

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO EN UN USUARIO CON
AMPUTACIÓN DE UNA EXTREMIDAD, EN LA ETAPA
PREOPERATORIA: UN REPORTE 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

KIMBERLYN JULIANA MASÍS CORDERO

PATRICIA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2024

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo mi corazón a mis queridos hijos Julián, Astrid y Brianna, quienes han sido mi guía, mi impulso constante y mi mayor fuente de inspiración.

Ustedes son, sin lugar a duda, mi motivo de vida y el motor que me ha llevado a seguir adelante con determinación, incluso en los momentos más desafiantes. Este logro es, en gran medida, un reflejo de su amor, paciencia y comprensión.

Kimberlyn Masís Cordero

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi ser interior, por la fortaleza, la resiliencia y la determinación que me han impulsado a lo largo de esta travesía. A las dificultades que se convirtieron en aprendizajes, y a los momentos de superación que, aunque silenciosos, fueron fundamentales para alcanzar esta meta. Esta investigación es un reflejo del esfuerzo y la pasión por aprender y contribuir al conocimiento, y la dedicatoria más sincera es hacia ese compromiso personal con mi propio crecimiento académico y profesional.

Patricia Sánchez Hernández

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al MSc. Noe Ramírez, quien, como tutor, fue una guía invaluable a lo largo de este proyecto, brindando su conocimiento, paciencia y compromiso esenciales para su desarrollo. Agradezco igualmente a la MSc. Paola Cordero, lectora de este trabajo, por su meticulosa revisión y esfuerzo en perfeccionar cada detalle de esta investigación.

Mi gratitud también se extiende al hospital privado que, con confianza, facilitó el acceso a uno de sus pacientes, permitiendo la realización de este estudio. Además, reconozco el impacto de la Universidad de Costa Rica, que con su excelencia académica ha sido crucial en mi crecimiento personal y profesional.

Finalmente, mi agradecimiento más profundo va hacia mi familia, especialmente a mi esposo, quien me brindó un apoyo constante en todos los aspectos. A mi madre, suegra y mi cuñada Marilyn por su ánimo incondicional, y por cuidar de mis hijos cuando más lo necesité, lo que permitió mi total concentración en mis estudios. Este logro no habría sido posible sin su solidaridad, amor y esfuerzo.

Kimberlyn Masís Cordero

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a la Universidad de Costa Rica por brindarme la oportunidad de formar parte de su programa de maestría, un paso clave en mi desarrollo académico y profesional. Agradezco especialmente a los profesores y profesionales que enriquecieron la maestría con su conocimiento y dedicación. Mi agradecimiento más profundo es para el MSc. Noé Ramírez, mi tutor, por su valiosa orientación, paciencia y apoyo constante en este proyecto, así como a la MSc. Paola Cordero, lectora de este trabajo, por sus minuciosas revisiones y sugerencias.

También quiero agradecer al hospital privado que permitió la realización de este estudio y al Comité de Ética por su apoyo y aprobación. Agradezco, además, a la jefatura de sala de operaciones de mi lugar de trabajo por otorgarme el permiso necesario para continuar con mi formación académica. Finalmente, extendo mi gratitud a mis compañeros de trabajo y amigos, cuyo apoyo y colaboración enriquecieron mi aprendizaje y crecimiento profesional.

Patricia Sánchez Hernández

“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 por el grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Quirúrgica”



M.Sc. Patricia Vargas Leitón

Representante de la Decanatura del Sistema de Estudios de Posgrado



Dr. Noé Ramírez Elizondo

Profesor Guía

Dra. Vivian Vilchez Barboza

Lector



Mag. Paola Cordero Vargas

Lectora



Mag. Johnny Alvarado Sojo

Representante de la Directora del Programa de Posgrado



Kimberly Masis Cordero
Sustentante



Patricia Sanchez Hernández
Sustentante

Tabla de contenidos

Lista de tablas	xi
Lista de Ilustraciones	xi
Lista de Gráficos	xi
Lista de abreviaturas	xi
Capítulo I: Introducción.....	1
1.1 Introducción	2
1.2 Justificación	6
1.3 Pregunta de investigación	12
1.4 Objetivos.....	13
1.4.1 Objetivo general.....	13
1.4.2 Objetivos específicos	13
Capítulo II: Marco Referencial	14
2. Marco Referencial.....	15
2.1 Antecedentes	15
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	15
2.1.2. Antecedentes Nacionales	20
2.2. Marco Conceptual.....	21
2.2.1 Amputación de una extremidad.	21

2.2.2 Cuidado de enfermería.....	27
2.2.3 Proceso de enfermería (PE)	28
Etapas del proceso enfermero	30
Valoración.....	30
Diagnóstico	31
Planeación	32
Ejecución	33
Evaluación	34
2.2.4 Taxonomía NANDA, NIC, NOC	34
2.3 Marco Teórico.....	35
2.3.1 Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson.....	35
Capítulo III: Marco metodológico	43
3. Marco metodológico	44
3.1 Diseño del reporte de caso	44
3.2 Población y muestra.....	46
3.2.1 Criterios de Inclusión.....	47
3.2.2 Criterios de Exclusión.....	47
3.3 Recolección de datos	48
3.3.1 Valoración.....	49
3.3.2 Diagnóstico	51

3.3.3 Planeación.....	52
3.3.4 Ejecución	52
3.3.5 Evaluación	52
3.4 Análisis de datos	55
3.5 Requisitos éticos	55
Capítulo IV: Resultados.....	59
4. Resultados	60
4.1. Fase de Valoración.....	60
4.1.1. Caso de estudio GADC.....	60
4.1.2 Valoración según las 14 necesidades de Virginia Henderson.	62
Tabla 1 Valoración 14 necesidades VH.....	63
4.2. Fase de Diagnóstico	66
Tabla 2 Etiquetas diagnósticas.....	66
4.2.1 Red de razonamiento lógico	69
4.3 Planeación	70
Tabla 3 Plan de cuidados	71
4.4 Ejecución	82
4.5 Evaluación	87
Tabla 4 Evaluación del cumplimiento de objetivos.....	88
Tabla 5 Percepción del cuidado humanizado	92

Capítulo V: Discusión.....	94
5. Discusión	95
5.2 Limitaciones.....	98
Capítulo VI: Conclusiones y Recomendaciones.....	100
6.2.1 A los profesionales de salud:	103
6.2.2 A los centros de salud con servicio quirúrgico:	103
6.2.3 A la educación superior costarricense, formadores de profesionales de la salud: .	104
6.2.4 Al Colegio de enfermeras y enfermeros de Costa Rica:	105
7. Bibliografía	107
Capítulo VII:	118
Anexos y cronograma	118
7.1 Anexos	119
7.1.1 Anexo 1. Técnica quirúrgica.....	119
7.1.2 Anexo 2. Correo institucional de aprobación	120
7.1.3 Anexo 3. Valoración 14 necesidades Virginia Henderson.	122
7.1.4 Anexo 4. Formulario de Requisitos Preoperatorios/Institución privada.....	130
7.1.5 Anexo 5. Instrumento percepción del cuidado humanizado.....	131
7.2 Cronograma	136

RESUMEN

El presente trabajo analiza el proceso de enfermería aplicado en la etapa preoperatoria de un usuario programado para una cirugía de amputación de extremidad en un hospital privado de Costa Rica. Utilizando un diseño de reporte de caso, se implementó el proceso enfermero basado en las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC, y se fundamentó en la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson. Los resultados muestran que una atención preoperatoria integral, centrada en la individualidad del usuario y sus necesidades físicas y emocionales, reduce significativamente los niveles de ansiedad y mejora la experiencia del usuario durante el proceso quirúrgico. Este reporte destaca la importancia de una atención holística y basada en evidencia para optimizar los resultados en la salud y calidad de vida de los pacientes quirúrgicos.

ABSTRACT

The present study analyzes the nursing process applied during the preoperative stage for a patient scheduled for limb amputation surgery at a private hospital in Costa Rica. Using a case report design, the nursing process was implemented based on the NANDA, NIC, and NOC taxonomies and grounded in Jean Watson's theory of humanized care. The results show that comprehensive preoperative care, focused on the individuality of the patient and their physical and emotional needs, significantly reduces anxiety levels and enhances the patient's experience during the surgical process. This report highlights the importance of holistic, evidence-based care to optimize health outcomes and quality of life for surgical patients.

Lista de tablas

Tabla 1 Valoración 14 necesidades VH.....	63
Tabla 2 Etiquetas diagnósticas.....	66
Tabla 3 Plan de cuidados	71
Tabla 4 Evaluación del cumplimiento de objetivos.....	88
Tabla 5 Percepción del cuidado humanizado	92

Lista de Ilustraciones

Ilustración 1 Red de Razonamiento Lógico.....	69
---	----

Lista de Gráficos

Gráfico 1 Percepción del cuidado humanizado	91
Gráfico 2 Percepción de la humanización por dimensiones	93

Lista de abreviaturas

ASA	American Society of anesthesiologists
EPOC	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
NANDA-I	American Nursing Diagnosis Association International
NIC.....	Nursing Interventions Classification
NOC.....	Nursing Outcomes Classification
PE.....	Proceso enfermero

Capítulo I: Introducción

1.1 Introducción

A nivel histórico el cuidado siempre ha estado presente, complementado con la manera de vivir y relacionarse. En el campo de la salud, con singularidad en la enfermería, el cuidado ha ganado importancia, conocido en la actualidad como el pilar y unificador en la profesión. En siglos pasados los cuidados eran brindados por voluntarios sin formación educativa, incluyendo mujeres, monjes y religiosos, donde las experiencias fueron heredadas de generación en generación. ^{1,2}

A mediados del siglo XIX, comienza la enfermería moderna y uno de los primeros programas de formación para la enfermería, inició en 1836 en Alemania, donde nace la reformadora de la enfermería Florence Nightingale, la cual establece las bases en donde enfermería, es reconocida como profesión. ²

El cuidado se designa como una característica intrínseca del ser humano y una acción fundamental, a pesar de la importancia que se le ha asignado al cuidado, es notorio la devaluación de esta en algunos profesionales, lo cual está ligado con influencias culturales, religiosas y políticas, que tiene a la profesión de enfermería con una visión mecanicista, enfocado en la atención hospitalaria, obediente y reduccionista. La práctica de enfermería se encuentra en un período de evolución, desligándose de la práctica mecanizada, donde se le asigna importancia a la atención, dirigida a la reflexión y autonomía. ¹

El enfoque teórico es una herramienta esencial para explicar y comprender la práctica de enfermería, ya que este ayuda a examinar, organizar, analizar e interpretar los datos del usuario, favoreciendo la toma de decisiones, también colabora con la planificación, predicción y evaluación de los resultados consecuentes de los cuidados; lo que permite el

razonamiento, el pensamiento crítico, además de conocer y manejar toda información sobre el usuario, gestionando el cuidado de forma ordenada y eficaz.³

Los modelos conceptuales manejan un importante papel en la atención del usuario, ya que garantizan un lenguaje universal, que caracteriza el rol del profesional de enfermería, siendo esta una ciencia que se encuentra en evolución continua y permite el desarrollo de los paradigmas (persona, salud, entorno y cuidados), generando diferentes visiones, que le ofrece a la disciplina la opción de identificar, estructurar, interpretar y solucionar los problemas, guiando el desarrollo de la ciencia. La variedad de fenómenos existentes en la actualidad exige una orientación hacia el conocimiento “multiparadigmático”, lo que genera conocimientos, los cuales se adquieren a través de la investigación, señalando que esta es la herramienta de la ciencia.^{3,4}

Se pueden mencionar las visiones Newman, Fawcett y Parse, los cuales utilizan nomenclaturas diferentes, pero llegan a un punto en común, y es que la ciencia de la enfermería reúne fenómenos contextuales y variables, y los múltiples elementos se relacionan entre ellos de forma circular e interactiva, desde la integración según Newman, la interacción recíproca según Fawcett y la totalidad del paradigma de Parse.⁴

Gracias a todas estas visiones, es que la ciencia enfermera percibe los fenómenos como únicos, complejos, globales, visualizando todos estos factores en una interacción continua, recíproca y simultánea, donde se puede entender que la enfermería es una ciencia que está en constante transformación, según los requerimientos de cada individuo, entrelazando cada una de las necesidades que va presentando el usuario con su evolución y

así, ir modificando su plan de atención en función de los fenómenos que se van encontrando.⁴

En consecuencia, se puede llegar a afirmar, que los cuidados de enfermería se conciben como una actividad que busca la eliminación de problemas y la compensación de déficits e incapacidades, todo por medio de una orientación que consiste en “hacer por”, que identifica al profesional como experto. Los cuidados de enfermería también pueden ser percibidos, como una relación de ayuda, la cual toma en cuenta la percepción propia de la persona y su globalidad, mostrando ante todo una relación que radica en acompañar a la persona en todo su proceso o experiencia de salud. Estos cuidados son más complejos y ricos ya que, no son solo simples actividades, que buscan eliminar problemas o suplir incapacidades; es un proceso de complejidad y de integración, ya que favorece el desarrollo, el progreso y la ayuda, mediante el cual brinda bienestar.⁴

Al profesional de enfermería se le confiere la responsabilidad ética moral plasmado en un código deontológico, en este se recalca el respeto a los derechos humanos, culturales, a la vida, a la libre elección, a la dignidad y ser tratado con respeto; siempre respetando edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social, por ende, la investigación es una función innegable del profesional, donde los resultados deben ofrecer mejoras a la práctica, brindando efectividad, eficiencia y seguridad en la gestión y ejecución del cuidado del usuario.⁵

La autonomía de la profesión está fundamentada mediante el proceso enfermero (PE), la cual ha evolucionado a una tercera generación, que se desenvuelve en cinco etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación), este proceso está estructurado

con un número de pasos que se relacionan entre sí, manteniendo una secuencia cronológica, el estudio de cada uno se realiza por separado, pero se superponen en el camino. Este se sustenta con evidencia científica, conocida como la taxonomía de enfermería North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC), el cual se ha implementado como lenguaje inherente de la profesión a nivel internacional. La tercera generación enfoca o centra los cuidados en los resultados actuales, los esperados y los obtenidos, diferenciando esta fase de la primera y segunda generación, ya que enfocaban los cuidados de enfermería en la resolución de problemas o el diagnóstico del usuario.^{6,7}

El proceso enfermero guía el cuidado humano, siendo el ideal moral de enfermería, con el objetivo de preservar la dignidad humana,⁸ fortaleciendo la atención en salud desde cualquier área hospitalaria, como lo es el área quirúrgica, el cual es un campo de corta estancia, donde los usuarios experimentan diferentes emociones, que van de la mano con el estado de salud; cada individuo vivencia su situación de múltiples formas, desafiando el acto de cuidar y brindar seguridad, identificando cada necesidad de manera individualizada.

El campo quirúrgico es un ambiente desconocido y de alto riesgo, donde el profesional en enfermería quirúrgica cumple un papel esencial para el cuidado, ya que son profesionales especializados, capaces de contribuir en todas las etapas del perioperatorio, identificando de manera eficaz las necesidades individuales de los usuarios. En el caso de una cirugía de amputación; al ser un cambio físico irreversible, provoca múltiples fenómenos dignos de tomar importancia en el proceso perioperatorio del usuario, ya que representa daños a nivel económicos, sociales y psicológicos, recordando que esta condición implica

dolor y disminución de su funcionalidad básica, además, estos pasarán por diferentes etapas, donde presentarán shock, negación, ira o rabia, depresión y finalmente la aceptación.^{8,9,10}

Por consiguiente, el reporte de caso se desarrollará mediante un proceso enfermero en el preoperatorio de un usuario que será intervenido de amputación de una extremidad, con el fin de evidenciar la importancia que tienen las intervenciones de enfermería en esta etapa del perioperatorio. La investigación y la enfermería basada en la evidencia, son elementos esenciales para el quehacer de la profesión, que aportan resultados en la mejora del cuidado, educación y apoyo del usuario, siguiendo el paradigma de la transformación el cual enfatiza un cuidado holístico e integral, fundamentado desde los principios de la teorizante del cuidado humanizado de Jean Watson., la cual dirige las intervenciones de enfermería más allá del ámbito terapéutico, centrando el cuidado en el usuario, desde la empatía, comprensión y espiritualidad, dando así énfasis en un cuidado humanístico.

1.2 Justificación

Cuando una persona pierde una parte del cuerpo, el proceso de duelo implica lidiar con el dolor físico, emocional y el impacto en su función corporal. Esto afecta la vida de las personas en todos los ámbitos, desde su trabajo, la sociedad y las relaciones interpersonales. Estos individuos experimentan consecuencias tanto físicas como psicológicas, y la pérdida permanente de una parte del cuerpo que sin duda distorsiona la autoimagen y contradice la imagen que tiene este de su propio cuerpo.⁹

La progresión del duelo variará de persona a persona y dependerá del apoyo que tenga el amputado en su red familiar, social y profesional, además de su personalidad y en definitiva

del tipo de guía que reciba, todo esto juega un papel clave en el proceso salud-enfermedad de estos usuarios. Los diversos problemas y condiciones que enfrenta requieren del apoyo interdisciplinario del equipo de salud, pero para que este apoyo sea efectivo, la persona amputada debe conocer el paso a paso de su proceso, la información debe ser clara, precisa y se debe de considerar a esta persona como un ser integral, asegurando una atención personalizada para sus necesidades específicas.⁹

Los intereses de estos usuarios se deben de tener en cuenta en todos los aspectos, incluido lo sucedido a los usuarios desde el momento del incidente. La atención quirúrgica debe verse no solo como procedimiento, sino también se deben considerar los aspectos psicológicos y emocionales de quienes experimentan el dolor de la pérdida, para comprender las diferentes etapas del proceso de la persona y adaptar la atención de forma integrada.⁹

Aunque existen muchas estrategias que los profesionales de enfermería pueden utilizar para abordar la ansiedad del usuario antes de la amputación, la educación para la salud es la más utilizada; Esta será basada en actividades de apoyo, para usuarios a punto de ser amputados, la cual disminuirá la ansiedad y ayudará al proceso de recuperación.¹¹

La preparación preoperatoria y los cuidados de enfermería incluyen, identificar las condiciones físicas y psíquicas que pueden alterar la ansiedad quirúrgica y la tolerancia de la ansiedad al estrés del usuario, por lo que se debe orientar al usuario en el preoperatorio para prevenir complicaciones en el perioperatorio, esto contiene una serie de acciones a tomar, pero el punto de partida principal será realizar un proceso enfermero guiado a la individualidad del usuario.¹¹

La amputación o separación de una parte del cuerpo, ya sea de una extremidad inferior o superior, ocasionará todo tipo de problemas en el usuario y por supuesto en su entorno domiciliario estos deben ser detectados a tiempo para lograr realizar un plan de cuidados lo más ajustado posible a sus necesidades. ¹¹

La educación, asesoría y apoyo emocional del personal de enfermería para con el usuario quirúrgico, puede ser el método más adecuado de difusión e introyección de información. Por lo cual, esta educación y apoyo emocional son implementados para disminuir la ansiedad en usuarios que sufren de temor, angustia y ansiedad situacional ante la programación de la amputación de algún miembro; entre las acciones de enfermería para el soporte emocional en el prequirúrgico están: realizar la presentación del personal previo al procedimiento, instando un ambiente de confianza donde se facilite la comunicación asertiva, aclarar dudas respecto a su procedimiento, identificar creencias erróneas y tabúes del usuario ante su cirugía y aclarar las mismas, el temor a lo desconocido es un factor que aumenta la ansiedad por lo cual enfermería debe asegurar que el usuario comprenda hasta el más mínimo detalle de su procedimiento; también educar e incentivar acerca del uso de técnicas de relajación donde el usuario previo a su cirugía logre un ambiente tranquilo humanizado y personalizado, asegurando que el cuidado brindado por el profesional de enfermería marque la diferencia en el proceso quirúrgico. ¹¹

Por ello, la enfermería quirúrgica debe brindar una gama de cuidados completa, en la que todas las actividades e intervenciones, estén dirigidas al cuidado de los usuarios en todo su proceso, desde el prequirúrgico hasta el proceso de rehabilitación de este, donde las acciones faciliten la adaptación de la persona en su nuevo estilo de vida.

En la actualidad el número de usuarios amputados en el mundo se mantiene en incremento, debido a la manera en que se comporta el envejecimiento de la población los últimos años, que presenta con la edad algunos problemas crónicos, como diabetes y enfermedad vascular periférica. Se observa que el mayor número de personas con pérdida de extremidades, el 90% corresponde al miembro inferior se encuentra entre los 60 y 75 años y está relacionado con enfermedad vascular periférica, con o sin diabetes. ¹¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informan que, los problemas vinculados con la diabetes reflejan un total de amputaciones de las extremidades, entre 40 y 85%. ¹¹

Los datos estadísticos del hospital privado donde se realizará el reporte de caso indican que, de setiembre 2018 al 2023, se realizaron un total de 483 cirugías de amputación de alguna extremidad, lo que sugiere el accionar del profesional de enfermería quirúrgico, que tiene como objetivo brindar una atención holística, segura y humanizada, centrada en el usuario, por ende, es suma importancia que se haga uso del proceso enfermero, el cual es la herramienta indicada para obtener los diagnósticos del usuario, con esto desarrollar y elaborar un plan de cuidados integral en el prequirúrgico de la amputación de una extremidad. Sin dejar el uso de las teorizantes que guían todo el proceso.

El prequirúrgico es el momento en el que la enfermera quirúrgica tiene la oportunidad de establecer comunicación con el usuario, incentivándolo a expresar sus miedos e inquietudes, y a atender las dudas que puedan surgir en relación con su salud y estado emocional, y así, poder reconocer las necesidades del usuario y comprender el nivel de

ansiedad, duda y miedo de este, brindando ayuda y apoyo durante todo el proceso quirúrgico, otorgando un cuidado de forma instantánea y de alta calidad. ⁹

A través del proceso enfermero, se logrará aportar información al equipo quirúrgico de enfermería para la consulta y aplicación de intervenciones terapéuticas orientadas a tratar la ansiedad, el temor y otras limitantes que el usuario presente ante el procedimiento quirúrgico, es fundamental que el profesional muestre empatía, calidez y respeto, así como apoyo y educación, no solo para el usuario, sino también para su familia y de esta manera el usuario logre afrontar la situación y así mismo disminuir la ansiedad que se genera, lo cual contribuirá en su recuperación postquirúrgica. ⁶

Cuando se hace referencia al proceso enfermero, debemos comprender que es la metodología fundamental del trabajo de enfermería en todas las áreas de actuación profesional, velando por la integridad del cuidado con enfoque en los aspectos biológicos, sociales, psicológicos y del espíritu de cuidar a las personas. Es una forma dinámica y estructurada de brindar atención de enfermería, ya que promueve la atención humana basada en resultados, garantiza la continuidad de las intervenciones de enfermería y se convierte en una herramienta para evaluar continuamente la calidad de la atención de enfermería. ⁶

El objetivo principal del PE es "crear un marco teórico que, a través de la acción organizada, satisfaga las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades". En definitiva, el PE combina el conocimiento científico teórico, con su aplicación práctica, por tanto, pretende alcanzar la máxima calidad asistencial a través de intervenciones sistemáticas, científicas, tradicionales, reflexivas y es vista como un modelo para la práctica profesional de enfermería. ⁶

Sin duda alguna para realizar un proceso enfermero, se debe orientar desde las bases de enfermería, donde nace la esencia como profesionales del cuidado, que debe ser siempre guiado a través de un modelo, permitiendo a enfermería hacer la diferencia y así generar mayor acceso a cuidados de calidad para los usuarios. Los modelos de enfermería se enfocan en el usuario y posibilitan comprender sus interacciones con el ambiente y con el profesional de enfermería para mantenerse saludable. Los modelos están asociados a la mejora de la práctica autónoma de enfermería con una contribución significativa al sujeto de cuidado, ya sea el usuario, la familia o la comunidad, y en ese sentido, enriquecen el significado de la enfermería y apoyan su desarrollo continuo.¹²

El uso de modelos de enfermería en la práctica clínica promueve la autonomía y dignidad del usuario y potencia la práctica profesional, haciendo de esta una disciplina con bases científicas estandarizadas. Finalmente, se debe enfatizar que el desarrollo de los modelos de enfermería no puede continuar en el ámbito teórico, es importante que sean puestos en práctica, evaluados y socializados para que se logre el objetivo del cuidado holístico de cada usuario.¹²

Por lo tanto, este reporte de caso encontró en los principios de la teorizante de Jean Watson, el ideal para orientar el abordaje del usuario, mediante el paradigma de la transformación, y con la visión del cuidado humanizado; el cual se desarrolla defendiendo la dignidad humana, mediante un trato transpersonal, que dirige su cuidado más allá de lo terapéutico, amplificando la empatía, solidaridad y la espiritualidad.

El propósito de este reporte de caso está orientado a generar información válida, confiable y actualizada acerca de la atención prequirúrgica del usuario programado para

amputación de una extremidad, mediante un correcto proceso enfermero, lo que ayudará a innovar estrategias dirigidas a mejorar la calidad de vida de la persona, dirigidos hacia la educación, información, comunicación y hacerlos partícipes de todo el proceso, también brindar atención individualizada donde se evidencien las dificultades y dudas que el usuario manifieste al respecto de todo su proceso.

Con esto se intenta impulsar practicas basadas en el conocimiento, salud, entorno y los cuidados, de la misma manera potenciar valores existentes, pero no muchas veces aplicables, tales como: las emociones, la empatía, la comprensión, la escucha activa, la autenticidad, la reciprocidad, la intuición y el estar disponibles, donde todo en conjunto es la base para fomentar un cuidado humanizado y no solo cuidados hacia los problemas biológicos.

El ámbito sanitario debe de contribuir a la evolución, hacia un mundo más equitativo, plural y solidario, donde prevalezca los derechos hacia el ser humano y es aquí donde la profesión juega un papel de importancia aplicando el paradigma de la profesión que ha de inspirar a los enfermeros, durante el desarrollo de su labor profesional.

1.3 Pregunta de investigación

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, se plantea la siguiente interrogante.

¿Cuál es el resultado de la aplicación del proceso de enfermería en un usuario que será sometido a cirugía de amputación de una extremidad en el preoperatorio?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Desarrollar el proceso de enfermería en un usuario programado para amputación de una extremidad, en la etapa preoperatoria.

1.4.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar las principales necesidades de cuidado.
- ✓ Identificar los principales diagnósticos de enfermería (NANDA).
- ✓ Identificar los principales resultados (NOC).
- ✓ Identificar las intervenciones (NIC).

Capítulo II: Marco Referencial

2. Marco Referencial

2.1 Antecedentes

Antes de describir los antecedentes de la presente investigación, es importante conocer el concepto de antecedente, esto con el fin de comprender lo analizado en el capítulo. Los antecedentes deben estar conformados por la información más destacada que haya sido encontrada en los principales artículos o textos, relacionados con el objeto de estudio propuesto. Se debe de interrelacionar la información encontrada, con lo dicho por diferentes autores y los distintos tópicos de la investigación proyectada. Por ende, el contenido de los antecedentes de la investigación debería estar relacionados con las variables o categorías del estudio.¹³

A continuación, se detalla la revisión bibliográfica realizada, con criterios de búsqueda sobre la aplicación del proceso enfermero, en el prequirúrgico de usuarios con amputación de una extremidad.

2.1.1. Antecedentes internacionales

En la búsqueda bibliográfica realizada se han encontrado diferentes abordajes de usuarios amputados, los cuales se centran en el proceso postoperatorio o de rehabilitación, sin duda hay un gran vacío, en el abordaje del enfermero quirúrgico, específicamente en el preoperatorio. En la tesis doctoral llamada “Plan de cuidados estandarizado en usuarios con amputación traumática del miembro inferior”, menciona que no es posible el manejo preoperatorio en la mayoría de estos usuarios ya que, una gran parte de estos son por

politrauma, por lo que se deben abordar de manera urgente y no se considera un proceso enfermero aplicado en esta etapa. ¹⁴

Por otro lado, en un artículo sobre el manejo de usuarios amputados menciona que es de gran importancia el acompañamiento desde la etapa prequirúrgica , ya que es aquí donde se debe brindar información al usuario, sobre las características de su cirugía, su futura incapacidad y el proceso de rehabilitación, esto disminuye la ansiedad del usuario y contribuye al vínculo del personal de salud y el usuario, sin embargo es un artículo basado en el manejo del usuario para el personal de salud en general y no exclusivo del personal de enfermería. ¹⁵

Algunos de los documentos consultados, mencionan el proceso de duelo del usuario, ya que las amputaciones independientemente de la causa impactan la vida normal de estas personas, se evidencia, que existe un sin número de condiciones alrededor de este procedimiento, como lo es el impacto en la imagen corporal, la ansiedad ante un procedimiento, temor a la muerte, negación, ira, baja autoestima, problemas de adaptación entre otros. ^{14, 15, 16}

Según se evidencia, el usuario amputado requiere todo un equipo interdisciplinario que realice intervenciones oportunas para así lograr resultados óptimos en su recuperación, sin embargo, hay un vacío muy grande sobre el papel que toma el profesional de enfermería quirúrgico en este proceso, donde solo se menciona sala de operaciones para el procedimiento en sí, pero no se menciona la importancia de enfermería quirúrgica desde el preoperatorio hasta el postoperatorio. ¹⁷

El autor Gabriel Jesús Rodríguez informa en “Familia, economía y servicios sanitarios: claves de los cuidados en usuarios con diabetes y amputación de miembros inferiores. Estudio cualitativo en Andalucía”, que se encuentran 4 variables según la metodología cualitativa potencialmente implicadas y con frecuencia poco consideradas. Esta metodología pone de manifiesto la existencia de otras necesidades de adaptación psicosocial derivadas de la condición de amputados. Existe una escasez de estudios cualitativos a nivel internacional (España), dirigidos a una comprensión holística de los cuidados en usuarios con amputación menores o mayores de miembros inferiores (MMII).¹⁸

Variable 1: Enmarca la familia como piedra angular de los cuidados, tomando un papel de consejeros y control en el seguimiento de los cuidados, funcionando como motor para la movilización, y la búsqueda de atención sanitaria, en este artículo afirma que este rol es asumido por las mujeres.

Variable 2: Los aspectos socioeconómicos y laborales determinan la calidad de los autocuidados, esta limita el seguimiento de una dieta saludable o por pertenecer a una familia numerosa, en donde no se pueda sustentar el régimen especial del afectado.

Variable 3: La interacción entre el usuario-personal de salud dinamiza los cuidados, este recalca la importancia de la confianza y el trato cercano con el personal médico. Es importante el grado de implicación y personalización, para que el usuario no proyecte ser solo un enfermo más. Sin embargo, la percepción de estos usuarios con respecto al personal de enfermería a nivel hospitalario, los usuarios resaltan una relación de confianza y el compromiso que mantienen con los usuarios, caracterizando la interacción con cercanía, confianza y el compromiso con los cuidados.

Variable 4: Las limitaciones en la provisión de servicios sanitarios, en este se menciona que los cuidados por el personal de enfermería en la atención primaria (AP), tiene un efecto contraproducente en el control y el seguimiento de las heridas y sus cuidados, además se menciona la gran afluencia de usuarios en estos centros de salud que evitan una atención más personalizada.

Con estas variables se concluye que la familia definitivamente es uno de los pilares del sistema de bienestar, prevaleciendo en los países latino-mediterráneos. Este es un espacio natural para el desarrollo y resolución de conflictos vitales. El efecto de desigualdad social, el estrés, el desempleo, las malas condiciones de trabajo, la pobreza y la exclusión social, representan un efecto contraproducente en los resultados de la salud. Es esencial el trato humanitario y cercano con el personal de salud, ya que con esto se alcanza una alta adherencia al tratamiento o cuidados a seguir. Además, es de importancia la continuidad en la relación profesional sanitario y usuario, con esto se percibe un efecto perjudicial en la atención, por la excesiva rotación del personal de enfermería. Ya que la confianza entre usuario-personal de salud, se considera una buena práctica clínica, esta confianza se construye con la continua interacción y de la identificación del profesional con la situación del usuario.¹⁸

En la búsqueda realizada, se logró evidenciar en diferentes artículos la aplicación de la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson en usuario quirúrgicos, como por ejemplo el estudio realizado por Inca, M en el 2017, con el estudio denominado “Percepción del usuario sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería de centro quirúrgico”, en el cual se evidenció que la percepción sobre cuidado humanizado por los usuarios en las dimensiones cuidado de enfermería y apoyo emocional son favorables. Sin embargo, en la

dimensión cualidad y proactividad del profesional de enfermería era medianamente favorable.¹⁹

Sánchez y Rivera en el 2020, efectuaron un estudio titulado “Percepción del usuario quirúrgico sobre el cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería en sala de operaciones, Hospital Regional de Pucallpa”, en el cual se concluye que en la dimensión de “interacción”, el usuario quirúrgico percibió que el cuidado es “medianamente satisfactorio”; la mayoría manifestó que el personal de enfermería no dedicó tiempo suficiente para aclarar sus dudas y preocupaciones, tampoco se colocó en su condición. También en este mismo estudio se evidenció que en la dimensión “respeto”, un alto porcentaje de usuarios quirúrgicos percibió que es “favorable”, expresando que el personal de enfermería confirmó su decisión para ser sometido a la cirugía, así mismo lo llamaron por su nombre al ingreso a sala de operaciones, cuidó y protegió su pudor en todo momento.²⁰

Un último estudio realizado por Yaguargos y Romero en el 2019, “Cuidado humanizado del profesional de enfermería a usuarios intervenidos quirúrgicamente en una entidad gubernamental 2019”, en el cual se concluye que la influencia del afecto en el cuidado de enfermería en usuarios intervenidos quirúrgicamente, fue que nunca se les estrechó la mano en son de brindarle ánimo, a pesar de esto nunca le expresó fastidio y desinterés ni le hizo sentirse solo al momento de entrar al quirófano, aunque a veces al conversar lo hizo un tono de voz pausado, siempre expresó un trato cálido permitiendo que se sienta seguro y protegido durante la cirugía.²¹

2.1.2. Antecedentes Nacionales

En la tesis de Rojas Ugalde María “Diseño de un socket transtibial que permita generar ajuste”, menciona que para el año 2017 en Costa Rica, la autora Cordero Molina Laura del Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), indica en porcentajes las amputaciones del miembro inferior, 10% otras, 20% transfemoral, 70% transtibial.²²

Este fue un estudio de 61 usuarios amputados (90%) por causa vascular, 43 usuarios (63%) son asociados a diabetes mellitus, y 18 usuarios (27%) se deben a patología vascular periférica pura. Por causa oncológica se presentan 4 usuarios (6%) y otros 3 usuarios (4%) se asocian a trauma.²³

Según esta evidencia a nivel nacional, este porcentaje es un importante impacto en cirugías de amputación en nuestro país, sin embargo, a pesar de esta situación, no se encuentra representado por un estudio, donde indique la importancia y el seguimiento de un proceso enfermero, lo que genera un vacío, ya que, según los estudios internacionales, el personal de enfermería debe estar familiarizado y brindar cuidados a estos usuarios tanto en el ámbito patológico como en el holístico e integral.²³

Las autoras Rodríguez Hamilton Y, Santamaría Vargas V, informan en “Vivencias de adaptación de las personas sometidas a una cirugía de amputación”, que el procedimiento quirúrgico de amputación afecta drásticamente a la persona y su entorno, recomienda brindar cuidados desde la parte holística, mediante un equipo multidisciplinario destacando las intervenciones del profesional de enfermería quirúrgico, abarcando temas patológicos, psicosociales, aspectos de su entorno que influirán en su adaptación y en la forma de reconocer y adaptarse a su nueva realidad. En este trabajo mencionado no hay participación

directa del proceso enfermero, sin embargo, recomiendan investigar a profundidad, ya que existen pocos estudios al respecto, se debe ampliar el conocimiento en este proceso, con el fin de generar nuevas herramientas en los enfermeros quirúrgicos que ayuden a mejorar el estilo de vida de estas personas.²⁴

El documento más reciente sobre el perioperatorio en usuarios sometidos a una amputación es la tesis de posgrado en Anestesiología pediátrica, de la Universidad de Costa Rica, donde su autor menciona la importancia del manejo del dolor preoperatorio, ya que este momento es crucial en el manejo del usuario, en el cual se pueden organizar recursos, tanto materiales como profesionales, necesarios para el éxito de la cirugía. Además, menciona que las labores preoperatorias no son meramente asistenciales, se debe de coordinar un grupo multidisciplinario para discutir opciones terapéuticas, siendo las acciones del preoperatorio un conglomerado enorme de acciones, que son en la mayoría de las ocasiones poco visibilizadas, y no se les da la importancia que requieren. Este documento, refleja el vacío que hay en la etapa del preoperatorio, sin importar la disciplina encargada del usuario, en ese momento. Por lo que resulta vital la participación del profesional de enfermería quirúrgica que marque la diferencia en esta etapa y logre reflejar la importancia del proceso enfermero en el preoperatorio de estos usuarios.²⁵

2.2. Marco Conceptual

2.2.1 Amputación de una extremidad.

La amputación es un procedimiento quirúrgico derivado por diferentes factores (complicaciones diabéticas, infecciones, desvascularización de las extremidades, neoplasias,

patologías del desarrollo, trauma), estos desencadenantes, hacen que el especialista determine el nivel de amputación, lo que determinará este nivel de amputación, será la severidad de la enfermedad que causa la indicación del procedimiento, el pronóstico del miembro afectado y los resultados de los exámenes clínicos. Hay un factor que juega un papel de importancia en todo este proceso, este es el psicosocial, estas son las condiciones que se presentan a nivel familiar, sentimental, emocional, laboral y social, en esta situación la persona debe adaptarse a este nuevo estilo de vida y llevar una vida integral.^{26, 27}

La cirugía de amputación de un miembro ya sea superior o inferior puede ocurrir en varios niveles, siendo las amputaciones del miembro inferior las más comunes. El nivel de la amputación es de suma importancia, ya que determina el resultado funcional posterior a la intervención. El cirujano debe considerar factores importantes, como los de conservar la vida en relación con preservar la óptima posibilidad de independencia y la incorporación social. En amputaciones tanto para miembro superior como inferior es infalible considerar aspectos técnicos, como lo es la preservación de una longitud útil, obtención de un muñón sensible con buena troficidad, prevención de neuromas dolorosos y de rigidez articular.²⁸

Según la clasificación de la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos, las amputaciones en miembros inferiores se pueden clasificar según su región anatómica, a través del muslo se denomina amputación transfemoral; a través de la pierna se denomina amputación transtibial, las realizadas a través de las articulaciones de rodilla o tobillo se le llama desarticulación de rodilla y tobillo.²⁸

La marcha es uno de los fenómenos que se desarrollan como dificultad en un entorno del usuario amputado, creando mayor dificultad para deambular. La marcha en una persona

amputada transtibial versus una persona sana es muy similar, sin embargo, los amputados presentan frecuencia cardiaca más elevada y un mayor consumo de oxígeno, para poder llevar a cabo la tarea. En comparación entre quienes tienen miembros residuales largos y cortos, se evidencia mayor gasto energético y deambulando distancias más cortas, en usuarios con muñones residuales más hacia proximal. Para conservar una mejor calidad de vida en los usuarios, se prioriza en la conservación de la rodilla de estos usuarios, siempre su condición clínica lo facilite.²⁸

La desarticulación de rodilla es una técnica poco utilizada, ya que dificulta una buena cobertura de los cóndilos femorales; el porcentaje de curación de la herida es menor que en los usuarios con amputación transfemoral; el extremo bulboso del miembro residual dificulta la confección de la cavidad protésica, siendo el largo del remanente excesivo para poder utilizar una buena rodilla con adecuada simetría entre las extremidades. Sin embargo, todas estas complicaciones podrían minimizarse utilizando la técnica modificada de Mazet, que consiste en remodelación distal con la remoción parcial de los cóndilos femorales.²⁸

Otra técnica con poca popularidad es la amputación de Syme, conveniente desde el punto de vista de rehabilitación, el cual consiste en desarticular el tobillo con conservación de la almohadilla de talón. Esta técnica permite de forma más eficiente la descarga de peso distal, en comparación con la desarticulación de rodilla, generando que la carga de peso en la extremidad remanente sea mejor tolerada que en el nivel transtibial. A nivel estético tiene la desventaja de presentar el extremo distal voluminoso, además, debe haber un adecuado flujo sanguíneo por medio de la arteria tibial posterior y esta es contraindicada si no se puede

conservar la almohadilla de talón, ya que el miembro residual perdería su capacidad de realizar carga distal.²⁸

Dentro de las amputaciones de la extremidad superior se encuentran dos tipos: las amputaciones de mano y las amputaciones mayores a un nivel más proximal, abarcando área de la muñeca hasta la axila, estas son: amputación de la muñeca, amputación de antebrazo (transradial), desarticulación del codo, amputación del brazo (transhumerales), amputaciones del hombro y la amputación de cuartos delanteros. Estas representan solo un 8% de todas las amputaciones y son 20 veces menos comunes, que las amputaciones de la extremidad inferior. El mecanismo más común para una amputación de extremidad superior es el trauma, con predominio en hombres en relación con las mujeres.²⁹

Las amputaciones más comunes, son las del miembro inferior, siendo la transtibial la más común en esta categoría; donde el común denominador para estas es la enfermedad disvascular, incluyendo la causada por la diabetes mellitus y la enfermedad vascular periférica. Más del 50% de las amputaciones no traumáticas se producen por patología relacionada con la diabetes. La cirugía es un proceso meticuloso, ya que esta va a proporcionar una base óptima de apoyo, ya que el muñón residual funcionará como un órgano terminal sensoriomotor, que permitirá la tolerancia en la interfaz muñón-prótesis, para lograr enfrentar los desafíos dinámicos de la carga de peso durante la deambulaci3n.³⁰

En este abordaje se insta a preservar la propia articulaci3n de la rodilla, estas se pueden dividir en tres niveles (tercio superior, medio e inferior). Existen muchas variaciones en la t3cnica, los procedimientos pueden dividirse para miembros no isqu3micos y para miembros isqu3micos, considerando la construcci3n de colgajos de piel, estabilizaci3n

muscular y técnicas de estabilización ósea. En los miembros no isquémicos se podría utilizar colgajos de diferentes tamaños, técnicas de estabilización muscular como miodesis tensional y mioplastia, estas técnicas preparan un muñón residual más adecuado para soportar el peso y protegerlo. En la miodesis a tensión, los grupos musculares seccionados son suturados al hueso bajo tensión fisiológica y en la mioplastia, el músculo es suturado al tejido blando, como grupos de músculos opuestos o fascia. En miembros isquémicos la miodesis a tensión está relativamente contraindicada, ya que puede comprometer el suministro sanguíneo, se recomienda un colgajo mucocutáneo posterior largo y un colgajo anterior corto o ausente para miembros isquémicos, ya que en la región anterior el suministro sanguíneo es menor.³⁰

Para la cirugía de amputación en miembros disvaculares, no se recomienda la utilización de torniquete, esto para evitar daños en arterias proximales, sin embargo, con el uso de este, ayuda a disminuir el riesgo de complicaciones vasculares, disminuyendo el riesgo de la pérdida sanguínea y la probabilidad de transfusión.³⁰

Amputación transtibial utilizando un colgajo de piel posterior largo

- ✓ Colocar al usuario en posición decúbito supino, en la cama quirúrgica.
- ✓ No utilizar torniquete.
- ✓ Para extremidades isquémicas, se recomienda una amputación de 8,8 a 12,5 cm distal a la línea de la articulación de la rodilla.
- ✓ Marcar un colgajo posterior largo y uno anterior corto.
- ✓ El colgajo posterior debe medir 1 cm más que el diámetro de la pierna al nivel de la división ósea.

- ✓ Se debe formar el colgajo anterior aproximadamente al nivel de la sección anticipada de la tibia.
- ✓ Disección como una sola capa con el colgajo anterior la fascia profunda y el periostio sobre la superficie antero medial de la tibia.
- ✓ Dividir los músculos anterolaterales hasta el tabique intermuscular, se debe ligar y dividir los vasos tibiales anteriores y el nervio peroneo según se vaya localizando.
- ✓ Realizar la osteotomía de la tibia a un nivel no superior a 0,9 a 1,3 cm por encima, seccione el peroné.
- ✓ Disecar los tejidos blandos de la cara posterior de la tibia y el peroné en sentido distal hasta el nivel de la división cutánea transversal posterior, separar y extraer la pierna, ligando y dividiendo los nervios y vasos.
- ✓ Redondear el hueso de la tibia, formar un bisel corto en sus caras anterior y medial. No se recomienda la miodesis a tensión.
- ✓ Adaptar la masa muscular posterior para formar un colgajo, llevarlo hacia adelante, suturándolo a la fascia profunda y al periostio.
- ✓ Realizar homeostasia y valorar que no quede sangrado.
- ✓ Dejar un dreno, profundo, que llegue al colgajo muscular y la fascia, sacar lateralmente a través de la piel de 10 a 12,5 cm proximal al extremo del muñón.
- ✓ Cerrar los colgajos de piel anatómicamente, para obtener un cierre suave sin tensión, recortar las “orejas de perro” con moderación; con el objetivo de no perjudicar la circulación en la piel.
- ✓ Por último, se procede al cierre de la piel con suturas interrumpidas no absorbibles.
(Anexo 1)³⁰

2.2.2 Cuidado de enfermería

El campo de enfermería está presente en diferentes instituciones, ejecutando sus cuidados en unidades de alta complejidad, donde se utiliza soporte tecnológico para mantener la vida, también juegan un rol del cuidado importante en la comunidad, clínicas, escuelas y empresas. En ocasiones resulta difícil conocer la esencia de enfermería, pero esto ha cambiado y esta esencia se asocia con el cuidado.

Para comprender en que consiste este cuidado, es importante mencionar que el cuidado surge con la historia de la humanidad, el cual es el objetivo de estudio de filósofos, historiadores y antropólogos, pero es aquí donde enfermería entra con su protagonismo, ya que produce mayor conocimiento sobre el tema, siendo considerada la profesión del cuidado.

El cuidado se basa históricamente en el paradigma positivista del modelo biomédico, este ha predominado en la práctica del cuidar, pero a diferencia del proceso enfermero, este busca la complejidad en lo cotidiano, atendiendo las demandas de los usuarios y entendiéndolos como un ser singular y plural, donde se representa la parte y el todo, esta complejidad se convierte en un instrumento capaz de reunir todo, donde se reconoce lo singular, lo concreto y lo individual. Por lo tanto, ejercer una gestión integral del cuidado, se convierte en una tarea compleja que involucra comprender los fenómenos desde diferentes perspectivas. Y es por esto, la importancia del proceso enfermero, la aplicación desde sus teorías, para una atención personalizada, guiada en teoría y conocimiento científico.³¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el personal de enfermería es fundamental para promover la salud, prevenir enfermedades, brindar atención primaria y comunitaria. Proporciona atención en situaciones de emergencia y es considerada necesaria

para alcanzar la cobertura sanitaria universal. Esta labor es realizada tanto por el sexo masculino como por el femenino, sin embargo, las mujeres ocupan el 70% en el sector sociosanitario, lo que representa una parte significativa de los empleos ocupados por las mujeres. ³²

Los profesionales en enfermería son los primeros o en algunas ocasiones los únicos, trabajadores de la salud que ven a los usuarios con un trato integral, que va desde la calidad de evaluación, atención y tratamiento. También están integrados en las comunidades, comparten la cultura, las virtudes y sus defectos. Obteniendo la capacidad de diseñar y ejecutar intervenciones eficaces para satisfacer las necesidades de los usuarios, familias y comunidades. ³²

2.2.3 Proceso de enfermería (PE)

A partir de lo mencionado anteriormente, se reafirma la importancia de la labor del profesional de enfermería desde el proceso enfermero, con su taxonomía, las teorías, con sus modelos, y el metaparadigma, todo esto es un engranaje para realizar la labor de la mejor manera.

La teoría es el conjunto de conceptos y definiciones, para describir, explicar, predecir y controlar los hechos, es de vital importancia ya que brinda conocimiento; este hace mejorar la práctica profesional y desarrolla la capacidad analítica. ⁷

El modelo constituye la representación de los factores implicados en una teoría y la relación que estos guardan entre sí. Si bien todas las teorías son modelos, no todos los modelos son teorías. El modelo es parte de la teoría y la hace aplicable. ⁷

El metaparadigma de enfermería identifica los elementos más importantes como práctica y disciplina, incluye como conceptos globales a la persona, el entorno, los cuidados específicos y la salud, sobre los cuales se debe desarrollar esta área. Con el pasar de los años, estos conceptos se han forjado y consolidado, a partir de la reflexión teórica, social y filosófica.³³

Para brindar cuidados, debe ser guiado por el eje metodológico fundamental de enfermería, el cual consiste en el proceso enfermero. El metaparadigma ha fomentado la estructuración de su metodología y su enfoque en tres generaciones.

Primera generación del proceso enfermero: Se desarrolló entre los años de 1950 y 1970. Se centró en la salud pública y en la enfermedad. Se consideraba un proceso de 4 etapas: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Esta generación se dirigía específicamente al problema de salud y al proceso para resolverlo. Estos cuidados se aplicaban bajo un mando médico; generando reduccionismo en el juicio clínico al limitar a enfermería únicamente a la ejecución de un alto número de actividades con déficit de actuar basado en la prevención de enfermedades y la educación para la salud, ya que se excluía de la recepción de cuidados a cualquier persona con un proceso fisiológico normal.⁶

Segunda generación del proceso enfermero: Se desarrolló entre 1970 y 1990. En este periodo enfermería consideraba como se producía el fenómeno, para poder comprenderlo y explicarlo. Retoma a la persona como un ser integral. En esta generación además de implementar la valoración, planeación, ejecución y evaluación, añaden la etapa del diagnóstico, esto gracias al definir y justificar la necesidad de un juicio clínico enfermero. En esta fase se busca la autonomía.⁶

Tercera generación del proceso enfermero: Se desarrolló a partir de 1975, con el paradigma de transformación. Que plantea que cada suceso es único e irrepetible, donde los cuidados se transforman en actividades complejas, consecuente a la constante interacción humana, creando un camino de desarrollo propio, por medio de conocimientos científicos, resultante de las mismas investigaciones profesionales. En esta generación se consolida el lenguaje estandarizado, donde la característica fundamental de esta etapa es la utilización simultánea de las taxonomías de enfermería NANDA-I, NOC y NIC.⁶

Etapas del proceso enfermero

Valoración

De acuerdo con la American Nurses Association, el personal de enfermería certificado obtiene y analiza datos para poder proporcionar atención enfocada en el usuario e incluye el cuidado de la persona como un todo. Los datos recogidos deben introducir factores psicológicos, sociales, psicosociales, espirituales, culturales y vitales para estar completos. La recolección de los datos puede realizarse durante la anamnesis, la exploración física y la revisión de la información de las pruebas de laboratorio y médica pertinente.³⁴

Durante la valoración, los profesionales enfermeros, obtienen cuatro tipos de datos: datos subjetivos, datos objetivos, datos históricos y datos actuales. Una base de datos completa y exacta debe incluir una combinación de todos ellos.

Los datos subjetivos se pueden definir como la perspectiva de cada individuo de una situación o de una serie de acontecimientos como son las percepciones, sentimientos e ideas sobre sí mismo y sobre el estado de salud del usuario. Algunos ejemplos son las descripciones

que hace el usuario con respecto al dolor, las sensaciones, la frustración, las náuseas o la ansiedad.⁷

Los datos objetivos se relacionan con la información que se puede observar, esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) mediante la exploración física del usuario. Algunos ejemplos de datos objetivos son el peso, la presión arterial, la frecuencia respiratoria, edema etc.⁷

Los datos históricos son todas aquellas situaciones o sucesos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son de mucha importancia para identificar cualidades de la salud normal del usuario y para conocer situaciones pasadas que pudieran tener algún efecto en el estado de salud actual del usuario. Algunos datos históricos pueden ser el historial de hospitalización o cirugías previas, los resultados de exámenes pasados, las pautas de eliminación normales o enfermedades crónicas.⁷

Los datos actuales son aquellos sucesos que se dan en el momento. Como, por ejemplo, la presión arterial, dolor, hemorragia, vómitos. Estos datos son de mucha importancia tanto en la valoración inicial como en todas las que se realicen, para comparar la información actual con los datos previos y determinar el progreso del usuario.⁷

Diagnóstico

Se produce como resultado, de la valoración de enfermería. Los profesionales de enfermería son responsables de tratar dos tipos de juicios clínicos o diagnósticos: diagnósticos de enfermería y problemas interdisciplinarios. Las actuaciones

de estos profesionales se dirigen a tratar, prevenir y controlar los diagnósticos de enfermería.³⁴

El diagnóstico de enfermería (NANDA-I), define las características y los riesgos que se relacionan y afectan el resultado de la atención del usuario, a través de estrategias de enseñanza y un plan de tratamiento.³⁴

Se debe de identificar los problemas del usuario, establecer varios diagnósticos, para cada uno y estos se deben de priorizar, para abordar los problemas más importantes.

Un primer paso para el enfermero es diagnosticar el problema, evaluando al usuario y obteniendo la información clínica, luego hay que organizar los datos obtenidos durante la evaluación y determinar cómo puede establecerse las necesidades básicas del usuario. El problema identificado puede ser real o potencial y este debe ser resuelto por el personal de enfermería dentro de su práctica.³⁴

Planeación

Una vez identificado el diagnóstico de la situación de salud, es necesario tomar decisiones y las actuaciones precisas, para ayudar a resolver los problemas planteados. Por ende, se debe de desarrollar estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados, así como para promocionar la salud elaborando un plan de cuidados. Este plan, posee plena autonomía y capacidad de decisión, para el profesional a cargo.³⁴

Este plan se debe de estructurar por escrito, ya que ayuda a mantener la comunicación entre los miembros del equipo de salud y ayuda a un correcto intercambio de información.

El plan está estructurado en dos partes: uno, los resultados del usuario o los resultados esperados, estos describen comportamientos o resultados que se deben de alcanzar dentro de un tiempo determinado y dos, las intervenciones del profesional de enfermería necesarias para alcanzar dichos resultados.³⁴

El plan de atención se debe de seleccionar cuidadosamente, se debe adecuar a las necesidades del usuario (edad, nivel de desarrollo, cultura, fortalezas, debilidades, buena voluntad y capacidad para formar parte de su atención). Este debe de tener como objetivo, alcanzar el máximo nivel funcional que sea posible, que plantee un riesgo mínimo, que no cree nuevos problemas. Considerando que, si la recuperación completa no es posible, este plan debe ayudar a afrontar física y emocionalmente el deterioro o la disminución de salud. Para todo esto se debe de tomar en cuenta 3 principios: ser realista (evitar objetivos difíciles de cumplir, ya que el usuario se puede desanimar o deprimirse); adaptar el abordaje (cada usuario es único, por ende, se debe de individualizar los objetivos de resultados y las intervenciones); y evitar los términos ambiguos (se debe de utilizar términos precisos y cuantitativos).³⁴

Ejecución

Es el inicio y terminación de las acciones necesarias para lograr los resultados definidos en la fase de planificación. Constituye el momento concreto de prestación de los cuidados, es decir, la puesta en práctica del plan de cuidados, con las intervenciones (NIC) que se establecieron en la etapa de planeación. Las intervenciones pueden llevarse a cabo por miembros del equipo de salud, el cliente o sus familiares siendo una fase orientativa.⁷

Una vez aplicado el plan de cuidados, se debe de seguir observando al usuario para medir la eficacia de las intervenciones y ajustarlas de acuerdo con los cambios en su estado y evolución. Se deben de reflejar los resultados alcanzados en el plan de atención, y actualizar el plan de manera periódica. Es de suma importancia tener presente que el plan de atención es una parte permanente del registro médico del usuario. ³⁵

Evaluación

Esta es la última fase, una vez que ha pasado tiempo suficiente para permitir los cambios, se valora hasta qué punto se han alcanzado los objetivos, así como también el progreso del usuario. También permite conocer si los objetivos fijados se han alcanzado, con esto se puede modificar y corregir, las estrategias y actividades de la intervención. El progreso positivo puede significar la resolución del problema, consiguiendo que el usuario realice acciones de autocuidado con un sentido de independencia y confianza. ⁷

2.2.4 Taxonomía NANDA, NIC, NOC

La North American Nursing Diagnosis Association, (NANDA): Establece un lenguaje estandarizado para enfermería, mediante los datos obtenidos en los diagnósticos de enfermería. Esta taxonomía consta de dominios, clases y diagnósticos. El diagnóstico representa el juicio clínico sobre un problema de salud, representado de forma individual, familiar o comunitaria, el cual facilita la elección de intervenciones y objetivos de enfermería.²

Se ejecuta paso a paso el cuidado, se establecen las intervenciones de enfermería, que se deberán realizar para solucionar el problema, conocido como Nursing Interventions Classification (NIC), cada intervención está constituida por una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que señalan las acciones y una lista de referencia, donde se procede a la determinación de objetivos/resultados esperados. ²

El Nursing Outcomes Classification (NOC), representa las conductas o respuestas observables del usuario para un determinado diagnóstico, se llega al resultado tras el cumplimiento de las intervenciones, por lo cual esto ayuda a evaluar la efectividad de una intervención de enfermería. ²

2.3 Marco Teórico

El desarrollo de una teoría de enfermería precisa la comprensión de determinados términos académicos, definiciones y premisas para que puedan dar lugar a nuevas revisiones y análisis especializados. Se debe prestar atención a los términos y significados definidos para comprender el proceso de desarrollo de la teoría que se utilizó. Por lo tanto, la claridad de los términos su utilidad científica y su valor para la disciplina son cuestiones importantes para el proceso. ³⁶

2.3.1 Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson

En la actualidad es común mirar y escuchar que en la práctica diaria se reconozcan a los usuarios por su enfermedad o por el número de cama. La causa principal de esta situación es que aún quedan establecimientos de salud con una mirada biomédica, donde el único

objetivo es curar la enfermedad, de manera que el usuario y su entorno social, familiar y emocional queda en otro plano. ³⁶

Es por eso que el usuario necesita que el profesional de enfermería tome en cuenta sus opiniones, para poder establecer comunicación y una relación interpersonal, en la que se intercambiarán sentimientos, ideas y pensamientos, la misma que ayuda a contribuir en la mejora de la salud del usuario y lo lleva a estar en un estado de confort, de manera que sienta que se encuentra en buenas condiciones para su recuperación, sin duda alguna el cuidado brindado por el profesional de enfermería debe estar sustentado desde una base teórica, que brinde mayor satisfacción a las necesidades que requiere el usuario, por lo que en esta ocasión se sustentará en base a la teoría de Jean Watson, que en ella se logra establecer un cuidado humanizado que resulta perfecto en usuarios amputados. ³⁶

Margaret Jean Harman Watson, nació en el sur de Virginia Occidental y pasó su infancia en las décadas de 1940 y 1950 en la pequeña ciudad de Welch, en los montes Apalaches. Watson estudió en la escuela en Virginia Occidental, posterior asistió a la escuela de enfermería Lewis Gale en Roanoke (Virginia). Después de trasladarse a Colorado, Watson sigue su formación en enfermería y los estudios de licenciatura en la Universidad de Colorado. Se gradúa como enfermera licenciada en 1964 en el campus de Boulder, luego obtiene un máster en enfermería de salud psiquiátrica mental en 1966 en el campus de Health Sciences y un doctorado en psicopedagogía y orientación psicopedagógica en 1973 en la Graduate School, en el campus de Boulder. Cuando acabó sus estudios de doctorado, Watson se trasladó a la facultad de la School of Nursing del Health Science Center de Denver de la Universidad de Colorado, donde ha ejercido cargos de docente y administrativa. ³⁶

Watson desarrollo conceptos para el desarrollo de su teoría, estos relacionados con la interacción enfermera-usuario conceptualizando el cuidado, como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el cual involucra los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Este trabajo se ha considerado una filosofía, un diseño, una ética, un paradigma, un punto de vista, un tratado, un modelo conceptual, un marco y una teoría, donde el profesional de enfermería elabora un concepto de idea moral como lo es la preservación de la dignidad humana. Esta teoría se describe como un grupo imaginativo de conocimientos, ideas y experiencias que son representados simbólicamente y busca iluminar un fenómeno. ³⁷

Desde el campo fenomenológico, define a la persona como un todo relacionado con experiencias de vida humana, incluyendo sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones; es decir, es todo aquello que consolida la historia de la vida del individuo en tres tiempos abordados desde el pasado, presente y futuro. En la relación transpersonal de cuidado, puntualiza dos conceptos la transpersonalidad y el cuidado transpersonal; en la transpersonalidad Watson pide a la enfermera ir más allá del propio ego, esto permitirá al profesional alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del usuario, y en el cuidado transpersonal, la enfermera intenta conectarse, abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos además de estar en relación auténtica y en el momento adecuado. ³⁷

El resultado de la relación transpersonalidad y el cuidado transpersonal es una clase diferente de cuidado humano que depende del compromiso moral del profesional de enfermería de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo yo y más allá

de la situación de salud. El tiempo de cuidado, es el momento oportuno en la que el profesional de enfermería y otra persona se conectan para el cuidado humano, con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Los conceptos de Watson definidos como bloques de construcción de la teoría aportan significado al paradigma de la enfermería, que “derivan de las experiencias empíricas inducidas clínicamente combinadas con su base filosófica, intelectual, experimental que surgió de sus propios valores, creencias y percepciones sobre personalidad, vida salud y curación”. Watson expone los siguientes 7 supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería .³⁷

- 1) Una forma de demostrar y practicar el cuidado es de forma interpersonal.
- 2) Las necesidades humanas, requieren elementos asistenciales, para satisfacer el cuidado.
- 3) La promoción de la salud y el desarrollo individual o de la familia, se debe a un cuidado efectivo.
- 4) El cuidado aborda a las personas no solo por lo que son, sino por lo que pueden llegar a ser, integrando las posibilidades para obtener respuestas.
- 5) El cuidado no es algo absoluto, ya que hace participe a la persona en este entorno, posibilita el desarrollo de aptitudes y permite a la persona elegir la mejor alternativa para sí misma en un momento dado.
- 6) El cuidado está conformado por conocimiento biofísico y la conducta humana, para la promoción de la salud. Está dirigido a generar más salud que curación, ofreciendo ayuda a los que están enfermos, por consiguiente, la ciencia del cuidado es complementaria a la ciencia de la curación.
- 7) El cuidado es el eje central de la enfermería.

Después Watson desarrolla los 10 factores de cuidado, que constituyen la base de su teoría, cada uno de estos contiene un componente fenomenológico relativo a los individuos implicados en relación con la enfermería. A medida que las ideas y valores de Watson han evolucionado, los 10 factores de cuidado los traslada a un concepto estrechamente relacionado, caritas, una palabra en latín que significa “valorar, apreciar, prestar atención especial, una atención afectuosa”, los procesos carita corresponden a una extensión de los factores de cuidado, pero con un lenguaje más fluido para entender en un nivel más profundo las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas.³⁷

A continuación, se expondrá los 10 factores de cuidado:

- 1) Dentro de la orientación del cuidado, se debe de practicar la amabilidad, el amor y la ecuanimidad.
- 2) Se debe permitir y mantener un sistema de creencias, evidenciando la presencia. Apoyar el mundo subjetivo de la persona, a la que se debe de cuidar y al de uno mismo.
- 3) Dejar el ego y cultivar prácticas espirituales. Estos factores son independientes, sirven como fundamento filosófico para la ciencia del cuidado, en la que considera a la persona como un ser en el mundo.
- 4) Desarrollar y apoyar una relación de cuidado de apoyo-confianza.
- 5) Apoyar el acto de expresar sentimientos positivos y negativos, con uno mismo y con aquel de quien se debe cuidar, siempre evidenciando la presencialidad.

- 6) Hacer partícipe a la persona en el proceso de cuidado, tomando parte activa de las prácticas de curación-cuidado, con el uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento.
- 7) Propiciar un entorno de enseñanza-aprendizaje, que unifique a la unidad del ser-significado.
- 8) Potenciar lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz, creando un entorno de curación en todos los niveles tanto el entorno físico y no físico que aborda la energía y conciencia.
- 9) Potenciar la alineación de la mente-cuerpo-espíritu y salud, mediante los cuidados humanos esenciales.
- 10) Se debe de proteger el alma de nuestro ser y de quien debe recibir el cuidado, atendiendo las dimensiones espiritual-misteriosa y existencial de la propia vida-muerte. ³⁶

En este reporte de caso, se brindará un trato humanizado, generando confianza, desarrollando aprendizaje, siendo empáticos, brindando una escucha activa, salvaguardando la espiritualidad del usuario, y respetando sus emociones en este proceso de duelo, que se relaciona con la pérdida de una extremidad, aplicando los 10 factores de cuidado humanizado de Jean Watson.

Watson detalla 4 afirmaciones teóricas, donde proyecta el cuidado humano, a una relación de cuidado transpersonal, donde conecta al ser humano en una sola unidad que incluye la mente, cuerpo, espíritu y naturaleza. La primera afirmación refiere al termino enfermería, que lo describe como nombre y verbo. Para esta autora, la enfermería está conformada por un conjunto de factores que se deben de expresar con un grado de pasión,

estos son: conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción. La enfermería muestra interés por entender desde la experiencia humana hasta la salud y la enfermedad, fomentando y restableciendo la salud, y previniendo la enfermedad. Esta teoría direcciona el quehacer del profesional de enfermería para que vaya más allá de los procedimientos, tareas y técnicas utilizadas en la práctica diaria, acuñados como el “estado” de la enfermería; en contraposición a la “esencia” de la enfermería, esto significa que los aspectos de la relación enfermera- usuario se traducen en un resultado terapéutico incluido en el proceso de cuidado transpersonal. ³⁸

En la segunda afirmación (Personalidad o ser Humano), considera a la persona como “una unidad de mente, cuerpo, espíritu y naturaleza”, describiendo que la personalidad va unida a las ideas de que el alma posee un cuerpo que no está confinado por el tiempo y el espacio objetivo. Watson también menciona que utilizar la mente, el cuerpo, el alma o la unidad en una visión del mundo emergente en evolución y conexión de todo, conocido como paradigma unitario transformador holográfico del pensamiento. ³⁸

La armonía en la mente, el cuerpo y el alma, forman parte de su concepto de salud, que es parte de su tercera afirmación; se relaciona con el grado de congruencia entre el yo que es percibido y el yo experimentado. Por ende, la dolencia no es necesariamente enfermedad; se puede expresar como una confusión o desarmonía subjetiva en el yo interior o el alma de una persona, en cierto nivel de desarmonía en las esferas de la persona (la mente, el cuerpo y el alma), de manera consciente o inconsciente. Si bien la dolencia puede producir una enfermedad; la dolencia y salud son un fenómeno que no se ve estrictamente relacionadas. Los procesos de enfermedad pueden deberse a cuestiones de genes,

institucionales y manifestarse si existe una desarmonía, teniendo en cuenta que esta se relaciona con la enfermedad.³⁷

Por último, describe su cuarta afirmación teórica, conocida como entorno, refiriéndose a los espacios de curación que pueden ser utilizados, para ayudar a otros a superar la enfermedad, el dolor y el sufrimiento. Hace énfasis en que el entorno y la persona están conectados. Cuando el profesional de enfermería entra en la habitación del usuario, se crea un campo magnético de expectativa. También tiene una visión amplia del entorno, ella menciona que el cuidado no es sólo para mantener la humanidad, sino que también es para mantener el planeta tierra. El ser parte de un mundo espiritual infinito de todas las cosas vivas; es el nexo principal entre la humanidad y la propia vida, en el tiempo, el espacio, fronteras y las naciones.³⁸

Capítulo III: Marco metodológico

3. Marco metodológico

3.1 Diseño del reporte de caso

El reporte de caso es un tipo de publicación biomédica, que ha ido en incremento en los últimos años. Este tipo de reporte muestra información descriptiva y útil como experiencia educativa para los profesionales en salud, presentando la experiencia clínica de un fenómeno inusual o de evolución no esperada. Metodológicamente es considerado un tipo de estudio observacional descriptivo. Este método no es algo innovador, hay reportes evidenciados 1600 a.C. En los escritos de Hipócrates se exponen conocimientos basados del aprendizaje de casos de usuarios individuales; en la medicina moderna William Sir Osler, recomienda que toda experiencia inusual en un usuario debe ser anotado y registrado detalladamente y así aprender para abordar un caso similar.^{39, 40}

El reporte de caso, relacionado con la medicina basado en la evidencia (MBE), ocupa una posición inferior, sin embargo, crece en importancia al necesitar una referencia para una decisión rápida, cuando no se dispone de resultados de investigación sobre el tema o cuando existe escasa literatura disponible. Las ventajas que este tipo de reportes tiene, es que permite estudiar y describir exposiciones, enfermedades, situaciones, siendo la primera descripción de una patología o síndrome clínico. Se incluye como debilidades, el que no haya asociaciones estadísticas, ya que es un estudio descriptivo sin grupo control de comparación, donde el tamaño de individuos es muy bajo.³⁹

La importancia de este tipo de reportes se evidencia definiendo los siguientes conceptos:

El reporte de caso, proviene de 2 términos “reporte” y “caso”, donde “reportar” es transmitir la información por cualquier medio y “caso” corresponde a un evento anecdótico o no esperado que sucede en un momento determinado, por ende el reporte de caso es la transmisión o comunicación de un evento anecdótico en la práctica clínica habitual; abarcando diferentes temas o fenómenos presentados en cada individuo, y no solamente la patología como tal, incluyendo la aplicación de un nuevo método diagnóstico, una respuesta diferente al tratamiento, una terapia utilizada y una evolución no esperada. Por tal motivo, el caso es un suceso en la práctica clínica habitual, donde la comunicación permitirá mejorar el manejo de los usuarios con la misma condición o parecida, fomentando el trato integral, y así en un futuro, llegar a sustentar el abordaje de un usuario con la misma patología cuando sea la única o la más pertinente evidencia disponible.^{39, 40} Para un reporte de caso la muestra permitida es de 5 participantes como máximo, sin embargo, algunos autores refieren que se puede elaborar con 1 participante.⁴⁰

En el campo de la enfermería, uno de los elementos que integran el metaparadigma enfermero es el entorno y sus afectaciones en el proceso salud-enfermedad, de ahí la importancia de este tipo de investigaciones que estudian a profundidad los fenómenos dentro de un contexto de la vida real, en individuos, grupos o instituciones, donde el propósito es determinar por qué el sujeto piensa, se comporta o se desarrolla de cierta manera en particular.^{41,42}

Es de vital importancia destacar que, en la elaboración de este reporte de caso, se implementó el proceso enfermero, para la recolección y análisis de datos mediante los cinco pasos que este ofrece para el abordaje holístico de los usuarios. Además, se utilizó los tres

lenguajes estandarizados de la taxonomía de enfermería North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC), el uso de estas herramientas ha permitido a los profesionales de enfermería, una mejor descripción del proceso enfermero, que guía la elaboración de un informe de casos clínicos. ⁴³

3.2 Población y muestra

Población: Está conformada por todos los usuarios que serán sometidos a amputación de una extremidad, en el hospital privado donde se realizará el reporte de caso. Según estadísticas de este centro médico, de setiembre 2018 al 2023, se realizaron un total de 483 cirugías clasificadas por región anatómica, mencionando los 3 principales casos, las de mano y muñeca son las más frecuentes con 266 casos, seguido tobillo y pie con 75 casos y pierna con 62 casos.

Lisbeth Henríquez García en “calidad de vida de los usuarios amputados de la extremidad inferior”, en la revista médica de Costa Rica y Centroamérica, 2009, indica en un estudio de 68 usuarios en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, que la mayoría de los casos según área geográfica es en San José, en 47 casos para un 69%. Según la causa de la amputación 43 (63%) por diabetes mellitus, 18 (27%) por patología vascular periférica, 4 (6%) oncológico, 3 (4%) trauma. ⁴⁴

Muestra: El tipo de muestra utilizada en este reporte de caso, fue la muestra no probabilística; esta refiere a aquel muestreo en el que la probabilidad de selección de cada unidad muestral no es igual ni conocida; siendo esta por conveniencia, ya que se seleccionan

a las unidades de estudio que se encuentren disponibles al momento de la recolección de datos. La muestra se elige de acuerdo con la conveniencia del investigador, le permite elegir de manera arbitraria cuántos participantes puede haber en el estudio. ⁴⁵

Según lo que indica la literatura mencionada anteriormente, un reporte de caso se puede desarrollar interviniendo de 1 a 5 participantes, en este caso la muestra fue de un solo usuario, que fue intervenido de amputación infracondílea izquierda, en un Hospital Privado, de San José, Costa Rica, en el segundo semestre del año 2023, el cual cumplió los criterios de inclusión y que estuvo dentro de la escala American Society of anesthesiologists (ASA) II que representa usuarios con patologías, (Chronic Obstructive Pulmonary Disease (EPOC), diabetes mellitus, hipertensión arterial, compensadas). ⁴⁴

3.2.1 Criterios de Inclusión

- Usuario con mayoría de edad.
- Usuario consciente, alerta y orientado en sus tres esferas (espacio, lugar y tiempo).
- Usuario programado para cirugía en primer y segundo turno.
- Usuario programado para cirugía de amputación de una extremidad.
- Usuario hispanohablante.
- El usuario por elegir deberá estar dentro de la escala ASA I (Usuario sano) y II (Usuario con patologías crónicas compensadas).

3.2.2 Criterios de Exclusión

- No se le puede haber administrado ningún tipo de ansiolítico y/o hipnótico por vía intravenosa en las últimas 24 horas.

3.3 Recolección de datos

En primera instancia se emitió la solicitud por correo electrónico a la jefatura de enfermería de sala de operaciones, posterior se emite carta y requisitos al comité de bioética de la institución, con el fin de obtener la autorización para la realización del reporte de caso como trabajo de investigación aplicada en salud, así como del permiso de ingreso para una de las investigadoras la cual no labora en la institución, sin embargo, forma parte, como estudiante del campo clínico taller de investigación en enfermería quirúrgica. Este documento se envió a los correos electrónicos oficiales de cada uno de los departamentos implicados. (Anexo 2)

Luego de la obtención de los permisos, se implementó el proceso enfermero como herramienta para la recolección de los datos, ya que este forma parte del quehacer diario de la enfermería. El abordaje del usuario se inició en el preoperatorio ya que es en esa fase del perioperatorio donde el personal de sala de operaciones, en nuestro caso enfermería quirúrgica se presenta con el usuario, por ende, se corroboró todos los requisitos preoperatorios, se conoció al usuario creando un lazo de confianza mediante la comunicación asertiva, clara y en términos comprensibles según la escolaridad del usuario. Las amputaciones de una extremidad no son cirugías que se presentan todos los días, son casos especiales ya que son amputaciones debido a traumatismos o algún problema de salud asociado, por ende, se eligió un usuario programado para cirugía de amputación infracondílea, para el segundo semestre del año 2023 y que cumplió con los criterios de inclusión, encontrándose en la escala ASA II, por presentar la patología Diabetes Mellitus tipo 2. Además, en esta fase se realizó una entrevista verbal, el examen físico, la revisión del

expediente clínico y brazalete de identificación, donde se iniciaron las etapas para la realización del proceso enfermero, que consta de la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación las cuales se describen en el siguiente apartado.

3.3.1 Valoración

Para este reporte de caso se realizó la valoración mediante Virginia Henderson, esta autora identifica que el cuidado de enfermería debe ir dirigido hacia el individuo sano como al enfermo, enfatizando en lograr que la persona consiga la independencia, ayudando a satisfacer sus necesidades básicas. Estas necesidades se encuentran en todo ser humano y existen independientemente de la situación en la que se encuentre la persona. Por ende, se aplicó una guía de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas (Respiración, alimentación e hidratación, eliminación, movilización, reposo/sueño, vestirse/desvestirse, termorregulación, higiene/piel, seguridad, comunicación, creencias/valores, trabajar/realizarse, ocio y aprendizaje). Estas se utilizaron para elaborar la valoración del usuario en el reporte de caso y así identificar las alteraciones presentes en el mismo. ⁷ (Anexo 3)

Un caso clínico debe ser iniciado con un buen plan de cuidados. Este se abordó utilizando los principios de humanización del cuidado de la teoría de Jean Watson el cual tiene como propósito la dignidad humana. Esta primera fase es crucial para el inicio del proceso enfermero, otorgando un acercamiento enfermero-usuario, donde se crea un vínculo

de confianza, que facilita el intercambio de información, que el profesional necesitará para guiar el principio de un plan de cuidados exitoso. ⁴⁶

Este proceso se inicia con una valoración preanestésica, ya que es el primer encuentro del personal de salud de SOP con el usuario, es un protocolo que permite identificar antecedentes del usuario, factores de riesgo modificables, educar, mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad del usuario. Valorando el estado físico y riesgo del usuario se contribuye a establecer un plan para la atención durante el perioperatorio, ayudando a disminuir la morbilidad y la mortalidad postoperatorias. Hay estudios que indican que la falta de valoración del estado de los usuarios o una evaluación ineficaz influye en 11, 6% de los accidentes intraoperatorios y pueden ser la causa de hasta el 40% de los fallecimientos. ^{47, 48}

Ricardo Fuentes H, en recomendación clínica: evaluación preoperatoria, de la revista chilena de anestesia, indica que se recomienda elaborar una hoja de registro de la evaluación preanestésica de acuerdo con la situación de cada institución hospitalaria. ⁴⁹

A partir de estos datos mencionados en la bibliografía, las instituciones hospitalarias tienen a su disposición un cuestionario para la valoración preanestésica realizada por el personal de enfermería. Este formulario es aplicado en la etapa preoperatoria de los usuarios antes de la intervención quirúrgica. (Anexo 4)

A partir de esta valoración, el usuario indica aspectos relevantes relacionados a su salud y antecedentes; examen físico, el cual se realizó cefalocaudal, donde se abordó, tanto la parte biológica como la psicosocial, se brindó importancia a los aspectos médicos o de salud en conjunto con las emociones, entorno y redes de apoyo, ya que este proceso quirúrgico conlleva un importante cambio físico, donde el usuario enfrenta un período de

duelo. Este duelo según indica la literatura, puede desembocar problemas sociales, emocionales, familiares y laborales. Para este trabajo se utilizó la valoración según las necesidades de Virginia Henderson, que es una valoración guiada por las 14 necesidades básicas, con el fin de identificar las alteraciones en el usuario, donde se eligieron aquellos diagnósticos con necesidades alteradas o con riesgo de alteración, para poder abordar estas desde un enfoque de cuidados holístico e integral. Tras esta fase se identificaron las alteraciones en el usuario, el sistema de taxonomía NANDA-I guiando la planificación, para establecer los diagnósticos, objetivos e intervenciones adecuadas.⁴⁹

3.3.2 Diagnóstico

Los diagnósticos de este caso clínico fueron consultados en la plataforma de la NNNConsult, facilitada por la Universidad de Costa Rica, y para su utilización el estudiante o el profesional debe de estar registrado. Esta es una herramienta que permite al profesional de enfermería mediante los patrones o necesidades, en este caso por medio de la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, identificar cuáles son las necesidades alteradas y encontrar diagnósticos NANDA, resultados NOC, intervenciones NIC en una misma plataforma, los cuales están relacionados según cada diagnóstico, por lo que facilita el uso de las etiquetas y la elección entre los NIC/NOC. Esto ayudó a desarrollar una red de razonamiento lógico clara que permitió priorizar y definir cuál es el diagnóstico principal del usuario. Para reforzar esta red de razonamiento, se realizó un gráfico en formato de imagen, que proyectó y demostró como se llegó al diagnóstico principal.⁵⁰

3.3.3 Planeación

Para lograr ejecutar un plan de atención, enfermería debe fundamentar sus acciones en los diagnósticos NANDA conseguidos en la fase de diagnóstico, ya que estos tienen etiquetas que relacionan características definitorias y factores relacionados, con los cuales se establecen los resultados deseados (NOC) y las intervenciones adecuadas (NIC), lo que permitió la elaboración del plan de cuidados. Se eligieron actividades convenientes, realistas y que permitieron conseguir resultados esperados, indicados en la fase de objetivos (NOC).

3.3.4 Ejecución

En esta etapa se realizó un proceso de puntuación, para la cual se recomienda una adecuada valoración inicial, donde se le asignó un puntaje inicial a la condición de salud del usuario previo a la ejecución del plan, para identificar si se generaron los cambios esperados siguiendo la evolución del usuario tras la aplicación o ejecución del plan de cuidados. Para esto se debe de dar una puntuación a la condición de salud de la persona, indicando el valor diana al que se desea llegar. Posteriormente se aplicaron las intervenciones (NIC), seleccionadas previamente para cada caso en particular.

3.3.5 Evaluación

Esta etapa se evaluó según los resultados planteados (NOC), por un tiempo determinado y se les dio un puntaje (valor diana, es un valor determinado según la escala de cada indicador del NOC), al que objetivamente se desea llegar o conseguir, el cual permitirá al profesional de enfermería valorar si se logró los resultados esperados, comparando la

puntuación inicial, con la puntuación diana. Posterior se evidenció por escrito todo cambio y se detalló la evolución del usuario.

Para finalizar este proceso se aplicó al usuario un instrumento sobre el cuidado humanizado de Jean Watson, donde se evaluó si se cumplió o no el trato humanizado. Esta recopilación de la información se obtuvo mediante un instrumento llamado "Percepción del Cuidado Humanizado brindado por el Profesional de Enfermería".⁵¹

Inicialmente este instrumento se elaboró con 30 ítems, tres preguntas por cada factor de la teoría de Watson, también, fue verificado por expertos y académicos, posterior a esto realizan una prueba piloto para valorar su comprensión, tiempo de aplicación y claridad de las instrucciones; con una muestra de 100 personas, para la consistencia interna se utilizó el Alfa de Cronbach, con referencia $\alpha=0,7$.⁵¹

En la elaboración y evolución del instrumento, surgieron nuevos aportes, generando pequeños cambios y se agregaron 6 nuevos ítems. Este nuevo instrumento fue sometido a una prueba piloto, con una muestra de 35 usuarios, donde se obtiene una buena comprensión, no genera nuevos cambios, donde la prueba obtuvo un alfa de Cronbach de 0,835, con una fiabilidad aceptable y buena consistencia interna.⁵¹

Para el año 2014 el instrumento fue aplicado en una muestra de 100 usuarios, donde se realiza un análisis para evaluar la validez del instrumento, mostrando una consistencia interna de las escalas del instrumento mediante el valor alfa de Cronbach, con un valor de 0,945.⁵¹

Este análisis explica que el 64,46% de la varianza da sentido a la percepción del cuidado humanizado. Por ende, se establece que la escala mide la percepción del cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería, basada en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humanizado de Watson. Este es validado en español, de la Universidad del Bío-Bío. Chillán, Chile.⁵¹

Actualmente este consta de 36 ítems, clasificados en 7 dimensiones, este instrumento permite identificar la percepción de los usuarios respecto al carácter humanizado del cuidado brindado por el profesional de enfermería en usuarios hospitalizados, dándole valor a aspectos del cuidado que valorizan y dignifican la condición de los usuarios, impactando con ello factores a mejorar en cuanto a la calidad y calidez de los servicios brindados en los centros de salud y promover una nueva visión del cuidado de enfermería.⁵¹

Para la aplicación del instrumento se agregó al conjunto de dimensiones una escala sumativa de estilo Likert con 5 puntos, en la cual nunca = 1, a veces = 2, regularmente = 3, casi siempre = 4 y siempre = 5. (Anexo 5)⁵¹

La sumatoria de la escala de likert indica un resultado global, interpretado de la siguiente manera: cuidado no humanizado o inaceptable (36- 136 puntos), cuidado humanizado deficiente (137-151 puntos), cuidado humanizado aceptable (152-161 puntos) y cuidado humanizado óptimo (162-180 puntos). (Anexo 5)⁵¹

Este resultado permitió conocer si se logró un vínculo real con el usuario, y con ello reafirmar la importancia de la aplicación de una teorizante de enfermería en nuestro quehacer diario, como lo es el proceso enfermero. Además de evidenciar la importancia que tiene el cuidado humanizado en los usuarios quirúrgicos, dirigiendo la mirada hacia el paradigma de

la transformación, donde el cuidado transpersonal debe ser un pilar del profesional de enfermería.

3.4 Análisis de datos

Se presentaron los diferentes diagnósticos mediante la taxonomía NANDA NIC/NOC, considerado el método científico y lenguaje estandarizado para la profesión. Esto mediante tablas, que ayudaron a ordenar y presentar de manera clara y comprensible tanto los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería en el preoperatorio, encontradas y utilizadas en cada diagnóstico encontrado. Se priorizó los diagnósticos mediante una red de razonamiento lógico, la cual es una representación gráfica, que permite a los profesionales de enfermería identificar el problema o diagnóstico clave en el proceso de enfermería, examinando las relaciones entre los diagnósticos NANDA, lo que facilita la priorización del diagnóstico central. La persona se encuentra en el centro de esta red, ya que es lo más importante, la cual debe estar interrelacionada con los diferentes diagnósticos con los cuales se va a trabajar y desarrollar, estos deben interrelacionarse para llegar a nuestro diagnóstico principal, y objetivar los cuidados, para brindar un cuidado tanto holístico, integral y psicológico, como el cuidado hacia los fenómenos biológicos presentados.⁴³

3.5 Requisitos éticos

Durante las entrevistas verbales y participativas, se recomienda utilizar grabadora o video, para asegurar la fidelidad de la información al momento de realizar el análisis de los datos recopilados.⁵²

Para la recolección, análisis y divulgación de la información, fueron guiados y tomados en cuenta los principios éticos contemplados en la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N° 9234; tener presente la Ley General de Salud N.º 5395; y también se debe tener presente que el artículo 21 de la Carta Magna, dispone que “la vida humana es inviolable”.⁵²

Este proyecto no es experimentación en sujetos humanos, es un cuidado o quehacer diario del profesional de enfermería, implementado un reporte de caso en un usuario que fue intervenido quirúrgicamente de amputación infracondílea, con esto se justifica que desde el momento que trabajamos con seres humanos, todo profesional debe guiar su profesión bajo políticas éticas. Partiendo de este hecho, desde la perspectiva ética y moral, es de vital importancia e incuestionable, que las investigaciones experimentales o procedimientos involucrados con sujetos humanos, siempre deberán ser guiados bajo una normativa orientada al bien social. Según la ley de Investigación Biomédica, es de vital importancia garantizar, los derechos y la seguridad, de todas las personas involucradas en algún tipo de investigación. Esta ley aborda diferentes aspectos de vital importancia para guiar el proceso con la mejor representación ética, algunos ejemplos a mencionar, el consentimiento informado, consideración especial con grupos vulnerables, menores de edad, la confidencialidad, siempre deberá regirse por los principios de la dignidad de las personas de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia distributiva.⁵²

Consentimiento informado: En el artículo 9 de la ley Reguladora de Investigación Biomédica, detalla todo sobre este tipo de documento, el cual expresa que todo individuo que participe en una investigación requiere, de un consentimiento específico, escrito y firmado o

con huella digital en todas sus hojas. Este documento es la mediación para asegurar que la persona a aceptado voluntariamente a participar en la investigación.⁵²

Grupos vulnerables y menores de edad: En el capítulo IX, artículo 64, describe todo lo relacionado con este grupo y la investigación clínica, el cual indica que solo se podrá realizar este tipo de investigación, cuando se compruebe que producirá beneficios reales o directos para su salud, y para esto sin lugar a duda, todavía estará sujeto a un protocolo de aprobación.⁵²

Derecho a la confidencialidad: Este se encuentra en el artículo 25, el cual refiere que está prohibido la utilización de los datos recopilados de las personas participantes, para fines distintos de aquellos para los que se firmó el consentimiento. Los participantes tendrán derecho a que se guarde confidencialidad en su identidad, información personal, salud, tratamiento, resultados de los análisis o procedimientos a los que fueron sometidos, con excepción de cuando la ley lo exija.⁵²

Beneficencia: Este concepto se refiere a que las personas que se encuentren de deliberar, se le respete su capacidad de autodeterminación, y a las personas cuya autonomía esta disminuida (dependiente o vulnerables), se les proteja contra daños o abusos. La obligación ética, es la búsqueda del bien, logrando los máximos beneficios posibles y reduciendo al mínimo la posibilidad de daños o injusticias.⁵²

No maleficencia: Ocupa una posición importante en la ética médica “no hagas daño”, el cual protege contra daños evitables a todo participante en una investigación.⁵¹

Autonomía: Implica una voluntad libre que, por medio de la razón, muestra que ciertos principios morales son correctos. Donde se acepta que el cumplimiento de los

principios es un deber, y que el investigador en un período de soledad y total responsabilidad es quien debe decidir sobre sus actos.⁵²

Justicia: Este indica que los estudios deben planificarse de tal forma que se obtengan conocimientos que beneficien al grupo de personas o participantes. Quienes participen en la investigación deben recibir un beneficio adecuado y el grupo que será beneficiado deberá asumir una proporción equitativa de los riesgos y del peso del estudio.⁵²

Capítulo IV: Resultados

4. Resultados

4.1. Fase de Valoración

En este capítulo se describen cada uno de los datos que se obtuvieron según la guía de valoración la cual está orientada por las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson, además se describen los hallazgos que se obtuvieron con el examen físico y la revisión del expediente clínico del usuario en el que se realizó el reporte de caso.

4.1.1. Caso de estudio GADC

Adulto, masculino de 60 años, vecino de Guanacaste, Santa Cruz, divorciado, de religión católica, con antecedentes patológicos de Diabetes Mellitus tipo 2, insuficiencia Renal Crónica etapa 3, niega alergias a medicamentos, niega el uso de alcohol, tabaquismo y toxicomanías. Usuario en aislamiento por cohorte de betalactamasa de espectro extendido (BLEE +). Labora en seguridad hace 5 meses para una empresa privada. Con nivel de escolaridad hasta bachillerato y tiene un técnico medio agropecuario. Con antecedentes quirúrgicos de reducción abierta más fijación interna (RAFI) de calcáneo izquierdo en febrero del año 2022.

Descripción del accidente, según lo que refiere el señor GADC, realizando labores cotidianas de su oficio, se incrustó un tornillo en el zapato, el cual no sintió debido a la falta de sensibilidad del miembro inferior izquierdo. Usuario busca asistencia médica en un centro público, posterior a esto el estado de su miembro inferior evoluciona desfavorablemente. Al ser un incidente laboral es referido al centro médico privado donde se realizó el reporte de caso.

Dentro de los diagnósticos médicos que presentaba el señor GADC, se pueden mencionar: Trauma penetrante pie izquierdo, necrosis del tercer orjejo, absceso plantar, secuelas de pie traumático diabético. Estas fueron desencadenando una evolución quirúrgica, para el 14/09/23 amputación tercer orjejo, el 20/09/23 lavado quirúrgico y debridación en pie izquierdo, el 22/09/23 lavado quirúrgico y debridación en pie izquierdo más amputación total del segundo orjejo. En una consulta realizada el día 21/09/23 médico tratante refiere el riesgo de una amputación infracondílea, debido a que continua con datos de necrosis y su infección está avanzando lo que puede comprometer la vida, e indican que es necesario que el usuario valore las opciones quirúrgicas que se han planteado previamente. Para el día 7/10/23 a las 20 horas, programan cirugía de amputación infracondílea.

A la valoración física usuario con buen estado general, eupneico, alerta, hidratado, afebril, hemodinámicamente estable, orientado en las tres esferas, glasgow 15, no disartria. Siguiendo una alineación cefalocaudal, usuario con las siguientes características: cabeza normocéfalo, sin presencia de lesiones ni alteraciones en el cuero cabelludo, no presenta heridas faciales, con pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, orejas sin presencia de alteraciones ni pérdida auditiva, apertura oral conservada y mucosa hidratada, con pérdidas dentales, cuello sin lesiones palpables y con adecuada movilidad, sin dificultad para deglutir. A nivel del tórax este se observa simétrico, sin lesiones en piel, expansión bilateral conservada, cardiopulmonar estable sin ruidos agregados. En miembros superiores presenta movilidad sin dificultad, fuerza muscular y llenado capilar distal, con movilidad de dígitos sin dificultad, pulsos presentes sin alteración. A nivel de abdomen, a la palpación este es

blando, depresible, no doloroso, con presencia de peristalsis a la auscultación. Por privacidad del usuario no se valora genitales. En miembro inferior derecho presenta movilidad conservada, llenado capilar distal normal, movilidad de ortejos conservado, pulsos presentes. En miembro inferior izquierdo presenta amputación del segundo y tercer ortejo, con úlcera a nivel plantar de aproximadamente 2 cm, con eritema, edema moderado en todo el pie, con hiperqueratosis circundante en la úlcera, no datos de síndrome compartimental, no datos de trombosis venosa profunda (TVP), con un deficiente llenado capilar, pulso pedio débil. En ambos miembros inferiores presenta hipoestesia.

Según la Escala Visual Analógica del dolor (EVA), el usuario indica dolor 0/10. Expresa tener miedo de su cirugía, y proyecta esperanza de que la cirugía de amputación no sea el resultado quirúrgico definitivo de su lesión. Además, refiere no saber cómo afrontar su situación por factores laborales sociales y familiares, sumando a esto, no tener una red de apoyo familiar para después de su cirugía. Usuario manifestó que cometió un error al no cumplir las medidas necesarias para su cuidado personal, el mantenía una postura de desesperanza, negación y culpa de su situación. El usuario expresa dificultad para conciliar el sueño desde la resolución definitiva de la amputación infracondílica.

4.1.2 Valoración según las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Al realizar la guía de valoración orientada según las 14 necesidades de Virginia Henderson, se encontraron los siguientes datos, los cuales se muestran tabulados en el cuadro 1 con la descripción detallada de los hallazgos.

Tabla 1 Valoración 14 necesidades VH

Cuadro 1. Resumen de la Guía de Valoración basada en las 14 necesidades del Modelo de Virginia Henderson del caso GADC	
Necesidades	Valoración
Necesidad 1: Respirar	Eupneico, usuario refiere haber dejado de fumar hace 2 años. Sin embargo, no presenta alteraciones.
Necesidad 2: Alimentarse e hidratarse adecuadamente.	No presenta disfagia, pero si presenta dificultad para masticar ya que solo cuenta con dos piezas dentales y no posee prótesis dental, usuario no necesita ayuda para alimentarse, sin embargo, refiere no tener buenos hábitos alimenticios, pasa ayuno por muchas horas debido a actividades laborales y por no saber cocinar.
Necesidad 3: Eliminar desechos corporales	Sin alteraciones.
Necesidad 4: Moverse y mantener buena postura	Usuario presenta alteración en la movilidad física debido a lesión en pie izquierdo, el cual no puede apoyar por ende es incapaz de mantener buena postura.

Necesidad 5: Dormir y descansar	Usuario refiere dificultad para conciliar el sueño hace un mes, con agravamiento de la situación después de su diagnóstico y los días previos a la cirugía.
Necesidad 6: vestirse y desvestirse.	Usuario refiere dificultad para vestir la parte inferior de su cuerpo.
Necesidad 7: Termorregulación	Sin alteraciones
Necesidad 8: Higiene /piel	Usuario con necesidad de asistencia en aseo debido a dificultad por mantenerse de pie, en cuanto a la integridad de la piel, presenta lesión de gran tamaño en pie izquierdo con proceso infeccioso y necrosis.
Necesidad 9: Evitar los peligros	Usuario con hábitos poco saludables, alfabetización en salud inadecuada, poco apego al tratamiento, desconocimiento de riesgos según sus patologías, manifestación de temor, desesperanza, incertidumbre, expresa sentirse abrumado, y autculpabilización de su situación.
Necesidad 10: Comunicarse	Usuario expresa sentirse solo ya que no cuenta con apoyo familiar ni social, además refiere vivir solo en un lugar de poco acceso,

	<p>por lo que la incertidumbre de que va a hacer después de salir del hospital es el pensamiento que más le preocupa.</p>
<p>Necesidad 11: Actuar según sus creencias y valores</p>	<p>Usuario refiere sentir enojo con Dios, trata de encontrar razones del porqué de su situación, lo que lo hace sentir desesperanza e impotencia.</p>
<p>Necesidad 12: trabajar y realizarse</p>	<p>Usuario refiere temor a no volver a laborar, ya que “con un pie amputado no lo van a querer contratar en ningún trabajo”, refiere temor a que su patrono actual lo despida ya que se encontraba con pocos meses de laborar en esa empresa, y en su trabajo anterior lo despidieron mientras cursaba una incapacidad.</p>
<p>Necesidad 13: Recrearse</p>	<p>Usuario refiere no tener “cabeza” para pensar en eso en este momento.</p>
<p>Necesidad 14: Aprender</p>	<p>Usuario con poco conocimiento sobre el manejo de su salud, sin embargo, refiere querer aprender a cuidarse mejor poder evitar una lesión en su otro pie.</p>

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

4.2. Fase de Diagnóstico

En esta fase se establecerán los principales diagnósticos NANDA, para los cuales se partirá de los hallazgos que se obtuvieron en la fase de valoración, específicamente de las necesidades en las que se encontraron alteraciones, cada uno de los problemas encontrados se etiquetarán según su código y nombre dentro de la taxonomía, con el fin de crear una red de razonamiento lógico en la que se identifique el diagnóstico principal y los secundarios según su prioridad de atención. Esta red debe de asumir al usuario como centro de atención y todos los diagnósticos encontrados deben ir entrelazados al mismo.

Luego de la valoración con el señor GADC, se logró identificar cada una de las necesidades alteradas, con ello se ingresó a la plataforma de NNN Consult, para así identificar y etiquetar los diagnósticos relacionados a cada necesidad y se tabularon en el cuadro 2 de la siguiente manera.

Tabla 2 Etiquetas diagnósticas

Cuadro 2. Etiquetas diagnosticas acorde a cada necesidad, según la valoración basada en las 14 necesidades del Modelo de Virginia Henderson del caso GADC		
Necesidades	Código	Diagnostico
Necesidad 2: Alimentarse e hidratarse adecuadamente.	[00048]	1. Deterioro de la dentición r/c dificultad para el autocuidado oral m/p ausencia de dientes.
	[00179]	

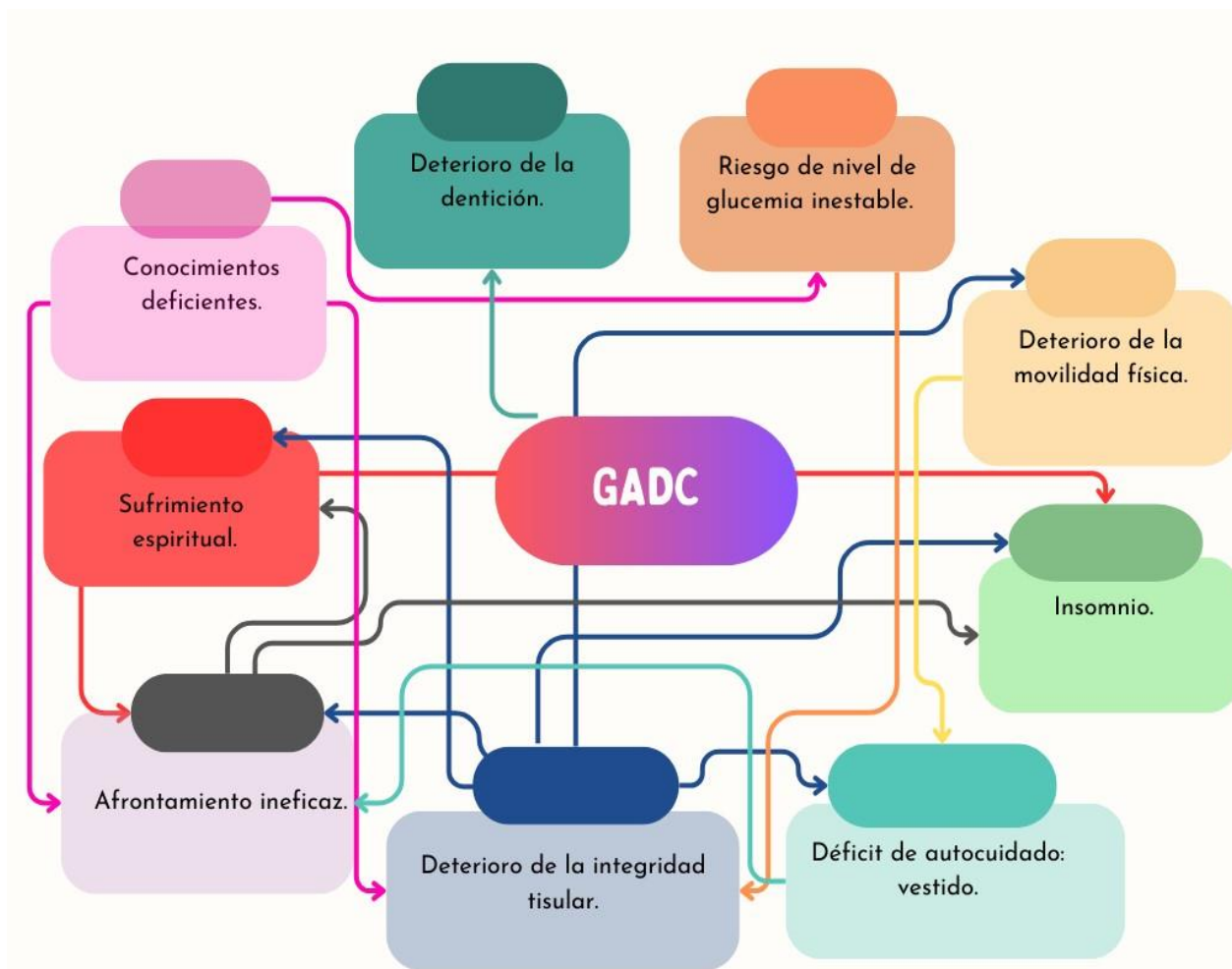
		2. Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c autogestión inadecuada de la diabetes.
Necesidad 4: Moverse y mantener buena postura	[00085]	3. Deterioro de la movilidad física r/c Alteraciones en la integridad de las estructuras óseas m/p Alteración de la marcha.
Necesidad 5: Dormir y descansar	[00095]	4. Insomnio r/c usuario manifiesta temor m/p Ciclo de sueño no reparador
Necesidad 6: vestirse y desvestirse.	[00109]	5. Déficit de autocuidado: vestido r/c Incapacidad musculoesquelética m/p Dificultad para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo.
Necesidad 8: Higiene /piel	[00044]	6. Deterioro de la integridad tisular r/c Disminución de la perfusión tisular m/p Exposición del tejido debajo de la epidermis y deterioro de la integridad cutánea.
Necesidad 10: Comunicarse	[00069]	7. Afrontamiento ineficaz r/c Preparación inadecuada para el factor estresante m/p Capacidad

		deteriorada para afrontar una situación
Necesidad 11: Actuar según sus creencias y valores	[00066]	8. Sufrimiento espiritual c/a Pérdida de una parte del cuerpo m/p Expresa sentirse abandonado por un poder superior y preocupación por el futuro.
Necesidad 14: Aprender	[00126]	9. Conocimientos deficientes r/c Acceso inadecuado a los recursos m/p Declaraciones inexactas sobre un tema.

Fuente: Etiquetas diagnosticas (NANDA), según valoración de enfermería del caso GADC.

4.2.1 Red de razonamiento lógico

Ilustración 1 Red de Razonamiento Lógico



Fuente: Valoración de enfermería caso GADC (cuadro 1)

Según lo encontrado en la fase de valoración y diagnóstico se procedió a realizar la red de razonamiento lógico con el fin de identificar el diagnóstico principal el cual fue el siguiente:

(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c Disminución de la perfusión tisular m/p Exposición del tejido debajo de la epidermis y deterioro de la integridad cutánea.

Además, se logró identificar ocho diagnósticos secundarios de los cuales serán descritos únicamente cuatro según su orden prioritario, aclarando que en el restante de diagnósticos no pueden ser intervenidos los NOC, ni los NIC en la fase preoperatoria:

- [00069] Afrontamiento ineficaz r/c Preparación inadecuada para el factor estresante m/p Capacidad deteriorada para afrontar una situación.
- [00066] Sufrimiento espiritual r/c Pérdida de una parte del cuerpo m/p Expresa sentirse abandonado por un poder superior y preocupación por el futuro.
- [00126] Conocimientos deficientes r/c Acceso inadecuado a los recursos m/p Declaraciones inexactas sobre un tema.
- [00179] Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c autogestión inadecuada de la diabetes.

4.3 Planeación

En la fase de planeación se toman los principales diagnósticos identificados, para elaboración del plan de cuidados, en el cual se describen los resultados NOC y sus indicadores para la evaluación y las intervenciones NIC las cuales son las acciones de cuidado que se aplican al usuario.

4.3.1. Plan de cuidados del Caso G.A.D.

Tabla 3 Plan de cuidados

(código) Etiqueta diagnóstica: (00044) Deterioro de la integridad tisular.		
Características definitorias	<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro de la integridad cutánea. - Exposición de tejido por debajo de la epidermis. 	
Condiciones asociadas.	Disminución de la perfusión tisular.	
Diagnóstico: (00044) Deterioro de la integridad tisular r/c Disminución de la perfusión tisular m/p Exposición del tejido debajo de la epidermis y deterioro de la integridad cutánea.		
Resultados de enfermería NOC		
NOC	Indicador	Escala de medición
[1813] Conocimiento: régimen terapéutico	[181301] Beneficios del tratamiento. [181309] Procedimientos prescritos. [181316] Beneficios del control de la enfermedad.	ESCALA 20 Grado de información cognitiva que se comprende: 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso
Intervenciones de enfermería NIC		
NIC	Actividades	
[5610] Enseñanza: prequirúrgica	- Dar tiempo al usuario para que haga preguntas y comente sus inquietudes.	

<p>[5602] Enseñanza: proceso de enfermedad</p>	<p>ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa. -Facilitar la toma de decisiones en colaboración. -Respetar el derecho del paciente a recibir o no información. -Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios. <ul style="list-style-type: none"> -Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección. -Reconocer el conocimiento del paciente sobre su afección. -Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda. -Identificar cambios en el estado físico del paciente. -Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar los síntomas, según corresponda. - Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones. -Proporcionar un ambiente de aceptación.
--	---

<p>[5270] Apoyo emocional</p>	<ul style="list-style-type: none">- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.- Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.- Evitar las promesas tranquilizadoras vacías.- Comentar las opciones de terapia/tratamiento. -Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. -Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. -Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
-------------------------------	---

(código) Etiqueta diagnóstica: [00066] Sufrimiento espiritual.		
Características definitorias	<ul style="list-style-type: none"> - Expresa preocupación por el futuro. - Expresa sentirse abandonado por un poder superior. 	
Factores relacionados, población en riesgo o condiciones asociadas.	Pérdida de una parte del cuerpo.	
Diagnóstico: [00066] Sufrimiento espiritual r/c Pérdida de una parte del cuerpo m/p Expresa sentirse abandonado por un poder superior y preocupación por el futuro.		
Resultados de enfermería NOC		
NOC	Indicador	Escala de medición
[1215] Conciencia de uno mismo.	<ul style="list-style-type: none"> - [121520] Expresa sentimientos a los demás. - [121527] Se imagina en el futuro. 	ESCALA 13 Frecuencia de aclarar por informe o conducta: 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado
Intervenciones de enfermería NIC		
NIC	Actividades	
[5270] Apoyo emocional.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. - Abrazar o tocar al usuario para proporcionarle apoyo. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. 	

<p>[5240] Asesoramiento.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo.- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.- Permanecer con el usuario y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad. - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.- Demostrar empatía, calidez y sinceridad.- Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda.- Favorecer la expresión de sentimientos.
------------------------------	--

(código) Etiqueta diagnóstica: [00126] Conocimientos deficientes		
Características definatorias	Declaraciones inexactas sobre un tema.	
Factores relacionados, población en riesgo o condiciones asociadas.	Acceso inadecuado a los recursos.	
Diagnóstico: [00126] Conocimientos deficientes r/c Acceso inadecuado a los recursos m/p Declaraciones inexactas sobre un tema.		
Resultados de enfermería NOC		
NOC	Indicador	Escala de medición
[1820] Conocimiento: control de la diabetes	[182023] Prácticas preventivas de cuidados de los pies. [182024] Beneficios de controlar la diabetes.	ESCALA 20 Grado de información cognitiva que se comprende 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso
Intervenciones de enfermería NIC		
NIC	Actividades	
[5602] Enseñanza: proceso de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel actual de conocimientos del usuario relacionado con el proceso de enfermedad específico. - Revisar el conocimiento del usuario sobre su afección. - Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda. 	

<p>[5603] Enseñanza: cuidados de los pies.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda. - Proporcionar información al usuario acerca de la enfermedad, según corresponda. - Evitar las promesas tranquilizadoras vacías. - Dar seguridad sobre el estado del usuario, según corresponda. - Determinar las prácticas actuales de cuidados de los pies. - Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo de lesión. - Determinar la capacidad para llevar a cabo los cuidados de los pies (es decir, agudeza visual, movilidad física y criterio). - Recomendar que se explore diariamente toda la superficie de los pies y entre los dedos buscando la presencia de enrojecimiento, tumefacción, calor, sequedad, maceración, sensibilidad dolorosa y zonas abiertas. - Advertir las posibles causas de lesión en los pies (p. ej., calor, frío, corte de callos, productos químicos, uso de antisépticos y astringentes fuertes, cinta adhesiva y andar descalzo o usar calzado abierto o sandalias). - Reforzar la información proporcionada por otros profesionales sanitarios, según corresponda.
--	--

(código) Etiqueta diagnóstica: [00179] Riesgo de nivel de glucemia inestable.		
Factor de riesgo	Autogestión inadecuada de la diabetes.	
Diagnóstico: [00179] Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c autogestión inadecuada de la diabetes.		
Resultados de enfermería NOC		
NOC	Indicador	Escala de medición
[2300] Nivel de glucemia	[230001] Concentración sanguínea de glucosa	<p>ESCALA 02 Grado de desviación de una norma o estándar establecido:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal
Intervenciones de enfermería NIC		
NIC	Actividades	
[4035] Muestra de sangre capilar	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar la identificación correcta del usuario. - Elegir el lugar de punción. - Utilizar técnicas de punción cutánea asépticas. - Puncionar manualmente la piel con una lanceta o con un mecanismo de 	

	<p>punción aprobado según las indicaciones del fabricante.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eliminar la primera gota de sangre con una gasa seca, según las indicaciones del fabricante o el protocolo del centro. - Recoger la sangre de la manera adecuada para la realización de la prueba (p. ej., dejar que una gota de sangre caiga en la zona del papel de filtro especificada para ello por el fabricante, colocar la sangre en tubos por capilaridad cuando se formen gotas). - Documentar la realización de la extracción de una muestra de sangre capilar.
--	--

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

4.4 Ejecución

En la fase de ejecución se logra transmitir a detalle cada una de las intervenciones ejecutadas en el usuario, con el fin de detallar el abordaje del mismo desde la perspectiva de las investigadoras, teniendo en cuenta la relación de estas intervenciones con el cuidado humanizado propuesto en la teorizante de Jean Watson, donde el principal objetivo de la teorizante es generar un entorno curativo entrelazando factores espirituales, éticos, filosóficos y morales, estudiando los fenómenos y experiencias humanas, para brindar un cuidado no solamente hacia la ciencia, si no desde la conexión que se obtiene de la relación

del profesional de enfermería con el usuario, sincronizando los cuidados con las necesidades esenciales que el usuario transmite en ese momento.

Al establecer el plan de cuidados correspondiente a cada uno de los diagnósticos descritos en la fase anterior, se procedió a llevar a cabo la ejecución de cada una de las intervenciones, en esta etapa se debe mencionar que en algunos de estos diagnósticos no fue posible ejecutar acciones, debido a que el periodo preoperatorio de los usuarios es relativamente corto, por lo que existen una serie de intervenciones que no se pueden ejecutar, así como también indicadores que no es posible evaluarlos en esta etapa. Además, existen algunas etiquetas, que por sus características se convierten en síntomas, como lo es el insomnio, deterioro de la movilidad y déficit de autocuidado, los cuales se incluyeron en el plan de cuidados, sin embargo, no fue posible abordarlos en la fase preoperatoria, quedando planteados para su manejo en la etapa postoperatoria.

El abordaje al usuario GADC, se inició con la presentación de las investigadoras, brindando un ambiente de confianza y seguridad entre el usuario y el personal de enfermería, en esto es importante mencionar que según la teorizante de Jean Watson, es esencial crear un entorno terapéutico, que se basa principalmente en la comunicación que existe entre el usuario y el profesional, para esto fue de vital importancia iniciar este vínculo de confianza, con una actitud positiva, solidaria y empática transmitiendo al usuario que estábamos ahí para él, ya que como investigadoras uno de los elementos base de esta teorizante es la bondad amorosa que debe de existir en el profesional, la cual hay que entenderla como el quehacer diario de nuestra profesión que es inherente a los cuidados básicos mediante un trato empático y compasivo, lo que ayuda a que el usuario exprese sus emociones de forma

genuina, a partir de esto se inicia con preguntas abiertas, fomentando que fuese él quien guiara la conversación, en el caso del usuario GADC se logró esta conexión y este pudo expresar todos sus sentimientos, con esto se debe mencionar que las intervenciones ejecutadas se fueron abarcando según el desarrollo de la conversación y no mediante un proceso lineal, evidenciando la importancia de la individualidad del proceso enfermero, que debe ser adaptada a las necesidades de cada persona.

Luego de esto se le indicó paso a paso lo que se le iba a realizar con respecto a nuestras intervenciones como también lo que se le iba a realizar en el transcurso de ese tiempo, en sala y luego de la cirugía, la valoración de enfermería se ejecutó mientras se estableció una conversación con el mismo. Además, se debe mencionar que se logró coordinar la asignación de un espacio físico individual, donde se le brindó un ambiente íntimo y tranquilo en el transcurso del periodo del preoperatorio, lo que fomentó que el usuario se sintiera seguro, y concentrado en el proceso.

Dentro de la conversación se inicia un período de educación al usuario sobre diferentes temas: educación sobre el manejo de la glicemia y la importancia de mantener un régimen terapéutico adecuado, se le educó sobre el cuidado de la piel, sobre la importancia de la vigilancia de la piel, además se aprovechó para instruir en cómo evitar lesiones, caídas y la importancia del tipo de calzado que utilice en el pie sano, se educó también sobre salud oral, alimentación y sobre la existencia de grupos de apoyo y de cómo todo esto está ligado a una mejor calidad de vida. Seguidamente se le educó sobre todo el proceso del perioperatorio, que iba a suceder dentro de la sala, quienes iban a estar ahí, la función de cada miembro del equipo quirúrgico, la importancia de la cirugía para su salud, y lo que iba

a suceder después de la cirugía. Con estos temas educativos se logró abordar los diagnósticos de afrontamiento ineficaz, conocimientos deficientes y riesgo de nivel de glucemia inestable, cuyos NIC están relacionados con la educación al usuario.

Se debe hacer hincapié en la relevancia que toman los 10 factores carativos de Watson ya que todo el proceso con el usuario estuvo basado en lograr de forma genuina cultivar esta relación que nos permitiera interactuar y de ahí poder fortalecer los valores, respetando la sensibilidad del usuario, dentro de esta escucha activa se logró fomentar la fe y la esperanza dando respuesta oportuna a cada una de las preguntas, brindando gestos de apoyo y comprensión, en los momentos donde la conversación se tornó más afectiva se brindó contacto terapéutico, estrechando las manos y tocando su hombro, haciéndole saber que estábamos ahí, además se le anima a que exprese sus sentimientos, se realizan afirmaciones empáticas, se hacen intervenciones dentro de la conversación para aclarar algunos temas y que el usuario pueda tomar decisiones sobre su futuro y su salud, se promueve el aprendizaje del usuario mediante la enseñanza de diferentes temas relacionados con las necesidades actuales y futuras según el procedimiento que será sometido, todo esto mediante un ambiente de apoyo, protección y empatía.

Considerando el proceso caritas de nuestra teorizante, el factor relacionado al entorno de cuidado y curación toma relevancia en todo este proceso, ya que se identificó presencia de incertidumbre, preocupación y angustia por parte del usuario ante la necesidad de saber sobre su condición de salud. Y es aquí donde el profesional de enfermería juega un papel fundamental y lo que lo diferencia de otras ramas de la salud, ejecutando la función de cuidador con una verdadera presencia, entrevista veraz con el usuario, empatía y solidaridad.

Según la autora y enfermera Florence Nightingale, reconoce la importancia de un entorno relacionado con aspectos de aseo, presencia de iluminación y la ventilación. A esto, se atañe la importancia de la presencia de personal capacitado en competencias para abordar tanto las necesidades médicas como sus emociones, formando parte al profesional de salud de ese entorno, brindando cuidados de forma permanente y educación durante su proceso. Se presenció aspectos biomédicos, como su inestabilidad glucémica en el preoperatorio, presentando índices glucémicos alterados en el transcurso de la mañana; por tal motivo se procede a la toma de su índice glucémico, para valorar su condición de salud a pesar de no presentar signos ni síntomas que relataran una alteración en ese momento, sin embargo, para una correcta valoración preoperatoria y la tranquilidad del usuario se procede a tomar la glucemia por micrométodo, dando como resultado un estado glucémico estable, se le explica al usuario y este se tranquiliza, esta simple acción ayudó a fortalecer ese vínculo entre ambas partes.

Se le dedica tiempo de calidad al usuario, se establece escucha activa, ya que el señor GADC expresa negación ante el diagnóstico quirúrgico de la amputación infracondílea, se le brinda información objetiva sobre su lesión, y en todo momento se evitó dar promesas vacías a su diagnóstico, siempre se le habló con empatía y solidaridad respecto a su lesión e inclusive nos comprometimos a descubrir el vendaje, estar en su cirugía y conversar con el cirujano respecto de su procedimiento quirúrgico. Al final el cirujano escuchó y educó al usuario haciéndole saber que el diagnóstico y tratamiento planteado era definitivo, para evitar mayores complicaciones a futuro, se le brinda tiempo al usuario con todo el equipo quirúrgico, para que evacúe sus dudas, y que analice su situación, aceptando la misma, con lágrimas en su rostro, se inicia el proceso transoperatorio, en el cual se le brindó compañía

y apoyo hasta la inducción anestésica, finalizando nuestra compañía en su proceso de recuperación.

4.5 Evaluación

La fase de evaluación inicia desde antes de la ejecución del plan de cuidados, ya que se debe realizar la evaluación inicial de los indicadores de cada NOC, con ello evaluar el estado inicial del usuario antes de realizar las intervenciones, esta evaluación se realizó dándole un valor en la escala likert correspondiente a cada indicador, además de estableció el valor diana que se desea lograr después de las intervenciones.

Posterior a la fase de ejecución de las intervenciones propuestas por el plan de cuidados, se inició la etapa de evaluación final, en donde los indicadores NOC, nos permiten evaluar el estado final del usuario, y de esta manera evaluar si se alcanzaron los valores Diana que se establecieron en la evaluación inicial, o si tuvieron algún cambio positivo luego de las intervenciones de enfermería.

Tabla 4 Evaluación del cumplimiento de objetivos

Evaluación del cumplimiento objetivos				
NOC: [1813] Conocimiento: régimen terapéutico				
Indicadores	Puntuación antes de la intervención	Puntuación Diana	Puntuación después de la intervención	Puntaje aumentado
[181301] Beneficios del tratamiento.	2 puntos conocimiento escaso	4 puntos conocimiento sustancial	4 puntos conocimiento sustancial	2 puntos
[181309] Procedimientos prescritos.	2 puntos Conocimiento escaso	5 puntos Conocimiento extenso	4 puntos Conocimiento Sustancial	2 puntos
[181316] Beneficios del control de la enfermedad.	2 puntos Conocimiento escaso	4 puntos Conocimiento Sustancial	3 puntos Conocimiento Moderado	1 punto
NOC: [1300] Aceptación: estado de salud/ [1302] Afrontamiento de problemas				
[130010] Afrontamiento de la situación de salud	1 Nunca demostrado	3 A veces demostrado	4 Frecuentemente demostrado	3 puntos
[130011] Toma de decisiones relacionadas con la salud	2 Raramente demostrado	4 Frecuentemente demostrado	5 Siempre demostrado	3 puntos

[130205] Verbaliza aceptación de la situación	1 Nunca demostrado	5 Siempre demostrado	5 Siempre demostrado	4 puntos
[130223] Obtiene ayuda de un profesional sanitario	2 Raramente demostrado	5 Siempre demostrado	5 Siempre demostrado	3 Puntos
NOC: [1215] Conciencia de uno mismo.				
- [121520] Expresa sentimientos a los demás.	1 punto Nunca demostrado	4 puntos Frecuentemente demostrado	5 puntos Siempre demostrado	4 puntos
[121527] Se imagina en el futuro.	1 punto Nunca demostrado	4 puntos Frecuentemente demostrado	2 puntos Raramente demostrado	1 punto
NOC: [1820] Conocimiento: control de la diabetes				
[182023] Prácticas preventivas de cuidados de los pies.	1 punto Ningún conocimiento	4 puntos Conocimiento sustancial	3 puntos Conocimiento moderado	2 puntos

[182024]	2 puntos	4 puntos	4 puntos	2 puntos
Beneficios de controlar la diabetes.	Conocimiento escaso	Conocimiento sustancial	Conocimiento sustancial	
NOC: [2300] Nivel de glucemia				
[230001]	5 puntos	5 puntos	5 puntos	0 puntos
Concentración sanguínea de glucosa	Sin desviación del rango normal	Sin desviación del rango normal	Sin desviación del rango normal	

Fuente: Evaluación del usuario caso GADC.

Como se puede evidenciar en el cuadro anterior, se ve reflejado las variantes para los diferentes indicadores según el PE ejecutado para cada uno de los NOC, mostrando una mejoría en la mayor parte de los indicadores con respecto a la puntuación inicial de los mismos, en los cuales no siempre se logró el valor diana propuesto, sin embargo se logran trabajar las necesidades identificadas en el usuario, abordando de manera eficaz el cuidado humanizado en el preoperatorio, en el que se debe mencionar que la actitud percibida del usuario después de la intervención a pesar de su situación presentó una evidente mejoría, lo que ayudó al usuario a enfrentar su situación, todo esto íntimamente ligado al vínculo transpersonal que se logró establecer entre enfermera/usuario.

Dentro de la etapa de evaluación fue de interés conocer la percepción de la humanización de los cuidados brindados al usuario GADC, para esto se utilizó el instrumento “percepción del cuidado humanizado” el cual fue elaborado desde los principios de la teorizante de Jean Watson, en donde los autores mencionan que dicho instrumento se evaluará mediante 36 ítems clasificados por siete dimensiones; cada ítem se puntuará

mediante una escala Likert con 5 puntos, en el que nunca es igual a 1, a veces es igual a 2, regularmente es igual a 3, casi siempre es igual a 4 y siempre es igual a 5. La sumatoria de estos puntos en la escala global tendrá un puntaje mínimo de 36 puntos y un máximo de 180, dicho esto, se tienen los siguientes parámetros, cuidado no humanizado de 36 a 136 puntos, cuidado humanizado deficiente de 137 a 151 puntos, cuidado humanizado aceptable de 152 a 161 puntos y cuidado humanizado óptimo de 162 a 180 puntos.

Además, este instrumento permite la evaluación de cada una de las 7 dimensiones, cada dimensión está conformada por una secuencia de preguntas, las cuales se describen en el anexo 5, donde también se puede observar la clasificación por puntaje.

Gráfico 1 Percepción del cuidado humanizado



Fuente: Aplicación del instrumento percepción del cuidado humanizado.

Acorde a la percepción del usuario GADC, el 97% del cuidado se percibió humanizado.

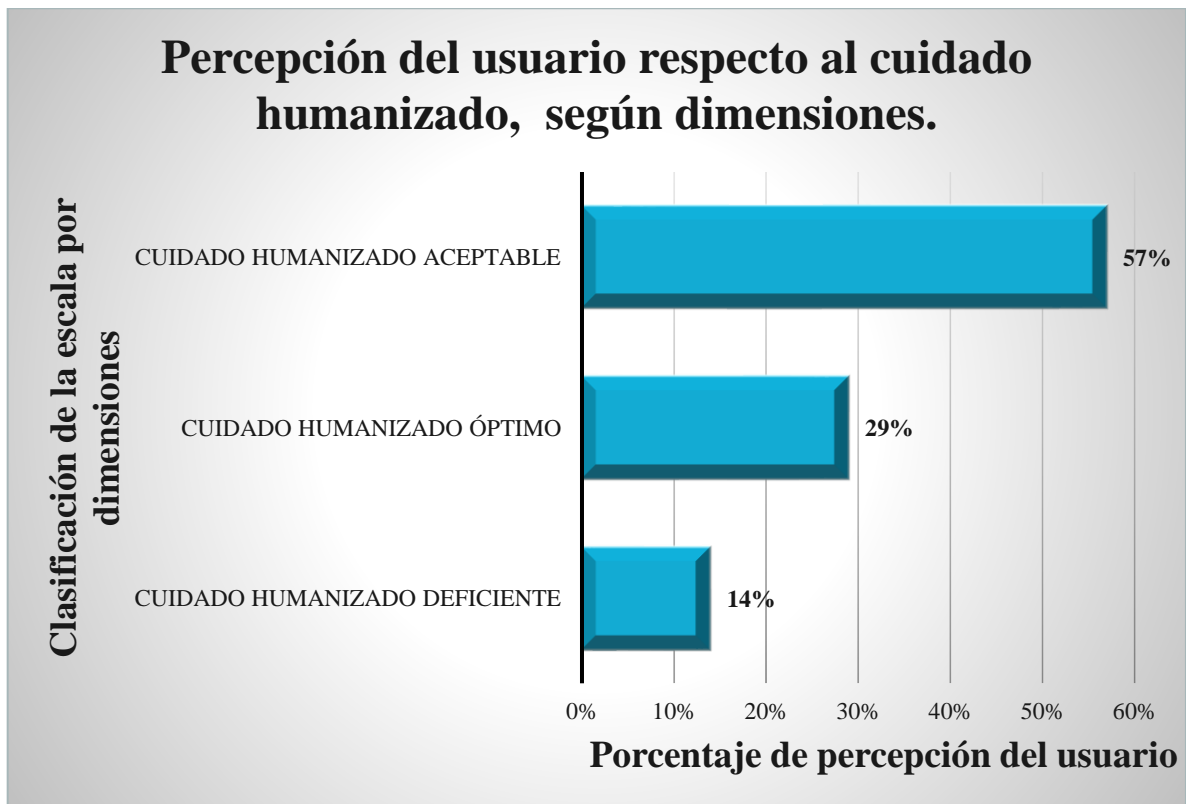
Tabla 5 Percepción del cuidado humanizado

Percepción del cuidado humanizado por dimensiones		
Dimensiones	Puntaje	Clasificación de la escala
Vivencia de la enfermedad	39	Óptimo
Procedimiento y cuidado	36	Aceptable
Relación Profesional de enfermería/usuario	35	Aceptable
Enseñanza y aprendizaje	19	Aceptable
Expresión de sentimientos	19	Aceptable
Espiritualidad	10	Óptimo
Diferenciación del cuidado	8	Deficiente
Total	166	Óptimo (162 a 180)

Fuente: Aplicación del instrumento percepción del cuidado humanizado.

La tabla anterior hace referencia a los resultados obtenidos según la percepción del cuidado humanizado por dimensión, en el cual se evidencia que en la mayoría de las dimensiones el cuidado se percibió humanizado. Además, según la sumatoria de los puntajes obtenidos, se puede considerar que el cuidado humanizado, fue percibido como óptimo, al obtener un total de 166 puntos.

Gráfico 2 Percepción de la humanización por dimensiones



Fuente: Aplicación del instrumento percepción del cuidado humanizado.

Se puede identificar que el 86% de las dimensiones estuvieron clasificadas dentro de un rango aceptable y óptimo, lo que evidencia la aplicación de los principios de la teorizante de cuidado humanizado de Jean Watson y sus métodos para lograr establecer este cuidado transpersonal que cada usuario merece.

Capítulo V: Discusión

5. Discusión

En enfermería el método de intervención se denomina proceso de enfermería, siendo este el método científico que guía la práctica; sustentado de teorías y modelos, llevando a la profesión a adquirir juicio y a analizar en la práctica clínica los fenómenos presentados por los usuarios, ya que las personas son únicas e irrepetibles. En este sentido, desde la década de los 70, se ha venido desarrollando un lenguaje estandarizado que permite analizar la individualidad del cuidado en las personas; surgiendo de esta forma las taxonomías NANDA, NIC, NOC, facilitando el establecimiento de diagnósticos precisos para un abordaje holístico e integral, brindando así intervenciones de enfermería oportunas que contribuyen incluso en áreas tan específicas como la quirúrgica.

La intervención de enfermería prequirúrgica es de suma importancia ya que aumenta la información y formación del usuario, la satisfacción y la calidad asistencial, facilita el manejo del dolor postoperatorio, y mejora la percepción del bienestar. Además, se ha demostrado que este tipo de intervención, con una adecuada comunicación disminuye y controla la ansiedad.⁵⁴⁻⁵⁶

El profesional debe de desarrollar el abordaje del mismo, según las 5 etapas del proceso enfermero, siendo este secuencial e interrelacionados, ayudando a no omitir información relevante para todo el proceso. Se inicia con la etapa de valoración, que permite al personal un espacio de involucramiento y de relación terapéutica, en el que se puede obtener información de relevancia, convirtiéndose en un espacio para el acercamiento inicial, que permite comprender, humanizar, escuchar, e involucrarse con el usuario desde una óptica transpersonal, siendo el pilar que guiará las siguientes etapas. Siguiendo esta línea

metodológica, la actuación del profesional impactará tanto en la experiencia del usuario como en el personal de salud involucrado, dándole un sentido único a la búsqueda de bienestar, para reconocer las necesidades, ampliando el cuidado desde la ciencia, dejando de lado la infravaloración en la atención que ha perdurado por años; siendo el paradigma de la transformación el punto clave del quehacer, fortaleciendo cada etapa del proceso.

Desde una valoración consciente, donde se ha logrado una conexión, el profesional identifica las necesidades específicas del usuario, obteniendo diagnósticos que van más allá de las propias de una patología, lo que establece una diferenciación, planificando cuidados integrales, que permiten mejorar la condición del usuario, cumpliendo objetivos que abordan las necesidades reales y evalúan el avance del estado de salud, satisfaciendo al mismo en su rehabilitación o recuperación.

La disciplina se fortalece en el momento que el proceso es guiado por una teorizante, esto para no perder la orientación en la forma que se abordarán las necesidades encontradas, y así adquirir un conocimiento propio derivado de los resultados, mediante el análisis, la crítica y la evaluación, que lleva a mejorar y a asegurar la gestión del cuidado, lo que se aleja de un modelo biomédico – mecanicista.⁵⁷

Este reporte de caso fue fundamentado en la teorizante de Jean Watson, la cual nos enseña y nos muestra la importancia del cuidado transpersonal, guiado por la búsqueda del todo en el ser humano y no a un simple fenómeno biológico; lo que difiere de la realidad actual en algunos centros de salud, ya que existen servicios con sistemas de atención mecanizada, culpabilizado por la saturación de trabajo, o, por otro lado, la salud visualizada como mercancía.⁵⁸⁻⁵⁹ Esto genera un reto para el profesional, el cual tiene un deber ético y

moral de cumplir con la investidura, brindando un cuidado integral y ejerciendo el derecho a la salud, para ello, se debe orientar el proceso con teorizantes, las cuales permiten visualizar el conocimiento científico y darle sentido a la atención de los usuarios, mediante la unificación del cuidado. Por eso mismo, se elige la teorizante mencionada, que insta a no perder esa humanización, al tratar a los usuarios que se encuentran en un momento de vulnerabilidad y proceso desconocido.

Al aplicar los principios de la teorizante de Jean Watson, se logró identificar mediante el instrumento “Percepción del cuidado humanizado”, que el usuario GADC, percibió el cuidado brindado por las investigadoras en un 97%, como cuidado humanizado, se logró además identificar el porcentaje obtenido en siete dimensiones que tuvieron como resultado una percepción en donde el 86% estuvieron clasificadas dentro de un rango aceptable y óptimo del cuidado humanizado, cabe mencionar la importancia de esta teorizante, la cual permitió que se estableciera esa conexión necesaria para la expresión de sentimientos del usuario, permitiendo el intercambio de información, mediante una comunicación sincera, abierta, real, aplicando la escucha activa, acogiendo al usuario en un ambiente de confianza, empatía y ayuda mutua.

Sin embargo, estos resultados difieren a otros estudios, en donde los conocimientos y actitudes sobre el cuidado humanizado de los profesionales de enfermería, mencionan que el 60% de los profesionales de enfermería tuvieron una actitud negativa. Esto refleja que el cuidado humanizado difiere entre cada profesional y cada institución; Se debe fortalecer una constante actualización de conocimientos en donde implique la importancia de las teorizantes en el quehacer diario de la enfermería y así promover el buen trato a los usuarios por medio

de técnicas de humanización del cuidado, un dato relevante de este estudio es que la mayoría de enfermeros entrevistados mostraban una insatisfacción en sus condiciones laborales, como exceso de carga laboral y poca remuneración, lo que puede estar ligado a estos resultados.⁶⁰

En este reporte de caso, las intervenciones de enfermería están basadas en la comunicación, la cual está íntimamente ligada al cuidado humanizado, entre las intervenciones de enfermería que más surgieron efectos positivos, estuvo la escucha activa, el apoyo mediante interacción física, la educación respecto a su cirugía, su condición de salud, estrategias para favorecer la expresión de sentimientos, evitar promesas vacías, favorecer la toma de decisiones y servir de vínculo entre el usuario y otros profesionales, dejando en evidencia la importancia que tiene la comunicación en este proceso, como lo mencionan otros estudios, donde es un instrumento unificador, valioso en la práctica humanizada, mejorando las relaciones transpersonales.⁵¹

Lo anterior fortalece los resultados de este estudio, logrando un proceso de enfermería guiado por los principios de la teoría de Jean Watson, donde la prioridad fue un trato humanizado en el periodo prequirúrgico, centrado en una comunicación asertiva, brindando herramientas necesarias para afrontar su condición de salud.

5.2 Limitaciones

De acuerdo con el desarrollo de este reporte de caso, se pudo identificar la falta de tiempo, el cual es posible justificar mediante la recarga laboral, ya que al menos en la institución donde se realizó este reporte, el número diario de cirugías es de aproximadamente 60 procedimientos, lo cual limita la interacción con los usuarios en el periodo preoperatorio.

Otra limitante que se identificó fue el espacio físico, el cual no permite un abordaje individualizado, un ambiente tranquilo o un espacio personal, lo que dificulta la interacción enfermera/ usuario ya que no permite que el usuario sienta confidencialidad en su abordaje.

Además, se evidencia un déficit en la educación preoperatoria que reciben los usuarios, ya que no existe un profesional de enfermería perioperatoria que eduque a los usuarios antes de su cirugía, siendo esto una oportunidad para el profesional de enfermería quirúrgica para proponer un programa de visita preoperatoria en donde se eduque a los usuarios desde sus necesidades individuales.

Capítulo VI: Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

- ✓ Se desarrolló un proceso de enfermería en un usuario programado para amputación de una extremidad, en la etapa preoperatoria, donde se concluye de manera satisfactoria la identificación de cada una de las necesidades del usuario GADC, lo que facilitó el desarrollo de las cinco etapas del proceso, con el cual se le brindó al usuario un plan individualizado y humanizado, ejecutando acciones de enfermería oportunas que dieron como resultado una evolución positiva en la etapa preoperatoria del usuario.
- ✓ Se identificó cada una de las necesidades de cuidado, mediante los 14 patrones de Virginia Henderson, la cual fue una herramienta eficaz para desarrollar una valoración de enfermería detallada, precisa e individualizada del usuario, con esto poder brindar un panorama inicial con respecto a la salud y entorno del usuario y lograr el desarrollo de la siguiente etapa del PE.
- ✓ Se logró identificar los diagnósticos de enfermería, NANDA, priorizando estos mediante una red de razonamiento lógico, que permitió el desarrollo de un plan realista, para la etapa preoperatoria del usuario, por lo que se concluye la necesidad e importancia del manejo de la herramienta NNNConsult, la que permite unificar mediante un lenguaje estandarizado y científico a la profesión de enfermería.
- ✓ Se identificaron los principales resultados NOC, donde se concluye que después de ejecutar las intervenciones propuestas en el plan de cuidados, se visualizó una notable mejoría en el proceso de salud- enfermedad del usuario, en la etapa prequirúrgica,

evidenciado por el aumento del puntaje en el cumplimiento de los objetivos, según los indicadores NOC.

- ✓ Se identificaron las principales intervenciones NIC, concluyendo que dichas acciones son las que permiten establecer un vínculo dirigido al cuidado transpersonal, guiando el proceso enfermero a brindar atención individualizada, según las necesidades identificadas, con esto mejorar la calidad de vida del usuario, cumpliendo los objetivos propuestos.
- ✓ Se logró aplicar el instrumento de cuidado humanizado de Jean Watson, donde en un 97% se percibió como humanizado, esto evidencia un resultado positivo, en la aplicación del proceso caritas, y refuerza la importancia de guiar el proceso enfermero desde los principios de la teorizante, concluyendo con acciones que van más allá de la patología, proporcionando ese cuidado transpersonal que el usuario requiere mediante la empatía del profesional y del que existe evidencia de un gran vacío tanto a nivel nacional como internacional.
- ✓ Para finalizar se concluye que existe una limitante en el actuar del profesional en la etapa prequirúrgica, debido a factores como tiempo, espacio, saturación del servicio de cirugía, la cual genera un reto en la aplicación del proceso enfermero, sin embargo, se demostró que la aplicación del proceso en esta etapa es fundamental para orientar, educar, brindar apoyo emocional y acompañamiento, mejorando así los resultados con respecto a la evolución del usuario y por ende en su recuperación.

6.2 Recomendaciones

6.2.1 A los profesionales de salud:

A pesar de que el paradigma de la transformación está en curso, aún en la actualidad vivimos en una sociedad automatizada, donde muchas acciones demuestran la deshumanización, que dirige la mirada a un campo biomédico y se deja de lado la integralidad del cuidado. Es importante entender que el percibir y el actuar del profesional de enfermería marca la diferencia, abriendo un marco de aprendizaje y entendimiento, esto mediante el análisis del contexto que engloba al ser humano, como ser único e irrepetible. Por ende, es importante seguir trabajando sobre paradigmas y teorizantes, para guiar y fortalecer la investidura del profesional de enfermería, desarrollando capacidad analítica, llevándolo a la práctica a través del proceso enfermero, siendo el método científico taxonómico y estandarizado para el plan integral de cada uno de los usuarios. No olvidando que lo importante en todo el proceso es el usuario, su entorno y sus necesidades tanto físicas como psicológicas, implementando acciones para optimizar los cuidados, acercándonos continuamente al centro epistemológico, donde centralizamos al usuario, siempre dirigiendo un actuar humanizado.

6.2.2 A los centros de salud con servicio quirúrgico:

Considerando que el tiempo preanestésico es limitado, vale la pena destacar la importancia de un programa estratégico, relacionado a una visita prequirúrgica, donde se le brinde educación al usuario y sea abordado mediante el proceso enfermero, con el fin de mejorar la atención del usuario prequirúrgico, abordando temas educativos y sus necesidades tanto físicas, psicosociales y espirituales; la idea de incorporar un programa de esta índole es

orientar al usuario, lo que ayudará a fortalecer el vínculo y la confianza que se unificará mediante una adecuada comunicación entre el personal/usuario.

Crear protocolos de cuidado humanizado, para el bienestar de los usuarios, sin dejar de lado la importancia que tiene la salud laboral del personal de salud, para brindar estos cuidados, tomando en cuenta la salud mental, física y emocional de los trabajadores. Además de esto, valorar la carga laboral y el impacto que esta tiene en el cuidado humanizado percibido por los usuarios.

Fomentar programas especiales para los usuarios con diagnóstico quirúrgico de amputación, los cuales antes de su cirugía registran altos niveles de angustia, falta de información y un proceso de duelo que debe ser apoyado por un equipo multidisciplinario capacitados en la humanización de los cuidados.

Elaborar talleres de cuidado humanizado, en los cuales los trabajadores deban participar de manera obligatoria.

6.2.3 A la educación superior costarricense, formadores de profesionales de la salud:

Es importante reforzar los programas universitarios, para que insten a los profesionales de enfermería a trabajar bajo una misma percepción, con una formación humanizada y habilidades blandas, para brindar apoyo a quienes lo requieran, y no ser esa profesión visibilizada como técnica y mecanicista, desvalorizada desde múltiples factores sociales, culturales o religiosos, demostrando ser verdaderos líderes en la disciplina, la investigación y el conocimiento, siendo autónomos y reflexivos.

6.2.4 Al Colegio de enfermeras y enfermeros de Costa Rica:

Se recomienda la importancia de seguir incentivando mediante, cursos y talleres sobre la aplicación del lenguaje estandarizado la taxonomía NANDA NIC/NOC, a la población de profesionales de enfermería, para fomentar un cuidado con bases científicas, incrementando la investigación y su respectivo análisis; fortaleciendo la seguridad del usuario en un entorno global, donde se requiera atención de un profesional de enfermería.

Capítulo VII: Bibliografía

7. Bibliografía

1. Ribeiro Ramos DK, Karine da Costa Mesquita S, Barbosa Galvão MC, Enders Cruz B. Paradigmas da saúde e a (dês)valorização do cuidado em enfermagem. Enfermagem em Foco [Internet]. 2014 Feb [cited 2022 Jun 18];4(1):41–4. Available from: <https://search-ebscohost-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=94786978&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
2. Triviño Vargas Z. ENFERMERÍA COMO CIENCIA DISCIPLINA-PROFESIÓN Y PRÁCTICA. [cited 2022 Sep 14]; Available from: <https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/download/239/283/4919?inline=1>
3. López-Parra M, Santos-Ruiz S, Varez-Peláez S, Abril-Sabater D, Rocabert-Luque M, Ruiz-Muñoz M, et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. Enfermería Clínica [Internet]. 2006 jul 1 [cited 2022 Jun 17];16(4):218–21. Available from: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S1130862106712177>
4. San Martín Rodríguez L. Una reflexión en torno a las “ciencias de la enfermería.” Enferm Clin [Internet]. 2008 [cited 2022 Sep 14];18(5):262–70. Available from: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S1130862108723854>
5. Castro M, Simian D. LA ENFERMERÍA Y LA INVESTIGACIÓN. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2018 May 1 [cited 2022 Sep 15];29(3):301–10. Available from: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S0716864018300531>

6. González-Castillo MG, Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2022 Sep. 14];13(2):124–9. Available from: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S1665706316000270>
7. Barranco Martos A. Tutorial de enfermería. Tomo I [En Línea]. Madrid: Editorial CEP, S.L. 2013 [consultado 16 Sep. 2022]. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/sibdi/50564?page=557>
8. Rodríguez-Jiménez S, Cárdenas-Jiménez M, Pacheco-Arce AL, Ramírez-Pérez M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2022 Sep 15];11(4):145–53. Available from: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S1665706314709273>
9. Jofré Salinas J.C. Rehabilitación integral de amputados: una visión global [En Línea]. Santiago de Chile: RIL editores, 2018 [consultado 17 Sep 2022]. Disponible en: <https://elibro-net.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/es/ereader/sibdi/105475?page=24>
10. Espinoza MJ, García SD. Niveles de amputación en extremidades inferiores: repercusión en el futuro del paciente. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2014 Mar 1 [cited 2022 Sep 15];25(2):276–80. Available from: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S0716864014700380>
11. Ambriz Espinosa, J. (2021). “Manual de Cuidados para Pacientes con Diagnóstico de Ansiedad Situacional, Programados para Amputación de Algún Miembro Pélvico o Torácico.” <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7459/TesisE.FEN.2021%20Manual.Ambriz.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

12. Carvajal, E. Y., & Sánchez Herrera, B. (2018). Los modelos de enfermería aplicados en la práctica clínica: revisión integrativa. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 18(1), 86–96. <https://doi.org/10.30554/archmed.18.1.1701.2018>
13. Orozco Alvarado, J. C., & Díaz Pérez, A. A. (2018). ¿Cómo redactar los antecedentes de una investigación cualitativa? *Revista Electrónica de Conocimientos, Saberes y Prácticas*, 1(2), 66–82. <https://doi.org/10.30698/recsp.v1i2.13>
14. Martín Sandonis, S. (2014). Plan de Cuidados Estandarizado en Pacientes con Amputación Traumática de Miembro Inferior. <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/13001/TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Rodeiro, M. (2018). Guía de Atención de Pacientes amputados. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/inareps-guia-atencion-pacientes_amputados.pdf
16. Tabuena Prat, N., & Viscasillas Salas, L. (2020, August 10). Caso clínico. proceso enfermero en amputación traumática. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-proceso-enfermero-en-amputacion-traumatica/>
17. Severo Reyes, C. (2018). CUIDADO DE ENFERMERÍA COMO PROCESO TRANSPERSONAL EN LA COMPLETITUD E INCOMPLETITUD DEL ADULTO MAYOR AMPUTADO. <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/17728/Severo%20Reyes%2c%20Cristina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Rodríguez GJ, Córdoba-Doña JA, Escolar-Pujolar A, Aguilar-Diosdado M, Goicolea I. Familia, economía y servicios sanitarios: claves de los cuidados en pacientes con diabetes y amputación de miembros inferiores. Estudio cualitativo en Andalucía. *Aten Primaria*

- [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2022 Oct 15];50(10):611–20. Available from: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S0212656717302135>
19. Inca M. Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería de centro quirúrgico de la Clínica Internacional Sede San Borja 2017 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017
 20. Sánchez S., Rivera A. Percepción del paciente quirúrgico sobre el cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería en sala de operaciones, hospital regional de Pucallpa, 2018. Disponible: <http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/4664/statistics>.
 21. Yaguargos J., Romero E. Cuidado humanizado del profesional de enfermería a pacientes intervenidos quirúrgicamente en un hospital gubernamental de Ecuador 2020) Disponible <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/153>.
 22. Rojas Ugalde MJ. Diseño de un socket transtibial que permita generar ajuste [Internet] [TCR | PG]. [Costa Rica]: Tecnológico de Costa Rica; 2017 [cited 2022 Oct 15]. Available from: [file:///C:/Users/patri/Downloads/dise%C3%B1o_socket_transtibial_permita_generar%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/patri/Downloads/dise%C3%B1o_socket_transtibial_permita_generar%20(1).pdf)
 23. Rojas Ugalde MJ. Diseño de un socket transtibial que permita generar ajuste [Internet] [TCR | PG]. [Costa Rica]: Tecnológico de Costa Rica; 2017 [cited 2022 Oct 15]. Available from: [file:///C:/Users/patri/Downloads/dise%C3%B1o_socket_transtibial_permita_generar%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/patri/Downloads/dise%C3%B1o_socket_transtibial_permita_generar%20(1).pdf)

24. Rodríguez Hamilton Y, Santamaría Vargas V. Vivencias de adaptación de las personas sometidas a una cirugía de amputación [Internet]. [Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 2022 [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/87121/Versi%c3%b3n%204.2.%20docx.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Curcó Hernández RA. MANEJO DEL DOLOR PERIOPERATORIO EN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS SOMETIDOS A CIRUGÍA DE AMPUTACIÓN Y SALVAMENTO ÓSEO [Internet]. [Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 2021 [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/84273/MANEJO%20DEL%20DOLOR%20PERIOPERATORIO%20EN%20LOS%20PACIENTES%20PEDI%c3%81TRICOS%20SOMETIDOS%20A%20CIRUG%c3%8dA%20DE%20AMPUTACI%c3%93N%20Y%20SALVAMENTO%20%c3%93SEO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. González Ortiz AL. Factores psicosociales que intervienen en el proceso de adaptación de pacientes con amputación de un miembro [Internet]. [Guatemala]: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2014 [cited 2022 Oct 14]. Available from: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/9394/1/T13%20%282784%29.pdf>
27. Taylor BC, Poka A. Osteomyoplastic transtibial amputation: Technique and tips. J Orthop Surg Res [Internet]. 2011 Mar 7 [cited 2022 Oct 14];6(1):1–4. Available from: <https://josr-online.biomedcentral.com/articles/10.1186/1749-799X-6-13>
28. Espinoza V MJ, García S D. Niveles de amputación en extremidades inferiores: repercusión en el futuro del paciente. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014

- Mar 1 [cited 2023 Sep 24];25(2):276–80. Available from: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S0716864014700380>
29. Cleveland KB. Major Amputations of the Upper Extremity - ClinicalKey [Internet]. [cited 2023 Sep 25]. Available from: <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/#!/content/book/3-s2.0-B9780323672177000183>
30. C. Ford M. Amputations of the Lower Extremity. In: Campbell's Operative Orthopaedics [Internet]. Fourteenth. Elsevier Inc.; 2021 [cited 2023 Oct 13]. p. 720–32. Available from: <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/#!/content/book/3-s2.0-B978032367217700016X?scrollTo=%23f0010>
31. Siewert JS, Rodrigues DB, Malfussi LBH de, Andrade SR de Erdmann AL. Gestão do cuidado integral em enfermagem: reflexões sob a perspectiva do pensamento complexo. Revista Mineira de Enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2022 Oct 14];21(0):1–5. Available from: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1185>
32. Atención de enfermería y partería [Internet]. [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>
33. Morales Valdivia E, Rubio Contreras A, Ramírez Durán M. Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería - Dialnet [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5417719>
34. Gersch C, Heimgartner N. Enfermería un enfoque práctico y conciso [Internet]. 4. a Edición. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017 [cited 2022 Nov 11]. 1–1391 p. Available from: <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/lib/sibdilibro->

ebooks/reader.action?docID=6359460&query=MODELOS+Y+TEORIAS+DE+ENFERMERIA+&ppg=33

35. Ibáñez-Alfonso LE, Fajardo-Peña MT, Cardozo-Ortiz CE, Roa-Díaz ZM, Ibáñez-Alfonso LE, Fajardo-Peña MT, et al. Planes de cuidados enfermeros de estudiantes de pregrado: comparación de dos modelos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud* [Internet]. 2020 feb 1 [cited 2022 Nov 7];52(1):33–40. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072020000100033&lng=en&nrm=iso&tlng=es
36. Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2022). *Modelos y teorías en enfermería* (Elsevier, Ed.; Decima). https://books.google.co.cr/books?id=nlpGdwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
37. Sitzman K, Watson J. *Caring Science, Mindful Practice: Implementing Watson's Human Caring Theory*. New York: Springer Publishing Company, Incorporated; 2013.
38. Watson J, editor. *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science: Second Edition*. New York: Springer Publishing Company, Incorporated; 2008.
39. Huamán-Guerrero M, Pichardo-Rodríguez R, de La Cruz-Vargas JA, como C. COMO HACER UN REPORTE DE CASO, PRINCIPIOS METODOLÓGICOS. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* [Internet]. 2016 May 20 [cited 2022 Dec 8];16(3). Available from: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/668/635>
40. Romaní Romaní F. *Ciencia e Investigación Médica*. [cited 2022 Dec 8]; Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/717/71720941013.pdf>

41. Gómara AO, Amezcua M, Esparza IH, Rodríguez AA. El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. *Índex de Enfermería* [Internet]. 2014 [cited 2022 Nov 11];23(4):244–9. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
42. Vanegas B. La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería* [Internet]. 2011 Aug 19 [cited 2022 Nov 11];6(6):128–42. Available from: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/1441>
43. Tirado Pedregosa G, Hueso Montoro C. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. *Index de Enfermería* [Internet]. 2011 Jan [cited 2022 Nov 11];20(1–2):111–5. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100023&lng=es&nrm=iso&tlng=es
44. Henríquez García L. Calidad de vida de los pacientes amputados de la extremidad inferior. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* [Internet]. 2009 [cited 2022 Dec 9];267–73. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2009/rmc094f.pdf>
45. Hernández González Osvaldo. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2021 Sep [citado 2024 Jun 01] ; 37(3): . Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252021000300002&lng=e Epub 01-Sep-20

46. González-Castillo MG, Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2022 Jun 17];13(2):124–9. Available from: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S1665706316000270>
47. Mena de la Rosa M, Rodríguez Mota E. Valoración preanestésica. Importancia en el paciente quirúrgico. *Anestesiología* [Internet]. 2014 [cited 2022 Dec 9];193–8. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2014/ju143j.pdf>
48. Kunze S. EVALUACIÓN PREOPERATORIA EN EL SIGLO XXI. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2022 Dec 9];28(5):661–70. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301207>
49. Fuentes H R, Nazar J C. Recomendación clínica: evaluación preoperatoria. *Revista Chilena de Anestesia* [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 9];182–93. Available from: <http://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv48n02.17.pdf>
50. Eugenia Ibáñez-Alfonso L, María; Fajardo-Peña T, Claudia; Cardozo-Ortiz E, Zayne; et al. Planes de cuidados enfermeros de estudiantes de pregrado: comparación de dos modelos Nursing care plans of undergraduate students: Comparison of two models. [cited 2023 Sep 23]; Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v52n1/2145-8464-suis-52-01-33.pdf>
51. Hermosilla Ávila Alicia, Mendoza Llanos Rodolfo, Contreras Contreras Sonia. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. *Index Enferm* [Internet]. 2016 dic [citado 2023 Sep

07]; 25(4): 273-277. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300011&lng=es.

52. La Gaceta. LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA 9234. 2014 Apr [cited 2022 Nov 13];1-45. Available from: <http://emedic.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/2019/01/Ley-reguladora-de-la-investigacion-medica.pdf>
53. Piscocoya-Arbañil JA. Principios éticos en la investigación biomédica Rev Soc Perú Med Interna. 2018;31(4):159-164. [cited 2022 Dec 9]. Available from: <https://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/10/9>
54. García Cuadrado M, Sánchez Alonso S, Olmedo Gómez C, Bravo Cepeda E, Federico Alonso M. Intervención enfermera prequirúrgica para el manejo de la ansiedad. Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, Vol 19, N° 10, 2016 [Internet]. 2016 [cited 2024 Jun 14];19(10):5. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5737248&info=resumen&idioma=EN>
55. Bagés Fortacín Cristina, Lleixà Fortuno María del Mar, Español Puig Cristina, Imbernón Casas Gloria, Munté Prunera Nuria, Vázquez Morillo Dolores. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. Enferm. glob. [Internet]. 2015 Jul [citado 2024 Jun 16] ; 14(39): 29-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300002&lng=es.
56. Cajamarca Chicaiza KM, Salazar Martínez EO, Salazar Martínez CD, Guaman Yupangui LM, Chacha Machay MV. Trato humanizado en pacientes quirúrgicos como estrategia

para disminuir la ansiedad : Humane treatment of surgical patients as a strategy to reduce anxiety. LATAM [Internet]. 28 de febrero de 2023 [citado 3 de junio de 2024];4(1):2261–2272. Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/414> .

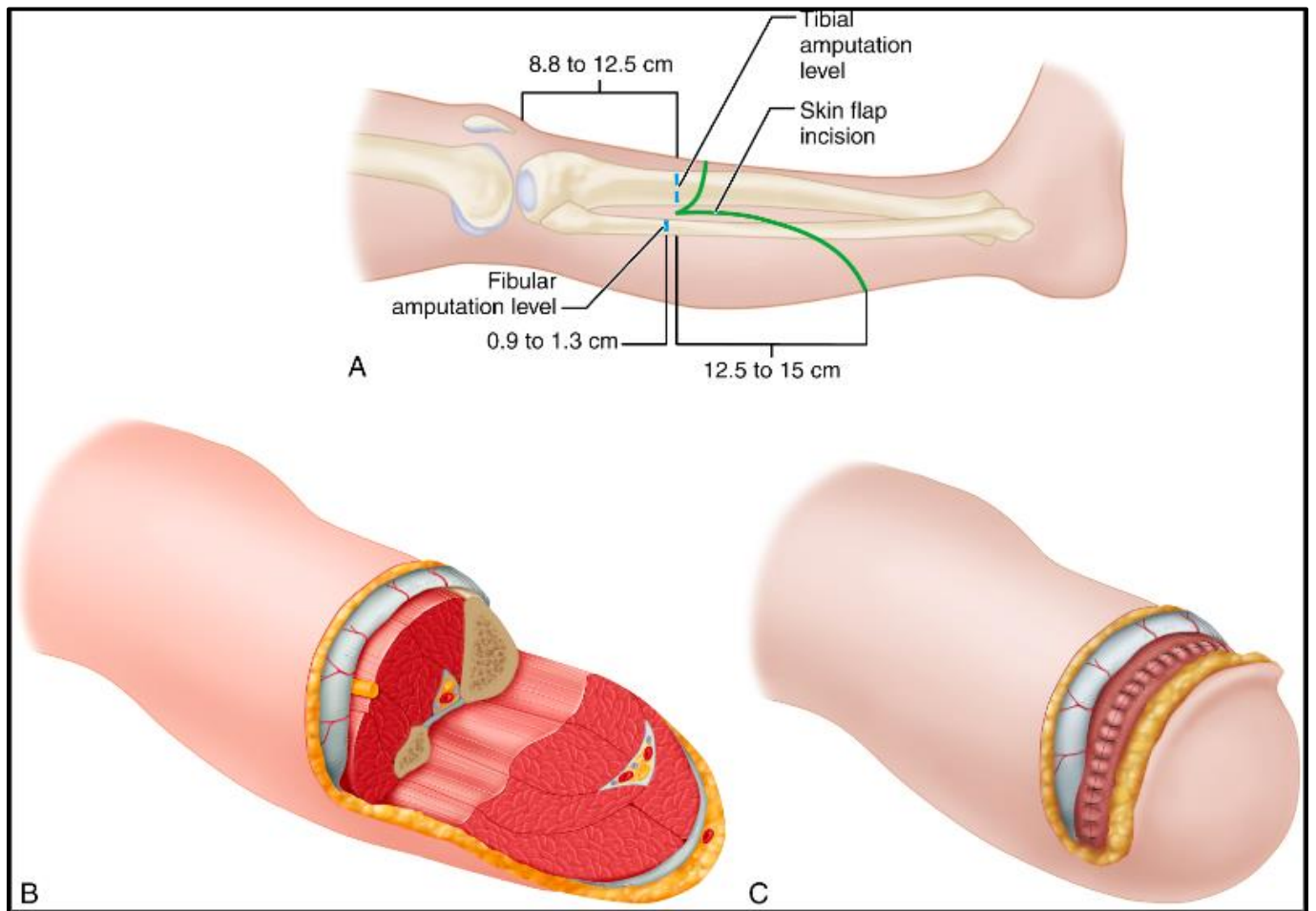
57. Oliveira VGR de, Almeida RR. STUDY OF THE NURSING PROCESS IN THE TECHNICAL NURSING COURSE: CONTRIBUTIONS FOR INTEGRAL FORMATION [Internet]. SciELO Preprints. 2023 [cited 2024 Jun. 3]. Available from: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/5336>
58. Díaz-Rodríguez M, Alcántara Rubio L, Aguilar García D. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. Enferm glob [Internet]. 2020 May 18 [cited 2023 Jun 3]; vol.19. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000200020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
59. Hoffmann Deisi Angélica, Glanzner Cecilia Helena. Factores que interfieren en la salud del trabajador de enfermería del centro quirúrgico. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2019 Dic [citado 2024 Jun 09] ; 35(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192019000400016&lng=es. Epub 01-Dic-2019.
60. Arriaga-García A, Obregón-De M, Torre L. Conocimientos y actitudes sobre el cuidado humanizado en enfermeras de Lima. CASUS: Revista de Investigación y Casos en Salud, ISSN 2519-0652, ISSN-e 2519-9110, Vol 4, N° 2, 2019, págs 102-110 [Internet]. 2019 [cited 2024 Jun 14];4(2):102–10. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7083960&info=resumen&idioma=SPA>

Capítulo VII:

Anexos y cronograma

7.1 Anexos

7.1.1 Anexo 1. Técnica quirúrgica



7.1.2 Anexo 2. Correo institucional de aprobación

Buenas tardes Licda. Sánchez.

Por medio del presente me permito comunicarle que el día de ayer en Sesión Ordinaria del Comité de Bioética 007-2023 se valoró la propuesta de trabajo final de graduación titulado **“Proceso de enfermería aplicado en un usuario con amputación de una extremidad, en la etapa preoperatoria”** propuesto por las estudiantes del grado de maestría Licda. Patricia Sánchez y Lcda. Kimberlyn Masís Cordero, siendo que desde las competencias del Comité de Bioética no se observaron inconvenientes a dicho trabajo, por lo que justamente por el tipo de trabajo que es, el acuerdo del Comité conlleva remitir según procedimiento, a la Dra. Desirée Rojas, para que desde Gerencia se valore posible aprobación y se notifique a la persona solicitante. Dicha notificación a la Gerencia ya fue realizada el día de hoy.

Favor estar atenta a lo que se le indique desde el superior jerárquico.

Muchos éxitos en su trabajo.

Saludos cordiales.

**JEAN PAUL
VEGA RAMIREZ**
Presidente Comité de Bioética RSS
Médico Especialista en Medicina Legal y
Valoración de Daño Corporal
Tel. 2287-6000 ext. 4713
www.grupoins.com



Buenas tardes estimadas.

Espero se encuentren muy bien.

Su solicitud para realizar su trabajo final de graduación **“Proceso de enfermería aplicado en un usuario con amputación de una extremidad, en la etapa preoperatoria”**, ha sido analizado, tanto por el Comité de Bioética como mi persona, y se ha establecido que se otorga autorización para la realización del mismo.

Cabe resaltar la importancia de la firma del consentimiento del paciente una vez elegido el mismo. Así como la coordinación con las jefaturas correspondientes a quienes copio en este correo.

Éxitos en proceso de culmine de esta etapa académica.

Sin mas por el momento.

**DÉSIRÉE
ROJAS STERNER**
Asistente Medico a.i
Gerencia General
Tel. 2296-9995 ext.:4106
www.grupoins.com



7.1.3 Anexo 3. Valoración 14 necesidades Virginia Henderson.

1. Respirar normalmente

Habitualmente respira por: la nariz la boca

¿Tiene dificultad para respirar? No Si

Especificar: _____

Fumador: No Si Ex fumador No Si

Cantidad diaria de cigarrillos: _____ Pipa: _____ Puros: _____

¿Cuándo lo dejó? _____

Posición, medicamentos o hábitos que mejoran / dificultan su respiración: _____

Calidad del aire en el entorno domestico: _____ En el laboral _____

Otros datos de interes: _____

Área/s de dependencia: _____

2. Alimentarse e hidratarse adecuadamente

¿Dificultad para masticar? No Si ¿Para tragar? No Si ¿Para beber? No Si

Especificar: _____

¿Requiere ayuda para comer /beber? No Si Especificar: _____

Habitualmente come: en casa en el trabajo otros **Come:** solo acompañado

¿Tiene apetito? No Si Número de ingestas / día: _____ Horario: _____

Desayuno: _____ Media mañana: _____

Almuerzo: _____ Merienda: _____

Cena: _____ Otros: _____

Líquidos diarios: Cantidad: _____ Tipo: _____

Alimentos que le Gustan: _____

Alimentos que le desagradan / le sientan mal: _____

Importancia de la alimentación sana: _____

Área/s de dependencia: _____

3. Eliminar por todas las vías corporales

Frecuencia de la eliminación fecal: _____ Esfuerzo: No Si

Características de las heces: _____ Incontinencia: No Si Diarrea: No Si

Estreñimiento: No Si ¿qué hace para controlarlo? _____

¿Toma laxantes? No Si Tipo / frecuencia: _____

Hábitos que ayudan dificultan la defecación: _____

Frecuencia de la eliminación urinaria: _____ Alteraciones: No Si

Especificar: _____

¿Qué hace para controlarlo? _____ Características de la orina: _____

Hábitos que ayudan / dificultan la micción: _____

Menstruación: No Si Duración: _____ Frecuencia: _____

Flujo vaginal: No Si Perdidas intermenstruales: No Si

Sudoración: Escasa Normal

Otros datos de interés: _____

Área/s de dependencia: _____

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

¿Cree que ha disminuido su movilidad? No Si Especificar: _____

¿Precisa inmovilización? No Si Especificar: _____

¿Requiere ayuda para moverse? No Si Especificar: _____

¿Hay alguna postura que no pueda adoptar? No Si Especificar: _____

¿Tiene rigidez en alguna articulación o dificultad para realizar las actividades de la vida diaria? No Si

Especificar: _____

¿Habitualmente hace alguna actividad física / deporte? No Si

Especificar: _____

Grado de actividad diaria: nulo bajo moderado alto muy alto

Otros datos de interés: _____

Áreas de dependencia: _____

5. Dormir y descansar

Horas de sueño/día: _____ Nocturno: _____ Siesta: _____ Otros: _____

¿Dificultad para conciliar el sueño? No Si ¿Para mantenerlo? No Si

¿Al levantarse se siente cansado? No Si ¿Somnoliento? No Si

¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye? _____

Si toma medicación para dormir, tipo / dosis: _____

Recursos para inducir / facilitar el sueño: _____

Otros datos de interés: _____

Áreas de dependencia: _____

6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse

¿Su vestuario y calzado habitual resultan cómodos? No Si

¿Está condicionado por algo? No Si Especificar: _____

¿Hay algún objeto /prenda que quiera llevar siempre? No Si Especificar: _____

¿Requiere ayuda para ponerse / quitarse la ropa / calzado? No Si

Especificar: _____

Qué importancia le da a la ropa: _____

Otros datos de interes: _____

Áreas de dependencia: _____

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente

¿Es sensible al frío? No Si ¿Al calor? No Si

¿A los cambios de temperatura? No Si

¿Su casa está acondicionada para el frío? No Si ¿Para el calor? No Si

¿Habitualmente está en ambientes fríos? No Si ¿Calurosos? No Si

Recursos que usa para combatir el frío / calor: _____

¿Sabe tomar la temperatura? No Si ¿Qué hace cuando tiene fiebre? _____

Otros datos de interés: _____

Área/s de dependencia: _____

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Baño: No Si Ducha: No Si Frecuencia: _____ Hora preferida: _____

Frecuencia del: Lavado de pelo: _____ Rasurado: _____

Higiene dental: Cepillado de dientes: No Si Desayuno Almuerzo Cena

Dentadura postiza: No Si Limpieza: producto / frecuencia: _____

¿Precisa ayuda para la higiene? No Si Especificar: _____

Otros requerimientos higiénicos: _____

¿Qué importancia da a la higiene corporal? _____

Otros datos de interés: _____

Área/s de dependencia _____

9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas

Prácticas sanitarias habituales:

Vacunación: No Si

Revisiones periódicas No Si Autoexploración: No Si Especificar: _____

Protección de las ETS: No Si Otras: _____

Nivel de seguridad en el trabajo: nulo bajo adecuado

Nivel de seguridad en su barrio: nulo bajo adecuado

Nivel de seguridad en su casa: nulo bajo adecuado

¿En los dos últimos años ha sufrido pérdidas? No Si ¿Cambios corporales/funcionales? No Si

Especificar: _____

¿Cómo se ve y se siente físicamente? _____

¿Cuáles son sus principales características como persona? _____

Ante esta situación (motivo de la consulta) ¿cómo se siente? _____

¿Qué se siente capaz de lograr? _____

¿Qué cree que puede ayudarle ahora? _____

¿Cómo suele afrontar los cambios/problemas? _____

¿Toma medicación, alcohol u otras drogas para sentirse mejor, relajarse, rendir más, etc? No Si

Especificar: _____

¿Sigue el tratamiento prescrito? No Si A veces ¿Por qué? _____

Otros datos de interés: _____

Áreas de dependencia _____

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, opiniones o temores

¿Se comunica satisfactoriamente con las personas de su entorno? No Si

Especificar: _____

¿Cuáles son las personas más importantes en su vida? _____

¿Suele relacionarse con ellas? No Si ¿Por qué? _____

¿Su situación actual ha alterado sus relaciones familiares/sociales? No Si

Especificar: _____

¿Se considera extrovertido introvertido ?

¿Con quién suele compartir sus problemas? _____

¿Dispone de esa/s persona/s? No Si ¿Por qué? _____

¿SE siente integrado en su casa? No Si ¿Y en el trabajo? No Si

¿Y en la escuela? No Si ¿Y en el barrio / pueblo? No Si

¿Pertenece a alguna asociación / grupo? No Si ¿A cuál? _____

¿Le cuesta pedir/aceptar ayuda? No Si ¿Por qué? _____

¿Sus relaciones sexuales son satisfactorias? No Si ¿Por qué? _____

¿Han sufrido cambios/problemas? No Si Especificar: _____

¿Usa algún método anticonceptivo? No Si Especificar: _____

¿Está satisfecho/a con él? _____

Otrs datos de interés: _____

Area/s de dependencia: _____

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias

¿Sus ideas/creencias influyen en su alimentación? No Si ¿En el vestir? No Si

¿En los cuidados de salud? No Si ¿Y en otros aspectos? No Si

Especificar: _____

¿Su situación actual interfiere con el seguimiento de sus ideas/creencias? No Si

Especificar: _____

En su situación actual sus ideas/creencias le ayudan no le ayudan no interfieren

¿Le cuesta tomar decisiones? No Si ¿Por qué? _____

Otros datos de interés: _____

Area/s de dependencia: _____

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal

Vive: solo con su familia con amigos con otras personas

Número de personas con las que comparte la casa: _____

¿Representa eso un problema? No Si Especificar: _____

Ocupación principal: _____

Trabajo remunerado fuera de casa en casa trabajo doméstico estudios otros

Otras ocupaciones importantes: _____

¿Su situación actual ha comportado cambios en sus ocupaciones? No Si

Especificar: _____

¿Cómo repercuten en su vida estos cambios? _____

¿Qué cree que puede ayudarle a afrontarlos? _____

¿Cómo repercuten en su familia? _____

Otros datos de interés: _____

Area/s de dependencia _____

13. Participar en actividades recreativas

¿Se aburre cuando no trabaja en su ocupación habitual? No Si

Pasatiempos / distracciones habituales: _____

Horas a la semana que les dedica: _____

El tiempo de ocio lo pasa: sólo con la familia con amigos

¿Su situación de salud ha cambiado sus pasatiempos / distracciones? No Si

Especificar: _____

Otros datos de interés: _____

Area/s de dependencia:

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

Nivel de escolarización: Sabe leer y escribir EGB FP

Estudios secundarios Estudios universitarios

¿Presenta dificultad para el aprendizaje? No Si

Especificar: _____

Cuando desea saber algo sobre su salud recurre a: la familia los amigos el médico

La enfermera libros otros

¿Qué información sobre su salud necesita / desearía? _____

¿Conoce algún recurso comunitario que pueda serle útil? No Si

Otros datos de interés: _____

Area/s de dependencia:

7.1.4 Anexo 4. Formulario de Requisitos Preoperatorios/Institución privada.

Formulario de Requisitos Preoperatorios		Institución Privada	
Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Fecha: ____/____/____			
Número de Identificación: _____ Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> Cirugía Programada: _____			
Fecha de la Cirugía: ____/____/____ Hora de la Cirugía: _____			
1 A. Signos vitales: PA: _____ mm de Hg. FC: _____ x minuto FR: _____ x minuto. SaO ₂ : _____ %	B. Medidas antropométricas: Peso: _____ Kg. Talla: _____ m. IMC: _____	11 Laboratorios: <input type="checkbox"/> Hemoglobina _____ <input type="checkbox"/> Hemacrito _____ <input type="checkbox"/> Grupo y RH _____ <input type="checkbox"/> Glucosa _____	
2 Antecedentes patológicos personales: <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial. <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus, glicemia por micro método: _____ mg/dL, hora: _____ <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Desconoce		12 Transfusiones sanguíneas: Acepta transfusiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Se transfundió en salón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Se le reserva hemocomponentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Observaciones: _____	
3 Antecedentes quirúrgicos personales: _____ _____		13 Valoraciones: (Protocolo) Cirujano _____ Anestesia _____ Medicina Interna _____ Cardiología _____ Neumología _____ Neurología _____ Otro _____	
4 Dieta: <input type="checkbox"/> NVO, mayor a _____ horas. <input type="checkbox"/> Otro: _____ Micción espontánea: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Protésis retiradas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		14 Exámenes diagnósticos: <input type="checkbox"/> Rayos X <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> Otro _____	
5 Alergias: <input type="checkbox"/> Fármacos: _____ <input type="checkbox"/> Alimentos: _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____ Micción espontánea: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		15 Medicamentos suspendidos antes de la cirugía <input type="checkbox"/> Hipoglucemiantes <input type="checkbox"/> Anticoagulantes <input type="checkbox"/> Otros	
6 Presencia de piercing <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presencia de aretes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Se retiran <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presencia de lentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Se retiran <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		16 Consentimiento informado firmado General de admisión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Pendiente Para procedimiento quirúrgico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Pendiente Para anestesia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Pendiente	
7 Dispositivos invasivos <input type="checkbox"/> Via periférica, N° _____ Fecha: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Sonda Foley, N° _____ Fecha: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Sonda nasogastrica, N° _____ Fecha: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Sello de tórax <input type="checkbox"/> TET, N° _____		17 V°B° para cirugía: _____	
8 Se realizó baño prequirúrgico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		18 Observaciones generales: _____ _____ _____	
9 Ropa para cirugía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
10 Antibiótico prequirúrgico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____ Hora: _____			
Profesional que entrega: _____ Firma: _____ Código: _____			
Profesional que entrega: _____ Firma: _____ Código: _____			

7.1.5 Anexo 5. Instrumento percepción del cuidado humanizado.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA					
PREGUNTAS *	1	2	3	4	5
1. Recibe un trato amable de parte de la enfermera/o.					X
2. Siente que la actitud de la enfermera tiene un efecto positivo en usted.				X	
3. Siente que la enfermera/o al cuidarlo le entrega algo de sí mismo.					X
4. Siente que la enfermera/o al cuidarlo le entrega algo propio que las distingue de otras.					X
5. La enfermera/o ha considerado sus preferencias religiosas o espirituales en la atención brindada.				X	
6. Siente que las acciones de enfermera/o ayudan a fortalecer su fe.					X
7. Siente que la enfermera/o al cuidarlo le transmite esperanza (formas de sentirse mejor).					X
8. Siente que tiene una relación cercana con la enfermera/o.				X	
9. Siente que la enfermera/o se conmueve con su situación de salud.					X
10. La enfermera/o sabe cómo usted se siente y le consulta al respecto.				X	

11. Siente que la comunicación con la enfermera es verdadera.				X	
12. Usted puede identificar cómo se siente la enfermera y manifestarlo con confianza.				X	
13. La enfermera es capaz de saber cómo se siente usted.			x		
14. Puede expresarle a la enfermera/o sus sentimientos.					X
15. Siente una confianza mutua entre la enfermera/o y usted.				X	
16. La enfermera/o se pone en su lugar cuando usted expresa lo que siente.				X	
17. La enfermera/o favorece o permite que usted exprese sus sentimientos.					X
18. La enfermera/o le da tiempo para que usted exprese sus emociones.					X
19. Siente que la enfermera/o lo escucha más allá de lo que le pasa con su enfermedad.					X
20. Siente que la enfermera acepta lo que a usted le pasa.				X	
21. Siente que el cuidado entregado por la enfermera/o es organizada y basada en conocimientos.					X
22. Siente que los procedimientos que se le realizan son adecuados a su manera de ser.				X	
23. Siente que los cuidados que se le proporcionan son diferente a lo entregado a las demás personas.					X

24. Le han informado o educado respecto a los cuidados que le entregan.					X
25. Se le consulta su opinión en los procedimientos que se le realizan.					X
26. Conoce la razón de los cuidados que se le proporcionan.					X
27. Reconoce cuál es su participación y qué importancia tiene usted en los cuidados otorgados.					X
28. Siente que se le ha incluido a usted y a su entorno (familia) en sus cuidados de salud.					X
29. Siente que ha recibido un trato digno, que resguarda su integridad.					X
30. Siente que se apoya con respeto a su personalidad y cuerpo.				X	
31. Siente que la enfermera/o trabaja para satisfacer sus necesidades físicas.					X
32. Siente que la enfermera/o se preocupa de sus necesidades sociales.					X
33. Siente que la enfermera/o incorpora en los cuidados sus necesidades espirituales.				X	
34. La enfermera/o le ayuda a entender porque está en esa condición, lugar o estado.					X
35. Logra comprender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera.					X

36. La enfermera/o lo ayuda a comprenderse mejor a sí mismo y los demás.					X
--	--	--	--	--	---

* Escala sumativa de estilo Likert con 5 puntos, en la cual nunca = 1, a veces = 2, regularmente = 3, casi siempre = 4 y siempre = 5.

Usando ese orden de preguntas, las dimensiones están conformadas en:

DIMENSIÓN	PREGUNTAS
1. Vivencia de la enfermedad	7- 22- 27- 28- 32- 34- 35- 36
2. Procedimientos y cuidados	4- 11- 13- 16- 19- 21- 24- 29
3. Relación profesional de enfermería – usuario	1- 2- 5- 10- 15- 23- 26- 33
4. Enseñanza y aprendizaje	12- 14- 18- 31
5. Expresión de sentimientos	6- 8- 9- 25
6. Espiritualidad	3- 17
7. Diferenciación del cuidado	20- 30

CLASIFICACIÓN SEGÚN PUNTAJE

Escala global	Cuidado no Humanizado o Inaceptable	Cuidado Humanizado Deficiente	Cuidado Humanizado Aceptable	Cuidado Humanizado Óptimo
Puntaje	36 a 136	137 a 151	152 a 161	162 a 180
Según Dimensiones	Cuidado no Humanizado o Inaceptable	Cuidado Humanizado Deficiente	Cuidado Humanizado Aceptable	Cuidado Humanizado Óptimo
1. Vivencia de la enfermedad	8 a 30	31 a 34	35 a 37	38 a 40
2. Procedimientos y cuidados	8 a 30	31 a 34	35 a 37	38 a 40
3. Relación profesional de enfermería - usuario	8 a 30	31 a 34	35 a 37	38 a 40
4. Enseñanza y aprendizaje	4 a 16	17 a 18	19	20
5. Expresión de sentimientos	4 a 16	17 a 18	19	20
6. Espiritualidad	2 a 7	8	9	10
7. Diferenciación del cuidado	2 a 7	8	9	10

7.2 Cronograma

Cronograma de Actividades/ Proceso de enfermería en un usuario con amputación infracondílea, en la etapa preoperatoria.

Actividades	ago-22	sep-22	oct-22	nov-22	dic-22	Enero 2023	feb-23	mar-23	abr-23	may-23	jun-23	jul-23	ago-23	sep-23	oct-23	nov-23	dic-23		
Idea de investigación	■																		
Planteamiento del Problema	■	■																	
Justificación		■																	
Marco Referencial			■																
Marco Metodológico				■															
Anteproyecto final					■														
Solicitud de aprobación del tema Objetivos por la subcomisión de enfermería quirúrgica,						■ Cursos verano UCR	■ Cursos verano UCR	■	■										
Solicitud de comité asesor.								■	■										
Solicitud de aprobación del SEP								■	■										
Gestión de carta de autorización								■	■										
Entrega de cartas de autorización								■	■										
Actualización marco referencial										■	■	■							
Selección del usuario													■	■	■				
Abordar al usuario y aplicar el proceso enfermero													■	■	■				
Tabulación de la información recopilada															■	■			
Análisis de resultados																■	■		
Entrega final del trabajo escrito																	■	■	
Defensa del reporte de caso																			Apartir de la entrega del trabajo escrito final en el momento que el SEP programe fecha para defensas



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, Kimberlyn Masís Cordero, con cédula de identidad 1-1510-171, en mi condición de autor del TFG titulado Proceso de enfermería aplicado en un usuario, en la etapa preoperatoria: un reporte 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.



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, Patricia Sanchez Hernández, con cédula de identidad 701720631, en mi condición de autor del TFG titulado Proceso de enfermería aplicado en un usuario, en la etapa preoperatoria: un reporte 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.