

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PLAN DE CUIDADOS A USUARIOS EN ETAPA PREOPERATORIA EN UN HOSPITAL
PRIVADO: ESTUDIO DE CASO

Trabajo final de investigación aplicada sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Quirúrgica

GRACIELA JIMENEZ MATA
FELIPE NAVARRO ELIZONDO

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica
2021

Dedicatoria

Para mis padres Carlos y Doris que son mi mas fiel ejemplo a seguir de superación, gracias por ese amor tan grande e infinito, por ayudarme a cumplir mis metas, sueños y anhelos. También quiero dedicarla a mis hermanos (as) y sobrinos (as) que los amo con todo el corazón, a mi compañera de tesis por su gran acompañamiento en esta etapa y a cada una de las personas que fueron generadoras de conocimiento.

Felipe Navarro Elizondo

Quiero dedicar este logro a las dos personas más importantes en mi vida: Dios y a mi amado esposo Jonathan, ambos han sido incondicionales en este proceso, me han dado el amor y la fuerza para mantenerme firme en mi objetivo. Tatan gracias por creer en mí, por la paciencia y el apoyo constante, te amo demasiado. También, quiero dedicarla a mis padres Herbert y Maribel por estar siempre ahí y guiarme en la vida por medio del amor, la humildad, la dedicación y la perseverancia, los amo muchísimo, gracias por ser mis padres. Y por último, pero no menos importante, a Felipe, quien más que un compañero de maestría y tesis, se convirtió en mi amigo incondicional, gracias por ser como eres Feli, te adoro con todo mi corazón.

Graciela Jiménez Mata

Agradecimientos

Queremos agradecer en primera instancia a Dios por ser el motor de nuestras vidas y darnos las fuerzas en los momentos que quisimos flaquear; a Él por mantenernos con salud y con capacidad de poder desarrollar este trabajo.

A nuestras familias por todo el apoyo incondicional, ya que a pesar de las adversidades se mantuvieron y creyeron fielmente en nosotros, y esto nos motivó siempre durante todo el proceso de la maestría.

A la Universidad de Costa Rica por permitirnos formarnos como especialistas en el ámbito perioperatorio y mostrarnos las mejores herramientas para poder desempeñar nuestras funciones de la mejor manera.

A nuestra directora de tesis Vivian Vilchez Barboza por estar siempre pendiente de nuestros avances y darnos las mejoras para poder seguir adelante; además, al profesor Noé Ramírez Elizondo por su gran enseñanza durante este proceso a ambos, gracias.

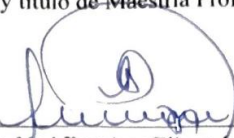
A todo el comité asesor y tribunal examinador por sus valiosos comentarios y aportes académicos durante el proceso de desarrollo de este trabajo.

A todas las personas que de una u otra forma nos acompañaron en el proceso, y nos aportaron un granito de arena para poder culminar esta etapa.

Gracias a todos...

Graciela Jiménez y Felipe Navarro

“Este Trabajo Final de Investigación Aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Quirúrgica”



Dr. Noé Ramírez Elizondo
Representante del Decano
Sistema de Estudios de Posgrado



Dra. Vivian Vilechez Barboza
Profesora Guía



M.Sc. Silvia Cordero Castro
Lectora



Dra. Ana Laura Solano López
Lectora



Mag. Paola Cordero Vargas
Representante de la Dirección del Programa de Posgrado de
Ciencias de la Enfermería



Graciela María Jiménez Mata
Sustentante



Eduardo Felipe Navarro Elizondo
Sustentante

Tabla de Contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Hoja de aprobación	iv
Resumen	viii
Summary	ix
Índice de Cuadros	x
Índice de Figuras	xi
Lista de Abreviaturas	xii
Licencia de Publicación	xiii
Licencia de Publicación	xiv
1. Introducción	2
1.1. Justificación	6
1.2 Objetivos	12
1.2.1. Objetivo General	12
1.2.2. Objetivos específicos	12
2. Marco Referencial	14
2.1. Antecedentes	14
2.1.1 Antecedentes Internacionales	14
2.1.2 Antecedentes Nacionales	17
2.2 Marco Conceptual	18
2.2.1 Proceso de Enfermería (PE)	18
2.2.2 Lenguaje Estandarizado NANDA, NIC y NOC	19
2.3 Marco Teórico	21
2.3.1 Teoría de Virginia Henderson	21
3. Marco Metodológico	25
3.1 Diseño del Estudio de Caso	25
3.2 Población y Muestra	26
3.3 Recolección de los datos	27

3.3.1 Valoración.....	28
3.3.2 Diagnóstico.....	29
3.3.3 Planeación.....	30
3.3.4 Ejecución.....	30
3.3.5 Evaluación.....	30
3.4 Analisis de los datos.....	31
3.5 Requisitos Éticos.....	31
4.1. Resultados.....	35
4.1.1 Fase de Valoración.....	35
4.1.1.1. Caso MVJG.....	35
4.1.1.2. Caso MACB.....	37
4.1.2. Fase de Diagnóstico.....	39
4.1.2.1. Caso MVJG.....	39
4.1.2.2. Caso MACB.....	41
4.1.3 Fase de Planeación.....	43
4.1.3.1. Plan de cuidados del Caso MVJG.....	43
4.1.3.1. Plan de cuidados del Caso MACB.....	46
4.1.4. Fases de Ejecución y Evaluación.....	48
4.1.4.1. Caso MVJG.....	49
4.1.4.2. Caso MACB.....	53
4.2 Discusión.....	56
5.1. Conclusiones.....	62
5.2 Recomendaciones.....	65
5.2.1 A los centros salud que brindan servicio de cirugía:.....	65
5.2.2. A la Maestría en Enfermería Quirúrgica de la Universidad de Costa Rica:.....	65
5.2.3. Al Colegio de Enfermeras de Costa Rica:.....	66
6.1. Referencias Bibliográficas.....	68
6.2 Anexos.....	78
6.2.1 Anexo I: Carta de Autorización para llevar a cabo el estudio de caso en el Hospital Privado.....	78

6.2.2. Anexo II: Guía de Valoración basada en las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson79
6.2.3. Anexo III: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)84

Resumen

Introducción: La Enfermería como disciplina tiene como objeto de estudio el cuidado; para poder ejercer el cuidado con calidad se debe realizar un buen Proceso de Enfermería (PE), ya que es la vía para poder garantizar una atención segura, un cuidado humanizado y basado en la evidencia.

Justificación: Se busca evidenciar la importancia de la aplicación del PE, que debería ser siempre parte de la atención que brindan las y los enfermeros, en un Hospital Privado en el preoperatorio; este período en un proceso quirúrgico, es el punto de partida, para conocer a las personas y sus respuestas humanas ante su condición quirúrgica; poder intervenir en esta etapa es crucial, pues se puede prevenir eventos adversos, optimizar la recuperación y disminuir complicaciones en el transoperatorio.

Objetivo: Desarrollar un plan de cuidados a usuarios en etapa preoperatoria en un estudio de caso, en un Hospital Privado.

Marco Referencial: en los antecedentes la mayoría de los estudios apuntan a que el principal problema en el preoperatorio es la ansiedad; los conceptos que se desarrollaron fueron: Proceso de Enfermería y Lenguaje Taxonómico; y la Teoría que sustenta este estudio de caso es el Modelo de Virginia Henderson.

Marco Metodológico: Este es un estudio de caso y el principal método de recolección de datos fue el PE, por medio de sus 5 etapas (para identificar las principales necesidades de cuidado, los principales diagnósticos NANDA, los principales resultados NOC y las principales intervenciones NIC). Se abordaron dos casos específicamente.

Resultados: La principal necesidad de cuidado con dependencia fue la necesidad 9: evitar peligros/ seguridad. El principal diagnóstico NANDA en ambas personas de cuidado fue: 00146 Ansiedad r/c estresores, m/p temor y nerviosismo; pero hubo un caso que tuvo más características definitorias o manifestaciones: temblor, temblor de manos, palpitaciones cardíacas y bloqueo de pensamientos. Las principales intervenciones NIC en ambos casos fueron: [5820] Disminución de la ansiedad y [1330] Aromaterapia. Y el principal resultado NOC identificado en ambas personas de cuidado fue: [1211] Nivel de ansiedad.

Discusión: ambas personas de cuidado confirman lo que la mayoría de los estudios apuntan como el principal problema a nivel preoperatorio: la ansiedad. Cabe rescatar que la presentaron en diferente intensidad, y las manifestaciones difieren de una persona a otra.

Conclusión: La implementación del PE preoperatorio en aquellas personas de cuidado que serán sometidas a un procedimiento quirúrgico, es imperativo; este debe ser estandarizado por medio del lenguaje taxonómico, pero se debe ejecutar desde la individualidad de la persona; para que esta se pueda integrar de la mejor manera a su cotidianidad y lo ideal sería que el PE en dichos servicios, lo lleve a cabo una o un profesional especializado en Enfermería Quirúrgica.

Summary

Introduction: The objective of Nursing as a discipline is the study of care; to carry out high quality care, a good Nursing Process (NP) must be in place, since it is the best way to guarantee safe and humanized care, as well as evidence based. **Justification:** Therefore, evidence must support the importance of the application of the NP, which should always be part of the care provided by the nurses in a private hospital in the preoperative period; this period in a surgical process is the starting point to getting to know people and their human responses in a surgical setting. Being able to intervene in this stage is crucial, since adverse events can be anticipated, the recovery period can be optimized, and complications can be reduced in the intraoperative. **Objective:** To develop a care plan for users in the preoperative state in a case study, in a private hospital.

Referential Framework: Most studies indicate that the main problem in the preoperative period is anxiety. The concepts that were developed were: the Nursing Process and Taxonomic Language; the theory that supports this case study is the Virginia Henderson Model.

Methodological Framework: The main data collection method in this case study was the NP, through its five stages (to identify the main care needs, the main NANDA diagnoses, the main NOC results, and the main NIC interventions). Two cases were specifically addressed. **Results:** The main need for dependent care was need 9: avoid dangers/safety. The main NANDA diagnosis in both caregivers was: 00146 anxiety r/t stressors, m/b fear and nervousness. But there was one case with more defining characteristics or manifestations: tremor, hand tremors, heart palpitations, and thought blockage. The main NIC interventions in both cases were: [5820] anxiety reduction and [1330] aromatherapy. The main NOC outcome identified in both caregivers was: [1211] anxiety level. **Discussion:** Both caregivers confirm what most studies indicate as the main problem at the preoperative level: anxiety. It should be noted that they presented in varied degrees, and the manifestations differ from one person to another. **Conclusion:** The implementation of the preoperative NP in caregivers who will participate in a surgical procedure is imperative. This must be standardized by means of a taxonomic language, but it must be customized to the person. This way it can be integrated in their daily life in the best way and ideally, the NP in these services would be carried out by a professional specialized in Surgical Nursing.

Índice de Cuadros

Número de Cuadro	Pág
Cuadro 1	36
Cuadro 2	38
Cuadro 3	43
Cuadro 4	46
Cuadro 5	50
Cuadro 6	50
Cuadro 7	51
Cuadro 8	52
Cuadro 9	54
Cuadro 10	55
Cuadro 11	56
Cuadro 12	58
Cuadro 13	59
Cuadro 14	60

Índice de Figuras

Número de Figura	Pág
Figura 1	40
Figura 2	42

Lista de Abreviaturas

- **NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association.
- **NANDA- I:** North American Nursing Diagnosis Association International.
- **NIC:** Nursing Interventions Classification.
- **NOC:** Nursing Outcomes Classification.
- **PE:** Proceso de Enfermería.
- **BAI:** Inventario de Ansiedad de Beck.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Felipe Felipe Navarro Elizondo, con cédula de identidad 1-15000099, en mi condición de autor del TFG titulado Plan de Cuidados a Usuarios en etapa preoperatoria en un Hospital Privado: estudio de caso

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 118 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

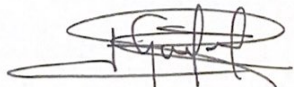
Yo, Graciela María Jiménez Mata, con cédula de identidad 2-0646-0644, en mi condición de autor del TFG titulado Plan de cuidados a usuarios en etapa Preoperatoria en un Hospital Privado: Estudio de Caso

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.


FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

Capítulo I: Introducción

1. Introducción

La Enfermería ha estado presente desde el inicio de la humanidad, ya que siempre han existido personas que se han ocupado de otros. Desde este proceso de cuidado a los más indefensos o a quienes lo requieren, es que con el paso del tiempo, la Enfermería se ha ido personalizando: inició como arte innato y llegó a conformarse como disciplina ^(1,2).

La profesión no siempre fue vista como tal, históricamente se evidencia su transformación a través de acontecimientos y personajes significativos, como fue Florence Nightingale en la Guerra de Crimea, quien tuvo un papel fundamental en la concepción del cuidado y marcó una nueva era para la Enfermería ⁽³⁾.

Desde que la Enfermería se funda como profesión por *Florence Nightingale*, aproximadamente a mediados del siglo XIX, se ha logrado modificar su competencia y desempeño, por el aumento constante de conocimientos teóricos y prácticos sobre dicha ciencia. A partir de la segunda mitad del siglo pasado, la práctica del cuidado comenzó a contener justificación teórica, y la apropiación de teorías ha permitido perfeccionar la práctica mediante la observación, descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos que surgen de la realidad cotidiana; pero muy especialmente del objeto de estudio de la profesión que es el cuidado ⁽⁴⁾.

La Enfermería ha captado conocimiento y algunos modelos de otras disciplinas, para crear su base teórica y sustentar su quehacer, no obstante, Peplau en 1952 desarrolla la primera teoría Enfermera, dejando así el precedente que da pie a la creación de nuevas teorías y modelos propios; de igual manera, la utilización del método científico pone en evidencia la necesidad de crear instituciones donde se formen las y los enfermeros; este paso potenció la autonomía, en pro del profesionalismo. Más tarde se presenta la necesidad de crear un código de ética, que reconoce la contribución que da la Enfermería a la sociedad y al mismo tiempo exige responsabilidad e integridad en la práctica ⁽²⁾.

En la Enfermería contemporánea, se habla de la gestión del cuidado, dando énfasis a la prevención, promoción y restauración de la salud ⁽⁵⁾. Desde la década de los cincuenta hasta la actualidad, se cuestiona sobre el ser y el hacer de la Enfermería, identificando el cuidado como la esencia de la profesión, el cual involucra a la persona, la familia y hasta la misma comunidad, además implica acciones como: la interacción, el afecto, la participación y la ética; ya que son esenciales para cuidar ⁽⁶⁾.

Para cuidar se requiere de un conocimiento científico, el cual es adquirido, compartido y transmitido; se debe abordar la salud, tomando en cuenta la condición social, la diversidad y la multiculturalidad inherente de los colectivos humanos. Igualmente, se debe hacer hincapié en que es un proceso que implica empatía, identificación y proyección, para poder comprender el fenómeno humano, y así poder lograr que el accionar Enfermero tenga un fin terapéutico y un enfoque humanista ^(7,8).

La Enfermería como disciplina tiene como objeto de estudio el cuidado, visto desde la experiencia de la salud humana, donde se puede observar no solo el significado como tal si no la cantidad de componentes que lo integran; los conocimientos adquiridos durante la formación académica facilitan esa visión del cuidado ^(9,10). Este representa la esencia del ser de la profesión, y se lleva a cabo por medio del Proceso de Enfermería (PE), el cual se caracteriza por ser dinámico, participativo, y por medio del cual se priorizan las necesidades individuales e incluso colectivas de las personas, por consiguiente la interrelación entre el individuo y la o el enfermero es indispensable ⁽¹¹⁾.

El cuidado de Enfermería se ha considerado todo un reto, ya que es algo cambiante, va de la mano de la cultura, la religión, tradiciones, valores, condición socioeconómica y sentimientos, que fusionados se transforman en un desafío para poder cumplir con las necesidades de cuidado y de este modo dar una atención individualizada, humanizada y eficaz. El cambio constante de los determinantes sociales de la salud de cada persona requiere que en una relación enfermera (o)-usuario (a), la o el profesional observe, escuche, toque, valore y sienta a través de la empatía, para

poder identificar y comprender todas las necesidades de cuidado presentes en el momento dado (12).

Para poder ejercer el cuidado con calidad se debe realizar un buen PE, ya que es el método científico propio de la disciplina. Muchos estudios documentados a nivel internacional, evidencian que por medio del mismo se logra dar el cuidado con fundamento científico, dar resolución a problemas encontrados y tomar decisiones. Igualmente, este se caracteriza por fomentar la asistencia reflexiva y organizada, brinda continuidad e individualidad al cuidado, además facilita el uso racional del tiempo y la capacidad de juicio crítico, dándole un papel protagonista a la o el enfermero en el establecimiento de diagnósticos propios, para dirigir sus intervenciones y no solo basar estas últimas en el diagnóstico médico (13,14).

El PE genera un plan de trabajo constante, en la ejecución de la práctica clínica y se basa en las capacidades de la o el enfermero, para poder cubrir las necesidades de la o el usuario, la familia y su interrelación con el entorno (15). Desde hace varios años, Enfermería discute sobre la necesidad de unificar o estandarizar el lenguaje de la profesión, pues la utilización de un lenguaje común ayuda a intensificar la esencia de la disciplina, mejora la práctica cotidiana y asegura un cuidado humanizado (16).

El PE tiene cinco etapas engranadas y correlacionadas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Estas se desarrollan de forma continua y cíclica, a su vez cuenta con una serie de propósitos para poder llevar a cabo su función, una de ellas es que ayuda a estar en constante comunicación, permite la recolección y obtención de información para brindar cuidado, facilita la evolución y la mejora de los cuidados de enfermería, y favorece el desarrollo del conocimiento científico (16-18).

A pesar que el PE es la base del ejercicio de la Enfermería, los y las profesionales han causado que su aplicabilidad se vea limitada, ya que enmarcan su trabajo en dar cumplimiento a las indicaciones médicas, con pobre actuación independiente, dejando de lado la autonomía de la profesión y

perdiendo de esa forma espacios propios, que otros profesionales de la salud asumen como suyos, a pesar de la carencia de conocimientos acerca del cuidado ⁽¹⁹⁾.

En la actualidad se ha evidenciado, que la aplicación metódica y veraz del PE se ha convertido en un reto; debido que hay condicionantes que impiden cumplir a cabalidad el proceso, tales como la sobrecarga de trabajo, no tener tiempo durante el turno, la administración de medicamentos, llevar más de 4 años en el ejercicio de la profesión, el desconocimiento de la taxonomía y el dirigirse por el diagnóstico médico únicamente para planificar intervenciones del quehacer enfermero ⁽²⁰⁾.

El dejar de lado la aplicación del PE implica el detrimento del juicio clínico y de la planeación de cuidados basados en fundamento científico y teórico de Enfermería, lo que llevaría a perder el objetivo y la autonomía que tiene la profesión ⁽¹⁸⁾. Se debe hacer hincapié en que el PE es la vía para poder garantizar una atención segura y de calidad, y un cuidado humanizado y basado en la evidencia ⁽²¹⁾.

Uno de los escenarios donde la seguridad en la atención es crucial, es en el perioperatorio, tanto así que la OMS planteó la estrategia de “cirugía segura salvavidas”, como una meta internacional ^(22,23), es por esto que el accionar de la o el enfermero en el ámbito quirúrgico, especialmente si es especializado(a) en el mismo, no puede prescindir del PE, debido a que es su responsabilidad valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar para dar respuesta a las necesidades de cuidado individuales, disminuir el riesgo de un evento adverso, al mismo tiempo que previene posibles complicaciones perioperatorias y reduce daños que impacten a la persona de manera irreversible ^(21,24).

Los procedimientos quirúrgicos, son en su mayoría eventos especiales para las personas, su éxito depende no sólo del estado de salud del o la usuaria, si no también de la preparación previa que realiza Enfermería desde el inicio del preoperatorio hasta su culminación en el postoperatorio e incluso cuando se da el alta; Enfermería tiene la capacidad de ir identificando posibles eventualidades en las fases del proceso perioperatorio, donde la recuperación depende en su

totalidad del cuidado enfermero, por ende es de gran importancia establecer un PE que permita una correcta comunicación entre enfermera (o)-usuario (a) ⁽²⁵⁾.

Una de las cosas más importantes que pueden realizar el personal de Enfermería es lograr establecer vínculos por medio de la empatía con cada uno o una de las y los usuarios a quienes brindan su servicio, esto ayuda alcanzar una intervención basada en las necesidades reales de cuidado vistas desde de la persona y no desde la o el enfermero, y así ir logrando dentro del proceso perioperatorio una relación terapéutica, segura e integral, en pro de una recuperación pronta y eficaz ⁽²⁶⁾.

Es por esto, que este Trabajo de Investigación Aplicada, evidencia por medio de un estudio de caso, la realización de un plan de cuidados a dos usuarios en etapa preoperatoria, para identificar los principales diagnósticos, resultados e intervenciones según necesidades de cuidado de Henderson, en un Hospital Privado de Costa Rica, y al mismo tiempo, plasma el papel de la y el profesional especializado en Enfermería Quirúrgica en la atención de las y los usuarios con cirugía programada.

1.1. Justificación

La Enfermería como ciencia que estudia el cuidado, sustenta su quehacer en su amplio marco teórico y utiliza el PE como método que permite y facilita que la o el profesional identifique las necesidades de cuidado de las y los usuarios en distintos escenarios, tal como en el preoperatorio. Es importante tener en cuenta que el PE va dirigido a la resolución de problemas de forma individualizada, humanizada, ética y de calidad ⁽¹⁸⁾.

Un servicio de alta calidad se relaciona con maximizar el bienestar de la o el usuario, pues incrementa la probabilidad de obtener los resultados esperados, por consiguiente depende del nivel de conocimiento basado en la evidencia ⁽²⁷⁾. Siendo las cirugías acontecimientos que generan mucho estrés en las personas que se deben someter a las mismas, se torna crucial la intervención de Enfermería en el preoperatorio, desde las perspectivas de calidad y humanización del cuidado.

Es el momento idóneo para valorar qué tipo de necesidades de cuidado presentan las personas estando aún conscientes y solventarlas, antes de ingresar al transoperatorio, pues ahí las prioridades de cuidado por lo general cambian.

El período preoperatorio en un proceso quirúrgico, es el punto de partida, que facilita conocer a las personas y sus respuestas humanas ante su condición quirúrgica. Diversos estudios demuestran que esta respuesta en muchas ocasiones es la ansiedad, y esta repercute de forma directa en el desarrollo del resto de las etapas: transoperatorio, recuperación inmediata, mediata y tardía; pues no solo desencadena reacciones fisiológicas, que pueden provocar la suspensión del procedimiento, sino que incluso aumentan el riesgo de morbilidad transquirúrgica y retarda la recuperación óptima de la o el usuario ^(28,29).

Por lo tanto, Enfermería como disciplina encargada de cuidar, y con el deber de hacerlo bien, debe conocer cuales son las principales respuestas humanas de sus usuarias y usuarios quirúrgicos, desde el preoperatorio, para poder intervenir y así optimizar la recuperación, disminuir complicaciones en el transoperatorio, y buscar desde el foco de una atención de calidad el bienestar de las personas intervenidas. Esta es la justificante del porqué se escogió el preoperatorio como etapa específica perioperatoria en la que se va a intervenir en esta investigación.

Igualmente, se debe hacer hincapié en que la atención individualizada implica visualizar a las personas en su entorno, e integradas en la familia, la comunidad, pues es la única manera de determinar las necesidades reales de cuidado, que Enfermería puede solventar por medio PE ⁽³⁰⁾. Este último como método, estimula el análisis crítico, basado en evidencia; su aplicabilidad favorece el desarrollo de la profesión y fortalece la autonomía de la misma; por lo que implementar el PE, en un servicio de preanestesia, utilizando una de las teorizantes de Enfermería para la valoración, y el lenguaje taxonómico para los diagnósticos, intervenciones y evaluar los resultados; generaría un impacto significativo y positivo en la atención que brinda la institución privada en la que se trabajará.

Lo anterior, debido a que las y los enfermeros podrían comenzar a dejar plasmado su Proceso de Enfermería (PE) con lenguaje estandarizado, el cual es inexistente en este servicio, por ende, se tomarían el tiempo para valorar a las y los usuarios e identificar sus necesidades reales de cuidado, realizarían diagnósticos propios de la disciplina, centrarían su quehacer en las respuestas humanas y dirigirían sus intervenciones hacia la resolución de las mismas. Dejando así de “sacar trabajo”, sino que asumirían su rol profesional; por consiguiente, esto beneficiaría a las y los usuarios y el manejo de su condición quirúrgica, y garantizaría una gestión del cuidado humanizado; lo que se vería reflejado en los índices de satisfacción del servicio brindado, parámetro de calidad utilizado en la institución. De igual forma, sería una manera para que los enfermeros se empoderen más de la profesión y de lo que realmente implica hacer Enfermería. Este último hecho, favorecería a la disciplina tanto a nivel institucional como a nivel nacional, y poco a poco aportaría al cambio de la concepción social sobre Enfermería.

Se debe resaltar que las teorías y modelos conceptuales disciplinares de Enfermería en la práctica actual aún siguen siendo débiles a nivel nacional, pues la mayoría de los y las profesionales basan su quehacer en el modelo biomédico y se dedican a cumplir indicaciones médicas ⁽¹³⁾, esta condición provoca un detrimento de la disciplina como tal; ya que el cuidado tiene su propio marco teórico, sus propios diagnósticos, intervenciones y la manera veraz de medir resultados de las intervenciones; el basar el quehacer profesional en esto, automáticamente fortalece el ser de la Enfermería, se dejaría de lado ese enfoque en diagnósticos médicos que distorsiona la esencia de la ciencia ⁽³¹⁾.

En Costa Rica la aplicabilidad del PE con un lenguaje estandarizado, solo se realiza en algunas instituciones que brindan servicios de salud, tanto a nivel público como privado, y en ocasiones no es utilizado de manera correcta; además, no existen suficientes investigaciones relacionadas y aún menos en un escenario como lo es el preoperatorio, este hecho genera preocupación y la pregunta de cómo se está implementando el cuidado; de ahí surge la importancia de aplicar y fortalecer dicho proceso ⁽¹³⁾, pues esto mejora el juicio clínico, la autonomía profesional, la interacción y diferenciación con otras disciplinas del área de salud, y la planeación individualizada

de cuidados basados en fundamento científico y teórico de Enfermería ⁽¹⁸⁾. Se debe hacer hincapié en que el PE es la vía para poder garantizar una atención segura y de calidad, y un cuidado humanizado con una fuerte base teórica ⁽²¹⁾.

El PE representa en la profesión el eje metodológico transcendental para brindar cuidado, este ha evolucionado de manera tal, que se ha diseñado un lenguaje en común, para facilitar y estandarizar la forma en que se plasma el quehacer enfermero, tal es el ejemplo de la taxonomía, *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), la *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y la *Nursing Interventions Classification* (NIC), este lenguaje taxonómico permite a la disciplina mantener sus diagnósticos propios, basados en evidencia, al mismo tiempo que evalúa cada proceso, por medio de los indicadores ya establecidos según el diagnóstico ⁽¹⁴⁾. Es por esto que este será el lenguaje que se utilizará en este caso de estudio.

Muchas de las y los enfermeros, de manera histórica, han basado su quehacer y su saber en la intuición, la experiencia o “la forma como le enseñaron”, acarreando consigo métodos que conllevan a una práctica rutinaria carente de juicio crítico. Frente a esta problemática el valor de las teorías y modelos de Enfermería cumplen un rol transcendental, ya que proporcionan una base para formular hipótesis relativas a la práctica, que hacen posible obtener un fundamento para los posibles diagnósticos, resultados y las intervenciones de Enfermería. Además, cabe destacar que la práctica basada en la evidencia mantiene la imagen de la Enfermería como una disciplina profesional. Existen numerosas definiciones de teorías, pero la más simple y común es la que señala que “teoría científica es un intento organizado de dar sentido y organizar la realidad” ⁽³⁰⁾.

Adoptar un modelo o teoría de Enfermería para aplicar el PE en un determinado contexto de la práctica, como en el preoperatorio, es esencial en la actualidad cuando se está implementando la gestión del cuidado y se requiere identificar indicadores que permiten y faciliten medir la calidad y efectividad del cuidado brindado. Del mismo modo, la aplicación del cuidado con base en un modelo teórico proporciona el uso de un lenguaje común o estandarizado para la profesión en su

quehacer. Además, aporta al cambio del modelo de valoración biomédico existente y así instaurar un registro afín y vinculado con el modelo teórico enfermero ⁽³⁰⁾.

Una de las Teorizantes de Enfermería que más permite entrelazar la teoría con la práctica es la de Virginia Henderson, pues le brinda la especificidad a la o el profesional de Enfermería de establecer qué necesidad de la valoración realizada a la o el usuario, tiene mayor dependencia, y buscar de esta manera la satisfacción de la misma ⁽³⁰⁾.

Desde décadas atrás, la Enfermería ha trabajado sobre la realización de diagnósticos, dándole énfasis a situaciones reales o potenciales que afectan la salud de las personas en ámbitos individuales, familiares y hasta comunitarias, para así prevenir alguna complicación, sin embargo, se ha demostrado que realizar esto se ha tornado difícil para la Enfermería, ya que en la práctica diaria encontramos resistencia a la realización del PE, una de las causantes es la falta de conocimiento sobre el lenguaje taxonómico (incluyendo el uso de la plataforma) y de las diferentes teorizantes desde las que se enfoca el quehacer enfermero, temor a investigar o simplemente algunas o algunos profesionales están en una zona de confort ⁽³²⁾.

Por su parte, el enlace de las teorizantes con el lenguaje taxonómico, posibilita a la o el profesional justificar sus intervenciones teórica y metodológicamente, y de esta forma reafirmar su autonomía disciplinar y su enfoque de cuidado en el equipo de salud. Además, una forma que facilita que las y los enfermeros incorporen en su práctica la investigación y la evaluación clínica es planteando indicadores y midiendo los resultados obtenidos de las intervenciones de los cuidados enfermeros brindados a las y los usuarios ⁽³¹⁾.

“Desde el punto de vista organizativo, los diagnósticos enfermeros ayudan a mejorar la clínica a través de la gestión que influye en forma directa en la medición. Esto favorece un entorno de mejora continua para la práctica, que se puede traducir en calidad y seguridad en la atención del paciente. Ello se consigue al incorporar aspectos de gestión, así como componentes metodológicos como la Enfermería basada en la evidencia, que permite la incorporación de conocimientos

generados por la investigación al quehacer práctico de Enfermería, proporcionando un sustento científico para continuar con el proceso de mejora en una forma consistente que además motiva a la reflexión” (29).

Se decidió llevar a cabo un estudio de caso como metodología de investigación, para evidenciar la importancia de la aplicación del Proceso de Enfermería, que debería ser siempre parte de la atención que brindan las y los enfermeros en un Hospital, como en el que se va intervenir; este hecho es una de las razones fundamentales por las que se eligió este diseño de investigación, debido a que en el Hospital Privado donde se llevará a cabo la misma, no realizan planes de cuidado de Enfermería en el servicio de preanestesia; es decir no se registra el PE, ni se utiliza el lenguaje taxonómico ni hay evidencia de el uso de algún enfoque teórico enfermero; por ende el estudio de caso permite iniciar con la indagación del tema, y establecer un punto de partida, no sólo para conocer el fenómeno en estudio, sino para implementar a futuro el plan de cuidados de Enfermería, que actualmente se omite para brindar la atención.

Este diseño de investigación está integrado dentro del quehacer diario, por lo que es aún más cercano a la realidad de la dinámica enfermero (a)- usuario (a), y facilita identificar qué se debe mejorar y qué se debe potenciar del PE, en un escenario prequirúrgico, donde las y los usuarios se sienten vulnerables y requieren una atención de Enfermería que atiendan sus necesidades en dicho momento. Por esta razón es que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los principales diagnósticos, resultados e intervenciones en usuarios en etapa preoperatoria en un Hospital Privado?

1.2 Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Desarrollar un plan de cuidados a usuarios en etapa preoperatoria en un estudio de caso, en un Hospital Privado de San José, Costa Rica, en el segundo trimestre del 2021.

1.2.2. Objetivos específicos

1. Determinar las principales necesidades de cuidado preoperatorias del caso.
2. Identificar los principales diagnósticos NANDA preoperatorios del caso.
3. Identificar las principales intervenciones (NIC) de Enfermería preoperatorias del caso.
4. Determinar los principales resultados (NOC) de Enfermería preoperatorios del caso.

Capítulo II: Marco Referencial

2. Marco Referencial

2.1. Antecedentes

A medida que han aumentado los avances tecnológicos, se ha logrado solventar por medio de la cirugía, condiciones mórbidas que en otro momento se clasificaban intratables, o incluso disminuir o evitar completamente la estancia hospitalaria según el procedimiento a realizar y el método que se utilice ⁽³³⁾. Paralelo a este progreso, ha existido un aumento en el conocimiento científico, por ende las investigaciones en el área de Enfermería Quirúrgica también han tenido un crecimiento, logrando respaldar el hacer de la disciplina.

Se realizó una búsqueda de investigaciones internacionales y nacionales sobre la temática que se intenta evidenciar en este estudio, las cuales se describen a continuación.

2.1.1 Antecedentes Internacionales

La mayoría de los artículos científicos abordan el uso de diagnósticos con lenguaje taxonómico, pero los amplían al todo que representa el perioperatorio, algunos pocos a solo el período preoperatorio o al posoperatorio. Pero estos se analizaban en cirugías específicas como: laparotomía por cáncer colorrectal, colecistectomía, cirugía esofágica, artroplastia de cadera, cirugía de Bentall modificada y trasplante renal ⁽³⁴⁻³⁹⁾.

Uno de estos integra la Teoría de Virginia Henderson con el lenguaje taxonómico para llevar a cabo el PE, pero este proceso lo especifican en usuarios con Síndrome de Marfan y Disección Aórtica, y en el período posoperatorio, para evidenciar como una atención de calidad y basada en evidencia científica realmente coadyuva a la pronta recuperación y una buena evolución ⁽³⁹⁾. Por otro lado, y en el mismo período posoperatorio, un estudio demostró como un plan de cuidados estandarizado que utiliza lenguaje taxonómico, es una guía para prevenir el embolismo en usuarios post colocación de prótesis de rodilla ⁽⁴⁰⁾.

Otro evidencia la aplicabilidad clínica de los resultados (NOC) obtenidos del PE para medir la evolución de la condición de la o el usuario en el posoperatorio, en este estudio específicamente el progreso de la movilidad de las y los usuarios, por consiguiente se demuestra como las escalas de Likert realmente arrojan datos fidedignos sobre la situación de las y los usuarios, desde el enfoque enfermero, es decir desde las necesidades humanas ⁽³⁸⁾.

La mayoría de la investigaciones coinciden en que los diagnósticos más frecuentes son: temor, ansiedad, riesgo de infección, dolor agudo; sin embargo, según la cirugía analizada en cada caso puede variar el diagnóstico principal, pues este puede ser: vómitos, constipación, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, incontinencia fecal, fiebre, riesgo de desequilibrio de volumen de líquido, entre otros. Todos establecen el diagnóstico con el lenguaje de NANDA-NIC-NOC, pues concuerdan que es una forma universal de hablar, facilitan la planificación cuidados y la forma en que se plasma el PE ⁽³⁴⁻³⁸⁾.

Por otro lado, la mayoría de estudios encontrados que se enfocan en el preoperatorio, tiene como objetivo tratar la ansiedad o brindar apoyo emocional, pues lo consideran con la principal problemática que presentan las y los usuarios que se someten a diferentes cirugías, tales como: cateterismo cardiaco, mastectomía, oncología en general, cirugías estéticas, remplazo de rodilla. Comparten el punto que se debe preparar a las personas por medio de: educación preoperatoria, información sencilla y fidedigna, apoyo social y familiar; pues esto repercute de manera directa en la recuperación ⁽⁴¹⁻⁴⁸⁾.

Para dar respuesta a la ansiedad en el preoperatorio, también se plantea el uso de una entrevista semiestructurada donde se brinda información sobre el proceso, de manera que sirviese como ansiolítico; previo a la aplicación del mismo se midió el nivel de ansiedad por medio de instrumentos estandarizados diseñados para la medición de la misma. Cabe recalcar que no se obtuvo significancia estadística, entre el grupo control y el grupo de casos, lo que si se demostró es que condiciones tales: mujeres con intervenciones de ginecología, las personas con ASA II, y

usuarios o usuarias con polimedicación son los más propensos a presentar los niveles más altos de ansiedad ^(45,46).

De la misma forma, otro estudio correlacionó los niveles de ansiedad con la necesidad de información, por medio de instrumentos validados, y comprobó que entre mayor necesidad de información tenga la o el usuario, más alta es la ansiedad prequirúrgica, esto quiere decir que dejar claro el objetivo o meta que se busca alcanzar con la intervención quirúrgica, el proceso de cómo se llevará todo, es crucial para el manejo de la ansiedad, que si bien es cierto es una condición multifactorial, no depende sólo de la cirugía como tal, sino también de los determinantes sociales de la salud de cada individuo ⁽⁴⁸⁾.

Otros estudios, se inclinan más a que la resolución de esta problemática tan repetitiva en el preoperatorio, que no solo altera el estado emocional de la o el usuario, sino el de su familia también, es implementar la visita preoperatoria, como herramienta eficaz, que disminuya la ansiedad, y permita preparar a ambas partes, para ese momento de vulnerabilidad que representa el perioperatorio ^(49,50).

Un estudio recalca la importancia de la visita preoperatoria, en usuarios o usuarias sometidas a cirugía ortopédica, tal como cirugía de cadera o rodilla; no solo desde la perspectiva del manejo de la ansiedad, sino que desde dicha visita se pueden identificar algunas necesidades de cuidado, áreas de recuperación en el hogar y acondicionamiento del mismo, cuya resolución e intervenciones no solo afectaría el perioperatorio, sino que influenciaría directamente en la recuperación tardía e incluso en la reinserción a la sociedad o familia, de la o el usuario. Por ende, Enfermería es clave y su intervención preoperatoria se traduce en una mejor adaptación a los cambios postquirúrgicos ⁽⁵¹⁾.

Igualmente, se encontró que muchas investigaciones solo estudian las intervenciones de Enfermería de manera general en el preoperatorio, es decir acciones que se deben realizar, independiente del diagnóstico de Enfermería al que se llegue luego de la valoración. Los dividen

en cuidados como: preparación de la piel, antibiótico prequirúrgico, control de signos vitales, horas de ayuno, entre otras⁽⁵²⁾.

Por otro lado, se encontró que es necesario contar con enfermeras y/o enfermeros especializados en el área quirúrgica desde el periodo preoperatorio, ya que por sus conocimientos tienen la capacidad de prever con mayor facilidad eventos adversos que atenten contra la seguridad y la salud de la o el usuario, además pueden velar porque el proceso perioperatorio se dé acorde a los estándares de calidad nacionales e internacionales, al mismo tiempo que esto asegura que la persona reciba un cuidado humanizado y con participación activa de la o el usuario, para que de este modo, se pueda integrar nuevamente a su entorno de una forma segura y en el menor tiempo posible⁽⁵³⁾.

Otro estudio, no solo recalca la importancia del personal de Enfermería en la atención de las y los usuarios que se someten a un acto quirúrgico, sino que enfatiza que estos deben de dejar plasmado el PE que llevan a cabo durante su atención con este tipo de usuarios y usuarios, pues el PE es catalogado como un proceso sistemático, organizado, constante, interactivo y la herramienta más eficaz para brindar cuidado, por consiguiente su utilización avala un cuidado de calidad y basado en evidencia⁽⁵⁴⁾.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

En el ámbito nacional, hay carencia de investigaciones sobre la temática como tal, se encontraron dos estudios, que mantienen la tendencia internacional, pues se centran en la mejora del manejo de la ansiedad^(33,55). Uno enfocado a la población pediátrica, el cual hace hincapié en trabajar con los padres y las madres, que son la figura de apoyo de las y los niños, y quienes en la mayoría de los casos son los más afectados emocionalmente⁽³³⁾.

El otro estudio utiliza la teoría de Imogene King, para mejorar el estado de ansiedad, en el preoperatorio, por medio de su postulado de consecución de objetivos. Por lo que evidencia como el PE se puede re direccionar, según la teorizante, y la necesidad de cuidado que presente cada

usuario o usuaria, como caso particular ⁽⁵⁵⁾. Es por esto, que se concluye que no existen a nivel nacional, ningún estudio de caso que utilice el Proceso de Enfermería, tomando como base la teoría de Virginia Herderson, para la valoración, en el preoperatorio, y para identificar los principales diagnósticos (NANDA), resultados (NOC) e intervenciones (NIC).

A su vez, se encontraron manuales o programas perioperatorios, enfocados más en el acto quirúrgico y dejan de lado el preoperatorio, a pesar de ser una etapa crucial. A esto se debe agregar el hecho de que tampoco hay evidencia alguna de la realización de un PE en la fase preoperatoria, sabiendo que es el único método enfermero que se utiliza para brindar cuidado eficaz antes, durante y después de un acto quirúrgico ⁽⁵⁶⁾.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 *Proceso de Enfermería (PE)*

La Enfermería, como ciencia del cuidado, requiere en su quehacer diario contar con sustento epistemológico y ontológico que promueva un cambio en la investigación y en la prevención en salud. Su objetivo es impactar de manera positiva en el proceso de salud del individuo, la familia y su comunidad y este lo logra a través del PE ⁽⁵⁷⁾.

El PE se define como el conjunto de acciones premeditadas para cumplir los objetivos planteados para mantener el bienestar óptimo del cliente desde el ejercicio de esta disciplina. Es la aplicación de un método lógico y racional que permite organizar la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente, eficaz, de calidad e individualizada. E implica que la o el profesional integre sus habilidades cognoscitivas, interpersonales y psicomotoras ⁽³⁰⁾.

Integrar este método promueve una evolución constante del enfoque de atención a las personas, en una apuesta por la asistencia reflexiva, individualizada y enfocada en los resultados de la intervención; por consiguiente, la participación del personal de enfermería debe realizarse desde un posicionamiento crítico y en un tiempo óptimo que permita identificar cada una de las necesidades que requiere la persona ⁽¹³⁾.

El PE implica que cada enfermero o enfermera retome su conocimiento teórico en función de sus capacidades y habilidades, integrando este a varios niveles de atención: individual, familiar y comunitario, mejorando de esa manera la atención en salud y asegurando una cobertura de las necesidades, tanto en sujetos en su singularidad como en lo colectivo ⁽⁵⁸⁾.

El PE permite integrar las habilidades, opiniones y el conocimiento del personal en Enfermería para diagnosticar y tratar la respuesta humana en relación con los problemas reales e incluso, potenciales, de la salud. Consolidándose a lo largo del tiempo como una herramienta con gran sustento metodológico y científico para la disciplina ⁽⁵⁹⁾.

Este ha ido evolucionando gradualmente y mejorando hasta llegar al PE de tercera generación, el cual, representa el eje metodológico principal de la Enfermería para brindar cuidado a las personas, se divide en cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación; su enfoque es en los resultados, tanto en los esperados como en los obtenidos finalmente; esto le permite a la o el profesional ser innovador a la hora de brindar el cuidado, debido a que sino obtiene un buen resultado o el esperado, debe idear formas distintas de intervenir y de impactar a la persona en su proceso de salud, para solventar los problemas o necesidades identificadas en las etapas de valoración y diagnóstico ⁽⁶⁰⁾.

Igualmente, la evolución del PE, no solo se evidencia en el enfoque en resultados y la relación que estos tienen con el problema del individuo, sino en la búsqueda de la sistematización basada en evidencia científica, es este último hecho el que ha llevado a la implementación del lenguaje taxonómico como medio para estandarizar los diagnósticos, resultados e intervenciones propias de la profesión; es decir NANDA, NIC y NOC se han convertido en lenguajes propios de la disciplina, ya que son reconocidos y aceptados internacionalmente ⁽⁶⁰⁾.

2.2.2 Lenguaje Estandarizado NANDA, NIC y NOC

Este lenguaje estandarizado NANDA, NIC y NOC, tiene su definición, la cual se describe a continuación:

- *Clasificación de Diagnósticos Enfermeros-NANDA* (North American Nursing Diagnosis Association): es una versión específica de taxonomía enfermera, es un sistema apto para la práctica profesional, este se somete a juicio clínico y actualización constante, siempre usando como base las respuestas humanas individuales, familiares o colectivas para poder determinar las necesidades de la persona, por medio de un diagnóstico estándar ⁽¹⁶⁾.
- *Clasificación de Intervenciones Enfermeras-NIC* (*Nursing Interventions Classification*): es la clasificación global y estandarizada de las intervenciones de Enfermería, definidas como las acciones llevadas a cabo por la o el profesional para ayudar al individuo a alcanzar los resultados esperados ^(16,61).
- *Clasificación de Resultados Enfermeros-NOC* (*Nursing Outcomes Classification*): es la clasificación global y estandarizada de resultados de la persona, son definidos como un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria en respuesta a una intervención de Enfermería ^(16,61).

Para poder llevar todo esto a cabo es importante identificar que es un diagnóstico enfermero; en diversas literaturas se hace hincapié a las necesidades del cuidado, sin embargo, lo podemos definir como un tipo de enunciado o una manifestación que determina un problema o varios de una persona, considerando a la Enfermería pieza fundamental para la prescripción propia de sus diagnósticos y cumplir su rol dentro del cuidado ⁽⁶²⁾.

Para poder realizar el PE, es importante que el personal de Enfermería utilice un lenguaje estandarizado que se pueda transmitir sin complicaciones y así intervenir de acuerdo al estado de la persona, para lograr esto es necesario utilizar la taxonomía NANDA donde se logra clasificar las intervenciones y la efectividad del proceso, posterior a esto cada diagnóstico escogido va tener un resultado que puede ser medible, esto con el fin de lograr ver la eficacia y resolver cada uno de los diferentes problemas que presenta la o el usuario, las intervenciones son de suma importancia para el cuidado de la persona así como sus actividades, esto permite tener un buen desempeño en el cuidado ⁽³⁴⁾.

2.3 Marco Teórico

Aparte de integrar el PE con lenguaje taxonómico, se escogió un enfoque teórico propio de la disciplina, para darle aún más peso a la intervención y a los resultados que se obtengan del estudio de caso como investigación aplicada. Por tal razón, la Teorizante de Virginia Henderson basada en necesidades de cuidado, será el pilar para la primera etapa del PE: la valoración, esta se describirá a continuación.

2.3.1 Teoría de Virginia Henderson

Virginia Henderson, nace en la ciudad de Kansas City Missouri, a inicios de 1897 demuestra interés sobre la Enfermería, más tarde en la época de 1921 se graduó y es aceptada en un hospital donde residida en esa época. Fue una de las primeras en establecer que el quehacer enfermero era autónomo, y no una extensión de la atención médica, por ende, su teoría define que es Enfermería y hacia donde deben ir dirigidos los cuidados que brinda, al mismo tiempo siempre defendió que el plan de cuidados de cada enfermero y enfermera debía de estar escrito ^(63,64).

Dentro de su modelo teórico define conceptos importantes para comprender su enfoque:

- *Necesidades básicas*: son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona, pues muchas se interrelacionan e interactúan entre sí. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, sociales, culturales, psicológicos y espirituales. Las necesidades son universales, pero cada individuo las manifiesta de una manera distinta ^(63,65).
- *Cuidados básicos*: son acciones básicas que se llevan a cabo para satisfacer las necesidades de la persona, estas se basan en el juicio y razonamiento clínico del profesional, y se plasman en el Proceso de Enfermería (PE) ^(63,65).
- *Independencia*: es el nivel óptimo de desarrollo que adquiere una persona para suplir sus propias necesidades ^(63,65).
- *Dependencia*: nivel insuficiente del desarrollo del potencial de la persona, por falta de fuerza, conocimiento o de voluntad, que le impide realizar sus necesidades básicas ^(63,65).

- *Agente de autonomía asistida*: quien desarrolla actividades y ejecuta acciones para el beneficio y la satisfacción de las necesidades que requieren cierto grado de suplencia o ayuda ^(63,65).
- *Manifestaciones de independencia*: conductas o acciones de la persona que resultan adecuadas y suficientes para suplir las necesidades ⁽⁶³⁾.
- *Manifestaciones de dependencia*: conductas inadecuadas, erróneas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas ⁽⁶³⁾.

Además, esta teorizante define los metaparadigmas de la siguiente manera: *persona* como un conjunto integral, una unidad con múltiples componentes biológicos, culturales, sociales, psicológicos y espirituales, que se relacionan entre sí; la familia y la persona se complementan para formar una unidad en conjunto. El *entorno* hace referencia a condiciones externas y a factores que se relacionan entre sí, las condiciones del entorno son dinámicas, y ese constante cambio puede afectar la salud y el desarrollo de los individuos y el colectivo ^(63,65).

Enfermería es un servicio de ayuda a las personas que requieren satisfacción de las necesidades básica, siempre la relación enfermero (a)- usuario (a) va enfocada a buscar la independencia del último. Y resalta que la función enfermera pasa por tres fases: sustituta (o) (el papel es compensatorio, busca solventar las carencias del usuario), ayudante (el profesional diseña las intervenciones terapéuticas, sin tomar participación activa del usuario) y compañera (o) (el usuario participa activamente de su proceso de salud, por lo que se toma como parte del equipo que brinda la atención en salud); la *salud* es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida. La persona necesita independencia para poder satisfacer las 14 necesidades por sí misma ^(63,64).

Virginia Henderson define las necesidades humanas como parte de su Teoría, y establece que Enfermería debe ayudar a satisfacerlas, en cualquier etapa de la vida que se encuentre la persona, la teórica asevera que estas necesidades son vitales para el proceso de salud de cada individuo. Las 14 necesidades que Henderson plantea para el cuidado de las personas son las siguientes ⁽⁶⁶⁾:

1. *Necesidad de Respirar.*
2. *Necesidad de alimentación.*
3. *Eliminar desechos corporales.*
4. *Necesidad de movilizarse y tener postura adecuada.*
5. *Necesidad de dormir y descansar.*
6. *Necesidad de vestirse bien.*
7. *Necesidad de termorregulación.*
8. *Necesidad de aseo personal.*
9. *Necesidad de evitar los peligros.*
10. *Necesidad de comunicación.*
11. *Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores.*
12. *Necesidad de ocuparse para realizarse.*
13. *Necesidad de recrearse.*
14. *Necesidad de aprender.*

Se debe tener claro que las necesidades no se deben catalogar como carencias, o condiciones negativas para las personas, sino que la Teoría las enmarcan en forma de requisitos para mantener la salud y el equilibrio en el ser humano; no obstante se debe rescatar que algunas son más esenciales que otras para la preservación de la vida ⁽⁶⁶⁾.

**Capítulo III:
Marco Metodológico**

3. Marco Metodológico

3.1 Diseño del Estudio de Caso

Este Trabajo Final de Investigación Aplicada, se desarrollará mediante la modalidad de estudio de caso; como parte del trabajo diario del quehacer de Enfermería, se escoge el PE como el principal método de recolección de los datos, este le da un enfoque meramente enfermero, por ser el método propio de la disciplina y el que facilita indagar sobre una o varias necesidades de la persona de cuidado, de forma individual, desde las respuestas humanas y esquematizar toda la información obtenida y lo que se planea ejecutar dentro del lenguaje Taxonómico NANDA, NIC y NOC ⁽⁶⁷⁾.

El estudio de caso se caracteriza por ser una indagación detallada, sistemática y profunda del caso de estudio, su mayor fortaleza es que se puede evidenciar la conducta de las personas que son parte del fenómeno en estudio, y no sólo registrar la información verbal obtenida de las herramientas para la recolección de los datos (cuestionarios, entrevistas, entre otros) ^(68,69).

Igualmente, se caracteriza por ser un diseño que facilita responder el cómo y el porqué del fenómeno, aunque este haya sido poco estudiado o no posea ningún estudio previo ⁽⁷⁰⁾. Desde enfermería, el estudio de caso, es un diseño de investigación que se adapta de forma muy idónea para obtener conocimiento nuevo sobre el quehacer de la disciplina, ya que a diario se trabaja con personas, y la intervención enfermera que se les realiza, se puede exponer y ampliar por medio de casos clínicos.

En el ámbito de la Enfermería es importante la aplicación de dicho método pues ayuda a tener las pautas para poder identificar o poder intervenir en las diferentes respuestas que sufren las personas de cuidado a nivel morfológico, social, fisiológico y psicológico al someterse a una intervención quirúrgica, y así generar resultados específicos de acuerdo con cada una de las necesidades manifestadas por las personas de cuidado ⁽⁷¹⁾.

Este será un estudio de caso múltiple (desde el punto de vista de número de casos y por las unidades de análisis) y descriptivo, es decir se incluirá más de un caso; tendrá una unidad de análisis principal (el plan de cuidados) más tres subunidades (los principales Diagnósticos NANDA, los resultados NOC y las intervenciones NIC); se debe destacar que las unidades de análisis provienen de las preguntas de investigación ⁽⁶⁹⁾; y además, se describirá el fenómeno tal y como se presente ⁽⁶⁸⁾.

3.2 Población y Muestra

En este trabajo de investigación aplicada se abordará a dos personas de cuidado, ambas con características similares; esto con el fin de utilizar las mismas unidades de análisis en los dos diferentes casos y de ese modo incrementar la validez del estudio y de los resultados ⁽⁷²⁾. La población está definida como el conjunto de objetos de los cuales se desea conocer, para así luego generalizar los hallazgos ^(73,74), en este caso particular está dada por las personas de cuidado en etapa preoperatoria en un Hospital Privado, de San José, Costa Rica; en el segundo trimestre del 2021.

Por ser un estudio de caso, la muestra que se selecciona es una muestra teórica, y no una representativa, el objetivo de este tipo de muestra teórica es escoger casos por medio de los cuales, se pueda generalizar los resultados obtenidos; por consiguiente los estudios de caso múltiples son los que mayor fiabilidad aportan en este sentido, para crear nuevas teorías o exponer de forma general la información emergente sobre el tema en investigación ⁽⁶⁸⁾.

Para poder escoger las dos personas de cuidado, se establecieron algunos criterios de inclusión:

- a. Mayor de 18 años
- b. Estar consciente, orientado en las tres esferas (Tiempo, persona y lugar, ya que esta condición asegura una captación más certera de la información, basada en una comunicación asertiva entre Enfermería y la persona de cuidado).
- c. Que la cirugía sea programada y que esté entre las 7 y las 21 horas (estas horas se establecen debido a que es el momento en que generalmente hay mayor concentración de cirugías,

igualmente es en el horario en que los investigadores pueden estar presentes para la recolección de datos).

- d. Que la persona hable español o inglés.
- e. Que la cirugía a la que se vaya a someter la persona de cuidado sea Artroscopía de rodilla (debido a que además de ser ortopedia la especialidad que más cirugías mensuales realiza, esta intervención quirúrgica es la que más lleva a cabo).

En este Hospital Privado se realiza un promedio de 1305 cirugías por trimestre, tomando el último trimestre del año 2020 (los meses de octubre, noviembre y diciembre); estas abarcan todas las especialidades médicas, sin embargo se debe recalcar que no todas se realizan con la misma regularidad. Las especialidades que más procedimientos quirúrgicos llevan a cabo, son: ginecología, ortopedia, cirugía general, otorrinolaringología y cirugía del dolor.

Dado que la especialidad que más realiza cirugías es ortopedia (51 cirugías de ortopedia por mes en promedio), es que se decide trabajar con esta especialidad médica, pues permite conocer las necesidades de cuidado durante el preoperatorio de la mayoría de la población que ingresa al Hospital Privado de manera mensual para ser intervenida quirúrgicamente, y asimismo, facilita que el personal enfermero que labora en la institución conozca la realidad y sepa de antemano que esperar con las futuras personas de cuidado que deban abordar, y estas últimas puedan recibir una atención de mayor calidad, más humanizada, integral y basada en evidencia.

3.3 Recolección de los datos

Para poder tener acceso a este Hospital Privado, se emitió una carta a la Gerente de Enfermería (ver anexo 1), con copia a la Jefatura de Sala de Operaciones, solicitando autorización para poder realizar la investigación en dicho lugar, dicho documento se entregó de manera personal, para poder explicar más detalladamente el objetivo del estudio. Una vez dado el visto bueno, se firmó un consentimiento de confidencialidad, esta es la razón por la que se omite el nombre de la institución.

Para la recolección de los datos se abordará a la persona de cuidado en el servicio de Preanestesia del Hospital Privado, el cual es un espacio físico destinado a la intervención preanestésica de todos los usuarios que tienen una cirugía programada mayor o ambulatoria, por lo que es el espacio y el tiempo preoperatorio con el que se cuenta para abordar, conocer y preparar a la o el usuario que será sometido a un procedimiento; es decir durante este lapso, la o el usuario firma cosentimientos y se lleva a cabo el PE.

Es por tal razón que el principal método de recolección de datos será el PE, por ende se destaca que este estudio de caso estará organizado en fases de trabajo, según las etapas del PE, las cuales son: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación; y en cada una se utilizarán diferentes instrumentos que permitan lograr los objetivos planteados en este estudio de caso. Cada una de las etapas se describen a continuación:

3.3.1 Valoración

Esta etapa es la inicial y es trascendental, debido a que en ella es donde se da el acercamiento de la o el enfermero a la o el usuario, según el vínculo que se establezca con este último, es que se logrará obtener la mayor cantidad de información relevante que permita identificar las necesidades de salud que tenga la persona de cuidado. Conocer el estado de salud de la o el usuario es la principal meta en esta fase del PE, pues este hecho es el punto de partida para las demás etapas y para la toma de decisiones que se realice durante las mismas. Cabe resaltar que se pueden utilizar diferentes métodos para alcanzar el objetivo de conocer a quien va a recibir cuidado, pero cada uno debe registrarse, organizarse y transmitirse ⁽¹⁰⁾.

Para esta fase de Valoración, se utilizará el examen físico (el cual se registrará en la nota de Enfermería) y una guía de valoración basada en las 14 necesidades del Modelo de Virginia Henderson (ver anexo II). Además, de estos métodos de recolección de datos para valorar a la persona de cuidado se decidió utilizar el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; ver anexo III), debido a que la mayoría de los antecedentes internacionales apuntan a que la ansiedad es una de las principales condiciones que las personas de cuidado presentan en el preoperatorio ⁽⁷⁵⁾.

El BAI, versión en español, es uno de los instrumentos más utilizados en muchos países (México, España, Argentina, entre otros) para medir los síntomas de la ansiedad, tanto en población clínica como no clínica ^(76,77), está conformado por 21 ítems, que se pueden responder de forma fácil y rápida, es de “autollenado”, es decir, la persona puede elegir su respuesta dependiendo de como se haya sentido en la última semana; cada afirmación se mide por medio de una escala de Likert que le dá un puntaje, de 0 a 4. Cabe rescatar que un puntaje total de 0-7 indica ansiedad mínima, de 8-15 es ansiedad leve, de 16-25 ansiedad moderada y 26-63 ansiedad grave ⁽⁷⁶⁾.

3.3.2 Diagnóstico

Esta etapa implica determinar los problemas de salud que la persona de cuidado tenga, etiquetar los mismos, para luego vincularlos con los factores relacionados y las características definitorias según la condición particular de cada persona de cuidado ⁽¹⁰⁾.

Para la fase de Diagnóstico se utilizará la plataforma de NNNConsult; esta plataforma es la herramienta online que permite consultar ágilmente los lenguajes estandarizados de los diagnósticos desarrollados por la Nanda International (NANDA), los resultados de la Nursing Outcomes Classification (NOC), las intervenciones de la Nursing Interventions Classification (NIC) y los vínculos entre ellas. Igualmente, es un recurso que facilita la organización de los datos obtenidos en la valoración, según las 14 necesidades de cuidado que plantea Virginia Henderson en su teoría; por lo que al introducirlos en la plataforma, esta automáticamente relaciona toda la información registrada con los posibles NANDA, NOC y NIC que aplican al caso que se describió.

Por tanto, en la fase de diagnóstico se utilizarán las etiquetas de las necesidades con manifestación de dependencia, se realizará una red de razonamiento, para identificar el problema principal y así definir el principal diagnóstico (NANDA) y los diagnósticos secundarios de cada uno de los casos; para hacer los diagnósticos se utilizará la plataforma, y en esta se vincularán las etiquetas con los factores relacionados y las características definitorias, y de ese modo conformar los diagnósticos NANDA.

3.3.3 Planeación

Durante la planeación los diagnósticos NANDA son el pilar para establecer los resultados de la atención a brindar, cada uno de ellos con sus respectivos indicadores, estos permiten medir si se logran o no, lo que se planteó. Al mismo tiempo, esto conlleva a definir el accionar de la o el enfermero, cuyo fin único es solventar las necesidades de cuidado de la persona ⁽¹⁰⁾.

Por consiguiente, una vez con los diagnósticos definidos se pasará a la fase de planificación, para esta con la ayuda de la plataforma, se irá vinculando cada una de las etiquetas con las características definitorias y los factores relacionados (NANDA), con los resultados (NOC) que se esperan obtener y las intervenciones (NIC) que se llevarán a cabo con la persona de cuidado, por consiguiente se establecerá el Plan de cuidados.

3.3.4 Ejecución

Para la fase de ejecución, se debe hacer una evaluación inicial, es decir darle un puntaje a la condición de la persona en la cual se va a intervenir, y determinar el valor diana que se desea obtener, luego de las intervenciones; una vez hecho esto, se podrá proceder a intervenir a la persona, ya con los NIC previamente establecidos y las actividades que componen a cada uno.

3.3.5 Evaluación

Es la última etapa del PE, es donde los indicadores de cada objetivo planteado, facilita medir: el progreso de la condición de la o el usuario, si el proceso planteado fue efectivo y eficaz, y por último permite definir si la atención brindada debe continuarse, reorientarse o finalizarse ⁽¹⁰⁾.

Una vez finalizada la fase de ejecución, se procederá a realizar la evaluación final, y el puntaje obtenido de las escalas de cada uno de los NOC, se comparará con el valor inicial, para visualizar si hubo mejora en la condición de la persona de cuidado, y con el valor diana, para identificar si se logró el estado meta previamente establecido.

3.4 Analisis de los datos

La información se presentará en cuadros que permitan visualizar y describir los diferentes diagnósticos, resultados e intervenciones de Enfermería en el preoperatorio, encontrados y utilizados con cada caso.

Luego se hará una triangulación con la información obtenida de la unidad de análisis principal y de las subunidades y las fuentes de datos, por lo que se hará una descripción del objeto en estudio y se comparará con los estudios previos, y se identificará si tienen similitudes y/o diferencias; una vez hecha la discusión de los resultados, se harán las conclusiones de la investigación y las recomendaciones pertinentes.

3.5 Requisitos Éticos

Toda investigación que se realiza en el ámbito de la salud se debe realizar con el fin de generar conocimiento que sirva como promotor de mejora y bienestar social. Para lograr este cometido, se deben cumplir siete requisitos éticos ⁽⁷⁸⁾, los cuales serán base fundamental para este estudio en particular:

1. **Valor:** este hace referencia a la importancia social y científica del estudio ⁽⁷⁸⁾, reconocer por medio del caso de estudio cuales son los principales diagnósticos, resultados (NOC), intervenciones (NIC) de enfermería en el preoperatorio, en las personas de cuidado, es trascendental, porque esto potenciaría que los enfermeros que se desempeñan en un área quirúrgica y en el preoperatorio específicamente, pueda guiarse con los resultados y así brindar una atención de calidad y humanizada, no solo a nivel de la institución en la que se realizará la investigación, sino en otras, una vez publicados los hallazgos. Intervenir de manera oportuna y eficiente en el período preoperatorio es imperativo, debido a que impactaría de forma positiva en la asimilación de esa situación (cirugía), que torna a la persona tan vulnerable y mejoraría los índices de recuperación de la misma.
2. **La validez científica:** el siguiente requisito ético contempla que aparte de lo valiosa que pueda ser una investigación, esta debe estar bien diseñada, para que los datos obtenidos de la misma, sean confiables y válidos ⁽⁷⁸⁾. Por tal razón es que la presente investigación

plantea objetivos claros y viables, además el marco metodológico muestra como no hay inconveniente para el desarrollo de la misma, no se presenta ninguna limitación de recursos, ni tampoco algún desperdicio de los mismos.

- 3. Selección equitativa del sujeto:** contempla que la identificación de los casos del estudio sea igualitaria, que todos tengan la misma probabilidad de participar, que exista una interacción dinámica, que permita al sujeto beneficiarse de la investigación, al mismo tiempo que si corre algún riesgo, este le sea comunicado, para su libre elección de participar ⁽⁷⁸⁾. Este tercer requisito se cumplirá en la medida que se seleccionará el caso de estudio al azar; igualmente, la interacción dinámica con el sujeto se mantendrá en todo momento, pues al utilizar la metodología de estudio de caso y el PE dentro del mismo, esta condición se torna inherente e indispensable, ya que para obtener los datos se requiere de una valoración de enfermería, que sin acercamiento real, no se puede ejecutar. Se debe recalcar que esta investigación no genera ningún riesgo para el sujeto ni para los investigadores, ya que es un proceso que forma parte del hacer de enfermería, solo que con un enfoque teórico distinto (Teoría de Virginia Henderson), por consiguiente, lo que se busca es el beneficio de ambas partes, el primero lo obtendría al recibir respuesta a sus necesidades de cuidado, y los segundos, porque esas necesidades de cuidado les permitirá recolectar información valiosa sobre el caso y así arrojar datos que beneficien e impacten en el saber y el hacer de la disciplina.
- 4. Proporción favorable de riesgo-beneficio:** los riesgos para los sujetos deben ser minimizados, los beneficios para estos y la sociedad se deben potenciar; por tanto los beneficios deben superar a los riesgos ⁽⁷⁸⁾. Los riesgos en este estudio específico son nulos; los sujetos y la sociedad solo obtendrán beneficios.
- 5. Evaluación individual independiente:** el quinto requisito ético busca que los investigadores no olviden la responsabilidad social que tienen al desarrollar una investigación; es crucial que sean sometidos a evaluación por terceras personas apropiadas, pues es una manera de minimizar que los sujetos no sean tratados como medios, al mismo tiempo, que garantiza a la sociedad que los sujetos serán tratados éticamente ⁽⁷⁸⁾. Para el cumplimiento de este, se someterá a evaluación el estudio, para esto estará a cargo la

Subcomisión de la Maestría en Enfermería Quirúrgica que pertenece al Posgrado de Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, quienes asignan un profesor Tutor y dos profesores lectores (los tres con conocimientos en investigación y ética, avalados), estos servirán como guía crítica, además realizarán una revisión y evaluación constante durante todo el proceso de investigación.

6. **Consentimiento informado:** este requisito que se cumplirá por medio del consentimiento de tratamiento general proporcionado por el Hospital Privado, el consentimiento evaluado por Comité Ético Científico no es necesario, ya que los métodos de recolección de los datos en este estudio de caso son parte del hacer cotidiano de la profesión y por la naturaleza del diseño del estudio..
7. **Respeto a los sujetos inscritos:** en este estudio de caso, específicamente, involucra mantener la privacidad como base fundamental para la manipulación de los datos y siempre resguardar su bienestar ⁽⁷⁸⁾. El cuidado como objeto de estudio de la disciplina de enfermería, facilita que este requisito se cumpla a cabalidad, pues el objetivo de todos los enfermeros siempre va ser procurar el bienestar de las personas y valorar sus necesidades de cuidado, pero más aún, cuidarlas bien, y de manera humanizada. La confidencialidad es inherente en la atención de Enfermería.

Capítulo IV: Resultados y Discusión

4.1. Resultados

4.1.1 Fase de Valoración

En esta sección se describen los hallazgos que se obtuvieron de la guía basada en las 14 necesidades del Modelo de Virginia Henderson, el examen físico cefalocaudal, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la revisión el expediente clínico de los dos casos.

4.1.1.1. Caso MVJG

Persona de cuidado masculino de 32 años, vecino de Cartago, casado, de religión cristiana evangélica, sin antecedentes patológicos personales, con antecedentes quirúrgicos de hernioplastia umbilical, sin alergias. Con diagnóstico médico de ingreso de meniscopatía en rodilla derecha, por consiguiente con cirugía ambulatoria programada de: Artroscopía de Rodilla derecha.

A la valoración física se observa cabeza normocefala, sin presencia de lesiones ni alteraciones en el cuero cabelludo, con pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz, orejas sin presencia de alteraciones ni pérdida auditiva, utiliza anteojos por lo que la agudeza visual se encuentra alterada, con mucosa oral hidratada, piezas dentales completas; con adecuada movilidad de cuello, a la palpación sin presencia de masas o lesiones, sin dificultad para deglutir, sin ingurgitación yugular a 30 grados. Expansión torácica bilateral, con murmullos vesiculares normales, con abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, con perístalsis presente a la auscultación, no se valora genitales, sin embargo, usuario refiere no presentar lesiones; con extremidades superiores e inferiores con buena movilidad, con buen tono muscular, adecuado llenado capilar distal y presencia de pulso radial y pedio.

Usuario no refiere dolor en este momento, mas, hace énfasis a que cierto tipo de movimientos le genera malestar, igualmente refiere un tipo de bloqueo en la rodilla derecha al hacer flexión y extensión, expresa sentir miedo por el procedimiento, con preocupación por el tiempo de reposo que requiera postcirugía; refiere que cuenta con dificultad para dormir, ya que no logra conciliar el sueño y se siente agotado, debido a que tiene un hijo pequeño y por el tiempo extenso de trabajo,

este último, le produce cansancio y malestar para poder realizar las actividades físicas y de recreación.

En el cuadro 1 se presenta un resumen de los resultados obtenidos de la Guía de Valoración basada en las 14 necesidades del Modelo de Virginia Henderson .

Cuadro 1. Resumen de la Guía de Valoración basada en las 14 necesidades del Modelo de Virginia Henderson del caso MVJG	
Necesidad	Resultado de la Valoración
<i>Necesidad 1: Respirar.</i>	Independiente
<i>Necesidad 2: Alimentación.</i>	Independiente
<i>Necesidad 3: Eliminar desechos corporales.</i>	Independiente
<i>Necesidad 4: Movilizarse y tener postura adecuada</i>	Manifestación de dependencia: Restricción articular, especialmente en flexión y extensión Dolor con ciertos movimientos
<i>Necesidad 5: Dormir y descansar</i>	Manifestación de dependencia: Cansancio Dificultad para conciliar el sueño
<i>Necesidad 6: Vestirse bien.</i>	Independiente
<i>Necesidad 7: Termorregulación.</i>	Independiente
<i>Necesidad 8: Aseo personal.</i>	Independiente
<i>Necesidad 9: Evitar los peligros.</i>	Independiente
<i>Necesidad 10: Comunicación.</i>	Independiente
<i>Necesidad 11: Actuar según sus creencias y sus valores.</i>	Independiente
<i>Necesidad 12: Ocuparse para realizarse.</i>	Independiente
<i>Necesidad 13: Recrearse.</i>	Independiente
<i>Necesidad 14: Aprender.</i>	Independiente

Fuente: Datos obtenidos de la valoración de enfermería según necesidades de Henderson del caso MVJG.

Por otro lado, el BAI fue “autollenado”, es decir la persona de cuidado fue quien leyó los ítems y marcaba la opción que describiera su condición. De este caso, la persona de cuidado presentaba

un nivel de ansiedad moderada, ya que obtuvo un puntaje total de 16/63. Según la Escala de Likert del BAI, la persona, en la última semana, presentó levemente temblor en las piernas, latidos del corazón fuertes y acelerados. Moderadamente tuvo incapacidad de relajarse, estuvo atemorizado o asustado, nervioso, con sensación de bloqueo, con temblores en las manos, inquieto, inseguro y con miedo.

4.1.1.2. Caso MACB

Persona de cuidado masculino de 43 años, vecino de Heredia, casado, de religión católica, sin antecedentes patológicos personales, con antecedentes quirúrgicos de apendicetomía laparoscópica y vasectomía, sin alergias; con diagnóstico médico de ingreso de Meniscopatía en rodilla derecha, por consiguiente, con cirugía ambulatoria programada de Artroscopía de Rodilla derecha.

A la valoración física se observa piel íntegra, sin presencia de lesiones; cabeza normocéfala, sin presencia de lesiones ni alteraciones en el cuero cabelludo a la palpación; con pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz, orejas sin presencia de alteraciones ni pérdida auditiva, sin alteraciones visuales, con mucosa oral hidratada, piezas dentales completas, con adecuada movilidad de cuello, a la palpación sin presencia de masas o lesiones, sin dificultad para deglutir y sin ingurgitación yugular a 30 grados. Con expansión torácica bilateral, con murmullos vesiculares normales, con abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, con peristalsis presente a la auscultación; no se valoran genitales, pero usuario refiere no presentar lesiones; con extremidades superiores e inferiores con buena movilidad, con buen tono muscular, adecuado llenado capilar distal y presencia de pulso radial y pedio.

Usuario no refiere dolor en este momento, no obstante, hace énfasis a que cierto tipo de movimientos le generan malestar, se siente inconforme, expresa dificultad para la extensión y flexión de la rodilla derecha, resalta la dificultad que le ha generado la limitante de movimiento, pues le ha repertudido para la vestimenta y el aseo personal: se le dificulta lavar algunas partes del cuerpo. Además, se dedica al ciclismo de ruta y montaña de forma competitiva, por lo que la lesión

actual de la rodilla ha disminuido mucho su condición física para practicar dicho deporte de forma efectiva, y hace hincapié en que es la única actividad física y recreativa que realiza.

En el cuadro 2 se puede visualizar de manera resumida los hallazgos de la Guía de Valoración basada en las 14 necesidades del Modelo de Virginia Henderson.

Cuadro 2. Resumen de la Guía de Valoración basada en las 14 necesidades del Modelo de Virginia Henderson del caso MACB	
Necesidad	Resultado de la Valoración
<i>Necesidad 1: Respirar</i>	Independiente
<i>Necesidad 2: Alimentación</i>	Independiente
<i>Necesidad 3: Eliminar desechos corporales</i>	Independiente
<i>Necesidad 4: Movilizarse y tener postura adecuada</i>	Manifestación de dependencia: Restricción articular Dolor con ciertos movimientos
<i>Necesidad 5: Dormir y descansar</i>	Independiente
<i>Necesidad 6: Vestirse bien</i>	Manifestación de dependencia: Dolor con ciertos movimientos
<i>Necesidad 7: Termorregulación</i>	Independiente
<i>Necesidad 8: Aseo personal</i>	Manifestación de dependencia: Dolor con ciertos movimientos
<i>Necesidad 9: Evitar los peligros</i>	Independiente
<i>Necesidad 10: Comunicación.</i>	Independiente
<i>Necesidad 11: Actuar según sus creencias y sus valores</i>	Independiente
<i>Necesidad 12: Ocuparse para realizarse</i>	Independiente
<i>Necesidad 13: Recrearse</i>	Independiente
<i>Necesidad 14: Aprender</i>	Independiente

Fuente: Datos obtenidos de la valoración de enfermería según necesidades de Henderson del caso MACB.

Por su lado, el BAI fue “autollenado”, es decir la persona de cuidado fue quien leyó lo ítems y marcaba la opción que describiera mejor su condición. De este caso específico, la persona de cuidado presentaba un nivel de ansiedad leve, ya que obtuvo un puntaje total de 8/63. Según la Escala de Likert del BAI, la persona, en la última semana, presentó levemente temor a morir,

miedo, nervios y se sintió atemorizado. Moderadamente se mantuvo con temor a que ocurra lo peor.

4.1.2. Fase de Diagnóstico

Para la determinación de los principales diagnósticos NANDA de cada caso, se tomaron como referencia las necesidades con manifestación de dependencia; cada problema encontrado se etiquetó para realizar una red de razonamiento y de eso modo se identificaron el diagnóstico principal, y los demás diagnósticos encontrados, como se describe a continuación:

4.1.2.1. Caso MVJG

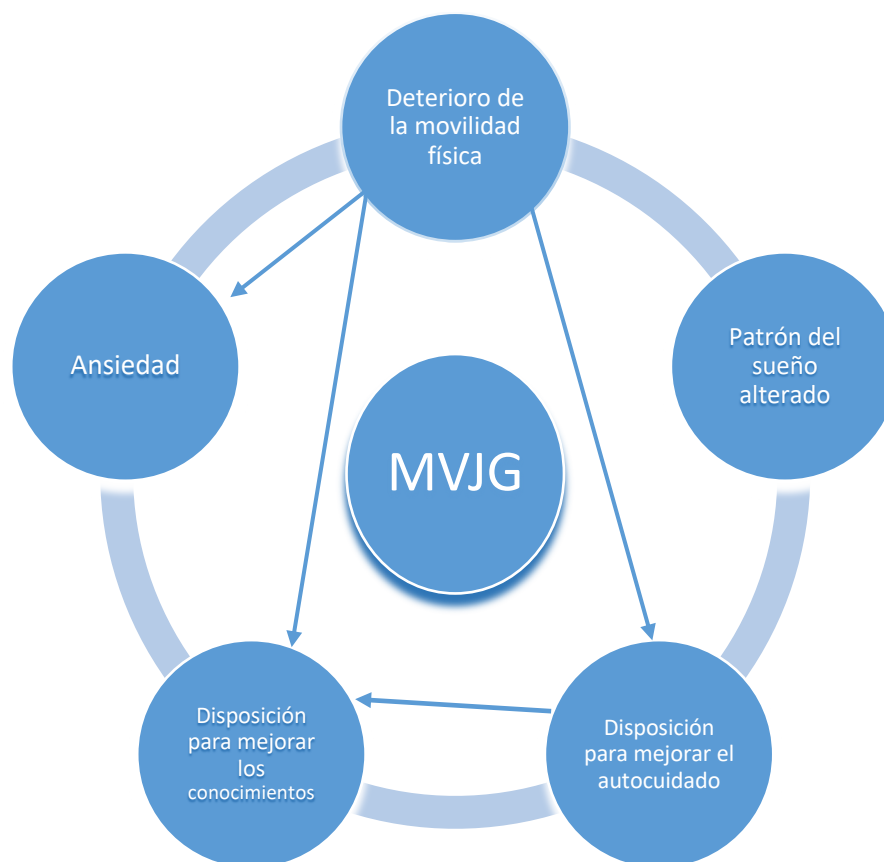
Después de la valoración realizada por medio de los diferentes métodos, con la persona de cuidado MVJG, se ingresaron los hallazgos en la plataforma NNN consult, para organizarlos y así vincularlos con las etiquetas y su definición, por consiguiente se identificaron de las necesidades del Modelo de Virginia Henderson, con manifestación de dependencia, se relacionaron las siguientes con una etiqueta:

- a. Necesidad 4 (Movilizarse y tener postura adecuada): se relaciona con la etiqueta 0085 Deterioro de la movilidad física.
- b. Necesidad 5 (Dormir y descansar): se relaciona con la etiqueta 00198 Patrón del sueño alterado.

Sin embargo, se debe hacer hincapié en que según la valoración, esta persona manifiesta una disposición para mejorar su autocuidado (etiqueta 00182) y una disposición para mejorar los conocimientos (etiqueta 00161), pero en la plataforma de la NANDA-I no hay relación de dichas etiquetas con ninguna de las necesidades del modelo de Virginia Henderson, es decir, el sistema automatizado de la NNN consult no tiene clasificación de estas dentro del Modelo de Necesidades, no obstante sí las enlaza con patrones funcionales y por dominios. Por consiguiente, estas etiquetas de promoción se relacionaron con las necesidades 13 y 14 (Recrearse y Aprender, respectivamente). Además, se identificó la etiqueta 00146 ansiedad apartir del BAI, y esta se relaciona con la necesidad 9: evitar peligros/ seguridad.

Una vez identificadas las etiquetas, estas se utilizaron para realizar la red de razonamiento (ver figura 1) y de ese modo determinar el principal diagnóstico. Como se puede observar en la figura 1, el deterioro de la movilidad conlleva a una disposición para mejorar el autocuidado, así como a la disposición para mejorar los conocimientos, y al mismo tiempo este le produce ansiedad; esta última se confirma con el BAI, y adquiere mayor peso con el hecho que el usuario haya externado que le teme al procedimiento. Mientras que por su lado el patrón del sueño alterado tiene relación con el hijo de muy temprana edad quien provoca que tenga un sueño interrumpido, es decir no se relaciona directamente con el proceso quirúrgico por el que está pasando.

Figura 1. Red de Razonamiento del caso MVJG



Fuente: Valoración de Enfermería del caso MVJG (cuadro 1).

Por tanto, según la valoración y la red de razonamiento el principal diagnóstico que se identificó en la persona de cuidado MVJG es:

- 0085 Deterioro de la movilidad física r/c alteraciones en la integridad de las estructuras óseas m/p limitación de la amplitud de los movimientos.

No obstante, se identificaron diagnósticos secundarios, los cuales se describen a continuación por orden de prioridad de atención:

- 00146 Ansiedad r/c estresores m/p temor, temblor, temblor de manos, palpitaciones cardíacas, nerviosismo y bloqueo de pensamientos.
- 00182 Disposición para mejorar el autocuidado m/p expresa deseos de aumentar el autocuidado.
- 00161 Disposición para mejorar los conocimientos m/p manifiesta deseo de mejorar en el aprendizaje.
- 00198 Patrón del sueño alterado r/c interrupción del sueño causado por el compañero de sueño m/p despertar sin habérselo propuesto.

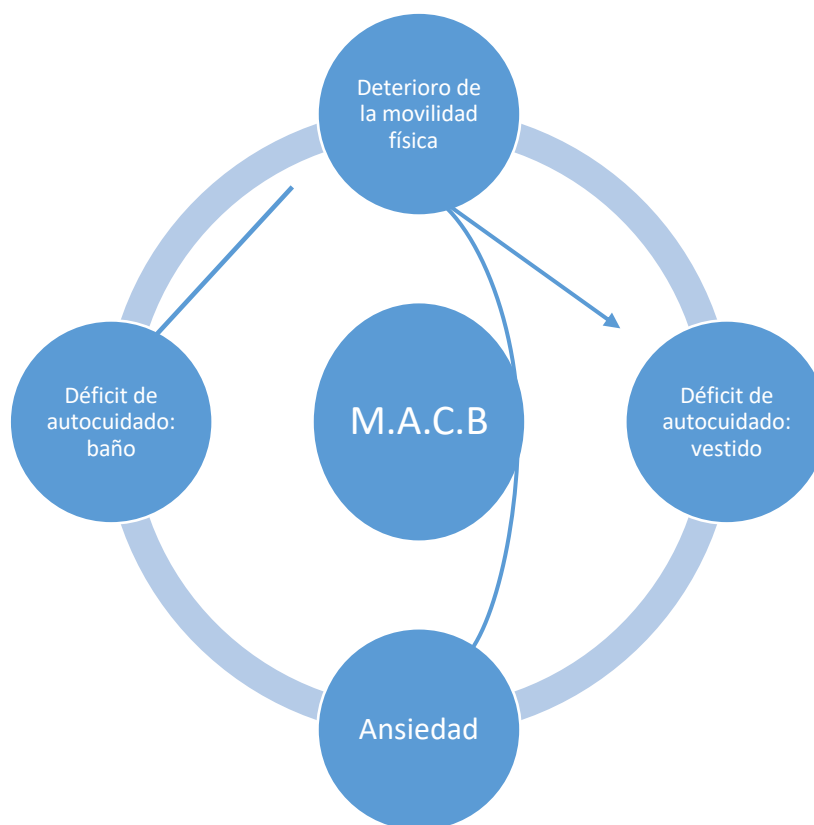
4.1.2.2. Caso MACB

En el caso de la persona de cuidado MACB, se procedió de la misma manera, es decir, luego de la valoración realizada por medio de los diferentes métodos o instrumentos de valoración, se insertaron los resultados en la plataforma NNN consult, de las necesidades del Modelo de Virginia Henderson, con manifestación de dependencia, se vincularon con etiquetas las siguientes:

- a. Necesidad 4 (Movilizarse y tener postura adecuada): se relaciona con las etiquetas 0085 Deterioro de la movilidad física.
- b. Necesidad 6 (Vestirse bien): se relaciona con la etiqueta 00109 Déficit de autocuidado: vestido.
- c. Necesidad 8 (Aseo Personal): se relaciona con la etiqueta 00108 Déficit de autocuidado: Baño.

No obstante, se identificó la etiqueta 00146 ansiedad apartir del BAI, y esta se relaciona con la necesidad 9: evitar peligros/ seguridad. Una vez identificadas las etiquetas, estas se utilizaron para formar la red de razonamiento (ver figura 2) y de esta forma se determinar el principal diagnóstico. Como se puede observar en la figura 2, el deterioro de la movilidad conlleva a un déficit del autocuidado: baño y a un déficit del autocuidado: vestido, y al mismo tiempo le produce ansiedad, esta es confirmada por medio del BAI, ya que no verbaliza su temor al proceso quirúrgico.

Figura 2. Red de razonamiento del caso MACB



Fuente: Valoración de Enfermería del caso MACB (cuadro 2).

Por tanto, según la valoración y la red de razonamiento el principal diagnóstico que se identificó en la persona de cuidado MACB es:

- 0085 Deterioro de la movilidad física r/c alteraciones en la integridad de las estructuras óseas m/p limitación de la amplitud de los movimientos.

No obstante, se identificaron diagnósticos secundarios, los cuales se describen a continuación por orden de prioridad de atención:

- 00146 Ansiedad r/c estresores m/p temor y nerviosismo, .
- 00109 Déficit de autocuidado: vestido r/c disconfort m/p deterioro de la capacidad de ponerse la prendas de vestir necesarias.
- 00108 Déficit de autocuidado: baño r/c disconfort m/p deterioro de la capacidad para lavarse el cuerpo y deterioro de la capacidad de secarse el cuerpo.

4.1.3 Fase de Planeación

En esta etapa los resultados de la fase de diagnóstico fueron el punto de partida para el diseño del plan de cuidados, es decir aquí se describirán los diagnósticos con sus resultados NOC (cada cual con sus respectivos indicadores, los cuales servirán para definir como se evaluará el plan), y las intervenciones NIC (con sus acciones respectivas). Cada uno de los planes de cuidado diseñados para cada caso, se presentan a continuación:

4.1.3.1. Plan de cuidados del Caso MVJG

A continuación se muestra el plan de cuidados del caso MVJG (ver cuadro 3). Se estableció una simbología (ver al final del cuadro 3) por medio de color para identificar los diagnósticos.

Cuadro 3. Plan de cuidados del caso MVJG					
Diagnóstico	Característica Definitoria	NOC	Indicadores	NIC	Actividades
[00085] Deterioro de la movilidad física r/c Alteraciones en la integridad de las estructuras óseas	Limitación de la amplitud de movimientos	[0217] Movimiento articular: rodilla	[21701] Extensión de 0° (d) [21702] Flexión de 130° (d)	[224] Terapia de ejercicios: movilidad articular	- Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función. - Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios articulares. - Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/ actividad.

					<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la respuesta del paciente al aroma elegido (p. ej., le gusta o le disgusta) antes de utilizarlo. - Controlar los datos basales y monitorizar los signos vitales, según corresponda. - Documentar las respuestas fisiológicas a la aromaterapia, según corresponda. - Evaluar y documentar la respuesta a la aromaterapia.
[00182] Disposición para mejorar el autocuidado	Expresa deseos de aumentar el autocuidado	[2002] Bienestar personal	[200205] Salud física	[5360] Terapia de entretenimiento [6040] Terapia de relajación	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar actividades recreativas que tengan sentido para él. - Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas. - Identificar cualquier déficit que pueda limitar la participación en actividades recreativas. - Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado. - Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible. - Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz. - Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.
[00161] Disposición para mejorar los conocimientos	Manifiesta deseo de mejorar en el aprendizaje	[3012] Satisfacción del paciente/ usuario/ enseñanza	[301223] Explicación de los cuidados de Enfermería	[5240] Asesoramiento	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la expresión de sentimientos. - Establecer metas. - Brindar información acerca del procedimiento quirúrgico y los cuidados posoperatorios.

Fuente: Valoración de enfermería según necesidades de cuidados del caso MVJG y plataforma NNN consult.

Simbología	
Diagnóstico Principal según red de razonamiento	
Diagnóstico Secundario	
Diagnósticos Principales según necesidades preoperatorias	

4.1.3.1. Plan de cuidados del Caso MACB

A continuación se muestra el plan de cuidados del caso MVJG (ver cuadro 4); el cuadro 4, está subdividido en colores, que clasifican cada uno de los diagnósticos (ver simbología al final del cuadro).

Cuadro 4. Plan de Cuidados del caso MACB					
<i>Diagnóstico</i>	<i>Característica Definitoria</i>	<i>NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>NIC</i>	<i>Actividades</i>
[00085] Deterioro de la movilidad física r/c Alteraciones en la integridad de las estructuras óseas	Limitación de la amplitud de movimientos	[0208] Movilidad [2004] Forma física	[20804] Movimiento articular [200405] Ejercicio habitual	[224] Terapia de ejercicios: movilidad articular	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función. - Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad. - Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo. - Proporcionar al alta instrucciones escritas sobre los ejercicios. - Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios activos de rango de movimiento. - Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios articulares.
		[0217] Movimiento articular: rodilla	[21701] Extensión de 0° (d) [21702] Flexión de 130° (d)	[5360] Terapia de entretenimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar cualquier déficit que pueda limitar la participación en actividades recreativas - Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas. - Proporcionar un refuerzo positivo a la participación en las actividades. - Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreativa. - Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. - Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular. - Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios articulares.

				[1330] Aromaterapia	<ul style="list-style-type: none"> - Obtener el consentimiento verbal para utilizar la aromaterapia. - Elegir el aceite esencial o la mezcla de aceites esenciales adecuada para conseguir el resultado deseado. - Determinar la respuesta del paciente al aroma elegido (p. ej., le gusta o le disgusta) antes de utilizarlo. - Controlar los datos basales y monitorizar los signos vitales, según corresponda. - Documentar las respuestas fisiológicas a la aromaterapia, según corresponda. - Evaluar y documentar la respuesta a la aromaterapia.
--	--	--	--	------------------------	---

Fuente: Valoración de enfermería según necesidades de cuidados del caso MACB y plataforma NNN consult.

Simbología	
Diagnóstico Principal según red de razonamiento	
Diagnóstico Secundario	
Diagnósticos Principales según necesidades preoperatorias	

4.1.4. Fases de Ejecución y Evaluación

Los hallazgos de las fases de ejecución y de evaluación se describirán de forma conjunta, debido a su estrecha relación, ya que para iniciar la implementación del plan de cuidados debe hacerse una evaluación previa; dicho de otro modo, los indicadores de cada NOC se utilizaron para evaluar la condición inicial en que se encuentra la persona de cuidado en el momento del abordaje, y partiendo de ese valor en la escala de Likert correspondiente, se estableció el valor diana que se desea alcanzar postintervenciones.

Al final de la fase de ejecución, se inicia de manera inmediata la última etapa del PE (evaluación), ya que los indicadores NOC una vez más se utilizan para evaluar la condición final de la persona de cuidado, en otras palabras se valora si se logró llegar al valor diana o al menos mejoró la necesidad encontrada con dependencia, respecto a la evaluación inicial. Seguidamente, se explicarán cada una de las fases por caso:

4.1.4.1. Caso MVJG

Una vez establecido el plan de cuidados con los diagnósticos principales y secundarios según las necesidades preoperatorias, se debe hacer hincapié que no todos los hallazgos se pudieron abarcar, es decir no se pudo llevar a cabo el plan de cuidados en su totalidad (todos los diagnósticos NANDA con sus respectivos NOC y NIC), debido a que preanestesia es un servicio de muy corta estancia, por lo que el tiempo para completar el PE es muy limitado.

Por tal razón, es que se escogieron algunos diagnósticos para ejecutarlos, no obstante, según la red de razonamiento el diagnóstico principal es: [00085] Deterioro de la movilidad física r/c Alteraciones en la integridad de las estructuras óseas m/p limitación de la amplitud de los movimientos; este es un diagnóstico cuyos resultados son a corto y mediano plazo, pero no son inmediatos, es decir para su resolución la persona ya debe de haber pasado por cirugía y estar cumpliendo su proceso de recuperación.

Por consiguiente, el plan de cuidados se ejecutó desde las necesidades que se podían resolver en ese lapso, es decir se trabajaron los diagnósticos: [00146] Ansiedad r/c estresores m/p temor, temblor, temblor en manos, nerviosismo, palpitaciones cardiacas y bloqueo del pensamiento; [00182] Disposición para mejorar el autocuidado m/p expresa deseos de aumentar el autocuidado y [00161] Disposición para mejorar los conocimientos m/p manifiesta deseo de mejorar en el aprendizaje; cada uno de estos con sus respectivos NOC y NIC, como se describieron en el plan de cuidados.

Lo primero que se llevó a cabo previo a la ejecución, fue la evaluación inicial, por lo que para el primer diagnóstico [00146], los NOC vinculados son: [1210] Nivel de miedo, el cual se mide con los indicadores de [121105] Inquietud, con la escala 14 del grado de un estado o respuesta negativo o adverso, la cual va de 1 ó Grave a 5 ó Ninguno; el otro indicador es el [121031] Temor verbalizado, con la escala 14 del grado de un estado o respuesta negativo o adverso, la cual va de 1 ó Grave a 5 ó Ninguno. El segundo NOC es [1211] Nivel de Ansiedad, que se mide con los indicadores [121133] Nerviosismo, cuya escala es la 14 que se refiere al grado de un estado o

respuesta negativo o adverso, la cual va de 1 ó Grave a 5 ó Ninguno; el otro indicador es el [121140] Dificultad para relajarse, con la escala 14, que hace referencia al grado de un estado o respuesta negativo o adverso, la cual va de 1 ó Grave a 5 ó Ninguno. El puntaje de cada escala según el caso de la persona de cuidado MVJG, se describe a continuación (ver cuadro 5).

Cuadro 5. Puntaje inicial y diana del caso MVJG según los NOC del Diagnóstico Ansiedad r/c estresores m/p temblor, temblor de manos, temor, palpitaciones cardiacas, bloqueo de pensamiento y nerviosismo		
<i>NOC [1210] Nivel del miedo</i>		
<i>Indicador</i>	<i>Inicial</i>	<i>Diana</i>
[121105] Inquietud	3	4
[121031] Temor verbalizado	3	4
<i>NOC [1211] Nivel de ansiedad</i>		
<i>Indicador</i>	<i>Inicial</i>	<i>Diana</i>
[121133] Nerviosismo	3	4
[121140] Dificultad para relajarse	3	4

Fuente: Plan de cuidados del caso MVJG (cuadro 3); y valoración del usuario.

Para el segundo diagnóstico [00182] Disposición para mejorar el autocuidado, se trabajó con el NOC [2002] Bienestar personal por medio del indicador [200205] Salud Física, con una Escala 18 con Grado de percepción de expectativas positivas, que va de 1 ó No del todo satisfecho a 5 ó Completamente satisfecho. La evaluación inicial y el puntaje diana establecido de esta persona de cuidado se presenta a continuación (ver cuadro 6).

Cuadro 6. Puntaje inicial y diana del caso MVJG según el NOC del Diagnóstico Disposición para mejorar el autocuidado		
<i>NOC [2002] Bienestar personal</i>		
<i>Indicador</i>	<i>Inicial</i>	<i>Diana</i>
[200205] Salud Física	3	5

Fuente: Plan de cuidados del caso MVJG (cuadro 3) y valoración del usuario.

Con el último diagnóstico NANDA: [00165] Disposición para mejorar los conocimientos, se estableció como NOC [3012] Satisfacción del paciente/ usuario: enseñanza, cuyo indicador es

[301223] Explicación de los cuidados de Enfermería, que se mide através de la escala 18 que hace referencia al grado de percepción de expectativas positivas, por lo que va de 1 ó No del todo satisfecho a 5 ó Completamente satisfecho. Los puntajes inicial y diaba se describen en el cuadro 7 (ver cuadro).

Cuadro 7. Puntaje inicial y diana del caso MVJG según el NOC del Diagnóstico Disposición para mejorar los conocimientos		
<i>NOC [3012] Satisfacción del paciente/ usuario: enseñanza</i>		
<i>Indicador</i>	<i>Inicial</i>	<i>Diana</i>
[301223] Explicación de los cuidados de enfermería	3	5

Fuente: Plan de cuidados del caso MVJG (cuadro 3) y valoración del usuario.

Una vez establecidos los puntajes iniciales y diana del caso, se procedió a la ejecución de los NIC planificados con sus respectivas acciones. Es necesario enfatizar que los NIC de los diagnósticos que se seleccionaron para ejecutar, se trabajaron de manera conjunta; por lo que se inició con el NIC [5820] Disminución de la ansiedad (que pertenece al diagnóstico 00146) y NIC [5240] Asesoramiento (que es parte del diagnóstico 00161), para los cuales se aplicaron las siguientes acciones: se mantuvo siempre un enfoque sereno y escucha activa, para brindar seguridad, un ambiente tranquilo que facilite la confianza, entonces se le explicaron todos los procedimientos a realizar, así como las posibles sensaciones que podría experimentar, todo esto por medio de información objetiva y veraz respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

MVJG tuvo una muy buena reacción ante la información brindada, se le aclararon dudas, y en este punto como devolución de los hallazgos del PE, se le informa que se diagnosticó ansiedad r/c estresores m/p temblor, temblor de manos, temor, palpitaciones cardiacas, bloqueo de pensamientos y nerviosismo; y que se desea intervenir por medio de los NIC [1330] Aromaterapia y [6040] Terapia de Relación (que pertenece al diagnóstico 00182); por lo que para implementar la primera, se solicitó el consentimiento verbal, el cual fue positivo, y se le ofrecieron tres opciones de aceites esenciales a elegir: menta, lavanda y hierbabuena; todas con propiedades para reducir el estrés, promover la relajación muscular y calmar los nervios. MVJG escogió el aceite de menta,

por lo que se le aplicó, y se mantuvo siempre con oximetría de pulso para valorar si presentaba cambios en los signos vitales.

Una vez colocado el aroma como inductor a un estado de relajación, se procedió a implementar con la terapia de relajación, que conlleva a seguir manteniendo el ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves, y con una temperatura agradable (por lo que se le facilitaron cobijas) y se procedió a realizar ejercicios de respiración profunda mientras mantenía imágenes de paz en mente. Se pudo observar que al finalizar las respiraciones la frecuencia cardiaca disminuyó levemente de 67 lat/min a 62 lat/min, y la saturación de oxígeno aumentó de 98% a 100%. Seguidamente se aplica el NIC [5360] Terapia de Entretenimiento, como preparación del usuario para el posquirúrgico, buscando de manera conjunta actividades recreativas que tuvieran sentido para él y le permitan mantener una actitud positiva durante su recuperación.

Una vez finalizada la etapa de ejecución, se procede a llevar a cabo la última fase: evaluación. Para esta se realiza una revaloración de los NOC, para darles el puntaje final y por este medio vislumbrar si se lograron los resultados esperados (ver cuadro 8).

Cuadro 8. Comparación del puntaje final con el puntaje inicial y diana de cada NOC según el caso de MVJG			
<i>NOC [1210] Nivel del miedo</i>			
<i>Indicador</i>	<i>Inicial</i>	<i>Diana</i>	<i>Final</i>
[121105] Inquietud	3	4	4
[121031] Temor verbalizado	3	4	4
<i>NOC [1211] Nivel de ansiedad</i>			
<i>Indicador</i>	<i>Inicial</i>	<i>Diana</i>	<i>Final</i>
[121133] Nerviosismo	3	4	4
[121140] Dificultad para relajarse	3	4	4
<i>NOC [2002] Bienestar personal</i>			
<i>Indicador</i>	<i>Inicial</i>	<i>Diana</i>	<i>Final</i>
[200205] Salud Física	3	4	4

<i>NOC [3012] Satisfacción del paciente/ usuario: enseñanza</i>			
<i>Indicador</i>	<i>Inicial</i>	<i>Diana</i>	<i>Final</i>
[301223] Explicación de los cuidados de enfermería	3	5	4

Fuente: Evaluación del usuario MVJG y Cuadros 3, 5, 6 y 7.

Como se puede observar en el cuadro 8, todos los indicadores de los diferentes NOC, tuvieron una variación positiva para la persona de cuidado MVJG, es decir mejoraron respecto a los valores iniciales, pero no en todos se alcanzó el valor diana planteado previo a las intervenciones NIC. La aplicación del PE en el preoperatorio evidencia como de forma ordenada, secuencial, lógica y evaluable se pueden satisfacer las necesidades de cuidado de las y los usuarios ⁽¹⁰⁾, y en este caso particular de MVJG.

4.1.4.2. Caso MACB

Al ejecutar el plan de cuidados con su diagnóstico principal y diagnósticos secundarios, según las necesidades del cuidado preoperatorias, es de importancia que no todo lo encontrado durante la intervención se pudo realizar es decir no se logró el plan de cuidados en su totalidad (todos los diagnósticos NANDA con sus respectivos NOC y NIC), debido a que preanestesia es un servicio de muy corta estancia, por lo que el tiempo para completar el PE es muy limitado interrumpiendo dicho proceso.

Por lo tanto, para este caso se escogió un único diagnóstico para ejecutarlo; sin embargo, luego de realizar la red de razonamiento el diagnóstico principal que se evidencia es [00085] Deterioro de la movilidad física r/c alteraciones en la integridad de las estructuras óseas e intolerancia a la actividad m/p limitación en la amplitud de movimientos, este es un diagnóstico cuya resolución es a mediano y largo plazo, quiere decir que no se puede solventar la necesidad en el lapso del preoperatorio como tal.

Siendo así, se debe aclarar que el plan de cuidados se ejecuta desde la necesidad que se podía resolver de forma inmediata, es decir se trabajó con el diagnóstico [00146] Ansiedad r/c estresores

m/p temor y nerviosismo; sus respectivos NOC y NIC. Para dar inicio a la fase de ejecución, se realizó la evaluación inicial de dicho diagnóstico NANDA, por medio del NOC [1211] Nivel de ansiedad, el cual se encuentra vinculado al indicador [121133] Nerviosismo, con una escala 14, que mide el Grado de un estado o respuesta negativo o adverso, cuyos valores van desde 1 ó Grave a 5 ó Ninguno. Igualmente, se estableció el valor diana que se desea alcanzar con las intervenciones. En el cuadro 9 se muestran los puntajes de la evaluación inicial y los valores diana del indicador del NOC establecido para el diagnóstico 00146.

Cuadro 9. Puntaje inicial y diana del caso MACB según los NOC del Diagnóstico Ansiedad r/c estresores m/p temor y nerviosismo		
<i>NOC [1211] Nivel de ansiedad</i>		
<i>Indicador</i>	<i>Inicial</i>	<i>Diana</i>
[121133] Nerviosismo	3	4

Fuente: Plan de cuidados de MACB (cuadro 4) y valoración del usuario.

Después de que se estableció el puntaje inicial y el diana del caso de la persona de cuidado MACB, se procedió a la ejecución de los NIC elegidos, cada uno con sus acciones respectivas, por lo que se empezó con los NIC [4920] Escucha activa y el NIC [5820] Disminución de la ansiedad, estos se trabajaron en conjunto, por la similitud de algunas de sus acciones. Por tanto, se procedió de la siguiente forma: se mantuvo siempre una escucha con atención, un enfoque sereno que transmitiera seguridad y se mostró en todo momento el interés por la persona de cuidado, por medio de la comunicación no verbal, siempre se estuvo atento al tono, ritmo, volumen, entonación e inflexión de la voz, para observar e identificar signos verbales y no verbales de ansiedad y para facilitar un ambiente de confianza.

Durante esta fase la persona de cuidado MACB, se mostró comunicativo, lo que reflejó que se sentía cómodo, esto facilitó establecer una relación adecuada para poder llevar a cabo las demás intervenciones. Una vez logrado esto, se le explicó todo lo relacionado al procedimiento, incluidas las posibles sensaciones que podría experimentar durante la cirugía, se le ofreció una respuesta en el momento adecuado y así se reflejó la comprensión del mensaje que se recibía.

Seguidamente, se le informa a la persona de cuidado MACB que se le diagnosticó ansiedad r/c estresores m/p temor y nerviosismo, y que un método fiable y rápido que le podría ayudar a bajar el nivel de ansiedad es la utilización del NIC [1330] aromaterapia, por ende, se le solicitó el consentimiento verbal, el cual fue aceptado por la persona de cuidado, posteriormente se le ofreció tres tipos de aceites a elegir: lavanda, menta y hierbabuena, todas con propiedades de reducir el estrés, promover la relajación muscular y reducir o calmar los nervios; donde MACB eligió lavanda, por lo tanto se le aplicó, mantuvo una respuesta positiva y siempre se monitorizó por medio de la oximetría de pulso para valorar si presentaba cambios en los signos vitales.

Después de la colocación del aroma como incitante a un estado de relajación, se puede observar que la frecuencia cardiaca se mantuvo en 48 lat/min al igual que la saturación de oxígeno se mantuvo en 100%. Las actividades que se ejecutaron fueron de gran importancia y permitieron integrar todo lo planeado. Una vez ya terminada la etapa de ejecución, se lleva a acabo la última fase: evaluación. Para esta se realiza una valoración del NOC para darle un puntaje final y por ende, se observó si se lograron los resultados esperados. (ver cuadro 10).

Cuadro 10. Comparación del puntaje final con el puntaje inicial y diana del NOC según el caso MACB.			
<i>NOC [1210] Nivel del miedo</i>			
<i>Indicador</i>	<i>Inicial</i>	<i>Diana</i>	<i>Final</i>
[121133] Nerviosismo	4	5	4

Fuente: Evaluación del usuario MACB y Cuadro 9.

Como se puede observar en el cuadro 10, el indicador del NOC, no tuvo variación luego de las intervenciones, pero al menos se mantuvo el puntaje inicial, y cabe resaltar que la persona de cuidado MACB se mostró positiva y tuvo una buena recepción ante las acciones llevadas a cabo. Esto refleja que el preoperatorio, en ocasiones, no es el momento idóneo para que las intervenciones surtan su efecto ansiolítico ⁽⁴⁶⁾.

4.2 Discusión

Los procesos quirúrgicos tienen un gran impacto en todas las personas que deben someterse a uno de ellos, a nivel físico, fisiológico, emocional, familiar y social, especialmente si la complejidad de la cirugía es mayor ^(47,50,79), pueden provocar sensaciones no deseadas, y en ocasiones bloquear la capacidad y las herramientas de afrontamiento ante situaciones de estrés ^(47,79). Como se evidencia en este estudio de caso, la ansiedad es una de esas sensaciones desagradables que puede desarrollar la persona de cuidado, desde el momento en que le programan la cirugía, que de hecho es el instante exacto en que inicia el período preoperatorio ^(50,80).

La ansiedad según la NNN consult y otros autores se define como un estado emocional temporal, sensación vaga e intranquilizadora que se manifiesta de diversas formas, como malestar, nerviosismo, temor, inquietud, entre otras y a nivel prequirúrgico se presenta en la mayoría de los casos, en distintas intensidades ^(48,50,75,80,81). En los dos casos que se abarcaron en este estudio, ambas personas de cuidado confirman lo que la mayoría de los estudios apuntan como el principal problema a nivel preoperatorio: la ansiedad. Cabe rescatar que la presentaron en diferente intensidad, y las manifestaciones difieren de una persona a otra (ver cuadro 11).

Cuadro 11. Comparación de las manifestaciones de ansiedad y de las características definitorias derivadas de los casos MVJG y MACB		
Persona de cuidado	<i>MVJG</i>	<i>MACB</i>
Manifestaciones	Miedo	Miedo
	Atemorizado o asustado	Atemorizado o asustado
	Nervios	Nervios
	Temblor en las piernas	Temor a morir
	Latidos del corazón fuertes y acelerados	Temor a que ocurra lo peor
	Incapacidad de relajarse	
	Inquietud	

	Inseguridad	
	Sensación de bloqueo	
	Temblores en la manos	
Características Definitorias	Temor	Temor
	Nerviosismo	Nerviosismo
	Temblores de manos	
	Papalpitaciones cardiacas	
	Temblores	
	Bloqueo de pensamientos	

Fuente: Resultados del BAI de los casos MVJG y MACB, y etapa de diagnóstico.

En el cuadro se puede visualizar como la integración de un instrumento específico como el BAI, facilita identificar sensaciones muy específicas y por grado de intensidad ⁽⁸⁰⁾, que ocasiones durante la entrevista o la valoración no se logran percibir en su totalidad, igualmente, también confirman si existe ansiedad y en que nivel, en la persona de cuidado que Enfermería vaya a intervenir, igualmente los resultados obtenidos se pueden vincular con el lenguaje taxonómico e integrarlos al Plan de cuidados individualizado que se diseñe para cada caso.

La intervención de Enfermería en los procesos quirúrgicos es crucial, pues cuenta con diferentes enfoques teóricos propios que le dan la capacidad de brindar los cuidados oportunos que requiera la persona de cuidado en cualquier etapa del perioperatorio, pero más aún en el prequirúrgico que es una etapa trascendental de preparación, desde un enfoque holístico en pro de la pronta recuperación ⁽⁷⁹⁾; aún más si los enfermeros o enfermeras son especialistas en el área, pues poseen conocimiento más profundo sobre las posibles necesidades que pueden presentar las y los usuarios en este período, como darles resolución y de esa forma brindar seguridad, calidad de atención, prevención de efectos adversos e integrar a la persona de cuidado en su proceso de salud y recuperación ⁽⁸²⁾.

Es cierto que la ansiedad fue el principal diagnóstico de Enfermería que se identificó y se trabajó con el plan de cuidados plateados para los casos de estudio, para darle resolución en el periodo preoperatorio específicamente, no obstante, se encontraron otros diagnósticos NANDA (ver cuadro 12), que se deben recalcar, no solo por lo importante para los usuarios, sino porque esto denota que contando con más tiempo para la preparación de la persona en el quirófano, se pueden intervenir en todas las necesidades. Una de las estrategias que se podrían utilizar es la visita preoperatoria, o al menos una entrevista preoperatoria vía telefónica o por videollamada para establecer un acercamiento con la persona de cuidado.

Cuadro 12. Comparación de los Diagnósticos derivados de las personas de cuidado MVJG y MACB		
Persona de cuidado	MVJG	MACB
Diagnósticos	[00085] Deterioro de la movilidad física r/c Alteraciones en la integridad de las estructuras óseas	[00085] Deterioro de la movilidad física r/c Alteraciones en la integridad de las estructuras óseas e intolerancia a la actividad
	[00198] Patrón de sueño alterado r/c Interrupción del sueño causado por el compañero de sueño	[00109] Déficit de autocuidado: vestido r/c discomfort
	[00146] Ansiedad r/c estresores	[00108] Déficit de autocuidado: baño r/c discomfort
	[00182] Disposición para mejorar el autocuidado	[00146] Ansiedad r/c estresores
	[00161] Disposición para mejorar los conocimientos	

Fuente: Plan de cuidados del caso MVJG y MACB (cuadro 3 y 4).

Simbología	
Diagnóstico Principal según red de razonamiento	
Diagnóstico Secundario	
Diagnósticos Principales según necesidades preoperatorias	

La visita preoperatoria es una estrategia que facilita personalizar los cuidados, individualizar aún más la atención, disminuir más efectivamente la ansiedad y el temor a lo desconocido, así como incluir a la familia en el proceso quirúrgico al que se va a someter la persona de cuidado ^(79,83). La mayoría de las investigaciones apuntan a que los y las enfermeras plantean los objetivos y las intervenciones, en el preoperatorio, enfocados al asesoramiento, a brindar información y estrategias de autocuidado tanto para el pre como para el postoperatorio, y disminuir la ansiedad ⁽⁷⁹⁾, esto se pudo confirmar con este estudio de caso, pues como se puede observar en el cuadro 13, los NIC que se identificaron van dirigidos precisamente a lo que dice la evidencia: asesoramiento, disminución de la ansiedad, escucha activa; e igualmente se destaca cómo métodos alternativos, tales como la aromaterapia y las terapias de relajación, se pueden utilizar para coadyudar a bajar los niveles de ansiedad.

Cuadro 13. Comparación de los NIC derivados de las personas de cuidado MVJG y MACB		
Persona de cuidado	<i>MVJG</i>	<i>MACB</i>
NIC	[224] Terapia de ejercicios: movilidad articular	[224] Terapia de ejercicios: movilidad articular
	[1850] Mejorar el sueño	[5360] Terapia de entretenimiento
	[5820] Disminución de la ansiedad	[1802] Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal
	[1330] Aromaterapia	[1801] Ayuda con el autocuidado: baño/higiene
	[5360] Terapia de entretenimiento	[5820] Disminución de la ansiedad
	[6040] Terapia de relajación	[4920] Escucha activa
	[5240] Asesoramiento	[1330] Aromaterapia

Fuente: Plan de cuidados del caso MVJG y MACB (cuadro 3 y 4).

Simbología	
NIC según el diagnóstico principal de la red de razonamiento	
NIC Secundario	
NIC según el diagnóstico principal de las necesidades preoperatorias	

Por su lado, los NOC identificados (ver cuadro 14) en el estudio, nos muestran como los objetivos van orientados a evaluar el nivel de ansiedad, nivel del miedo, la satisfacción del usuario hacia la enseñanza que le brinda la o el enfermero y el bienestar personal. Estos son fundamentales pues como ya se ha mencionado, son los parámetros que nos permiten evaluar si las acciones que se llevan a cabo son efectivas y eficaces, para cada caso particular. Se debe hacer hincapié en que a pesar de las similitudes en los hallazgos de los dos casos, todo se planificó y se realizó desde la individualidad de la persona de cuidado y sus necesidades particulares.

Cuadro 14. Comparación de los NOC derivados de las personas de cuidado MVJG y MACB		
Persona de cuidado	<i>MVJG</i>	<i>MACB</i>
NOC	[0217] Movimiento articular: rodilla	[0208] Movilidad
	[0004] Sueño	[2004] Forma física
	[1210] Nivel del miedo	[0217] Movimiento articular: rodilla
	[1211] Nivel de ansiedad	[0302] Autocuidados: vestir
	[2002] Bienestar personal	[0301] Autocuidados: baño
	[3012] Satisfacción del paciente/ usuario: enseñanza	[1211] Nivel de ansiedad

Fuente: Plan de cuidados del caso MVJG y MACB (cuadro 3 y 4).

Simbología	
NOC según el diagnóstico principal de la red de razonamiento	
NOC Secundario	
NOC según el diagnóstico principales de las necesidades preoperatorias	

Capítulo V:
Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

En relación al primer objetivo: determinar las principales necesidades de cuidado preoperatorias del caso, se concluye que:

- Es crucial contar con enfermeros o enfermeras especializadas para poder identificar las necesidades reales de cuidado de los y las usuarias en el preoperatorio.
- Tiene que existir un espacio tranquilo y seguro para que la o el enfermero perioperatorio pueda realizar una valoración adecuada a las personas de cuidado que serán sometidas a procedimientos quirúrgicos.
- La o el enfermero quirúrgico debe fortalecer e implementar el análisis crítico- humanístico, que le permita no solamente enfocarse en la respuesta biológica, si no también en la parte psicosocial de las personas de cuidado sometidas a un procedimiento quirúrgico.
- Contemplar los estudios previos: placas, resonancia magnética, exámenes de laboratorio y demás, ya que permite ampliar la valoración y así identificar las principales necesidades de cuidado con dependencia.
- La o el enfermero especializado en Enfermería Quirúrgica tiene que desarrollar habilidades para lograr interpretar no solamente las deficiencias de afrontamiento ante la situación actual, sino otras necesidades que no necesariamente estén ligadas al cirugía a realizar, esto con el fin de desarrollar un cuidado integral y humanizado.

Según el segundo objetivo establecido: identificar los principales diagnósticos (NANDA) preoperatorios; se llega a las siguientes conclusiones:

- Se debe de contar con enfermeros y enfermeras especialistas en el área quirúrgica que posean un conocimiento adecuado para diagnosticar desde Enfermería, utilizando un lenguaje taxonómico.

Desde el tercer objetivo: identificar las principales intervenciones (NIC) de Enfermería preoperatoria del caso; se concluyó lo siguiente:

- Se debe entender la integralidad humana desde una perspectiva perioperatoria, para satisfacer las necesidades básicas humanas, pero sobre todo para trascender en la historia de cada una de las personas a las que se les brinda el cuidado.
- Es necesario implementar estrategias terapéuticas no tradicionales para el abordaje de la ansiedad de las personas que son sometidas a una intervención quirúrgica.
- Las enfermeras y enfermeros quirúrgicos deben desde el preoperatorio desarrollar intervenciones integrales que permitan a las personas mejorar y/o preservar su calidad de vida.
- Desarrollar un programa de visita preoperatoria o entrevista prequirúrgica vía telefónica, podría ser un método que facilite la vinculación con la persona de cuidado en pro de disminuir la ansiedad preoperatoria y así impactar en su recuperación.
- El y la enfermera perioperatorio son los idóneos para poder brindar el cuidado a las personas que se someten a un procedimiento quirúrgico, por su formación académica, su conocimiento y las herramientas con la que cuentan.

De acuerdo al cuarto objetivo específico planteado: determinar los principales resultados (NOC) de Enfermería preoperatoria del caso; se establecen estas conclusiones:

- El tiempo con el que cuentan las y los enfermeros en el preoperatorio en ocasiones es insuficiente para lograr los objetivos (NOC) planteados en el PE.
- Es de suma importancia el establecimiento de objetivos y la evaluación por medio de indicadores de los resultados que se desean obtener con el PE, para poder determinar si realmente se impactó a la persona de cuidado o se debe replantear el plan de cuidados.

Por consiguiente, se puede concluir desde el objetivo general planteado: desarrollar un plan de cuidados en etapa preoperatoria en un estudio de caso en un Hospital Privado de San José, Costa Rica, en el II trimestre del 2021; que:

- La implementación del PE preoperatorio en aquellas personas de cuidado que serán sometidas a un procedimiento quirúrgico, es imperativo; este debe ser estandarizado por

medio del lenguaje taxonómico, pero se debe ejecutar desde la individualidad de la persona; para que esta se pueda integrar de la mejor manera a su cotidianidad y lo ideal sería que el PE en dichos servicios, lo lleve a cabo una o un profesional especializado en Enfermería Quirúrgica.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 A los centros salud que brindan servicio de cirugía:

- Conformar el área de preanestesia, sala de operaciones y recuperación con enfermeros y enfermeras especialistas en el área quirúrgica, para que implementen el Proceso de Enfermería a todas las personas de cuidado que serán sometidas a un procedimiento quirúrgico, como parte de la Gestión del Cuidado de Calidad.
- Mantener una intercomunicación y la disponibilidad de una o un enfermero especializado en salud mental y psiquiatría, que trabaje de manera conjunta con la o el enfermero quirúrgico en preanestesia, en caso que el segundo identifique un nivel de ansiedad grave, para que el primero le dé un manejo más avanzado de dicha condición.
- Contar con una plataforma que permita desarrollar el PE, con cada una de las fases; idealmente que esté vinculada con la NNNconsult para que todos los diagnósticos sean con lenguaje taxonómico, al igual que los resultados (NOC) y las intervenciones (NIC); y capacitar al personal del servicio, e incluso al de toda la institución para que registren el PE en la nota de Enfermería.
- Considerar la implementación de la visita preoperatoria o de una entrevista prequirúrgica vía telefónica a la persona de cuidado, en ambos casos debe ser realizada por el o la enfermera quirúrgica unos días antes de la cirugía programada, para así disminuir los niveles de ansiedad que la o el usuario pueda presentar y brindar información veraz y oportuna respecto a la cirugía. Idealmente, que este enfermero o enfermera le brinde seguimiento hasta el alta, y así efectuar una intervención eficaz y oportuna.

5.2.2. A la Maestría en Enfermería Quirúrgica de la Universidad de Costa Rica:

- Potenciar aún más el enfoque perioperatorio en la formación del especialista en Enfermería Quirúrgica.
- Continuar fomentando la investigación dentro del plan de estudios la Maestría en Enfermería Quirúrgica, para que el o la enfermera pueda identificar y desarrollar herramientas para el mejoramiento de la Gestión del Cuidado de Calidad.

- Incentivar a los y las estudiantes a la participación activa en publicación de artículos científicos, que aumente el sustento teórico en el que basan su quehacer.

5.2.3. Al Colegio de Enfermeras de Costa Rica:

- Establecer como requerimiento que los y las enfermeras que trabajen en servicios quirúrgicos, tales como: preanestesia, recuperación, sala de operaciones, UCI quirúrgica y servicio de cirugías (hospitalización); sean especialistas en el área, primero para promover las especialidades en la disciplina y segundo para asegurarse que la atención sea de alta calidad y especializada.

Capítulo VI: Bibliografía y Anexos

6.1. Referencias Bibliográficas

1. Arratia A. Investigación y documentación histórica en enfermería. *Texto Context Enferm, Florianóp* [Internet]. 2005 [citado el 29 de septiembre de 2018];14(4):567–74. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a14v14n4.pdf>
2. Burgos Moreno M. PKT. Enfermería como profesión. *Rev Cuba Enfermería* [Internet]. 2009 [citado el 29 de septiembre de 2018];25:1–2. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf101_209.htm
3. Siles Gonzalez José. La construcción social de la Historia de la Enfermería. *Index de Enfermería* [Internet]. 2004 [citado el 29 de septiembre de 2018];13(47):07–10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300001
4. Amaro Cano MC. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Rev Cuba Enfermería* [Internet]. 2004 [citado el 29 de septiembre de 2018];20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009
5. Rodríguez Campo V a., Paravic Klijn TM. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enferm Glob* [Internet]. 2011;17(2):246–53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400020
6. Daza de Caballero R., Torres Pique AM. P de RG. Análisis crítico del cuidado de enfermería: interacción, participación y afecto. *Index Enfermería* [Internet]. 2005 [citado el 29 de septiembre de 2018];14(48–49):18–22. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/48-49revista/r48-49_articulo_18-22.php
7. Albornoz D. Gestión del cuidado desde una perspectiva transcultural. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2011;27(1):57–65. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n1/enf07111.pdf>
8. Vásquez M. El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante. *Investig y Educ en Enfermería* [Internet]. 2001;XIX(1):48–54. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218125004>
9. Durán de Villalobos M. Marco epistemológico de la enfermería | Durán de Villalobos | Aquichan [Internet]. Vol. 2, *Revista Aquichan*. 2002. p. 7–18. Disponible en:

- <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/17>
10. Reina NC. El Proceso De Enfermería: Instrumento Para El Cuidado. Redalyc.org [Internet]. 2010;17:18–23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
 11. María Á, Maya S. Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa perioperatoria * Nursing care interactions with patient in perioperative period. Rev Cubana Enferm. 2012;28(4):495–508.
 12. Evies B, Rengifo A, Salas J, Manrique B, Palacio D. El cuidado de enfermería : una visión integradora en tiempos de crisis. Enfermería Glob [Internet]. 2014;33:318–27. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/ensayo2.pdf>
 13. Jara-Sanabria F, Lizano-Pérez A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. Enfermería Univ [Internet]. 2016;13(4):208–15. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665706316300410>
 14. González-castillo MG, Monroy-rojas A. U n i v e r s i t a r i a Proceso enfermero de tercera generación. 2016;13(2):124–9.
 15. Aguilar RD, Morán RA, Uría RMA, González AC, Saavedra MMD y MO. Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería. Estudiantes de licenciatura de Enfermería. Facultad “Lidia Doce”. 2013. Enfermería Univ [Internet]. enero de 2015 [citado el 29 de septiembre de 2018];12(1):36–40. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665706315000202>
 16. González Caballero J. Aplicación de los diagnósticos de enfermería en el ámbito de la salud laboral. Ejemplos de prescripción enfermera. Med Segur Trab (Madr) [Internet]. 2010 [citado el 29 de septiembre de 2018];56(221):328–46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2010000400008
 17. Carvalho da Silva CM, Lopes de Azevedo S, Cavalcanti Valente GS, machado T. F. Rosas AM, Marinho Chrizóstimo M. Diagnósticos de Enfermería como instrumentos en la formación del enfermero: revisión de la literatura. Enfermería Glob [Internet]. 2009 [citado el 29 de septiembre de 2018];(17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300020

18. González Sara SH, Moreno Pérez NE. Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic-Noc. *Enfermería Glob* [Internet]. julio de 2011 [citado el 29 de septiembre de 2018];10(23):89–95. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
19. Emérida L, Cabrera G, Esperanza L, Madera P, Liduvina Álvarez Miranda L, Mayda L, et al. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES [Internet]. Vol. 15, *Rev Cubana Educ Med Super*. 2001 [citado el 29 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol15_1_01/ems04101.pdf
20. Gutiérrez Lesmes OA, Torres CA, Lobo Rodríguez NJ, Rodríguez NJL. Factores relacionados con la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Colombia. *Rev Cuid* [Internet]. el 1 de enero de 2018 [citado el 29 de septiembre de 2018];9(1):2007. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/480>
21. Costa RG da, Vitor AF, Botarelli FR, Moura LA, Vitorino IC da C, Souza CS de. Diagnósticos de Enfermería del Dominio de Seguridad/Protección en pacientes en postoperatorio. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. el 5 de octubre de 2015 [citado el 29 de septiembre de 2018];30(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/504/104>
22. Ceriani Cernadas J. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". *Arch Argent Pediatr*. 2009;107(5):385–6.
23. García Baarbero M. La Alianza Mundial para la seguridad del paciente. OMS [Internet]. 2004 [citado el 29 de septiembre de 2018]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237659728_LA_ALIANZA_MUNDIAL_PARA_LA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE
24. Galvão CM, Mendonça C, Lopes M. Posicionamiento quirúrgico: evidencias para el cuidado de enfermería 1. *Rev Latinoam Enfermería* [Internet]. 2010 [citado el 29 de

- septiembre de 2018];18(2):287–94. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
25. Conde Labio MM, Martínez Durán WO. Efectividad de la calidad de los cuidados de Enfermería en pacientes quirúrgicos en la prevención de complicaciones [Internet]. Lima, Perú. UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER; 2018. Disponible en: papers2://publication/uuid/512EBCE8-D635-4348-A67D-22DD52988F4C
 26. Reyes AJB. Proceso de atención de enfermería a paciente en transoperatorio de osteomielitis y pseudoartritis de tibia derecha en el servicio de Cirugía de un Hospital de Lima, 2018 [Internet]. Universidad Peruana Unión; 2019. Disponible en: papers2://publication/uuid/45D7E632-B571-4218-9E47-8B4457FEA9D3
 27. León EC, Maday D, Leyva O, Colmenares F, Selkys D, Varela MO, et al. Suspensión de la intervención quirúrgica electiva no cardíaca en el paciente hipertenso Suspension of Elective No Cardiac Surgery in hypertensive patients. 2015;14(1):4–12.
 28. Quintero A, Yasnó DA, Riveros OL, Castillo J, Borráz BA. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. Rev Colomb Cirugía. 2017;32(2):115–20.
 29. Ortiz J, Wang S, Elayda MA, Tolpin DA. Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? Brazilian J Anesthesiol (Edición en Esp [Internet]. 2015;65(1):7–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjanes.2013.07.011>
 30. Reyes Luna J, Jara Cconcha P, Merino Escobar JM. Adherencia De Las Enfermeras/Os a Utilizar Un Modelo Teórico Como Base De La Valoración De Enfermería. Cienc y enfermería [Internet]. 2007;13(1):45–57. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 31. Rangel KG, Gabriel J, Espinosa R, Ángel J, Rojas L, Nieves M, et al. Relación de etiquetas NANDA e indicadores NOC, respecto al porcentaje de sobrevida en pacientes politraumatizados. 2010;15(1):4–10.
 32. Gibbons LK. La investigación en enfermería: un campo interdisciplinario. Educ médica y salud Organ Panam la Salud. 1980;4(1):76–94.
 33. Vargas Mora R, Herrera Sibaja C. Inducción preoperatoria para pacientes y familiares en

- caso de cirugía mayor y su relación con la ansiedad. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica*. 2012;22.
34. Pérez A, Rubio FJ. Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato del trasplante renal . Taxonomía NANDA / NIC / NOC. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* [Internet]. 2008;11(2):144–9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v11n2/6.pdf>
 35. Ruilova M, Jessenia C. Unidad Académica De Ciencias Químicas Y De La Salud Carrera De Bioquímica Y Farmacia. 2016; Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/7751/1/Muñoz.pdf>
 36. Ricci A, Alcalá D, Da Silva S, Aparecida L. Diagnósticos de enfermería de pacientes en período pre-operatorio de cirugía esofágica. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2009;17(1):66–73. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/es_11.pdf
 37. Bellido J, Pereira F, Cruz J. Planificación de cuidados en el paciente quirúrgico. *Inquietudes* [Internet]. 2007;4–16. Disponible en: http://www.index-f.com/inquietudes/36pdf/36_aticulo_4.pdf
 38. Da Silva MB, De Abreu Almeida M, Panato BP, De Oliveira Siqueira AP, Da Silva MP, Reisdorfer L. Clinical applicability of nursing outcomes in the evolution of orthopedic patients with Impaired Physical Mobility. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(1):51–8.
 39. Ramírez-Chávez GI, Olvera-Arreola SS, Cadena-Estrada JC. Proceso enfermero aplicado a una persona con síndrome de Marfan y disección aórtica. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2014;22(1):46–50.
 40. Fundación Enfermería en Castilla y León. OB, Gómez AMH. Evidencia de la intervención enfermera " precauciones en el embolismo" en el plan de cuidado estandarizado de implaantación prótesis de cadera. *RevistaEnfermeríaCyL* [Internet]. 2014;6(1):31–51. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/119/96>
 41. Nascimento KTS do, Fonsêca L de CT da, Andrade SS da C, Leite KNS, Costa TF da, Oliveira SH dos S. Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de mastectomia em um hospital-escola TT - Feelings and sources of emotional support for

- women in pre-operative mastectomy in a teaching hospital TT - Sentimientos y fuentes de apoyo e. Rev enferm UERJ [Internet]. 2015;23(1):108–14. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a18.pdf>
42. Eduardo C, Sampaio P, Marins TG De. Nível de ansiedade de crianças no pré-operatório : avaliação segundo a Escala de Yale modificada. 2017;23–8.
 43. André M, Franzoi H, Goulart CB, Lara EO, Martins G. Audición musical para alivio de la ansiedad en niños en el preoperatorio : ensayo clínico aleatorizado 1 Introducción. 2016;
 44. Saldaña DMA, Beltrán LFA, Cardona PAE, Suarez ASG. Cuidado de enfermería al paciente con ansiedad que va a ser sometido a cateterismo cardíaco. Rev Mex Enferm Cardiol. 2012;20(3):112–6.
 45. Romero I, Martínez P, Ponsich P, Pubill M. Ansiedad en Pacientes Intervenidos de Rodilla (Protesis Total de Rodilla). Enferm Glob [Internet]. 2004;4(1695–6141):1–9. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/576/598>
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/576/598>
 46. Díez-Álvarez E, Arrospide A, Mar J, Alvarez U, Belaustegi A, Lizaur B, et al. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Enfermería Clínica [Internet]. 2012;22(1):18–26. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862111001896>
 47. Laguado Jaimes E, Yaruro Bacca K, Hernández Calderón EJ. El cuidado de enfermería ante los procesos quirúrgicos estéticos. Enferm Glob. 2015;14(4):362–74.
 48. Doñate Marín M, Litago Cortés A, Monge Sanz Y, Martínez Serrano R. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. Enferm Glob. 2015;14(1):170–80.
 49. Magallanes-Urzuiza MC, Mamani-Pilco RS, Villanueva-Ruiz LH. Efectividad de la visita preoperatoria de enfermería en la ansiedad de gestantes sometidas a cesárea electiva. 2016;32.
 50. Moreno Fernández MT. Influencia de la visita prequirúrgica de enfermería en la ansiedad del paciente. Revisión Bibliográfica. Nuberos Científica. 2018;3(23):33–9.

51. Laguado Jaimes E, Gómez Díaz MP. Teoría del manejo de síntomas desagradables para el cuidado de enfermería en cirugía. *Enferm Glob*. 2014;13(3):326–37.
52. Bouwman Christóforo, BE; Siqueiera Carvalho D. Nursing care applied to surgical patient in the pre-surgical period. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):14–21.
53. Castañón Pompa D, Dubergel Fabier Y, Gibert Lamadrid M del P. Prácticas de enfermería en los diferentes escenarios de la Cirugía de Mínimo Acceso TT - Nursing procedures in the different scenarios of Minimal Access Surgery. *Rev Habanera Ciencias Médicas [Internet]*. 2017;16(2):229–39. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000200009&lang=pt%0Ahttp://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v16n2/rhcm09217.pdf
54. Castillo J., García E, Cheverría S. Atención de Enfermería durante el postoperatorio a paciente sometido a clipaje de aneurisma por ruptura. *Enfermería Univ [Internet]*. 2019;16(1):105–16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7133630>
55. Ronald A. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica [Internet]. 2013;57(November):15–8. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/doc-escuela/ets-ae-graduacion.pdf>
56. Zúñiga Díaz D, Segura Navarrete D, Solano Vega MF. “ Manual de procedimientos y protocolos de Enfermería en la etapa intraoperatoria . Hospital San Vicente de Paul , Heredia . ” [Internet]. Universidad de Costa Rica; 2020. Disponible en: [http://kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/81068/TFG MANUEL DE PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/81068/TFG_MANUAL_DE_PROCEDIMIENTOS_Y_PROTOCOLOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
57. Ponti LE, Benites RTC, Vignatti RA, Monaco ME NJ. Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. *Rev Cuba Educ Medica Super*. 2017;31(4):1–12.
58. Guadarrama-Ortega D, Delgado-Sánchez P, Martínez-Piedrola M, López-Poves EM, Acevedo-García M, Noguera-Quijada C et al. Integración del proceso enfermero en la historia clínica electrónica de un hospital universitario. *Rev Calid Asist*. 2017;32(3):127–34.

59. González Sánchez J. Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. *Med Segur Trab (Madr)*. 2011;57(222):15–22.
60. González-Castillo MG, Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Univ [Internet]*. abril de 2016 [citado el 30 de noviembre de 2018];13(2):124–9. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665706316000270>
61. Corres Argueta E, Verde Flota E, Rivas Espinosa JG. Valoración de Enfermería: Basada en la filosofía de Virginia Henderson [Internet]. Primera Edición. Díaz Franco MA, Espinosa Cervantes R, Golubov Figueroa J, Gutiérrez Nava MA, Melendez Herrada A, Orea Coria DP, et al., editores. Ciudad de Mexico: D.R. Universidad Autónoma Metropolitana D.R.; 2016 [citado el 29 de noviembre de 2018]. 4–168 p. Disponible en: http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf
62. Brito PR. El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera. *ENE, Rev Enfermería [Internet]*. 2014;8(1):3–4. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs>
63. Tomey AM, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. Elsevier; 2007 [citado el 23 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
64. CTO. Modelo y teorías de enfermería: Características generales de los modelos y principales características. En: *Manual CTO Oposiciones de Enfermería [Internet]*. 2014. p. 1–14. Disponible en: https://www.berri.es/pdf/MANUAL_CTO_OPOSICIONES_DE_ENFERMERIA_-_PAIS_VASCO,_Volumen_1/9788417470050
65. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN [Internet]. Primera Edición. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010 [citado el 30 de noviembre de 2018]. 217 p. Disponible en: www.enfermeriajaen.com
66. González Rodríguez R. Actualización del modelo de cuidados de enfermería de Virginia Henderson y su aplicación al estudio de las necesidades básicas de la población del Campo de Gibraltar. Universidad de Cádiz; 2015.

67. Tirado Pedregosa G, Hueso Montoro C, Cuevas Fernández-Gallego M, Montoya Juárez R, Bonill de las Nieves, Candela Schmidt Río-Del Valle J. How to write Clinical Case Studies in Nursing using the NANDA, NOC, NIC taxonomies. *Index Enferm.* 2011;vol.20 no.(1–2):111–5.
68. Martínez Carazo PC. El método de estudio de caso. *Estrategia metodológica de la investigación científica.* Pensam Gestión [Internet]. 2006;20(20):165–93. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/646/64602005/>
69. Rodríguez D, Jordi G, Roquet V. *Metodología de la investigación.* Universitat Oberta de Catalunya; 2009. 1–82 p.
70. Jiménez Chaves V. El estudio de caso y su implementación en la investigación. *Rev Int Investig en Ciencias Soc.* 2012;8(1):141–50.
71. Ramírez-Sánchez SC, Pérez-Solís OM, Lozano-Rangel O. Perspectiva de la Investigación en Enfermería: El caso México. *Ene.* 2019;13(4):1–10.
72. Díaz De Salas S, Mendoza Martínez V, Porras Morales C. Una guía para la elaboración de estudios de caso. *Razón y Palabra.* 2011;16(75):39.
73. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la Investigación* [Internet]. Sexta Edición. Edición Punta Santa Fe, editor. Mexico DF: MC Graw Hill; 2014 [citado el 22 de noviembre de 2018]. 634 p. Disponible en: www.elosopanda.com%7Cjamespoetrodriguez.com
74. Pineda EB, Alvarado EL de. *Metodología de la investigación* [Internet]. Tercera Edición. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2008 [citado el 29 de noviembre de 2018]. 260 p. Disponible en: <https://books.google.co.cr/books?id=XZX4jgEACAAJ&dq=metodologia+de+la+investigacion.+pineda&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEWjaiL2StPneAhXOwFMKHV-7DioQ6wEIKTAA>
75. Moreno Carrillo P, Calle Pla A. Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata. *De la teoría a la práctica.* *Cir mayor ambul.* 2015;20(2):74–8.
76. Sanz J. Utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). *Clínica y Salud* [Internet]. 2014;25(1):39–48. Disponible en:

- <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original4.pdf>
77. Galindo Vásquez O, Rojas Castillo E, Meneses García A, Aguilar Ponce JL. Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad de BECK (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*. 2015;12(1):51–8.
 78. Programa regional de Bioética OPS/OMS. Pautas Éticas En Investigación Sobre Humanos: Nuevas Perspectivas. Serie Publ. Lolas F, Quezada A, editores. Santiago, Chile: Gráfica Imprecom Ltda.; 2003. 1–151 p.
 79. Bagés Fortací C, Lleixá Fortuño M del M, Español Puig C, Imbernón Casas G, Munté Prunera N, Vásquez Morillo D. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enfermería Glob*. 2015;14(39):29–40.
 80. Hernandez, AnaLópez A, Guzmán J. Nivel de Ansiedad e Información Preoperatoria en Pacientes Programados para Cirugía. *Acta Médica Grup Ángeles* [Internet]. 2015;14(1):6–11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64132>
 81. Herdman T. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definición y Clasificación. ELSEVIER. 2019. p. 598.
 82. Sillero-Sillero A, Zabalegui A. Safety and satisfaction of patients with nurse's care in the perioperative. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27.
 83. Moreno Fernández MT. Influencia de la visita prequirúrgica de enfermería en la ansiedad del paciente. *Revisión bibliográfica. Nuberos Científica* [Internet]. 2018;(1):34–8. Disponible en: <http://www.index-f.com/nuberos/2017pdf/2333.pdf>

6.2 Anexos

6.2.1 Anexo I: Carta de Autorización para llevar a cabo el estudio de caso en el Hospital Privado



6.2.2. Anexo II: Guía de Valoración basada en las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson

GUÍA DE VALORACIÓN BASADA EN LAS 14 NECESIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

DATOS GENERALES

Nombre _____ Edad _____
 Religión: _____ Estado civil: _____ Género: _____
 Domicilio: _____
 Ocupación: _____ Tel: _____ Lugar de procedencia: _____
 Hospitalizaciones previas: _____ Servicio: _____
 Diagnóstico(s) Médico(S): _____
 Antecedentes de alergias: _____
 Fecha de la valoración: _____ Nombre de la enfermera: _____

1. RESPIRACIÓN NORMALMENTE

Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Tabaquismo: Asma: Frecuencia respiratoria _____ por minuto.

Patrón respiratorio: Taquipnea: Bradicardia: Intensidad: _____

Ausencia o disminución de la tos: Tos productiva: Tos seca: Aleteo nasal:

Disnea al esfuerzo: Disnea en reposo: SaO₂: _____% Cianosis peribucal:

Incapacidad para expulsar secreciones: Ortopnea: Hiperemia: Tíros intercostales:

Tratamiento: _____

2. COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

Para mantener la necesidad de alimentación considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Número de comidas al día: _____ Horario: Siempre a la misma hora: Discontinuamente:

Frecuencia y tipo de alimentos que consume:

	Leche	Huevo	Carne blanca	Carne roja	Verduras	Cereales	Leguminosas
Diario:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cada 3er. Día:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semanalmente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alimentos que desagrada: _____

Patrón de pérdida/aumento de peso: _____

Consumo de suplementos/ complementos diarios: _____

Normalmente dónde consume sus alimentos: En la calle regularmente: En casa regularmente:

Nauseas: Vómitos: Pirosis: Problemas al deglutir: Problemas al masticar:

Glucosa en capilar: _____ mg/dL Diabetes Mellitus: Tipo: _____

Diabetes Mellitus en familiares: Tipo: _____ Quiénes: _____

Dolor abdominal: Tipo cólico: Ardor: Punzante: Irradiante a: _____

Gingivorragia: Estomatitis: Polifagia: Palidez: Ictericia: Petequia:

Caída de cabello: Pérdida de peso: Aumento de peso: Anoxia: Anorexia:

Lengua: Ulceras: Inflamación: Labios: Fisuras: Ulceras: Inflamación:

Ausencia de dientes: Cuáles: _____ Usa prótesis dentales:

Higiene bucal: Muy buena Buena Regular Mala Peso: _____ Kg.

Talla _____ cm. IMC _____ Kg/m² Delgadez Sobrepeso Clase de obesidad _____

Tratamientos: _____

Clasificación	IMC	Riesgo
Delgadez	Menos de 18.5	Problemas clínicos
Normal	18.5-24.99	Sin riesgo
Sobrepeso	25-29.99	Considerable
Obesidad clase I	30-34.99	Moderado
Obesidad clase II	35-39.99	Severo
Obesidad clase III	40 ó más	Muy severo

Para mantener la necesidad de hidratación considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Cantidad de líquidos: _____ ml Tipo: Agua pura: Agua de sabor: Refresco:

Consumo café: Cantidad: _____ ml Frecuencia: _____

Consumo bebidas alcohólicas: Tipo: _____ Cantidad: _____ ml Frecuencia _____

Método de purificación del agua: Comercial: Hervida: Clorada: Otro: _____

Mucosa oral deshidratada: Edema generalizado: Polidipsia:

Ojos hundidos: Líquidos parenterales: _____

Tratamientos: _____

Datos asociados al sistema cardio-circulatorio:

Presión arterial: _____ mmHg Pulso: _____ por minuto Intensidad: _____

Arritmia del pulso: Soplos cardíacos: _____

Bradicardia: Taquicardia: Fosfenos: Acufenos: Edema en Msls:

Agitación: Hormigueo: Sudoración: Dolor en pecho:

Llenado capilar de Msls: D___/ I___ Seg. Varices en Msls: Hipertensión arterial:

Hipertensión arterial en familiares: Quiénes: _____

Hemorragias: Cantidad: _____ ml Ubicación: _____

Cardiopatías en familiares: Quiénes: _____

Tratamientos: _____

3. COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

Para mantener la necesidad de eliminación urinaria considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Patrón urinario: Frecuencia: _____ al día. Cantidad: _____ ml Características: _____

Incontinencia: Anuria: Oliguria: Disuria: Retención:

Poliuria: Enuresis: Nicturia: Piuria: Infecciones urinarias frecuentes:

Dolor: Polaquiuria: Ardor: Goteo al terminar de orinar:

Antecedentes de cáncer en las vías urinarias: Quiénes: _____

En caso del hombre: Crecimiento prostático en familiares: Quiénes: _____

En caso del hombre: Examen de la próstata: Cuando: _____

Especificar: _____

Tratamientos: _____

Para mantener la necesidad de eliminación intestinal considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Patrón intestinal: Frecuencia _____ al día Cantidad: _____ ml Características: _____

Diarrea: Estreñimiento: Hemorroides: Melena: Acolia:

Hemaquesia: Esteatorrea: Flatulencia: Dolor: Peristalsis _____ x'

Antecedentes de cáncer en el tracto gastrointestinal: Quiénes: _____

Tratamientos: _____

Otras vías de eliminación:

Pérdidas insensibles (PI): Cantidad en 24 hrs _____ ml

Drenajes: Tipo: _____ Cantidad en 24 hrs: _____ ml

Fórmula para cálculo de pérdidas insensibles:		
PI= Peso (kg) X Constante X Número de horas		
Constantes:		
Hipotermia: 0.5	Eutermia: 0.7	Hipertermia: 1.5

4. MOVIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE UNA POSTURA ADECUADA

Para realizar actividad física considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Actividad física: Tipo de actividad: _____ Duración: ____min En dónde: _____

Cuántas veces por semana _____ Conoce los beneficios de la actividad física: Si: No:

Porque: _____

Alteraciones musculo-esqueléticas que le impiden desarrollar actividad:

Especificar: _____

A la actividad física presenta alguna de las siguientes:

Disnea: Debilidad: Fatiga: Otras: _____

Especificar: _____

Tratamientos: _____

Para moverse y trasladarse considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Para moverse o trasladarse requiere de alguno de los siguientes:

Algún dispositivo: Silla de ruedas: Andadera: Bastón: Otro: _____

De ayuda de alguien De quién: ____ Le realizan actividad pasiva: por cuánto tiempo _____

Limitación a la: deambulacion: Movilidad física: Movilidad en cama:

Postura habitual en relación al trabajo o actividades de la vida diaria: _____

Alteraciones musculo-esqueléticas que le impidan moverse y trasladarse:

Especificar: _____

Tratamientos: _____

5. MOVIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE UNA POSTURA ADECUADA

En la satisfacción del descanso y sueño considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Número de horas que duerme durante el día: _____ Por la noche: Durante el día

Calidad del sueño: Profundo: Dificil de conciliar: Pesadillas:

Falta de energía: Ausentismo: Mala calidad de vida: Disminución del estado de salud:

Somnolencia: No se concentra: Cambios de humor: Sueño no reparador/siestas diurnas:

Tratamientos: _____

6. SELECCIONAR VESTIMENTA ADECUADA

En la selección de vestimenta adecuada considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Presenta alguna de las siguientes incapacidades:

Elegir ropa: Ponerse la ropa: Mantener el aspecto a un nivel satisfactorio:

Coger la ropa: Ponerse los zapatos: Quitarse la ropa: Abotonarse la ropa:

Alteraciones musculo-esqueléticas que le impidan vestirse/desvestirse:

Especificar: _____

Tratamientos: _____

7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

Para mantener la temperatura corporal adecuada considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Se protege de los cambios de temperatura ambiental: _____

Presencia de infecciones: Donde: _____

Piel enrojecida: Piel caliente: Taquicardia: Taquipnea:

Piel fría: Cianosis: Escalofrío: Piloerección:

Temperatura corporal _____ °C Que hace en caso de fiebre: _____

Tratamientos: _____

8. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL

Para mantener la higiene corporal adecuada considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Aspecto físico: _____ Arreglado: Desarreglado:

Presenta alguna de las siguientes incapacidades:

Obtener los artículos del baño: Obtener agua o llegar al grifo: Lavar total o parcialmente el cuerpo:

Coger artículos del baño: Entrar y salir del baño: Lavarse el cuerpo: Secarse el cuerpo:

Que le motiva para arreglarse y mantener la higiene: _____

Tratamientos: _____

Para mantener la integridad de la piel y anexos adecuadamente considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Aspecto: _____ Limpia e íntegra Mal aspecto y alterada

Especificar: _____

Presencia de micosis en: _____

Otras alteraciones en la piel: _____

9. EVITAR LOS PELIGROS

Para mantener la higiene corporal adecuada considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Antecedentes personales

Alcoholismo: Drogadicción: Tabaquismo: Automedicación: _____

Deportes extremos: Agudeza visual: OD _____ OI _____ Agudeza auditiva: _____

Reconoce peligros ambientales: Vive solo (a): Antecedentes de caídas:

Prótesis en extremidades: _____

Uso de dispositivos para deambular y/o moverse: _____

Tratamientos: _____

Características del hogar: _____ Tipo de piso: _____

Número de plantas (pisos, niveles): _____ Escaleras sin pasamanos: _____ Animales: _____

Esquema de vacunación: _____ Peligros ambientales cerca de su hogar: _____

Examen de mama: Cuándo: _____ Prueba de Papanicolaou Cuándo: _____

10. COMUNICARSE CON OTROS, EXPRESAR EMOCIONES, MIEDOS U OPINIONES

Para mantener la necesidad de comunicación considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Comunicación Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Estado de conciencia: _____ Ubicado en tiempo Lugar Persona

Con quien vive: _____

Cuando se siente sólo, triste o deprimido con quien platica: _____

En caso de soledad y tristeza, qué conducta adopta: _____ Me aílo: _____ Busco ayuda: _____

Platico con alguien: _____

Defectos o alteraciones físicas que le limiten la comunicación: _____

Tratamientos: _____

ASPECTOS DE SEXUALIDAD:

Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Método de planificación familiar: _____

DESEA HABLAR DE SU SEXUALIDAD: Si: No:

Satisfacción con su estado civil:

Si la respuesta es no; por qué: _____

Preferencias sexuales: _____

Se ha realizado la prueba de VIH Resultado: _____

Si la respuesta es no, por qué: _____

Problemas o alteraciones en los órganos sexuales que le impidan cumplir con esta necesidad:

Tratamiento: _____

11. EJERCER CULTO A DIOS, ACORDE CON LA RELIGIÓN

Para mantener la espiritualidad considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Práctica alguna religión: Si No

Cuál: _____

Su religión le impide tomar algunos tratamientos ofrecidos por el sector salud: _____

12. TRABAJAR DE FORMA QUE PERMITA SENTIRSE REALIZADO

Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____ Ocupación: _____

Se siente satisfecho con lo que hace: _____ Si la respuesta es no, por qué: _____

Cree que su situación laboral o profesional repercute en su estado de salud: _____

Si la respuesta es no, por qué: _____ Dentro de su familia que rol ocupa:

_____ Se siente satisfecho con su rol: _____ Si la respuesta es no, por qué: _____

13. PARTICIPAR EN TODAS LAS FORMAS DE RECREACIÓN Y OCIO

Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Dispone de tiempo libre: _____ Cuánto: _____ min. En que lo invierte: _____

Cuáles son sus pasatiempos: _____

Considera que sus pasatiempos repercuten su estado de salud: _____ Si la respuesta es si, por

qué: _____ Estaría dispuesto a cambiar de pasatiempo: _____

Si la respuesta es no, por qué: _____

14. ESTUDIAR, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD

Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Nivel de estudios: _____ Se siente satisfecho con su nivel de estudios

Si la respuesta es no, por qué: _____

Le gustaría seguir estudiando: _____ Si la respuesta es no, por qué: _____

Conoce actividades de aprendizaje para su edad: _____ Cuáles: _____

Le gustaría involucrarse con alguna de ellas: _____

Si la respuesta es no, por qué: _____

6.2.3. Anexo III: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>