



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA PERIOPERATORIA**

**Estudio de caso aplicado a un adulto mayor en el
perioperatorio con principal afección en las necesidades de
eliminación y evitar peligros secundaria al procedimiento
quirúrgico y condición de adulto mayor**

ESTUDIO DE CASO

Que para obtener el grado de
Enfermera Especialista en Perioperatoria

P R E S E N T A

Lic. Anna Fomina

ASESOR

E.E.Q. Miriam Laura García Domínguez



Ciudad de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA PERIOPERATORIA**

**Estudio de caso aplicado a un adulto mayor en el
perioperatorio con principal afección en las necesidades de
eliminación y evitar peligros secundaria al procedimiento
quirúrgico y condición de adulto mayor**

ESTUDIO DE CASO

Que para obtener el grado de
Enfermera Especialista en Perioperatoria

P R E S E N T A

Lic. Anna Fomina

ASESOR

E.E.Q. Miriam Laura García Domínguez



Ciudad de México, 2018

RECONOCIMIENTOS

A la máxima casa de estudios, Universidad Nacional Autónoma de México.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

Al Hospital General Doctor Manuel Gea González.

A la maestra Miriam Laura García Domínguez por brindarme la oportunidad, la confianza y la paciencia de trabajar con ella y por ser mi tutora.

A la maestra Irian Itzel Mena Gómez por guiarme durante el proceso del aprendizaje y su excelente calidad humana.

Al honorable jurado por su disposición y enriquecedora participación para este trabajo.

A mi familia por apoyo incondicional a lo largo de todo mi proceso de formación.

INDICE

I.INTRODUCCIÓN	6
II.OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	8
III.FUNDAMENTACIÓN	9
3.1 Antecedentes.....	9
IV. MARCO CONCEPTUAL	17
4.1 Conceptualización De Enfermería	17
4.2 Paradigmas.....	18
4.3 Teoría de enfermería.....	20
4.3.1 Teoría de Virginia Henderson.....	21
4.4 Teorías de otras disciplinas.....	29
4.5 Proceso de enfermería.....	30
V. METODOLOGÍA	38
5.1 Estrategia de Investigación: Estudio De Caso	38
5.2 Selección del caso y fuentes de información	39
5.3 Consideraciones éticas.....	39
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO	52
6.1 Descripción del caso	52
6.2 Antecedentes generales de la persona.....	52
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	54
7.1 Valoración	54
7.1.1. Valoración focalizada.....	58
7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete.....	64
7.1.3 Jerarquización de problemas.....	65
7.2 Diagnósticos de enfermería	66
7.3 Problemas interdependientes	68
7.4 Planeación de los cuidados: objetivo de la persona, objetivo de enfermería, intervenciones de enfermería con fundamentación	69
7.5 Ejecución.....	98
7.5.1 Registro de las intervenciones	98
7.6 Evaluación.....	101
7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona.....	101
7.6.2 Evaluación del proceso.....	101
VIII. PLAN DE ALTA	102

IX. CONCLUSIONES	105
X. SUGERENCIAS	106
BIBLIOGRAFÍA	107
ANEXOS	116

I.INTRODUCCIÓN

A partir de la década de los cincuenta del siglo XIX y hasta los tiempos actuales enfermería ha estado evolucionando y progresando mediante la gran cantidad de teorías creadas por la necesidad de obtener un cuerpo teórico de la profesión, sustentando la práctica clínica.

Entre las teorías más utilizadas para la valoración en enfermería destaca la de Virginia Henderson. Ella desarrolló sus conceptos teóricos influenciada por la corriente de integración. Según la teoría de Virginia Henderson todas las personas tienen catorce necesidades básicas que satisfacer mediante el conocimiento, la fuerza y la voluntad, a esto se refiere como a la independencia. En caso de que alguno de tres elementos mencionados faltara, se genera un cierto nivel de dependencia de la persona. En el último caso surge la relación enfermera-persona o tipo de intervención suplencia, ayuda, orientación o compañía.

Para poder brindar una atención de calidad es necesario utilizar un método sistemático, organizado e individualizado como lo es el proceso de atención de enfermería. Este sistema es el más documentado a nivel internacional con el cual estructurar la práctica del cuidado científico, fundamentado en los procesos de resolución de problemas y toma de decisiones. Esta metodología consta de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.

Entre los cambios biológico-fisiológicos que ocurren en hombres por el proceso natural de envejecimiento se encuentra presente el deterioro normal de su sistema reproductor. El declive del funcionamiento del sistema hipotalámico-hipofisario-gonadal juega un papel fundamental, ya que el déficit en la producción de hormonas es el indicador más certero de que el proceso de envejecimiento ha iniciado.

La hiperplasia benigna prostática es un proceso relacionado con la edad y su prevalencia para los hombres entre 70 y 80 años es de un 90%. Existen varios mecanismos por los que se da este padecimiento, dentro de estos se incluye la participación de andrógenos y estrógenos, interacciones entre el estroma y epitelio, factores de crecimiento y neurotransmisores.

En el presente trabajo se expone el caso de una persona con hiperplasia prostática benigna la cual es intervenida quirúrgicamente mediante una adenomectomía abierta y al que le fue aplicado el método del proceso de atención de enfermería durante el perioperatorio en una institución de tercer nivel de alta especialidad.

Se describe paso a paso cada etapa del proceso enfermero desde la valoración de persona hasta la evaluación de las intervenciones de enfermería realizadas durante el periodo perioperatorio, incluyendo tales temas, como, los paradigmas y teorías de enfermería entre otros.

La teoría protagonista en este trabajo es la de Virginia Henderson. Se llevaron a cabo tres valoraciones en total, para la realización de la valoración se efectuaron las entrevistas a la persona, se revisó su expediente y se efectuó el examen físico, apoyándose en el instrumento de las catorce necesidades de la persona, con base a los resultados obtenidos se detectaron problemas propios de cada periodo, preoperatorio, transoperatorio, postoperatorio inmediato y postoperatorio mediato y se formularon los diagnósticos de enfermería, abordando los problemas de mayor relevancia. Se planearon y se ejecutaron las intervenciones de enfermería apropiadas para cada diagnóstico. Finalmente se hizo la evaluación de las acciones realizadas.

II.OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

Objetivo general

Realizar un estudio de caso a una persona con necesidades de eliminación, evitar peligros, descanso y sueño, termorregulación, movimiento y buena postura alteradas, detectadas a través de la valoración con base al modelo de Virginia Henderson para diseñar un plan de cuidados especializado que le permita alcanzar su independencia.

Objetivos específicos

- Valorar el estado de salud del señor JL empleando el instrumento de valoración basado de las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- Identificar y jerarquizar los problemas reales y potenciales de la persona.
- Realizar un plan de cuidados para resolver las necesidades insatisfechas de la persona y prevenir riesgos a la salud previamente identificados.
- Ejecutar el plan de cuidados de enfermería.
- Evaluar el resultado de las intervenciones realizadas a la persona mediante una nueva valoración del estado de salud.

III.FUNDAMENTACIÓN

3.1 Antecedentes

La hiperplasia benigna prostática es la enfermedad urológica más frecuente en el varón y se considera como la primera causa de consulta con el especialista y representa la segunda causa de intervención quirúrgica y es el tumor benigno más frecuente en hombres mayores de 50 años. De acuerdo con López-Ramos y colaboradores, la hiperplasia benigna prostática es una condición de muy alta prevalencia en los hombres mayores, siendo del 40% en la quinta década de la vida y llegando hasta el 90% en la novena década¹.

Según Osorio-García², entre los factores que podrían llevar al crecimiento prostático se encuentran el tabaquismo, la obesidad, una elevada ingesta de alcohol y se consideran como causas externas, sin embargo, en otras publicaciones³ se afirma que su aparición está relacionada exclusivamente con los andrógenos, la cascada de cambios al nivel hormonal en el sistema hipotalámico-hipofisiario-gonadal del hombre relacionados a la edad y la alteración en la muerte celular programada⁴.

Existen varias modalidades quirúrgicas para la realización de prostatectomía, pero la elección del tratamiento quirúrgico depende en gran medida del tamaño del adenoma. La cirugía tiene que ser abierta con adenomas superiores a 75 gramos. La prostatectomía abierta retropúbica fue descrita por primera vez por Terrence Millin en el año 1945⁵.

La prostatectomía retropúbica abierta laparoscópica se empezó a realizar desde el 2002 con la primera descripción de la técnica de adenomectomía prostática extraperitoneal laparoscópica. En la literatura se hace mucho énfasis en que con la

¹ López-Ramos H, Gómez P, Moreno M, et al. Guía de manejo de hiperplasia benigna prostática benigna. Sociedad Colombiana de Urología 2014. Urol Colomb [Internet]. 2015. [consulta 28 mayo 2018]; 24 (3): 187.e 1-187. e 32. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-urologia-colombiana-398-articulo-guia-manejo-hiperplasia-prostatica-benigna-S0120789X15000155>

² Osorio-García MA, Reyes-García IA, Palacios-Saucedo GC. Comparación de los valores de antígeno prostático específico en pacientes con y sin obesidad abdominal del servicio de urología de una unidad médica de tercer nivel de atención. Rev Mex Urol [Internet]. 2015 [consulta 30 de mayo 2018]; 75 (2): 64-71. Disponible en: http://www.revistamexicanadeurologia.com/Ediciones_Pasadas/2015/espa%C3%B1ol/2.pdf

³ Martínez Y, González EA, Castro EM, et al. Comportamiento sintromico de pacientes con hiperplasia benigna prostática según la medicina tradicional china. Rev Med Electron [Internet]. 2017 [consulta 30 de mayo 2018]; 39 (3): 460-469. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v39n3/rme050317.pdf>

⁴ Sánchez HM. Manual práctico de urología. México: Cuellar Cayala; 2014. p. 76-91.

⁵ Pérez Manzanares VM, Salinas González F, García Vásquez RA, et al. Estudio comparativo de adenomectomía prostática laparoscópica y abierta. ¿Cuál ofrece mejores resultados? Rev Mex Urol [Internet]. 2016 [Consulta 1 junio 2018]; 76(2): 99-103. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S2007408516000203/1-s2.0-S2007408516000203-main.pdf?_tid=e94d781d-0645-4bf3-9746-6876e8c3cc61&acdnat=1528165723_bbb2e288a4ea598c2bf76faa8469bea0

técnica laparoscópica se logran tales beneficios como la disminución del tiempo quirúrgico, el sangrado y el tiempo de hospitalización, sin embargo, en el estudio realizado por Pérez y colaboradores se encontró que definitivamente una de las ventajas del procedimiento de menor invasión es una incisión de menor dimensión, menor sangrado, sin embargo, el tiempo quirúrgico fue menor en la cirugía abierta. En cuanto a las complicaciones quirúrgicas y estancia en el hospital resultaron ser similares en ambas modalidades⁶.

Enfermería juega un papel primordial durante el periodo perioperatorio de personas intervenidas quirúrgicamente por hiperplasia benigna prostática. Se realizó un estudio en el cual se analizó la importancia de cuidados enfermeros en personas sometidas a prostatectomía abierta y se llegó a la conclusión que el rol de enfermería es fundamental para poder cubrir las necesidades tanto físicas, como psicológicas, así como pérdida de energía, motivación, en algunos casos una disfunción eréctil temporal. Estos estudios son un claro ejemplo de la evidencia científica que confirma que las intervenciones de enfermeros deben iniciar desde el diagnóstico y durante el momento de la elección del tratamiento. La preparación preoperatoria es fundamental para la recuperación y para la adaptación de la persona a las secuelas postoperatorias⁷.

Es de suma importancia que las acciones de los enfermeros estén sustentadas en la evidencia científica. Así, como, es el caso del estudio transversal retrospectivo acerca de la importancia de intervenciones de enfermería en periodo perioperatorio y el proceso de alta de la persona del hospital. En la presente investigación se encontró que la educación preoperatoria es indispensable para que bajen los niveles de ansiedad de la persona intervenida, a través de una clara explicación del procedimiento y la provisión de soporte emocional. En este artículo se menciona también la importancia de comunicarle a la persona sobre posible incontinencia urinaria y la disfunción eréctil, como una de las consecuencias probables de una prostatectomía abierta, lo cual puede ayudar a mejorar la calidad de vida del

⁶ Ibidem.

⁷ Morales Lopes MH, Higa R. The role of the clinical nurse specialist in caring for patients with prostate cancer: a narrative review. Nursing: Research and Reviews [Internet]. 2014 [Consulta 1 junio 2018]; 77: 77-89. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/305322709_The_role_of_the_clinical_nurse_specialist_in_caring_for_patients_with_prostate_cancer_a_narrative_review

intervenido en un futuro y justamente eso se puede lograr con una valoración escrupulosa en el pre y postoperatorio. Se encontró también en este estudio que el control del dolor postoperatorio es esencial en los cuidados integrales a la persona para evitar otro tipo de complicaciones, así como la medición de la diuresis y la irrigación vesical⁸.

Se realizó otro estudio⁹ acerca de la importancia de las intervenciones de enfermería en una persona con hiperplasia benigna prostática durante el pre y postoperatorio por una prostatectomía abierta, se identificaron varios diagnósticos enfermeros, tales como, ansiedad relacionada con la incertidumbre del resultado de la intervención, dolor agudo postoperatorio, riesgo de infección, la integridad cutánea dañada y la movilidad de la persona afectada. Después de las intervenciones de enfermería realizadas se llegó a la conclusión que los cuidados enfermeros proporcionaron una atención individualizada y comprensiva. Los investigadores se basaron en los datos recolectados y se dieron cuenta de que con una planeación correcta y basada en evidencia científica se puede lograr atender las necesidades reales, como, el alivio del dolor, brindar atención para que la herida quirúrgica sane en menor tiempo, estimular la deambulacion, al igual, como, disminuir el riesgo de infección, la ansiedad y los demás riesgos relacionados a la cirugía.

En el artículo elaborado por Tobpas¹⁰ se evidencia una vez más lo significativa que es la intervención por parte del personal de enfermería en el pre y postoperatorio. Se trata de una persona con crecimiento benigno prostático que fue intervenido quirúrgicamente para retirar el adenoma, pero en ningún momento recibió educación pertinente, ni cuidados adecuados por el equipo de enfermeros, además, no se detectó a tiempo la presencia de obstrucción de vías urinarias por un coagulo, lo cual es una de las complicaciones más frecuentes en este tipo de procedimientos. La consecuencia fue una fistula vesico-cutánea, ya que la orina tenía que salir por

⁸Mata LRF, Ferreira TC, Carvalho EC. Nursing actions in the perioperative period and in preparing prostatectomy patients for discharge. Invest Educ Enferm [Internet]. 2013 [consulta 21 julio 2018]; 31(3): 406-413. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/17500/15726>

⁹ Oliviera DMN, Nóbrega MML, Andrade LL, et al. Diagnoses, results and nursing interventions for the prostatectomized patient. J Nurs UFPE Enferm [Internet]. 2017 [consulta 21 julio 2018]; 11(11): 4455-62. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23493>

¹⁰ Tobpas E, Sokmen D, Sokmen BK, et al. The importance of medical and nursing care of the open prostatectomy-related vesico-cutaneous fistula. Int J of Urol Nurs [Internet]. 2017 [consulta 23 julio 2018]; 11(2): 118-122. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/ijun.12136>

algún lado y lo hizo por la piel en el sitio de la herida quirúrgica, lo cual pudo haber ocasionado también una infección, pero afortunadamente el problema se resolvió con éxito, pero se pudo evitar si se le hubiera proporcionado un cuidado adecuado a la persona y brindado la información desde su estancia en el hospital, además la persona manejó recién intervenido durante cuatro horas con dolor abdominal, lo cual no hubiera sucedido si hubiera recibido la información adecuada acerca de los cuidados después de la alta. Los autores del mencionado artículo hacen el hincapié en que, si el personal de enfermería practica la educación pre y postoperatoria, así, como, también una detección temprana de cualquier complicación, se pueden evitar tales problemas, como, el desarrollo de una fistula, infección del tracto urinario, infección del sitio de incisión, constipación y trombosis venosa profunda entre otros.

El crecimiento de la próstata muestra tener una elevada incidencia y prevalencia con el aumento de la edad en la población. Este crecimiento prostático se presenta de manera muy similar entre grupos étnicos distintos y áreas geográficas diferentes. De acuerdo con Reyes, el 50% de los individuos cursa con un crecimiento prostático significativo con la probabilidad de cirugía del 29% durante su vida. Durante el año 2005 IMSS registró y notificó 63 874 consultas por el crecimiento prostático¹¹.

Como se puede observar las cifras de incidencia del crecimiento benigno de la próstata son altas, por lo que es la importancia de trabajos como el presente para la enfermería. Mediante la elaboración y distribución de estudios de casos de este tipo, se puede lograr un intercambio de ideas y de esta forma enriquecer el conocimiento del personal de enfermería que labore en áreas quirúrgicas con este tipo de personas para brindar un cuidado especializado y de alta calidad.

La próstata es un órgano glandular del aparato genitourinario masculino que tiene forma de pirámide invertida y sus medidas normales son: 3 cm de longitud, 4 cm de ancho, 2 cm de espesor, con un peso de 18 a 25 gramos o 20 cc en varones menores de 45 años. Es la glándula sexual accesoria más grande en el hombre. Es un órgano de naturaleza fibromuscular en un 30% y glandular en el restante 70%.

¹¹ Reyes E. Hiperplasia Benigna Prostática. Rev.Med. de Costa Rica y Centroamerica [Internet]. 2013 [consulta 23 octubre 2017]; LXX (606): 269-272. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132m.pdf>

Contiene de 30 a 50 glándulas túbulo alveolares envueltas por estroma fibromuscular, músculo liso, colágeno y fibras de elastina. Los alveolos secretores dispuestos de forma irregular producen sus secreciones por las proyecciones papilares de la mucosa, y desembocan en 15 a 25 conductos excretores independientes¹².

La próstata se divide en dos lóbulos laterales por un surco central y el lóbulo medio.

La próstata está cubierta por una fina envoltura conocida como cápsula prostática que mide en promedio 5 mm de espesor y que define su límite. Macroscópicamente se divide en bilobular o trilobular¹³.

La próstata se divide en dos lóbulos laterales por un surco central y se pueden identificar principalmente tres tipos de células:

Células epiteliales secretoras: son cilíndricas, altas, bien diferenciadas y conectadas entre sí por moléculas de adhesión celular, con su base fija a la membrana basal a través de receptores de integrinas. Participan en la extrusión mecánica del líquido eyaculado bajo estimulación nerviosa¹⁴.

Células basales: son más pequeñas que las anteriores, menos abundantes, diferenciadas y se fijan sobre la membrana basal.

Células neuroendocrinas: se ubican entre el epitelio secretor y en los conductos de todas las porciones de la glándula, así como en la mucosa uretral prostática¹⁵.

Zonas de la próstata:

Zona de transición: representa el 5-10% del volumen prostático, formada de tejido glandular (zona de afectación de la hiperplasia benigna prostática).

Zona central: formada por el 25%, esta zona está rodeada por los conductos eyaculadores. Se encuentra debajo de la base de la vejiga.

¹² Sánchez HM. Manual práctico de urología. México: Cuellar Cayala; 2014. p. 74-75.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Ibidem.

Zona periférica: 70%, la mayor parte apical posterior y lateral de la glándula (70% de los cánceres de próstata se desarrollan en esta zona).

Estroma fibromuscular: va del cuello vesical al esfínter estriado de la uretra¹⁶.

Aporte arterial

El suministro de la próstata viene de la arteria vesical inferior, que en sí es una rama de la arteria iliaca interna. A medida que se acerca a la glándula prostática, se convierte en la arteria prostática. Ésta a continuación se divide en dos grupos principales, el grupo uretral y el grupo capsular.

Arterias uretrales

Las arterias uretrales penetran en la unión prostatovesical en posición posterolateral y viajan hacia el interior, perpendiculares a la uretra y se acercan al cuello de la vejiga en las posiciones 1 a 5 y 7 a 11 horas de la caratula del reloj, con las ramas de mayor calibre ubicadas en posición posterior¹⁷.

Arteria capsular

Es la segunda rama principal de la arteria prostática. La mayor parte de sus ramas corren posterolaterales a la próstata junto con el nervio cavernoso para formar el fascículo neuro vascular y termina en el diafragma pélvico urogenital.

Drenaje venoso

El drenaje venoso de la próstata es abundante a través del plexo periprostático de venas para el complejo venoso dorsal, de Santorini en posición superior y la vena vesical inferior a la vena hipogástrica. Estas dos a continuación drenan hacia la vena iliaca interna. El complejo venoso dorsal yace sobre la cara anterior de la próstata¹⁸.

Drenaje linfático

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ Sánchez HM. Manual práctico de urología. México: Cuellar Cayala; 2014. p. 75-76.

El drenaje linfático es paralelo al de las venas. Por lo tanto, para la próstata, esto es hacia los ganglios obturadores e hipogástricos, y después hacia adelante, a los ganglios ilíacos internos y aórticos. Una pequeña porción de drenaje puede pasar inicialmente a través del grupo presacral y con menor frecuencia, los linfáticos ilíacos.

Inervación de la próstata

Inervación simpática y parasimpática de la próstata es dada por el plexo pélvico que viaja a la próstata a través del nervio cavernoso, el cual es el principal nervio del cual depende la función eréctil. Los nervios siguen las ramas de la arteria capsular. Los nervios parasimpáticos promueven la secreción, al igual que las fibras parasimpáticas provocan la contracción del músculo liso de la cápsula y del estroma. El fascículo neuro vascular macroscópico que está situado entre las fascias endopélvicas y prostática, corre a lo largo de la cara posterolateral de la próstata hasta que entra en el diafragma urogenital¹⁹.

Funciones de la próstata

La próstata tiene como función ayudar al control urinario mediante la presión directa contra la parte de la uretra que rodea, además de producir una secreción líquida que forma parte del semen. Este líquido lechoso alcalino que contiene ácido cítrico, calcio, fosfatasa ácida y fibrolisina, la que es responsable de la licuefacción del semen, entre otras enzimas y lípidos.

La glándula prostática produce un antígeno específico de la próstata, ácido cítrico, fibrinógeno, espermina, zinc, magnesio²⁰.

La acción alfa-adrenérgica estimula la secreción prostática hacia la porción ampular del conducto deferente y a la uretra posterior. Esta misma estimulación alfa-adrenérgica es responsable de cerrar el cuello vesical durante la eyaculación. La próstata proporciona el 30% de líquido del semen, y un 60% proviene de las vesículas seminales²¹.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Ibidem.

²¹ Ibidem.

La hiperplasia benigna prostática, hablando histológicamente, es un aumento de la glándula prostática progresivo a partir de la hiperplasia de sus células y el estroma. El tamaño de la glándula aumenta y lo que hace es obstruir el flujo urinario lo que produce unos síntomas en el tracto urinario inferior, como la retención de orina, por ejemplo²².

La prevalencia de hiperplasia prostática comienza a desarrollarse a partir de los 30 años, aumentando con la edad de manera lineal desde los 45 años y suele presentarse en adultos mayores después de los 60 a 65 años²³.

²² Reyes E. Hiperplasia Benigna prostática. Rev Med de Costa Rica y Centroamérica [Internet] 2013 [Consulta 23 octubre 2017]; LXX (606): 269-272. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132m.pdf>

²³ Ibidem.

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Conceptualización De Enfermería

La OMS define a la enfermería como “una atención autónoma y en colaboración dirigida a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”²⁴. Andrade conceptualiza a enfermería como una disciplina profesional que se encuentra enfocada en proporcionar cuidado a todas las personas que lo necesiten. Koziar al hablar de enfermería remarca que son todas esas acciones que son realizadas con el único objeto de proporcionar cuidados a la persona. Henderson, al definir a la enfermería enfatiza en que es “una ayuda al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o a tener una muerte tranquila”²⁵.

Podemos ver que, aunque algunas palabras pueden cambiar o situarse en orden distinto, todas las definiciones mencionadas muestran la esencia de la enfermería como lo es el cuidado.

Mijangos²⁶ menciona que, para poder proporcionar un cuidado de calidad, este no se puede limitarse únicamente a la aplicación correcta de una técnica o procedimiento. Según la autora antes mencionada, el cuidado debe ser holístico y eso significa que la persona va a ser atendida en aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales, al igual como la relación con su entorno.

Probablemente suena simple “proporcionar cuidados”, pero para brindar unos cuidados que sean realmente eficaces, efectivos y oportunos se debe tomar en cuenta al individuo como un ser extremadamente complejo, ya que se encuentra integrado por un “yo físico”, lo que es su estructura anatómico funcional, un “yo

²⁴ OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2017. [citado 5 de abr 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

²⁵ Galvis MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Rev Cuid [Internet]. 2015 [Consulta 28 octubre 2017]; 6(2): 1108-1120. Disponible en: https://drive.google.com/drive/folders/0B_cfrEdiNwoUXdUZ3Y1VVZwNzQ

²⁶ Mijangos-Fuentes KI. El paradigma holístico de la Enfermería. Salud y Administración [Internet]. 2014 [Consulta 28 octubre 2017]; 1 (2): 17-22 Disponible en: http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol1num2/A3_Paradigma_Holistico.pdf

psíquico”, lo que engloba las emociones, intelecto y el espíritu, y un “yo social”, lo que lo hace ser integrante de una comunidad y eso influye en el rol que desempeña. Para desempeñar bien la profesión de enfermería, o, mejor dicho, para proporcionar unos buenos cuidados se debe tomar en cuenta cada una de las áreas de las que se conforma un ser humano y aquí es donde el profesional de enfermería se va a tener que enfrentar a una serie de dificultades que pueden llegar a ser de carácter ético, moral o inclusive que pongan a prueba sus conocimientos y habilidades como de la misma disciplina.

4.2 Paradigmas

Para aclarar aún más la esencia de la enfermería es fundamental mencionar ciertos conceptos básicos y hablar de algunos paradigmas que fueron determinantes en la formación y solidificación de bases teóricas de esta profesión.

Al hablar de enfermería se debe de recurrir a la descripción de los paradigmas que tuvieron una gran influencia sobre las concepciones de esta disciplina, los cuales Kerouac define como “corrientes de pensamiento y maneras de ver y comprender el mundo que influyen en el desarrollo del saber y de la habilidad en el seno de las disciplinas”.^{27,28}

El primer paradigma es el de la categorización y se trata básicamente de la causa y el efecto que produce ésta, ya que su principal pensamiento en el área de la salud va dirigido hacia la búsqueda del causante protagonista de la enfermedad. Según este paradigma los fenómenos se pueden clasificar en grupos definidos y el cambio en un fenómeno es la consecuencia de sucesos o condiciones previas. Por eso es por lo que el paradigma de categorización habla de la causa y el efecto, ya que esos grupos definidos considerados también como “elementos o manifestaciones simplificables conservan entre sí las relaciones lineales y causales”²⁹.

²⁷ Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. La pensée Infirmière. España: Cheneliere Education; 2017. p. 2-17.

²⁸ Ferrer CO, Pera PI. El modelo Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros. Rev Rol Enf [Internet]. 2015 [Consulta 28 octubre 2017]; 38 (2): 123-128. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65766/1/647485.pdf>

²⁹ Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. La pensée Infirmière. España: Cheneliere Education; 2017. p. 15-17.

En la enfermería existen principalmente dos orientaciones que surgen del paradigma de categorización: orientación enfocada en la salud pública y orientación enfocada en la enfermedad, la que se encuentra estrechamente relacionada con la práctica médica. El paradigma de categorización es la base de la teoría de Nightingale en la cual ella habla acerca de la importancia del entorno y como ese entorno debería de ser manipulado y controlado³⁰.

El segundo paradigma es el de la integración. Este paradigma explica acerca de la importancia de la situación y condiciones en las que está pasando cierto fenómeno. Se podría decir que es como la continuación del paradigma de categorización, pero aquí los fenómenos no solamente se van a categorizar y trazar una relación lineal y causal entre sus elementos y manifestaciones, sino que en este caso también va a exponer la importancia de las circunstancias en las que va a aparecer el dicho fenómeno y de ello depende su evolución. Este paradigma ha colaborado para un enfoque enfermero hacia la persona³¹.

Según esta corriente el cuidado se va a realizar tomando en cuenta a la persona como un ser físico, mental y social. Éste cuidado va a consistir en detectar las necesidades insatisfechas de la persona, de hecho, la teoría de Virginia Henderson ha sido influenciada por el paradigma de la integración. La persona en este paradigma es vista como un ser biológico, psicológico, sociológico, cultural y espiritual, en otras palabras, el individuo es percibido como un ser holístico y en base a eso se le proporcionan los cuidados necesarios. Salud según este enfoque en la persona se encuentra “en interacción dinámica” con la enfermedad y la salud ideal “está influenciada por el contexto en el que la persona vive”. Y, por último, según el paradigma de la integración con la orientación hacia la persona, el entorno en el que vive la persona se conforma de varios contextos y de esos depende qué tipo de estímulos “positivos o negativos” va a recibir la persona y como consecuencia se va a obtener un cierto tipo de “reacción de adaptación” por parte del individuo³².

³⁰ Ibidem.

³¹ Ibidem.

³² Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. La pensée Infirmière. España: Cheneliere Education; 2017. p. 10-12.

El tercer paradigma y el último propuesto por Kerouac es el de transformación. Este paradigma se considera el más innovador y transformador de todos, así como lo dice su nombre. Éste consiste en un cambio “continuo, simultáneo, recíproco y de interacción de los fenómenos”. Aquí el fenómeno es “único, complejo y global”. El paradigma de transformación ha sido una corriente que abrió nuevos horizontes a la profesión de la enfermería en una dimensión mundial. Este paradigma es la apertura de enfermería hacia el mundo³³.

Dentro de este paradigma los cuidados de enfermería se podrían describir como una relación enfermera-paciente de la cual salen beneficiadas ambas partes. La enfermera acompaña a la persona en “sus experiencias de salud” viendo las posibilidades de aumentar el potencial de esa persona y al mismo tiempo, durante ese proceso, incrementa el suyo. El concepto de la persona según este paradigma se define como un ser que se encuentra en constante evolución e interacción con un universo también cambiante y es un ser único e irrepetible³⁴.

La salud también es un “valor y experiencia” cambiante durante la vida de la persona que está en constante interacción con la enfermedad, ya que según Kerouac “la experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de la salud” y ésta última también se considera como el bienestar y la posibilidad de exploración del potencial máximo de la persona. En cuanto al entorno, éste es cambiante, en constante interacción con la persona, se encuentra aparte de la persona y está formado por una parte del universo el cual también lo conforma el individuo³⁵.

4.3 Teoría de enfermería

A principios del siglo XX la enfermería no estaba ni como disciplina académica, ni como profesión, sin embargo, los logros obtenidos desde entonces habían contribuido al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas³⁶.

³³ Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. La pensée Infirmière. España: Cheneliere Education; 2017. p. 2-17.

³⁴ Ibidem.

³⁵ Ibidem. .

³⁶ Ibidem.

La importancia de la teoría para la enfermería como disciplina consiste en que la disciplina depende de la teoría para seguir existiendo y los trabajos teóricos han llevado a la enfermería a niveles superiores de educación y práctica, por lo que el énfasis ha cambiado de un enfoque funcional donde la importancia se centraba en la forma en la que funcionaban las enfermeras a un enfoque dirigido a conocer que es lo que saben y como utilizan esos conocimientos para guiar su toma de decisiones y su actuar con la persona.

La importancia de la teoría en la enfermería como profesión es crucial para que esta siga generando conocimiento nuevo. A medida que las enfermeras crecen en su estatus profesional el uso del conocimiento les sirve para ser reconocidas por sus contribuciones a la asistencia sanitaria de la sociedad³⁷.

La teoría de enfermería surge a raíz de que las enfermeras empezaron a buscar más educación superior, por lo que a la par, surgió una etapa de énfasis en la investigación, la cual fue el antecedente natural que dio lugar al surgimiento de la teoría en enfermería.

Así, el desarrollo de la teoría de enfermería se originó como producto de la enseñanza y el crecimiento profesional entre los representantes de la enfermería y otras áreas profesionales, quienes trabajaron para establecer una base científica sólida para la enfermería. Un trabajo que se clasifica como una teoría de enfermería se desarrolla a partir de cierto marco conceptual, sin embargo, su cometido es que sea más específico en algún aspecto o ámbito concreto de la práctica enfermera³⁸.

4.3.1 Teoría de Virginia Henderson

La teoría de Virginia Henderson está basada en el paradigma de la integración que proviene de la escuela de las necesidades. Esa escuela habla acerca de las teorías de las necesidades del individuo y el desarrollo humano en general para poder conceptualizar a la persona³⁹.

³⁷ Ibidem

³⁸ Ibidem

³⁹ Ibidem

Según Kozier, Virginia Henderson afirma sobre la importancia de la relación entre la persona y el entorno en el proceso salud-enfermedad y también remarca que la enfermera debe de acompañar a la persona no solamente cuando ésta se encuentre enferma, sino también cuando este sana y que debe participar de manera activa en la enseñanza del paciente y su familia, al igual que debe brindar apoyo en situaciones cuando la curación de la enfermedad no es viable, es decir, en los pacientes terminales⁴⁰.

Según Andrade⁴¹, los valores científicos de este modelo son:

- 1) “La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
- 2) La persona desea la independencia y se esfuerza por conseguirla.
- 3) Cuando alguna necesidad no está satisfecha, la persona no es un todo independiente”.

El metaparadigma de la teoría de Virginia Henderson incluye cuatro conceptos: el de la persona, entorno, enfermería y de la salud.

A la persona la describe como “un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial”, a lo que se refiere a la independencia⁴².

El entorno para Henderson es “conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo. Incluye factores intrínsecos y extrínsecos de la persona, incluyendo a la familia”⁴³.

A la enfermería la conceptualiza como “un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas”⁴⁴.

⁴⁰ Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Pearson Prentice Hall; 2013. p. 43-44.

⁴¹ Andrade RM y López JT. Proceso de atención de enfermería. México: Trillas; 2014. p.122.

⁴² Ibidem.

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ Ibidem.

La salud para Virginia Henderson es “la satisfacción adecuada de las catorce necesidades básicas, bien sea mediante acciones llevadas a cabo por la persona, o cuando ello no es posible, mediante acciones realizadas por otros”⁴⁵.

Básicamente Virginia Henderson promueve el desarrollo máximo de la independencia de las personas. Por eso ella propone en su teoría conceptos claves, tales como las necesidades básicas, ella describe que son en total catorce, la independencia, la dependencia, las manifestaciones de la independencia y dependencia, las cuales incluyen datos objetivos y subjetivos, la autonomía y el agente de autonomía asistida⁴⁶.

Basándose en el concepto de la salud descrito por Virginia Henderson, se refiere a la independencia de la persona como a la capacidad de esta persona de satisfacer todas sus necesidades básicas de acuerdo con su contexto, como “la edad, sexo, vida y salud”⁴⁷.

La dependencia, en este caso, va a ser todo lo contrario, es decir, que es la incapacidad de la persona de satisfacer sus necesidades básicas.

Las manifestaciones tanto de independencia como de dependencia pueden ser de tipo objetivo, como aquellas que son comprobables y medibles y subjetivo como aquellas observaciones comunicadas por la persona acerca de su sentir.

El concepto de autonomía que propone Henderson básicamente es el mismo que la definición de la independencia y habla acerca de la capacidad de la persona tanto “física” como “psíquica” de satisfacer sus necesidades básicas por sí misma. Y cuando existe alguien que requiere de ayuda de una enfermera porque carece de autonomía, a esa persona se le nombra agente de autonomía asistida. La suplencia para satisfacer las necesidades básicas de la persona puede ser parcial o total y “la fuente de dificultad” para realizar acciones encaminadas a tal satisfacción según Henderson puede ser distinta: “por falta de conocimiento, por falta de fuerza y por falta de voluntad”⁴⁸.

⁴⁵ Andrade RM y López JT. Proceso de atención de enfermería. México: Trillas; 2014. p. 123-127.

⁴⁶ *Ibidem*.

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ *Ibidem*.

A continuación, se describen las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson:

Necesidad	Significado	Ejemplos a datos por valorar
Oxigenación	Respirar normalmente	Tipo de respiración, hábito tabáquico, dificultades o limitaciones relacionadas con la respiración, causas a las que las atribuye, recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad.
Nutrición e hidratación	Comer y beber adecuadamente	Ingesta diaria de sólidos y líquidos, sentido que le da a la comida, limitaciones dietéticas, gustos y preferencias, dificultades o limitaciones para comer y beber, causas a las que las atribuye.
Eliminación	Eliminar por todas las vías corporales	Frecuencia y características de eliminación urinaria y fecal, hábitos relacionados con ellas, frecuencia y características de la menstruación, características de la sudoración.
Moverse y mantener buena postura	Moverse y mantener posturas adecuadas	Grado de actividad en la vida cotidiana, ejercicio físico habitual, postura que adopta habitualmente, dificultades o limitaciones para moverse o mantener posturas adecuadas.

Descanso y sueño	Descansar y dormir	Patrón habitual de sueño: número de horas, distribución, calidad del sueño, patrón habitual de descanso, hábitos relacionados con el sueño y descanso, dificultades y limitaciones para dormir y descansar
Usar prendas de vestir adecuadas	Escoger la ropa adecuada; vestirse y desvestirse	Adecuación y comodidad de la ropa y calzado que usa habitualmente, prendas u objetos que quiera llevar siempre y significado que les atribuye, dificultades y limitaciones para elegir la ropa, vestirse o desvestirse.
Termorregulación	Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente	Exposición habitual a ambientes extremadamente fríos o calurosos, dificultades o limitaciones para adaptarse a los cambios de temperatura.
Higiene y protección de la piel	Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	Hábitos de higiene: corporal, bucal, uñas, cabellos, etc.; dificultades y limitaciones para mantener la higiene y la integridad de la piel.
Seguridad	Evitar peligros ambientales y evitar	Medidas sanitarias preventivas habituales, automedicación, seguimiento de la terapéutica

	lesionar a otras personas	prescrita, medidas de seguridad personales y ambientales, habituales, consumo de drogas, percepción de su imagen corporal.
Comunicación	Comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores, necesidades u opiniones	Capacidad para expresar sus sentimientos y emociones y forma habitual de hacerlo, personas de confianza con quienes compartir sentimientos y emociones, disponibilidad de esas personas en el momento actual, relaciones sexuales y grado de satisfacción con ellas.
Vivir sus creencias y valores	Vivir de acuerdo con propios valores y creencias	Influencias de los valores y creencias en su vida cotidiana y en sus cuidados de salud, prácticas habituales que le ayudan a mantener los valores y creencias.
Trabajar y realizarse	Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal	Roles que desempeña; dificultades o limitaciones para llevar a cabo las actividades que requieren los distintos roles.
Recreación	Participar en actividades recreativas	Pasatiempos o distracciones habituales, dificultades o limitaciones para dedicarse.
Aprendizaje	Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a	Conocimientos sobre sus cuidados de salud; conocimientos que cree necesarios o que desea aprender para cuidar su salud; forma en que

	utilizar los recursos disponibles	le resulta más fácil aprender; dificultades o limitaciones para aprender.
--	-----------------------------------	---

Entre los postulados que sostienen la teoría de Virginia Henderson se encuentra el de la idea acerca de que una persona sana o enferma es un todo completo, con catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápido posible⁴⁹.

Existen seis grados de dependencia:

1. La persona responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable que le permite asegurar homeostasis física y psicológica.
2. La persona utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén.
3. La persona debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe de hacer, y controlar si lo hace bien, debe ser asistido, aunque sea ligeramente.
4. La persona necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén o una prótesis⁵⁰.
5. La persona debe contar con alguien para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades, pero puede colaborar de algún modo.
6. La persona debe confiarse enteramente a otro para poder satisfacer sus necesidades⁵¹.

Una persona sana es capaz de cubrir todas sus necesidades básicas, pero cuando no es así, según Virginia Henderson, existen las siguientes fuentes de dificultad que impiden al individuo lograr su independencia y son: falta de fuerza, falta de voluntad o falta de conocimiento⁵².

⁴⁹ Galvis López MA. Teorías y modelos de enfermería usados en enfermería psiquiátrica. Rev Cuid [Internet]. 2015 [Consulta 24 junio 2018]; 6 (2): 1108-20. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/172/454>

⁵⁰ Alvarado Pacheco P, Cruz Jiménez M. Proceso de atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. Enfermería Universitaria [Internet]. 2013 [Consulta 24 junio 2018]; 10 (3): 105-111. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-proceso-atencion-enfermeria-una-adolescente-S1665706313726368>

⁵¹ Ibidem.

⁵² Andrade RM y López JT. Proceso de atención de enfermería. México: Trillas; 2014. p. 126-127.

La falta de fuerza se refiere a la incapacidad suficiente física o psíquica para realizar acciones encaminadas a cubrir una u otra necesidad. La falta de voluntad se trata de que la persona se encuentra negada a llevar a cabo actividades que satisfagan sus necesidades y la falta de conocimiento es que el individuo no cuenta con la información necesaria para retribuir a la satisfacción de sus necesidades⁵³.

El rol de enfermería según Virginia Henderson es de suplencia-ayuda. Para ella suplir significa hacer por el individuo aquello que el mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos⁵⁴.

Existen tres niveles en la relación enfermera-persona y estos son: la enfermera como sustituta, enfermera ayudante y enfermera educadora. La enfermera como sustituta aplica en casos cuando la persona padece de una enfermedad grave y el personal de enfermería cumple el rol del sustituto de las carencias de esta persona debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento⁵⁵.

La relación de enfermera ayudante de la persona se da durante los periodos de convalecencia y la enfermera ayuda al individuo a recuperar su independencia. Cuando la enfermera cumple el papel de compañera-educadora, ella supervisa y educa a la persona, pero no realiza su cuidado⁵⁶.

Para poder satisfacer las necesidades alteradas de las personas el personal de enfermería ejecuta intervenciones. Estas pueden ser de tres tipos: las intervenciones independientes, intervenciones dependientes e intervenciones conjuntas⁵⁷.

Las intervenciones independientes son aquellas actividades que los profesionales de enfermería que están basadas y autorizadas por su conocimiento y habilidades. Comprenden la asistencia física, la evaluación continua, el apoyo y bienestar emocional, la educación, el asesoramiento, la gestión del ambiente y las remisiones

⁵³ Ibidem.

⁵⁴ Ibidem.

⁵⁵ Ibidem.

⁵⁶ Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Pearson Prentice Hall; 2013. p. 223-225.

⁵⁷ Ibidem.

a otros profesionales de la salud. Son básicamente las acciones que los profesionales de enfermería realizan de manera autónoma y determina que la persona requiere ciertas intervenciones y es responsable de la decisión y de la acción⁵⁸.

Las intervenciones dependientes son actividades realizadas bajo las órdenes o la supervisión del médico. Las órdenes del médico dirigen por lo general al personal de enfermería para que administre medicamentos, tratamiento intravenoso, pruebas diagnósticas, tratamientos, dieta y actividad. El profesional de enfermería es responsable de la valoración de la necesidad de las órdenes médicas, de su explicación y de su administración⁵⁹.

Las intervenciones conjuntas son aquellas que el profesional de enfermería realiza en colaboración con otros miembros del equipo sanitario, como los fisioterapeutas, los asistentes sociales, los dietistas y los médicos⁶⁰.

4.4 Teorías de otras disciplinas

LA TEORÍA HUMANISTA DE MASLOW

La teoría humanista fue creada por Abraham Maslow, la cual consiste en la psicología del “ser” y no del “tener”. Esta teoría toma en cuenta la ética, la individualidad y los valores espirituales del hombre. El hombre es visto como un ser creativo, libre y consciente⁶¹.

La teoría propone un aprendizaje totalmente natural y vivencial y define el proceso de aprendizaje como algo que modifica la percepción de la realidad de los individuos y deriva de la reorganización del “yo”⁶².

⁵⁸ Andrade RM y López JT. Proceso de atención de enfermería. México: Trillas; 2014. p. 100-101.

⁵⁹ Ibidem.

⁶⁰ Ibidem.

⁶¹ Henao Osorio MC. Del surgimiento de la psicología humanística a la psicología humanista-existencial de hoy. Revista Colombiana de Ciencias Sociales. 2013; 4 (1): 83-100.

⁶² Ibidem

Maslow afirma en su teoría que el mejor aprendizaje se logra únicamente en la práctica cuando el estudiante se enfrenta a problemas prácticos y este proceso se da con más facilidad en el momento en que el alumno formula sus problemas, descubre los recursos para resolverlos y asume las consecuencias de sus elecciones⁶³.

Maslow también realizó una jerarquía de necesidades básicas del hombre. Estas necesidades básicas, una vez satisfechas, ya no se toman en cuenta y el enfoque recae en otras que no están satisfechas y se encuentran relacionadas con el sentimiento a uno mismo y al entorno.

El escalón básico de Maslow es el de las necesidades fisiológicas, hambre y sed. Cuando el ser humano tiene ya cubiertas estas necesidades, entonces empieza a preocuparse por la seguridad de que las va a seguir teniendo cubiertas en el futuro y por la seguridad frente a cualquier daño. Una vez que el individuo se siente físicamente seguro, empieza a buscar la aceptación social, quiere identificarse y compartir las aficiones de un grupo social y quiere que este grupo lo acepte como miembro. Cuando el individuo está integrado en grupos sociales empieza a sentir la necesidad de obtener prestigio, éxito y alabanza de los demás. Finalmente, los individuos que tienen cubiertos todos estos escalones llegan a la culminación y desean sentir que están dando de sí todo lo que pueden o desean crear⁶⁴.

4.5 Proceso de enfermería

Antecedentes

Cuando se originó el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) éste tenía solo tres etapas y fue cuando resultó ser aceptado como realmente un proceso “en el año 1955 con Hall, en 1959 con Jhonson, en 1961 con Orlando y en 1963 con Wiedenbach”. Más adelante aumentaron las etapas del éste proceso a cuatro: “valoración, planificación, realización y evaluación”, con Yura y Walsh en 1967. Las

⁶³ Ibidem

⁶⁴ Ibidem

cinco etapas que conforman actualmente el PAE fueron establecidas por “Bloch en 1974, por Roy en 1975 y por Aspinall en 1976. La etapa del diagnóstico fue implementada al proceso de atención de enfermería en 1973 en la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería”⁶⁵.

En México, en los años setenta se publicó el primer libro sobre el PAE, ya que la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería llegó a la conclusión que es sumamente importante y necesario implementar en la enseñanza “cambios que favorecieran e impulsaran el pensamiento reflexivo, ordenado y analista” para poder enseñar a las futuras enfermeras a brindar una atención de calidad y para que los cuidados se basen en “la metodología científica”⁶⁶.

Al principio el PAE se enseñaba con cuatro etapas, la etapa del diagnóstico se llamaba el problema antes de convertirse en lo que es un verdadero diagnóstico a partir de los años ochenta, al igual como se implementaron en la misma década “las taxonomías de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC, por sus siglas en inglés) y de la clasificación de resultados de enfermería (NOC, por sus siglas en inglés)”⁶⁷.

A partir del año 2000 este método de atención fue implementado en el Instituto Mexicano del Seguro Social y hasta la fecha se sigue utilizando capacitando continuamente a su personal de enfermería. Éste mismo plan también es utilizado en las instituciones de la Secretaría de Salud para la elaboración de los planes de cuidados de enfermería (PLACE) y ha sido apoyado su aplicación en todas las unidades médicas “por el Sistema integral de la calidad en salud a través de la Comisión Permanente de Enfermería”⁶⁸.

Utilidad

El PAE en la actualidad es utilizado para brindar una atención de calidad y basada en la evidencia científica y se ha vuelto una metodología fundamental para la

⁶⁵ Andrade RM y López JT. Proceso de atención de enfermería. México: Trillas; 2014. p.55-57.

⁶⁶ *Ibidem*

⁶⁷ *Ibidem*

⁶⁸ *Ibidem*

planeación de los cuidados en las unidades médicas. La evidencia científica que se emplea para la formulación de esos cuidados está totalmente estandarizada y el método racional y sistematizado, lo que lo convierte en una herramienta práctica que ofrece precisión a la hora de desempeñar el rol enfermero⁶⁹.

Además, como metodología de cualquier profesión ésta con el paso del tiempo sufre cambios y evoluciona gracias a su constante aplicación y observación de resultados obtenidos empleando las habilidades críticas de los profesionales de enfermería lo que permite implementar cuidados cada vez más innovadores, alcanzando metas nuevas y de esta manera poder proporcionar una atención de mayor precisión y un método perfeccionado.

Definición

De acuerdo con Kozier⁷⁰ el PAE es “un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería” cuyo objetivo es “identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades”. Es un proceso cíclico y lógico y al finalizar el primer ciclo se observan los resultados los cuales son evaluados para valorar si el plan de asistencia necesita ser modificado o no.

Fases del proceso de enfermería

El PAE se conforma de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Valoración: es la primera fase y consiste en la recolección y organización de los datos de la persona, familia y entorno y se consideran la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

⁶⁹ Gonzales MG y Monroy A. Proceso enfermero de tercera generación. Enfermería universitaria. 2016; 13 (2): 124-129.

⁷⁰ Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Pearson Prentice Hall; 2013. p.176-179.

La recolección de datos consiste en la obtención de la historia de salud y estado global de la persona través de diversas fuentes y técnicas⁷¹.

Fuentes de los datos:

- Primaria: es el individuo mismo.
- Secundaria: familia, personas cercanas a su entorno próximo, equipo de salud, expediente, datos de la vivienda.

Tipos de datos:

- Datos subjetivos: se refieren a la percepción de la persona con respecto a su estado de salud y a su forma de expresar o responder ante los problemas o preocupaciones que tiene.
- Datos objetivos: son aquellos susceptibles de ser observados y medibles por el profesional de la salud; se obtienen durante la entrevista, observación y el examen físico.
- Datos de antecedentes: se refieren a situaciones de salud o enfermedades ocurridas con anterioridad.
- Datos actuales: comprenden hechos que están ocurriendo en el momento presente⁷².

La entrevista es la técnica empleada principalmente para la obtención de los datos subjetivos. Permite obtener información acerca de la persona, familia en cuanto a sus problemas y preocupaciones de la salud.

La observación comprende la utilización de todos los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) para captar la información de manera general.

El examen físico se realiza a través del uso de ciertas técnicas, con la finalidad de obtener información para descubrir y determinar las respuestas a los procesos

⁷¹ Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Pearson Prentice Hall; 2013. p.175-186.

⁷² Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Pearson Prentice Hall; 2013. p.180-182.

vitales de la persona, como también para detectar problemas reales y potenciales y confirmar, objetivamente, los datos subjetivos obtenidos en la entrevista, interrogatorio o de otras fuentes.

Existen cuatro tipos de valoración: valoración inicial, valoración centrada en el problema, valoración urgente y revaloración al cabo de un tiempo.

La valoración inicial se realiza en el momento especificado después del ingreso en una institución sanitaria y se hace con el objetivo de establecer una base de datos completa para la identificación del problema, referencias y futuras comparaciones⁷³.

La valoración centrada en el problema es un proceso continuo integrado en la asistencia de enfermería y se enfoca en determinar el estado de un problema identificado en la primera valoración⁷⁴.

La valoración urgente se implementa durante una crisis fisiológica o psicológica de la persona y se centra en identificar problemas peligrosos para la vida y en prever problemas nuevos o descubrir aquellos que se pasaron por alto⁷⁵.

La revaloración al cabo de un tiempo se lleva a cabo varios meses después de la valoración inicial con el objetivo de comparar el estado actual de la persona con los datos basales obtenidos antes⁷⁶.

Cuando se trata de validar los datos obtenidos, significa que se va a asegurar de que los datos que se recabaron son reales y se debe hacer tanto de los datos objetivos como de los subjetivos⁷⁷.

Después sigue la organización de los datos y dentro de esta fase se lleva a cabo el ordenamiento de los datos y al final se realiza el registro de los datos.

Diagnóstico de enfermería: “es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería”⁷⁸.

⁷³ Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Pearson Prentice Hall; 2013. p.180.

⁷⁴ Ibidem

⁷⁵ Ibidem

⁷⁶ Ibidem

⁷⁷ Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Pearson Prentice Hall; 2013. p.191

⁷⁸ Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Pearson Prentice Hall; 2013. p.196.

Existen cinco tipos de diagnósticos para formular los diagnósticos de enfermería.

- “Diagnóstico real. Es un problema de la persona que está presente en el momento de la valoración de enfermería.
- Diagnóstico de riesgo. Es un juicio clínico de que un problema no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que un problema aparezca a no ser que el profesional de enfermería intervenga.
- Diagnóstico de bienestar. Describe las respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad que están preparadas para su fomento.
- Diagnóstico de enfermería posible. Es uno en el que las pruebas sobre la existencia de un problema de salud son incompletas o no están claras.
- Diagnóstico sindrómico. Es un diagnóstico que se asocia a un grupo de otros diagnósticos. En la actualidad hay seis diagnósticos sindrómicos en la lista internacional de la NANDA”⁷⁹.

En este estudio de caso para la formulación de los diagnósticos reales en enfermería se utilizó la estructura del enunciado con el formato PES, que engloba los siguientes términos:

P – problema.

E – etiología, factores causales o contribuyentes.

S – signos y síntomas (características definitorias) evidentes en el paciente.

Para formular un diagnóstico real en enfermería, se debe unir el problema real con su etiología usando palabras “relacionado con”, añadiendo “manifestado por” y escribir los signos y síntomas mayores que validen la existencia de ese diagnóstico⁸⁰.

⁷⁹ Ibidem.

⁸⁰ Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Pearson Prentice Hall; 2013. p. 202-203

Planificación: se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud. En el proceso de elaboración de los planes de asistencia para el paciente, el profesional de enfermería participa en las siguientes actividades.

- Establecimiento de prioridades: el profesional de enfermería comienza la planificación decidiendo qué diagnósticos de enfermería exigen primero atención, cuáles en segundo lugar y así sucesivamente.
- Fijación de objetivos/resultados deseados: estos describen lo que el profesional de enfermería espera conseguir poniendo en práctica las intervenciones de enfermería.
- Selección de intervenciones de enfermería: las intervenciones y actividades de enfermería son las acciones que un profesional de enfermería realiza para conseguir los objetivos del paciente. Las intervenciones específicas elegidas deben centrarse en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico de enfermería, que es la segunda cláusula de la declaración diagnóstica.
- Redacción de intervenciones de enfermería individualizadas en los planes de asistencia: tras escoger las intervenciones adecuadas, el profesional de enfermería las escribe en el plan de asistencia.

Ejecución: es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. La ejecución consiste en la realización y registro de las actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones.

Evaluación: comparar las respuestas de la persona y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos es la quinta y la última fase del proceso de enfermería. La evaluación es una acción planificada, continua y con un fin en el que los pacientes y los profesionales sanitarios determinan:

- el progreso de la persona hacia la consecución de objetivos/resultados y

- la eficacia del plan de asistencia de enfermería.

La evaluación es un aspecto importante del proceso de enfermería porque las conclusiones extraídas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben terminarse, continuarse o cambiarse.

Plan de alta

La responsabilidad del profesional de enfermería es proporcionar capacitación, generar confianza y seguridad a la persona, de esta manera se favorece la calidad del cuidado. Por eso es importante enseñar y motivar a las personas y sus familiares para llevar a cabo el autocuidado. Por estas razones se proporciona un plan de alta, el cual consiste en una serie de recomendaciones que se le dan a la persona en forma oral y escrita, de tal manera que sean comprendidas completamente, una vez que el médico ha notificado el alta y se han llevado a cabo los trámites previos a esta.

Cabe destacar que las indicaciones, tanto orales, como las escritas, deben ser comprensibles y claras por parte del profesional de enfermería, verificando siempre la forma de cómo ha sido captado el mensaje por la persona y/o cuidador⁸¹.

Una de las herramientas por medio de la cual una enfermera puede desempeñar su labor es el estudio de caso, ya que al analizar un caso clínico se puede conocer y comprender qué intervenciones de enfermería en el área perioperatoria se deben realizar por su efectividad o cuáles tienen que ser modificadas o eliminadas por su deficiente éxito en los resultados obtenidos en las personas de unas u otras características, dependiendo del caso que se haya elegido para el estudio.

⁸¹ Nava Galán MG. Plan de alta continuidad del cuidado en la consultoría de enfermería neurológica. Enf Neurol Mex [Internet]. 2013.[consulta 25 junio 2018]; 12 (1): 40-44. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene131g.pdf>

V. METODOLOGÍA

5.1 Estrategia de Investigación: Estudio De Caso

Para la realización del presente estudio de caso fue fundamental la utilización del método del proceso enfermero.

Antes de proceder con la valoración se le pidió consentimiento al señor JL para poder llevar a cabo el proceso de atención de enfermería presentándole un consentimiento informado por escrito en dónde se le explicaba con detalle en qué consistía exactamente el estudio de su caso, al igual que se aseguró una discreción total y la no divulgación de sus datos personales, el cual firmó y se encontró de acuerdo con la realización de este. Se anexa consentimiento informado firmado por la persona.

Primero se llevó a cabo la recolección de datos de fuente primaria, es decir, la información proporcionada por el señor JL por medio de entrevista guiada con el instrumento de valoración de necesidades básicas de Virginia Henderson y para una evaluación completa de enfermería se realizó el examen físico con la ayuda del instrumento de valoración mencionado anteriormente. Se realizó una valoración inicial y focalizadas en el preoperatorio mediato, transoperatorio y postoperatorio mediato, con una duración aproximada de 30-50 minutos cada una; las fuentes secundarias consistieron en la revisión del expediente clínico de la persona.

Para llevar a cabo la valoración durante el postoperatorio mediato se realizó una visita al señor JL al día siguiente, aproximadamente 30 horas después del procedimiento quirúrgico y se llevó a cabo la valoración de enfermería con la ayuda del instrumento basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson. La valoración se complementó con otras herramientas como: la escala de Crichton, Braden, Glasgow y la escala visual análoga (EVA).

Posteriormente a la valoración se formularon diagnósticos de enfermería con base a la información obtenida, utilizando el formato PES. Para el diseño y elaboración de las intervenciones de enfermería se identificaron las necesidades no cubiertas

por el señor JL o las que se encontraban en riesgo y posteriormente se jerarquizaron de acuerdo con la urgencia de la resolución de los problemas encontrados.

Se realizó un plan de acción y éste se llevó a cabo mediante las intervenciones de enfermería basadas en evidencia científica y posteriormente se realizó la evaluación de las intervenciones ejecutadas.

Se elaboró un plan de alta personalizado para el señor JL. Se le explicó de manera oral y se le entregó de forma escrita los cuidados a los que se tiene que abocar.

5.2 Selección del caso y fuentes de información

La selección de caso se realizó el 17 de abril de 2017 durante la revisión de la programación quirúrgica del día siguiente.

La prevalencia de personas con el diagnóstico médico de hiperplasia benigna prostática, que requieren de intervención quirúrgica es alta, debido a esto es fundamental realizar estudios de casos como el presente para poder brindar una atención de calidad basada en la mejor evidencia científica. Cabe destacar la relevancia de estudiar este tema, ya que a través de revisar varios estudios acerca del mismo tópico, el enfermero-investigador va a poder observar los problemas tanto comunes y típicos, como los que son no tan frecuentes y variables acordes con cada persona. Así mismo, el equipo enfermero se encontrará mejor preparado para atender a personas intervenidas quirúrgicamente por hiperplasia benigna prostática.

Se recurrió a la información de fuente primaria y secundaria para la recolección de datos personales, al igual que para la valoración por necesidades. Como fuente primaria fueron los datos proporcionados por la persona, y el expediente clínico funcionó como una fuente secundaria de información.

5.3 Consideraciones éticas

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El

consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas⁸².

Debido a que los valores u objetivos de las personas varían, la mejor elección no siempre es la que prioriza a la salud, sino la que prioriza el máximo bienestar de acuerdo con los valores u objetivos de cada persona. Por lo tanto, no es ya el médico el único que decide la mejor alternativa⁸³.

El consentimiento informado consta de dos partes:

a. Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado.

Los datos deben darse a personas competentes en términos legales, edad y capacidad mental. En el caso de personas por limitaciones en la conciencia,

⁸² CONBIOETICA: Comisión Nacional de Bioética [Internet]. México; 2015 [citado 20 feb 2018]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html

⁸³ Ibidem.

raciocinio o inteligencia; es necesario conseguir la autorización de un representante legal. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.

Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir⁸⁴.

- Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico. Las situaciones en que se requiere el consentimiento informado escrito, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico son las siguientes:
- Hospitalización en pacientes psiquiátricos, por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, entre otros.
- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos para el control de la fertilidad.
- Participación en protocolos de investigación.
- Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales.
- Procedimientos invasivos.
- Procedimientos que produzcan dolor físico o emocional.
- Procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización.

En los casos de urgencias en los que no existe la oportunidad de hablar con los familiares, y tampoco es posible obtener la autorización de la persona, el médico puede actuar por medio del privilegio terapéutico hasta estabilizarlo y entonces

⁸⁴ Ibidem.

poder informarle al paciente o a sus familiares. Esto debe quedar bien fundamentado en el expediente clínico. No debe llevarse a cabo un procedimiento en contra de la voluntad de un paciente competente, aun cuando la familia lo autorice.

Existen pronunciamientos claros acerca de la obligatoriedad del consentimiento informado en: Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS, Normas Oficiales Mexicanas, Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud y Cartas de los Derechos de los Pacientes (CONAMED)⁸⁵.

Ley General de Salud

Título Quinto

Investigación para la Salud

CAPÍTULO 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.

⁸⁵ Ibidem.

ARTÍCULO 97. La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud⁸⁶.

ARTÍCULO 98. En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

ARTÍCULO 99. La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizado un inventario de la investigación en el área de salud del país.

ARTÍCULO 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases⁸⁷:

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;

⁸⁶ Ley General de Salud [Internet]. nd. [Consultado 20 de febrero 2018]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

⁸⁷ Ibidem.

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.

VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

ARTÍCULO 101. Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

ARTÍCULO 102. La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente⁸⁸:

I. Solicitud por escrito;

II. Información básica farmacológica y preclínica del producto;

III. Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere;

IV. Protocolo de investigación, y

⁸⁸ Ibidem.

V. Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma.

ARTÍCULO 103. En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del pariente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables⁸⁹.

Capítulo II

De los deberes de las enfermeras para con las personas

Artículo segundo. - Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero. - Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto. - Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto. - Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto. - Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

⁸⁹ Ibidem.

Artículo séptimo. - Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona⁹⁰.

Artículo octavo. - Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno. - Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida⁹¹.

Capítulo III

De los deberes de las enfermeras como profesionistas

Artículo décimo. - Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero. - Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo. - Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero. - Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto. - Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto. - Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

⁹⁰ Ibidem.

⁹¹ Ibidem.

Artículo décimo sexto. - Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente⁹².

Artículo décimo sétimo. - Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas instituciones, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

Capítulo IV

De los deberes de las enfermeras para con sus colegas

Artículo décimo octavo. - Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno. - Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo. - Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero. - Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de informaciones fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo. - Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos⁹³.

⁹² Ibidem.

⁹³ Ibidem.

Capítulo V

De los deberes de las enfermeras para con su profesión

Artículo vigésimo tercero. - Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto. - Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto. - Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada⁹⁴.

Capítulo VI

De los deberes de las enfermeras para con la sociedad

Artículo vigésimo sexto. - Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo. - Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo. - Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras⁹⁵.

⁹⁴ Ibidem.

⁹⁵ Ibidem.

Carta de los Derechos Generales de los Pacientes

Ley General de Salud

NOM-168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico

1. RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo con las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

2. RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes⁹⁶.

3. RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

4. DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada

⁹⁶ Ley General de Salud: Carta de los derechos generales de los pacientes [Internet]. nd. [Consultado 20 de febrero 2018]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf

procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

5. OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tienen derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepten sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos⁹⁷.

5. SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

6. CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

⁹⁷ Ibidem.

7. RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE URGENCIA

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

8. CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLÍNICO

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sea asentado en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo con el fin requerido.

10. SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud⁹⁸.

⁹⁸ Ibidem.

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 Descripción del caso

El presente estudio de caso es del señor JL quien fue intervenido quirúrgicamente por un adenoma prostático o una hiperplasia benigna de la próstata.

Su padecimiento inicia a principios de noviembre del 2016 con presencia de hematuria, la cual no se atiende; más adelante, el 28 de noviembre del 2016 el Sr. JL acude a urgencias con hematuria formadora de coágulos. Se inicia el estudio de etiología de la hematuria y se le detecta la tumoración renal de lado derecho. Se le realiza una nefrectomía parcial el día 16 de marzo del 2017 por laparoscopia sin complicaciones y el 3 de abril el Sr. JL vuelve a presentar hematuria con formación de coágulos. Para tratar eso se le coloca una sonda transuretral y se realiza lavado vesical para evacuación de coágulos con estancia hospitalaria de 3 días, en donde se detecta el crecimiento benigno prostático determinándose la etiología de la hematuria, siendo programado para adenomectomía abierta por adenoma prostático para el 19 de abril de 2018.

6.2 Antecedentes generales de la persona

Antecedentes heredofamiliares: Madre con diabetes mellitus tipo 2, hermano con diabetes mellitus tipo 2.

Antecedentes personales no patológicos: Originario y residente de la Ciudad de México, escolaridad secundaria incompleta, casado, católico, habita en casa propia con todos los servicios, baño y cambio de ropa diario, alimentación de regular calidad y cantidad. Tabaquismo positivo con 50 cigarrillos por 40 años y alcoholismo negado.

Antecedentes personales patológicos: Diabetes mellitus diagnosticado hace 2 años en tratamiento con metformina.

Diagnóstico médico: crecimiento benigno prostático.

Cirugía programada/realizada: adenomectomía abierta.

Datos de identificación

Nombre: Sr. JL

Edad: 73 años.

Ocupación: Chofer.

Religión: Católica.

Domicilio: Tlalpan, Ciudad de México

Estado civil: Casado.

Sexo: Masculino.

Servicio: Hospitalización.

Registro: 589532.

Escolaridad: secundaria incompleta, sabe leer, escribir y sumar.

Lugar de origen: Ciudad de México.

Somatometría: peso: 70 kg, talla: 1.70 m, IMC: 24.2 kg/m², perímetro abdominal: 85 cm.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 Valoración

VALORACIÓN GENERAL

PREOPERATORIO MEDIATO 18 abril 2017

1. Necesidad de oxigenación

Ruidos pulmonares normales (bronco vesiculares), expansión torácica simétrica.

Coloración de la piel: pálida, llenado capilar: 2 segundos.

Signos vitales: frecuencia respiratoria: 19 r/min, profunda, ritmo: regular, SPO2: 95%, pulso: 110 l/min, regular, fuerte, tensión arterial: 90/60 mm/Hg. Glucometría: 86mg/dl.

2. Necesidad de alimentación e hidratación

Tolerancia vía oral buena.

La persona menciona que se siente bien y refiere que puede comer de todo, aunque comenta que sufre de estreñimiento.

El Sr. JL habitualmente come frutas o jugo de frutas, huevo, quesos, frijoles, tortilla, pan, cereales y leche. Cuida su dieta por la nefrectomía parcial a la cual fue sometido en marzo. El señor comenta que por lo general nunca se acaba toda la comida proporcionada por el hospital porque no le es agradable al gusto, aunque menciona que en casa tampoco se llega a terminar todos los alimentos, ya que su apetito disminuyó a partir de la nefrectomía.

El señor JL menciona que toma pocos líquidos, aproximadamente 1 litro al día.

3. Necesidad de eliminación

Se encuentra con sonda transuretral con un volumen urinario de 300 ml, la orina se nota ligeramente hematurica.

La persona refiere micción espontánea previa a hospitalización, aunque últimamente menciona que le costaba trabajo orinar.

El Sr. JL habla de que por lo general nunca sufría de estreñimiento, pero los últimos 4 meses empezó a tener problemas digestivos de este tipo, el cual se empezó a tratar con remedios naturales, así como linaza.

Evacúa 1 vez al día con esfuerzo y presencia de heces duras.

4. Necesidad de movimiento y mantener buena postura

El Sr. JL es totalmente autosuficiente para la deambulación, no usa bastón y no necesita ayuda para incorporarse.

5. Necesidad de descanso y sueño

Habitualmente el Sr. JL duerme de 6 a 7 horas diarias, refiere que padece de insomnio y atribuye su alteración del sueño a constantes ganas de miccionar por las noches.

Al igual, el señor menciona que el ambiente hospitalario afecta de manera negativa a su patrón de sueño, con frecuencia se despierta por los ruidos propios del hospital y expresa sentir cansancio. La persona tiene un aspecto cansado con ojeras leves.

6. Necesidad de vestido

El Sr. JL es capaz de vestirse y desvestirse por el mismo.

7. Necesidad de termorregulación

Temperatura: 36.5°C.

8. Necesidad de higiene

Refiere que se baña todos los días.

Se lava las manos antes de consumir alimentos, después de ir al baño, después de llegar de la calle a su domicilio, después de tener contacto con animales, así sean domésticos o de la calle. Los datos son subjetivos acerca del lavado de manos, ya

que en ningún momento se tuvo la oportunidad de verificar la técnica del lavado de manos del sr. JL.

Refiere que se cepilla los dientes 3 veces al día.

9. Necesidad de evitar peligros

El riesgo de caídas según la escala de funcionalidad de Crichton es bajo, ya que la puntuación obtenida es de 1 punto, lo que indica la presencia de código verde.

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

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

Cuenta con el esquema de inmunizaciones completo.

El señor comenta que su procedimiento quirúrgico le causa ansiedad y temor por la anestesia, por no saber acerca de lo que lo espera y su pronóstico final. Se muestra inquieto, ansioso, manos transpirando.

JL refiere dolor de 8 en escala de EVA por el crecimiento prostático actual.

La persona realiza movimientos de manera lenta, con precaución por el dolor.

Escala Análoga Visual

EVA por personas			
0	1-4	5-7	8-10
No dolor	Ligero	moderado	Severo

Medicamentos: ketorolaco 30 mg IV, por razón necesaria.

10. Necesidad de comunicación

Idioma materno: español.

El Sr. JL usa lentes solamente para leer.

La audición se encuentra en óptimas condiciones.

Ausencia de cualquier tipo de afectación verbal y dificultad para comprender.

Refiere que su comunicación con la familia es maravillosa.

11. Necesidad de creencias y valores

Refiere la importancia en su vida de Dios, además comenta la importancia en su vida de su familia.

“Lo más importante es la salud y la familia” dice JL.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

Antes de internarse en el hospital el sr. JL se dedicaba a trabajar de chofer de taxi y se considera una persona autosuficiente para autorrealizarse.

13. Necesidad de recreación

El Sr. JL habla acerca de que últimamente no se siente con ánimos de divertirse debido a su estado de salud. Para divertirse prefiere ver la televisión, escuchar música y asistir a reuniones familiares.

14. Necesidad de aprendizaje

El Sr. JL conoce de manera general acerca de su padecimiento actual y sabe qué es lo que le van a realizar, sin embargo, cree que podría mejorar sus conocimientos acerca del tema. Menciona que por lo general obtiene su conocimiento de la televisión.

7.1.1. Valoración focalizada

VALORACIÓN PREOPERATORIO MEDIATO 18 de abril 2017

3.Necesidad de eliminación

Sonda transuretral con presencia de hematuria leve.

5.Necesidad de descanso y sueño

El Sr. JL refiere no haber dormido bien, sentirse cansado, con presencia de ojeras.

9.Necesidad de evitar peligros

Dolor en hipogastrio, escala EVA 8.

Refiere temor y ansiedad ante el resultado de la cirugía que le van a realizar, presenta transpiración palmar, frecuencia cardiaca de 110 latidos por minuto, se muestra inquieto.

VALORACIÓN TRANSOPERATORIO 19 abril 2017

7.Necesidad de termorregulación

La temperatura corporal es un dato que no fue posible monitorizar durante el acto quirúrgico, ya que el monitor de anestesiología no contaba con tal información.

Al ingresar a la sala quirúrgica el Sr. JL comunicó verbalmente que sentía frío.

La temperatura corporal fue tomada antes de entrar al quirófano, siendo esta de 36.6°C y al terminar la intervención aun estado en la sala de operaciones, disminuyendo esta a 36°C.

9.Necesidad de evitar peligros

La persona se encuentra bajo los efectos de anestesia, acostado en una mesa quirúrgica de dimensiones reducidas. Existe interrupción de barrera cutánea por el procedimiento quirúrgico.

El riesgo de lesionarse según la escala de valoración de la funcionalidad de Crichton es alto, de 9 puntos.

Escala de funcionalidad de Crichton

Valoración de Riesgo	Puntuación	Valoración
Limitación física	2	2
Estado mental alterado	3	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2	2
Problemas de idioma o socioculturales	2	0
Incontinencia urinaria	1	0
Déficit sensorial (auditivo, visual)	2	2
Desarrollo psicomotriz 0-5 años	2	0
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1	0
Total	15	9

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

Técnica quirúrgica de la adenomectomía abierta

INSTRUMENTISTA	CIRUJANO
<p>CUENTA DE TEXTILES</p> <p>1. Bisturí mango #4, hoja 20 y gasas.</p>	<p>1. Incisión media infraumbilical de piel.</p>
<p>2. Electrobisturí, pinza de disección con dientes, separadores Richardson.</p>	<p>2. Disección hemostática del tejido celular subcutáneo hasta la fascia del musculo recto anterior.</p>
<p>3. Tijera Mentzenbaum, separadores Richardson y compresa.</p>	<p>3. Disección del musculo recto.</p>
<p>4. Electrobisturí, pinza de disección con dientes.</p>	<p>4. Disección de la línea alba.</p>
<p>5. Tijera Metzenbaum.</p>	<p>5. Disección de la fascia transversalis, hasta ingresar al espacio Retzius, donde se expone la grasa prevesical.</p>
<p>6. Electrobisturí</p>	<p>6. Disección de la grasa prevesical.</p>
<p>7. Separador Balfour, 2 compresas húmedas.</p>	<p>7. Se rechazan los tejidos peri vesicales hacía los lados y abajo.</p>
<p>8. Catgut crómico #1, portaagujas Mayo Hegar, tijeras de Mayo.</p>	<p>8. Realiza referencia a los lados del sitio de la incisión.</p>
<p>9. Electrobisturí, 2 pinzas Allis, pinzas de disección s/d largas, aspirador y gasa.</p>	<p>9. Incisión de la vejiga, se aspira el contenido de la vejiga.</p>
<p>10. Catgut crómico #3/0, pinzas Kelly.</p>	<p>10. Se colocan puntos de reparo en el vértice de la vejiga abierta. El cirujano coloca el separador Balfour adentro de la vejiga.</p>
<p>11. Electrobisturí</p>	<p>11. Realiza marcaje de la próstata en semicírculo a las 5 y 7.</p>

	El cirujano realiza la enucleación del adenoma de manera digital.
12. Electrocauterio, pinzas de Allis, gasas, NaCl al 0.9% en jeringa asepto. CUENTA DE TEXTILES	12. Verifica hemostasia de lecho, irriga.
13. Catgut crómico #2/0, pinza de disección s/d larga, portaagujas largo, tijeras de Mayo largas.	13. Sutura hemostática del cuello vesical con la capsula prostática.
14. Sonda Foley 20 fr de 3 vías, globo 30 cc, lubricada con jalea, jeringa con 30 ml de solución.	14. Coloca sonda transuretral.
15. Sonda Foley 20 fr con jeringa 20 ml de solución.	15. Coloca sonda de cistotomía.
16. Drenaje Penrose ½, primer bisturí #4 hoja 20, pinza Kelly, Nylon #2/0, portaagujas, tijera Mayo.	16. Coloca el drenaje Penrose y lo fija.
17. Catgut Cromico #3/0, portaagujas, pinza de disección s/d, tijera de Mayo.	17. Cistorrafia por planos: mucosa.
18. Catgut Cromico #2/0, portaagujas, pinza de disección s/d, tijera de Mayo.	18. Cistorrafia por planos: capa muscular.
19. Vicryl #2/0, portaagujas, pinza de disección s/d, tijera de Mayo.	19. Cistorrafia por planos: capa adventicia.
CUENTA DE TEXTILES 20. Vicryl #1 portaagujas, pinza de disección s/d, tijeras Mayo.	20. Afronta aponeurosis.
21. Catgut Crómico #3/0, portaagujas, pinza de disección c/d, tijeras de Mayo.	21. Afronta tejido celular subcutáneo.
22. Nylon #2/0, portaagujas, pinza de disección c/d, tijeras de Mayo.	22. Afronta piel.
23. Apósito para cubrir herida quirúrgica	Cubre herida quirúrgica.

VALORACIÓN POSTOPERATORIO MEDIATO 20 de abril 2017

3.Necesidad de eliminación

La peristalsis se encuentra disminuida, 2 ruidos por minuto.

El señor JL refiere que en cada ocasión que trata de evacuar, tiene que realizar un gran esfuerzo para lograr expulsar la materia fecal, pujando, con presencia de heces duras con forma de nuez.

4.Necesidad de movimiento y buena postura

Posición de la persona: semi fowler.

El señor JL menciona que le es difícil deambular, ya que presenta un dolor fuerte en el sitio quirúrgico, según la escala EVA de 10, ya que si no fuera por el dolor el podría moverse sin problema.

Se pueden observar facies de dolor, posición antiálgica al moverse.

5.Necesidad de descanso y sueño

El señor JL habla acerca de presentar sueño fraccionado actualmente por el ambiente hospitalario y el dolor.

Se observan facies de cansancio.

9.Necesidad de evitar peligros

Se puede observar que la persona no tiene la capacidad de incorporarse, ni trasladarse sin ayuda externa por dolor, según escala EVA 10.

Escala Análoga Visual

EVA por personas			
0	1-4	5-7	8-10
No dolor	Ligero	moderado	Severo

Riesgo de caídas según la escala de funcionalidad de Crichton es mediano, ya que la puntuación es de 4.

Escala de funcionalidad Crichton

Valoración de Riesgo	Puntuación	Valoración
Limitación física	2	2
Estado mental alterado	3	
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2	2
Problemas de idioma o socioculturales	2	0
Incontinencia urinaria	1	0
Déficit sensorial (auditivo, visual)	2	0
Desarrollo psicomotriz 0-5 años	2	0
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1	0
Total	15	4

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

7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete

Estudios de laboratorio:

Leucocitos: 7.4. Valores normales: 4.0-12.0 (por cada 10 mil unidades).

Hemoglobina: 15.60 g/dl. Valores normales: 13-17 g/dl.

Hematocrito: 45,90 %. Valores normales: 42.60-52.60%.

Conteo de plaquetas: 156 000/mm³. Valores normales: 150-450 (por cada 10 mil unidades).

Glucosa: 105 mg/dl. Valores normales: 70-105 mg/dl.

Creatinina: 0.88 mg/dl. Valores normales: 0.7-1.2 mg/dl.

Urea: 35 mg/dl. Valores normales: 10-50 mg/dl.

Nitrógeno ureico en sangre: 16.5 mg/dl. Valores normales: 8-20 mg/dl.

Sodio (Na): 141 mEq/L. Valores normales: 136-144 mEq/L.

Potasio (K): 4.1 mEq/L. Valores normales: 3.6-5.1 mEq/L.

Cloro (Cl): 108 mEq/L. Valores normales: 101-111 mEq/L.

Calcio (Ca): 9.20 mg/dl. Valores normales: 8.90-10.30 mg/dl.

Fosforo (P): 4.16 mg/dl. Valores normales: 2.40-4.70 mg/dl.

Magnesio (Mg): 2.1 mg/dl. Valores normales 1.5-2.5 mg/dl.

INR: 1.11 seg. Valores normales: 0.80-1.20 seg.

Tiempo de protrombina: 15.40 seg. Valores normales: 13.8 seg.

Antígeno prostático específico: 8.2 ng/mL. Lo normal se considera un valor no mayor de 4 nanogramos por mililitro de sangre, aunque en adultos mayores este parámetro se puede encontrar aumentado.

Examen general de orina: color amarillo, aspecto turbio con sedimentos, densidad 1.020, leucocitos 5-10 por campo, eritrocitos 0-2 por campo, PH 5, bacterias negativo.

Estudios de gabinete:

Ultrasonido: vejiga de 53 cc; próstata de 131 cc; índice de protrusión 1.9 cm.

7.1.3 Jerarquización de problemas

PREOPERATORIO MEDIATO

Necesidad	Causa de dificultad	Nivel de dependencia
9.-Evitar peligros (dolor)	Falta de fuerza	5
3.-Eliminación	Falta de fuerza	5
5.-Descanso y sueño	Falta de fuerza Falta de conocimiento	3
9.-Evitar peligros (ansiedad)	Falta de conocimiento	3

TRANSOPERATORIO

Necesidad	Causa de dificultad	Nivel de dependencia
9.-Evitar peligros	Falta de fuerza	6
7.-Termorregulación	Falta de fuerza	6

POSTOPERATORIO MEDIATO

Necesidad	Causa de dificultad	Nivel de dependencia
9.-Evitar peligros	Falta de fuerza	3
4.-Movimiento y mantener buena postura	Falta de fuerza	3
3.-Eliminación	Falta de conocimientos	3
5.-Descanso y sueño	Falta de fuerza Falta de conocimientos	3

7.2 Diagnósticos de enfermería

PREOPERATORIO MEDIATO

Necesidad alterada	Diagnóstico de enfermería	Rol de enfermería
Evitar peligros	Dolor r/c crecimiento prostático m/p verbalización	Sustituta Ayuda
Eliminación	Riesgo de obstrucción del flujo urinario r/c presencia de hematuria	Sustituta
Descanso y sueño	Dificultad para conciliar el sueño r/c nicturia y el ambiente hospitalario m/p ojeras y expresión verbal.	Educadora
Evitar peligros	Ansiedad r/c el temor a la anestesia, conocimientos deficientes acerca del procedimiento quirúrgico y la incertidumbre de los resultados m/p expresión verbal, frecuencia cardiaca 110 l/min, comportamiento inquieto, transpiración de las palmas de las manos.	Educadora

TRANSOPERATORIO

Necesidad alterada	Diagnóstico de enfermería	Rol de enfermería
Evitar peligros	Riesgo de infección r/c la interrupción de la barrera cutánea durante el procedimiento quirúrgico.	Sustituta
Evitar peligros	Riesgo de lesión r/c trastornos sensoriales debidos a los efectos de la anestesia.	Sustituta
Termorregulación	Riesgo de hipotermia r/c el uso de medicación anestésica y temperatura ambiente dentro del quirófano.	Sustituta

POSTOPERATORIO MEDIATO

Necesidad alterada	Diagnóstico de enfermería	Rol de enfermería
Evitar peligros	Riesgo de caídas r/c debilidad postoperatoria y condición geriátrica.	Ayuda
Movilidad y buena postura	Intolerancia a la deambulación r/c con dolor de herida quirúrgica m/p expresión verbal, EVA del 10, facies de dolor tensión muscular, posición antiálgica al deambular.	Ayuda Educativa
Eliminación	Estreñimiento r/c dolor, poca movilidad, ingesta insuficiente de líquidos, alimentación deficiente en fibra m/p la necesidad de pujar al evacuar y heces duras.	Educativa
Descanso y sueño	Dificultad para conciliar el sueño r/c el ambiente hospitalario y dolor m/p verbalización y facies de cansancio.	Ayuda Educativa

7.3 Problemas interdependientes

Entre las posibles complicaciones de la persona a la que le es realizada una adenomectomía en el transoperatorio y postoperatorio se encuentran la hemorragia de moderada a grave que puede requerir el retiro de los coágulos formados dentro de la vejiga, infección de vías urinarias, epididimitis, lesión de uréter, vejiga, intestino, vasos de la pelvis e infección del hueso del pubis.

Entre las complicaciones tardías están: la estenosis del cuello vesical o de la uretra, incontinencia y disfunción eréctil.

7.4 Planeación de los cuidados: objetivo de la persona, objetivo de enfermería, intervenciones de enfermería con fundamentación

PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS EN EL PREOPERATORIO MEDIATO

Diagnóstico de enfermería

Dolor r/c crecimiento prostático m/p verbalización

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Evitar peligros	Falta de fuerza	Sustituta Ayuda	5	Dependiente Independiente

Datos objetivos	Datos subjetivos
Facies de dolor, realización de movimientos por parte de la persona de manera lenta, con precaución, frecuencia cardiaca de 110 l/min.	Expresión verbal acerca de la presencia de dolor, en escala análoga visual 8.

Objetivo de la persona	Dejar de sentir dolor.
Objetivo de enfermería	Disminuir o eliminar la sensación de dolor de la persona.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Administración de 30 mg de ketorolaco.	Ketorolaco es un analgésico no esteroideo el cual inhibe la ciclooxigenasa y la lipoxigenasa, evitando la síntesis de prostaglandinas y leucotrienos. Es uno de los medicamentos más potentes del grupo	El dolor disminuyó a 2 EVA después de la administración de ketorolaco.

	AINEs, con una moderada acción antiinflamatoria. Es indicado para tratamiento de corta duración del dolor moderado a grave ⁹⁹ .	
Desviar la atención de la persona del dolor con conversación.	La fomentación de actividades, ejercicios o conversación favorece la distracción y la desviación de la atención del dolor, ya que el aburrimiento lo empeora ¹⁰⁰ .	La persona se observó con menor preocupación acerca del dolor después de conversar con él, la conversación tocó puntos relacionados al estudio de caso.
Colocar a la persona en posición fowler 45°.	La capacidad vital forzada es una de las medidas usadas en la evaluación de función pulmonar y se define como el máximo volumen de aire espirado a partir del punto de inspiración máxima. En la posición de 45° existe aumento de la capacidad vital forzada debido a la reducción de la presión transtorácica y existe un menor efecto compresivo de la pared abdominal, además, esta postura favorece inspiraciones más profundas, lo cual beneficia la oxigenación, con una menor presión de los órganos abdominales con relación al diafragma ¹⁰¹ .	La persona expresó verbalmente que al verticalizar la postura de su tórax la molestia había disminuido.

⁹⁹ Vallejos A, Ruano C, Ávila MP, et al. Analgésicos en el paciente hospitalizado: Revisión de Tema. Rev Colomb Cienc Quim Farm [Internet]. 2015 [consulta 25 julio 2018]; 44 (1): 107-127. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcqf/v44n1/v44n1a08.pdf>

¹⁰⁰ Goberna Iglesias MJ, Mayo Moldes M, Lojo Vicente V. Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor Farm [Internet]. 2014 [consulta 26 julio 2018]; 21 (1): 50-58. Disponible en: http://scielo.jscii.es/pdf/dolor/v21n1/articulo_especial.pdf

¹⁰¹ Prata B, Ribeiro J, Salgado V. Influencia de diferentes posiciones corporales en la capacidad vital en pacientes en el postoperatorio abdominal superior. Rev Bras Anestesiol [Internet]. 2015 [consulta 30 julio 2018]; 65(3): 217-221. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rba/v65n3/es_0034-7094-rba-65-03-00217.pdf

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de obstrucción del flujo urinario r/c presencia de hematuria

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Eliminación	Falta de fuerza	Sustituta	5	Independiente

Objetivo de la persona	No complicarse en cuanto a la necesidad de eliminación urinaria.
Objetivo de enfermería	Disminuir el riesgo de formación de un coagulo y obstrucción del flujo urinario al máximo.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Valorar la severidad de hematuria y vigilar que la orina es evacuada a la bolsa recolectora de forma correcta.	La enfermera debe monitorizar el color de la orina, presencia de pequeños coágulos, permeabilidad, ya que el acodamiento de la sonda o del tubo que va a la bolsa recolectora puede obstruir el flujo de orina. Si esto no es atendido se puede llegar a una acumulación importante de orina, la cual si se mantiene durante un periodo lo suficientemente largo da lugar a una distensión de la vejiga. Además, la presencia de hematuria que va en aumento puede indicar un daño en la mucosa de la uretra prostática a la hora de instalación de sonda	La hematuria no aumentó en ningún momento y la orina bajaba siempre de manera adecuada a la bolsa recolectora.

	vesical, eso puede llevar a hemorragia que amenaza la vida de la persona ¹⁰² .	
Recomendar una ingesta de líquidos abundantes.	La ingesta abundante de líquidos favorece la diuresis y dificulta la formación de incrustaciones en la sonda vesical ¹⁰³ .	La persona recibió la información acerca de la importancia de ingerir abundantes líquidos con buena disposición.
Vigilar la presencia de distensión vesical: -distensión ligera: sonido mate a la percusión.	Si la vejiga se encuentra muy distendida se producen alteraciones morfológicas en cálices, papilas renales, finalmente atrofiándose la corteza renal y finalizando en una insuficiencia renal. Una vejiga llena y constantemente distendida puede asociarse a un riesgo alto de infección, así como repetidas reacciones inflamatorias inducen la fragilidad de los tejidos de la vejiga ¹⁰⁴ .	No se registró la presencia de distensión vesical en ningún momento.

¹⁰² Groninger H, Phillips J. Gross Hematuria: Assessment and Management at the End of Life. J Hosp Palliat Nurs [Internet]. 2014. [Consulta 17 marzo 2018]; 14 (3): 184-188. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4016967/>

¹⁰³ Instituto Mexicano del seguro Social. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de infección urinaria asociada a sonda vesical en la mujer en los tres niveles de atención. 2017 [Consultado 17 marzo 2018] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/472GER.pdf>

¹⁰⁴ Yukihiro I, Keisuke Y, Tsuyoshi I, et al. Life-threatening urethral hemorrhage after placement of a Foley catheter in a patient with uroseptic disseminated intravascular coagulation due to chronic urinary retention induced by untreated benign prostatic hyperplasia. Acute Medicine & Surgery [Internet]. 2016 [Consulta 17 marzo 2018]; 3 (1): 407-410. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ams2.209>

Diagnóstico de enfermería

Dificultad para conciliar el sueño r/c nicturia y el ambiente hospitalario m/p ojeras y expresión verbal.

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Descanso y sueño	Falta de fuerza	Educadora	3	Independiente

Datos objetivos	Datos subjetivos
Aspecto cansado con presencia de ojeras.	Expresión de manera verbal acerca del cansancio que siente.

Objetivo de la persona	Descansar
Objetivo de enfermería	Brindar educación y crear condiciones para lograr un descanso óptimo y sin interrupciones de la persona.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Limitar el nivel del ruido ambiental y conversaciones junto a la cama de la persona.	El ruido ambiental se encuentra entre los factores principales que más interrumpen el sueño ¹⁰⁵ .	El Sr. JL fue aislado con cortina corrediza y expresó que el hecho de percibir menos estímulos del exterior lo disponía a un mejor descanso.

¹⁰⁵ Isabel M, González E, Torres MT. La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. Gerokomos [Internet]. 2015 [consulta 8 marzo 2018]; 26 (4): 123-126.

<p>Brindar una iluminación de menor intensidad y educar acerca de la importancia de mantener la luz apagada antes de dormir y durante el sueño.</p>	<p>La hospitalización está asociada a una disrupción del sueño el que no es refrescante ni restaurador. Los trastornos de sueño en personas hospitalizadas pueden obedecer a tres tipos de causas: fisiopatológicas, psicológicas y medio ambientales. La iluminación es considerada como un factor ambiental y es una condición que repercute de manera directa en el bienestar y en la evolución de la enfermedad de la persona.</p> <p>La innecesaria exposición a la luz, antes y durante el sueño nocturno, puede causar problemas de salud, entre los que se encuentran las alteraciones del sueño¹⁰⁶.</p>	<p>Con el aislamiento momentáneo mediante la cortina corrediza se redujo la cantidad de luz que entraba directamente y eso favoreció la relajación del Sr. JL según lo que mencionó la persona.</p> <p>La persona tomó positivamente la intervención educativa acerca de la higiene del sueño.</p>
<p>Educar acerca de no ingerir alimentos</p>	<p>Una ingesta excesiva de comida por la noche</p>	

¹⁰⁶ Álvarez A, Madrid JA. Importancia del entorno ambiental. Rev Neurol [Internet]. 2016 [consulta 8 marzo 2018]; 63 (Supl2): S1-S27. Disponible en: <http://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>

abundantes antes de dormir.	puede causar trastornos digestivos e insomnio ^{107,108}	
Educación acerca de evitar tomar siestas durante el día.	Durante el día, los ritmos de neurotransmisores cerebrales, temperatura central, melatonina, metabolismo y activación mental están programados para permanecer despiertos. Dormir durante la noche se ve favorecido por los ritmos de actividad del núcleo supraquiasmático, de temperatura y de melatonina. Los patrones de sueño irregulares, como lo son la toma de siestas pueden trastornar los ritmos circadianos normales, conduciendo posiblemente a dificultades para dormir ^{109, 110}	

¹⁰⁷ Canet T. Sueño y alimentación. Rev Neurol [Internet]. 2016 [consulta 8 marzo 2018]; 63 (Supl2): S1-S27. Disponible en: <http://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>

¹⁰⁸ Seguel M. Trastornos del sueño en trastornos del ánimo y de la conducta alimentaria. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2013 [consulta 8 marzo 2018]; 24(3):487-493. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0716864013701858/1-s2.0-S0716864013701858-main.pdf?_tid=8d47e26b-8ed4-4ed4-93f7-e2a8eef50dac&acdnat=1520646077_1704f1f62591eea95746ab5f8faa87b5

¹⁰⁹ Madrid JA. Importancia de los horarios de sueño. Rev Neurol [Internet]. 2016 [consulta 8 marzo 2018]; 63 (Supl2): S1-S27. Disponible en: <http://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>

¹¹⁰ Carrillo P, Ramírez J, Magaña K. Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet]. 2013 [consulta 8 marzo 2018]; 56 (4): 5-15. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2013/un134b.pdf>

Diagnóstico de enfermería

Ansiedad r/c el temor a la anestesia, conocimientos deficientes acerca del procedimiento quirúrgico y la incertidumbre de los resultados m/p expresión verbal, frecuencia cardiaca 110 l/min, comportamiento inquieto, transpiración de las palmas de las manos.

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Evitar peligros	Falta de conocimientos	Educadora	3	Independiente

Datos objetivos	Datos subjetivos
Frecuencia cardiaca de 110 l/min, manos transpirando, inquietud en comportamiento.	Expresión verbal de miedo ante el procedimiento quirúrgico.

Objetivo de la persona	Conocer acerca de la secuencia del procedimiento quirúrgico al que será sometido, incluyendo los posibles efectos de la anestesia que podría experimentar.
Objetivo de enfermería	Disminuir la ansiedad y temor del señor JL.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Ofrecer información prequirúrgica precisa y efectiva, incluyendo la verificación de la identidad de la persona, el procedimiento quirúrgico, localización y el consentimiento informado.	La educación preoperatoria puede disminuir la ansiedad y el temor ante una intervención quirúrgica, evitando su impacto negativo en la evolución y recuperación del postoperatorio, también proporcionar seguridad de que las precauciones para su bienestar continuarán constantemente ¹¹¹ .	El Sr JL se notó menos ansioso y preocupado después de hablar con él y explicarle todo el proceso.
Explicar los procedimientos que pueden asustar o preocupar a la persona: mascarillas, luces, accesos venosos, electrodos, sensación de la cánula o mascarilla de oxígeno.	Los resultados beneficiosos de una explicación precisa y efectiva van desde la disminución de la ansiedad y mayor satisfacción de la persona hasta la disminución de dolor y aminoración de días en el hospital ¹¹² .	
Explicar a la persona los posibles efectos de la	La educación preoperatoria acerca del	

¹¹¹ Flores CI, Jurado A, Rodríguez MA. Nivel de ansiedad versus autocuidados en el preoperatorio y postoperatorio del paciente con laringectomía total. Rev. Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2016 [consulta 23 noviembre 2017]; 24: e2707. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02707.pdf

¹¹² Hernández AI, López AJ, Guzmán JA. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. Acta Medica Grupo Angeles [Internet]. 2016 [consulta 23 noviembre 2017]; 14 (1): 6-10. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2016/am161b.pdf>

<p>anestesia, por ejemplo, que es normal que se produzca la somnolencia y obnubilación. La somnolencia es la tendencia de la persona a quedarse dormido, estado intermedio entre el sueño y la vigilia sin perder la conciencia. Obnubilación es un estado de depresión completo de la vigilia del que la persona puede ser despertada con estímulos leves.</p>	<p>procedimiento anestésico puede aliviar el estrés en relación con lo desconocido e inesperado¹¹³.</p>	
---	--	--

¹¹³ Ibidem.

PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS EN EL TRANSOPERATORIO

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de infección r/c la interrupción de la barrera cutánea durante el procedimiento quirúrgico.

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Evitar peligros	Falta fuerza	Suplencia	6	Independiente

Objetivo de la persona	No valorable
Objetivo de enfermería	Disminuir el riesgo de infección al máximo.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Profilaxis antibiótica, ceftriaxona 1g	Ceftriaxona es un antibiótico eficaz para prevenir o combatir infecciones causadas por bacterias grampositivas y es usado básicamente para erradicar infecciones invasivas, enfermedades respiratorias e infecciones del tracto urinario por lo que es ideal para una cirugía con flora típica del tracto urinario, ya que la cirugía genitourinaria se considera una cirugía limpia contaminada, por	No se presentaron signos de infección.

	lo que ceftriaxona es ideal para reducir la morbilidad por sepsis posterior a resecciones transuretrales o a cirugía abierta ^{114, 115}	
Seguir las políticas y procedimientos del hospital sobre control de infecciones, esterilización y asepsia.	Estos principios de control de infecciones dentro del quirófano son responsabilidad de los profesionales de la salud que deben cumplir las normas establecidas para brindar un ambiente de seguridad a toda persona que necesita una intervención quirúrgica. Es de vital importancia la aplicación de técnica aséptica para evitar que las personas que ingresan por cualquier procedimiento quirúrgico adquieran infecciones ¹¹⁶ .	Se respetaron las políticas para el control de infecciones y no hubo tal.
La realización del lavado de manos quirúrgico apropiadamente.	En las manos y antebrazos se tiene la flora residente, asociada a las enfermedades nosocomiales y la transitoria que fácilmente se elimina con un lavado de manos adecuado. Con un lavado quirúrgico	Se realizó un lavado de manos quirúrgico según las normas establecidas, con una duración

¹¹⁴ Lorenzo P, Moreno A, Leza JC, et al. Farmacología básica y clínica. 19ª ed. México: Panamericana; 2017. P. 764-770.

¹¹⁵ Noriega LM, Sarras MA. Antibióticos en Urología. Revista Chilena de Urología [Internet]. 2015 [Consulta 23 noviembre 2017]; 80 (4): 11-15. Disponible en: https://www.revistachilenedeurologia.cl/urologia/wp-content/uploads/2015/12/Ed_04_2015_04_Antibioticos-en-urologia.pdf

¹¹⁶ Tobo NI. La enfermera y la visión de seguridad del paciente en el quirófano en aspectos relacionados con la asepsia y la técnica estéril. Av Enferm [Internet]. 2013 [Consulta 19 abril 2017]; 31 (1): 159-169.

	preoperatorio adecuado se logra reducir la flora residente y también remover las bacterias transitorias ¹¹⁷ .	entre 3 y 5 minutos.
Usar una bata desechable, el cubrebocas, los guantes y el gorro.	El uso de bata, gorro, guantes y cubrebocas funciona como aislamiento e impide que se interrumpa la esterilidad así reduciendo la posibilidad de infección. Al interrumpirse la esterilidad el riesgo de infección aumenta ya que se produce una contaminación ambiental o por contacto directo ya que cualquier persona del equipo quirúrgico se puede convertir en vehículo transportador de gérmenes patógenos y no patógenos, microorganismos contaminantes ¹¹⁸ .	El personal de salud usó correctamente la bata, gorro, guantes y cubrebocas.
Revisar la esterilidad de todo el material a utilizar en el procedimiento.	La pérdida de la integridad de la piel crea una puerta de entrada de microorganismos, por lo tanto, cualquier elemento no estéril que entre en contacto con la persona es considerado como un riesgo de contraer infección ¹¹⁹ .	Se realizó el control de esterilidad del material a utilizar en el procedimiento quirúrgico y contaba con sus

¹¹⁷ Ibidem.

¹¹⁸ Ibidem.

¹¹⁹ Ibidem.

		indicadores y vigencia de esterilidad.
--	--	--

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de lesión r/c trastornos sensoriales debido a los efectos de la anestesia

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Evitar peligros	Falta fuerza	Suplencia	6	Independiente

Objetivo de la persona	No valorable
Objetivo de enfermería	Disminuir el riesgo de lesión al máximo

Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Asegurar a la persona en la mesa de operaciones con cinturón y protectores en los brazos.	Las mesas de operaciones y los apoyabrazos son estrechos, por lo que la persona se debe de asegurar a la mesa. La actividad anestésica, los fármacos hipnóticos, analgésicos, bloqueantes neuromusculares, control de reflejos autonómicos y motores aumentan el riesgo de lesión, además, la persona puede resistirse o luchar mientras está saliendo de la anestesia ¹²⁰ .	La persona se encontró seguro durante toda la cirugía.
Proteger el cuerpo de la persona alejándolo de las partes metálicas de la mesa de operaciones.	Reduce el riesgo de lesión eléctrica ¹²¹ .	La persona estuvo fuera de peligro durante toda la cirugía.

¹²⁰ Castillo B. Plan de cuidados en quirófano: Cirugía abdominal laparoscópica. REDUCA Enferm [Internet]. 2013 [Consulta 28 noviembre 2017]; 5 (3): 50-88. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1578/1600>

¹²¹ Ibidem.

<p>Colocar almohadillas en tobillos y campos en forma de rodete en huecos poplíteos. Ajustar las cintas de seguridad, pero sin apretar.</p>	<p>Las almohadillas en prominencias óseas pueden prevenir su lesión, al igual como evitar el daño al nervio poplíteo, logrando una ligera flexión de las rodillas y las cintas de seguridad tienen que estar lo suficientemente ajustadas y a la vez lo bastante sueltas para evitar trastornos circulatorios¹²².</p>	<p>La persona no presentó ningún tipo de lesión.</p>
<p>Colocar a la persona de tal manera que sus piernas no estuvieran cruzadas, evitar la hiperextensión de articulaciones: vigilar que los brazos estén sobre apoyos con una angulación inferior a 90°.</p>	<p>Se deben evitar los cruzados de piernas para evitar lesiones del nervio peroneo. Una abducción excesiva del brazo puede empujar la cabeza del humero al paquete neuromuscular de la axila y causar la compresión del nervio radial¹²³.</p>	<p>La persona no sufrió ningún tipo de daño durante toda la cirugía.</p>
<p>Asegurar que la mesa de operaciones, la camilla se encuentre estables y utilizar un número del personal adecuado para la movilización y traslado de la persona.</p>	<p>Una camilla o mesa de operaciones inestables o sin frenos puestos pueden separarse y provocar una caída de la persona. Se requiere de cuatro personas mínimo situados a ambos lados de la camilla y la mesa para movilizar a una persona inconsciente¹²⁴.</p>	<p>La persona se encontró estable y seguro sobre la mesa de operaciones y en su momento en la camilla todo el tiempo.</p>

¹²² Ibidem.

¹²³ Ibidem.

¹²⁴ Booth RT, McAllister RK, Bittenbinder TM. Table tipping and a near-miss fall after unlocking a surgical table holding a morbidly obese patient. Proc (Bayl Univ Med Cent) [Internet]. 2016 [Consulta 29 noviembre 2017]; 29 (2): 145-146. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4790549/>

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de hipotermia r/c el uso de medicación anestésica y ambiente dentro del quirófano.

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Termorregulación	Falta fuerza	Suplencia	6	Independiente

Objetivo de la persona	Dejar de sentir el frío
Objetivo de enfermería	Disminuir al máximo el riesgo de la persona de sufrir hipotermia

Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Monitoreo y registro de temperatura corporal.	Se utiliza como valor de referencia para monitorizar la temperatura intraoperatoria ¹²⁵ .	La temperatura corporal fue valorada al finalizar el procedimiento quirúrgico. El resultado fue de 36,0°C.
Cubrir zonas de piel que no forman parte del procedimiento quirúrgico, como las piernas, la parte alta del tórax y brazos con sabanas adicionales.	Se producen pérdidas de calor al exponer la piel y mucosas a temperaturas ambientales frescas, por ejemplo, piernas, brazos, cabeza, mucosas, así como la ventilación con gases fríos ¹²⁶ .	Las zonas de piel que no formaban parte del procedimiento quirúrgico, los brazos, la parte alta del tórax y piernas permanecieron cubiertos durante el procedimiento quirúrgico. La

¹²⁵ Echeverry PC, Rincón DA, Monroy AG, et al. Encuesta de actitudes sobre vigilancia de la temperatura y protección térmica perioperatoria en Colombia. Rev Colomb Anestesiol [Internet]. 2016 [consulta 23 noviembre 2017]; 44(4): 282-291. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0120334716300831/1-s2.0-S0120334716300831-main.pdf?_tid=2a4339ba-d08a-11e7-9b4f-00000aab0f26&acdnat=1511467929_ba8390ee1d711a7e77afb5befee9e941

¹²⁶ Castillo CG, Candia CA, Marroquin HA, et al. Manejo de la temperatura en el perioperatorio y frecuencia de hipotermia inadvertida en un hospital general. Rev Colomb Anestesiol [Internet]. 2013 [consulta 16 abril 2018]; 41(2): 97-103. Disponible en: <http://www.revcolanest.com.co/es/manejo-temperatura-el-perioperatorio-frecuencia/articulo/S0120334713000130/>

		temperatura corporal estaba en 36°C al terminar el acto quirúrgico.
Al salir de anestesia, terminando el procedimiento quirúrgico colocar sabanas adicionales, cubriendo todo el cuerpo.	Los anestésicos tanto regionales como generales interfieren con los mecanismos termorreguladores normales, deprimiendo el hipotálamo y causando una deficiente regulación de la temperatura corporal. Por lo que es importante evitar pérdida de calor y cubrir a la persona para que éste no entre en hipotermia ¹²⁷ .	Al término del procedimiento quirúrgico la persona se cubrió con sabana adicional y su temperatura corporal estaba en 36°C.

¹²⁷ Ibidem.

PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO MEDIATO

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de caídas r/c debilidad postoperatoria y condición geriátrica

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Evitar peligros	Falta fuerza	Ayuda	3	Independiente

Objetivo de la persona	Conservar la integridad física
Objetivo de enfermería	Disminuir al máximo el riesgo de caídas

Intervención de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Mantener barandales elevados.	De acuerdo con la evidencia uno de los principales factores de riesgo relacionados a la presencia de caídas en la persona hospitalizada es la presencia de barandales de la cama abajo o su ausencia, además los barandales en la cama proporcionan una barra segura para moverse de un lado a otro según su necesidad de movilización con apoyo o por si mismos si tienen la fuerza para hacerlo e indudablemente evitan una caída ¹²⁸ .	Los barandales estuvieron arriba en todo momento.
Acompañar a la persona al baño.	En varios estudios acerca de los factores de riesgo para las caídas se detectó que el lugar en dónde se caen con mayor frecuencia los enfermos geriátricos es en el	Se le acompañó al Sr. JL al baño y en ningún

¹²⁸ Sebben T, Bosi T, Souza J. Evaluación del riesgo e incidencia de caídas en pacientes adultos hospitalizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017. [consulta 13 abril 2018]; 25: e2862. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-2862.pdf

	baño entre otros. La supervisión, ya sea del familiar o del personal de enfermería mantiene cubierta la necesidad de seguridad de la persona y la del entorno ¹²⁹ .	momento sufrió una caída.
Explicar al familiar los factores de riesgo de caídas y solicitar su acompañamiento.	Estrategia importante es la orientación a las personas y cuidadores para hacerlos socios en el cuidado, pues a medida que logran percibir sus limitaciones y los riesgos, les resultará más fácil solicitar ayuda ¹³⁰ .	El familiar se encontraba más familiarizado con los riesgos de caída.
Orientar a la persona sobre el entorno y los dispositivos de ayuda con los que cuenta para su movilización	Entre los factores de riesgo para el diagnóstico de enfermería de riesgo de caídas resalta el de condiciones ambientales, por eso es indispensable enfatizar la manera correcta de implementar las medidas de seguridad preventivas, como la educación de la persona, centrada en los factores de riesgo de caída. La información acerca de las condiciones ambientales instruye a la persona acerca de cómo está diseñado su entorno y con qué elementos cuenta para apoyarse, lo que disminuye sus probabilidades de sufrir una caída ¹³¹ .	El Sr. JL se encontró más orientado en cuanto a lo que lo rodea.
Recomendar a la persona a levantarse de la cama lentamente.	La hipotensión postural u ortostática constituye una de las principales causas de síncope, sobre todo en personas de la tercera edad, por lo tanto, una	El señor JL aprendió y tomó en cuenta la

¹²⁹ Ibidem.

¹³⁰ Luzia MF, Goes MA, Lucena AF. Diagnóstico de enfermería riesgo de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2014.[consulta 7 diciembre 2017]; 22 (2): 262-8. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/es_0104-1169-rlae-22-02-00262.pdf

¹³¹ Ibidem.

	reincorporación brusca de la cama puede resultar en una caída ¹³² .	información proporcionada.
--	--	----------------------------

¹³² Vinyoles E. La detección de la hipotensión ortostática. Hipertens Riesgo Vasc. [Internet], 2013 [consulta 13 abril 2018]; 30 (1): 1-3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-la-deteccion-hipotension-ortostatica-S1889183712000694>

Diagnóstico de enfermería

Intolerancia a la deambulación r/c con dolor de herida quirúrgica m/p expresión verbal, EVA del 10, facies de dolor, tensión muscular, posición antiálgica al deambular.

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Movimiento y buena postura	Falta de fuerza	Ayuda	3	Independiente Dependiente

Datos objetivos	Datos subjetivos
Presencia de facies de dolor a la movilización, posición antiálgica al moverse.	Calificación del dolor con un 10 por EVA

Objetivo de la persona	Dejar de sentir dolor o disminuir la sensación de este a la hora de moverse o deambular.
Objetivo de enfermería	Aminorar o eliminar el sufrimiento de la persona provocado por dolor al moverse.

Intervención	Fundamentación	Evaluación
Administración de buprenorfina 300 mcg	La buprenorfina es un agonista parcial de receptores morfínicos, produce analgesia y otros efectos en el sistema nervioso central que son cualitativamente similares a los de la	Después de la administración de buprenorfina la persona informó que el dolor disminuyó

	<p>morfina. Produce analgesia satisfactoria en personas post operadas¹³³.</p>	<p>a 1 según EVA, las facies de dolor desaparecieron, también la postura antiálgica al movilizarse.</p>
<p>Cambio de posición de Semi Fowler a Fowler</p>	<p>Cambiar a la persona de posición influye favorable en la disminución de dolor. La postura de Fowler favorece la distensibilidad pulmonar, por lo que las inspiraciones pueden ser más profundas y como consecuencia una mejor oxigenación, mientras que la presión sobre los órganos abdominales con relación al diafragma disminuye¹³⁴.</p>	<p>Al cambiar a la persona a la posición Fowler, se observó un alivio evidente del dolor, lo cual expresó de manera verbal.</p>
<p>Ayudarle a la persona a movilizarse</p>	<p>La actividad física de la persona se ve alterada por su incapacidad de realizar algunas de las actividades rutinarias, como, moverse y desplazarse debido al procedimiento considerado como agresión hacia el organismo y el dolor, por eso la enfermera debe brindarle el apoyo necesario para su movilización¹³⁵.</p>	<p>Se le ayudó a la persona a trasladarse al baño, se le apoyó de tal manera que todo el tiempo estuvo fuera de peligro y lo pudo hacer de la forma más</p>

¹³³ Lorenzo P, Moreno A, Leza JC, et al. Farmacología básica y clínica. 19ª ed. México: Panamericana; 2017. P. 86-93.

¹³⁴ Ariza C. Cuidado de enfermería al paciente en postoperatorio temprano de revascularización miocárdica. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2013.[consulta 18 marzo 2018]; 65 (3): 217-221. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0120563313700871/1-s2.0-S0120563313700871-main.pdf?_tid=d6f08f8-7679-46e5-9b77-0e598f94cb63&acdnat=1521514768_dd2cd1aaea3fafbf506072649949f7d

¹³⁵ Ibidem.

		cómoda e indolora.
--	--	-----------------------

Diagnóstico de enfermería

Estreñimiento r/c una ingesta insuficiente de líquidos, alimentación deficiente en fibra y la condición de adulto mayor m/p la necesidad de pujar al evacuar y heces duras.

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Eliminación	Falta de conocimiento	Educadora	3	Independiente

Datos objetivos	Datos subjetivos
Peristalsis disminuida.	Presencia de heces duras al evacuar, la persona tiene que hacer esfuerzo para expulsar heces.

Objetivo de la persona	Adquirir conocimiento para mejorar el peristaltismo intestinal
Objetivo de enfermería	Mejorar la peristalsis intestinal de la persona

Intervención	Fundamentación	Evaluación
Educar para lograr un saludable tránsito intestinal, por ejemplo, ofrecer una dieta rica en fibra, en forma de cereales integrales, frutas frescas, verduras frescas.	La ingesta pobre en fibra es una de las condiciones que predisponen a la constipación, en cambio, una dieta rica en fibra mejora la consistencia de las heces y estimula la evacuación. Se recomienda de	La persona aprendió las estrategias que puede llevar a cabo para mejorar su peristalsis intestinal.

	20-30 gramos diarios de fibra ¹³⁶ .	
Fomentar el incremento de ingesta de los líquidos.	El incremento de la ingesta hídrica entre 1.5-2 litros al día puede ser eficaz en pacientes con estreñimiento secundario a la deshidratación, ya que favorece una consistencia normal de las heces ¹³⁷ .	
Recomendar una actividad física como deambular de acuerdo con las posibilidades y tolerancia de la persona.	La deambulación temprana es una estrategia importante en la rehabilitación de las personas y se inicia cuando están fisiológicamente estables, la ambulación temprana evita complicaciones futuras e influye en el adecuado funcionamiento gastrointestinal y la correcta circulación de la sangre ¹³⁸	

¹³⁶ Guardia M, Amo J, Serrano JL, et al. Protocolo de actuación frente al estreñimiento en el paciente cardiológico. Enfermería en Cardiología [Internet]. 2013.[consulta 7 diciembre 2017]; XX (60): 27-30. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/60_05.pdf

¹³⁷ Ortega E, Barroso D. Estreñimiento. Rev Pediatr Aten Primaria Supl [Internet]. 2013. [consulta 16 abril 2018]; 15 (23): 61-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v15s23/sup23_07.pdf

¹³⁸ Guanchez Mercado A, Jiménez Ramírez G, Cyrus Barker E. Recuperación postquirúrgica mejorada (fast-track) en el paciente adulto mayor. Rev CI EMed UCR [Internet]. 2015.[consulta 11 septiembre 2018]; 1 (1): 31-38. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161c.pdf>

Diagnóstico de enfermería

Dificultad para conciliar el sueño r/c el ambiente hospitalario y dolor m/p verbalización y facies de cansancio

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Descanso y sueño	Falta de fuerza Falta de conocimiento	Ayuda Educativa	3	Independiente

Datos objetivos	Datos subjetivos
Facies de cansancio	Verbalización acerca de la dificultad para poder conciliar el sueño

Objetivo de la persona	Sentirse descansado y aprender sobre la higiene
Objetivo de enfermería	Brindar educación y crear condiciones para lograr un descanso óptimo y sin interrupciones de la persona.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Limitar el nivel del ruido ambiental	El ruido ambiental se encuentra entre los factores principales que más interrumpen el sueño ¹³⁹ .	La persona expresó sentirse con mayor

¹³⁹ Álvarez A, Madrid JA. Importancia del entorno ambiental. Rev Neurol [Internet]. 2016 [consulta 8 marzo 2018]; 63 (Supl2): S1-S27. Disponible en: <http://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>

		<p>privacidad y tranquilidad después de apartarlo con la cortina corrediza del ambiente exterior.</p>
<p>Brindar una iluminación de menor intensidad</p>	<p>La hospitalización está asociada a una disrupción del sueño el que no es refrescante ni restaurador. Los trastornos de sueño en personas hospitalizadas pueden obedecer a tres tipos de causas: fisiopatológicas, psicológicas y medio ambientales. La iluminación es considerada como un factor ambiental y es una condición que repercute de manera directa en el bienestar y en la evolución de la enfermedad de la persona¹⁴⁰.</p> <p>La innecesaria exposición a la luz, antes y durante el sueño nocturno, puede causar problemas de salud, entre los que se encuentran las alteraciones del sueño¹⁴¹.</p>	<p>Al cerrar la cortina corrediza también disminuyó la entrada de la luz y la persona expresó sentirse más relajado.</p>
<p>Educar acerca de evitar tomar siestas durante el día.</p>	<p>Durante el día, los ritmos de neurotransmisores cerebrales, temperatura central, melatonina, metabolismo y activación mental están programados para permanecer despiertos. Dormir durante la noche se ve favorecido por los ritmos de actividad del núcleo supraquiasmático, de temperatura y de melatonina. Los patrones</p>	<p>La persona recibió la información acerca de higiene del sueño con actitud positiva y logró aclarar sus</p>

¹⁴⁰ Ibidem.

¹⁴¹ Ibidem.

	de sueño irregulares, como lo son la toma de siestas pueden trastornar los ritmos circadianos normales, conduciendo posiblemente a dificultades para dormir ¹⁴² .	inquietudes acerca del tema.
Educar acerca de la importancia de mantener un ambiente adecuado para dormir. Incluye: la temperatura, tranquilidad y obscuridad.	El mantenimiento de un ambiente adecuado en el dormitorio es de vital importancia para poder conciliar el sueño y tener un descanso de calidad ¹⁴³ .	

¹⁴² Carrillo P, Ramírez J, Magaña K. Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet]. 2013 [consulta 8 marzo 2018]; 56 (4): 5-15. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2013/un134b.pdf>

¹⁴³ Isabel M, González E, Torres MT. La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. Gerokomos [Internet].2015. [Consulta 26 marzo 2018]; 26 (4): 123-126. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n4/02_originales_01.pdf

7.5 Ejecución

7.5.1 Registro de las intervenciones

Registro de las intervenciones	
Intervención	
Administración de 30 mg de ketorolaco.	X
Desviar la atención de la persona del dolor con conversación.	X
Colocar a la persona en posición fowler 45°.	X
Valorar la severidad de hematuria y vigilar que la orina es evacuada a la bolsa recolectora de forma correcta.	X
Recomendar una ingesta de líquidos abundantes.	X
Vigilar la presencia de distensión vesical: -distensión ligera: sonido mate a la percusión.	X
Limitar el nivel del ruido ambiental y conversaciones junto a la cama de la persona.	X
Brindar una iluminación de menor intensidad y educar acerca de la importancia de mantener la luz apagada antes de dormir y durante el sueño.	X
Educar acerca de no ingerir alimentos abundantes antes de dormir.	X
Educación acerca de evitar tomar siestas durante el día.	X
Ofrecer información prequirúrgica precisa y efectiva, incluyendo la verificación de la identidad de la persona, el procedimiento quirúrgico, localización y el consentimiento informado.	X
Explicar los procedimientos que pueden asustar o preocupar a la persona: mascarillas, luces, accesos venosos, electrodos, sensación de la cánula o mascarilla de oxígeno.	X

Explicar a la persona los posibles efectos de la anestesia, por ejemplo, que es normal que se produzca la somnolencia y obnubilación. La somnolencia es la tendencia de la persona a quedarse dormido, estado intermedio entre el sueño y la vigilia sin perder la conciencia. Obnubilación es un estado de depresión completo de la vigilia del que la persona puede ser despertada con estímulos leves.	X
Profilaxis antibiótica, ceftriaxona 1g.	X
Seguir las políticas y procedimientos del hospital sobre control de infecciones, esterilización y asepsia.	X
La realización del lavado de manos quirúrgico apropiadamente.	X
Usar una bata desechable, el cubrebocas, los guantes y el gorro.	X
Revisar la esterilidad de todo el material a utilizar en el procedimiento.	X
Asegurar a la persona en la mesa de operaciones con cinturón y protectores en los brazos.	X
Proteger el cuerpo de la persona alejándolo de las partes metálicas de la mesa de operaciones.	X
Colocar almohadillas en tobillos y campos en forma de rodete en huecos poplíteos. Ajustar las cintas de seguridad, pero sin apretar.	X
Colocar a la persona de tal manera que sus piernas no estuvieran cruzadas, evitar la hiperextensión de articulaciones: vigilar que los brazos estén sobre apoyos con una angulación inferior a 90°.	X
Asegurar que la mesa de operaciones, la camilla se encuentre estables y utilizar un número del personal adecuado para la movilización y traslado de la persona.	X
Monitoreo y registro de temperatura corporal.	X
Cubrir zonas de piel que no forman parte del procedimiento quirúrgico, como las piernas, la parte alta del tórax y brazos con sabanas adicionales.	X

Al salir de anestesia, terminando el procedimiento quirúrgico colocar sabanas adicionales, cubriendo todo el cuerpo.	X
Mantener barandales elevados.	X
Acompañar a la persona al baño.	X
Explicar al familiar los factores de riesgo de caídas y solicitar su acompañamiento.	X
Orientar a la persona sobre el entorno y los dispositivos de ayuda con los que cuenta para su movilización.	X
Recomendar a la persona a levantarse de la cama lentamente.	X
Administración de buprenorfina 300 mcg.	X
Cambio de posición de Semi Fowler a Fowler.	X
Ayudarle a la persona a moverse.	X
Educar para lograr un saludable tránsito intestinal, por ejemplo, ofrecer una dieta rica en fibra, en forma de cereales integrales, frutas frescas, verduras frescas.	X
Fomentar el incremento de ingesta de los líquidos.	X
Recomendar una actividad física como parte del tratamiento de acuerdo con las posibilidades de la persona.	X
Limitar el nivel del ruido ambiental.	X
Brindar una iluminación de menor intensidad.	X
Educar acerca de evitar tomar siestas durante el día.	X
Educar acerca de la importancia de mantener un ambiente adecuado para dormir. Incluye: la temperatura, tranquilidad y oscuridad.	X

7.6 Evaluación

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Las respuestas del señor JL a las intervenciones de enfermería realizadas durante el perioperatorio fueron favorables, ya que todas las acciones ejecutadas dieron resultados los cuales coincidían con los objetivos de enfermería establecidos.

La persona evolucionó positivamente a lo largo del proceso, mostrando mejoría tanto en dimensiones emocionales, como, físicas, dependiendo del diagnóstico de enfermería, expresando interés para aprender y llevar a cabo las recomendaciones sugeridas.

7.6.2 Evaluación del proceso

Se realizó el estudio de caso a una persona con necesidades de eliminación, evitar peligros, descanso y sueño, termorregulación, movimiento y buena postura alteradas, las cuales fueron detectadas a través de la valoración con base al modelo de Virginia Henderson y se diseñó un plan de cuidados especializado, el cual se ejecutó con éxito.

Se lograron alcanzar todos los objetivos establecidos previamente, tanto los del trabajo presente, como durante el proceso, los cuales fueron de la persona estudiada y de enfermería, así, logrando brindar una atención de calidad con respuestas favorables, las cuales fueron corroboradas durante las evaluaciones finales.

VIII. PLAN DE ALTA

1. Dieta baja en grasas e irritantes¹⁴⁴.
2. Abundantes líquidos¹⁴⁵.
3. Evitar estreñimiento tomando alimentos con fibra¹⁴⁶.
4. Cuidados a la sonda vesical¹⁴⁷:
 - a) Lavarse las manos con agua y jabón siempre que se vaya a manejar la sonda vesical y la bolsa colectora.
 - b) Mantener la sonda por debajo del nivel de la vejiga, evitar desconexiones innecesarias de la bolsa y cuando se cambie no hacer movimientos bruscos, no realizar esfuerzos bruscos, evitar tirones del sitio de fijación, vigilar que la sonda no esté obstruida o doblada, en caso de obstrucción acudir al área de urgencias.
 - c) Debe ducharse diariamente, siempre con la sonda vesical conectada a la bolsa de recogida de orina. La higiene diaria se realizará con agua y jabón.
 - d) El lavado se realizará retirando el prepucio, limpiando a fondo el glande y secando. Al terminar, volver el prepucio a su posición normal.
 - e) Ropa y hábitos higiénicos: usar ropa cómoda que no presione la sonda, en cada manipulación de la bolsa de orina tener una limpieza extrema, ducharse con la sonda, lavar la zona genital con agua y jabón dos veces al día, movilizándolo la sonda en sentido rotatorio y aplicación de solución antiséptica después. Puede ser povidona yodada en espuma o agua oxigenada.

¹⁴⁴ Sountoulides P, Vakalopoulos L, Kikidakis D, et al. Abordaje conservador de la incontinencia post-prostatectomía radical. Arch Esp Urol [Internet]. 2013 [consulta 20 de julio 2018]; 66 (8): 763-775. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1810/181043810001.pdf>

¹⁴⁵ Ibidem.

¹⁴⁶ Sánchez Almaraz R, Fuentes MM, Palma Milla S, et al. Indicaciones de diferentes tipos de fibra en distintas patologías. Nutr Hosp [Internet]. 2015 [consulta 20 de julio 2018]; 31 (6): 2372-2383. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/9023.pdf>

¹⁴⁷ Menéndez L, González GM. Cuidados del catéter urinario basados en la evidencia científica en atención primaria. RqR [Internet]. 2016 [Consulta 6 agosto 2018]; 4 (1): 28-42. Disponible en: http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Invierno%202016/RevistaRqR_Invierno2016_Urinario.pdf

f) Acudir al centro sanitario en caso de: fiebre, sangre abundante en orina, obstrucción total de la sonda, salida accidental de la sonda.

g) Signos de normalidad:

- la orina se puede teñir de sangre al realizar ciertos esfuerzos, como defecar, se le recomienda cuando esto ocurra beber mucha agua.
- los espasmos vesicales pueden causarle un deseo doloroso de orinar, debido a que el organismo reconoce el catéter como un cuerpo extraño e incluso se pueden producir pérdidas de orina pequeñas debidas a las contracciones, que no quieren indicar que la sonda esté mal colocada o defectuosa.
- dolor “tipo espasmo”, puede ser debido a la irritación que la sonda provoca en la vejiga, por coágulos o incluso gases; cambiando de postura o mismamente haciendo un masaje abdominal puede ceder el dolor¹⁴⁸.

5. Cuidados a la piel alrededor de la sonda suprapúbica:

- a) Lavado de manos antes y después del contacto con la herida¹⁴⁹.
- b) Mantener la sonda siempre cerrada.
- c) Mantener la fijación en su lugar.
- d) Lavar la zona alrededor de la sonda todos los días con movimientos circulares de adentro para afuera, con solución salina, agua inyectable estéril con gasas estériles y guantes estériles, o con agua y jabón durante la ducha, secar con gasa estéril o apósito, aplicar antiséptico agua oxigenada, y al final cubrir el sitio de inserción con una gasa estéril, asegurando con micropore¹⁵⁰.
- e) Vigilar el sitio de inserción, los datos de infección: enrojecimiento, hinchazón, calor local, pus, olor desagradable, dolor con aumento de

¹⁴⁸ Ibidem.

¹⁴⁹ Burítica AH, Fernández CA, García N, et al. Management of surgical wounds considering the type, technique and supplies used in an a health providing institution." Armenia, Quindío, 2014. Rev Invest Univ Quindío [Internet]. 2014 [consulta 7 agosto 2018]; 26 (1): 78-96. Disponible en: http://blade1.uniquindio.edu.co/uniquindio/revistainvestigaciones/adjuntos/pdf/1011_78-96.pdf

¹⁵⁰ Ibidem.

sensibilidad, fiebre, frecuencia cardiaca elevada. En caso de presentar la sintomatología mencionada, acudir al hospital¹⁵¹.

6. Cuidados a la herida quirúrgica:

- a) al bañarse, lavar el sitio de incisión con agua y jabón, secar muy bien y cubrir con una gasa estéril y asegurar con micropore¹⁵².
- b) Síntomas de alarma, indicadores de infección: enrojecimiento, hinchazón, dolor con aumento de sensibilidad, calor local, pus, olor desagradable, fiebre¹⁵³.
- c) Acudir al hospital en caso de presentar la sintomatología de infección.

¹⁵¹ Despaigne I, Rodríguez Z, Bestard MP, et al. Consideraciones actuales sobre las infecciones postoperatorias. MEDISAN [Internet]. 2013 [consulta 7 agosto 2018]; 17 (4): 686. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n4/san16413.pdf>

¹⁵² Gutiérrez MI, Villegas ME, López L, et al. Uso de los antisépticos en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2014 [consulta 7 agosto 2018]; 46 (2): 10-24. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656714700563-S300

¹⁵³ Ibidem.

IX. CONCLUSIONES

Es de vital importancia para la persona con afecciones quirúrgicas, una atención personalizada en cada una de las tres etapas del perioperatorio: preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio. En presente estudio de caso se abarcaron las tres etapas durante las cuales se le proporcionó la atención personalizada y conforme a las necesidades insatisfechas de la persona enferma. Las intervenciones de enfermería realizadas se llevaron a cabo con resultados satisfactorios, desde el preoperatorio y dando seguimiento al presente caso hasta el día del alta de la persona. Este tipo de padecimiento es frecuente en la población mexicana y es común encontrar en el área perioperatoria personas convalecientes, por lo que tener un plan de acción de enfermería estandarizado, pero a la vez adaptado a cada individuo sería de gran utilidad para brindar un cuidado integral en todas las etapas del perioperatorio.

Es fundamental que el profesional de enfermería que labore en áreas pre, trans y postquirúrgicas esté capacitado lo suficientemente como para poder resolver problemas propios de cada una de esas etapas, implementando en su práctica el proceso de atención en enfermería, al igual como adquiriendo más conocimiento y habilidad a través de la lectura de trabajos del tipo, como es el estudio presente y la realización de los mismos para compartir los hallazgos obtenidos con otros profesionales de salud interesados en el tema.

El presente estudio de caso sirvió de aprendizaje a la alumna que lo realizó, ya que abarca las tres etapas del perioperatorio y de este modo lo aprendido durante la etapa teórica se pudo llevar a la práctica y justamente es la experiencia de vivir y participar en el estudio de un caso clínico real lo que enriquece un aprendizaje y solidifica tanto los conocimientos y habilidades del alumno, ampliando así su criterio del tema y así estimulando el desarrollo del pensamiento crítico.

X. SUGERENCIAS

Se sugiere a las autoridades académicas promover más las actividades de investigación, como, por ejemplo, el estudio de casos, entre los estudiantes de enfermería, tanto de pregrado, como de posgrado, ya que este tipo de tareas favorece el desarrollo de habilidades como investigador, aumenta el conocimiento, mejora su desempeño en la práctica, brindando un cuidado basado en evidencia científica actualizada, además, durante la revisión de literatura referente a estudios en enfermería, se llegó a la conclusión que en México existe deficiencia de artículos actuales y hace falta que se fomente más la labor de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Hernández Ledesma Y, Díaz BY, Cueto Mena A. Elementos teóricos sobre la enfermería basada en evidencias y su relación con el proceso de enfermería. Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería. 2013; 3 (2): 50-55.
- 2.- Borré-Ortiz YM, Lenis-Victoria C, Suárez-Villa M, Tafur-Castillo J. El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital paratransformar la práctica. Rev Cienc Salud. 2015;13 (3):481-491. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v13n3/v13n3a11.pdf&gws_rd=cr&dcr=0&ei=NrR7Wr_HAcLejwT0oZewCw
- 3.- Pichardo González G. Estudio de caso con el enfoque de Virginia Henderson a una persona con afección valvular aórtica. [Internet]. 2013 [consulta 20 mayo 2018]; 21 (1): 24-29. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2013/en131d.pdf>
- 4.- Jara-Sanabria F, Lizano-Perez A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. Enfermería Universitaria [Internet]. 2016 [consulta 20 mayo 2018]; 13 (4): 208-215. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300410>
- 5.- Reyes E. Hiperplasia Benigna Prostática. Rev.Med. de Costa Rica y Centroamerica [Internet]. 2013 [consulta 23 octubre 2017]; LXX (606): 269-272. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132m.pdf>
- 6.- López-Ramos H, Gómez P, Moreno M, et al. Guía de manejo de hiperplasia benigna prostática benigna. Sociedad Colombiana de Urología 2014. Urol Colomb. [Internet]. 2015. [consulta 28 mayo 2018]; 24 (3): 187.e 1-187. e 32. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-urologia-colombiana-398-articulo-guia-manejo-hiperplasia-prostatica-benigna--S0120789X15000155>
- 7.-Osorio-García MA, Reyes-García IA, Palacios-Saucedo GC. Comparación de los valores de antígeno prostático específico en pacientes con y sin obesidad abdominal del servicio de urología de una unidad médica de tercer nivel de atención. Rev Mex Urol [Internet]. 2015 [consulta 30 de mayo 2018]; 75 (2): 64-71. Disponible en: http://www.revistamexicanadeurologia.com/Ediciones_Pasadas/2015/esp%C3%B1ol/2.pdf
- 8.-Martínez Y, González EA, Castro EM, et al. Comportamiento sindrómico de pacientes con hiperplasia benigna prostática según la medicina tradicional china. Rev Med Electron [Internet]. 2017 [consulta 30 de mayo 2018]; 39 (3): 460-469. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v39n3/rme050317.pdf>

- 9.-Sánchez HM. Manual práctico de urología. México: Cuellar Cayala; 2014. p. 76-91.
- 10.-Pérez Manzanares VM, Salinas González F, García Vásquez RA, et al. Estudio comparativo de adenomectomía prostática laparoscópica y abierta. ¿Cuál ofrece mejores resultados? Rev Mex Urol [Internet]. 2016 [Consulta 1 junio 2018]; 76(2): 99-103. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S2007408516000203/1-s2.0-S2007408516000203-main.pdf?_tid=e94d781d-0645-4bf3-9746-6876e8c3cc61&acdnat=1528165723_bbb2e288a4ea598c2bf76faa8469bea0
- 11.- Morales Lopes MH, Higa R. The role of the clinical nurse specialist in caring for patients with prostate cancer: a narrative review. Nursing: Research and Reviews [Internet]. 2014 [Consulta 1 junio 2018]; 77: 77-89. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/305322709_The_role_of_the_clinical_nurse_specialist_in_caring_for_patients_with_prostate_cancer_a_narrative_review
- 12.-Mata LRF, Ferreira TC, Carvalho EC. Nursing actions in the perioperative period and in preparing prostatectomy patients for discharge. Invest Educ Enferm [Internet]. 2013 [consulta 21 julio 2018]; 31(3): 406-413. Disponible en: <https://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/17500/15726>
- 13.-Oliviera DMN, Nobrera MML, Andrade LL, et al. Diagnoses, results and nursing interventions for the prostatectomized patient. J Nurs UFPE Enferm [Internet]. 2017 [consulta 21 julio 2018]; 11(11): 4455-62. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23493>
- 14.-Topbas E, Sokmen D, Sokmen BK, et al. The importance of medical and nursing care of the open prostatectomy-related vesico-cutaneous fistula. Int J of Urol Nurs [Internet]. 2017 [consulta 23 julio 2018]; 11(2): 118-122. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/ijun.12136>
- 15.-Reyes E. Hiperplasia Benigna Prostática. Rev.Med. de Costa Rica y Centroamerica [Internet]. 2013 [consulta 23 octubre 2017]; LXX (606): 269-272. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132m.pdf>
- 16.-Sánchez HM. Manual práctico de urología. México: Cuellar Cayala; 2014. p. 74-75.
- 17.-Sánchez HM. Manual práctico de urología. México: Cuellar Cayala; 2014. p. 75-76.
- 18.-Reyes E. Hiperplasia Benigna prostática. Rev Med de Costa Rica y Centroamérica [Internet] 2013 [Consulta 23 octubre 2017]; LXX (606): 269-272. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132m.pdf>

- 19.- OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2017. [citado 5 de abr 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
- 20.-Galvis MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Rev Cuid [Internet]. 2015 [Consulta 28 octubre 2017]; 6(2): 1108-1120. Disponible en: https://drive.google.com/drive/folders/0B_c-frEdjNwoUXdUZ3Y1VVZwNzQ
- 21.-Mijangos-Fuentes KI. El paradigma holístico de la Enfermería. Salud y Administración [Internet]. 2014 [Consulta 28 octubre 2017]; 1 (2): 17-22 Disponible en: http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol1num2/A3_Paradigma_Holistico.pdf
- 22.-Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. La pensée Infirmière. España: Cheneliere Education; 2017. p. 2-17.
- 23.-Ferrer CO, Pera PI. El modelo Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros. Rev Rol Enf [Internet]. 2015 [Consulta 28 octubre 2017]; 38 (2): 123-128. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65766/1/647485.pdf>
- 24.-Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. La pensée Infirmière. España: Cheneliere Education; 2017. p. 15-17.
- 25.- Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. La pensée Infirmière. España: Cheneliere Education; 2017. p. 10-12.
- 26.- Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. La pensée Infirmière. España: Cheneliere Education; 2017. p. 2-17.
- 27.- Berman A, Snyder SJ, Koziar B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Pearson Prentice Hall; 2013. p. 43-44.
- 28.- Andrade RM y López JT. Proceso de atención de enfermería. México: Trillas; 2014. p.122.
- 29.- Andrade RM y López JT. Proceso de atención de enfermería. México: Trillas; 2014. p. 123-127.
- 30.- Galvis López MA. Teorías y modelos de enfermería usados en enfermería psiquiátrica. Rev Cuid [Internet]. 2015 [Consulta 24 junio 2018]; 6 (2): 1108-20. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/172/454>
- 31.- Alvarado Pacheco P, Cruz Jiménez M. Proceso de atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. Enfermería Universitaria [Internet]. 2013 [Consulta 24 junio 2018]; 10 (3): 105-111. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-proceso-atencion-enfermeria-una-adolescente-S1665706313726368>

- 32.- Andrade RM y López JT. Proceso de atención de enfermería. México: Trillas; 2014. p. 126-127.
- 33.- Berman A, Snyder SJ, Koziar B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Pearson Prentice Hall; 2013. p. 223-225.
- 34.- Andrade RM y López JT. Proceso de atención de enfermería. México: Trillas; 2014. p. 100-101.
- 35.- Henao Osorio MC. Del surgimiento de la psicología humanística a la psicología humanista-existencial de hoy. Revista Colombiana de Ciencias Sociales. 2013; 4 (1): 83-100.
- 36.- Andrade RM y López JT. Proceso de atención de enfermería. México: Trillas; 2014. p.55-57.
- 37.- Gonzales MG y Monroy A. Proceso enfermero de tercera generación. Enfermería universitaria. 2016; 13 (2): 124-129.
- 38.- Berman A, Snyder SJ, Koziar B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Pearson Prentice Hall; 2013. p.176-179.
- 39.- Berman A, Snyder SJ, Koziar B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Pearson Prentice Hall; 2013. p.175-186.
- 40.-Berman A, Snyder SJ, Koziar B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Pearson Prentice Hall; 2013. p.180-182.
- 41.- Berman A, Snyder SJ, Koziar B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Pearson Prentice Hall; 2013. p.180.
- 42.- Berman A, Snyder SJ, Koziar B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Pearson Prentice Hall; 2013. p.191
- 43.- Berman A, Snyder SJ, Koziar B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Pearson Prentice Hall; 2013. p.196.
- 44.- Berman A, Snyder SJ, Koziar B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Pearson Prentice Hall; 2013. p. 202-203.
- 45.- Nava Galán MG. Plan de alta continuidad del cuidado en la consultoría de enfermería neurológica. Enf Neurol Mex [Internet]. 2013.[consulta 25 junio 2018]; 12 (1): 40-44. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene131g.pdf>
- 46.- CONBIOETICA: Comisión Nacional de Bioética [Internet]. México; 2015 [citado 20 feb 2018]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html
- 47.- Ley General de Salud [Internet]. nd. [Consultado 20 de febrero 2018]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

- 48.- Ley General de Salud: Carta de los derechos generales de los pacientes [Internet]. nd. [Consultado 20 de febrero 2018]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf
- 49.- Vallejos A, Ruano C, Ávila MP, et al. Analgésicos en el paciente hospitalizado: Revisión de Tema. Rev Colomb Cienc Quim Farm [Internet]. 2015 [consulta 25 julio 2018]; 44 (1): 107-127. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rccqf/v44n1/v44n1a08.pdf>
- 50.- Goberna Iglesias MJ, Mayo Moldes M, Lojo Vicente V. Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor Farm [Internet]. 2014 [consulta 26 julio 2018]; 21 (1): 50-58. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v21n1/articulo_especial.pdf
- 51.-Prata B, Ribeiro J, Salgado V. Influencia de diferentes posiciones corporales en la capacidad vital en pacientes en el postoperatorio abdominal superior. Rev Bras Anesthesiol [Internet]. 2015 [consulta 30 julio 2018]; 65(3): 217-221. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rba/v65n3/es_0034-7094-rba-65-03-00217.pdf
- 52.- Groninger H, Phillips J. Gross Hematuria: Assessment and Management at the End of Life. J Hosp Palliat Nurs [Internet]. 2014. [Consulta 17 marzo 2018]; 14 (3): 184-188. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4016967/>
- 53.-Instituto Mexicano del seguro Social. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de infección urinaria asociada a sonda vesical en la mujer en los tres niveles de atención. 2017 [Consultado 17 marzo 2018] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/472GER.pdf>
- 54.- Yukihiro I, Keisuke Y, Tsuyoshi I, et al. Life-threatening urethral hemorrhage after placement of a Foley catheter in a patient with uroseptic disseminated intravascular coagulation due to chronic urinary retention induced by untreated benign prostatic hyperplasia. Acute Medicine & Surgery [Internet]. 2016 [Consulta 17 marzo 2018]; 3 (1): 407-410. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ams2.209>
- 55.- Isabel M, González E, Torres MT. La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. Gerokomos [Internet]. 2015 [consulta 8 marzo 2018]; 26 (4): 123-126.
- 56.- Álvarez A, Madrid JA. Importancia del entorno ambiental. Rev Neurol [Internet]. 2016 [consulta 8 marzo 2018]; 63 (Supl2): S1-S27. Disponible en: <http://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>
- 57.- Canet T. Sueño y alimentación. Rev Neurol [Internet]. 2016 [consulta 8 marzo 2018]; 63 (Supl2): S1-S27. Disponible en: <http://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>

- 58.-Seguel M. Trastornos del sueño en trastornos del ánimo y de la conducta alimentaria. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2013 [consulta 8 marzo 2018]; 24(3):487-493. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0716864013701858/1-s2.0-S0716864013701858-main.pdf?_tid=8d47e26b-8ed4-4ed4-93f7-e2a8eef50dac&acdnat=1520646077_f704f1f62591eea95746ab5f8faa87b5
- 59.- Madrid JA. Importancia de los horarios de sueño. Rev Neurol [Internet]. 2016 [consulta 8 marzo 2018]; 63 (Supl2): S1-S27. Disponible en: <http://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>
- 60.-Carrillo P, Ramírez J, Magaña K. Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet]. 2013 [consulta 8 marzo 2018]; 56 (4): 5-15. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2013/un134b.pdf>
- 61.-Flores CI, Jurado A, Rodríguez MA. Nivel de ansiedad versus autocuidados en el preoperatorio y postoperatorio del paciente con laringectomía total. Rev. Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2016 [consulta 23 noviembre 2017]; 24: e2707. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02707.pdf
- 62.-Hernández AI, López AJ, Guzmán JA. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. Acta Medica Grupo Ángeles [Internet]. 2016 [consulta 23 noviembre 2017]; 14 (1): 6-10. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2016/am161b.pdf>
- 63.- Lorenzo P, Moreno A, Leza JC, et al. Farmacología básica y clínica. 19ª ed. México: Panamericana; 2017. P. 764-770.
- 64.- Noriega LM, Sarras MA. Antibióticos en Urología. Revista Chilena de Urología [Internet]. 2015 [Consulta 23 noviembre 2017]; 80 (4): 11-15. Disponible en: https://www.revistachilenadeurologia.cl/urolchi/wp-content/uploads/2015/12/Ed_04_2015_04_Antibioticos-en-urologia.pdf
- 65.-Tobo NI. La enfermera y la visión de seguridad del paciente en el quirófano en aspectos relacionados con la asepsia y la técnica estéril. Av Enferm [Internet]. 2013 [Consulta 19 abril 2017]; 31 (1): 159-169.
- 66.-Castillo B. Plan de cuidados en el quirófano: Cirugía abdominal laparoscópica. REDUCA Enferm [Internet]. 2013 [Consulta 28 noviembre 2017]; 5 (3): 50-88. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1578/1600>
- 67.- Booth RT, McAllister RK, Bittenbinder TM. Table tipping and a near-miss fall after unlocking a surgical table holding a morbidly obese patient. Proc (Bayl Univ Med Cent) [Internet]. 2016 [Consulta 29 noviembre 2017]; 29 (2): 145-146. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4790549/>

- 68.- Echeverry PC, Rincón DA, Monroy AG, et al. Encuesta de actitudes sobre vigilancia de la temperatura y protección térmica perioperatoria en Colombia. Rev Colomb Anesthesiol [Internet]. 2016 [consulta 23 noviembre 2017]; 44(4): 282-291. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0120334716300831/1-s2.0-S0120334716300831-main.pdf?_tid=2a4339ba-d08a-11e7-9b4f-00000aab0f26&acdnat=1511467929_ba8390ee1d7f1a7e77afb5befee9e941
- 69.- Castillo CG, Candia CA, Marroquin HA, et al. Manejo de la temperatura en el perioperatorio y frecuencia de hipotermia inadvertida en un hospital general. Rev Colomb Anesthesiol [Internet]. 2013 [consulta 16 abril 2018]; 41(2): 97-103. Disponible en: <http://www.revcolanest.com.co/es/manejo-temperatura-el-perioperatorio-frecuencia/articulo/S0120334713000130/>
- 70.- Sebben T, Bosi T, Souza J. Evaluación del riesgo e incidencia de caídas en pacientes adultos hospitalizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017. [consulta 13 abril 2018]; 25: e2862. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-2862.pdf
- 71.- Luzia MF, Goes MA, Lucena AF. Diagnóstico de enfermería riesgo de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2014.[consulta 7 diciembre 2017]; 22 (2): 262-8. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/es_0104-1169-rlae-22-02-00262.pdf
- 72.- Vinyoles E. La detección de la hipotensión ortostática. Hipertens Riesgo Vasc. [Internet]. 2013 [consulta 13 abril 2018]; 30 (1): 1-3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-la-deteccion-hipotension-ortostatica-S1889183712000694>
- 73.- Lorenzo P, Moreno A, Leza JC, et al. Farmacología básica y clínica. 19ª ed. México: Panamericana; 2017. P. 86-93.
- 74.- Ariza C. Cuidado de enfermería al paciente en postoperatorio temprano de revascularización miocárdica. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2013.[consulta 18 marzo 2018]; 65 (3): 217-221. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0120563313700871/1-s2.0-S0120563313700871-main.pdf?_tid=d6ff08f8-7679-46e5-9b77-0e598f94cb63&acdnat=1521514768_dd2cd1aaeea3fafbf506072649949f7d
- 75.- Guardia M, Amo J, Serrano JL, et al. Protocolo de actuación frente al estreñimiento en el paciente cardiológico. Enfermería en Cardiología [Internet]. 2013.[consulta 7 diciembre 2017]; XX (60): 27-30. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/60_05.pdf
- 76.- Ortega E, Barroso D. Estreñimiento. Rev Pediatr Aten Primaria Supl [Internet]. 2013. [consulta 16 abril 2018]; 15 (23): 61-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v15s23/sup23_07.pdf

- 77.- Guanche Mercado A, Jiménez Ramírez G, Cyrus Barker E. Recuperación postquirúrgica mejorada (fast-track) en el paciente adulto mayor. Rev CI EMed UCR [Internet]. 2015.[consulta 11 septiembre 2018]; 1 (1): 31-38. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161c.pdf>
- 78.- Álvarez A, Madrid JA. Importancia del entorno ambiental. Rev Neurol [Internet]. 2016 [consulta 8 marzo 2018]; 63 (Supl2): S1-S27. Disponible en: <http://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>
- 79.- Carrillo P, Ramírez J, Magaña K. Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet]. 2013 [consulta 8 marzo 2018]; 56 (4): 5-15. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2013/un134b.pdf>
- 80.- Isabel M, González E, Torres MT. La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. Gerokomos [Internet].2015. [Consulta 26 marzo 2018]; 26 (4): 123-126. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n4/02_originales_01.pdf
- 81.- Sountoulides P, Vakalopoulos L, Kikidakis D, et al. Abordaje conservador de la incontinencia post-prostatectomía radical. Arch Esp Urol [Internet]. 2013 [consulta 20 de julio 2018]; 66 (8): 763-775. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1810/181043810001.pdf>
- 82.- Sánchez Almaraz R, Fuentes MM, Palma Milla S, et al. Indicaciones de diferentes tipos de fibra en distintas patologías. Nutr Hosp [Internet]. 2015 [consulta 20 de julio 2018]; 31 (6): 2372-2383. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/9023.pdf>
- 83.- Menéndez L, González GM. Cuidados del catéter urinario basados en la evidencia científica en atención primaria. RqR [Internet]. 2016 [Consulta 6 agosto 2018]; 4 (1): 28-42. Disponible en: http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Invierno%202016/RevistaRqR_Invierno2016_Urinario.pdf
- 84.- Burítica AH, Fernández CA, García N, et al. Management of surgical wounds considering the type, technique and supplies used in an a health providing institution." Armenia, Quindío, 2014. Rev Invest Univ Quindio [Internet]. 2014 [consulta 7 agosto 2018]; 26 (1): 78-96. Disponible en: http://blade1.uniquindio.edu.co/uniquindio/revistainvestigaciones/adjuntos/pdf/1011_78-96.pdf
- 85.- Despaigne I, Rodríguez Z, Bestard MP, et al. Consideraciones actuales sobre las infecciones postoperatorias. MEDISAN [Internet]. 2013 [consulta 7 agosto 2018]; 17 (4): 686. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n4/san16413.pdf>
- 86.- Gutiérrez MI, Villegas ME, López L, et al. Uso de los antisépticos en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2014 [consulta 7 agosto 2018]; 46 (2): 10-24.

Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656714700563-S300

ANEXOS

PREOPERATORIO MEDIATO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES
HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON**

Datos de identificación:

Nombre JL Edad 73 Sexo Masculino
 Ocupación Chofer
 Estado civil Casado Religión Católica Escolaridad Secundaria
 Domicilio Tlalpan, Ciudad de México
 Unidad de salud donde se atiende Hospital General Ajusco Medio
 Lugar de Origen: Ciudad de México
 Somatometría: **Peso** 70kg **Talla** 1.70m **Índice de Masa Corporal** 24.2 kg/m²
 Perímetro abdominal 85 cm

VALORACIÓN DE NECESIDADES:

1. Oxigenación:

Escala Glasgow

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

Escala Adrete

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

Oxigenoterapia Post-Quirúrgica

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

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

¿Toma algún medicamento? No, Sí. Especifique:

Región cardio pulmonar: Ruidos pulmonares normales (broncovesiculares), expansión torácica simétrica

Tos: No **Expectoración:** No.

Características de Colgajo

Coloración de la piel Pálida

Llenado capilar 2 segundos.

Signos vitales:

Respiración: Frecuencia 19 **Ritmo** regular **SPO2:** 95%
 Expansión torácica: Simet **X** Asimet
 Profundidad: Superficial Profunda **X**
 Pulso: Frecuencia 110 **Ritmo:** Regular **X** Irregular Intensidad:
 Fuerte **X** Débil
 Tensión arterial 90/60 mm Hg.

2. Alimentación e hidratación:

Tolerancia vía oral buena

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

¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? Sí.

¿Por qué? La persona menciona que se siente bien y refiere que puede comer de todo, aunque comenta que sufre de estreñimiento.

El Sr. JL habitualmente come frutas o jugo de frutas, huevo, quesos, frijoles, tortilla, pan, cereales y leche. Cuida su dieta por la nefrectomía parcial a la cual fue sometido en marzo. El señor comenta que por lo general nunca se acaba toda la comida proporcionada por el hospital porque no le es agradable al gusto, aunque menciona que en casa tampoco se llega a terminar todos los alimentos, ya que su apetito disminuyó a partir de la nefrectomía.

El señor JL menciona que toma pocos líquidos, aproximadamente 1 litro al día.

3. Eliminación.

Vigilancia de sonda vesical

Volumen urinario 300ml **Características** hematuria

Micción espontánea Si

Tipo de drenaje:

volumen

características

Evacuación Si

Características Duras

El Sr. JL habla de que por lo general nunca sufría de estreñimiento, pero los últimos 4 meses empezó a tener problemas digestivos de este tipo, el cual se empezó a tratar con remedios naturales, así como linaza.

4. Movimiento y mantener buena postura

No existe impedimento para la deambulaci3n independiente

El Sr. JL es totalmente autosuficiente para la deambulaci3n, no usa bast3n y no necesita ayuda para incorporarse.

5. Descanso y sueño

¿Cuántas horas duerme habitualmente? 6-7 horas diarias.

¿Presenta alguna alteraci3n del sueño? padece de insomnio y atribuye su alteraci3n del sueño a constantes ganas de miccionar por las noches. Menciona que el ambiente hospitalario afecta de manera negativa a su patr3n de sueño, con frecuencia se despierta por los ruidos propios del hospital y expresa sentir cansancio. La persona tiene un aspecto cansado con ojeras leves.

6. Vestido

¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? Si.

7. Termorregulaci3n

Temperatura: 36,5°C.

Antipiréticos ministrados No.

8. Higiene

¿Con que frecuencia se baña? Todos los días.

¿Sabe cuándo lavar sus manos? Se lava las manos antes de consumir alimentos, antes y después de ir al baño, después de llegar de la calle a su domicilio, después de tener contacto con animales, así sean domésticos o de la calle.

¿Cada cuando cepilla sus dientes? 3 veces por día.

9. Evitar peligros

Riesgo de Caídas

Escala de funcionalidad de Crichton

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

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

Esquema de inmunizaciones completo Si

¿Consumo de drogas de uso no médico? No.

Antibioticoterapia Ceftriaxona.

Medicamentos: Ketorolaco IV por razón necesaria.

El señor comenta que su procedimiento quirúrgico le causa ansiedad y temor por la anestesia, por no saber acerca de lo que lo espera y su pronóstico final. Se muestra inquieto, ansioso, manos transpirando.

JL refiere dolor de 8 en escala de EVA por el crecimiento prostático actual.

La persona realiza movimientos de manera lenta, con precaución por el dolor.

10. Comunicación

Idioma materno español

¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? No ¿Cuál? Vista X oído _____ olfato _____ gusto _____ tacto

El Sr. JL usa lentes solamente para leer.

La audición se encuentra en óptimas condiciones.

¿Afectación verbal? No.

¿Tiene dificultad para? Comprender No. Aprender No. Concentrarse: No.

Lectoescritura: No.

¿Cómo es la comunicación con su familia?

Refiere que su comunicación con la familia es maravillosa.

11. Creencias y sus valores

¿Qué es importante para usted, en la vida? Refiere la relevancia en su vida de Dios, además comenta la importancia en su vida de su familia.

¿Además de ese valor que otras cosas son importantes?

“Lo más importante es la salud y la familia”

Explore datos subjetivos:

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

- a) Lee con frecuencia
- b) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros
- c) Prácticas de oración y rezos
- d) Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo
- e) Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias
- f) Solicita la presencia de: Sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual.

Describe

Al hablar repite “gracias a Dios”, “con el permiso, con la ayuda de Dios”.

12. Trabajar y realización

¿Trabaja? Si

¿Tiene alguna capacidad diferente o limitación? No.

¿Necesita algún cuidado especial? No.

¿Su limitación es temporal? Si. ¿Puede trabajar? Si.

¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? No.

13. Recreación

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

Nunca _____ Pocas veces X Casi siempre _____ Siempre _____

¿A qué atribuye Usted este estado de ánimo? habla acerca de que últimamente no se siente con ánimos de divertirse debido a su estado de salud.

¿Qué actividades recreativas acostumbra a realizar usted para divertirse?

Cine ___ teatro___ Lectura___ TV/Música X Baile___ Fiesta___ Reuniones con amistades y familiares X Otros _____

¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? No.

14. Aprendizaje

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? Sí.

¿Por qué? El Sr. JL conoce de manera general acerca de su padecimiento actual y sabe qué es lo que le van a realizar, sin embargo, cree que podría mejorar sus conocimientos acerca del tema.

¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender?

Muy Baja _____ Me cuesta trabajo, pero sí aprendo _____ Regular X Casi no me cuesta trabajo _____ No me cuesta ningún trabajo _____

¿De qué fuente adquiere conocimientos?

Lectura _____ otras personas _____ Televisión X Radio _____ Cursos _____ Conferencias _____ Otros _____

¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? No.

¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? Si.

TRANSOPERATORIO

7. Termorregulación

La temperatura corporal es un dato que no fue posible monitorizar durante el acto quirúrgico, ya que el monitor de anestesiología no contaba con tal información.

Al ingresar a la sala quirúrgica el Sr. JL comunicó verbalmente que sentía frío.

La temperatura corporal fue tomada antes de entrar al quirófano, siendo esta de 36.6°C y al terminar la intervención aun estado en la sala de operaciones, disminuyendo esta a 36°C.

9. Evitar peligros

La persona se encuentra bajo los efectos de anestesia, acostado en una mesa quirúrgica de dimensiones reducidas. Existe interrupción de barrera cutánea por el procedimiento quirúrgico. El riesgo de lesionarse según la escala de valoración de la funcionalidad de Crichton es alto, de 9 puntos.

Escala de funcionalidad de Crichton

Valoración de Riesgo	Puntuación	Valoración
Limitación física	2	2
Estado mental alterado	3	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2	2
Problemas de idioma o socioculturales	2	0
Incontinencia urinaria	1	0
Déficit sensorial (auditivo, visual)	2	2
Desarrollo psicomotriz 0-5 años	2	0
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1	0
Total	15	9

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

POSTOPERATORIO MEDIATO

3. Eliminación.

Evacuación Si **Características Duras**

La peristalsis se encuentra disminuida, 2 ruidos por minuto.

El señor JL refiere que en cada ocasión que trata de evacuar, tiene que realizar un gran esfuerzo para lograr expulsar la materia fecal, pujando, con presencia de heces duras con forma de nuez.

4. Movimiento y mantener buena postura

Posición de la persona: semi fowler.

El señor JL menciona que le es difícil deambular, ya que presenta un dolor fuerte en el sitio quirúrgico, según la escala EVA de 10, ya que si no fuera por el dolor el podría movilizarse sin problema.

Se pueden observar facies de dolor, posición antiálgica al movilizarse.

5. Descanso y sueño

¿Presenta alguna alteración del sueño?

El señor JL habla acerca de presentar sueño fraccionado actualmente por el ambiente hospitalario y el dolor.

Se observan facies de cansancio.

9. Evitar peligros

Se puede observar que la persona no tiene la capacidad de incorporarse, ni trasladarse sin ayuda externa por dolor, según escala EVA 10, lo cual también expresa de manera verbal.

Riesgo de caídas según la escala de funcionalidad de Crichton es mediano, ya que la puntuación es de 4.

Escala de funcionalidad Crichton

Valoración de Riesgo	Puntuación	Valoración
Limitación física	2	2
Estado mental alterado	3	
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2	2
Problemas de idioma o socioculturales	2	0
Incontinencia urinaria	1	0
Déficit sensorial (auditivo, visual)	2	0
Desarrollo psicomotriz 0-5 años	2	0
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1	0
Total	15	4

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

ESCALAS DE VALORACIÓN

PREOPERATORIO MEDIATO

Escala de funcionalidad Crichton

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

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

Escala Visual Analógica

EVA por pacientes			
0 No dolor	1-4 Ligero	5-7 moderado	8-10 Severo

TRANSOPERATORIO

Escala de funcionalidad Crichton

Valoración de Riesgo	Puntuación	Valoración
Limitación física	2	2
Estado mental alterado	3	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2	2
Problemas de idioma o socioculturales	2	0
Incontinencia urinaria	1	0
Déficit sensorial (auditivo, visual)	2	2
Desarrollo psicomotriz 0-5 años	2	0
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1	0
Total	15	9

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

POSTOPERATORIO MEDIATO

Escala de funcionalidad Crichton

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

Total	15	4
-------	----	---

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

Escala Visual Analógica

EVA por pacientes			
0	1-4	5-7	8-10
No dolor	Ligero	moderado	Severo