que cuenta con una amplia experiencia en el



Artículo Original

Infecciones Asociadas a Atención de Salud

Reingreso por infección de sitio quirúrgico: una revisión integradora

Lilian Machado, Ruth N. T. Turini y Ana L. Siquera

Universidade FUMEC, Belo Horizonte, MG, Brasil.
Título de Pós-Graduação em Enfermagem, Especialidade em Saúde da Mulher, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
Departamento de Enfermagem, México-Quintana Roo (ENIT), ASES.

Conflicto de interés: no hay.
Financiación: no hubo.

Recibido: 27 de marzo de 2011.
Aceptado: 15 de diciembre de 2011.

Correspondencia a:
Lilian Machado Turini.
lilimachado@superig.com.br

Patient readmission for surgical site infection: integrative review

Background: Surgical site infections (SSI) represent an inherent risk after surgical procedures associated both to the surgical procedure and to the patient clinical conditions. **Aim:** To analyze in an integrative review the studies related to patient readmission due to SSI. **Material and Method:** The review was carried out by LILACS, UNHAI, MEDLINE and COCHRANE databases and articles published from 1966 to 2010 were selected. **Result:** It was analyzed 13 studies classified as transversal (7), cohort (4) and longitudinal (2). Few studies analyzed only the readmissions related to the SSI. Time to define the readmission ranged from 28 to 90 days after surgery and studies related to orthopedic procedures were more frequent. The SSI readmission rates were lower than 2%. The main etiological agents isolated from SSI were *Staphylococcus aureus* and coagulase-negative staphylococci. **Conclusion:** Monitoring readmissions due to SSI could contribute to diminish the occurrence of ISS post-discharge, once about half of the SSI post-discharge was diagnosed at the readmission moment.

Key words: Surgical wound infection, patient readmission, cross infection.

Palabras clave: Infección de herida operatoria, reingreso del paciente, infección hospitalaria.

Introducción

La infección del sitio quirúrgico (ISQ) es una de las causas más frecuentes de complicaciones en el periodo post-operatorio. Se considera un riesgo inherente a la realización de cualquier acto quirúrgico y está asociada a un conjunto de factores relacionados con el propio procedimiento, así como a las condiciones físicas y clínicas del paciente¹.

El riesgo para adquirir una infección aumenta según la gravedad del paciente y la complejidad del cuidado, en los pacientes quirúrgicos, este riesgo se intensifica debido a la potencial contaminación inherente a todo procedimiento invasor.

El tiempo de internación para la realización de la cirugía es relativamente corto y, generalmente, el individuo recibe el alta en las siguientes 12 h después del acto operatorio. Dada esta particularidad, el paciente no permanece



Sepsis-3 y las nuevas definiciones, ¿es tiempo de abandonar SIRS?

Sepsis-3 new definitions, is it time to quit SIRS?

Elsa R Neira-Sanchez^{1,2,3}, Germán Málaga^{1,3*}

- 1 Departamento de Medicina, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- 2 Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- 3 Conocimiento y Evidencia CONEVID, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Correspondencia
Germán Málaga
german.malaga@upch.pe

RESUMEN

Hace más de 20 años se publicó la primera definición de sepsis basado en el concepto de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS), definición que utilizamos hasta la actualidad. Recientemente, el Grupo de Trabajo de las Definiciones de Sepsis (Sepsis Definitions Task

ARTÍCULO DE REVISIÓN
CIRUGÍA GENERAL

Revista Mexicana de
Cirugía del Aparato **DIGESTIVO**



Sepsis abdominal: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento

Luis A. Gorordo-Delsol,* Orlando R. Pérez-Nieto,* Oscar Porras-Escorcía,** Carlos A. Altamirano-Arcos**

* Servicio de Cuidados Intensivos Adultos, Hospital Juárez de México.
** Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México

Abdominal sepsis: pathophysiology, diagnosis and treatment

Revista Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo / Vol. 4, Núm. 3 / Julio-Septiembre, 2015 / p. 110-117

RESUMEN

La sepsis abdominal es un padecimiento común en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tiene consideraciones específicas que la diferencian de otros procesos sépticos en cuanto al abordaje diagnóstico y terapéutico, por lo que se realizó una revisión de la literatura científica disponible hasta la fecha. Esta entidad clínica es competencia de los equipos quirúrgicos, clínicos y servicios de apoyo por la compleja fisiopatología y los múltiples caminos clínicos que puede cursar la enfermedad. No existen estudios epidemiológicos extensos nacionales sobre la incidencia de esta patología, la mayoría de los estudios se basan en descripciones aisladas de casos.

ABSTRACT

The abdominal sepsis is a common condition in the Intensive Care Unit (ICU), a disease that has specific considerations which distinguish it from other septic processes, in terms of diagnosis and therapeutic approach, so this review of the literature was conducted available to date. This clinical entity is for the surgical teams, clinical and support services for the complex pathophysiology and clinical multiple paths you can take the disease. No national extensive epidemiological studies on the incidence of this disease, most studies are based on etiologic diagnosis, mainly at national level, acute non-auditory cases III and IV, in a study that showed

Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería

Self-care practice of ostomy patients before and after nursing's educational intervention

Juan Andrés Almendárez-Saavedra,¹ Martha Landeros-López,² Ma. Alejandra Hernández-Castañón,³ Yolanda Galarza-Maya,⁴ María Teresa Guerrero-Hernández⁵

¹Servicio de Cirugía, Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", Secretaría de Salud, San Luis Potosí; ²Unidad de Posgrado e Investigación, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí; ³Unidad de Posgrado e Investigación, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro; ⁴Jefatura de Enfermería, Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", Secretaría de Salud, San Luis Potosí, México

Palabras clave:

Estoma quirúrgico
Educación en salud
Aprendizaje
Autocuidado
Atención de Enfermería

Resumen

Introducción: los pacientes enterostomizados requieren conocimientos de autocuidado para mantener su estado de salud y el personal de enfermería tiene un papel crucial en esto.

Objetivo: determinar el nivel de conocimientos sobre prácticas de autocuidado en pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería.

Metodología: estudio de intervención previo y posterior a enterostomía, realizado durante febrero-julio de 2013 en un hospital de segundo nivel en San Luis Potosí, México. La muestra fue por conveniencia en 13 pacientes enterostomizados. Se aplicó una encuesta antes de la intervención y tres posteriores a esta. Se validó por expertos con una confiabilidad con alfa de Cronbach = 0.670; contó con 20 ítems de respuesta cerrada. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: la media de edad fue 41.8 años (mínima 21 y máxima 73 años), predominó el sexo masculino (84.6 %) y la colostomía (46.1 %). Los conocimientos sobre prácticas de autocuidado en alimentación y cuidado de ostomía fueron incrementados después de la intervención, lo cual

CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO DE DERMATITIS PERIESTOMAL Y DEHISCENCIA EN UNA COLOSTOMÍA

CASE OF PERIESTOMAL DERMATITIS AND DEHISCENCE IN A COLOSTOMY

Autores: Pedro Pita Miño¹, Paula Seco Ramos², Manuela Cupeiro García², María del Carmen Castañeda Cuevas², Alexandra López Leira², María del Carmen Aramburu García²

(1) Supervisor de Cirugía General, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol
(2) Enfermeras de Cirugía General, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Contacto: pedro.pita.mino@sergas.es

Fecha de recepción: 20/02/2015
Fecha de aprobación: 15/03/2015

RESUMEN

Mujer de 68 años intervenida de tumor maligno de recto. Transcurridos 6 días desde la primera cura, se observó una dermatitis de contacto irritativa a alguno de los componentes del dispositivo de ostomía y/o del material fecal; así como una pequeña dehiscencia en el estoma. La actuación enfermera fue aislar el estoma ajustando el dispositivo de ostomía a las características

Keywords: colostomy, nursing, dermatitis, surgery, healing in humid environment, hydrofiber hydrocolloid.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de colon es una de las enfermedades tumorales que más ha aumentado en todo el mundo, por malos hábitos o estilos de vida sedentarios. En España, en un momento en el tercer en fre-

Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión

Jonathan Hermayn Hernández Valles¹
María Guadalupe Moreno Monsiváis²
Ma. Guadalupe Interrial Guzmán³
Leticia Vázquez Arreola²

Objetivo: determinar el cuidado de enfermería perdido percibido por el personal de enfermería y su relación con el cuidado perdido identificado en la valoración de pacientes con riesgo o con presencia de úlceras por presión. Método: estudio descriptivo correlacional. Participaron 161 enfermeras y 483 pacientes de un hospital público. Se utilizó la encuesta MISSCARE y una Cédula de Valoración de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Riesgo o con úlceras por presión. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Resultados: el personal de enfermería señaló que existe mayor omisión en el cuidado de la piel (38.5%), cambio de posición (31.1%) y en el registro de factores

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.49903>

Prevención de lesiones de piel: educación en el equipo de salud y familiares de personas hospitalizadas

Prevention of skin lesions: Education in health staff and relatives of people hospitalized

Renata Virginia González-Consuegra¹ • Diana Carolina Pérez-Valderrama¹ • Luisa Fernanda Valbuena-Flor¹

Recibido: 30/03/2015 Aceptado: 12/05/2015

¹ Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Enfermería - Grupo de Investigación de Cuidado Perioperatorio - Línea: cuidado a la persona con alteración en la integridad de los tejidos - Bogotá, D.C. - Colombia.

Correspondencia: Renata Virginia González-Consuegra. Calle 45 No. 45-47, interior 4, apartamento 203. Teléfono: +57 3125855723. Bogotá, D.C. Colombia. Correo electrónico: rvgonzalezc@unal.edu.co.

Resumen

Introducción. Las lesiones de piel como las úlceras por presión y dermatitis asociada a la incontinencia son un problema asociado a la edad, movilidad, humedad, alimentación, eliminación o estado mental y afectan negativamente la calidad de vida de las personas y su familia; su prevención mediante educación permite disminuir su aparición y contribuye a brindar un cuidado de calidad

Conclusión. Es importante realizar intervenciones educativas permanentes a los implicados en el cuidado preventivo de lesiones de piel para generar transformaciones positivas en el equipo de salud y los cuidadores.

Palabras clave: Educación en enfermería; Cuidados de la piel; Cuidadores; Úlcera por presión; Dermatitis (DeCS)

ESCALAS DE VALORACIÓN UTILIZADAS

La escala de coma de Glasgow

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

ELSEVIER

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

	4	3	2	1		
OCULAR	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
	5	4	3	2		
	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPRESIBLES		
VERBAL						
	6	5	4	3	2	
	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	
				(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)	
MOTORA	1	NINGUNA RESPUESTA				

Escala de valoración de Braden; riesgo de lesiones por presión.

Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

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).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula 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.

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA NPUAP/EPUAP DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014. Versión española.

CATEGORIA I

Eritema no blanqueante

Piel intacta con eritema no blanqueante de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor también pueden estar presentes. Las pieles oscuras pueden no presentar una palidez visible. Otras características: El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La Categoría / Estadio I puede ser difícil de detectar en personas con tonos oscuros de piel. Puede indicar personas "en riesgo" de desarrollar una úlcera por presión.



CATEGORIA II

Úlcera de espesor parcial

La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfácelos. También puede presentarse como una ampolla intacta o abierta/rota llena de suero o de suero sanguinolento. Otras características: Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfácelos o hematomas*. Esta categoría / estadio no debería emplearse para describir desgarros de la piel, quemaduras provocadas por el esparadrapo, dermatitis asociada a la incontinencia, la maceración o la excoriación. *El hematoma sugiere lesión de tejidos profundos.



CATEGORIA III

Pérdida total del grosor de la piel

Pérdida completa del grosor del tejido. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfácelos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. Otras características: La profundidad de las úlceras por presión de categoría/estadio III

varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y las úlceras de categoría/estadio III pueden ser poco profundas. Por el contrario, las zonas con adiposidad significativa pueden desarrollar úlceras por presión de categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.



CATEGORIA IV

Pérdida total del espesor de los tejidos.

Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuestos. Pueden aparecer esfácelos o escaras. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. Otras características: La profundidad de la úlcera por presión de categoría/estadio IV varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y estas úlceras pueden ser poco profundas. Las úlceras de categoría/estadio IV pueden extenderse al músculo y/o a las estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo provocar la aparición de una osteomielitis u osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.



NO ESTADIABLE: PROFUNDIDAD DESCONOCIDA

Pérdida del espesor total de los tejidos donde la base de la úlcera está completamente cubierta por esfácelos (amarillos, canela, grises, verdes o marrones) y/o escaras (canela, marrón o negro) en el lecho de la herida. Hasta que se hayan retirado suficientes esfácelos y/o la escara para exponer la base de la herida, la verdadera profundidad, y por tanto la categoría/estadio no se puede determinar. Una escara estable (seca, adherida, intacta, sin eritema o fluctuación) en los talones sirve como "una cobertura natural (biológica) del cuerpo" y no debe ser eliminada.



SOSPECHA DE LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS - PROFUNDIDAD DESCONOCIDA

Área localizada de color púrpura o marrón de piel decolorada o ampolla llena de sangre debido al daño de los tejidos blandos subyacentes por la presión y/o la cizalla. El área puede ir precedida por un tejido que es doloroso, firme o blando, más caliente o más frío en comparación con los tejidos adyacentes. La lesión de los tejidos profundos puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. La evolución puede incluir una ampolla



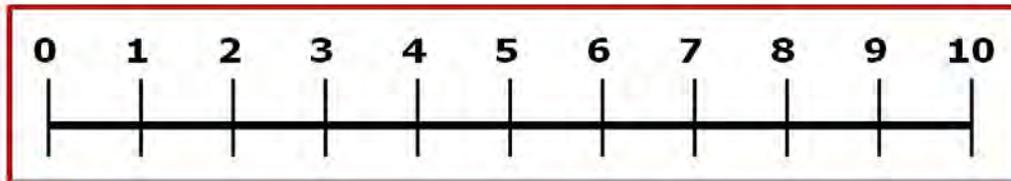
fina sobre un lecho de la herida oscuro. La herida puede evolucionar y convertirse una escara delgada. La evolución puede ser rápida y puede exponer capas adicionales de tejido, incluso con un tratamiento óptimo.

Escala de riesgo de caídas de Downton

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE J.H DOWNTON		
CRITERIOS		PUNTAJE
Caídas Previas	No	0
	Si*	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes o sedantes*	1
	Diuréticos*	1
	Hipotensores (no diuréticos)*	1
	Antiparkinsonianos*	1
	Antidepresivos*	1
	Otros medicamentos	0
Diferencias Sensoriales	Ninguna	0
	Alteraciones visuales*	1
	Alteraciones auditivas*	1
	Extremidades* (ictus, etc)	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso*	1
Marcha	Normal	0
	Segura con ayuda	0
	Insegura con/sin ayuda*	1
	Imposible*	1
Puntaje Obtenido		
Puntaje Menor a 2: Riesgo Bajo		
Puntaje entre 2 y 4: Riesgo Medio		
Puntaje Mayor a 4: Riesgo Alto.		

Escala visual numérica para la evaluación del dolor

Desde 8 años colaboradores: Escala numérica de Walco y Howite



0: no dolor; 1-2: dolor leve; 3-6: dolor moderado;
7-8 : dolor intenso; 9-10: máximo dolor imaginable

Escala muscular de Daniels

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

SPOTLIGHTMed

Lo que presentamos fue únicamente con fines informativos. Siempre debes consultar a un profesional de la salud si tienes alguna inquietud médica.

