



PROCESO DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIA. Fundamentos Teóricos - Prácticos

PROCESO DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIA.
Fundamentos Teóricos - Prácticos



- María Gregoria Vega
- Alba Rosa Fernández
- Eduardo José Sánchez
- Indira Rosa Briceño Díaz



UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES
VENEZUELA



PUBLICACIONES
VICERRECTORADO ACADÉMICO



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
Autoridades universitarias

Rector

Mario Bonucci Rossini

• **Vicerrectora Académica**

Patricia Rosenzweig Levy

• **Vicerrector Administrativo**

Manuel Aranguren Rincón

• **Secretario (E)**

Manuel Joaquín Morocoima

SELLO EDITORIAL PUBLICACIONES
DEL VICERRECTORADO ACADÉMICO

• **Presidenta**

Patricia Rosenzweig Levy

• **Coordinadora**

Marysela Coromoto Morillo Moreno

• **Consejo editorial**

Patricia Rosenzweig Levy

Marysela Coromoto Morillo Moreno

María Teresa Celis

Marlene Bauste

Francisco Grisóla

Jonás Arturo Montilva

Joan Fernando Chipia L.

María Luisa Lazzaro

Alix Madrid

COLECCIÓN TEXTOS UNIVERSITARIOS:
CIENCIAS DE LA SALUD

Sello Editorial Publicaciones del
Vicerrectorado Académico

Los trabajos publicados en esta colección han sido rigurosamente seleccionados y arbitrados por especialistas en las diferentes disciplinas.

**COLECCIÓN TEXTOS
UNIVERSITARIOS:
CIENCIAS DE LA SALUD**
Sello Editorial Publicaciones
Vicerrectorado Académico

**PROCESO DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIA.
FUNDAMENTOS TEÓRICOS – PRÁCTICOS.**
Primera edición digital, 2024

© Universidad de Los Andes
Sello Editorial Publicaciones del
Vicerrectorado Académico

© María Gregoria Vega
Alba Rosa Fernández
Eduardo José Sánchez
Indira Rosa Briceño Díaz

Hecho el depósito de ley
Depósito Legal: ME2024000033
ISBN: 978-980-11-2162-6

ISBN: 978-980-11-2162-6



Corrección de estilo:

Carlos Perdomo Ramírez

Diagramación:

María Gregoria Vega

Alba Rosa Fernández

Marysela Coromoto Morillo Moreno

Imágenes de la portada:

Fotografía tomada por Lucy Ayala

Universidad de Los Andes
Av. 3 Independencia,
Edificio Central del Rectorado,
Mérida, Venezuela.
publicacionesva@ula.ve
publicacionesva@gmail.com
[http://www2.ula.ve/publicaciones
academico](http://www2.ula.ve/publicaciones_academico)
<http://bdigital.ula.ve/bdigital/>

**Prohibida la reproducción total o
parcial de esta obra sin la
autorización escrita de los autores y
editores.**

Editado en la República Bolivariana de
Venezuela

COLECCIÓN DE TEXTOS UNIVERSITARIOS

Esta colección contempla la edición de textos académicos que sirven de apoyo docente en las áreas del conocimiento existentes en la Universidad: Ciencias Humanísticas y Sociales, las Ciencias Naturales, la Ingeniería y la Tecnología, la Medicina y las ciencias de la salud y las ciencias agrícolas.

Entre los objetivos específicos de esta colección resaltan:

- Estimular la edición de libros al servicio de la docencia.
- Editar la obra científica de los profesores de nuestra Casa de Estudios.
- Publicar las investigaciones generadas en los centros e institutos de investigación.

Hasta ahora, un número considerable de textos universitarios ha sido publicado por miembros de nuestra planta profesoral, obras de las que se han beneficiado por igual estudiantes y docentes, en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de nuestra educación de pre y posgrado.



**UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES**



**PUBLICACIONES
VICERRECTORADO ACADÉMICO**

PROCESO DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIA. Fundamentos Teóricos - Prácticos



**PUBLICACIONES
VICERRECTORADO ACADÉMICO**

Universidad de Los Andes
Mérida 2024 - Venezuela

**PROCESO DE ENFERMERÍA
PERIOPERATORIA.
Fundamentos Teóricos - Prácticos**

**María Gregoria Vega
Alba Rosa Fernández
Eduardo José Sánchez
Indira Rosa Briceño Díaz**

COLECCIÓN TEXTOS UNIVERSITARIOS:
Ciencias de la Salud
**Sello Editorial Publicaciones del Vicerrectorado Académico
Universidad de Los Andes**

Dedicatorias

A José Antonio Peña Vega por ser mi orgullo y la luz que guía mi felicidad. A mis hermanos y sobrinos por la cercanía en los momentos de mis necesidades. A Blacky por estar a mi lado, apoyándome con su actitud perruna. A los estudiantes que me han motivado a cumplir con este proyecto académico. Al resto de los autores quienes día a día me inspiran a crecer como profesional.

María Gregoria Vega

A Dios Todopoderoso. A mi ángel de la guarda que desde el cielo sigue guiando mis pasos. A Michelle y Yesenia, fuentes de inspiración y motivación constante para seguir adelante. A mis hermanos y sobrinos. A los estudiantes, que cada página de este texto sea un recurso valioso en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Alba Rosa Fernández

A todos los estudiantes y profesionales que han hecho del cuidado humano en todas sus dimensiones, su razón de ser.

Eduardo José Sánchez

A mis padres y sobrinos por su inquebrantable amor por el aprendizaje. A Blacky por su fiel compañía.

Indira Rosa Briceño Díaz

ÍNDICE

PRÓLOGO	13
PRESENTACIÓN	15
Capítulo 1. Dimensión ética, bioética y legal de la Enfermería perioperatoria	17
Introducción	17
Concepto de ética y moral	18
Principios éticos universales que guían la práctica de Enfermería	18
Dilemas y conflictos éticos más frecuentes en el ejercicio de la Enfermería	20
Etapas para proceder ante un dilema o conflicto ético	22
Concepto de valores	23
Valores esenciales de la Enfermería	23
Concepto de bioética	25
Cuestiones contemporáneas en bioética	26
Implicaciones ético-legales en la práctica de la Enfermería perioperatoria	27
Reglamentos, códigos y derechos ético-legales de la Enfermería	29
Deberes y derechos del profesional de Enfermería	30
Derechos universales del paciente	31
Derechos del paciente relacionados con los medicamentos	33
Derechos de la persona que agoniza	33
Deberes del paciente	34
Conclusión	34
Referencias	36
Capítulo 2. Principios de la Enfermería perioperatoria	39
Introducción	39
Enfermería perioperatoria	40
Enfermería quirúrgica	40
Los cuidados perioperatorios	41
Características de la disciplina de Enfermería	42
Acto quirúrgico	42
Fases del acto quirúrgico	43
La cirugía	45
Tipos de cirugía	45
Planificación ante una cirugía	46
Procedimientos previos al acto operatorio	47
Técnicas aplicadas previas al acto quirúrgico	48
Preparación del campo quirúrgico	51
Control del campo quirúrgico	52
Recuento quirúrgico	53
Conclusión	53
Referencias	53

Capítulo 3. Principios de Enfermería en la anestesia perioperatoria	57
Introducción	57
Estándares de monitorización	57
Monitorización básica perianestésica	61
Evaluación preanestésica. Consulta preoperatoria	61
Asociación del riesgo según los predictores de la vía aérea	65
Maniobras que ayudan a optimizar el grado de la laringoscopia	69
Movilidad de la articulación atlantooccipital	70
Factores de riesgo para posible intubación difícil	75
Determinación del riesgo anestésico	76
Preparación preanestésica	79
Ayuno	79
Medicación preanestésica	85
Recomendaciones generales	88
Conclusión	89
Referencias	89
Capítulo 4. Proceso de Enfermería: conocimientos básicos	97
Introducción	97
Proceso de Enfermería	98
Importancia	98
Objetivos	99
Características	99
Diferencias entre el Proceso de Enfermería y el diagnóstico médico	100
Respuestas humanas	101
Etapas	103
Primera etapa: Valoración	103
Métodos para la recolección de datos	105
La entrevista	105
La observación	107
El examen físico	108
Segunda etapa: Diagnóstico de Enfermería	110
Tercera etapa: Planificación	113
Tipos de planes de cuidado	114
Cuarta etapa: Ejecución	116
Quinta etapa: Evaluación	119
Aspectos ético-legales del Proceso de Enfermería	120
Conclusión	121
Referencias	122
Capítulo 5. El Proceso de Enfermería en el preoperatorio	125
Introducción	125
Valoración preoperatoria	126

Exploración física centrada en la historia clínica de la persona y la futura intervención quirúrgica	126
Situaciones clínicas que aumentan los riesgos en la intervención quirúrgica	127
Fármacos con implicaciones especiales	129
Valoración general	129
Exploración física	131
El consentimiento informado	136
Planificación de los cuidados preoperatorios	138
Referencias	166
Capítulo 6. El Proceso de Enfermería en el intraoperatorio	169
Introducción	169
Lista de etiquetas de respuestas humanas en el intraoperatorio	169
Planes de cuidado para el intraoperatorio	170
Descripción de las intervenciones según la NIC	170
Referencias	185
Capítulo 7. El Proceso de Enfermería en el postoperatorio	187
Introducción	187
Postoperatorio inmediato	188
Lista de etiquetas de respuestas humanas en el postoperatorio inmediato	188
Planes de cuidado para el postoperatorio inmediato	188
Descripción de las intervenciones según la NIC	189
Postoperatorio mediato	202
Lista de etiquetas de respuestas humanas en el postoperatorio mediato	203
Planes de cuidado para el postoperatorio mediato	204
Descripción de las intervenciones según la NIC	205
Postoperatorio tardío	208
Lista de etiquetas de respuestas humanas en el postoperatorio tardío	208
Planes de cuidado para el postoperatorio tardío	209
Descripción de las intervenciones según la NIC	209
Referencias	254
Anexos	
1. Formato actualizado para elaborar el caso clínico quirúrgico	255
2. Normas para publicar casos clínicos quirúrgicos	270
LOS AUTORES	277

PRÓLOGO

Prologar este texto fue un reto difícil de enfrentar, pero no imposible. Enfermería tiene como objetivo interrelacionar sus cuidados en todas las áreas donde se desempeña, con el equipo de salud, especialmente como se establece en la obra presentada, sin perder la esencia de buscar, promover y brindar el cuidado al paciente de una manera holística.

La Enfermería perioperatoria es la encargada del conocimiento, capacidad, manejo y aplicación de procedimientos y técnicas en todas las especialidades médicas que se desarrollan en una unidad quirúrgica, por lo que se debe tener presente en todo acto o intervención, los principios o preceptos éticos, bioéticos y legales que guían el ejercicio profesional de manera especializada y científica, pero sin olvidar, que en el cuidado al otro es esencial considerar también los cálidos sentimientos humanos de caridad, benevolencia, amor, comprensión y respeto.

Para lograr lo mencionado anteriormente, Enfermería cuenta con la técnica de trabajo, que ella llama, Proceso Enfermero, considerada una de las principales herramientas para implementar el cuidado en el área perioperatoria, demostrándose como experto en procesos quirúrgicos durante el pre, trans y postoperatorio, haciendo una valoración clínica global del paciente, diagnosticando necesidades y problemas, estableciendo, ejecutando y evaluando un plan de cuidados, acompañando al paciente en todo el proceso.

De ahí, la importancia de la revisión y consulta permanente de este libro por parte de los estudiantes, profesionales y docentes del área de la salud, donde conseguirán temas muy importantes y bien elaborados como Enfermería: Perioperatoria, Proceso Enfermero, principios sobre anestesia, ética, entre otros.

A fin de concluir este prólogo solo me resta felicitar a los autores María Gregoria Vega, Alba Rosa Fernández, Eduardo José Sánchez y Indira Rosa Briceño Díaz, todos reconocidos investigadores acreditados y algunos de ellos compañeros

de trabajo, quienes demostraron su vocación de servicio con conocimientos y destrezas óptimas en la atención de los pacientes asignados a su cargo, sobre todo con un desempeño laboral objetivo y gran solidaridad, como fue en el caso reciente y aún vigente donde el país enfrentó la pandemia COVID-19 sin recursos humanos por la migración de profesionales especialmente de enfermería, así como tecnológicos, económicos y sin contar con políticas de salud establecidas para tal fin que mejorara la salud en Venezuela.

Eva María Duarte Brito
Médico Cirujano, Universidad de Los Andes (ULA)
Especialista en Anestesiología
Anestesióloga del Instituto Autónomo Hospital de Los Andes,
Mérida – Venezuela
Docente ad-honorem de la ULA

PRESENTACIÓN

La Enfermería como profesión se inserta en un contexto social que requiere profesionales capaces de responder a las transformaciones suscitadas por los constantes cambios políticos, sociales y económicos. Así como, el compromiso para la adquisición, desarrollo y actualización constante que permita buscar alternativas innovadoras en la mejora de la calidad de vida de la población y disminución de los costos del sistema de salud.

En este marco, la Enfermería como ciencia y disciplina, ha pasado por profundas transformaciones, entre ellas el impulso y crecimiento de un cuerpo de conocimientos, la adquisición del rango universitario, el desarrollo tecnológico y su impacto en la profesión, como también, la creación de lenguajes y sistemas de información estandarizados que ha permitido desarrollar un método propio de cuidados, llamado Proceso **de** Enfermería (PE). En consecuencia, este se constituye en el método científico de trabajo implícito, que permite tanto al estudiante como al profesional, la gestión de los cuidados a través del pensamiento y razonamiento crítico.

En virtud del aporte académico, los autores ponemos a la disposición de los interesados del área de la salud la oportunidad de consultar y revisar el libro ***Proceso de Enfermería Perioperatoria. Fundamentos Teóricos– Prácticos*** que les permitirá el desarrollo y actualización de competencias en el ámbito perioperatorio, el cual se presenta en siete capítulos que llevan inmersos bases conceptuales, procedimientos y técnicas relacionadas con el área quirúrgica, a saber: Capítulo 1. Dimensión ética, bioética y legal de la Enfermería perioperatoria, Capítulo 2. Principios de la Enfermería perioperatoria, Capítulo 3. Principios de Enfermería en la anestesia perioperatoria, Capítulo 4. Proceso **de** Enfermería: conocimientos básicos, Capítulo 5. **El** Proceso **de** Enfermería en el preoperatorio, Capítulo 6. **El** Proceso **de** Enfermería en el intraoperatorio y Capítulo 7. **El** Proceso de Enfermería en el postoperatorio.

CAPÍTULO 1

DIMENSIÓN ÉTICA, BIOÉTICA Y LEGAL DE LA ENFERMERÍA PERIOPERATORIA

Alba Fernández

Introducción

Enfermería tiene como objetivo primordial buscar, promover y brindar el cuidado al paciente de una manera holística. Actualmente, esta meta se ha encaminado a obtener el conocimiento para el manejo de la alta tecnología, a descifrar los exámenes clínicos y paraclínicos, a la administración de medicamentos; en otras palabras, el profesional de Enfermería se preocupa más por cumplir con las rutinas o normas para el buen funcionamiento del servicio donde labora, que en la atención del bienestar fisiológico, psicológico y espiritual de la persona enferma, por ejemplo, el interés por la angustia, los temores y las dudas que le embargan, la explicación antes de cada procedimiento, el contestar sus dudas, entre otras.

Una de las ramas de desempeño de la Enfermería es la Perioperatoria, encargada del conocimiento, capacidad, manejo y aplicación de procedimientos y técnicas en todas las especialidades médicas que se desarrollan en una unidad quirúrgica, por lo que se debe tener presente en todo acto o intervención, los principios o preceptos éticos, bioéticos y legales que guían el ejercicio profesional de manera especializada y científica, pero sin olvidar, que en el cuidado al otro es esencial considerar también los cálidos sentimientos humanos de caridad, benevolencia, amor, comprensión y respeto.

Concepto de ética y moral

El término ética proviene de la palabra griega *ethos*, que originariamente significaba “morada”, “lugar donde se vive”, también “carácter” o el “modo de ser”¹. Moral, deriva de la palabra latina *mos*, significa “hábito”, “costumbre”¹. La ética tiene una íntima relación con la moral, incluso ambos términos, se confunden con frecuencia. Por una parte, algunos autores, definen la ética como el conjunto de normas o valores pública y legalmente establecidos y formales¹. Es el proceso mental que aconseja la forma de comportarse. Es también llamada filosofía moral y se encarga del estudio de los principios o pautas de la conducta humana para establecer si es buena o mala. Se entiende que, la ética es la disciplina que se ocupa de la moral (siendo términos diferentes), califica a los actos humanos como buenos o malos mediante un código con un basamento teórico.

Por otra parte, la moral, es la forma de comportamiento. Es parte de las tradiciones y costumbres del grupo humano, unidos por un interés común. La moral se sujeta a valores y normas establecidas en la familia y entorno. Es un comportamiento consciente, libre y responde a una necesidad social. Se refiere a la conducta que se adopta ante sí y ante los demás, en base a lo que la sociedad establece como correcto o incorrecto¹. La diferencia entre ambos términos es muy difusa porque la ética está vinculada o es la aplicación de la moral. Ambas establecen lo que es bueno, malo, permitido o deseado respecto a una acción o decisión.

Principios éticos universales que guían la práctica de Enfermería

Toda profesión tiene una función social específica y un fundamento ético-moral. En el caso de Enfermería, es la de cuidar a las personas sanas y enfermas cumpliendo con los elementos conceptuales, juicio crítico y los fundamentos deontológicos y valores exigidos, así, especialmente, durante el perioperatorio se espera que tenga presente los principios éticos universales, que son ineludibles en toda actividad, contacto y comunicación con el paciente. Un principio es una guía,

una norma para la acción. Existe un gran número de ellos que guían el ejercicio de la Enfermería²:

- Beneficencia: es la obligación de hacer el bien.
- No maleficencia: evitar el mal. No se debe causar daño al otro.
- Justicia: es la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, como también la satisfacción de las necesidades biopsicosociales a todos por igual, sin distinción de raza, credo, nivel social, educación, creencias políticas y culturales.
- Autonomía o libertad de decisión: significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales.
- Consentimiento informado: es la conformidad libre, voluntaria y consciente de una persona en comprender a lo que se enfrenta (tratamiento, intervención quirúrgica, procedimiento, experimento), las opciones que tiene y las consecuencias de su decisión. Debe estar en sus plenas facultades físicas y mentales para firmar o colocar su huella sobre el documento que se redacta para tal fin.
- Privacidad, anonimato, confidencialidad o secreto profesional¹: es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona.
- Fidelidad: entendida como el compromiso de cumplir las promesas que se hacen a una persona.
- Veracidad: se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. Decir la verdad.
- Confiabilidad: se refiere a que el profesional de Enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y técnicas eficientes y adecuadas.
- Solidaridad: es compartir intereses, derechos y obligaciones con empatía.
- Tolerancia: admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones.

Estos principios son indispensables tenerlos claros ya que al enfrentarse dos o más de ellos se puede presentar un dilema o conflicto.

Dilemas y conflictos éticos más frecuentes en el ejercicio de la Enfermería

Prácticamente en todas las áreas donde trabaja Enfermería, se exhiben dilemas y conflictos éticos que van desde los más específicos y propios de la disciplina a los compartidos con otros profesionales de la salud.

Dilema

Es el argumento formado de dos proposiciones contrarias disyuntivamente, se debe decidir por una de ellas³. Se puede considerar como una alternativa que tiene la persona con solo dos opciones, sí y no. Dentro de los dilemas éticos más comunes están^{4,5}:

- Orden de reanimar.
- Extubar a un paciente.
- Retiro al paciente de un tratamiento inútil en contra del familiar.
- Decidir a quién se le asigna una cama disponible o a quién se le prepara para una intervención quirúrgica.
- Decidir a quién administrar el último medicamento disponible.
- Transfusiones.
- Distanasia: hace referencia al empleo de medios extraordinarios (encarnizamiento terapéutico) a pesar de tener la certeza de que estos no ayudarán a aliviar al enfermo y sólo servirán para prolongar la agonía. Es retrasar la muerte por todos los medios posibles².
- Ortotanasia: el prefijo **orto** significa recto, correcto. Entonces, ortotanasia es la muerte correcta, al debido tiempo, en enfermedades incurables y terminales, manejándolas con tratamientos paliativos y razonables².

- Eutanasia: del griego *eu* significa “bueno” y *thánatos*, “muerte”, se deduce como “buena muerte”³, significa muerte sin sufrimiento físico. Asimismo, es el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente (“suicidio asistido”), aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética o deontológicamente condenable². La eutanasia puede ser⁶:

Activa: consiste en provocar la muerte de modo directo, por ejemplo, recurriendo a fármacos que en sobredosis generan efectos mortíferos.

Pasiva: es una muerte por omisión porque se omite o se suspende el tratamiento de un proceso nosológico determinado (por ejemplo, una bronconeumonía), o la alimentación por cualquier vía, con lo cual se precipita el término de la vida.

Conflicto

Es un problema, materia de discusión³. Son las opciones o soluciones sobre lo que está bien o mal; ocurre entre personas, organizaciones, países. Los conflictos más frecuentes ocurren entre los principios éticos y las acciones a cumplir², entre muchos más, se mencionan:

- Conflicto entre dos principios éticos: cuando dos principios son válidos, pero uno contradice el otro, por ejemplo, si el paciente no desea continuar el tratamiento (principio de autonomía del paciente en la toma de decisiones) y el médico desea aplicarlo para bien del paciente (principio de beneficencia).
- Conflicto entre dos acciones que tienen razones a favor y en contra: realizar acciones en las que se lesione al usuario, pero el no hacerlas también; tal es el caso del paciente que por su patología presenta agitación y autoagresión, por lo que es necesario realizar inmovilización o contención mecánica de sus extremidades, lo que va en contra de su libertad, pero si no se efectúa, se podría lesionar más.
- Conflicto entre la ética personal y el rol profesional: ocurre cuando se está en desacuerdo con la aplicación de la eutanasia o del encarnizamiento terapéutico, pero el médico lo ordena.

En este apartado se pudo contactar que Enfermería se enfrenta a diversos dilemas y conflictos éticos en las personas que sufren, por lo que debe estar preparada para solventar este tipo de circunstancias en su día a día.

Etapas para proceder ante un dilema o conflicto ético

Uno de los dilemas y conflictos más frecuentes en los cuales se enfrenta la Enfermería, es con pacientes en etapa terminal. El Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)⁷, en su declaración de posición sobre los cuidados a los **pacientes en fase terminal y el cuidador primario**, afirma que: “...la función de la Enfermería es fundamental para reducir el sufrimiento, mejorando la calidad de vida de los pacientes terminales y de sus familias mediante una pronta evaluación de las **necesidades físicas, sociales, psicológicas, espirituales y culturales...**”.

De la misma manera, el Código Deontológico de Enfermeras de Venezuela⁸, **en el artículo 36 refiere: “Es derecho del enfermo en fase terminal ser atendido por profesionales idóneos”**. Basándose en los artículos emitidos por estos códigos, Enfermería tiene la obligación de brindar a los pacientes en etapa terminal un cuidado integral con responsabilidad, competencia, dignidad y respetando los principios éticos de la profesión.

Bajo estos marcos legales, es de gran relevancia conocer las consideraciones éticas que acarrearán las decisiones tomadas al azar en el área de trabajo que van a influir en el paciente, su familia y en el personal tanto de manera positiva como negativa. **De ahí que, este profesional debe ser capaz de resolver y tomar decisiones que son trascendentales para el futuro de una persona que se encuentra entre la vida y la muerte⁹. En líneas generales, se recomienda cumplir con las siguientes etapas:**

1. Recopilar y evaluar los hechos.
2. Identificar el dilema.
3. Discutir sobre los cursos de acción alternos.
4. Implementar las acciones.
5. Realizar el seguimiento a las acciones ejecutadas.

A pesar de las sugerencias mencionadas, no existe un consenso ampliamente conocido que facilite a Enfermería afrontar la situación de un paciente en estado crítico. Así pues, ante un dilema o conflicto ético, se debe recurrir a los conocimientos, juicio y razonamiento crítico que le permitan la toma de decisiones de la mejor manera, en beneficio propio y de la persona a su cargo.

Concepto de valores

Un valor es la propiedad o cualidad que gobierna las acciones de las personas. Tiene un sentido abstracto. También los valores son considerados estructuras cognitivas por medio de las cuales la persona elige y actúa de manera determinada¹⁰. Entonces, tienen una definición muy amplia, ambigua y, dependerá de la interpretación que se le otorgue.

Valores esenciales de la Enfermería

Los valores en Enfermería son las creencias personales que asignan a la profesión, su propio modo de ver, sentir y comprender la naturaleza de su trabajo en el contexto específico de la realidad¹⁰. Estos valores profesionales se aprenden mediante la instrucción formal, durante la socialización con colegas, profesores y otros profesionales. Los más destacados son^{10,11} (figura 1):

- Vocación: ejercer la profesión con el corazón, actuar humanamente.
- Amistad: relación afectiva entre dos o más personas.
- Solidaridad: sentimiento de unidad basado en metas o intereses comunes. Ayuda mutua.
- Honestidad: consiste en nunca darle la espalda a determinada persona o grupo social, es el cumplimiento con honor y gratitud.
- Sinceridad: implica el respeto por la verdad (aquello que se dice en conformidad con lo que se piensa y se siente).

- Empatía: habilidad de entender y compartir los sentimientos y las experiencias de las demás personas. Es imaginarse a sí mismo en la piel del otro. Sentir lo que sienten los demás, vernos a nosotros mismos y al mundo desde su punto de vista. Nos permite amar de manera más profunda.
- Alegría: estado interior fresco y luminoso que puede ser percibido por otra persona; generador de bienestar general, altos niveles de energía y una poderosa disposición para las actividades.
- Laboriosidad: hacer con cuidado y esmero las actividades propias y asignadas.
- Iniciativa: predisposición de hacer algo.
- Comunicación: escuchar con atención. Interés por la persona que habla. Utilizar un lenguaje propio, adecuado y moderado.
- Libertad: capacidad del ser humano para obrar según su propia voluntad a lo largo de su vida.
- Fortaleza: fuerza interior necesaria para poder soportar lo que el paciente abatido y desesperanzado requiere en un momento determinado, al enfrentar las crisis en las que se encuentre, que pueden ser de vida o muerte.
- Respeto: forma de reconocimiento, de aprecio y de valoración de las cualidades de los demás, ya sea por su conocimiento, experiencia o valor como personas.
- Responsabilidad: asumir las consecuencias de nuestras acciones y decisiones. Cumplir con normas establecidas: puntualidad, uniforme, equipo.
- Paciencia: Enfermería requiere en forma permanente sufrir sin perturbarse. Deberá abstenerse de llegar a la ira o enojo, por tener que repetir sus acciones; no debe manipularlas y siempre actuar con diligencia.
- Sensibilidad: interés, preocupación, colaboración y entrega generosa hacia los demás.
- Servicio: ayudar a alguien que nos necesita.
- Superación: motivación a perfeccionarse en lo humano, espiritual, profesional y económico.
- Altruismo: es el realce hacia los otros sentimientos de bondad, amor, compasión, solidaridad, amistad. Hacer algo por otro solo por el deseo de ayudar. Neutraliza algunos contravalores como el egoísmo, envidia, avaricia, ambición.



Figura 1. Valores esenciales de la Enfermería. Fuente: Elaboración propia.

La importancia concedida a los valores es esencial para Enfermería porque efectúan de manera constante declaraciones de actitud, preferencia y principios éticos, conforme se compromete en la relación existente con el paciente.

Concepto de bioética

Etimológicamente, la palabra bioética, es un vocablo compuesto por *bios* que significa vida y ética que viene del griego *ethos*. Se establece entre la rama de la biología y la ética. Así, bioética es un neologismo acuñado en 1971 por Van Rensselaer Potter¹. Se puede definir como “**la disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivos**”³. Todos los profesionales de Enfermería deben conocer sobre este concepto; igualmente, acerca de los acuerdos y desacuerdos ante situaciones que comprometen la vida, la integridad y la autonomía del paciente, que, como toda persona, tiene sus derechos y el mantenimiento de la dignidad humana, aún después de su muerte.

Cuestiones contemporáneas en bioética

Algunas cuestiones frecuentemente tratadas en bioética¹²:

- Calidad de vida y sanidad: trata asuntos de ciencia y tecnología que tengan que ver con la vida y el medio ambiente: órganos bioartificiales, vacunas, medicamentos, cosméticos.
- **Clonación: “Es el procedimiento de obtener una población de varios individuos genéticamente homogéneos a partir de uno solo mediante reproducción asexual”¹³.**
- **Criónica: “Utilización tecnológica del frío, especialmente para la conservación de seres vivos”³.** Se conservan en frío a humanos o animales a quienes la medicina actual ya no puede mantener con vida, hasta que su reanimación sea posible en el futuro.
- Reproducción: actualmente, el acto sexual no es la única vía a través del cual se puede alcanzar la reproducción humana; existen otros métodos: inseminación artificial, fecundación in vitro, transferencia intratubárica de gametos, crio preservación, maternidad sustituida o subrogada, entre otros¹².
- Eutanasia: en casos de aborto provocado y terapéutico, uso de anticonceptivos orales, infanticidio en niños que poseen malformaciones, eutanasia activa y pasiva en enfermos en etapa terminal, eliminación de adultos que no tienen racionalidad¹⁴.
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): solución a algunos de los múltiples problemas éticos en estos pacientes: secreto profesional, distribución de recursos humanos, hospitalarios, medicamentos, familia¹².
- Donación de órganos: atención a la voluntad del donante (principio de autonomía, consentimiento informado, beneficencia, justicia); comercio ilegal de órganos¹⁵.

Implicaciones ético-legales en la práctica de la Enfermería perioperatoria

Como ya se ha expresado, la esencia, el objetivo primordial de la Enfermería, es el cuidado humano y holístico de las personas que están a su cargo, lo cual implica cuatro grandes responsabilidades: promover la salud, prevenir las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Con el fin de cumplir estos compromisos esenciales, debe tener siempre presente el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano; por ello, se compromete a cumplir con los preceptos éticos universales, los valores, los principios que guían la práctica, de lo contrario podría estar implicada en una acción de índole legal.

Específicamente, la Enfermería perioperatoria durante el acto quirúrgico debe cumplir con varias e importantes funciones como: vigilar por los instrumentos e insumos, antes, durante y después de la operación; reconocer que cada uno de los integrantes del equipo médico y auxiliar tiene sus funciones determinadas, que se ayudan mutuamente, pero, cada uno responde por su desempeño. Por ejemplo, un caso grave sería un olvido quirúrgico, que se trata de un cuerpo extraño (gasa, pinza, sutura, otros) dejado en el interior del paciente que fue intervenido. ¿Quién fue el culpable de ese grave olvido? o ¿Se trató de un delito compartido?

Enfermería, al igual que el médico y otro profesional de la salud, puede incurrir en el sometimiento a los pacientes (sin su consentimiento) a procedimientos y técnicas que sean un peligro a la salud. Es decir, por realizar directa o indirectamente, sola o en colaboración una acción, podría causar un daño e incurrir en un delito. Estos delitos ocurren por^{1,5,6,11} (figura 2):

- Imprudencia: cuando se actúa apresuradamente, de manera irreflexiva o sin prever las consecuencias o daños en las que podría desembocar una acción. Ejemplo: administrar un medicamento sin verificar las indicaciones.
- Negligencia: cuando no se cumple con algo que estaba obligado a hacer, bien sea por descuido, flojera u omisión. Ejemplo: provocar una infección por falta de limpieza adecuada del equipo quirúrgico.

- Impericia: falta parcial o total de conocimiento teórico y práctico para realizar las acciones de cuidado. Ejercicio profesional incompetente, inepto. Ejemplo: colocar de forma incorrecta una vía endovenosa. También por dejar gasa o instrumental en la cavidad abdominal.
- Omisión: dejar de hacer lo que le corresponde. Ejemplo: no cumplir con el tratamiento indicado en las órdenes médicas.
- Iatrogenia: se trata del daño causado a un paciente derivado de un procedimiento clínico o quirúrgico. Es un daño no deseado ni buscado. Es una lesión u homicidio causado a un paciente por imprudencia, negligencia, impericia. Ejemplo: quemaduras, oblitio quirúrgico.
- Inobservancia: indiferencia y desacato a los reglamentos, normas, leyes. Ejemplo: la impuntualidad.



Figura 2. Valores esenciales de la Enfermería. Fuente: Elaboración propia.

Se incluye esta web para que los interesados en la temática acerca de los delitos nombrados, específicamente, negligencia e impericia, revisen ciertos casos que se han presentado en Venezuela: <https://vlexvenezuela.com/tags/sentencia-a-enfermeras-negligencia-e-impericia-537586>

Reglamentos, códigos y derechos ético-legales de la Enfermería

Se presenta una recopilación de los reglamentos, códigos y derechos que todo estudiante desde los inicios de su formación en la carrera de Enfermería hasta su desempeño profesional debe conocer, revisar y aplicar en cada práctica de cuidado. El conocido teórico del derecho Hans Kelsen¹⁶, expresa en una jerarquía normativa, los códigos, constituciones, tratados, leyes, estatutos, derechos que tienen calidad legislativa, al representar en una pirámide el imperio de las leyes o las bases legales de un país, institución, gremio, profesión. Así que, para la mejor comprensión de la dimensión ético-legal en la Enfermería, la autora del capítulo trató de organizar lo que implica esta temática iniciando con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela que es la que predomina o por la cual se rigen los demás entes jurídico-legales.

1. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000): Capítulo III. De los Derechos Civiles, artículos 43 al 61 y el Capítulo V. De los Derechos Sociales y de las Familias, artículos 83 al 97.
2. Ley Orgánica del Trabajo (2012): comprende el derecho laboral de todos los venezolanos.
3. Código Orgánico Procesal Penal (2009): responde a la participación ciudadana en el desarrollo de todo proceso penal.
4. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2006): la salud como un derecho humano fundamental.
5. Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT) (2005): promueve a los trabajadores ciertas condiciones de seguridad y bienestar en el ambiente de trabajo.
6. Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería (2005)¹⁷: regula el ejercicio de la Enfermería en todas sus funciones laborales y, asimismo, cuenta con un capítulo que trata de las atribuciones de los Colegios de Profesionales de la Enfermería en todo el territorio nacional.
7. Código Deontológico de Enfermeras de Venezuela (2006)⁸: presenta los deberes y derechos, principios éticos y morales que rigen al profesional de la

Enfermería en Venezuela. Cada país tiene su propio código deontológico, entendido este término como la parte de la ética que regula los principios, valores y deberes de una profesión.

8. Convenciones colectivas sobre el personal de Enfermería: condiciones de empleo, seguridad y salud en el trabajo; derecho al ejercicio de la profesión, entre otros.
9. Federación de Colegios de Profesionales de Enfermería: regula y vela por el desempeño de los colegios y profesionales de Enfermería a nivel nacional.
10. Normativas de la institución donde se trabaja: horarios, perfil de cargo, uniforme, jerarquías, entre otros.
11. Deberes y derechos del profesional de Enfermería y de los pacientes.

Los interesados pueden adquirir los documentos legales nombrados en librerías. Tanto la Ley del Ejercicio Profesional¹⁷ como el Código Deontológico⁸ son libros pequeños, económicos, de pocas páginas y de fácil lectura, aunque no se deben leer solo una vez, al contrario, deben servir de consulta permanente desde la etapa de estudiante hasta que se desempeñe como profesional. Otra opción es bajar o revisar por internet todos los documentos citados, por ejemplo, la Ley del Ejercicio Profesional se recomienda que la obtengan por la siguiente página web <https://docs.venezuela.justia.com/federales/leyes/ley-del-ejercicio-profesional-de-la-enfermeria.pdf> y, el Código Deontológico de Enfermeras de Venezuela en <http://laenfermeriavenezolana.blogspot.com/p/ley-del.html>

Deberes y derechos del profesional de Enfermería

Revisarlos en la Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería¹⁷: Capítulo IV De los Deberes y Derechos de los o las profesionales de la Enfermería, artículos 13 al 16; Capítulo V Del Secreto Profesional, artículos 17 al 20; Capítulo VI De los honorarios por servicio de Enfermería, artículos 21 al 23; Capítulo VII De las prohibiciones, infracciones y del ejercicio ilegal de la Enfermería, artículos 24 al 26; Capítulo VIII De las sanciones, artículos 27 al 39.

El paciente debe tener la posibilidad de comunicarse, permanente, sincera y respetuosamente con el equipo de salud. Enfermería, tiene la responsabilidad de conocer la Declaración de los derechos de los enfermos, la Protección de los derechos del paciente relacionados con los medicamentos, el Consentimiento informado, la Carta de derechos de la persona que agoniza y otros. Si el paciente no está en condiciones de ejercer sus derechos, los pueden solicitar sus allegados. Seguidamente, se nombran algunos de los derechos que tiene la persona enferma.

Derechos universales del paciente

Son varias las declaraciones internacionales que reconocen el derecho de todo ser humano a la protección de su salud, pero en ningún tratado internacional se contemplaban los derechos del paciente, hasta que en 1981, la Asociación Médica Mundial creó su propia Declaratoria del Derecho del Paciente, que se fue nutriendo y modificando en el tiempo y cuya última modificación es del año 2005¹⁸. Cabe **destacar que agrega como otro punto de “no discriminación”** a la condición sexual del paciente, punto al que los tratados anteriores no hacían mención. Muchos son los convenios y las normas que hoy día protegen a los pacientes y, en la mayor parte de los países de mundo se han elaborado leyes, cartas, compromisos y normativas que aseguran estos derechos, entre los que usualmente coinciden los siguientes:

I. Derecho a recibir atención médica adecuada: el paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

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

III. Derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz: el paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante le brinde información completa, veraz y ajustada a la realidad sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento y, se exprese siempre de forma clara y comprensible.

IV. Derecho a decidir libremente sobre su atención: el paciente o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

V. Derecho a otorgar o no su consentimiento válidamente informado: el paciente o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en caso de donación de órganos.

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

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

VIII. Derecho a recibir atención médica de urgencia: cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por

un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

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

Derechos del paciente relacionados con los medicamentos¹⁹

I. Ser informado del nombre del fármaco, objetivo, acción y los potenciales efectos indeseables.

II. Rehusar un fármaco a pesar de las consecuencias.

III. Hacer que el médico y el profesional de Enfermería valoren la historia del fármaco, incluyendo las alergias.

IV. Ser avisado adecuadamente de la naturaleza experimental del tratamiento farmacológico y a dar el consentimiento informado escrito para su uso.

V. Recibir fármacos etiquetados de forma segura sin molestias de acuerdo con los cinco correctos de la administración de fármacos.

VI. Recibir un tratamiento de soporte adecuado en relación con el tratamiento farmacológico.

VII. No recibir fármacos innecesarios.

Derechos de la persona que agoniza¹⁹

I. Tengo el derecho de ser tratado como un ser humano vivo hasta que muera.

II. Tengo el derecho de mantener el sentido de la esperanza.

III. Tengo el derecho de ser cuidado por aquellos que pueden mantener un sentido de esperanza.

IV. Tengo el derecho de expresar mis sentimientos y emociones sobre mi próxima muerte a mi manera.

V. Tengo el derecho de participar en las decisiones sobre mi cuidado.

- VI. Tengo el derecho de esperar atención médica y de enfermería continua.
- VII. Tengo el derecho de no morir solo.
- VIII. Tengo el derecho de no sentir dolor.
- IX. Tengo el derecho de que se me responda sinceramente.
- X. Tengo el derecho de que no se me engañe.
- XI. Tengo el derecho de recibir ayuda para mí y para mi familia para que acepten mi muerte.
- XII. Tengo el derecho de morir en paz y con dignidad.
- XIII. Tengo el derecho de mantener mi individualidad y de no ser juzgado por mis decisiones que puedan ser contrarias a las creencias de los demás.
- XIV. Tengo el derecho de comentar mis experiencias religiosas/espirituales.
- XV. Tengo el derecho de esperar el respeto del cuerpo humano aun después de mi muerte.
- XVI. Tengo el derecho de ser cuidado por gente cariñosa, sensible y con conocimientos que entiendan mis necesidades y sean capaces de obtener satisfacción por ayudarme a afrontar mi muerte.

Deberes del paciente^{18,20}.

- I. Informar de manera veraz acerca de sus datos personales y enfermedad.
- II. Cumplir con el reglamento del hospital (visitas, comidas, honorarios).
- III. Cuidar las instalaciones y el equipo usado.
- IV. Tratar al personal de salud con respeto.

Conclusión

Sin importar el área de trabajo, el profesional de Enfermería está en la obligación de trabajar bajo los mandatos de los principios éticos universales, valores, reconociendo los derechos y deberes del paciente y propios, los delitos en los que puede incurrir, las leyes, códigos, normativas que la protegen. Sólo de esta manera podrá cumplir sus labores con la mejor calidad científica, especializada y humana;

adaptándose a las exigencias de la sociedad, a los avances científicos y tecnológicos innovadores que se han afiliado a la atención y organización de los servicios de salud.

A la luz de las afirmaciones anteriores, los valores y actitudes como elementos básicos en la formación de la conducta de Enfermería, representan el hilo conductor para la práctica de este profesional, pues, se relaciona con la fundamentación teórica, los conocimientos técnicos y científicos que le permiten reflexionar sobre los elementos éticos y bioéticos de los cuidados que ofrece en la práctica diaria.

Con especial atención y habilidad, debe actuar en todo momento, pero con mayor énfasis y alerta en áreas especiales como la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Salas de Urgencias-Emergencias y Quirófanos donde la mayoría de los pacientes dependen y confían en sus decisiones al momento de un dilema o de un conflicto; requieren una vigilancia y una atención continua, específica y, son sitios en que, entre otros aspectos, se prohíbe al paciente el derecho de estar en compañía de sus seres queridos, aún en sus últimos momentos.

Se ha observado que, ante el dolor, se cumple con la administración del medicamento indicado en el horario establecido por el servicio, más no cuando el enfermo lo requiere. Hasta en el momento de la muerte, Enfermería, se olvida de satisfacer las necesidades fisiológicas, psicológicas y de las creencias espirituales del paciente y de la familia, convirtiéndose en cómplice junto con otros profesionales de la salud en actos que atentan o que están en contra de lo que éste prefiere, sin salvaguardar sus deberes y derechos. Entonces, el verdadero actuar requiere del respeto a la persona enferma, familiares, pares, equipo de salud, de los valores, principios, calidad humana y de cuidados especializados, lo que genera un elevado crecimiento personal y profesional; fundamentando así la práctica, ciencia, visión, misión y la disciplina de la Enfermería.

Referencias

1. López JL. Ética. Barcelona: Atalaya, S.A.; 1994.
2. Padilla DL, Silva SP. Dilemas y Toma de Decisiones Éticas del Profesional de Enfermería en Unidades de Cuidado Intensivo. Actual. Enferm. [Internet] 2007 [consultado 18 de julio 2023]; 10(2):20-25. Disponible en: https://encolombia.com/medicina/revistasmedicas/enfermeria/ve102/dilemas_y_toma_decisiones/#sthash.nal1puoi.dpuf
3. Diccionario de la Lengua Española. 23a ed. España: Espasa Libros; 2014.
4. Potter P, Perry A. Fundamentos de enfermería. 8a ed. España: Elsevier Mosby; 2014.
5. Sánchez A, Sánchez A, Bello M. Aspectos éticos de los cuidados intensivos. Rev Cub Med Int Emerg. [Internet] 2003 [consultado 2 de julio 2023]; 2(4):96-112. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_4_03/mie15403.htm
6. Bok S, Frey R, Dworkin G. La eutanasia y el auxilio médico al suicidio. Madrid: Akal; 2003.
7. Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras. [Internet] 2012 [consultado 22 de agosto 2023]. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/>
8. Código Deontológico de Enfermeras de Venezuela. Caracas: Comité Ejecutivo de la Federación de Profesionales de Enfermería de Venezuela; 2006.
9. Rincón M, Carrillo LM, Camargo MA, Guerrero M, Gutiérrez NA. Educación, Bioética y toma de decisiones éticas en unidades de cuidado intensivo. Revista Latinoamericana de Bioética. 2008; 8(2):114-123.
10. Frondizi R. ¿Qué son los valores? México: Fondo de Cultura Económica; 1986.
11. Rumbold G. Ética en enfermería. España: McGraw Hill-Interamericana; 2000.
12. Berrocal Á. Respuestas a la bioética contemporánea. Murcia: Fundación Universitaria San Antonio; 2012.
13. Ambesi S. La Clonación. Cuad. Bioét. [Internet] 2000 [consultado 21 de agosto 2023]; 41(1):48-55 Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2000/1/41/48.pdf>

14. León FJ. El aborto desde la bioética: ¿autonomía de la mujer y del médico? Cuad. Bioét. [Internet] 2010 [consultado 2 de julio 2023]; XXI (1):79-93. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2010/21/1/71/79.pdf>
15. Guerra YM, Márquez Á. Bioética, trasplante de órganos y derecho penal en Colombia. Revista Prolegómenos Derechos y Valores 2011; 14(28):45-59.
16. Editorial Etecé. Pirámide de Kelsen. [Internet] 2020 [consultado 25 de agosto 2023]. Disponible en: <https://concepto.de/piramide-de-kelsen/>
17. Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería. Gaceta Oficial 38.263. Septiembre 1, 2005.
18. Unión Latinoamericana Contra el Cáncer de la Mujer (ULACCAM). Derechos del paciente. Boletín mensual. [Internet] 2014 [consultado 25 de julio 2023]. Disponible en: <https://www.ulaccam.org/actualidad/derechos-del-paciente>
19. Potter P, Perry A. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica. Tomo II. 3a ed. Madrid-España: Mosby/Doyma Libros, S.A.; 1996.
20. Kozier B, Erb G, Olivieri R. Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica. Tomo II. 4a ed. Madrid-España: McGraw Hill Interamericana; 1993.

CAPÍTULO 2

PRINCIPIOS DE LA ENFERMERÍA PERIOPERATORIA

María Gregoria Vega e Indira Rosa Briceño Díaz

Introducción

La asistencia perioperatoria es todo un desafío al que se enfrenta el paciente y el equipo de salud (cirujanos, anestesiólogos, enfermeros, internistas, cardiólogos, entre otros). Detectar condiciones clínicas específicas en cada paciente y el reto del evento quirúrgico al que se enfrenta es parte sustancial de la misma¹.

Por esto, la intervención de Enfermería en el paciente quirúrgico es fundamental, procurando que este se encuentre en las mejores condiciones físicas y psíquicas posibles, con el propósito de establecer el plan preoperatorio más adecuado, minimizar los riesgos y disminuir la ansiedad para intentar lograr el mejor curso perioperatorio posible^{1,2}.

En tal sentido, el enfermero debe desarrollar su labor como experto en procesos quirúrgicos durante el pre, trans y postoperatorio, haciendo una valoración clínica global del paciente, diagnóstico de necesidades, detectando las circunstancias que puedan alterar el curso normal de una intervención quirúrgica, estableciendo un plan de cuidados y acompañando al paciente en todo su proceso. Hay que tener en cuenta, que, si la enfermería quirúrgica se limita sólo al proceso intraoperatorio, y dentro de éste al aspecto tecnológico, estaría descuidando otras facetas inherentes a su trabajo y rol autónomo o independiente².

En efecto, esta asistencia debe ponderar los beneficios contra los riesgos del evento quirúrgico, así como también, debe tenerse en cuenta que el paciente ha depositado su confianza en el equipo quirúrgico; que este llega a un sitio diferente a su medio habitual, a menudo desconocido, lo que le va a provocar ansiedad y angustia. En general, se encuentra temeroso con respecto a su situación de enfermedad, que le ha hecho ingresar en el hospital, y que muchas veces no posee la

información suficiente, haciéndose difícil entender esa situación si no se ha pasado por momentos parecidos.

Enfermería perioperatoria

Es la profesional que aporta cuidados completos a pacientes en condiciones de gran dependencia. La asistencia incluye el tratamiento seguro y efectivo en colaboración con otros miembros del equipo de salud; la enfermera (o) también salvaguarda la integridad del paciente al actuar como apoyo durante su experiencia perioperatoria. Por otra parte, explora estrategias para mejorar su práctica a través de la educación continua, la investigación y los hábitos del aprendizaje de por vida³.

Enfermería quirúrgica

Las personas que se inclinan por estudiar la Enfermería perioperatoria, suelen ser profesionales observadores, con pensamiento crítico, reflexivos, creativos, poseen habilidades y destrezas que les permiten laborar en equipo y con vocación de servicio ante una comunidad demandante.

Sin duda alguna, la capacidad de participar en las diferentes fases perioperatorias y en especial en el acto quirúrgico, hace del aprendiz o profesional una persona con conocimiento abierto al manejo del instrumental, sus accesorios, aplicación de técnicas de esterilidad, debido a que son componentes vitales para el equipo quirúrgico, donde se requiere de una buena preparación previa antes de tener contacto directo con el paciente para soportar estrés y para colaborar en el mantenimiento de un ambiente de trabajo cómodo.

La conciencia quirúrgica es parte de la responsabilidad de cada persona en vigilar la técnica estéril y no violar los principios bioéticos, asumiendo el compromiso de una conducta profesional ética-moral.

En Estados Unidos de América (EUA), la Enfermería Quirúrgica Profesional se define como la identificación de necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas del paciente, la implementación de un programa individualizado sobre los cuidados y las intervenciones coordinadas, con base en un conocimiento de las ciencias naturales y del comportamiento, con el objeto de restablecer o mantener la salud y bienestar del paciente, antes, durante y después de la cirugía³.

Los retos de la Enfermería perioperatoria es garantizar el cumplimiento de las normas de asepsia y antisepsia, para evitar riesgos al paciente y por ende prevención de infecciones; lo anterior, disminuye la estadía de la persona en el ámbito hospitalario, permitiéndole incorporarse a su vida social en el tiempo planificado, disminuyendo costos, tanto para el individuo y como para las instituciones de salud.

En otras palabras, la práctica de Enfermería clínica ubicada en el período perioperatorio, el profesional se encarga de realizar funciones específicas en cada período, tratando de garantizar la prevención, promoción y mantenimiento de la salud en los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente. Ningún acto realizado durante el ejercicio profesional pasa desapercibido, ¡Dios lo ve todo!

Los cuidados perioperatorios

Se fundamentan en la Enfermería como profesión y disciplina, de manera que en cada actuar de este profesional capacitado en el área quirúrgica, incorpore en el cuidado, un conocimiento metódico donde la praxis precise las estrategias a desarrollar en cada fase del acto quirúrgico y que en cada intervención ejecute los cuidados dependientes, interdependientes y transdisciplinarios de acuerdo a las respuestas humanas manifestadas por el paciente, con el fin de brindar una atención oportuna, desde el momento que inicia la planificación de alta por Enfermería, la resolución quirúrgica por el equipo de salud, el egreso y la pronta reincorporación del paciente a la sociedad.

Características de la disciplina de Enfermería

Posee un cuerpo de conocimiento sistemático relacionado entre sí, que da significado global al objeto de la disciplina o rama del saber. En el caso de la Enfermería es el cuidado. El cuidado humano, es una actividad que ha existido desde el inicio de la humanidad, pues es algo innato y fundamental en la vida de las personas.

En consecuencia, cuidar es un acto de vida que significa una variedad infinita de actividades dirigidas a mantener la vida y permitir la continuidad y la reproducción⁴. Es un acto individual, dado por uno mismo y para uno mismo, en el momento que la persona adquiere la autonomía precisa para ello. Igualmente, es un acto recíproco que supone dar a toda persona que, temporal o definitivamente, tiene necesidad de ayuda para asumir sus cuidados de vida². Por tanto, el cuidar es una actividad sencilla y habitual en el ser humano, que practica cotidianamente, como parte integrante de sus actividades y satisfacción de sus necesidades fundamentales.

El cuidado profesional no consiste en un acto sencillo y habitual, pues para diagnosticar desde el punto de vista de la Enfermería y proporcionar cuidados especializados se requiere de conocimientos, actitudes y destrezas, que solamente se adquieren con el estudio profundo y sistemático de la sociedad, su entorno, la persona, la salud y la propia Enfermería.

Utiliza el método de la ciencia, adaptado a las peculiaridades del objeto disciplinar. Al respecto, los principios teóricos tienen que verse reflejados en la práctica¹. El desarrollo profesional, además de la orientación filosófica, exige un método de trabajo, Enfermería ha adoptado el Proceso Enfermero (PE)⁵.

Acto quirúrgico

De manera general, el procedimiento médico quirúrgico es el ejecutado en un centro de salud por un equipo multidisciplinario, donde el cirujano desempeña el papel central realizando la técnica quirúrgica con el objeto de restablecer la salud a un paciente, en las mejores condiciones físicas y psíquicas, así como con el menor

riesgo posible para su vida⁶. El equipo multidisciplinario que participa lo integran anesthesiólogos, cirujanos, enfermera anestesista, enfermera instrumentista y enfermera circulante.

Este acto consta de tres fases: preoperatorio, transoperatorio (acto quirúrgico propiamente dicho) y el postoperatorio^{6,7}, como se puede observar en la figura 1.

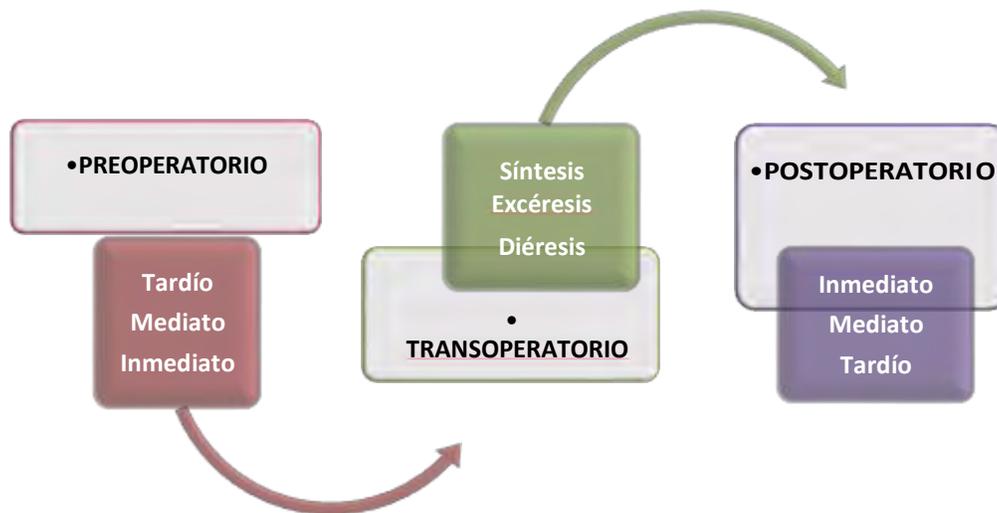


Figura 1. Fases del perioperatorio. Fuente: Elaboración propia.

Fases del acto quirúrgico

Fase preoperatoria: comienza con la decisión de efectuar la intervención quirúrgica. Termina con el paciente en el quirófano. En este proceso se efectúan todas las preparaciones, tanto administrativas como clínicas del paciente sometido a una cirugía. El manejo del cuidado del paciente se planifica con base en la histórica médica, realizándose una valoración integral para planificar y dar comienzo a las intervenciones.

Es decir, el preoperatorio es el periodo que comprende el estudio y preparación del enfermo para la intervención quirúrgica. Comienza con la entrevista inicial del cirujano con su paciente, que viene a representar uno de los momentos

estratégicos de la relación y termina al iniciarse la anestesia en la sala de operaciones, momento en el que se inicia el transoperatorio.

Fase transoperatoria o intraoperatoria: comienza cuando se recibe al paciente en el quirófano, y termina cuando se pasa a la sala de recuperación. Durante este periodo es donde se realiza la anestesia y la cirugía propiamente.

También, el transoperatorio o intraoperatorio es definido como el periodo en el cual transcurre el acto quirúrgico, efectuándose una serie de cuidados y controles que tienen como finalidad mantener al paciente en un estado lo más cercano posible a la homeostasis (equilibrio o estabilidad orgánica en las constantes fisiológicas). Se da con el inicio de la administración o inducción de la anestesia y termina cuando el cirujano aplica el último punto de sutura o, en su caso, da por concluida la intervención. Indican otros autores⁶ que esta fase comienza cuando el paciente entra a quirófano y termina al ingresar al área postanestésica, es decir, a la unidad de recuperación postanestésica (UPA) o unidad de reanimación, por ello, se divide en: Transoperatorio quirúrgico y Transoperatorio anestésico.

La función del cirujano no termina al concluir la intervención quirúrgica, él es responsable del paso seguro del paciente a la UPA y posteriormente a su cama.

Fase postoperatoria: es el período que transcurre entre el final de la operación y la completa o parcial recuperación del paciente. La valoración de la recuperación anestésica corresponde al médico anesthesiólogo, pero el cuidado durante esta fase es responsabilidad de todo el equipo quirúrgico, la posición del enfermo, aspiración de secreciones de las vías respiratorias, adecuado manejo del dolor, reposición de pérdidas, vigilancia de la herida quirúrgica y la nutrición, entre otros, debido a que, en caso de fracasar la terapéutica y los cuidados se podría finalizar en la muerte.

El postoperatorio se divide en cuanto al tiempo que ha transcurrido desde la operación en: inmediato, mediano y tardío.

- Inmediato: corresponde a las primeras 24 horas tras la cirugía.
- Mediano: abarca desde las 24 horas hasta 7 días después de la cirugía.

- Tardío: va desde el séptimo día hasta cumplir un mes después de la cirugía.

La cirugía

Es un componente esencial de la asistencia sanitaria en el mundo y, ante el crecimiento de los traumatismos, cánceres y enfermedades cardiovasculares, cada vez contará con más peso en los sistemas de salud. En la actualidad, se calcula que en todo el mundo se realizan al año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, dato que equivale a una operación por cada 25 personas. Sin embargo, en los países desarrollados se registran complicaciones serias en el 3%-16% de las intervenciones, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente que van del 0,4 al 0,8%⁸.

Tipos de cirugía

Cirugía electiva

Es el nombre que se le da a toda aquella cirugía que no sea de emergencia y que pueda ser demorada al menos por 24 horas. Cuando una persona la requiere, el médico especialista le determinará una categoría clínica de acuerdo a la evaluación que le haya efectuado. Acontece cuando el paciente tiene el tiempo necesario para evaluar cuidadosamente los riesgos y beneficios del procedimiento e identificar qué es lo más adecuado para su tratamiento⁹.

Lo sustancial de este tipo de intervención quirúrgica, a diferencia de la cirugía de urgencia o de emergencia, es que se puede coordinar, entre médico y paciente, el mejor momento para realizarla, bien sea, por indicación médica (procedimientos de cataratas, aplicación de prótesis ortopédicas, entre muchos otros) o por decisión propia (cirugías estéticas).

Una de las principales ventajas de este tipo de cirugía es que permite pautar el periodo de ayuno recomendado y posibilita el acondicionamiento del paciente para que el procedimiento se efectúe en óptimas condiciones clínicas (por ejemplo, control de presión arterial alta, suspensión de medicación, entre otros).

Cirugía de emergencia

Es aquella que acontece cuando existe una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y requiere de una actuación inmediata dentro de los primeros 30 minutos. Para este tipo de cirugías, no hay horarios, el paciente llega y, dependiendo de su severidad, se estabiliza y se pasa inmediatamente para atención en quirófano. Ejemplos: desprendimiento de placenta en la mujer embarazada, cesárea por bradicardia fetal, lesión arterial traumática, entre otros⁹.

Dado que estas cirugías se realizan con poca o ninguna planificación por adelantado, no resulta posible pautar el periodo de ayuno recomendado, con el consecuente incremento de los riesgos y las complicaciones resultantes en caso de aspiración del contenido gástrico durante la inducción anestésica, el procedimiento o el postoperatorio inmediato.

Cirugía de urgencia

Es aquella que se realiza dentro de las primeras 24 horas posteriores al diagnóstico médico. Por lo general, responde a una problemática de salud que se presenta de forma repentina y requiere asistencia dentro de un periodo de tiempo razonable. Ejemplos: apendicitis, hernia estrangulada, embarazo ectópico, torsión de ovario o testículos, entre otros⁹.

Planificación ante una cirugía

Los enfermeros instrumentistas y circulantes priorizan las tareas, reúnen y organizan el material y llevan a cabo la preparación de una manera ordenada. Exige conocer el procedimiento y saber cómo hacer uso adecuado del tiempo, espacio y esfuerzo. Una planificación exitosa es una habilidad aprendida. Ante una cirugía se busca planificar lo siguiente:

- El diagnóstico que define la causa que produce las manifestaciones clínicas, las acciones médicas y las intervenciones de la Enfermería para corregirlo.
- La técnica quirúrgica para planificar el instrumental especial al momento de la resección o extirpación (ectomía), reparación, reemplazo, implante o

reconstrucción si se debe modificar una estructura anatómica por motivos funcionales o estéticos.

Procedimientos previos al acto operatorio

Los procedimientos que a continuación se mencionan son ejecutados previos al intraoperatorio por el personal de Enfermería que cumplen funciones de instrumentista y circulante¹⁰.

1. Previo a cualquier procedimiento en el área quirúrgica, el personal debe realizarse un lavado de mano médico para evitar riesgos de infecciones cruzadas.
2. Verifique la posición de la mesa quirúrgica (donde está ubicado el paciente), su seguridad con los frenos y asegúrese que esté bajo las lámparas cialíticas.
3. Coloque ropa limpia sobre la mesa quirúrgica y verifique que haya apoyabrazos, piñerías y sujetadores.
4. Conecte las tubuladuras de aspiración y revise las de la máquina de anestesia, así como la cal sodada que contiene el canister y verificar que tengan la presión adecuada.
5. Reúna los estudios diagnósticos requeridos.
6. Si no hay ayudante de anestesia, el circulante de cirugía colabora con la monitorización (electrodos cardíacos, el aspirador, el brazalete de presión arterial, fomenteras y otros).
7. Si se van a emplear equipos eléctricos (Unidad de Electrobisturí, lámparas cialíticas, entre otros) durante la cirugía, verificar conexiones y tuberías; además los indicadores deben estar de acuerdo a las recomendaciones del fabricante.
8. Prepare todo lo necesario para el acto operatorio, adelantándose a las necesidades que pudieran presentarse en el orden secuencial de los tiempos quirúrgicos o pasos del abordaje según la cirugía (misceláneos, instrumentos, equipos, entre otros).

El material estéril se abre de una manera lógica. La enfermera circulante, instrumentista o solo el circulante (según protocolo institucional), debe seleccionar el material previo a la cirugía, respetando tamaño y peso⁸.

- Abertura del bulto quirúrgico. Demarca el área estéril y se amplía con el revestimiento de la mesa de Mayo.
- Colocación del material estéril en las mesas de trabajo (Mayo, circular, auxiliar, triangular) con técnica de bombeo, de traslado a través de una pinza porta objeto de una manera firme sobre la mesa (que no se balanceen) y de entrega de personal no estéril a personal estéril.
- Al abrir los paquetes estériles, rompa el sello en lugar de arrancarlo, así evitará que la envoltura externa pueda contaminar la interna.
- Los paquetes de doble envoltura desenvuélvalos en forma secuencial para exponer el equipo y entréguelo con su envoltorio interno intacto (estéril).
- Nunca desenvuelva las bandejas grandes de instrumental sosteniéndolas con una sola mano, esto provoca demasiada tensión en el nervio mediano, los tendones y las articulaciones. Coloque la bandeja sobre una mesa y desenvuélvalo allí.
- Cuando abra bandejas de esterilización cerradas, rompa el sello y quite las envolturas, pero recuerde que los bordes no se consideran estériles.
- Al abrir los equipos estériles colóquelos en recipientes para envoltorios limpios.
- Los instrumentos cortantes o agudos ábralos sobre una superficie visible e infórmelo en voz alta.
- No abra ningún implemento que no se necesite (suturas extras, material especial, implantes), abrirlo solo cuando el cirujano lo solicite, esto evita el desperdicio de material y disminuye el costo-beneficio a la institución.
- Abra las batas o camisolines y los guantes sobre otra superficie que no sea la mesa auxiliar. Este protocolo evita la posible contaminación con gotas de agua que puedan caer de las manos lavadas en la mesa que contiene todo el material estéril.

Técnicas aplicadas previas al acto quirúrgico

Las técnicas quirúrgicas son comunes en la mayoría de los actos quirúrgicos previos a la cirugía. Por supuesto, se puede adecuar, agregar o eliminar aspectos de acuerdo a cada protocolo institucional. Estas técnicas descritas en el cuadro 1, son ejecutadas por el instrumentista y frente al paciente en la sala operatoria al inicio de

la fase transoperatoria. Emplea un enfoque metódico en todos los procedimientos a realizar, de esta manera mejorar la eficiencia, ya que la realización al azar de las tareas implica pérdida de tiempo y exceso de movimientos que conllevan a la contaminación del campo quirúrgico. Se debe tener en cuenta la secuencia de cada paso que se realiza para disponer del material adecuado en el intraoperatorio.

Cuadro 1. Técnica utilizada por la instrumentista antes de los procedimientos propiamente dichos de la cirugía

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN PRECISA
Lavado de manos quirúrgico	Antiséptico
Secado de las manos	Campos absorbentes estériles
Vestimenta para la instrumentista y colocación de guantes	Técnica cerrada
Arreglo de las mesas	Mesa de Mayo, de riñón o circular, entre otras mesas especiales utilizadas según la especialidad quirúrgica.
Conteo de material	Misceláneos (líquidos, suturas, gasas, compresas, cotonoides, entre otros, según el caso).
Vestimenta para el cirujano	Se entregan toallas estériles al equipo quirúrgico para el secado de sus manos y se aplica la técnica asistida o abierta para vestir y enguantar a los cirujanos.
Posición quirúrgica y medios de sujeción	Elegida según el caso.
Anestesia	Puede ser anestesia local, general, mixta o balanceada y conductiva (subaracnoidea o epidural), según sea el procedimiento.
Asepsia, antisepsia del paciente y vestimenta del campo estéril o quirúrgico.	Métodos que minimizan los riesgos de infecciones. Las soluciones antisépticas son elegidas previa comprobación de alergias del paciente y sistema a intervenir. Se prepara pinza con gasas para pinta con antiséptico el área operatoria para iniciar vestimenta del campo quirúrgico.

Fuente: elaborado por los autores con referencia de las normas para publicar casos clínicos quirúrgicos (Anexo 2).

Una vez vestido el instrumentista y sobre esta base de procedimientos, organiza y coloca el instrumental primero en la mesa de Mayo (figura 2) respetando el orden secuencial quirúrgico: diéresis (inicia y está inmersa en toda la cirugía); exéresis (implica los tiempos quirúrgicos de la técnica: incisión, corte o diéresis; hemostasia; exposición (separación, aspiración, tracción y disección) y, síntesis (cierre del acto operatorio). Para el arreglo de la mesa circular establezca la división en tres áreas por medio de líneas imaginarias (en un orden de izquierda a derecha)¹¹:

- Área I: limpia o estéril.
- Área II: húmeda.
- Área III: área sucia o de retorno.



Figura 2. Arreglo de la mesa de Mayo. Fuente: Tomada de <https://pixabay.com/es/images/search/instrumentalquirurgico/>

Organizar la mesa de Mayo es lo primordial, cualquier otro material se puede disponer en las mesas secundarias:

- Suturas: ordenarlas de acuerdo a su uso, no abra suturas extras, esto evita el desperdicio.
- Instrumental: se puede emplear instrumentos especiales para ser usado durante la exéresis. Si se usan muchas bandejas, apílelas y coloque las más pesadas en la base. Asegúrese de conocer la ubicación de cada instrumento. Coloque los instrumentos que se usan durante toda la cirugía en la mesa de Mayo.
- Soluciones para irrigación y fármacos: se colocan en un recipiente y no se calientan en microondas a menos que el fabricante lo recomiende. Los medicamentos se rotulan sobre la mesa auxiliar.

- Instrumental delicado: se debe manipular y limpiar suavemente respetando el material como los accesorios del microscopio, laparoscopio, de traumatología, oftalmología, entre otros.

Preparación del campo quirúrgico

El campo quirúrgico se realiza con la utilización de la lencería quirúrgica estéril (desechable o de tela). Una vez que el equipo de Enfermería prepara la cirugía, el paciente ingresa a la sala quirúrgica acompañado del equipo de anestesia y el camillero para la colocación de la anestesia que comienza sólo después que el cirujano entró al quirófano y se lavó junto con los ayudantes para que el instrumentista los vista y les coloque los guantes.

Una vez vestido el cirujano ayudante, junto con la instrumentista realiza la preparación antiséptica de la piel (pintar); es en este momento se inicia la colocación de los campos con la utilización de la lencería quirúrgica estéril en un orden secuencial (sabana podálica o cerrada, sabana cefálica, cuatro campos cerrados, sabana fenestrada o abierta). Fijados los campos con pinzas o suturas, se trae la mesa de instrumentación y se ubica en el campo quirúrgico y el paciente pasa a ser el centro del campo.

Se colocan los mangos para manipular las luces, se asegura el instrumento de aspiración, el electrobisturí y cualquier otro cable según la cirugía en del campo. Los extremos de los cables se entregan al circulante (se dejan caer del lado más apropiado) donde se conectarán a los equipos. Se colocan dos compresas sobre el campo, ofrece pinza o lápiz demográfico para demarcar la incisión y bisturí para circunscribir el inicio de la cirugía (figura 3).



Figura 3. Campo quirúrgico. Fuente: Tomada de <https://pixabay.com/es/images/search/cirugia>

Control del campo quirúrgico

La responsabilidad primordial de este campo es del instrumentista, mantenerlo limpio y ordenado. El material que no está siendo utilizado no debe permanecer en el campo, a medida que los instrumentos utilizados salen de este, se deben limpiar, cambiar la gasa que esté sucia por una limpia, cuando sea necesario. La cirugía exige concentración por lo que si el cirujano solicita una pinza y está en el **campo no le diga “está ahí”, búsquela y entréguesela.**

Mantener una iluminación adecuada en el campo quirúrgico disminuye el riesgo de cometer errores y evita el estrés. Por ello, use los mangos estériles para manipular las lámparas. De igual manera, la distribución adecuada en la mesa, evita cambiar implementos de un sitio a otro ya que esto aumenta la capacidad de contaminación. Conserve el material que necesite y colóquelo en su ubicación correcta. Pregúntese: “si fuera una emergencia, ¿qué cosas deben estar **inmediatamente disponibles?**”, termine primero una tarea y luego empiece con la otra.

Recuento quirúrgico

Se realiza para evitar oblitos quirúrgicos que constituyen un punto principal de juicios legales y de esta manera evitar daños al paciente. Todos los miembros son responsables, aunque en este punto es el instrumentista quien lleva la batuta. Se realiza entre dos profesionales (instrumentista y circulante) y se le informa al cirujano antes de iniciar la cirugía, de cerrar un órgano hueco o una cavidad, de cerrar la piel o cada vez que se sospeche haber olvidado un material o que haya cambio de personal quirúrgico.

En cuanto se advierta que se ha perdido un material se debe iniciar inmediatamente su búsqueda o realizar una radiografía intraoperatoria, en el caso que no se localice debe llenarse un informe detallando el incidente.

Conclusión

Este capítulo presenta al personal de Enfermería una base teórica en la asistencia perioperatoria, identificando las técnicas y procedimientos indispensables para cumplir con eficacia y eficiencia la planificación quirúrgica necesaria para lograr los mejores resultados en la atención y recuperación del paciente, en beneficio del quehacer profesional y de la institución de salud.

Referencias

1. SCRIBD. La valoración prequirúrgica de enfermería. [Internet] s.f. [consultado 4 de septiembre 2023]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/615729572/132-OA7>.
2. Atkinson L, Fortunato N. Berry and Kohn´s introduction to operating technique. 9th ed. New York: Mosby; 2000.
3. Hamlin L, Richardson-Tench M, Davies M. Enfermería perioperatoria. Texto introductorio. México: El Manual Moderno; 2009.

4. Collière MF. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana–McGraw Hill; 1993.
5. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fundamentos de razonamiento clínico. 8ª ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
6. Pozo M, Pinto M, Padilla E, Olmedo M, Pérez A, Toledo J, et. al. El acto quirúrgico. Procedimientos y técnicas. [Internet] 2021 [consultado 10 de septiembre 2023]. Disponible en: <https://mawil.us/el-acto-quirurgico-procedimientos-y-tecnica/>
7. Peate I, Macleod J. (Edit). Enfermería en el Paciente Quirúrgico. 4ª ed. [Internet] 2021 [consultado 4 de septiembre 2023]. Disponible en: https://www.google.co.ve/books/edition/Pudner_Enfermer%C3%ADa_en_el_paciente_quir%C3%BA/YrIREAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=FASES+PERIOPERATORIO&pg=PA17&printsec=frontcover&bs-hm=rimgc/1
8. IMQ. Cuidemos de ti. En el mundo se realizan 234 millones de operaciones de cirugía mayor al año. Jornada **‘Estrategias de Seguridad puestas en marcha en el Bloque quirúrgico’**. [Internet] 2022 [consultado 4 de septiembre 2023]. Disponible en: https://www.imq.es/corporativo/es_ES/particular/imq-corporativo/sala-prensa/Noticias/en-el-mundo-se-realizan-234-millones-operaciones-cirugia-mayor-al-ano.
9. Asociación Entrerriana de Anestesiología, Analgesia y Reanimación. Cirugía electiva, de urgencia y emergencia: diferencias. [Internet] 2019 [consultado 10 de septiembre 2023]. Disponible en: <https://www.anestesiaentrerios.org.ar/cirugias-electivas-de-urgencias-y-de-emergencias-diferencias/>
10. Basozabal B, Durán M. Manual de enfermería quirúrgica. [Internet] 2003 [consultado 5 de septiembre 2023]. Disponible en: https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/HGaldakaomanual_de_enfermeria_quirurgica.pdf
11. Hernández G, Aguayo R. Técnicas quirúrgicas en Enfermería. [Internet] 2003 [consultado 4 de septiembre 2023]. Disponible en: https://www.berri.es/libreria_medica/TECNICAS-QUIRURGICAS-EN-

ENFERMERIA-(Hosp.Central-
Militar)/Hernandez/9789685610056/328347/cod=328347&cat=LE14#: - :text=D
ESCRIPCION%3A%20T%C3%A9cnicas%20quir%C3%BArgicas%20en%20enferm
er%C3%ADa%20representa%20la%20experiencia,M%C3%A9xico%20a%20trav%
C3%A9s%20de%20muchos%20a%C3%B1os%20de%20trabajo.

Capítulo 3

PRINCIPIOS DE ENFERMERÍA EN LA ANESTESIA PERIOPERATORIA

Indira Rosa Briceño Díaz y María Gregoria Vega

Introducción

Actualmente, las funciones de la Enfermería en el ámbito de la Anestesiología varían entre países. Estas diferencias, en gran medida, se deben a la evolución histórica de la especialidad en cada país¹. Sin embargo, haciendo uso de un dicho popular “cuatro ojos ven más que dos”, se hace alusión a la mayor efectividad en el diagnóstico de situaciones irregulares, eventos adversos o complicaciones durante la anestesia y por ello brindar mayor seguridad al paciente. Por eso, el trabajo en equipo entre médico y enfermero o enfermera capacitada, formada y experta otorga cuidados más seguros y optimiza la asistencia.

En virtud de esto, varias sociedades de anesthesiólogos han transmitido que la figura del ayudante de anestesia o enfermera anestesista dentro del “*Anaesthesia Team*” aumenta la seguridad de la anestesia².

Estándares de monitorización

La labor de los anesthesiólogos siempre ha sido conocida como la de “dormir” y paliar el dolor del paciente³. Sin embargo, sus funciones van mucho más allá, una de las cuales es la de vigilar, velar y cuidar del paciente mientras éste es sometido al procedimiento quirúrgico. De hecho, la ASA (*American Society of Anesthesiologists*) tiene como propio el lema “la vigilancia”⁴.

En la actualidad, su responsabilidad profesional involucra el cuidado de la integridad de un ser humano que le entrega su vida, lo que incluye velar por la hipnosis, la analgesia, el bloqueo neuromuscular, el control hemodinámico, neurovegetativo y la prevención del dolor⁵.

En consecuencia, la monitorización ayuda a este especialista a vigilar y controlar los órganos vitales del paciente durante la cirugía, es decir, durante cualquier acto quirúrgico que requiera anestesia, tanto, si se trata de una general, regional o simplemente de una vigilancia anestésica monitorizada.

En este sentido, la ASA elaboró en el año 1986 los estándares mínimos para la vigilancia transoperatoria del paciente⁴. En adicción, estos estándares fueron adoptados por la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiología el 13 de junio de 1992 y las revisiones y modificaciones fueron ratificadas el 5 marzo de 2008 y 19 de marzo de 2010⁶, lo cual, ha permitido observar en ellos que la adecuada y correcta monitorización es uno de sus pilares fundamentales.

Los dispositivos de monitorización juegan un papel importante en la anestesia segura, como complemento de los sentidos humanos y habilidades clínicas, pero no los sustituyen. A continuación, se exponen dichos estándares:

Estándar I

Debe haber personal de anestesia cualificado presente en el quirófano, ya sea esta general, regional o local, que precise cuidados monitorizados.

Objetivo: vigilar al paciente y proporcionar cuidados requeridos, debido a los cambios rápidos en el estado del paciente durante la anestesia, el personal **cualificado ha de hallarse presente**. En el caso de que deba ausentarse por una urgencia deberá dejar a una persona especializada⁶.

Estándar II

Durante todas las anestесias se debe valorar de forma continua la oxigenación, ventilación, circulación y temperatura del individuo.

1. Oxigenación

Objetivo: asegurar la concentración adecuada de oxígeno en el gas inspirado y en la sangre durante la anestesia.

Métodos:

- No deben utilizarse aparatos de anestesia que puedan generar mezcla de gases respiratorios con menos del 21% de oxígeno.
- Gas inspirado: durante toda anestesia general la concentración inspiratoria de oxígeno en el circuito respiratorio del paciente se debe medir con un analizador de oxígeno provisto de una alarma para límite de concentración baja.
- Oxigenación sanguínea: se debe emplear un método cuantitativo, como la pulsioximetría, para evaluar la oxigenación. Es necesaria una iluminación y una exploración adecuada del paciente para valorar su coloración.

2. Ventilación

Objetivo: asegurar la ventilación adecuada del paciente durante todas las anestесias.

Métodos:

- Todo paciente sometido a anestesia general debe tener la ventilación adecuada y continuamente evaluada. Se propugna la monitorización continua del CO₂ en el gas espirado a pesar de que los signos clínicos como excursión torácica, auscultación de los ruidos respiratorios, movimientos de la bolsa y/o concertina del respirador sean adecuados.
- **Cuando se inserta un tubo endotraqueal hay que verificar su posición correcta mediante valoración clínica y con la identificación de CO₂** en el gas espirado y monitorizarse de forma continua la fracción espirada de CO₂ mediante algún método cuantitativo como la capnografía, capnometría o la espectroscopia de masa.
- Durante cualquier anestesia general con ventilación mecánica debe contarse con un dispositivo eficaz que pueda detectar cualquier desconexión de los componentes del sistema respiratorio y avise con una señal audible.

- Los cambios de compliancia y resistencia se vigilarán seleccionando un valor de presión máxima, que impedirá la transmisión de altas presiones.
- La ventilación mecánica se valorará por los siguientes procedimientos: evaluación clínica, capnografía, medida del volumen corriente y frecuencia respiratoria, la valoración de presión en vías respiratorias máxima y mínima.
- Durante la anestesia regional y el cuidado monitorizado de la anestesia, se valorará que la ventilación sea correcta al menos por medio de la observación continua de signos clínicos cualitativos⁶.

3. Circulación

Objetivo: asegurar que la función circulatoria del paciente sea adecuada durante todo el procedimiento anestésico⁶.

Métodos:

- Electrocardiografía continúa desde el principio de la anestesia hasta que se le prepare para salir del quirófano.
- La presión arterial debe conocerse al menos cada 5 minutos y frecuencia cardiaca en monitorización continuada.
- La adecuada perfusión tisular debe ser continuamente monitorizada por un examen clínico. La monitorización continua con pulsioxímetro y la capnografía es altamente recomendada.
- En todo paciente que reciba anestesia general debe realizarse, además de lo anteriormente nombrado, una valoración circulatoria constante mediante al menos uno de los siguientes procedimientos: palpación de pulso, auscultación de ruidos cardiacos, vigilancia de presión intraarterial y de pulso periférico.

4. Temperatura corporal

Objetivo: ayudar al mantenimiento de la temperatura corporal apropiada. Sobre todo, en aquellos procesos en los que se prevean cambios de trascendencia clínica: anestias complejas, prolongadas, pacientes pediátricos y en cirugías cardiovasculares⁶.

Monitorización básica perianestésica

Es aquella que deberá cumplirse en todos los casos y que será superada siempre y cuando el juicio del anesthesiólogo así lo estime en función de la cirugía y del estado físico del paciente. En razón de esto, para una anestesia general la monitorización básica será electrocardiograma, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación arterial de oxígeno por pulsioximetría, fracción inspirada de oxígeno y fracción espirada de CO₂.

Mientras que, para una anestesia regional el monitoreo se hará a través de electrocardiograma, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación arterial de oxígeno por pulsioximetría^{7,8}. Sin embargo, se considera que el primero y más importante componente de los cuidados perianestésicos incluyendo la monitorización de los sistemas de administración de anestesia y del paciente, es la continua presencia de un profesional vigilante durante la anestesia. Es decir, que simultáneamente del uso de la tecnología de monitorización, se requiere la observación clínica continua, porque el equipamiento podría no detectar un deterioro tan rápidamente como un profesional experimentado⁶.

Evaluación preanestésica. Consulta preoperatoria

El número de pacientes que afronta una intervención quirúrgica programada con patologías graves asociadas es cada vez mayor, debido a que los avances tecnológicos, tanto en el ámbito quirúrgico como anestésico, permiten afrontar casos cada vez más complejos. Optimizar su situación clínica es fundamental para poder disminuir el riesgo perioperatorio. Esto es posible gracias a la consulta de anestesia o preoperatoria, para la cual el anesthesiólogo visitará al paciente en las salas de cuidados intermedios o de hospitalización, cuando estos presenten limitaciones, por ejemplo, mal estado general, urgencias, fracturas, entre otras causas.

La evaluación preanestésica consiste en la valoración clínica y paraclínica que precede a una cirugía, forma parte de un proceso organizado y delineado para proveer un cuidado anestésico seguro, humano, eficiente y eficaz. Para lograr esto, el anestesiólogo debe realizar una evaluación preoperatoria completa, bien documentada, orientada a disminuir riesgos y morbilidad del acto quirúrgico, teniendo como objetivos:

- Evaluar el estado de salud y preparar al paciente para la anestesia.
- Evaluar la vía aérea.
- Tranquilizar y disminuir la ansiedad del paciente.
- Crear un plan anestésico orientado a minimizar los riesgos.
- Proyectar el cuidado postanestésico y manejo del dolor.
- Brindar información pertinente respecto al procedimiento anestésico al paciente y/o familiares.
- Obtener el consentimiento informado.

Adicionalmente, el rol de la Enfermería es fundamental en la evaluación preoperatoria, tanto en la consulta como en la sala de hospitalización. En la consulta, mediante la información general al paciente, entrega del consentimiento informado para su lectura previa a la entrevista, toma de constantes vitales, organización de historias clínicas, entre otras. En la sala de hospitalización, a través de la orientación sobre normas higiénicas, régimen de vida, administración de medicación prescrita, valoración del grado de ansiedad y apoyo psicológico. De esta forma, su colaboración en la preparación clínica, psíquica y farmacológica del paciente, es esencial para la obtención de resultados óptimos.

Es importante mencionar, además, el rol que ha asumido Enfermería en la realización de la valoración preoperatoria de forma directa, debido al advenimiento de la creación de las unidades de cirugía ambulatoria, contribuyendo a la disminución del tiempo de estancia hospitalaria y el número de suspensiones quirúrgicas por falta de preparación del paciente, ya que, la solicitud de exámenes paraclínicos e interconsultas con otros servicios o especialidades, se realizarán de forma ambulatoria^{9,10,11}.

También, se apunta que esta intervención enfermera permite dar una información personalizada y adecuada al paciente quirúrgico que les proporciona satisfacción, lo cual tiene efectos positivos en el postoperatorio^{12,13}. Pues, contar con este conocimiento de forma previa a lo que vaya a suceder les aporta tranquilidad, permite gestionar cada momento de forma más óptima, ayudándolos a adaptarse al entorno y las circunstancias de la mejor manera posible y sobre todo involucrarse de forma activa en su propio proceso quirúrgico¹⁴. Esto a su vez provoca la disminución del grado de ansiedad situacional que se produce al ingresar en un medio desconocido^{12,15,16}.

Considera la información obtenida de múltiples maneras como la historia clínica, incluyendo la anamnesis y el examen físico, orientándose fundamentalmente a los aparatos respiratorio y cardiovascular, así como una exploración anatómica que permita detectar si existe dificultad o riesgos para la intubación orotraqueal, los accesos vasculares y locorreregionales.

Un punto clave del estudio preanestésico es la valoración de la vía aérea (VA), siendo de extrema importancia dejar perfectamente registrado en la historia si existen síntomas relacionados con alteraciones en la VA, como ronquera de reciente aparición, estridor, disfagia, disnea y obstrucción posicional, así como antecedentes de radioterapia o cirugía de cabeza y cuello, así como, indagar sobre enfermedades que se asocian a dificultad en el manejo de la VA, como son la espondilitis anquilosante, la artritis reumatoide y otras enfermedades reumatológicas, las infecciones de la boca y vía aérea superior, la diabetes mellitus, la acromegalia, tumores de vía aérea superior, traumatismos, obesidad mórbida, embarazadas, quemados y algunas enfermedades congénitas; el test de Mallampati, la movilidad cervical, la distancia tiromentoniana, así como el estado dental del paciente y cualquier dato que sea de utilidad en el manejo de la vía¹⁷.

A partir de esta valoración se seleccionan además los diferentes exámenes complementarios, si correspondieren, así como las eventuales interconsultas con otros especialistas. Si bien está descrita como una tarea propia del anesestesiólogo, es imprescindible que el especialista quirúrgico defina también los diferentes exámenes, interconsultas y valoraciones preoperatorias¹⁸.

Los objetivos principales de la valoración preoperatoria son reducir la morbimortalidad, aumentar la calidad del cuidado y permitir al paciente retomar su vida habitual tan rápido como sea posible.

Los objetivos secundarios son evaluar el estado clínico del paciente; realizar recomendaciones concernientes a la evaluación, manejo y riesgo de los problemas médicos en el periodo perioperatorio y proveer un completo perfil del riesgo clínico que pueda ser utilizado por el paciente, el médico tratante, el anestesiólogo y el cirujano para tomar decisiones de tratamiento que influyan en resultados en el corto y largo plazo^{19,20}.

El concepto final es el de prevenir el eventual desarrollo de complicaciones, las cuales pueden estar dadas por la patología que motiva la cirugía o las enfermedades asociadas, o bien ser consecuencia de la cirugía o, finalmente una combinación de las precedentes.

La importancia de la valoración preoperatoria radica en que la mayoría de las complicaciones son previsibles y en gran número evitables²⁰. En la figura 1 se menciona la estructura de la valoración preanestésica.



Figura 1. Estructura de la valoración preanestésica. Fuente: Elaboración propia.

La consulta preoperatoria debe identificar las pruebas diagnósticas (radiología de tórax posteroanterior, EKG, hematología completa, urea, creatinina, glicemia, tipaje de sangre, Elisa para HIV, VDRL, entre otros), se solicitarán otras pruebas más de acuerdo a quién es, qué hace y de dónde viene el paciente, así como las estrategias de tratamiento que optimicen el cuidado, provean información acerca del riesgo a corto y largo plazo para evitar estudios innecesarios.

De igual manera, se debe evaluar cuidadosamente los antecedentes del paciente, considerando los motivos de la cirugía, los antecedentes quirúrgicos, las experiencias anestésicas previas, la información detallada de la medicación que recibe, incluyendo también los medicamentos de venta libre, algunos de ellos pueden necesitar ser ajustados o suspendidos en el perioperatorio. Debe revisarse el esquema de vacunación y actualizar si es necesario. Interrogar sobre tabaquismo, consumo de alcohol y/o drogas.

Por último, permite una instancia para mejorar el relacionamiento y la confianza médico-paciente-enfermera, aclarar dudas, aceptar un eventual **“nuevo estilo de vida”** (por ejemplo, frente a una colostomía, amputación, entre otros), tener noción del proceso de rehabilitación. En esta instancia el paciente debe tener una participación activa y firmar el consentimiento informado.

Asociación del riesgo según los predictores de la vía aérea

El manejo exitoso de la vía aérea se ha convertido para los anestesiólogos en uno de los pilares fundamentales para la práctica cotidiana de la especialidad, en ocasiones esto se vuelve un desafío ya que, a pesar de los avances en la prevención de la vía aérea difícil (VAD) y el advenimiento de nuevas tecnologías, el manejo no exitoso sigue siendo una de las principales complicaciones y causas de morbimortalidad en el ejercicio diario de la anestesia²¹.

En tal sentido, cuando es necesario actuar sobre la vía aérea, resulta fundamental que lo haga personal experimentado y de forma reglada. La enfermera de anestesia o aquella directamente implicada en la asistencia en situaciones críticas o de emergencia tiene un papel fundamental en reducir o evitar las posibles

complicaciones en estas situaciones, mediante el conocimiento detallado de todo el material utilizado y la práctica continua en el manejo de la vía aérea²².

Adicionalmente, en anestesiología, la intubación traqueal habitualmente es electiva, por lo tanto, hay tiempo para evaluar al paciente y así detectar anomalías anatómicas o funcionales que puedan dificultar el procedimiento²³.

Por ello, la evaluación de la vía aérea debe realizarse con adecuada anticipación, considerando aspectos como colaboración del paciente, disponibilidad de ayuda de personal con mayor experticia²⁴. Con objeto de predecir y preparar el material necesario para una VAD se ha establecido varios test o maniobras predictivas para identificar a estos pacientes. En la valoración preanestésica se evaluará los parámetros convencionales para predicción de VAD²⁵. Un predictor por sí solo, no establece el riesgo de esta vía, y no es específico, sino la combinación entre ellos resulta más eficiente, razón por la cual se establece un riesgo multifactorial²⁶.

La Sociedad Americana de Anestesiología (ASA *Difficult Airway Guidelines*) define a la VAD “**como aquella vía aérea en la que un anestesista entrenado experimenta dificultad para la ventilación (DV) con mascarilla facial, dificultad para la intubación oro-traqueal (IOT) o ambas**”. La referencia de profesional convenientemente entrenado también es muy subjetiva, ya que con frecuencia sólo descubre una VAD tras fallar en la IOT²⁷. La intubación difícil de la tráquea se define como la necesidad de tres o más intentos para acceder a ella o más de 10 minutos para conseguirla, situación que ocurre en 1,5 a 8% de los procedimientos con anestesia general²⁵.

Los test habitualmente empleados en la valoración de la VA son²⁸: Escala de Mallampati modificada por Samsoon y Young; Relación lengua/faringe, Escala de Cormack-Lehane y Escala del estado físico de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA PS, American Society of Anesthesiologists Physical Status).

Se utiliza en la visita preanestésica, a través de la cual se puede predecir la facilidad de intubación. Uno de los objetivos será comprobar la visualización de las estructuras anatómicas faríngeas manteniendo siempre al paciente con la boca totalmente abierta (todo lo que pueda), debe sacar la lengua todo lo que sea posible,

con la cabeza neutra, sin fonar y en posición sentada. El observador, con los ojos a la altura de la boca del paciente, clasifica la VA de acuerdo a las estructuras faríngeas que se observa en la figura 2 en cuatro grados²⁹:

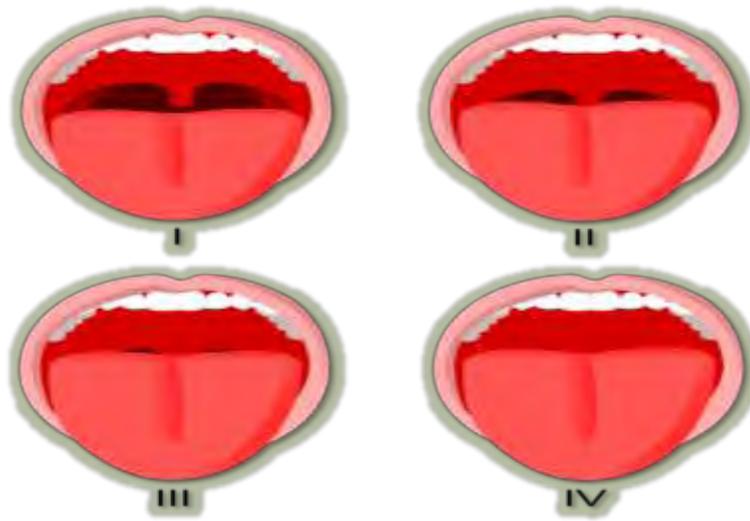


Figura 2. Escala de Mallampati. Fuente: Norskov²⁹.

Por tanto, en anestesiología, la clasificación de Mallampati se basa en la visibilidad de la úvula, pilares, fauces del istmo y el paladar blando que facilite la laringoscopia, así, según la visualización obtenida es posible clasificarla a través de una puntuación que puede ir del I al IV, según las estructuras orofaríngeas visibles (cuadro 1).

Cuadro 1. Escala de Mallampati modificada por Samsoon y Young

Clase	Visualización Directa (Sentado)
I	Total visibilidad de las amígdalas, paladar blando y úvula
II	Paladar blando, fauces y úvula
III	Paladar blando y base de la úvula
IV	Solo es visible el paladar duro

Fuente: Mallampati²⁹.

Cabe resaltar que, al existir falsos positivos y negativos, no debe utilizarse aisladamente para predecir una intubación difícil. Presenta como limitaciones la variación entre distintos observadores, si se le asocia fonación o no o si el paciente abomba o deprime la lengua, no considera movilidad del cuello, no considera el tamaño del espacio mandibular. Para la detección de VAD se ha reportado sensibilidad de 60%, especificidad de 70% y valor predictivo de acierto de 13%^{29,30}.

Por otro lado, en el campo sanitario, como se suele decir, “ni todo es blanco ni todo es negro”, muchos autores^{28, 32, 33, 34} aconsejan la importancia de utilizar un método mixto de VAD, combinando el test Mallampati modificado con la clasificación Cormack-Lehane.

-Escala de Cormack-Lehane

Este instrumento valora el grado de dificultad en la intubación endotraqueal al realizar la laringoscopia directa, según las estructuras anatómicas visualizadas donde se distinguen cuatro grados (figura 3 y cuadro 2)^{28, 32}.



Figura 3. Clasificación de Cormack-Lehane. Fuente: Alvarado³².

Cuadro 2. Test de Mallampati modificado con la clasificación de Cormack-Lehane

Clase	Visualización Directa (Sentado)	Imagen Laparoscópica
I	Total visibilidad de las amígdalas, paladar blando y úvula	Toda la glotis (intubación muy fácil)
II	Paladar blando, fauces y úvula	Comisura posterior (cierto grado de dificultad)
III	Paladar blando y base de la úvula	Punta de la epiglotis (intubación muy difícil pero posible)
IV	Solo es visible el paladar duro	No se observa estructura glótica (intubación sólo posible con técnicas especiales)

Fuente: Echavarría²⁸ y Alvarado³².

En consecuencia, se acepta que la dificultad para la intubación puede sospecharse e incluso confirmarse cuando con la laringoscopia se califica en grado 3 o 4 de esta clasificación^{28,32}. Aplicar esta escala implica que la laringoscopia se realice **en posición máxima de “olfateo”**, en decúbito dorsal, relajación muscular completa, tracción firme del cuello y manipulaciones laríngeas externas firmes²⁸. Esta valoración confirma que habrá dificultad o no para la intubación.

Según la ASA, el 30% de las defunciones atribuidas a anestesia son ocasionadas por un inadecuado manejo de la vía aérea³⁵. Por ello, resulta imprescindible disponer de pruebas altamente predictivas para detectar la vía aérea que generará problemas durante la intubación endotraqueal.

Maniobras que ayudan a optimizar el grado de la laringoscopia

- a) Optimización de la posición: la alineación de los ejes es de gran utilidad, ya que la glotis anatómicamente se encuentra en posición anterior cuando la posición de la cabeza es indiferente. Al poner un cojín bajo el occipucio (de 10 cm en el adulto), se logra una flexión del cuello de alrededor de 30°, con lo que se alinean los ejes laríngeo y faríngeo, ejes que se encuentran desalineados cuando la

- posición de la cabeza es neutral. Estando la cabeza en dicha posición - la extensión de la cabeza en relación a los hombros en 20° - mejora la línea de visión.
- b) Tipo de laringoscopio: cuando la laringoscopia no permite ver la glotis, es posible que sea la epiglotis la que interfiere la visión y frente a esto se puede usar un laringoscopio de hoja recta o Miller, incluyendo la epiglotis en las estructuras que quedan levantadas por la hoja. Es de suma importancia, con laringoscopio de hoja curva o recta, que el tamaño elegido sea el adecuado. Una ayuda adicional puede ser el uso de la hoja de McCoy, que tiene una punta que se flecta, permitiendo levantar la epiglotis. Su uso en una población general de pacientes demostró que usando la hoja sin flectar tenían una incidencia de 16% de mala visión, la que disminuyó a 2% al usar la flexión de la hoja.
 - c) Maniobra BURP (del inglés *backward, upward, righth lateral position*): consiste en desplazar la VA hacia atrás, arriba y hacia la derecha, mediante una maniobra externa de movilización del cartílago tiroides. Mejora la visualización de la glotis en al menos un grado. Cuando la maniobra BURP se asocia a presión crinoidea o Sellick, la visualización glótica empeora.
 - d) Avance mandibular: es de particular importancia cuando se asiste en la intubación a personal poco entrenado. La maniobra en este avance es también de utilidad durante la instalación de aparatos supraglóticos, lo que no hace sino demostrar que logra una alineación de los ejes.
 - e) Posición HELP (del inglés *head elevated laryngoscopy position*): facilita la intubación y la ventilación, optimizando la posición del paciente, semi sentándolo y alineando el conducto auditivo externo con el mango del esternón^{28,32}.

Movilidad de la articulación atlantooccipital

Se valora mediante la medición del ángulo de Bellhouse-Doré, que será el formado por el maxilar superior y el plano horizontal al pasar de la posición neutra a la extensión completa (figura 4). Su valor mínimo es de 35°. Para evaluar la extensión de la articulación, el paciente se sienta con la cabeza en posición neutral y

mirando al frente. En esta posición, la superficie de los dientes superiores es horizontal y paralela al suelo. El paciente extiende la articulación atlantooccipital lo que le sea posible y se estima el ángulo (cuadro 3). Se puede catalogar una VAD si el ángulo es menor de 35°. Cuando la movilidad es nula y existe un bloqueo en flexión se considera la intubación como imposible³⁶.

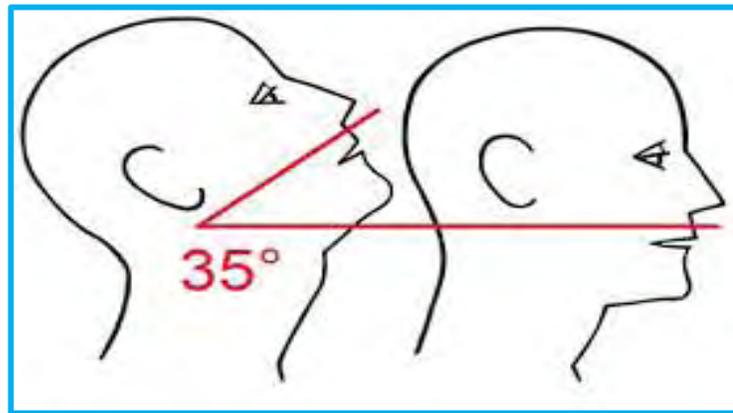


Figura 4. Técnica para medir el ángulo de Bellhouse-Doré. Fuente: Ríos³⁶.

Cuadro 3. Movilidad atlantooccipital

Grado	Reducción de la extensión
I	Ninguna
II	1/3 de limitación
III	2/3 de limitación
IV	Completa limitante

Fuente: Ríos³⁶.

Distancia Tiromentoniana o Test de Patil-Aldreti

Mide el espacio laríngeo anterior. Es la distancia que hay entre la prominencia del cartílago tiroides y el borde inferior de la sínfisis mandibular, con la boca cerrada y la cabeza en hiperextensión. Cuando es inferior a 6,5 cm se considera predictivo de vía aérea difícil (cuadro 4 y figura 5). Tiene sensibilidad de 60%, especificidad de 65%, predicción de 15%^{28,36,37}

Cuadro 4. Test de Patil-Aldrete

Clase	Medida (cm)	Intubación orotraqueal
I	$\geq 6,5$	Sin dificultad
II	6,0 – 6,5	Cierto grado de dificultad
III	$\leq 6,0$	Muy Difícil

Fuente: Balli³⁷.

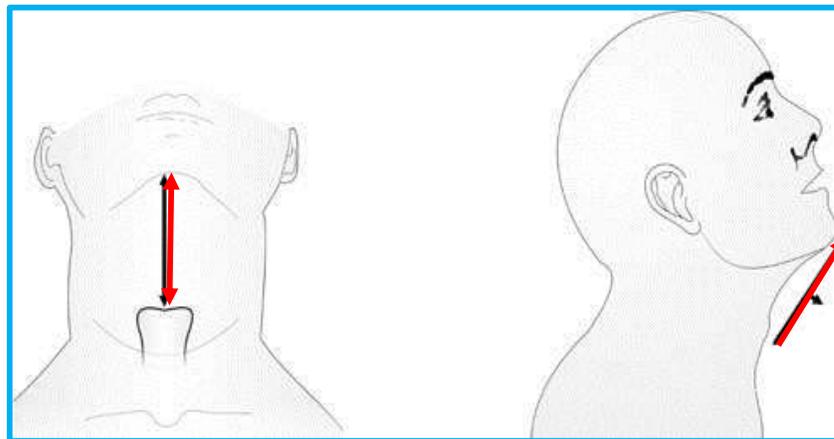


Figura 5. Técnica para medir la Distancia Tiromentoniana. *Fuente:* Balli³⁷, Ríos³⁶.

Distancia interincisiva o apertura bucal

Con la boca abierta al máximo y ligera extensión cefálica se mide en la línea media la distancia interincisiva, teniendo una sensibilidad del 89% y una especificidad que va del 30-60%. Para algunos autores^{28,36,38} esa distancia debe ser de 4 cm. Si el paciente presenta adoncia o edentulismo total se medirá la distancia entre la encía superior e inferior a nivel de la línea media (figura 6 y cuadro 5).

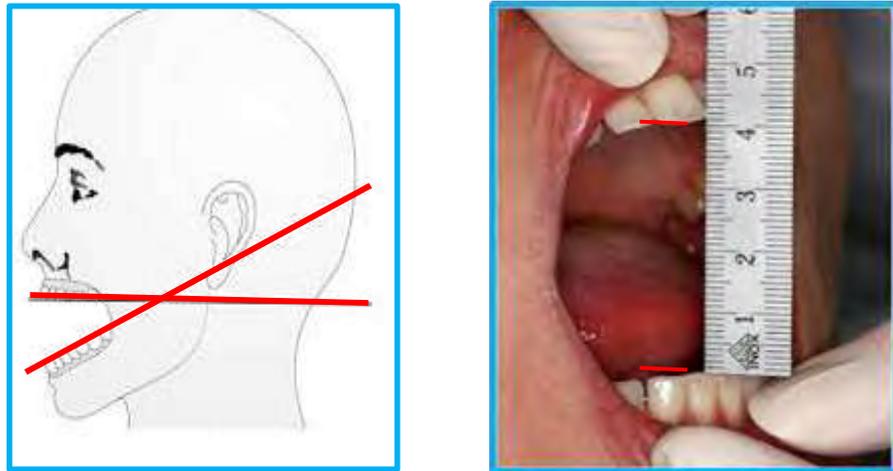


Figura 6. Técnica para medir la distancia interincisiva. Fuente: Ríos³⁶.

Cuadro 5. Clasificación según la distancia interincisiva

Clase	Medida (cm)	Laringoscopia
I	≥ 3,0	Laringoscopia e intubación endotraqueal sin dificultad.
II	De 2,6 a 3	Laringoscopia e intubación con cierto grado de dificultad.
III	De 2,0 a 2,5	Laringoscopia e intubación muy difícil.
IV	≤ 2,0	Imposible la introducción de dispositivos para VAD.

Fuente: Levitan³⁸.

Distancia esternomentoniana

Con el paciente sentado, la cabeza en completa extensión y la boca cerrada, se valora la longitud de una línea recta que va del borde superior del manubrio esternal a la punta del mentón. Se ha estimado su sensibilidad en 80%, especificidad de 85% y valor predictivo positivo de 27%. Se distinguen las siguientes clases^{29,36,37,38,39}. Figura 7 y cuadro 6.

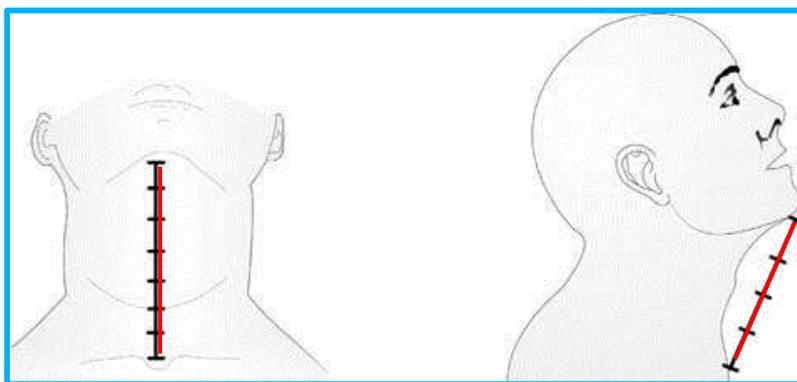


Figura 7. Técnica para medir la distancia esternomentoniana. Fuente: Ríos³⁶, Combes³⁹.

Cuadro 6. Clases según la distancia esternomentoniana

Clase	Medida (cm)	Intubación orotraqueal
I	≥ 13	Sin dificultad
II	12 a 13	Leve dificultad
III	11 a 12	Moderada dificultad
IV	≤ 11	Difícil

Fuente: Ríos³⁶, Combes³⁹.

Test de la mordida del labio superior

Se basa en la importancia que tiene para la visión laringoscópica la libertad del movimiento mandibular y la arquitectura de los dientes. Parece que este test depende menos de la valoración del observador. Se le pide al paciente que muerda con su dentadura inferior el labio superior y se divide en tres clases^{29, 40}. Figura 8 y cuadro 7.



Figura 8. Técnica para medir el Test de la mordida del labio superior. Fuente: Detsky⁴⁰.

Cuadro 7. Clasificación según el Test de la mordida del labio superior

Clase	Movilidad mandibular
I	Los incisivos superiores muerden el labio superior, dejando la mucosa del labio superior totalmente invisible.
II	Visión parcial de la mucosa.
III	Los incisivos inferiores no pueden morder el labio superior. Una mordida clase III se relaciona con intubación endotraqueal difícil.

Fuente: Detsky⁴⁰.

Factores de riesgo para posible intubación difícil

1. Test de Mallampati 3-4
2. Obesidad > 20 % del peso ideal
3. Historia de intubación difícil previa
4. Apertura bucal menor de 3 cm
5. Distancia tiromentoniana menor de 6 cm (3 traveses de dedos)
6. Distancia esternomentoniana menor de 12 cm
7. Flexión cervical < 80°
8. No protruir mandíbula (Test mordida del labio superior)

Determinación del riesgo anestésico

Cada cirugía tiene una tasa diferente de complicaciones y, por tanto, de mortalidad asociada. Éstas pueden clasificarse de acuerdo con su riesgo de eventos cardiovasculares (muerte cardíaca o infarto agudo de miocardio) de la siguiente manera⁴¹:

- Riesgo bajo (menos del 1%): cirugía reconstructiva, dental, ocular, tiroidea, mama, carotídea asintomática y procedimientos menores.
- Riesgo intermedio (1-5%): abdominal intraperitoneal (por ejemplo, colecistectomía), intratorácica menor, cabeza y cuello, cirugía neurológica, ortopédica, urológica o ginecológica mayor, trasplante renal, carotídea sintomática.
- Riesgo alto (mayor del 5%): cirugía vascular mayor, revascularización de extremidad abierta o amputación, duodeno-pancreática, resección hepática, cirugía de conductos biliares, esofagectomía, reparación intestinal, resección adrenal, cistectomía, neumonectomía, trasplante hepático o pulmonar.

Es importante tener en cuenta, que todos los pacientes que se someterán a una cirugía de emergencia tienen mayor riesgo de complicaciones postoperatorias. En este caso, las escalas de predicción de riesgo no son exactas y el beneficio de la resolución quirúrgica es mayor al que pudiera tener llevar a cabo una valoración preoperatoria estándar, de tal forma que los esfuerzos médicos deben estar enfocados en tratar de mejorar las condiciones del paciente y en el manejo de complicaciones⁴¹.

Por otro lado, en los últimos años ha habido un descenso importante en la mortalidad y morbilidad relacionadas con la anestesia. Si bien la anestesia general se asocia con mayor riesgo quirúrgico comparado con la local o regional. La mortalidad asociada con el tipo de anestesia y al fármaco depende más de la condición preexistente del paciente, la ASA y el tipo de cirugía (principalmente cirugía cardíaca o vascular)⁴².

- Escala del estado físico de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA PS, American Society of Anesthesiologisth Physical Status)

Las cirugías generales son un 50% más frecuentes en mayores de 65 años; a mayor edad, mayor comorbilidad. El sistema de puntuación de ASA es útil para determinar el grado de autovalidez (independencia) que tiene el paciente. La escala ASA PS es una de las más utilizadas en el mundo, siendo parte integral de la evaluación preanestésica de cada paciente. El propósito de la misma es categorizar y posteriormente comunicar el riesgo del paciente de someterse a cualquier procedimiento que requiera anestesia⁴³.

La ASA PS es una escala de 6 categorías y se usa ampliamente para evaluar la salud general preoperatoria de los pacientes. Es un sistema simple, basado exclusivamente en la evaluación clínica, es decir, sin la necesidad adicional de pruebas de laboratorio y diagnósticas o fórmulas matemáticas a menudo engorrosas. No siendo excluyente la utilización de estas, si es que están disponibles para su uso^{44,45}.

Es una clasificación confiable y fácil de aplicar, pudiendo ser utilizada por cualquier personal de salud entrenado que esté involucrado en la atención del paciente. Se diseñó, inicialmente, para describir el estado físico de los pacientes, teniendo en cuenta sus enfermedades. A pesar que, no evalúa el riesgo anestésico en sí, sino el estado clínico, numerosos estudios han demostrado que se correlaciona bien y de una manera bastante fiable (aunque no perfecta) con el riesgo perioperatorio, funcional y mortalidad^{43,44,45,46}.

La Clasificación ASA PS ha demostrado durante décadas ser de gran utilidad a nivel nacional e internacional. A pesar de esto, su aplicación no ha estado libre de variabilidad interobservador, lo cual se puede deber, entre otras cosas, a que el estado de salud de un paciente es dinámico a los cambios en la clasificación a lo largo de los años, y a la necesidad de actualización con respecto a éstos. Se ha demostrado que la ejemplificación de pacientes y situaciones clínicas mejora la correcta aplicación de la escala, sin necesariamente modificar la escala en sí^{43,45,46}.

Con el aumento de la cirugía mayor ambulatoria a nivel mundial, en muchos centros se produce un primer acercamiento mediante entrevista a los pacientes a través de personal entrenado, y se deriva previamente a anesthesiólogos sólo en el caso de ser clasificado como ASA PS III o mayor, por lo que, el correcto uso de la escala ayuda a mejorar la toma de decisiones, la asignación de recursos y derivación oportuna. Si se agrega hoy la creciente utilización de medios como la atención telemática, cobra mayor relevancia la utilización de instrumentos fáciles y rápidos de aplicar de manera remota.

Categorías de la clasificación ASA⁴⁷:

- I: paciente sano y sin enfermedades sistémicas significativas. No hay limitaciones físicas y el paciente tiene una función orgánica normal. Por ejemplo, esterilizaciones quirúrgicas, pacientes sanas, no fumador, no consume o mínimo consumo de alcohol.
- II: paciente con enfermedad sistémica leve o controlada. Puede haber una enfermedad sistémica leve, como hipertensión arterial controlada, diabetes bien controlada o enfermedades respiratorias leves (asma bien controlada, infección respiratoria aguda, rinitis alérgica, síndrome de apnea de sueño leve a moderado o con uso permanente y regular de CPAP), paciente fumador, embarazo sin complicaciones relacionados con el embarazo, bebedor social, epilepsia bien controlada sin crisis recientes, cáncer en remisión. Estas enfermedades no limitan la actividad diaria del paciente y no representan un riesgo significativo para la cirugía.
- III: paciente con enfermedad sistémica grave pero no incapacitante. Puede haber una enfermedad sistémica moderada que limita la actividad diaria del paciente, como enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cardiovascular estable o diabetes mal controlada, preeclampsia moderada, eclampsia, dependencia o abuso de alcohol, obesidad mórbida con IMC > 40. Estos pacientes tienen un mayor riesgo de complicaciones durante la cirugía, pero generalmente son manejables con una atención perioperatoria adecuada.

- IV: paciente con enfermedad sistémica incapacitante que representa un riesgo constante para la vida, tienen una enfermedad sistémica grave y descompensada, como insuficiencia cardíaca congestiva descompensada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave o enfermedad renal en etapa terminal, síndrome de HELLP, shock, sepsis. El riesgo de complicaciones durante la cirugía es alto, y se requiere una atención perioperatoria especializada.
- V: paciente moribundo, no se espera que sobreviva sin la cirugía, se aplica a quienes presentan un pronóstico vital muy limitado, como en estado terminal o en fase avanzada. La cirugía se realiza con el objetivo de proporcionar cuidados paliativos y mejorar la calidad de vida del paciente.
- VI: paciente declarado con muerte cerebral cuyos órganos serán donados.

Categoría ASA U

La letra U se incluye como un sufijo a la clasificación ASA cuando el paciente se encuentra en una situación crítica y requiere una intervención quirúrgica de emergencia para salvar su vida y requiere una atención médica urgente⁴⁷, como en los traumatismos graves, hemorragias masivas, obstrucción de las vías respiratorias, paro cardíaco, entre otras emergencias médicas.

Es importante destacar que esta categoría no se utiliza con frecuencia, ya que representa situaciones extremadamente críticas en las que se requiere una acción inmediata para estabilizar al paciente.

Preparación preanestésica

Ayuno

Durante la inducción de la anestesia, el procedimiento o el postoperatorio inmediato, el ayuno preoperatorio tiene como objetivo prevenir las complicaciones resultantes en caso de aspiración del contenido gástrico. Durante muchos años las normas de ayuno indicaban que “nada por boca luego de la medianoche” era lo más apropiado para reducir el riesgo de broncoaspiración. Sin

embargo, estudios de fisiología y metabolismo han demostrado que un ayuno excesivo provoca un contenido gástrico mayor y con el pH más bajo, hipoglucemia, deshidratación, y mayor grado de stress y ansiedad.^{48,49}

Es por este motivo, que en los últimos años las recomendaciones no sólo se hicieron más flexibles, sino que estimulan a que los pacientes se alimenten y se hidraten hasta el momento que garantice que no tendrán el estómago ocupado previo a la inducción anestésica.

El ayuno preoperatorio se define como el intervalo de tiempo previo a la intervención, en el que el paciente debe permanecer sin poder ingerir alimentos (sólidos y/o líquidos) para prevenir la aspiración pulmonar perioperatoria de contenido gástrico que se sucede durante la inducción anestésica o en el postoperatorio inmediato.

Estudios actuales demuestran que el ayuno prolongado no significa un estómago vacío, sino que éste se encuentra ocupado por un alto contenido de ácido. El ayuno prolongado puede provocar alteraciones metabólicas, hidroelectrolíticas y una importante sensación de malestar en el paciente. La deprivación de líquidos previo a una cirugía facilita la presencia de hipotensión durante la inducción, deshidratación, hipoglucemia y una intensa sensación de sed y hambre que inducen a la irritabilidad, especialmente en adultos mayores y niños^{49,50} como se observa en el cuadro 8.

Cuadro 8. Guía de ayuno en procedimientos electivos

Ayuno en procedimientos electivos	
Pacientes adultos	2 horas para líquidos claros 8 horas para alimentos sólidos
Profilaxis farmacológica	No se recomienda
Carbohidratos en el preoperatorio	Sumamente beneficiosos
Pacientes pediátricos	2 horas para líquidos claros 4 horas para leche materna 6 horas para leche de vaca y fórmulas 8 horas para alimentos sólidos
Pacientes obstétricas	Líquidos claros permitidos durante el trabajo de parto (150ml/h fraccionados). En cesáreas programadas, igual que en pacientes adultos. En cesáreas programadas o de urgencia, se recomienda profilaxis farmacológica.
Alimentación enteral	8 horas si la sonda está en el estómago 4 horas si la sonda está transpilórica No es necesario si la sonda está en el yeyuno o si el paciente está intubado.
Contraste oral	Sedación o anestesia para estudio: intubación endotraqueal, administrar contraste por SNG y aspiración del mismo previo a la extubación. Procedimiento electivo: esperar 3 horas luego de la ingesta del contraste.
Preparación intestinal para endoscopias	El polietilenglicol (PEG) es considerado un líquido claro y es seguro que los pacientes lo ingieran hasta 2 horas antes del procedimiento.

Fuente: Abad-Torrent⁴⁹.

La implementación de esta guía está limitada a pacientes sanos de todas las edades sometidos a cirugías o exploraciones electivas. Las pautas no son válidas para aquellos que se someten a procedimientos sin anestesia o solo con anestesia local, cuando los reflejos protectores de las vías respiratorias superiores no se deterioran y cuando tampoco son evidentes los factores de riesgo para la aspiración pulmonar⁴⁹.

Limitaciones

Pueden no ser aplicables o bien modificadas en los casos de enfermedades coexistentes que pueden afectar el vaciamiento gástrico o el volumen de líquidos por ejemplo, embarazo, obesidad, diabetes, hernia hiatal, enfermedad por reflujo gastroesofágico, íleo u obstrucción intestinal, situaciones emergentes o nutrición enteral y pacientes en los que el manejo de las vías respiratorias puede ser difícil.

En otros casos que provocan alteración del vaciamiento gástrico como por ejemplo hemorragias digestivas altas, estenosis pilórica, compresión extrínseca, síndromes oclusivos, procesos infiltrativos, esclerodermia, amiloidosis, acalasia, lesiones medulares o hipertensión endocraneana se deben tomar en cuenta tiempos de ayuno más prolongados o tratar al paciente como si tuviera el estómago ocupado⁴⁸.

Tiempos de ayuno preoperatorio

Líquidos claros

La ingesta de líquidos claros hasta 2 horas antes de la cirugía mejora el bienestar del paciente, reduce la sed, la sensación de boca seca y ansiedad debido a un efecto psicológico y, por último, facilita la absorción de la premedicación. Contribuyen a un mejor control metabólico evitando los estados hipercatabólicos determinados por ayunos prolongados, y disminuyen el desarrollo de la resistencia a la insulina. De igual modo, parece existir menor riesgo de aspiración, es decir, volumen gástrico <25 ml y pH > 2,5 cuando se dan líquidos claros 2 – 4 h antes de un procedimiento⁴⁹.

Recomendaciones para líquidos claros

Pueden ser ingeridos hasta 2 h antes de las intervenciones que requieran anestesia general, anestesia regional o sedo-analgésia. No deben incluir alcohol. Es preferible zumos de uva blanca y manzana por su menor contenido en pulpa⁴⁹.

Leche materna

El vaciamiento gástrico de la leche materna en neonatos a término y lactantes no es completo tras un intervalo de 2 h. Se aconseja un promedio de 4 h.

Recomendaciones para leche materna

La leche materna puede ser ingerida hasta 4 h antes de los procedimientos electivos que requieren anestesia general, anestesia regional o sedoanalgesia.

Leche no humana – Fórmulas infantiles – Comida ligera

De acuerdo a la composición de los alimentos utilizados en la población pediátrica, el proceso de vaciamiento gástrico, se verá afectado cuando hay presencia de la caseína o proteína de la leche, aunque tenga el mismo contenido calórico; tal es el caso de la leche materna cuya digestión es más rápida que cualquier otro tipo de leche o comida ligera. La digestión gástrica de los sólidos depende de varios factores: la motilidad gástrica, el volumen, la composición del alimento y su contenido calórico. La motilidad gástrica puede estar disminuida por factores como miedo, dolor, infecciones, obstrucción intestinal, diabetes, etc. Es conocido que, a mayor volumen y contenido calórico del alimento, mayor el tiempo para el vaciamiento gástrico. Con respecto a la composición de los alimentos, aquellos con gran contenido graso retrasan su digestión por la regulación duodenal mediante las hormonas secretina, péptido inhibidor gástrico (GIP) y colecistoquinina⁴⁹.

Recomendaciones para la población pediátrica y adultos sanos

Cada fórmula de acuerdo a su composición tiene una hora de digestión; es por esto que, de acuerdo al tipo de intervención quirúrgica, el anestesiólogo programa las horas de ayuno que debe cumplir cada paciente. Asimismo, las leches con alto contenido proteico o una comida ligera como una rodaja de pan, té o consomé, se deben ingerir 6 horas antes de los procedimientos quirúrgicos, cuando la cirugía es del tipo electiva, debido a que se administrará anestesia endovenosa, inhalatoria o balanceada, así como, anestésicos de tipo conductivos.

Sólidos – Comida completa

De acuerdo a la técnica de anestesia que requiera cada procedimiento quirúrgico electivo, la ingesta de alimentos sólidos, sean estos cocidos o fritos, se requiere de un intervalo de ayuno de 8 horas como mínimo .

Pacientes con alimentación enteral

En pacientes sin intubación endotraqueal previa al procedimiento anestésico la suspensión de la alimentación entera/ gástrica debe ser de por lo menos 8 horas, y la de la alimentación transpilórica de 4 horas. Si existe certeza que la sonda se encuentra ubicada en yeyuno no es necesario suspender la misma. En pacientes con intubación endotraqueal previa al procedimiento anestésico no es necesario cumplir con ayuno o suspender la misma^{49,50}.

Ayuno en cesáreas programadas

Para pacientes que se sometan a cesáreas programadas se deben seguir las mismas recomendaciones para líquidos y sólidos que para pacientes adultos.

Pacientes que requieren anestesia y contraste oral

En caso de requerir sedación o anestesia general para realizar un estudio con contraste oral, se recomienda realizar anestesia general con IOT, administrar el contraste por SNG, y aspirar el mayor contenido gástrico posible antes de la extubación. En caso que se requiera administrar anestesia a un paciente que ingirió contraste oral para un estudio se recomienda esperar 3 horas para realizar el procedimiento⁴⁹.

Medicación preanestésica

La premedicación se define como la administración de medicamentos con el objetivo de preparar al paciente para asumir mejor las diferentes etapas periintervencionales de un acto anestésico, quirúrgico, radiológico u otro. Inicialmente, la premedicación se utilizaba de manera sistemática para reducir los efectos indeseables de la anestesia general y de este modo, aliviar la ansiedad, inducir sedación, reducir al mínimo las posibilidades de aspiración del contenido gástrico y evitar las náuseas y vómitos postoperatorios, pero actualmente se reserva sólo a los pacientes muy ansiosos^{51,52}.

Debido a que, un nivel de ansiedad elevado a muy elevado en el preoperatorio se correlaciona con un dolor intenso, un riesgo de náuseas y vómitos y agitación en el postoperatorio. Por eso, la evaluación preanestésica de la ansiedad mediante el uso de cuestionarios, de escala visual analógica (EVA) o de seguimiento comportamental de los pacientes durante las horas anteriores al acto quirúrgico, debe generalizarse. La evaluación de la ansiedad en el preoperatorio es tanto más importante cuanto que, a menudo, los anestesiistas-reanimadores y los cirujanos la sobrevaloran. Sin embargo, la calidad de la información sobre el transcurso del conjunto del procedimiento anestésico e intervencional, la visita preanestésica la noche del acto operatorio, así como, la calidad de la acogida en el área quirúrgica contribuye de manera significativa a la reducción de la ansiedad preoperatoria.

Cabe resaltar que, la premedicación moderna se inscribe en un proceso de protección y atención que contribuye al bienestar y la satisfacción global del paciente durante la intervención y cuyo objetivo principal es tranquilizar al paciente. Los otros objetivos de la premedicación son garantizar la disminución de las necesidades de medicamentos anestésicos, la estabilidad hemodinámica, la supresión de las respuestas reflejas a la estimulación quirúrgica, la prevención del dolor postoperatorio, así como la reducción de las náuseas, los vómitos y los escalofríos en el postoperatorio⁵¹.

Es importante, tener en cuenta las comorbilidades y la medicación que toma el paciente, por posibles interacciones farmacológicas, así como el tipo de intervención y si la intervención se lleva a cabo sin ingreso. Como norma general, el tipo de tratamiento que toma el paciente de forma crónica debe mantenerse durante el periodo perioperatorio. Habrá, sin embargo, determinados fármacos como los antiagregantes, anticoagulantes y antihipertensivos que se suspenderán antes de la cirugía (siempre individualizando cada caso)^{52,53}.

Profilaxis de la ansiedad

Es normal que todo paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica esté sometido a un estrés. Es una situación que genera angustia y en ocasiones desconfianza, que altera sus actividades de la vida diaria. Por esa razón, la ansiólisis es sin duda la meta más considerada dentro de la premedicación.

En consecuencia, los diferentes grados de ansiedad y la manera de afrontarla, establecerán cambios en su conducta y una respuesta fisiológica asociada. Tanto es así, que pueden descompensarse enfermedades crónicas, y aparecer trastornos neurovegetativos, insomnio, irritabilidad, entre otros. En tal sentido, está demostrado que el control psicológico mejora los resultados y disminuye la morbimortalidad⁵⁴.

Por este motivo, uno de los objetivos prioritarios de la consulta de preanestesia es la prevención y el tratamiento del estrés preoperatorio. Esto lo conseguiremos, en primer lugar, proporcionando una información veraz y objetiva al paciente y a sus familiares; y, en segundo lugar, con la administración de ansiolíticos y sedantes. Entre estos fármacos se utilizan las benzodiazepinas de acción larga como el Lorazepam y el Diazepam por vía oral, para favorecer el descanso durante la noche anterior. Actualmente, se tiende a utilizar benzodiazepinas de inicio de acción rápido y duración corta como el Midazolam, administrado el día de la intervención inmediatamente antes de la inducción anestésica, ya sea vía IM o IV, siendo de gran utilidad en cirugía ambulatoria, así como, los neurolepticos^{51,54}.

Profilaxis de la aspiración pulmonar

El síndrome de aspiración pulmonar del contenido gástrico es una complicación grave con una mortalidad en torno al 5%. En virtud de esto, la profilaxis de la aspiración pulmonar está indicada en todos aquellos pacientes en los que existe riesgo de regurgitación o vómito durante la inducción anestésica, como sería el caso de las embarazadas, obesos, pacientes con reflujo gastroesofágico, íleo, depresión del SNC, hernia de hiato u oclusión intestinal, las intervenciones quirúrgicas de urgencia y en edad pediátrica^{52,53,54}.

El objetivo que se persigue es intentar aumentar el vaciado gástrico, y disminuir la acidez del contenido del mismo. Para ello, se utilizan antagonistas H2 de la histamina (Famotidina o Ranitidina), inhibidores de la bomba de protones (Omeprazol, Pantoprazol) y/o antieméticos o fármacos procinéticos (Ondasetron, Metoclopramida) y soluciones tamponantes como el citrato sódico^{51,54}.

Además, como medida profiláctica se guardará ayuno de 4 horas para líquidos claros (agua y zumos sin residuo; la leche y los zumos con residuo no se consideran líquidos claros y se tratan como sólidos y de 6 horas para sólidos⁵¹.

Profilaxis de reacciones alérgicas en individuos predispuestos

Tiene como objetivo contrarrestar los factores que agravan o facilitan la aparición de una reacción histamino-liberadora. Es conveniente realizarla en aquellos pacientes con antecedentes de alergias medicamentosas, alimentarias y atópicas. La mejor medida profiláctica es evitar el contacto con el agente desencadenante^{51,52}.

Por lo general, se inicia 24 horas antes de la intervención y, en algunos casos, se mantiene hasta 72 horas en el postoperatorio. Se utilizan antagonistas de los receptores H1, como la Difenhidramina, antagonistas de los H2 (Ranitidina) y los corticoides⁵¹.

Profilaxis de la trombosis venosa profunda y del tromboembolismo pulmonar

La etiología de la trombosis venosa y del TEP es multifactorial, aunque la estasis venosa por inmovilización prolongada es el factor principal. Las medidas profilácticas pueden ser de dos tipos: físicas y farmacológicas. Entre las medidas físicas contamos con el vendaje elástico de las extremidades inferiores, la compresión neumática intermitente y la deambulacion precoz. Entre las farmacológicas, tenemos las heparinas de bajo peso molecular (HBPM), como la Enoxaparina.

Profilaxis de la endocarditis bacteriana

Se realizará en pacientes susceptibles a los que se les vaya a realizar una intervención en que presente riesgo de producir bacteriemias intraoperatorias y sólo en los pacientes con cardiopatías de mayor riesgo⁵⁵.

Recomendaciones generales

- **Ayuno:** al paciente y/o los familiares se debe dar instrucciones sobre el tiempo de ayuno, e insistir en el cumplimiento. Se indica para prevenir la broncoaspiración de contenido gástrico en el periodo de inducción, aunque este evento puede presentarse durante el mantenimiento o emergencia de la anestesia. • Incentivar al paciente para que el día de la cirugía realice un adecuado aseo bucal y personal.

- **Advertirle que cuando tenga prótesis dental parcial o total debe retirarlas** antes de su ingreso al quirófano.

- **Planear el manejo postanestésico.** Después de conocer la comorbilidad que presenta el paciente se debe decidir si va a requerir traslado a una unidad de

cuidados intermedios, de cuidados intensivos o si por el contrario podrá ser manejado de forma ambulatoria.

- **Además, se debe brindar al paciente información sobre las diferentes** modalidades de analgesia, como opioides sistémicos, bloqueos de nervio periférico, analgesia peridural, ya que al optimizar el control del dolor tenemos la posibilidad de influir sobre la recuperación, reduciendo la reacción metabólica endocrina al estrés, complicaciones tromboembólicas, cardiovasculares, retorno de la función gastrointestinal, más rápida movilización y rehabilitación, disminución de estancia hospitalaria y prevención del dolor crónico.

Conclusión

El objetivo principal de la anestesia es mantener el paciente lo más seguro posible en el período perioperatorio. La anestesia y la cirugía son serias invasiones a la estabilidad fisiológica del cuerpo humano. Por ello, el monitoreo cuidadoso durante y después de la cirugía permitirán al médico y enfermero identificar problemas tempranamente, cuando todavía se pueden corregir.

Referencias

1. Canet J, Gomar C, Castro A, Montero A. Encuesta sobre las funciones de enfermería en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor en Cataluña. Análisis de la situación actual. Rev. esp. anesthesiol. reanim. 53(6):337-345. [Internet] 2006 [citado 10 septiembre 2023]. Disponible en: <https://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=IBECS&lang=e&nextAction=Ink&exprSearch=049380&indexSearch=ID>
2. Palacio F. La seguridad del paciente: un problema importante y actual. Actualización en Medicina de Familia. AMF. [Internet] 2011 [citado 10 septiembre 2023]; 7(9):496-503. Disponible en: Disponible:

<https://studylib.es/doc/5583623/la-seguridad-del-paciente--un-problema-importante-y-actual>

3. Castillo E, Tutiven M, Sosa M, Briones M. Anestesiología: cuidados paliativos. RECIMUNDO. [Internet] 2022 [citado 10 septiembre 2023]; 6(2):487-493. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1595>
4. American Society of Anesthesiologists. Standards for basic Anesthetic Monitoring. [Internet] 2020 [citado 10 septiembre 2023]. Disponible en: <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/standards-for-basic-anesthetic-monitoring>
5. Betancourt M, Basurto G, García F, Tuitice D. (2022). Anestesiología: Manejo invasivo del dolor agudo y crónico. RECIMUNDO [Internet] 2022 [citado 10 septiembre 2023]; 6(1):256–265. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(1\).ene.2022.256-265](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(1).ene.2022.256-265)
6. Merry A, Cooper J, Soyannwo O, Wilson I, Eichhorn J. International Standards for a Safe Practice of Anesthesia 2010. Canadian Journal of Anesthesia. [Internet] 2010 [citado 10 septiembre 2023]; 57(11): 1027-1034. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2957572/>
7. Morgan G, Mikhail M, Murray M. Anestesiología clínica. 4ª ed. México: El Manual Moderno; 2007.
8. Dunn P. Clinical Anesthesia Procedures of the Massachusetts General Hospital. 7ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006.
9. Chirveches-Pérez, E, Arnau-Bartés, A, Soley-Bach, M, Rosell-Cinca F, Clotet-Argemi G, Roura-Poch P, et al. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. Enfermería Clínica. [Internet]. 2006 [citado 10 septiembre 2023]; 16(1):3–10. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862106711718>
10. Orihuela-Pérez I, Pérez-Espinosa J, Aranda-Salcedo T, Zafra-Norte J, Jiménez-Ruíz R, Martínez-García Á, et al. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. Enfermería Clínica [Internet]. 2010 [citado 10 septiembre 2023]; 20(6):349–54.

- Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862110001683>
11. Mata J, Moral V, Moya M, Nolla M, Segura C, Valldeperas I, et al. ¿Es eficaz, segura y eficiente una consulta preanestésica en equipo con enfermería? Rev Esp Anesthesiol Reanim. [Internet]. 2007 [citado 10 septiembre 2023]; 54(5):279–87. Disponible en: <https://medes.com/publication/28168>
 12. Alorda M. Eficacia de la información sobre el estado emocional postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Enfermería Clínica. [Internet]. 1999 [citado 10 septiembre 2023]; 9(3):109–14. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2890924>
 13. Varughese A, Byczkoski T, Wittkugel E, Kotagal U, Kurth. Impact of a nurse practitioner-assisted preoperative assessment program on quality. Paediatr Anesth. [Internet]. 2006 [citado 10 septiembre 2023]; 16(7):723–33. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14609592.2006.01856.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=fal>
 14. Aparcero B, Núñez M, Ramos G, Zahino R, Olcina S. La visita entrevista prequirúrgica: intervención de enfermería e instrumento para la calidad. Enfuro. [Internet]. 2003 [citado 10 septiembre 2023]; 88:9-13. Disponible en: [Dialnet-LaVisitaEntrevistaPrequirurgica-3100686.pdf](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3100686)
 15. Asilioglu K, Senol S. The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. PEC Journal. [Internet]. 2004 [citado 10 septiembre 2023]; 53(1):65–70. Disponible en: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(03\)00117-4/abstract](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(03)00117-4/abstract)
 16. Walker J. What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? British Journal of Nursing [Internet]. 2007 [citado 10 septiembre 2023]; 16(1):27–32. Disponible en: http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=22712;article=BJN_16_1_27_32;format=pdf
 17. Lavaut E, Juvin PH. Difficult intubations not predicted by Mallampati's criteria in morbidly obese patients. Las Vegas Annual Meeting, ASA refresher abstract; 2004.

18. Yen C, Tsai M, Macario A. Preoperative evaluation clinics. *Curr Opin Anaesthesiol.* [Internet]. 2010 [citado 10 septiembre 2023]; 23:167-172. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20124896/>
19. ESC. Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. *Eur Heart J.* [Internet]. 2022 [citado 10 septiembre 2023]; 43(39):3826-3924. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36017553/>
20. Smilowitz N, Gupta N, Guo Y, Beckman J, Bangalore S, Berger J. Trends in cardiovascular risk factor and disease prevalence in patients undergoing non-cardiac surgery. *Heart.* [Internet]. 2018 [citado 10 septiembre 2023]; 104(14):1180–1186. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29305561/>
21. Orozco-Díaz E, Álvarez-Ríos J, Arceo-Díaz J, Ornelas-Aguirre J. Predicción de intubación difícil mediante escalas de valoración de la vía aérea. *Cir Cir.* 32(2) [Internet]. 2010 [citado 10 septiembre 2023]; 78:393-399. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc105d.pdf>
22. Pimienta I, Dorado D. Predicción de intubación difícil mediante escalas de valoración de la vía aérea en anestesia general en pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro periodo mayo – octubre del 2016. [Tesis de grado]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de Los Andes; 2017 [citado 10 septiembre 2023]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/6011>
23. Ghaus M. Laryngeal mask airway supreme for difficult airway management and establishing ventilation in the intensive care unit. *Indian J Anaesth.* [Internet]. 2014 [citado 10 septiembre 2023]; 58(1): 91–93. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3968672/>
24. Meiteles LZ, Lin PT, Wenk EJ. An anatomic study of the external laryngeal framework with surgical implications. *Otolaryngol Head Neck Surg*; 2009.
25. Guzmán M, Esperón G. Manejo de la intubación endotraqueal con cierto grado de dificultad. *Rev. Mex Anest* [Internet]. 1990 [citado 10 septiembre 2023];13(3):124-130. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista->

mexicana-de-anestesiologia/articulo/manejo-de-la-intubacion-endotraqueal-con-cierto-grado-de-dificultad

26. Fernández H, Pías S, Ochoa S. Correspondencia entre test predictivos de vía aérea difícil y la laringoscopia directa. *Revista Archivo Médico de Camaguey*. [Internet]. 2009 [citado 10 septiembre 2023]; 13(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000300015)

02552009000300015

27. Bonilla A. Evaluación de la vía aérea en el paciente crítico. *Rev. colomb. anestesiol.* [Internet]. 2008 [citado 10 septiembre 2023]; 36(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472008000100006)

33472008000100006

28. Echevarría A, Castro Y, Hernández K, Díaz C, González Y. Pruebas predictivas para la evaluación de la vía aérea en el paciente quirúrgico. *Rev cuba anestesiol reanim.* [Internet]. 2010 [citado 10 septiembre 2023]; 9(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182010000300005)

67182010000300005

29. Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD, Desai SP, Waraksa B, Freiburger D, et al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: a prospective study. *Can Anaesth Soc J.* [Internet]. 1985 [citado 10 septiembre 2023]; 32(4):429-434. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4027773/>

30. Khan Z, Kashfi A, Ebrahimkhani E. A comparison of the upper lip bite test (a simple new technique) with modified Mallampati classification in predicting difficulty in endotracheal intubation: a prospective blinded study. *Anesth Analg.* [Internet]. 2003 [citado 10 septiembre 2023]; 96(2):595–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12538218/>

31. Norskov AK, Rosenstock CV, Wetterslev J, Astrup G, Afshari A, Lundstrom LH. **Diagnostic accuracy of anesthesiologists' prediction of difficult airway management in daily clinical practice: a cohort study of 188064 patients registered in the Danish Anaesthesia Database.** *Rev Nor. Anest.* [Internet]. 2014 [citado 10 septiembre 2023]; 70:244-9. Disponible en: <https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.12955>

32. Arteaga I. Actualización en vía aérea difícil y propuesta de un algoritmo simple, unificado y aplicado a nuestro medio. *Rev colomb anestesiología*. [Internet]. 2018 [citado 10 septiembre 2023]; 46(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-33472018000100055&script=sci_arttext&lng=es
33. Salazar B. Evaluación de la vía aérea difícil. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* [Internet]. 2011 [citado 10 septiembre 2023]; 48(597):241-245. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/597/art19.pdf>
34. Suvarna K, Krishnadas A, Sanjith T. Ratio of height to thyromental distance as a predictor of difficult laryngoscopy: A prospective observational study. *J. Anaesthesiol Clin Pharmacol*. [Internet]. 2018 [citado 10 septiembre 2023]; 34(4):485–489. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6360890/>
35. Sierra-Parrales K, Miñaca-Rea D. Comparación de las escalas de Mallampati y Cormack-Lehane para predecir intubación difícil en pacientes operados de emergencia bajo anestesia general. *Cambios rev. méd.* [Internet]. 2018 [citado 10 septiembre 2023]; 17(1):30-35. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-981096>
36. Ríos E, Reyes J. Valor predictivo de las evaluaciones de la vía aérea difícil. *TRAUMA*. [Internet]. 2005 [citado 10 septiembre 2023]; 8(3):63-70. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2005/tm053b.pdf>
37. **Société française d’anesthésie et de réanimation**. Intubation difficile. [Internet]. 2006 [citado 10 septiembre 2023]. Disponible en: <https://clarolineconnect.univ-lyon1.fr/clarolinepdfplayerbundle/pdf/5329711>
38. Levitan R, Dickinson E. Assessing Mallampati scores, thyromental distance, and neck mobility in Emergency Department intubated patients. *Academic Emergency Medicine*; 2003, 10:468.
39. Combes X, Le Roux B, Suen P, Dumerat M, Motamed C, Sauvat S, et al. Unanticipated difficult airway in anesthetized patients. *Anesthesiology*. [Internet]. 2004 [citado 10 septiembre 2023]; 100(5):1146-50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15114211/>

40. Bibas L, Peretz M, Adhikari N, Golfard M, Luk A, Englesakys M, et al. Association of Surrogate Decision-making Interventions for Critically Ill Adults With Patient, Family, and Resource Use Outcomes A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. [Internet]. 2019 [citado 10 septiembre 2023]; 2(7). Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2738345?resultClick=1>
41. Kristensen S, Knuuti J, Saraste A, Anker S, Bøtker H, De Hert S, et al. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management: The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). *Eur Heart J*. [Internet]. 2014 [citado 10 septiembre 2023]; 35(35):2383-431. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25086026/>
42. Bainbridge D, Martin J, Arango M, Cheng D. Perioperative and anaesthetic-related mortality in developed and developing countries: a systematic review and metaanalysis. *Lancet*. [Internet]. 2012 [citado 10 septiembre 2023]; 380(9847):1075-81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22998717/>
43. Daabiss M. American Society of Anaesthesiologists physical status classification. *Indian J Anaesth*. [Internet]. 2011 [citado 10 septiembre 2023]; 55(2):111-115. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21712864/>
44. Ranta S, Hynynen M, Tammisto T. A survey of the ASA physical status classification: significant variation in allocation among Finnish anaesthesiologists. *Acta Anaesthesiol Scand*. [Internet]. 1997 [citado 10 septiembre 2023]; 41(5):629-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9181166/>
45. De Cassai A, Boscolo A, Tonetti T, Ban I, Ori C. Assignment of ASA-physical status **relates to anesthesiologists' experience**: a survey-based national study. *Korean J Anesthesiol*. [Internet]. 2019 [citado 10 septiembre 2023]; 72(1):53-59. Disponible en: <https://ekja.org/journal/view.php?number=8485&viewtype=pubreader>

46. Knuf KM, Maani CV, Cummings AK. Concordancia clínica en la clasificación del estado físico de la Sociedad Estadounidense de Anestesiólogos. Londres: Medicine; 2018.
47. HOMO MEDICUS. Clasificación ASA (American Society of Anesthesiologists). [Internet]. 2023. Disponible en: <https://homomedicus.com/clasificacion-asa-american-society-of-anesthesiologists/>
48. Carrillo-Esper R, Espinoza I, Soto-Reyna U. Ayuno perioperatorio. Revista Mexicana de Anestesiología. 2015; 38(1):27-34.
49. Abad-Torrent A. Actualización 2017 Guías prácticas para el ayuno preoperatorio. ¿Alguna novedad? *Revista Electrónica de Anestesiología*. [Internet]. 2018 [citado 10 septiembre 2023]; 10(5). Disponible en: <http://revistaanestesiologia.org/index.php/rear/article/view/702>
50. Guías de la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires para el ayuno perioperatorio en pacientes adultos y pediátricos en procedimientos electivos. Rev Argent Anesthesiol. 2016; 74(1):10-18.
51. Boussofara M. Raucoules-Aimé. Lugar de la premedicación en anestesia. EMC Consulte. [Internet]. 2019 [citado 10 septiembre 2023]. Disponible en: <https://www.em-consulte.com/es/article/1298586/lugar-de-la-premedicacion-en-anestesia>
52. Dunn Peter F. Clinical Anesthesia Procedures of the Massachusetts General Hospital. 6a ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006.
53. De la Quintana F, López E. Compendio de anestesiología para enfermería. 2ª ed. México: Elsevier; 2007.
54. Garrido I, Vara A. Evaluación preanestésica del paciente quirúrgico. Manual de anestesiología. México: ELA; 1997.
55. Wilson WR, Gewitz M, Lockhart PB. Prevention of Viridans Group Streptococcal Infective Endocarditis. A Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation. 2021; 143: e963–e978.

CAPÍTULO 4

PROCESO DE ENFERMERÍA: CONOCIMIENTOS BÁSICOS

Eduardo José Sánchez y Alba Fernández

Introducción

Este capítulo presenta la herramienta más útil y completa del profesional de Enfermería que le permite valorar, observar, formular, planificar, decidir, realizar, interactuar, evaluar tanto con el usuario como con el resto del equipo de salud, así como con los familiares y allegados. Todo ello con la finalidad de obtener información acerca de los problemas y necesidades que le permita a éste alcanzar su potencial máximo de independencia y, a Enfermería, mantener un cuidado especial, adecuado y continuo para mejorar las respuestas humanas identificadas.

Como su título lo anuncia, es solo una introducción al Proceso Enfermero (PE), también conocido como Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) debido a lo amplio, sistemático y complejo de este método científico. Desde hace varias décadas se ha aceptado y manejado con cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Ninguna de estas etapas es ajena a la otra, se retroalimentan continuamente. Por tales motivos este método de trabajo debe interpretarse y utilizarse de forma propia y natural en la interacción entre los protagonistas del acto del cuidado. Se entiende que el uso y el registro del PE en las diferentes fases contribuye a la acreditación de Enfermería, al demostrar sus conocimientos básicos, especializados y las competencias para discernir, analizar situaciones, tomar decisiones y actuar de forma independiente en la práctica clínica, lo cual contribuye a mejorar, restablecer o fortalecer la salud de las personas a su cargo.

De ahí la importancia para los estudiantes que se inician en el conocimiento de esta herramienta de Enfermería en cuanto a interesarse en leer, detallar, esquematizar, revisar constantemente, entender los conceptos y cada etapa de una manera sencilla, básica, como se plasma en el presente capítulo, con el fin de que, a medida que vayan avanzando en la carrera, tengan una base previa y fundamentada para ir desarrollando con seguridad el PE.

Proceso Enfermero

Se define como un método organizado y sistemático, fundamentado en una base teórica a través del cual se cumple con el cuidado de una forma eficaz, eficiente e integral, orientado a satisfacer las necesidades y generar conductas saludables en la persona sana o enferma, la familia y la comunidad^{1,2}. Es organizado y sistemático, porque consta de pasos secuenciales o etapas interrelacionadas, que conllevan al estudiante en formación o al profesional de Enfermería a conocer y desarrollar habilidades y destrezas, de tipo afectivas, cognitivas y motrices, para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar y proporcionar la mejor atención a otros.

Para su aplicación requiere por parte de los enfermeros de capacidades técnicas, intelectuales y de relación, tales como: comunicación, escucha, expresión de intereses, empatía, autenticidad, comprensión, conocimientos, información para ir desarrollando confianza y obteniendo datos, de manera que se otorgue un cuidado integral, lógico y racional al sujeto receptor del cuidado. Es importante presentar la importancia, objetivos y características del PE^{2,3}.

Importancia

- Permite visualizar la calidad en los cuidados ofrecidos al usuario.
- Evalúa continuamente los cambios en las necesidades, asegurando un nivel apropiado de calidad.
- El hecho de contar con planes de cuidado, por escrito, facilita que todas las personas implicadas en los mismos puedan acceder y darles continuidad.

- Promueve un cuidado humanístico y holístico centrado en resultados evidentes.
- Permite aplicar las acciones de cuidado de manera individualizada.
- Admite la adaptación de la teoría a la práctica, por eso es una herramienta científica del cuidado.
- Aporta autonomía o independencia profesional en el quehacer enfermero.
- Facilita que las personas desarrollen las capacidades relacionadas con su autocuidado.
- Favorece el trabajo sistemático en el cuidado y le confiere un método y un rigor científico.
- Posibilita un registro completo y confiable de la actuación de Enfermería.
- Es un instrumento que puede evitar o contribuir a la decisión de imputar legalmente al profesional.

Objetivos

- Identificar los problemas y necesidades de las personas sanas y enfermas.
- Diseñar planes de cuidado que garanticen la continuidad y calidad de la atención.
- Garantizar un cuidado óptimo, individualizado e integral a personas, familias, grupos y comunidades.
- Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas.
- Incentivar a las personas que reciben los cuidados a la utilización de sus propios recursos o potencialidades en la búsqueda de la salud.

Características

- Es humanitario, porque los planes de cuidado se desarrollan y se ponen en práctica de forma que los intereses e ideales de la persona reciban la mayor consideración.
- Tiene un objetivo, que es lograr la salud y el bienestar del sujeto de cuidado (usuarios, familias, grupos y comunidades).
- El éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia, satisfacción y progreso del

paciente.

- Es proactivo, ya que conlleva a Enfermería a no solamente tratar los problemas, sino también a prevenirlos, gestionando los factores de riesgo y fomentando conductas saludables.
- Facilita la resolución de problemas, la toma de decisiones y maximiza las oportunidades y recursos.
- Permite a Enfermería ofrecer un cuidado integral u holístico a través de la reflexión y del pensamiento crítico que exige capacidades humanísticas, cognoscitivas, técnicas e interpersonales.
- Es dinámico y cíclico, porque responde a un cambio continuo de acuerdo a las respuestas del usuario, por ello, al llegar a la última etapa (evaluación), se puede requerir, a veces, revisar de nuevo la primera etapa (valoración), formular otros diagnósticos enfermeros (DxE), elaborar o revisar los planes de cuidado, ejecutar las acciones y evaluar otra vez.
- Es sistemático, ya que está organizado en una serie de etapas interrelacionadas.
- Es flexible, debido a que puede ser aplicado en cualquier escenario del cuidado y modificado en base a los objetivos esperados.
- Tiene una base teórica, la cual se fundamenta en las distintas disciplinas aplicables a la ciencia de la Enfermería que han permitido determinar la ganancia en conocimiento y práctica a la profesión.
- Es interactivo, por basarse en relaciones recíprocas entre el sujeto que recibe los cuidados, el profesional de Enfermería y los demás miembros del equipo de salud.

Diferencias entre el PE y el diagnóstico médico

A continuación, se presenta en el cuadro 1 las diferencias entre el PE y el diagnóstico médico^{3,4}.

Cuadro 1. Diferencia entre PE y diagnóstico médico.

PROCESO ENFERMERO	DIAGNÓSTICO MÉDICO
Enfoque holístico o integral, amplio, que valora el cuerpo, la mente y el espíritu y su relación con el entorno.	Tiene un enfoque comparativo más limitado que valora los órganos y sistemas.
Pretende potenciar las capacidades de las personas.	Tiene como objetivo mantener el normal funcionamiento del organismo.
Integra a la familia y allegados en el cuidado del enfermo.	Se preocupa más por el paciente, a veces también por los grupos y familias.
Considera principalmente las respuestas humanas tanto de la persona como de la familia, de una manera holística, es decir, a cuidar .	Se encarga de diagnosticar la enfermedad, indicar el tratamiento y curar a la persona.
Se centra en enseñar a mejorar el funcionamiento y a ser independiente.	Se interesa principalmente por los problemas con el funcionamiento de los órganos y sistemas.
Requiere la consulta de los médicos para el tratamiento de la enfermedad.	Requiere del cuidado de los enfermeros.

Fuente: Elaborado por la autora según Socorro³ y Guirao⁴.

Respuestas humanas

Las respuestas humanas (RH) son los fenómenos, problemas, necesidades de las personas, las familias, los grupos y las comunidades que están determinadas por los factores intrínsecos y extrínsecos que implican las reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos, conductas que presentan tanto las personas sanas como las enfermas³⁻⁵. De ahí que son únicas y múltiples.

Dependiendo de la naturaleza propia de cada persona, de la interacción con el entorno y de los problemas que originan la pérdida de la salud, se puede presentar una gran variedad de RH que algunos autores³⁻⁵ las han agrupado en nueve categorías para su valoración, a saber:

1. De intercambio: cardíaca, periférica, oxigenación, nutrición, cerebral, integridad cutánea, regulación física, eliminación.
2. De comunicación: lee, escribe, comprende español, otras lenguas, dificultades del habla, otras formas de comunicación.

3. De relación: relaciones, socialización.
4. De valores: preferencia/prácticas religiosas, preocupaciones espirituales, orientación/prácticas culturales.
5. De elección: afrontamiento, criterio, participación en el régimen de salud.
6. De movimiento: actividad, recreo, mantenimiento de la salud, autocuidado, sensopercepción.
7. De percepción: autoconcepto, sensopercepción, significado.
8. De conocimiento y sentimientos: problemas actuales de salud, medicamentos, facilidad para aprender, memoria, historia clínica, factores de riesgo, estado mental.
9. De sentimientos: dolor, molestias, factores asociados, agravantes, integridad, estado emocional.

Actualmente la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA, por sus siglas en inglés *North American Nursing Diagnosis Association*)⁶ y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC, *Nursing Interventions Classification*)⁷ en lugar de RH plantean los siguientes 13 dominios que están fundamentados en las categorías anteriores:

1. Promoción de la salud
2. Nutrición
3. Eliminación
4. Actividad/Reposo
5. Percepción/Cognición
6. Autopercepción
7. Rol/Relaciones
8. Sexualidad
9. Afrontamiento/Tolerancia al Estrés
10. Principios vitales
11. Seguridad/protección
12. Confort
13. Crecimiento/desarrollo.

De estos 13 dominios se derivan 47 clases⁶. Se entiende que los dominios representan las necesidades y problemas (RH) de las personas, las intervenciones y actividades que desarrolla Enfermería en su práctica. En cuanto a las clases, son las que categorizan los DxE de cada dominio. Para que queden más claros estos conceptos, se ilustra con el Dominio 2: Nutrición; que tiene 5 Clases: 1. Ingestión, 2. Digestión, 3. Absorción, 4. Metabolismo, 5. Hidratación. Este aspecto se ampliará en el apartado relacionado con la segunda etapa del PE.

Etapas

Las etapas o fases del PE son: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación^{2,3}. Se recomienda revisar el Formato actualizado para elaborar el caso clínico quirúrgico que aparece en el Anexo A donde se evidencia de manera práctica y metodológica todas las etapas del PE.

Primera etapa: Valoración

Se define como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud de una persona a través de las diferentes fuentes^{2,3,8}. Es la etapa más larga y metódica del PE. La valoración comprende la recogida, validación y organización de los datos.

Recogida de datos: es el primer paso de la etapa de valoración del PE, que incluye a su vez, una serie de fases, siendo esta la más amplia. La finalidad de la recogida de datos incluye al principio lo siguiente:

- Descubrir los deseos y necesidades de la persona.
- Saber cuáles son sus reacciones frente a su problema de salud (ansiedad, dolor, miedo, entre otros).
- Determinar las modificaciones del estado de salud de la persona (pérdida de peso, náuseas, estreñimiento, entre otros).
- Descubrir los factores de riesgo que puedan constituir una amenaza (edad,

hábitos tabáquicos, alcohólicos, inmovilidad prolongada en cama, entre otros).

- Recoger suficiente información que permita elaborar los DxE.

Las fuentes para la recogida de datos son:

- Fuente primaria: la persona.
- Fuente secundaria: familiares, amigos, otros miembros del equipo de salud, expediente o historia clínica, registros de Enfermería, registros médicos, comunicaciones verbales o escritas, resultados de estudios diagnósticos, bibliografías, Internet y más.

Durante este paso, se recogen datos subjetivos, objetivos, actuales e históricos:

- Datos subjetivos: son los que proporciona la persona, comprenden la visión de la persona respecto a su problema de salud, sus hábitos de vida, sus aspiraciones y deseos. Ejemplo más frecuente de dato subjetivo, es el dolor. La información transmitida por la familia también es subjetiva, ya que revela las percepciones, el estado de salud del paciente y sus hábitos de vida.
- Datos objetivos: son observables, tangibles y a menudo medibles, proceden de la utilización de los sentidos: la vista, la audición, el tacto, el olfato. Ejemplo: los ruidos cardiacos escuchados mediante un estetoscopio, la frecuencia del pulso, la temperatura, el color de la piel, entre otros.
- Datos actuales: incluyen lo que sucede en la persona en el momento de la recogida de datos. Ejemplo: náuseas, vómitos, dolor, otros.
- Datos históricos: los relacionados con todo lo que aconteció a la persona antes de su llegada al servicio o de su enfermedad actual. Ejemplo: su patrón de eliminación, apetito, hábitos de alimentación, de sueño, entre otros.

Métodos para la recolección de datos

Durante la fase de valoración se utilizan tres métodos básicos para la recolección de datos: la entrevista, la observación y el examen físico^{2,3,9}.

La entrevista

También llamada anamnesis, es uno de los métodos más frecuentes de recoger datos, ocurre durante la interacción enfermero-paciente con el propósito de obtener información específica y necesaria para formular un DxE claro y conciso, además permite a la persona informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de los objetivos.

En la entrevista, Enfermería y la persona comienzan a desarrollar una relación **terapéutica interpersonal, la aptitud, actitud y la “presencia” personal del profesional** es el factor más significativo en la creación del ambiente propicio en donde se desarrollará esta relación. Antes de iniciar la entrevista, esta debe:

- Organizarse: saber qué es lo que quiere hacer, no fiarse de la memoria, se recomienda tener un plan escrito de preguntas concretas o un formulario previamente elaborado, que impedirán la pérdida de tiempo.
- Planificar tiempo suficiente: normalmente se requiere de media a una hora con la finalidad de no cansar a la persona. Si esta tiene disposición y tiempo se puede alargar la entrevista.
- Asegurar la intimidad o lugar de la entrevista: debe ser en un ambiente tranquilo, privado, silencioso, sin interrupciones o distracciones.
- Centrar la atención: concentrarse tanto en la entrevista como en el usuario. Evitar hablar con otras personas y hacer uso del celular o de otro implemento que le reste la importancia al momento.
- Transmitir: seguridad, confianza, respeto, afecto auténtico para obtener la mayor información sobre la persona durante la entrevista.

La entrevista consta de tres partes: inicio, desarrollo y cierre. Cada una contempla una serie de aspectos a considerar para lograr el objetivo.

Cuando se inicie la entrevista, debe:

- Identificarse, diga su nombre y cargo.
- Verificar el nombre de la persona y preguntarle cómo le gusta que le llamen; de esta manera la ayudará a sentirse más relajada y en confianza.
- Explicar el motivo o el propósito para que la persona conozca la razón por la cual se le está entrevistando y pueda colaborar con la misma.

Durante la entrevista o el desarrollo, debe:

- Mantener un buen contacto visual, prestando toda la atención a la persona, evitando utilizar mucho tiempo en la toma de notas.
- Evitar la prisa de manera que la persona no piense que usted no está interesada en lo que ella dice.
- Observar el comportamiento no verbal, estando pendiente de la comunicación a través de gestos, sonidos, silencios, llantos, otros.
- Respetar la intimidad, guardando las preguntas delicadas o personales hasta conocer mejor a la persona.
- Aprender a escuchar mediante los siguientes consejos: sea un oyente empático; emplee expresiones suplementarias (ya veo, mm hm, **y...** ¿qué pasó?, **entonces...**) que animen a la persona a continuar comunicándose; preste atención tanto a los sentimientos como a las palabras; observe la coherencia entre el lenguaje articulado y el lenguaje no verbal, por ejemplo, manifiesta verbalmente no tener dolor, pero sus expresiones faciales dicen lo contrario; no desahogue sus propios problemas con el paciente.
- Formular las preguntas adecuadamente según el fin deseado: utilice frases que ayuden a ver las cosas desde la perspectiva de la otra persona, ejemplo: desde su **punto de vista... ¿cuáles son los principales problemas que le preocupan?; repita**

la idea principal de lo que la persona expresó, con la finalidad de demostrar interés (reexposición); haga preguntas abiertas, que permitan respuestas más amplias, ejemplo: ¿cuáles han sido los problemas de salud que usted ha tenido en el transcurso de los últimos años?; formulando preguntas cerradas, hará que la persona conteste muy limitadamente, ejemplo: ¿fuma cigarrillos? Le podrían contestar simplemente sí o no; permita que la persona termine sus frases, no demostrar prisa en terminar o querer participar de la conversación; sea paciente, no presione, si la persona presenta un bloqueo en la memoria, quizás más tarde recuerde; permita pausas durante la conversación, que les dé tiempo a ambos de ordenar las ideas.

- Para terminar o cerrar la entrevista:
- No se debe introducir nuevos temas, al contrario, pida a la persona que resuma sus preocupaciones más importantes según su propio punto de vista, con la finalidad de asegurarse que se ha entendido lo expresado por ella.
- Agradezca por la información suministrada expresando calor humano y consideración, animando a la persona a ser un partícipe activo y ofrézcase como recurso en caso de necesidad.

La observación

Es el segundo método de recolección de datos, implica utilizar todos los sentidos para obtener la mayor información del usuario¹. Permite identificar problemas o necesidades durante la entrevista y en el mismo proceso de cuidados. Los aspectos que se deben observar son los siguientes:

- Relación entre apariencia y edad cronológica.
- Expresiones verbales y no verbales.
- Actividad motora.
- Tono de voz.
- Orientación.
- Memoria.
- Percepción de sentimientos, emociones.

El examen físico

Es el último método que se utiliza en la recolección de datos. Se realiza de manera céfalo-caudal, es decir, desde la cabeza hasta los pies⁸. Por supuesto, esto en caso de una recolección de información, por ejemplo, en la sala de hospitalización, porque si el paciente se encuentra o ingresa directamente al servicio de emergencias, urgencias, cuidados intensivos o salas quirúrgicas, la metodología cambia, por los problemas de salud que se deben atender de manera prioritaria. Para realizar la exploración física (figura 1), se utiliza cuatro técnicas específicas:

- Inspección: examen que amerita la observación cuidadosa y crítica en el paciente acerca del tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento, simetría. Otras manifestaciones o evidencias de algún problema como vómitos, hemorragias, fracturas, vendajes, expresiones de sentimientos.
- Auscultación: requiere el uso de la audición, utilizando un estetoscopio o solo con una oreja de los ruidos pulmonares, cardiacos, intestinales; incluyendo frecuencia, intensidad, calidad y duración.
- Palpación: se realiza mediante la utilización del tacto, para tocar, palpar la textura, temperatura, humedad de la piel; el pulso en sus diferentes sitios; la forma, el tamaño, vibraciones, consistencia y movilidad de órganos internos.
- Percusión: implica dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos que permitan determinar el tamaño, la densidad, la localización y los límites de un órgano.



Figura 1. Examen físico a usuario. Fuente: Fotografía tomada por la autora Alba Rosa Fernández.

Validación de los datos: dentro de esta primera etapa, se deben validar los datos recogidos con las tres técnicas mencionadas. El propósito es confirmar si la información es real y completa. Esto significa que debe asegurarse que se han identificado todos los problemas y necesidades y, si las interpretaciones son correctas, de lo contrario, se deberá obtener más datos para evitar cometer errores, por lo que se recurrirá a las fuentes secundarias.

Organización de los datos: la forma de organizar los datos depende de los conocimientos, habilidades y destrezas de los enfermeros, así como de los formatos preestablecidos por los diferentes programas de formación en las instituciones educativas y de salud. Si la valoración está bien estructurada, gran parte de la organización ya estará realizada, lo que conlleva a obtener una imagen más clara de los problemas o RH y de los recursos disponibles para solucionarlos. Los datos se pueden organizar de diferentes maneras, según:

- Las nueve categorías de las respuestas humanas (mencionadas anteriormente).
- Los once patrones funcionales de Marjorie Gordon.

- Una teoría o un modelo de enfermería (Virginia Henderson, Faye Abdellah, Dorothea Orem, entre otros).
- Los sistemas del organismo.
- Los formatos elaborados.

En el cuadro 2, **que se observa más adelante**, se presenta el método que **considera los** diversos aspectos de los 11 patrones funcionales de salud de Marjorie Gordon³. La importancia de estos estándares radica que, en 1998, el Comité de la NANDA⁶ luego de un profundo estudio, clasificó los DxE de acuerdo a lo planteado por Gordon, lo que permitió la modificación y ampliación de la estructura taxonómica de esta asociación.

Segunda etapa: Diagnóstico enfermero

El DxE es un juicio clínico en relación con una RH a una afección de salud/proceso vital o vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad. Proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras y conseguir los resultados sobre los cuales esta profesional tiene responsabilidad^{3,4,10,11}. Posee cuatro fases implícitas: procesamiento e interpretación de los datos obtenidos en la valoración; formulación del DxE, considerando la taxonomía de la NANDA⁶; validación de los diagnósticos y la documentación de los mismos. Es importante señalar que esta asociación cada tres años actualiza la lista de DxE. En la actualidad, la NANDA 2021-2023 cuenta con 267 DxE⁶.

Tipos de DxE

La NANDA^{3,6}, reconoce tres tipos de DxE: focalizado en el problema, de riesgo y de promoción de la salud.

Cuadro 2. Patrones funcionales de Marjorie Gordon

PATRONES	ASPECTOS A EVALUAR
Patrón I: Percepción/ Cuidado de la salud	-Motivo del ingreso. -Información y percepción que tiene sobre su enfermedad. -Historia de enfermedades y antecedentes quirúrgicos y familiares. -Alergias. -Hábitos: consumo de café, alcohol, tabaco, drogas, chimó, otros. -Consumo de fármacos: medicación habitual por enfermedad, automedicación.
Patrón II: Nutricional/ Metabólico	-Modelo de ingesta de sólidos y líquidos: si come solo o necesita ayuda, si tiene prescrita alguna dieta especial, apetito y preferencias, modelo habitual de alimentación en su domicilio, ganancia o pérdida de peso, disfagia, dolor subesternal, dolor de garganta, sensación de plenitud, pirosis, regurgitación, náuseas, vómitos, halitosis, dentición, anorexia, otros. -Hábitos: comidas calientes, frías, alteración del sentido del gusto o del olfato. -Medición y valoración de datos antropométricos. -Valoración de la piel y mucosas. -Necesidad de ayuda para la higiene: frecuencia y hábitos de ducha o baño, pliegue cutáneo, hidratación general, resequead de la piel, palidez, sensación de sed, malestar general.
Patrón III: Eliminación	-Valorar el patrón habitual de evacuación urinaria o intestinal: frecuencia, características, sudoración, menstruación, hemorroides, control de esfínteres, incontinencia, otros. -Presencia o no de signos y síntomas de alteraciones.
Patrón IV: Actividad/ Ejercicio	-Valoración del estado cardiovascular: frecuencia cardíaca, tensión arterial, cambios en el electrocardiograma (ECG) que reflejen isquemia, arritmia, otros. -Valoración del estado respiratorio: antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente laboral, tabaquismo, disnea, molestias al esfuerzo, tos nocturna, expectoración, fatiga, otros. -Valoración de la movilidad y actividades cotidianas: debilidad generalizada, cansancio, estilo de vida sedentario o activo, actividades de la vida diaria que realiza, encamamiento, otros.
Patrón V: Sueño/ Descanso	-Valorar signos y síntomas de sueño insuficiente: nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, letargia, apatía, bostezos frecuentes, cambios posturales, otros. -Valorar modelo habitual de sueño/descanso. -Valorar factores que afectan el sueño. Internos (síntomas de la enfermedad, despertar por el dolor, tos o regurgitaciones, estrés psicológico, otros). Externos (cambios ambientales, estímulos sociales). -Valorar antecedentes de trastorno del sueño.
Patrón VI: Cognitivo/ Perceptivo	-Valorar la presencia de indicadores no verbales de dolor: expresión facial, agitación, diaforesis, taquipnea, posición de defensa. Valoración del dolor: comunicación verbal, usar una escala del dolor, descripción, localización, carácter, frecuencia, signos y síntomas asociados (náuseas, disnea, llanto, otros). -Valorar las medidas de alivio usadas. -Identificación de los fármacos indicados. -Valoración sensorial y reflejos: déficit sensorial, cognitivo, dificultades de aprendizaje, desorientación, alteración del pensamiento, conflicto de decisiones.
Patrón VII: Autopercepción/ Autoconcepto	-Ansiedad. - Temor -Alteración de la autoestima -Valoración de signos, síntomas y grado de ansiedad: angustia, temor, nerviosismo, cefalea, tensión muscular, intranquilidad, mareos, hiperventilación, insomnio, somnolencia, cansancio, otros. -Valoración del conocimiento y percepción de su enfermedad, solicitud de información.
Patrón VIII: Función/ Relación	-Valoración de la comunicación y patrón de interacción social: ambiente familiar y laboral. -Valoración de cambios de conducta: dependiente, retraída, exigente, manipuladora, otros.
Patrón IX: Sexualidad/ Reproducción	-Mujer: uso de anticonceptivos; menarquía (primera menstruación); sexarquía (primera relación sexual); número de embarazos, hijos, abortos; esterilización, última menstruación; menopausia; revisiones ginecológicas; autoexamen de mama; infecciones de transmisión sexual (ITS), otros. -Hombre: problemas de próstata, uso de condones o de otro método, revisiones periódicas, ITS, otros. -Preguntar, si procede y en el momento adecuado, por trastornos y preferencias en las relaciones sexuales.
Patrón X: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés	-Afrontamiento de la enfermedad: verbalización de la incapacidad de afrontamiento o de pedir ayuda. -Alteración en la participación social. -Cansancio. -Cambios de los patrones de comunicación. -Manipulación verbal. -Tabaquismo excesivo. -Consumo excesivo de bebidas alcohólicas. -Falta de apetito. -Uso excesivo de tranquilizantes. -Alteración de las conductas de adaptación. -Grupos de apoyo social: familia, amigos, vecinos, organizaciones, otros.
Patrón XI: Valores/ Creencias	-Interferencia de la enfermedad o de la hospitalización en: prácticas religiosas o de creencias habituales, tradiciones familiares, cultura. -Deseo de contactar con el sacerdote del hospital o con dirigentes de su religión.

Fuente: Socorro³.

- El DxE focalizado en el problema: describe respuestas no deseadas de una persona, familia, grupo o comunidad a una afección de salud o del proceso vital. Está presente en el paciente, es real.

Su composición o formulación es:

Respuesta Humana + Factor Relacionado + Características definitorias
(Etiqueta NANDA)

Notas importantes:

- La RH se une al factor relacionado con la abreviatura (R/C) y este se enlaza con las características definitorias a través de la abreviatura E/P o M/P.
- E/P (Evidenciado por) se utiliza cuando hay objetividad en los datos obtenidos, mediante la comprobación de estos a través del examen físico, la observación, inspección o la paraclínica de la persona.
- M/P (Manifestado por) es una sigla que se utiliza cuando la persona desde su subjetividad, manifiesta sus creencias o percepciones en cuanto al estado de salud, incluso los deseos de un mejor bienestar.

En tal sentido, un ejemplo de DxE focalizado en el problema y haciendo uso de la NANDA⁶ se representa así:

00007 Hipertermia R/C proceso infeccioso E/P aumento de la temperatura corporal por encima de los valores normales (39°C), escalofríos.

- El DxE de riesgo: es el juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud o un proceso vital.

Su composición o formulación es:

Situación de riesgo + Factor de Riesgo
(Etiqueta NANDA)

Ejemplo: 00155 Riesgo de caídas R/C con marcha inestable y dificultades visuales.

Nota importante: los DxE de riesgo no llevan características definitorias (entendidas como evidencias), ya que describen situaciones de riesgo que no han ocurrido y que podrían convertirse en realidad, si no se toman las previsiones.

- El DxE de promoción de la salud: comprende el juicio clínico en relación con la motivación y el deseo del usuario de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud humano. Estas RH se expresan por una disposición para mejorar los comportamientos específicos de salud y se pueden dar en una persona, familia, grupo o comunidad.

Su composición o formulación es:

Respuesta Humana + Características definitorias
(Etiqueta NANDA)

Ejemplo: 00171 Disposición para mejorar la religiosidad M/P deseos de recibir orientación sobre grupo de apoyo social y espiritual.

Nota importante: por la composición de los DxE de promoción de la salud, la abreviatura M/P es la más usada.

Tercera etapa: Planificación

Consiste en establecer un plan de cuidado y en prever las etapas de su realización, ella deriva directamente del DxE, el cual permite identificar las RH, previa valoración, a las que enseguida hay que dar solución, es decir, establecer los resultados esperados y las intervenciones de Enfermería¹². Así, la planificación o planeación dependerá de la capacidad intelectual del profesional para determinar las prioridades, establecer los resultados esperados, formular y ejecutar las intervenciones de Enfermería y evaluar o asegurar que el plan está bien elaborado y que logrará el objetivo.

Tipos de planes de cuidado

1. Semiestandarizados: cuando se usa alguno de los lenguajes estandarizados o taxonomía, por ejemplo, la NANDA. Al inicio de la carrera de Enfermería, este es el plan que todos los estudiantes deben dominar, por ser el más sencillo, de manera que, a medida que continúen en las siguientes asignaturas, no se les complique la elaboración de los siguientes planes de cuidado.
2. Estandarizados: se utilizan los tres lenguajes estandarizados en Enfermería para construir el plan, es decir, las tres NNN, que hacen referencia a la NANDA, el NOC y el NIC. De las siglas NANDA⁶ ya se comentó; el NOC¹³ corresponde a la Clasificación de los resultados u objetivos esperados de Enfermería (por sus siglas en inglés *Nursing Outcomes Classification*) o CRE (Clasificación de Resultados de Enfermería) y la NIC⁷ que también en párrafos anteriores fue mencionada.
3. Multidisciplinarios o interdisciplinarios: según Carpenito¹⁴ se enfocan en el Modelo bifocal que significa que lo componen dos tipos de juicios clínicos: DxE y los problemas en colaboración. Lo que significa que en este tipo de planificación se identifica en el paciente tanto los problemas propios de la disciplina (independientes) como los que surgen de la cooperación con otros profesionales del equipo de salud (interdependientes) donde Enfermería a través de su juicio clínico y conocimientos detecta o percibe las complicaciones fisiológicas que ella puede controlar, formulando el objetivo, ejecutando las intervenciones donde tendrá presente la fundamentación científica de cada actividad y, evaluando el plan o si se previno el problema o la complicación potencial.

Seguidamente, en el cuadro 3 se presenta un ejemplo de plan de cuidado estandarizado y en el cuadro 4 uno de modelo bifocal. Es muy importante que en el cuadro 3 se revisen las observaciones que aparecen al final del mismo acerca de lo que se debe incluir en las columnas de ejecución y de evaluación del plan elaborado. Igualmente, se debe observar las diferencias entre ambos planes.

Cuadro 3. Plan de cuidado estandarizado con un DxE Focalizado en el problema

DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	RESULTADO ESPERADO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
00016 Deterioro de la eliminación urinaria R/C procedimiento quirúrgico E/P sonda vesical y disminución del gasto urinario.	0503 Eliminación urinaria.	1876 Cuidados del catéter urinario. Actividades: -Mantener un buen manejo de la sonda vesical con técnica aséptica. -Enseñar al paciente el cuidado de la sonda vesical. -Vaciar la bolsa recolectora por turno y mantenerla por debajo de la altura de la vejiga. -Limpiar la región alrededor de la uretra dos veces al día.	EP	RH: No progresa.
			C	FR: Se mantiene.
			EP	IE: Apropiadas.
			EP	
		0590 Manejo de la eliminación urinaria. Actividades: -Vigilar que el paciente recupere favorablemente la eliminación urinaria a través del monitoreo y registro de las características de la diuresis; frecuencia, olor, volumen y color. -Vigilar presencia de edemas e ingurgitación yugular. -Observar signos de retención y/o infección del tracto urinario. -Realizar balances hidroelectrolíticos por turno. -Valorar los electrolitos en sangre y el hematocrito.	EP	
			EP	
			EP	
			C	

Fuente: elaborado en el Diplomado Básico de Instrumentación Quirúrgica, usando la Taxonomía NANDA⁶, NOC¹³, NIC⁷. Lectura: Código de Ejecución: C = Cumplido, P = Pendiente, EP = En Proceso. Código de Evaluación: RH = Respuesta Humana (Mejoría, Progresa, No progresa, En vía de cambio); FR = Factor Relacionado (Abolido, Disminuido, Se mantiene); IE = Intervenciones de Enfermería (Apropiadas, Inapropiadas).

Firma de Enfermera (o) _____ Fecha _____

Cuadro 4. Plan de cuidado Modelo bifocal.

Dominio 11: Seguridad/Protección. Clase 2: Lesión física. DxE: (00246) Riesgo de recuperación quirúrgica retrasada S/A infección del tracto intestinal.				
COMPLICACIÓN POTENCIAL	RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Sepsis	(182313) Prevención y control de infección.	(6540) Control de infecciones: -Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidado a la persona. -Asegurar una técnica de cuidados de herida adecuada. -Monitorizar constantes vitales. -Administrar terapia de antibióticos.	-Ayuda a evitar el traspaso de agentes patógenos entre los pacientes. -Evita la contaminación de la herida y fortalece los conocimientos del paciente acerca de la misma. -Ayuda a identificar signos de infección. Las alzas térmicas podrían indicar un proceso infeccioso. -Ayuda a eliminar bacterias presentes en el organismo.	Se han cumplido todas las actividades y la paciente no presentó ninguna sintomatología relacionada a la sepsis.

Fuente: elaborado en el Diplomado Básico de Instrumentación Quirúrgica, usando la Taxonomía NANDA⁶, NOC¹³, NIC⁷. Lectura: S/A: Secundario a.

Cuarta etapa: Ejecución

Es importante resaltar que tanto esta etapa como la de evaluación corresponden al PE, no se deben confundir con las dos últimas columnas del plan de cuidado. Esta etapa de ejecución comienza o se pone en práctica al elaborar los planes de cuidado. Implica las siguientes actividades de Enfermería³:

- Establecer las prioridades: ¿Qué acciones se ejecutarán primero? y ¿cuáles después?

- Continuar con la recogida y valoración de datos: reconocimiento de nuevos datos o problemas que se tomarán en cuenta en la elaboración de nuevos DxE y planes.
- Realizar las intervenciones y acciones: explicando al paciente sobre la actividad a ejecutar, el objetivo de la misma, la forma en que podrá colaborar.
- Registrar los cuidados y las respuestas: el informe tanto oral como escrito de parte de quien implementa la planeación es primordial para la continuidad de los cuidados y mantener actualizado el plan.

El personal de Enfermería es el responsable de esta fase, pero incluye al usuario, la familia y a otros miembros del equipo de salud³.

Específicamente, el registro de la gestión de los cuidados, puede ser realizado a través de la evolución de Enfermería. Entonces, tras llevar a cabo las intervenciones y acciones de cuidado programadas en el plan de cuidado, este profesional completa la fase de ejecución registrando en las notas de evolución de Enfermería las respuestas, evolución, cambios del usuario (complicaciones, alergias u otras reacciones), si se cumplieron o decir los motivos del incumplimiento de los cuidados, si el usuario respondió solo a una o varias acciones¹⁵⁻¹⁷.

Así que, la evolución de Enfermería es el instrumento donde se reportan las condiciones de salud, de enfermedad y los procedimientos realizados al usuario. La evolución debe ser por cada turno, lo que permite la continuidad de los cuidados. Existen varios modelos para realizarla, entre los más usados están los que incluyen las reglas mnemotécnicas (es una forma de tener una guía para hacer un escrito, utilizando una letra que orienta lo que corresponde escribir al respecto) y el narrativo por sistemas. Entre las reglas mnemotécnicas más usadas están: SOAP, SOAPIER, DAR, VIRA, DIE, PIE¹⁷, que se describen en el cuadro 5 y en el cuadro 6 se observa un ejemplo con una de estas reglas.

Cuadro 5. Reglas mnemotécnicas

REGLA MNEMOTÉCNICA	DESCRIPCIÓN
S	Datos subjetivos, mencionados por el usuario, familiares y otras personas.
O	Datos objetivos que observa o evidencia el personal de Enfermería en el usuario.
A	Apreciación o el diagnóstico enfermero.
P	Planificación de lo que se va a realizar para resolver el problema presente en el usuario.
S	Datos subjetivos, mencionados por el usuario, familiares y otras personas.
O	Datos objetivos que observa o evidencia el personal de Enfermería en el usuario.
A	Apreciación o el diagnóstico enfermero.
P	Planificación de lo que se va a realizar para resolver el problema presente en el usuario.
I	Intervenciones de Enfermería o acciones dependientes, interdependientes o independientes para resolver las situaciones diagnosticadas.
E	Evaluación de lo planificado y ejecutado.
R	Respuesta del usuario ante los cuidados, el tratamiento y demás intervenciones realizadas.
D	Dato o problema presentado o manifestado por el usuario al momento de la valoración.
A	Acciones o atenciones de Enfermería realizadas para resolver el problema del usuario.
R	Respuesta del paciente a las acciones de Enfermería.
V	Valoración, datos objetivos y subjetivos del usuario.
I	Intervenciones de Enfermería realizadas.
R	Respuesta del paciente a las acciones de Enfermería.
A	Nuevas acciones que se ejecutarán o las que quedaron pendientes.
D	Dato, problema o necesidad detectado en la valoración.
I	Intervenciones de Enfermería realizadas para resolver el problema del usuario.
E	Evaluación del usuario acerca de lo planificado y ejecutado.
P	Problema detectado en la valoración.
I	Intervenciones de Enfermería realizadas para resolver el problema del usuario.
E	Evaluación del usuario acerca de lo planificado y ejecutado.

Fuente: Zapata¹⁷.

Cuadro 6. Ejemplo de evolución de Enfermería usando el SOAP.

S	La paciente EG refiere dolor en rodilla izquierda que le limita para deambular, sin motivo aparente.
O	A la valoración se observa inflamación, zona caliente y edema en rodilla izquierda.
A	Riesgo de caídas del adulto R/C movilidad física deteriorada y dolor en rodilla izquierda.
P	Ayudar a la deambulación, proporcionar dispositivos de soporte (bastón), disponer luz nocturna en la mesa de noche y colocar barandillas y pasamanos en el baño.

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al modelo narrativo por sistemas, está estructurado en fecha y hora, eventos significativos presentados en algún órgano durante el turno, reacciones inesperadas a un procedimiento, datos relevantes reportados en los signos vitales, en el balance hídrico, en la administración del tratamiento, otros. Al final se hace el cierre de la evolución con lo que quedó pendiente, las condiciones en que se deja al usuario, el nombre del profesional que realizó el registro, cargo y servicio¹⁷.

Quinta etapa: Evaluación

Es el último paso del PE. Esta etapa se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona, los resultados esperados y emitir un juicio sobre la evolución de la misma. Esto permite revisar el plan de cuidado, su eficacia, revalorar y hacer correcciones en las intervenciones. En otras palabras, la evaluación es continua, es decir, a veces se requiere regresar a la primera etapa del PE, formular otros DxE, elaborar nuevos planes, de una manera cíclica^{3,16}. En la evaluación se puede llegar a las siguientes conclusiones:

- El usuario está en proceso de lograr el resultado esperado (se continúa el plan de cuidado).
- El usuario ha alcanzado el resultado esperado (se da por finalizado el plan).
- El usuario no ha logrado los resultados esperados (se modifica el plan, se realiza nueva valoración, se revisan los resultados esperados)³.

Ejemplo de redacción en la etapa de evaluación:

Se da por finalizado el plan ya que el resultado esperado fue logrado, las intervenciones planteadas fueron las más apropiadas, se ejecutaron de forma correcta y eficaz con la ayuda del paciente y de su familiar.

Aspectos ético-legales del PE

La práctica o el cuidado de Enfermería implican la manera en que las acciones o decisiones profesionales afectan a los demás en el cumplimiento o no de las normas morales, éticas y legales. Esto se debe a que la salud es uno de los bienes más preciados de la persona y el despertar de la sociedad sobre los derechos en materia de salud. A medida que la enfermera elabora las etapas del PE está reportando en diferentes formatos o registros lo relacionado con el mismo, lo que podría salvarla o enjuiciarla en algún aspecto de índole legal¹⁸⁻²⁰.

Por lo tanto, como profesional del equipo de salud debe conocer y tener presente en su desempeño los principios éticos universales (autonomía, beneficencia, justicia, veracidad, secreto profesional, responsabilidad, entre otros); los principios generales que guían los cuidados enfermeros; los derechos y deberes de los pacientes y propios; las implicaciones o delitos en los que podría incurrir directa o indirectamente, sola o en colaboración (imprudencia, negligencia, impericia, omisión, inobservancia); los valores morales que provienen de la familia y cultura (respeto, compromiso, puntualidad, confianza); los valores esenciales de la enfermera que son los que se aprenden mediante la instrucción formal, durante la socialización con colegas, profesores y otros profesionales (vocación, solidaridad, empatía, honestidad, iniciativa, paciencia, altruismo y muchos más) y, los decretados por la sociedad en que se encuentra.

En este contexto, específicamente en Venezuela, Enfermería cuenta con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000)²¹, la Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería²², el Código Deontológico de la Enfermería Venezolana²³, la Federación de Colegios de Profesionales de Enfermería, entre otros.

Conclusión

El PE es un método, una técnica, una herramienta de enfermería, que le permite obtener información para identificar problemas de la persona, la familia, un grupo o la comunidad, por eso, este profesional requiere de habilidades y destrezas afectivas, cognitivas y motrices que le permitan en la etapa de valoración, detectar los datos adecuados y valiosos para formular un DxE, planificar las intervenciones apropiadas, ejecutar esas acciones y evaluar los resultados esperados obtenidos en la mejoría de las respuestas humanas del paciente.

La aplicación del PE tiene efectos, por una parte, en la persona que se beneficia de su uso, ya que le asegura la calidad de la asistencia, al tiempo que la estimula a participar en la misma. Por otra parte, en el profesional, debido a que define el alcance de la práctica de la Enfermería e identifica las directrices del cuidado, lo que conlleva a una mayor satisfacción por el trabajo y un aumento del desarrollo del conocimiento, habilidades y destrezas en el quehacer diario en beneficio del otro.

En la actualidad, esta técnica de trabajo es considerada una de las principales y más útil herramienta de trabajo que posee Enfermería para implementar el cuidado de sus pacientes en el área asistencial (Hospitalización, Servicio de Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos, Salas Quirúrgicas) pero igualmente, permite demostrar el conocimiento, juicio clínico, trabajo en equipo en cualquier otro escenario, siendo un excelente recurso que aporta a la investigación mediante la elaboración de trabajos de pregrado, tesis, monografías así como en el hallazgo y estudio de nuevos DxE, con sus NOC y NIC que aseguran mantener activa, innovada y con eficacia la práctica, la profesión, la disciplina y la ciencia de Enfermería.

Referencias

1. Morán V, Mendoza A. Proceso de Enfermería. México: Trillas; 2010.
2. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Fundamento del razonamiento clínico. China: Wolters Kluwer Health-Lippincott Williams & Williams; 2014.
3. Socorro D. Enfermería Básica. Mérida: Talleres Gráficos de la Imprenta de Mérida (IMMECA); 2010.
4. Guirao-Goris J, Camaño R, Cuesta A. Diagnóstico de Enfermería. Categorías, Formulación e Investigación. España: Ediversitas Multimedia; 2001.
5. Fernández A. Respuestas humanas biológicas. Ponencia presentada en: XVIII Evento Científico de la Cátedra Enfermería Básica; 30 de enero 2015; Universidad de Los Andes, Mérida- Venezuela.
6. Herdman H, Kamitsuru S, Takao C. (eds.). Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12a. ed. [Internet]. España: ELSEVIER; 2021 [consultado 17 de mayo 2023]. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821276.html>
7. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6a. ed. [Internet]. España: ELSEVIER; 2014 [consultado 15 de abril 2023]. Disponible en: https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC
8. Reina N. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet]. 2010 [consultado 2 de agosto 2023]; 17:18-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
9. Andrade R, López J, Venegas M. El Proceso de atención de enfermería. México: Trillas; 2020.
10. Sánchez E. Manual de Diagnósticos de enfermería e interrelaciones NANDA-NOC-NIC. Mérida: Consejo de Publicaciones de la Universidad de Los Andes; 2015.

11. Roa P. Aplicabilidad del Diagnóstico Enfermero. Mérida: Producciones Karol C. A.; 2014.
12. Socorro D. Estandarización NANDA-NOC-NIC. Guía de planes de cuidados. Mérida: Producciones Karol C. A.; 2013.
13. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5a. ed. [Internet]. España: ELSEVIER; 2014 [consultado 15 de abril 2023]. Disponible en: <https://www.consultadelsiglo21.com.mx/documentos/NOC.pdf>
14. Carpenito LJ. Understanding the Nursing Process-Concept Mapping Care Planning for Students, Philadelphia: Lippincontt; 2006.
15. DAE Formación. Ejecución y evaluación de un plan de cuidados. [Internet]. 2021 [consultado 18 de junio 2023]. Disponible en: <https://daeformacion.com/ejecucion-y-evaluacion-pe/>
16. Téllez S, García M. Modelos de Cuidado en Enfermería NANDA, NOC y NIC. México: McGraw Hill; 2012.
17. Zapata de S. L. Registros Enfermeros. Mérida: Talleres Gráficos de la Imprenta de Mérida (IMMECA); 2011.
18. Amaro M. El método científico de enfermería, el proceso de atención y sus implicaciones éticas y bioéticas. Rev cubana enfermer. [Internet]. 2004 [consultado 22 de julio 2023]; 20(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-03192004000100010
19. Rumbold G. Ética en enfermería. España: McGraw Hill-Interamericana; 2000.
20. Berrocal Á. Respuestas a la bioética contemporánea. Murcia: Fundación Universitaria San Antonio; 2012.
21. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000). Gaceta Oficial N° 5.908 Extraordinario del 19 de febrero de 2009. Caracas-Venezuela.
22. Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería. Gaceta Oficial N° 38.263 del 1 de septiembre de 2005. Caracas-Venezuela.
23. Código Deontológico de la Enfermería Venezolana. Caracas: Comité Ejecutivo de la Federación de Profesionales de Enfermería de Venezuela; 2006.

CAPÍTULO 5

EL PROCESO ENFERMERO EN EL PREOPERATORIO

Eduardo José Sánchez y María Gregoria Vega

Introducción

Los cuidados de Enfermería perioperatorios se desarrollan en tres fases: preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria; estos cuidados pueden proporcionarse en el hospital, en un centro quirúrgico o en una consulta y están basados en diversos aspectos que el profesional deberá considerar, entre ellos: conocimiento de técnicas y protocolos relacionados con el área quirúrgica, trabajo en un equipo multidisciplinario de alta calidad, comunicación y colaboración (tanto efectiva como terapéutica) con la persona, la familia y el equipo quirúrgico; asimismo, la aplicación del Proceso Enfermero (PE) en todas sus fases (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), entendiéndose este, como un método organizado y sistemático, fundamentado en una base teórica a través del cual, se brindarán cuidados de una forma eficaz, eficiente e integral, orientada a satisfacer las necesidades y/o generar conductas saludables en la persona durante todas las fases perioperatorias¹.

Se deberán considerar algunos aspectos éticos/legales, como:

- La Constitución y las Leyes.
- Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería.
- Código Deontológico de la Enfermería Venezolana.
- Principios que guían los cuidados de enfermería.
- Principios éticos: autonomía, beneficencia, justicia, veracidad, confidencialidad, responsabilidad.

- Consentimiento informado
- Derecho de los pacientes (personas); entre otros.

Valoración preoperatoria

Durante el preoperatorio corresponde al profesional de Enfermería realizar la valoración del estado físico, emocional y espiritual, así como, el grado de riesgo. También, incluye la coordinación de pruebas diagnósticas, identificación de diagnósticos de Enfermería y de resultados esperados con sus respectivas intervenciones. Además, de la comunicación al equipo quirúrgico de los datos pertinentes.

La etapa de valoración prequirúrgica implica la recogida de datos y el registro de estos en la historia clínica. Aquí, se utilizan los 3 métodos: la observación, la entrevista y la exploración física. La finalidad de la recogida de datos permite:

- Descubrir los deseos y necesidades de la persona.
- Saber cuáles son sus respuestas humanas frente a su problema de salud (ansiedad, dolor, temor, entre otros).
- Determinar las modificaciones del estado de salud de la persona (pérdida de peso, náuseas, estreñimiento, entre otros).
- Descubrir los factores de riesgo que puedan constituir una amenaza (edad, hábitos tabáquicos, alcohólicos, intervenciones previas, enfermedades, alergia, entre otras).
- Recoger suficiente información que permita elaborar juicios clínicos (diagnósticos de Enfermería).

Exploración física centrada en la historia clínica de la persona y la futura intervención quirúrgica

La valoración puede ser muy amplia y por lo general, cada persona antes de ser intervenida quirúrgicamente, se le deberá realizar una valoración física exhaustiva y el llenado de la historia clínica, que, por lo general, lo realiza el médico.

A pesar de lo descrito, al profesional de la Enfermería, previa entrevista, le corresponderá realizar una revisión de los requisitos quirúrgicos y pruebas ya finalizadas antes de pasar a la persona al quirófano. Esta valoración debe centrarse en determinaciones claves para todos los órganos y sistemas del cuerpo, de tal forma que no se pasen por alto respuestas humanas².

También, en la revisión de la historia clínica deben constar las enfermedades pasadas y el motivo principal de la consulta. Otra fuente de datos, lo constituye la historia clínica de anteriores hospitalizaciones; asimismo, es importante considerar las intervenciones previas, ya que las mismas, pudiesen permitir la prevención de posibles complicaciones e incluso influir sobre los cuidados en un postoperatorio.

Situaciones clínicas que aumentan los riesgos en la intervención quirúrgica

- Trastornos hemorrágicos (trombocitopenia, hemofilia). Los trastornos hemorrágicos aumentan los riesgos de sangrado intra y postoperatorio.
- Diabetes mellitus. Esta enfermedad aumenta la susceptibilidad frente a un proceso infeccioso y puede alterar la cicatrización de las heridas (como consecuencia del trastorno del metabolismo de la glucosa y de las anomalías circulatorias asociadas).
- Cardiopatías (infarto de miocardio reciente, arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca congestiva). La intervención quirúrgica podría en el miocardio, aumentar la demanda para mantener el gasto cardíaco, también, los anestésicos podrían deprimir la función cardíaca.
- Infección del tracto respiratorio superior. Podría aumentar el riesgo de complicaciones respiraciones durante la anestesia (la neumonía y espasmo de los músculos laríngeos, por citar algunos).

- Hepatopatía. Este proceso altera la metabolización y la eliminación de los fármacos administrados durante la intervención quirúrgica; asimismo, altera la cicatrización de las heridas y los tiempos de coagulación (a causa de la aparición de trastornos en el metabolismo de las proteínas, déficit de vitamina K).
- Hipertermia. La elevación de la temperatura puede predisponer a la persona a trastornos hidroelectrolíticos; asimismo, puede ser indicador de un proceso infeccioso. También, puede sobrevenir cuando alguien recibe anestesia general con uno o más de los siguientes medicamentos: Halotano, Isoflurano, Sevoflurano, Desflurano o Succinilcolina.
- Enfermedad respiratoria crónica. Reduce los mecanismos del sistema respiratorio que dispone la persona para compensar las alteraciones del equilibrio ácido-base. Algunos anestésicos disminuyen la función respiratoria, lo que puede aumentar el riesgo de hipoventilación.
- Trastornos inmunológicos (leucemia, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), depresión de la médula ósea, tratamiento con quimioterápicos, entre otros). Estos trastornos aumentan el riesgo de infección y retrasan la cicatrización de las heridas en el postoperatorio.
- Dolor crónico. El consumo habitual de analgésicos puede producir un aumento de la tolerancia, lo que conllevaría en un postoperatorio a aumentar la dosis de opiáceos/analgésicos³.

Asimismo, la historia farmacológica es muy importante tenerla en cuenta, ya que ciertos fármacos podrían ocasionar complicaciones, aunado a las interacciones respectivas. Además, es necesario, preguntarle a la persona, si toma preparados a base de hierbas que pudiesen tener propiedades farmacológicas con implicaciones en el tratamiento actual. En las personas ya hospitalizadas, y al menos que el médico señale lo contrario, los fármacos indicados en el preoperatorio se interrumpen en el postoperatorio.

En cuanto a la administración de fármacos, el profesional de Enfermería deberá durante la entrevista preguntar si la persona es alérgica a alguno en específico; incluso, estar alerta ante cualquier reacción durante las fases quirúrgicas; además, de valorar posibles alergias como al látex, o a alimentos, entre otros.

Fármacos con implicaciones especiales

- Antibióticos. Algunos fármacos potencian la acción de los anestésicos, por ejemplo, los aminoglucósidos pueden producir depresión respiratoria leve secundaria a disminución de la trasmisión neuromuscular.
- Antiarrítmicos. Pueden reducir la contractilidad cardíaca y alterar la conducción durante la anestesia.
- Anticoagulantes. Alteran los factores de coagulación, por lo que aumentan el riesgo de hemorragia.
- Antiepilépticos. El tratamiento en un plazo prolongado con antiepilépticos, por ejemplo, el Fenobarbital, entre otros, pueden alterar la metabolización de los anestésicos.
- Antihipertensivos. Interaccionan con los anestésicos y producen la aparición de bradicardia, hipotensión y alteraciones circulatorias.
- Corticoides. El tratamiento prolongado de estos medicamentos puede producir diversas complicaciones, por lo cual hay que vigilar su administración (hiperglicemia, inmunosupresión, insuficiencia suprarrenal).
- Insulina. La reducción de la ingesta alimentaria, después de una intervención, aunado a las características propias del proceso quirúrgico, podría causar complicaciones relacionadas con un riesgo de nivel de glucemia inestable.
- Diuréticos. Después de una intervención, los diuréticos pueden potenciar los trastornos hidroelectrolíticos (hipokalemia e hiponatremia).
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Inhiben la agregación plaquetaria y pueden prolongar el tiempo de coagulación conllevando a un riesgo de hemorragia.

Valoración general

- Tabaquismo. Un fumador crónico, puede presentar un patrón respiratorio ineficaz en el postoperatorio, incluso una limpieza ineficaz de las vías aéreas, como

consecuencia del aumento de la cantidad y espesor de las secreciones mucosas de los pulmones. Es importante destacar que, los anestésicos generales incrementan las secreciones de las vías aéreas y estimulan su producción, debido a que las mismas, son retenidas como consecuencia de la disminución ciliar que ocurre durante la anestesia³.

- Ingesta de alcohol, uso y abuso de sustancias o drogas no lícitas. El consumo de bebidas alcohólicas, puede conllevar a una persona a presentar predisposición a la aparición de reacciones adversas, como, por ejemplo: tolerancia a los anestésicos, retraso en la recuperación quirúrgica, hepatopatía, hipertensión portal y várices esofágicas, entre otros; aunado al posible desarrollo de un síndrome de abstinencia, tanto en el caso de personas alcohólicas, como de consumidores de otras sustancias o drogas.
- Apoyo familiar. Constituye una pieza fundamental en cuanto a la recolección de datos, pues ellos, contribuyen de forma progresiva durante todo el perioperatorio a aportar información constante sobre las diversas situaciones o cambios. Además, al apoyo emocional y colaborativo en función de la recuperación de su familiar.
- Valoración preoperatoria del dolor. Representa un factor determinante en la recuperación de la persona. En este aspecto, la cirugía pudiera ocasionar la aparición de complicaciones que generen dolor en el postoperatorio.
- Valoración nutricional. Aspecto importante para la cicatrización de las heridas o recuperación de los tejidos, así como del estado general de la persona en un postoperatorio.
- Salud emocional. La preparación psicológica y apoyo que se pueda prestar a la persona y su familia, será fundamental para el afrontamiento de la situación, o el temor que puedan estar manifiestos en ellos y que conllevarán al profesional a disminuir la ansiedad mediante el apoyo emocional.
- Cultura y religión. Aspectos importantísimos, sobre todo para respetar la individualidad de las personas en cuanto a sus prácticas culturales y creencias religiosas. En este punto, algunos dilemas conllevan a que los comités de ética jueguen un papel determinante en la toma de decisiones.

La exploración física

Se utiliza en la recolección de datos y se realiza de manera céfalo – caudal, es decir, desde la cabeza hasta los pies. Para realizar la exploración física, el profesional de Enfermería puede utilizar 4 técnicas específicas; ellas son: Inspección, palpación, percusión y auscultación⁴.

- En relación a la inspección general. El profesional deberá observar el aspecto general, así mismo, los gestos y movimientos corporales que podrían reflejar una debilidad o movimientos anormales causados por la enfermedad. La persona igualmente puede estar desnutrida, por lo tanto, la talla y el peso serán importantes indicadores. También, se incluye las constantes vitales: temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria, presión arterial y saturación de oxígeno por pulsioximetría.

Un aspecto a considerar relacionado con las constantes vitales, es la presencia de desequilibrio hidroelectrolítico; así, un aumento de la frecuencia cardíaca puede estar relacionada tanto con un déficit de volumen (deshidratación o sangrado) o por hipotensión arterial o trastornos del ritmo cardíaco ocasionados por las alteraciones de los electrolitos, especialmente potasio, magnesio y calcio.

- Cabeza y cuello. Se puede observar si existen deformidades y desviaciones de la cabeza, cara y cuello. Si hay prognatismo o micrognatia, esta última representa un predictor de riesgo en el momento de la intubación oro-traqueal. La inspección del paladar blando y de los senos nasales puede revelar la presencia de un drenaje sinusal (indicativo de infección sinusal o respiratoria). Si existen cambios pupilares (anisocorias, mióticas o midriáticas). Además, para descartar la posibilidad de infección local o sistémica, se palpará el cuello buscando adenopatías. La valoración de cuello incluye la inspección de las venas yugulares para comprobar si existe distensión, en donde un exceso de volumen de líquidos, así como una cardiopatía existente pudiesen ocasionar distensión de dichas venas y revelar un riesgo de aparición de complicaciones cardiovasculares durante la intervención. También, se puede observar la presencia o ausencia de bocio.

- Tegumento. La inspección de la piel deberá incluir todas las partes del cuerpo, prestando una particular atención en las prominencias óseas (talones, codos, sacro y omóplato). Verificando si hay cambios en la coloración de la piel (palidez cutáneo-mucosa, cianosis, ictericia, áreas de necrosis, piel marmórea, entre otros). Durante una intervención quirúrgica, la persona ha de permanecer en una posición fija durante varias horas. Por lo tanto, una piel delgada, seca y poco turgente, presentará propensión a las úlceras por presión. El consumo de corticosteroides, también aumenta el riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Así mismo, el estado general de la piel revelará su estado de hidratación.
- Tórax y pulmones. El patrón respiratorio y la expansión torácica de la persona serán útil para valorar su capacidad ventilatoria, ya que una disminución de la función respiratoria puede incidir en una mayor probabilidad de complicaciones. La auscultación de los ruidos respiratorios, indicará una congestión pulmonar o un estrechamiento de las vías aéreas. Asimismo, la valoración de presencia de cianosis o palidez servirá para identificar un posible deterioro del intercambio de gases.

Por su parte, ciertos anestésicos podrían producir un espasmo de los músculos laríngeos, por tanto, si el profesional ausculta sibilancias en las vías aéreas, este podría diagnosticar un patrón respiratorio ineficaz. También, se debe valorar la presencia de dedos de tambor, indicativos de enfermedad pulmonar crónica.

- Corazón y sistema vascular. Si la persona presenta una cardiopatía, el profesional deberá valorar el pulso apical. Después de la intervención ha de comparar la frecuencia cardíaca, el ritmo del pulso con los datos del preoperatorio, la aparición de arritmias como consecuencia de la administración de anestésicos o desequilibrios hidroelectrolíticos, así como la estimulación secundaria a la respuesta al estrés.

Para determinar el estado circulatorio, se han de valorar pulsos periféricos, tiempo de llenado capilar, color y temperatura de las extremidades. Un llenado capilar aceptable es el que se observa antes de transcurridos 3 segundos. En este contexto, la determinación de estos parámetros tiene especial

importancia en cirugías cardiovasculares o en personas a las que les van a colocar yesos o vendajes comprensivos después de la intervención quirúrgica. La aparición en el postoperatorio de un pulso débil, indicará un trastorno circulatorio.

- Abdomen. Se debe valorar el tamaño, forma, simetría y presencia de distensión, e incisiones postoperatorias, comparando los hallazgos con los datos del preoperatorio. La valoración de ruidos hidroaéreos es útil como referencia. También, las deposiciones regulares, así como, el color y la consistencia de heces. Hay que destacar que la preparación para la cirugía es sumamente importante en cuanto a la colocación de enemas y aseo de área perianal.
- Genitales externos. Si están normoconfigurados, si tiene sondas para drenaje de orina, si hay presencia de sangrado, de secreciones, describir sus características en cuanto a color, cantidad y olor.
- Extremidades. Simetría. Si hay edema, dilataciones venosas, presencia de catéteres periféricos, permeables y signos de flebitis, entre otros.
- Estado neurológico. Es obligatoria en todas las personas que van a recibir anestesia general, ya que el estado neurológico inicial servirá para realizar un seguimiento del progreso posterior a la anestesia y postoperatorio general. Dentro de los aspectos a valorar: estado de conciencia, orientación, vigilia, pares craneales, respuesta motora, sensibilidad, superficial y profunda, reflejos normales o patológicos, entre otros aspectos que estén dentro de la historia clínica.

Cabe destacar que, como consecuencia de la anestesia general, aparecerán cambios en el estado de conciencia; sin embargo, tras la desaparición de los efectos de la anestesia, la persona deberá volver a la capacidad de respuesta que tenía en el preoperatorio. En el caso de anestesia subaracnoidea, se deberá hacer una valoración preoperatoria de la fuerza y la función motora considerando la aparición de un trastorno de movilidad en extremidades inferiores, enfermedades con secuelas o intervenciones quirúrgicas anteriores que hayan afectado la motricidad general.

En cuanto a los factores de riesgo, se valorarán a través de la entrevista con el paciente y su familia, todos aquellos que puedan poner en riesgo la salud de la

persona, por lo cual se le solicita la paraclínica (cuadros 1 y 2), que se contrastará con la historia clínica actual o antigua. Aquí, los factores de riesgo ayudan a establecer un plan de cuidados perioperatorios, en el que se valoren inmediatamente las situaciones de riesgo y las complicaciones potenciales que pueden aparecer.

Cuadro 1. Pruebas y exploraciones diagnósticas más solicitadas en el preoperatorio (según los antecedentes o comorbilidades de la persona)

Antecedentes	Pruebas
Enfermedades hepáticas	Tiempo de protrombina/ tiempo parcial de tromboplastina (TP/TPT), Transaminasa glutámico oxalacética (AST o GOT) y transaminasa glutámico pirúvica (ALT o GPT). Fosfatasas alcalinas (FA). Amonio sérico. Albúmina sérica. Colesterol sérico. Bilirrubina total y fraccionada (BT y BF). Glucosa sérica. Seudocolinesterasa sérica. Hepatitis B, C, D.
<u>Fármacos</u> Diuréticos	Nitrógeno Ureico en sangre (BUN), creatinina, electrolitos
Corticoides	Electrólitos, glucosa sérica
Enfermedades cardiovasculares	Hematología completa (HC). Electrolitos, urea, glicemia, creatinina, Creatina cinasa fracción MB (CK-MB). Troponina I y T. Radiografía de tórax postero-anterior (PA), electrocardiograma (EKG). Ecocardiograma.
Enfermedades pulmonares	HC. Prueba diagnóstica para COVID19. Radiografía de tórax PA. Espirometría. Gases arteriales. Tomografía torácica. ultrasonido pulmonar.
Enfermedades renales	HC. Glucosa sérica. Creatinina sérica. Urea. Albumina sérica. Electrolitos. Gases arteriales. Uroanálisis. Ultrasonido renal. Urotomografía
Enfermedades del sistema nervioso central (SNC)	Recuento de leucocitos, electrolitos, BUN, creatinina, glucosa sérica. Electroencefalograma (EEG). Tomografía o Resonancia magnética nuclear cerebral

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 2. Pruebas diagnósticas y valores de referencia frecuentemente solicitadas en el preoperatorio

EXAMEN BÁSICO	PRUEBA DIAGNÓSTICA	VALOR NORMAL
Marcador de proceso inflamatorio	Proteína C reactiva Leucocitos	0 a 10 mg/L 4.600 a 10.200/mm ³
Biometría hemática	Hemoglobina Hematocrito Eritrocitos (RBC) Volumen corpuscular medio (MCV) Hemoglobina corpuscular media (MCH) Concentración corpuscular media de hemoglobina (MCHC) Velocidad de eritrosedimentación (ERS) Leucocitos (WBC) Neutrófilos Cayados Eosinófilos Basófilos Monocitos Linfocitos Linfocitos T Linfocitos B Tiempo de Protrombina (TP) Tiempo parcial de tromboplastina (TPT) Tiempo de Hemorragia (Duke) Plaquetas	Hombres (H) 14 a 18 g/100ml Mujeres (M) 12 a 16 g/100ml H: 40 – 54% M 38 – 47% H: 4.6 a 6.2 millones/mm ³ M: 4.2 a 5.4 millones/mm ³ 76 a 100 fl 27 a 33 pg. 33 A 37 g/100ml H: ≤ 20 mm/h M: ≤ 30 mm/h 5000-10000/mm ³ 54 -75% (3000 – 7500/mm ³) 3 - 8% (150 – 700/mm ³) 1 - 3% (50 – 400/mm ³) 0 - 1% (25 – 100/mm ³) 2 - 8% (100 – 500/mm ³) 25 - 40% (1500 – 4500/mm ³) 60 - 80% de los linfocitos 10 - 20% de los linfocitos 9,6 – 11,8 Segundos 35 – 45 Segundos 1 – 3 minutos 150000 – 450000/mm ³
Química sanguínea	Glucosa Potasio Sodio Cloro Bicarbonato (HCO ³⁻) Calcio total Calcio Ionizado Fósforo/fosfato Magnesio Osmolaridad Amoniaco (NH ₃) Amilasa Creatina fosfocinasa total (CK, CPK) Isoenzimas de la creatina cinasa, fracción MB Deshidrogenasa lactato (LDH) Proteínas Totales Albumina	70 - 110 mg/dl 3,5 - 5,0 mEq/L 135 - 145 mEq/L 95 - 105 mEq/L 19 - 25 mEq/L 9 – 11mg/100ml 4,5 – 5,5 mEq/L 2,5. – 4,5 mg/dl 1,7 – 2,2 mg/dl 285 – 310 mOsm/Kg 15 – 45 µ/dl 40 – 140 U/L 10 – 120 mcg/L < 5 ng/dl 50 – 150 U/L 6 – 8 g/100 ml 4 – 6 g/100 ml
Gasometría arterial	pH PaCO ₂ PaO ₂ HCO ₃ Exceso de base SaO ₂ Lactato	7,35 a 7,45 35 a 45 mmHg 80 a 100 mmHg 22 a 26 mEq/L -2,4 a + 2,3 mEq/L 95 a 98 % 0,5 a 1,6 mmol/L
Gasometría venosa	pH PvCO ₂ HCO ₃ ⁻ PvO ₂	7,33 a 7,43 38 a 50 mmHg 23 a 27 mmol/L 30 a 50 mmHg
Pruebas séricas hepáticas	AST o TGO ALT o TGP Bilirrubina total Bilirrubina conjugada Bilirrubina no conjugada (indirecta) Fosfatasa alcalina	H: 8 – 46 U/L M: 7 – 34 U/L 10 – 30 U/L 0,3 – 1,2 mg/100ml 0,00 – 0,2 mg/100ml 0,2 – 0,8 mg/100ml 20 – 90 U/L
Pruebas séricas renales	BUN Creatinina Ácido úrico	6 – 20 mg/100ml H: 0,6 – 1,3 mg/100ml M: 0,5 – 1,0 mg/100ml H: 4,0 – 8,5 mg/100ml M: 2,7 – 7,3 mg/100ml
Uroanálisis	Ph Densidad	4,5 – 8,0 1,010 – 1,030

Fuente: Elaboración propia. Lectura: mg/L: miligramos por litro. mm³ : milímetro cúbico de sangre. g/100ml: gramos por cien mililitros. %: por ciento. H: hombres. M: mujeres. fl: femto litro. Pg: picogramos. mOsm/Kg: miliosmoles por kilogramos. mm/h: milímetro por hora. mEq/L: miliequivalentes por litro. mg/dl: miligramo por decilitro. µ/dl: microgramos por decilitro. U/L: unidades por litro. mmHg: milímetros de mercurio. mcg/L: microgramos por litro. dl: decilitro. mg: miligramos. ng/dl: nanogramo por decilitro. mmol/L: miliosmoles por litro. pH: es una medida que indica la acidez o la alcalinidad del agua PaO₂: presión arterial de oxígeno. PaCO₂: presión arterial de dióxido de carbono. HCO₃⁻: bicarbonato. SaO₂: saturación arterial de oxígeno. PvCO₂: presión venosa de dióxido de carbono. PvO₂: presión venosa de oxígeno. AST: aspartato aminotransferasa o transaminasa glutámico oxalacética (TGO). ALT: alanina aminotransferasa o transaminasa glutámico pirúvica (TGP). BUN: nitrógeno ureico en sangre.

El consentimiento informado

Se entiende como un proceso de diálogo, en donde la persona con capacidad de decisión recibe una información comprensible y suficiente para sus necesidades, que le capacita para participar voluntaria y activamente en la toma de decisiones respecto a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a realizar, o a los cuidados que va a recibir⁴.

En consecuencia, la persona podría aceptar o rechazar determinados tratamientos, pruebas diagnósticas o la misma intervención quirúrgica; incluso escoger entre varias opciones ofrecidas por los profesionales de la salud; las decisiones deberán estar de acuerdo con sus intereses, y sin lesionar derechos a terceros. El consentimiento es un derecho de las personas, por lo tanto, el profesional de enfermería deberá⁵:

1. Informar a la persona:
 - Describiendo el procedimiento (siempre y cuando no exista intrusismo hacia la profesión médica).
 - Describir los riesgos potenciales de los mismos, aunque sean mínimos; así como los beneficios reales y potenciales.
 - Informar sobre los costos, si fuere el caso.
 - Comunicar todos los aspectos necesarios de la forma más clara y accesible al nivel cultural de la persona.
 - Valorar el impacto emocional ocasionado por la información tanto en la persona como en su familia.
2. Asegurarse de la capacidad de decisión de la persona:
 - Deberá proporcionar información completa sobre todos los factores que pueden ser relevantes en su caso.
 - Debe usar todos los elementos de información disponibles en un proceso de razonamiento lógico para tomar la decisión.
3. Asegurarse de que la decisión es libre y voluntaria:

- La persona debe ser y estar emocionalmente estable y libre de toda presión psicológica que pueda afectar su decisión. Por su parte, el profesional de Enfermería no deberá influir en toma de decisiones.
- El profesional de Enfermería deberá colaborar en la determinación del grado de validez y autenticidad del consentimiento, mediante el conocimiento de los valores de la persona, la observación y valoración de sus actitudes a lo largo de su permanencia en centro de salud.

4. Excepciones al consentimiento informado:

- De interés de salud y legal; por ejemplo, vacunaciones, epidemias; orden de un tribunal, entre otras.
- Urgencias (accidentes, catástrofes, entre otros).
- Personas sin capacidad de tomar decisiones (enfermedades neurológicas o de salud mental, menores).
- Renuncia de la persona a ser informado, dejando la decisión a los familiares o a los profesionales de la salud.

En el ámbito quirúrgico por motivos ético-legales, una intervención quirúrgica no se puede realizar hasta que la persona, o los responsables legales no hayan dado el consentimiento informado, el cual deberá ser por escrito o estar firmado según un formulario; lo anterior también dependerá de las políticas o el protocolo de los centros de salud.

Por su parte, es el médico cirujano en primera instancia, el que legalmente está autorizado de acuerdo a sus competencias profesionales a obtener el consentimiento informado para la cirugía, mediante la responsabilidad de informar sobre su diagnóstico a la persona, el procedimiento quirúrgico con sus riesgos y beneficios, así como, los tratamientos alternativos u opciones disponibles. El profesional de Enfermería podría por su parte, y si el caso lo ameritase, ser testigo o reforzar la información suministrada en el ámbito de sus competencias, de tal forma que se planifiquen los cuidados. Aunado a lo expuesto, es necesario confirmar que el consentimiento esté firmado y dentro de la historia clínica antes de la intervención quirúrgica.

Planificación de los cuidados preoperatorios

Implica por parte del profesional la elaboración o puesta en ejecución de un plan de cuidados basado en las necesidades particulares de la persona y sus respuestas humanas. En consecuencia, en la elaboración del mismo, los estándares o criterios profesionales juegan una importancia especial; establecen unas guías de práctica clínica en las que se ha demostrado su idoneidad para seleccionar intervenciones efectivas. Se deberá elaborar planes individualizados o adaptar los estandarizados de acuerdo a las respuestas humanas identificadas en conjunto con las personas y sus expectativas de una forma realista y alcanzable. Asimismo, se debe conseguir que la persona y la familia participen en la elaboración del plan de cuidados. De este modo, se establecen los resultados esperados que aseguren la recuperación o el mantenimiento del preoperatorio.

En este marco, uno de los aspectos fundamentales en la fase preoperatoria es la educación⁶. Con frecuencia la educación preoperatoria se inicia en la consulta del médico y luego es reforzada por el o la enfermera durante su ingreso o espera quirúrgica. Las instrucciones proporcionan tiempo a la persona para pensar en su intervención quirúrgica, realizar las preparaciones físicas necesarias (dietas, interrumpir o recibir algún tratamiento farmacológico específico) y hacer preguntas acerca de los procedimientos postoperatorios. No obstante, todas las personas deben someterse a unos preparativos básicos, entre ellos^{2,6,7}:

-Educación preoperatoria: incluye la explicación y demostración de ejercicios para el postoperatorio, específicamente los relacionados con la función ventilatoria, la capacidad funcional, la sensación de bienestar y la estadía hospitalaria; permitirán disminuir complicaciones y contribuirán a la recuperación y egreso (cuadro 3).

Cuadro 3. Valoración y razonamiento crítico/ educación preoperatoria

Valoración	Fundamentos
<p>-Valorar el riesgo de aparición de complicaciones respiratorias. Revisar la historia clínica para identificar antecedentes de trastornos relacionadas con el sistema respiratorio (enfisema, asma, entre otras); antecedentes de tabaquismo y la presencia de una disminución de los niveles de hemoglobina.</p> <p>-Valorar la capacidad para toser y respirar profundamente. Indicarle a la persona realizar una inspiración honda y observar el movimiento de los hombros y la pared torácica; así como pedir toser después de una respiración profunda.</p> <p>-Valorar el riesgo de formación de trombos en el postoperatorio (sobre todo en personas con mayor riesgo como los ancianos e inmovilizados). Comprobar si es positivo el signo de Homan (aparición de dolor en la pantorrilla mientras, con la rodilla flexionada, se realiza una flexión dorsal del pie de la persona). Observar la presencia en la pantorrilla de dolor, eritema, calor, tumefacción y distensión venosa.</p> <p>-Explicarle a la persona los ejercicios postoperatorios, resaltando su relevancia para la recuperación, así como los beneficios fisiológicos.</p> <p>-Hacer una demostración de los ejercicios (ver plan de cuidado relacionado con los diagnósticos de enfermería: Disposición para mejorar los conocimientos y Conocimientos deficientes).</p>	<p>-La anestesia general predispone a la aparición de problemas respiratorios, dado que durante la intervención los pulmones no están inflados del todo; así mismo, durante la intervención, desaparece el reflejo tusígeno, lo que causa una acumulación de moco en las vías aéreas. Por otro lado, después de la intervención quirúrgica, la persona puede presentar una disminución de la presión pulmonar y requerir un mayor esfuerzo para toser y para respirar profundamente; en estos casos, una expansión inadecuada del pulmón puede ocasionar atelectasias y neumonías. El riesgo de complicaciones aumenta en el caso de presencia de trastornos pulmonares crónicos; así como en fumadores en donde, como consecuencia del tabaco, se altera la capacidad de limpieza de los cilios y aumenta la secreción de moco; por otro lado, una disminución de la hemoglobina puede producir una disminución de la oxigenación.</p> <p>-Revela un potencial máximo de expansión del tórax, así como la capacidad para toser; sirve como referencia para medir la capacidad de realización de los ejercicios después de la intervención quirúrgica.</p> <p>-Después de la anestesia general ocurre un entecimiento de la circulación sanguínea, y cuando la velocidad del flujo sanguíneo disminuye, existe un mayor riesgo de formación de coágulos. La inmovilización produce una disminución de la contracción muscular en las extremidades inferiores, lo que favorece la estasis venosa.</p> <p>-Toda la información suministrada a la persona, permitirá que este atenta y pueda servir de motivación para el aprendizaje.</p> <p>-Con la demostración y puesta en práctica del ejercicio, la persona se sentirá segura al realizarlo.</p>

Fuente: Elaboración propia.

-Tiempo de la cirugía. La persona y sus familiares están en el derecho de saber la hora aproximada en que va a comenzar la intervención quirúrgica, así como, cualquier cambio o reprogramación de la misma que por lo general es el cirujano quien informa este aspecto. También, se debe informar sobre los retrasos en el tiempo (los cuales no implican necesariamente un problema o complicación). Es norma que los familiares aguarden en la sala de espera de la zona quirúrgica.

-Unidad postoperatoria y localización de la familia. La unidad en la que se ingresa a la persona antes de la intervención puede ser distinta a la que luego será conducida después de la cirugía, por lo tanto, la familia deberá saber a dónde le llevarán después de la intervención. El profesional de Enfermería, también deberá explicar a los familiares donde tienen que esperar y en qué lugar se pondrán en contacto con cirujano después de la intervención.

-Monitorización y tratamientos previstos para el postoperatorio. La persona y su familia deberán estar informados acerca de todos los cuidados relacionados con el postoperatorio, y con ello minimizar las preocupaciones o la aprehensión relacionadas con los cuidados permanentes y continuos que pudiesen causar molestia y dolor. El profesional de Enfermería podrá explicarles que probablemente en el postoperatorio se amerite de vías intravenosas, conexiones para monitorización, apósitos, tubos de drenaje, incluso, ventilación mecánica. Se sugerirá que la información dada no será ni excesiva, ni deficiente; sino lo más objetiva posible y de acuerdo a las competencias profesionales, legales o institucionales establecidas, de tal forma que no se creen falsas expectativas o preocupaciones innecesarias.

-Descripción de los procedimientos quirúrgicos y del tratamiento. La persona luego de recibir información por parte del cirujano, podría realizar algunas preguntas al profesional de Enfermería, para reforzar o aclarar malos entendidos. Una forma de evitar confusiones sería preguntarle primero lo que le han explicado previamente y al determinar qué inquietudes tiene, aclararlas; siempre y cuando, no constituyan intrusismo en las competencias del cirujano. Si es el caso, se deberá informar al médico para que repita la información a la persona. Las (os) enfermeras (as) pueden

seguir los protocolos establecidos para dar información o reforzar las explicaciones del médico.

-Conocimiento de las medidas para aliviar el dolor. El dolor posterior a la intervención, es algo que se espera de antemano. Por lo tanto, se deberá informar acerca de los cuidados disponibles para aliviar el mismo (analgésicos, cambios posturales, ejercicios de relajación, entre otros). También, deberá conocer las percepciones o experiencias previas relacionadas con procedimientos, analgésicos o intervenciones en donde haya experimentado dolor. Por otro lado, a las personas cuya indicación sea la analgesia controlada, se les deberá orientar sobre el tiempo de efecto y las consecuencias respectivas.

-Expresión de sentimientos y percepciones respecto a la intervención. La relación terapéutica de confianza con la persona y la familia, permitirá la expresión de sentimientos y percepciones que contribuirán con el reforzamiento positivo y la educación necesaria por parte del profesional, así como, la disminución de la ansiedad ante la intervención quirúrgica.

-Preparación física. El grado de preparación física dependerá del estado de la persona y del tipo de cirugía que se efectuará, así como de las preferencias del cirujano. Aquí, una persona gravemente enferma recibe un mayor grado de tratamiento sintomático que una persona con menores complicaciones. Enfermería deberá explicar el objeto de todos los procedimientos.

-Preparación de la persona el día de la intervención quirúrgica. Por lo general, en las instituciones sanitarias existen protocolos o normas a seguir por parte del equipo de salud antes de trasladar a las personas al quirófano; dentro de los procedimientos se describen los siguientes:

-Comprobación del contenido de la historia clínica y finalización de los registros. Al respecto, se deberá comprobar que el expediente sea de la persona correcta; con todas sus partes, incluyendo la orden de intervención, consentimiento informado, resultados de las pruebas diagnósticas, seguimiento o evolución de enfermería (preoperatoria), signos vitales, entre otros registros necesarios.

-Comprobación de signos vitales. Sirven como referencia tanto para los cuidados de Enfermería, como para el anesthesiólogo. Cabe destacar que si estos son anómalos (por ejemplo, un aumento de la presión arterial), ha de posponerse la intervención.

-Higiene, rasurado y retirada de prótesis. El baño es muy necesario tanto para el bienestar, así como, para eliminar secreciones y disminuir la proliferación de microorganismos que pueden causar futuras infecciones. Esta preparación incluye: el rasurado de la zona de intervención, siguiendo los protocolos establecidos; así como, el retiro de postizos, pelucas, prótesis parciales o completas, extremidades artificiales, ojos artificiales, lentes de contactos, anillos, zarcillos, pulseras, cadenas, entre otras. Por otro lado, la preparación incluye, la colocación de sonda (vesicales, orogástricas, nasales) y la vestimenta quirúrgica por parte de la persona antes de pasar al quirófano.

-Preparación del intestino. Las intervenciones quirúrgicas ameritarán que la persona esté en dieta absoluta para evitar posibles complicaciones, incluso algunas instituciones o servicios, tendrán protocolos específicos a seguir. Aunado a lo expuesto, para asegurar que el colon esté vacío, en la mañana de la intervención, habrá que administrarle un enema.

-Protección de los objetos de valor. Los objetos de valor deberán ser entregados a los familiares para su resguardo, o en todo caso, se deberán seguir los protocolos de la institución.

-Aplicación de medidas antiembolismo. Algunas intervenciones quirúrgicas conllevarán a la utilización de medidas antiembolismo (medias antitrombóticas) que están diseñadas para dar soporte a las extremidades inferiores y mantener la compresión de las pequeñas venas y los capilares, lo que obliga que la sangre circule hacia vasos sanguíneos de mayor calibre, con lo que se favorece el retorno venoso y previene la estasis circulatoria. Así mismo, Los aparatos de compresión neumática pueden aplicarse en los miembros inferiores con el mismo objetivo.

-Administración de fármacos. En algunas ocasiones los cirujanos indicarán medicamentos de forma profiláctica, suspenderán algunos, o ajustarán dosis con diversos fines, los cuales estarán supeditados de acuerdo a las condiciones de las personas o a la intervención quirúrgica en sí.

Respuestas humanas en el preoperatorio

1. 00161 Disposición para mejorar los conocimientos.
2. 00126 Conocimientos deficientes.
3. 00004 Riesgo de infección.
4. 00146 Ansiedad.
5. 00147 Ansiedad ante la muerte.
6. 00095 Insomnio.
7. 00148 Temor.

Las etiquetas expuestas son de las más comunes en el perioperatorio, aunque podrían presentarse otras respuestas humanas relacionadas con las condiciones particulares de las personas y las enfermedades según la taxonomía de la NANDA⁸ (*North American Nursing Diagnosis Association*), NOC⁹ (*Nursing Outcomes Classification*) y NIC¹⁰ (*Nursing Interventions Classification*). Seguidamente se formulan diversos planes de cuidados a partir del cuadro 4, con sus respectivos diagnósticos enfermero, los resultados esperados y desglosadas de forma específica, las intervenciones de Enfermería.

Planes de cuidados para el preoperatorio

Cuadro 4. Plan de cuidado con la etiqueta según la Taxonomía NANDA, NOC y NIC

Diagnóstico de Enfermería NANDA	Resultados Esperados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC
-Disposición para mejorar los conocimientos -Conocimientos deficientes.	-Conocimiento: actividad prescrita. -Conocimiento: régimen terapéutico.	-Enseñanza ⁶ : prequirúrgica. -Enseñanza: procedimiento tratamiento.

Fuente: los autores, según la Taxonomía NANDA⁸, NOC⁹ y NIC¹⁰.

Descripción de las intervenciones según la NIC ¹⁰

Enseñanza: prequirúrgica

- Ayudar a una persona a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el período de recuperación postquirúrgico.

Actividades

- Informar a la persona y al ser querido acerca de la fecha, hora y lugar programados para la cirugía.
- Informar a la persona/ser querido de la duración esperada de la operación.
- Conocer las experiencias quirúrgicas previas y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía.
- Evaluar la ansiedad de la persona/ser querido relacionada con la cirugía.
- Dar tiempo a la persona para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- Describir las rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas/laboratorio, eliminación de orina, preparación de la piel, terapia intravenosa (IV), vestimenta, zona de espera para la familia y traslado al quirófano), si procede.
- Describir toda la medicación preoperatoria, los efectos de la misma en la persona y el fundamento de su utilización.
- Informar al ser querido sobre el sitio de espera de los resultados de la cirugía, si resulta apropiado.
- Realizar una visita a la(s) unidad(es) postoperatoria(s) y a la(s) zona(s) de espera, si procede.
- Presentar al personal implicado en los cuidados de cirugía/postoperatorios, si procede.
- Reforzar la confianza de la persona, si procede.
- Proporcionar información acerca de lo que se oirá, olerá, verá, gustará o sentirá durante el suceso.
- Discutir las posibles medidas de control del dolor.
- Explicar el propósito de las frecuentes valoraciones postoperatorias.

- Describir las rutinas/equipos postoperatorios (medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, máquinas, vendajes quirúrgicos, deambulación, dieta y visitas familiares) y explicar su objeto.
- Instruir a la persona sobre la técnica para levantarse de la cama, si resulta apropiado.
- Evaluar la capacidad de la persona para mostrar al cuidador cómo levantarse de la cama, si resulta apropiado.
- Instruir a la persona acerca de la técnica de sujetar su incisión, tos y respiración profunda (las actividades que aparecen con un asterisco*, se describen en el cuadro 5).
- Evaluar la capacidad del paciente para mostrar al cuidador cómo realizar la sujeción de la incisión, toser y respirar profundamente*.
- Instruir a la persona sobre el incentivo del uso del espirómetro*.
- Evaluar la capacidad de la persona para mostrar al cuidador cómo usar el espirómetro incentivador*.
- Instruir a la persona sobre la técnica de ejercicios de piernas.
- Evaluar la capacidad de la persona para mostrar al cuidador cómo realizar los ejercicios de piernas*.
- Destacar la importancia de la deambulación precoz y los cuidados pulmonares.
- Enseñar a la persona cómo puede ayudar en la recuperación.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, si procede.
- Determinar las expectativas acerca de la cirugía.
- Corregir las expectativas irreales de la cirugía, si procede.
- Dar tiempo a la persona para que practique y se prepare para los acontecimientos que sucederán, si es posible.
- Enseñar a utilizar técnicas de resolución de problemas dirigidas a controlar los aspectos específicos de la experiencia (relajación e imaginación) si procede.
- Incluir a la familia/ser querido, si resulta oportuno.

Cuadro 5. * Demostración de los ejercicios respiratorios pre y postoperatorios

Respiración diafragmática	Razonamiento científico
<p>-Ayudar a la persona a estar sentado o de pie cómodamente. -Ponerse delante de la persona, sentado o de pie.</p> <p>-Decirle a la persona que ponga ambas palmas de las manos encima de los bordes inferiores de la parte anterior de la caja torácica. Colocar juntos las puntas de los dedos. Realizar una demostración a la persona. -Indicarle a la persona que realice inspiraciones lentas y hondas por la nariz. Comentarle que durante la inspiración ha de mantener los dedos medios de las manos separadas. Realizar una demostración a la persona. -Explicarle a la persona que durante la inspiración notara el movimiento normal del diafragma hacia abajo. Asimismo, explicarle que los órganos del abdomen descienden mientras se expande el tórax. -Indicarle a la persona que evite el empleo del tórax y los hombros. -Motivar a la persona para que aguante una respiración lenta y profunda, que cuente hasta 3 y que, a continuación, expulse lentamente el aire por la boca. Comentarle que, a medida que el tórax se contraiga, las puntas de los dedos medios se tocarán. Repetir el ejercicio unas 3 a 4 veces y orientarle para que lo practique y lo emplee en el postoperatorio y hasta que recupere la movilidad: cuando este despierto que haga 10 respiraciones lentas y profundas cada 2 horas.</p>	<p>-La posición de bipedestación facilita la excursión diafragmática. -Permite a la persona observar el ejercicio. -Permite a la persona sentir el movimiento del tórax y del abdomen a medida que el diafragma desciende y los pulmones se expanden. -Las respiraciones lentas y profundas previenen el jadeo o la hiperventilación.</p> <p>-La explicación y la demostración se centra en el movimiento ventilatorio de la pared torácica; de esta manera la persona entenderá como es la respiración diafragmática. -Permite una expulsión gradual de todo el aire. -Permite motivar a la persona observar el patrón rítmico y lento de la respiración. La realización del ejercicio refuerza el aprendizaje y disminuye las complicaciones postoperatorias.</p>
<p>Espirometría:</p> <p>-Lavarse las manos.</p> <p>-Decirle a la persona que se coloque en una posición de Fowler o semiFowler. -Indicarle a la persona el nivel de volumen que debe conseguir con cada respiración.</p> <p>-Indicarle a la persona como debe colocarse la pieza bucal de modo que los labios la cubran completamente. -Decirle que inhale lentamente y que mantenga un flujo de aire constante a través del aparato. Cuando llegue al valor de inspiración máxima, la persona debe aguantar la respiración durante 2 a 3 segundos y luego exhalar poco a poco. El número de respiraciones no debe ser mayor de 10 a 12 por minuto. -Indicarle a la persona que respire normalmente durante un tiempo breve. -Hacer que la persona repita la maniobra hasta que consiga los de volúmenes prefijados.</p>	<p>-Reduce la transmisión de microorganismos. -Reduce una expansión óptima del pulmón durante la maniobra respiratoria. -Establece como objetivo el valor de volumen necesario para conseguir expansión pulmonar. -Permite hacer uso correcto del equipo.</p> <p>-Mantiene una inspiración rápida y reduce el riesgo de colapso progresivo de los alveolos. Una respiración lenta evita o minimiza el dolor secundario a los cambios bruscos de presión en el tórax.</p> <p>-Previene la hiperventilación y la fatiga. -Asegura una correcta utilización del espirómetro.</p>
<p>Tos controlada:</p> <p>-Explicarle a la persona la importancia de estar en bipedestación.</p> <p>-Realizar una demostración de cómo toser. Realizar dos respiraciones lentas y profundas, inhalando por la nariz y expirando por la boca: la tercera respiración inhalar profundamente, aguantar la respiración y contar hasta 3. Toser fuertemente 2 o 3 veces consecutivas (sin inhalar durante cada episodio). Explicarle a la persona que debe expulsar todo el aire fuera de los pulmones. -Indicar que no es un aclaramiento de la garganta sino una tos.</p> <p>-Educar a la persona en cuanto a la técnica para toser, si la incisión está ubicada en el tórax o el abdomen. Colocar una mano sobre la zona de incisión y la otra encima. Durante los ejercicios la persona ha de realizar una breve presión sobre la zona incisional para darle apoyo (como si la entablillase); la colocación de una almohada sobre la incisión es opcional.</p> <p>-Incentivar a la persona a continuar practicando los ejercicios de tos, haciendo al mismo tiempo un "entablillado" imaginario encima de la incisión quirúrgica. Decirle que mientras este despierto ha de hacer los ejercicios de tos 2 a 3 veces cada dos horas. -Enseñar a la persona a valorar el esputo para apreciar consistencia, cantidad y cambios de color.</p>	<p>-La posición facilita la excursión del diafragma y refuerza la expansión del tórax. -Las respiraciones profundas expanden completamente los pulmones, de modo que el aire circula por detrás del moco y se facilitan así los efectos de la tos.</p> <p>-Toser varias veces consecutivas ayuda a eliminar el moco de una manera más efectiva y completa que una sola tos forzada. El aclaramiento de la garganta ayuda a expulsar el moco. -La incisión quirúrgica secciona músculos, tejidos y terminaciones nerviosas. Los ejercicios de respiración profunda y tos añaden un estrés adicional en la línea de sutura y producen malestar. El "entablillado" de la incisión realizado con las manos proporciona un apoyo firme y disminuye la tracción incisional; aunque algunas personas podrían preferir una almohada encima de la incisión quirúrgica. -Con la práctica se consigue una expectoración de moco con un malestar mínimo.</p> <p>-La identificación de cambios en el esputo pueden indicar posibles complicaciones pulmonares.</p>
<p>Girarse:</p> <p>-Indicarle a la persona que se coloque en la posición de decúbito supino en el lado derecho de la cama (si lo permite el cirujano). Las barandas de los dos lados de la cama han de estar levantadas.</p> <p>-Decirle a la persona que coloque la mano izquierda sobre la zona de la incisión quirúrgica para "entablillarla". -Asegurar que la persona mantenga recta la pierna izquierda y que flexione la rodilla derecha hacia arriba y por encima de la pierna izquierda (en el caso de las cirugías de columna, la persona tendrá que rodar).</p> <p>-Indicarle a la persona que agarre la barandilla izquierda con la mano derecha, y que tire hacia la izquierda y se deslice rodando hacia este lado. -Decirle a la persona que mientras esté despierto se gire cada dos horas.</p>	<p>-La posición se inicia en el lado derecho de la cama, dado que de esta manera cuando la persona se gire al lado izquierdo, no resbalará hasta el borde de la cama. -Apoya y minimiza la tracción sobre la línea de sutura durante la maniobra de giro en la cama. -Una extremidad inferior enderezada estabiliza la posición de la persona. Una extremidad derecha en flexión produce una desviación del peso y facilita la maniobra de giro en la cama. -El desplazamiento hacia la baranda derecha, disminuye el esfuerzo necesario para la maniobra de giro en la cama. -Reduce el riesgo de complicaciones vasculares y pulmonares.</p>
<p>Ejercicios de extremidades inferiores:</p> <p>-Colocar a la persona en posición de decúbito supino y realizar una demostración de cómo hacer ejercicios con las extremidades inferiores (realizando ejercicios de movilidad y explicándolos al mismo tiempo). -Rotar cada tobillo de manera que haga un círculo completo. Decirle a la persona que imagine que está dibujando círculos con el dedo gordo del pie. Repetir el ejercicio 5 veces. -Alternar la flexión dorsal y la flexión plantar en los dos pies. Señalar a la persona que debe notar como se contraen y relajan alternativamente los músculos de la pantorrilla. Repetir el ejercicio 5 veces. -Hacer que la persona continúe con los ejercicios de extremidades inferiores realizando flexiones y extensiones alternativas de las rodillas, repetir el ejercicio 5 veces. -Hacer que la persona levante cada pierna recta de la cama y que las mantenga en esa posición. Repetir el ejercicio 5 veces. -Incentivar a la persona que realice los ejercicios cada 2 horas (cuando esté despierto). Decirle que ha de coordinar los ejercicios de girarse en la cama y con los de las extremidades inferiores con los ejercicios de respiración diafragmática, espirometría y tos.</p> <p>-Observar la capacidad de la persona para realizar los ejercicios de manera independiente.</p>	<p>-Proporcionar una posición anatómica normal de las extremidades inferiores.</p> <p>-Los ejercicios de las extremidades inferiores mantienen la movilidad articular y favorecen el retorno venoso (previenen la formación de trombos). -Se estiran y se contraen los músculos gemelos.</p> <p>-Se contraen los músculos de la parte superior de las extremidades inferiores y se mantiene la movilidad de rodilla. -Favorece la contracción y la relajación de los músculos cuádriceps.</p> <p>-La repetición de la secuencia refuerza la educación. Los ejercicios se convierten, de este modo, en un hábito. La secuencia de los ejercicios debe ser la siguiente: ejercicio de las extremidades inferiores, girarse, respiración, espirometría, y tos. -Asegurarse que la persona ha aprendido una técnica correcta. Documentar todas las intervenciones realizadas.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Enseñanza: procedimiento/tratamiento

Preparación de una persona para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.

Actividades

- Informar a la persona/ser querido acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento, si procede.
- Informar a la persona/ser querido acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento.
- Informar a la persona/ser querido sobre el personal de salud que realizará el procedimiento/tratamiento.
- Reforzar la confianza en el personal involucrado, si es el caso.
- Determinar las experiencias anteriores y el nivel de conocimientos relacionados con el procedimiento/tratamiento.
- Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.
- Describir las actividades del procedimiento/tratamiento.
- Explicar el procedimiento/tratamiento.
- Obtener o ser testigo del consentimiento informado de la persona, del procedimiento/tratamiento de acuerdo con la política del centro, si procede.
- Enseñar a la persona cómo cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento, si procede.
- Implicar al niño en el procedimiento (sujetar vendaje) pero no dar elección sobre el procedimiento completo.
- Realizar una visita a la habitación del procedimiento/tratamiento y a la zona de espera, si resulta posible.
- Presentar a la persona al personal implicado en el procedimiento/tratamiento, si procede.
- Explicar la necesidad de ciertos equipos (dispositivos de monitorización) y sus funciones.

- Discutir la necesidad de medidas especiales durante el procedimiento/tratamiento, si procede.
- Proporcionar información acerca de lo que se oirá, olerá, verá, gustará o sentirá durante el procedimiento/tratamiento.
- Describir las valoraciones/actividades posteriores al procedimiento/tratamiento y el fundamento de las mismas.
- Informar a la persona sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
- Dar tiempo a la persona para que practique y se prepare para los acontecimientos que sucederán.
- Enseñar a la persona a utilizar técnicas de resolución de problemas dirigidas a controlar aspectos específicos de la experiencia (relajación e imaginación), si procede.
- Proporcionar distracción al niño para que desvíe su atención del procedimiento.
- Proporcionar información sobre cuándo y dónde estarán disponibles los resultados y la persona que los explicará.
- Determinar las expectativas del procedimiento/tratamiento por parte de la persona.
- Corregir las expectativas irreales del procedimiento/tratamiento, si procede.
- Discutir tratamientos alternativos, si procede.
- Dar tiempo a la persona para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- Incluir a la familia/ ser querido, si resulta oportuno.

Cuadro 6. Plan de cuidado estandarizado con diagnóstico de Enfermería de Riesgo según Taxonomía NANDA⁸, NOC⁹ y NIC¹⁰

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones de NIC
Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos (especificar).	-Control del riesgo: proceso infeccioso. -Estado Inmune.	-Cuidados de enfermería al ingreso. -Coordinación preoperatoria. -Protección contra las infecciones.

Fuente: Elaboración propia. Lectura: R/C: Relacionado con.

Descripción de las intervenciones según la NIC

Cuidados de enfermería al ingreso

Facilitar el ingreso de la persona en un centro sanitario.

Actividades

- Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados.
- Orientar a la persona, familia y seres queridos sobre las expectativas de los cuidados.
- Disponer una intimidad adecuada para la persona, familia y seres queridos.
- Orientar a la persona, familia y seres queridos en el ambiente más próximo.
- Orientar a la persona, familia y seres queridos en las instalaciones del centro.
- Obtener la historia al ingresar, incluyendo información sobre enfermedades médicas anteriores, medicaciones y alergias.
- Realizar la valoración física en el momento del ingreso, si procede.
- Realizar la valoración económica en el momento del ingreso, si procede.
- Realizar la valoración psicosocial en el momento del ingreso, si procede.
- Realizar la valoración religiosa en el momento del ingreso, si procede.

- Realizar la valoración de riesgo al ingresar (p. ej., riesgo de caídas, valoración cutánea; entre otras).
- **Proporcionar a la persona el “documento de derechos del paciente”. Si procede.**
- Facilitar la información a la persona por escrito.
- Mantener la confidencialidad de los datos de la persona.
- Identificar a la persona con riesgo de reingreso.
- Establecer los planes de cuidados con diagnósticos, resultados esperados e intervenciones de enfermería.
- Comenzar la planificación del alta.
- Poner en práctica precauciones de seguridad, si es el caso.
- Identificar a la persona, la puerta de la habitación y/o la cabecera de la cama, si procede.
- Notificar al médico el ingreso y estado de la persona.
- Obtener las órdenes del médico sobre los cuidados que hay que efectuar a la persona.

Coordinación preoperatoria

Facilitar las pruebas de diagnóstico y la preparación reingreso de la persona.

Actividades

- Revisar la cirugía programada.
- Obtener la historia de la persona, si procede.
- Realizar una valoración física completa, si procede.
- Revisar las órdenes médicas.
- Ordenar o coordinar las pruebas de diagnóstico, si procede.
- Describir y explicar el tratamiento y las pruebas de diagnóstico de reingreso.
- Interpretar los resultados de las pruebas diagnósticas, si procede.
- Obtener las muestras sanguíneas, si es el caso.
- Obtener muestra de orina, si es necesario.

- Notificar al médico los resultados de los diagnósticos anormales.
- Informar a la persona y al cuidador de la fecha y hora de la cirugía, hora de llegada a la institución y procedimiento de ingreso.
- Informar a la persona y al cuidador de la ubicación de la unidad de recepción, quirófano y la sala de espera.
- Determinar las expectativas de la persona acerca de la cirugía.
- Confirmar la información suministrada por otros cuidadores, si procede.
- Obtener el consentimiento informado.
- Dar tiempo a la persona y al cuidador para que hagan preguntas y manifiesten sus inquietudes.
- Comentar los programas de alta postoperatoria.
- Determinar la capacidad de los cuidadores.
- Trasladar a la persona al quirófano (preparado: con vía intravenosa conectada a solución, rasurado entre otros requerimientos de acuerdo al centro) y entregarlo al personal del área.

Protección contra las infecciones

Prevención y detección precoz de la infección en una persona de riesgo.

Actividades

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Observar el grado de vulnerabilidad de la persona a las infecciones.
- Vigilar el recuento de granulocitos absoluto, el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciales.
- Seguir las precauciones propias de una neutropenia, si es el caso.
- Limitar el número de visitas, si procede.
- Analizar todas las visitas por si padecen enfermedades transmisibles.
- Mantener las normas de asepsia para la persona de riesgo.
- Realizar técnicas de aislamiento, si es preciso.

- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.
- Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario.
- Fomentar una ingesta nutricional suficiente.
- Fomentar la ingesta de líquidos, si procede.
- Facilitar el descanso.
- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad/malestar.
- Fomentar un aumento de la movilidad y los ejercicios, si procede.
- Fomentar la respiración y tos profunda, si está indicado.
- Administrar un agente de inmunización, si resulta oportuno.
- Enseñar a la persona a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.
- Instruir a la persona y su familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al cuidador.
- Enseñar a la persona y su familia a evitar infecciones.
- Eliminar frutas frescas, verduras y pimienta de la dieta en pacientes con neutropenia.
- Retirar las flores y plantas de la habitación de la persona, si procede.
- Proporcionar una habitación privada, si es necesario.
- Garantizar la seguridad del agua mediante hipercloración e hipercalentamiento.
- Informar de la sospecha de infecciones.
- Informar sobre los resultados de cultivos positivos.

Cuadro 7. Plan de cuidado estandarizado con diagnósticos de enfermería focalizado en el problema según Taxonomía NANDA⁸, NOC⁹ Y NIC¹⁰

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
<p>-Ansiedad R/C intervención quirúrgica, sus resultados y las sensaciones postoperatorias M/P informe verbal y observación directa.</p> <p>-Ansiedad ante la muerte R/C anticipación de consecuencias adversas derivadas de la anestesia general M/P informe verbal y observación directa.</p>	<p>-Autocontrol de la ansiedad.</p> <p>-Nivel de ansiedad.</p> <p>-Aumentar el afrontamiento.</p> <p>-Técnica de relajación.</p> <p>-Nivel de miedo.</p>	<p>-Disminución de la ansiedad.</p> <p>-Apoyo emocional.</p>

Fuente: Elaboración propia. Lectura: R/C: Relacionado con, M/P: Manifestado por.

Descripción de las intervenciones según la NIC

Disminución de la ansiedad

Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento de la persona.
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.

- Tratar de comprender la perspectiva de la persona sobre una situación estresante.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con la persona para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Animar a la persona a permanecer con el niño, si es el caso.
- Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.
- Administrar masajes en la espalda y cuello, si procede.
- Fomentar la realización de actividades no competitivas, si resulta adecuado.
- Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista.
- Escuchar con atención.
- Reforzar el comportamiento, si procede.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Ayudar a la persona a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades de la persona.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar a la persona a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
- Determinar la capacidad de toma de decisiones de la persona.
- Instruir a la persona sobre el uso de técnicas de relajación.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

Apoyo emocional

Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades

- Comentar la experiencia emocional con la persona.
- Explorar con la persona que ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.
- Abrazar o tocar a la persona para proporcionarle apoyo, si procede.
- Apoyar el uso de mecanismo de defensa adecuados.
- Ayudar a la persona a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Animar a la persona a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Facilitar la identificación por parte de la persona de esquemas de respuestas habituales a los miedos.
- Proporcionar apoyo durante la negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
- Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para la persona.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con la persona y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de mayor ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- No exigir demasiado del funcionamiento cognoscitivo cuando la persona esté enferma o fatigada.
- Sugerir valoración por psiquiatría, si se precisa.

Cuadro 8. Plan de cuidado estandarizado con diagnóstico de enfermería focalizado en el problema según Taxonomía NANDA⁸, NOC⁹ y NIC¹⁰

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
-Insomnio R/C con ansiedad M/P informe de dificultad para conciliar el sueño.	-Descanso. -Estado de comodidad. -Estado de comodidad: entorno. -Estado de comodidad: físico.	-Mejorar el sueño.

Fuente: Elaboración propia. Lectura: R/C: Relacionado con, M/P: manifestado por.

Descripción de las intervenciones según la NIC

Mejorar el sueño

Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

Actividades

- Determinar el esquema de sueño/vigilia de la persona.
- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia de la persona en la planificación de cuidados.
- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, entre otras.
- Determinar los efectos que tiene la medicación de la persona en el esquema de sueño.
- Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño de la persona.
- Comprobar el esquema de sueño de la persona y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Enseñar a la persona a controlar las pautas de sueño.
- Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso.

- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Animar a la persona a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales de la persona a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares (para los niños su manta/juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro, entre otras), si procede.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.
- Ayudar a la persona a evitar a la hora de irse a la cama, los alimentos y bebidas que interfieran el sueño.
- Ayudar a la persona a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede.
- Enseñar a la persona a realizar una relajación muscular u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.
- Disponer/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.
- Disponer siestecillas durante el día, si se indica, para cumplir con las necesidades de sueño.
- Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia de la persona.
- Instruir a la persona y a los seres queridos, acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, cambios frecuentes de turnos de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el esquema del sueño.

- Identificar las medicaciones que la persona está tomando para el sueño.
- Fomentar el uso de medicamentos para dormir, siempre y cuando estén indicados.
- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.
- Comentar con la persona y la familia técnicas para favorecer el sueño.
- Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño.

Cuadro 9. Plan de cuidado estandarizado con el diagnóstico de enfermería focalizado en el problema según taxonomía NANDA⁸, NOC⁹ y NIC¹⁰

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
-Temor R/C con la experiencia quirúrgica a ocurrir M/P informe de sentirse asustado.	-Nivel de miedo. -Autocontrol del miedo.	-Aumentar el afrontamiento. -Apoyo emocional. -Potenciación de la seguridad.

Fuente: Elaboración propia. Lectura: R/C: Relacionado con, M/P: manifestado por.

Descripción de las intervenciones según la NIC

Aumentar el afrontamiento

Ayudar a la persona a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

Actividades

- Valorar el ajuste de la persona a los cambios de imagen corporal, si está indicado.
- Valorar el impacto de la situación vital de la persona en los papeles y relaciones.
- Alentar a la persona a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- Valorar la comprensión de la persona del proceso de enfermedad.
- Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.

- Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
- Disponer un ambiente de aceptación.
- Ayudar a la persona a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Ayudar a la persona a identificar la información que más le interese obtener.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Proporcionar a la persona elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Evaluar la capacidad de la persona para tomar decisiones.
- Tratar de comprender la perspectiva de la persona sobre una situación estresante.
- Desalentar la toma de decisiones cuando la persona se encuentre bajo un fuerte estrés.
- Fomentar un dominio gradual de la situación.
- Animar a la persona a desarrollar relaciones.
- Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Alentar la aceptación de las limitaciones de los demás.
- Reconocer la experiencia espiritual/cultural de la persona.
- Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado.
- Explorar los éxitos anteriores de la persona.
- Indagar las razones de la persona para su autocrítica.
- Confrontar los sentimientos ambivalentes de la persona (enfado o depresión).
- Facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad.
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía de la persona.
- Ayudar a la persona a identificar respuestas positivas de los demás.
- Fomentar la identificación de valores vitales específicos.
- Estudiar con la persona métodos anteriores en el manejo de problemas vitales.

- Presentar a la persona personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Tratar las consecuencias de comportarse con sentimientos de culpa y vergüenza.
- Animar a la persona a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Ayudar a la persona a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.
- Ayudar a la persona a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables.
- Ayudar a la persona a examinar fuentes disponibles para cumplir con los objetivos.
- Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores.
- Valorar las necesidades y deseos de la persona de apoyo social.
- Cuidar a la persona a identificar sistemas de apoyo disponibles.
- Determinar el riesgo de la persona para hacerse daño.
- Animar la implicación familiar, si procede.
- Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
- Disponer una preparación de habilidades sociales adecuadas.
- Ayudar a la persona a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.
- Ayudar a la persona a resolver los problemas de una manera constructiva.
- Instruir a la persona en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.
- Ayudar a la persona a clarificar los conceptos equivocados.
- Animar a la persona a evaluar su propio comportamiento

Apoyo emocional (ver diagnóstico de ansiedad/ preoperatorio).

Potenciación de la seguridad

Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de una persona.

Actividades

- Disponer un ambiente no amenazador.
- Mostrar calma.
- Pasar tiempo con la persona.
- Ofrecerse a quedarse con la persona durante las interacciones iniciales con otras personas.
- Permanecer con la persona para fomentar su seguridad durante los períodos de ansiedad.
- Presentar los cambios de forma gradual.
- Discutir los cambios que se avecinen (una transferencia de sala) antes del suceso.
- Evitar producir situaciones emocionales intensas.
- Proporcionar un chupón al bebé, si procede.
- Cargar en los brazos al niño o bebé, si es el caso.
- Facilitar la permanencia del padre/madre con el niño hospitalizado durante la noche.
- Facilitar el mantenimiento de los rituales habituales del paciente a la hora de irse a la cama.
- Animar a la familia a que proporcione objetos personales para el uso o disfrute de la persona.
- Escuchar los miedos de la persona y su familia.
- Fomentar la exploración de la oscuridad, si procede.
- Dejar la luz encendida durante la noche, si es necesario.
- Discutir situaciones específicas, o sobre personas que puedan considerarse una amenaza.
- Explicar a la persona y su familia todas las pruebas y procedimientos.

- Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.
- Ayudar a la persona y su familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad.
- Ayudar a la persona a identificar las respuestas habituales a su capacidad de resolución de problemas.
- Ayudar a la persona a utilizar las respuestas de capacidad de resolución de problemas que han resultado con éxito en el pasado.

Cuadro 10. Plan de cuidado de promoción de la salud según Taxonomía NANDA⁸, NOC⁹ y NIC¹⁰

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
-Disposición para mejorar los conocimientos.	-Conocimientos: conductas saludables. -Conocimientos: Fomento de la salud. -Conocimiento: recursos sanitarios.	-Potenciación de la disposición de aprendizaje. - Mejorar la capacidad y disposición de recibir información.

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de las intervenciones según la NIC

Potenciación de la disposición de aprendizaje.

Mejorar la capacidad y disposición de recibir información.

Actividades

- Disponer de un ambiente no amenazador.
- Establecer compenetración en las relaciones.
- Establecer la credibilidad del profesor, educador, facilitador, si es el caso.
- Potenciar el estado hemodinámico de la persona para facilitar la oxigenación cerebral (ajustes de posición y medicación), si procede.

- Satisfacer las necesidades fisiológicas básicas de la persona (hambre, sed, calor y oxígeno).
- Disminuir el nivel de fatiga de la persona, si procede.
- Controlar el dolor de la persona, si procede.
- Evitar el uso de medicamentos que puedan alterar la percepción de la persona (narcótica e hipnótica), si es posible.
- Comprobar el nivel de orientación/confusión de la persona.
- Aumentar la orientación en la realidad por parte de la persona, si procede.
- Potenciar la mejora sensorial mediante el uso de gafas, dispositivos auditivos, entre otras, si se precisa.
- Minimizar el grado de carga/sobrecarga sensorial, si procede.
- Satisfacer las necesidades de seguridad de la persona (seguridad, control y familiaridad), si procede.
- Vigilar el estado emocional de la persona.
- Ayudar a la persona a enfrentarse a las emociones intensas (ansiedad, pena e ira), si procede.
- Fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes.
- Dar tiempo a la persona para que realice preguntas y discuta sus preocupaciones.
- Tratar las inquietudes específicas de la persona, si existen.
- Establecer un ambiente de aprendizaje lo más cercano posible al contacto de la persona.
- Facilitar la aceptación de la situación por parte de la persona, si procede.
- Ayudar a la persona a desarrollar confianza en su capacidad, si procede.
- Lograr la participación de la familia/seres queridos, si resulta oportuno.
- Explicar cómo la información ayudará a que la persona cumpla con las metas.
- Explicar cómo las experiencias pasadas desagradables para la salud de la persona, difieren de la situación actual, si es preciso.
- Ayudar a la persona a darse cuenta de la gravedad de su enfermedad, si se considera oportuno.

- Ayudar a la persona a darse cuenta de que hay opciones de tratamiento, si procede.
- Ayudar a la persona a darse cuenta de la susceptibilidad a las complicaciones, si procede.
- Ayudar a la persona a darse cuenta de la capacidad para prevenir enfermedades, si procede.
- Ayudar a la persona a conseguir la capacidad de controlar la progresión de la enfermedad, si procede.
- Ayudar a la persona a darse cuenta de que la situación actual difiere de la situación de estrés pasada, si procede.
- Ayudar a la persona a ver acciones alternativas que impliquen menos riesgo para su estilo de vida, si es posible.
- Proporcionar un desencadenante o activador (comentarios/razones y nueva información que motiven) de la acción adecuada, si procede.
- Facilitar el aprendizaje
- Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.

Mejorar la capacidad y disposición de recibir información

Actividades

- Comenzar la instrucción sólo después de que la persona demuestre estar dispuesta a aprender.
- Establecer metas realistas objetivas con la persona.
- Identificar claramente los objetivos de la enseñanza y en términos mensurables/observables.
- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión de la persona.
- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y/o afectivas de la persona.
- Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.
- Disponer un ambiente que induzca el aprendizaje.

- Establecer la información en una secuencia lógica.
- Disponer la información de simple a compleja, conocida a desconocida o concreta a abstracta, si procede.
- **Diferenciar el contenido “crítico” del contenido “deseable”.**
- Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida/rutina de la persona.
- Relacionar la información con los deseos/necesidades personales de la persona.
- Proporcionar información que sea adecuada con los valores y creencias de la persona.
- Proporcionar información acorde con la posición de control de la persona.
- Asegurarse de que el material de enseñanza es actual y está al día.
- Proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante y/o compleja.
- Utilizar modalidades de enseñanza múltiples, si procede.
- Utilizar un lenguaje familiar.
- Definir la terminología que no sea familiar.
- Relacionar el contenido nuevo con los conocimientos anteriores, cuando sea posible.
- Presentar la información de manera estimulante.
- Presentar a la persona otras personas que hayan pasado por experiencias similares.
- Fomentar la participación activa de la persona.
- Utilizar instrucción adaptada a la persona concreta, cuando sea posible.
- Evitar establecer límites de tiempo.
- Dar el tiempo adecuado para dominar el contenido, si procede.
- Mantener sesiones de enseñanza cortas, si procede.
- Simplificar las instrucciones, siempre que sea posible.
- Repetir la información importante.
- Proporcionar avisos/recordatorios verbales, si procede.
- Proporcionar ayudas a la memoria, si es preciso.

- Evitar la exigencia de un pensamiento abstracto, si el paciente sólo puede pensar en términos concretos.
- Asegurar que la información proporcionada por los diversos miembros del equipo de cuidados sea consistente.
- Utilizar demostraciones y pedir a la persona que las realice, siempre que sea posible.
- Proporcionar oportunidades de práctica, si procede.
- Proporcionar retroalimentación frecuente acerca del progreso del aprendizaje.
- Corregir las malas interpretaciones de la información, si es el caso.
- Reforzar la conducta, cuando proceda.
- Dar tiempo a la persona para que haga preguntas y discuta.
- Asegurar que la información proporcionada por los diversos miembros del equipo de cuidados, sea consistente.
- Utilizar demostraciones y pedir a la persona que las realice, siempre que sea posible.
- Proporcionar oportunidades de práctica, si procede.
- Proporcionar retroalimentación frecuente acerca del progreso del aprendizaje.
- Corregir las malas interpretaciones de la información, si es el caso.
- Reforzar la conducta, cuando proceda.
- Dar tiempo a la persona para que haga preguntas y discuta.

Referencias

1. Téllez S, García M. Modelos de Cuidado en Enfermería NANDA, NOC y NIC. México: McGraw Hill; 2012.
2. Pinargote R, Villegas M, Castillo Y, Merino M, Alonso G, Jaime N, et. al. Fundamentos Teóricos y Prácticos de Enfermería. [Internet] 2018 [consultado 6 de septiembre 2023]; Disponible en: <https://mawil.us/wp-content/uploads/2021/04/fundamentos-teoricos-y-practicos-de-enfermeria.pdf>
3. Carrasco V, Quintero J. Evaluación de riesgos quirúrgicos y manejo post cirugía del adulto mayor de 80 años. Revista Médica Clínica Las Condes. [Internet] 2012

- [consultado 6 de septiembre 2023]; 23(1),42-48. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-evaluacion-riesgos-quirurgicos-manejo-post-S0716864012702729>
4. Rubio J. Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico (2ª parte). *Enfermería en Cardiología*. [Internet] 2016 [consultado 6 de septiembre 2023]; 23(69):30-39. Disponible en: https://enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/69_02.pdf
 5. Vera O. El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. *Revista La Paz*. [Internet] 2016 [consultado 6 de septiembre 2023]; 22(1). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010
 6. Rojas M, Azevedo D. Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumaná, Venezuela. *Saber*. [Internet] 2013 [consultado 6 de septiembre 2023]; 25(3). Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01622013000300006
 7. Tusman G. Función respiratoria durante la anestesia general: estrategia para mejorar el intercambio gaseoso. *Rev. argent. anestesiología*. [Internet] 2001 [consultado 6 de septiembre 2023]; 59(4):245-253. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-318038>
 8. Herdman H, Kamitsuru S, Takao C. (eds.). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023*. 12ª. ed. [Internet]. España: ELSEVIER; 2021 [consultado 17 de mayo 2023]. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821276.html>
 9. Johson M, Moorhead S, Bulechek G, Howard K, Meridean L, Maas, Swanson E. *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos, soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados*. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
 10. Bulechek G, Butcher H, McClosKey D. *Clasificación de las Intervenciones de Enfermería NIC*. Barcelona: Elsevier; 2009.

CAPÍTULO 6

EL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL INTRAOPERATORIO

María Gregoria Vega y Eduardo José Sánchez

Introducción

La fase intraoperatoria incluye el traslado de la persona a un área de espera, así como su traslado al quirófano. Durante este proceso, el profesional de Enfermería explica los pasos a seguir y se asegura de que la camilla y la mesa quirúrgica estén bien trabadas. Además, de que la historia clínica sea la de la persona correcta¹.

Por otro lado, cada intervención quirúrgica tiene sus particularidades; complicaciones y abordajes profesionales, incluso, las respuestas humanas y por ende los diagnósticos de Enfermería varían también, por ejemplo: en una cirugía cardiovascular, se puede presentar como respuestas humanas: una disminución del gasto cardíaco, un riesgo de shock o un riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca. Asimismo, en una intervención del sistema gastrointestinal, un riesgo de disminución de la perfusión tisular gástrica, entre otros. A continuación, se presenta lista de algunas etiquetas con el desarrollo de los planes de cuidado² respectivos según la taxonomía NANDA³, NOC⁴ y NIC⁵.

Lista de etiquetas de respuestas humanas en el intraoperatorio

- 00004 Riesgo de infección.
- 00087 Riesgo de lesión postural perioperatoria.
- 00035 Riesgo de lesión.
- 00220 Riesgo de lesión térmica.

Estas etiquetas pueden ser unas de las más comunes, aunque podrían presentarse otras respuestas humanas relacionadas con las condiciones particulares de las personas y las enfermedades.

Planes de cuidados para el intraoperatorio

Cuadro 1. Plan de cuidado relacionado con el diagnóstico de riesgo según la Taxonomía NANDA³, NOC⁴, NIC⁵

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
- Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos (especificar).	- Control del riesgo: proceso infeccioso. - Estado Inmune.	- Protección contra las infecciones. *Ver Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección, en la fase preoperatoria. - Control de infecciones: intraoperatorio.

Fuente: Elaboración propia. Lectura: R/C: Relacionado con.

Descripción de las intervenciones según la NIC

Control de infecciones: intraoperatorio

Prevención de la infección nosocomial en el quirófano.

Actividades

- Mojar las superficies planas y las luces con polvo del quirófano.
- Monitorizar y mantener la temperatura de la sala entre 20 y 24 °C.
- Monitorizar y mantener la humedad relativa entre el 40 y el 60%.
- Monitorizar y mantener el flujo de aire laminar.
- Limitar y controlar las entradas y salidas de personas en el quirófano.
- Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos, si procede.

- Disponer precauciones universales.
- Asegurarse de que el personal de cirugía viste el equipo apropiado.
- Disponer sitios de precaución de aislamiento designados, si procede.
- Observar técnicas de aislamiento, si procede.
- Verificar la integridad del embalaje estéril.
- Verificar los indicadores de esterilización.
- Abrir los suministros y los instrumentos estériles utilizando técnicas asépticas.
- Cepillado de manos y uñas, bata y guantes, según normas del centro.
- Ayudar en la puesta de guantes y bata a los miembros del equipo.
- Ayudar a cubrir a la persona asegurando la protección ocular y minimizando la presión de las partes corporales.
- Separar los suministros estériles de los no estériles.
- Observar la esterilidad de la intervención y el suministro correcto del material.
- Mantener la integridad de los catéteres y las vías intravasculares.
- Inspeccionar la piel/tejidos alrededor del sitio quirúrgico.
- Aplicar toallas de absorción para evitar la acumulación de la solución antimicrobiana.
- Aplicar solución antimicrobiana en la zona de incisión, según normas del centro.
- Extraer las toallas de absorción.
- Obtener cultivos, si es necesario.
- Detener la contaminación cuando se produce.
- Administrar terapia de antibióticos, si procede.
- Mantener la sala limpia y ordenada para limitar la contaminación.
- Aplicar y fijar los vendajes quirúrgicos.
- Retirar las ropas y suministros para limitar la contaminación.
- Limpiar y esterilizar los instrumentos, si procede.
- Coordinar la limpieza y preparación de la sala de operaciones para la siguiente persona.

Cuadro 2. Plan de cuidado con diagnósticos de riesgo. NANDA³, NOC⁴, NIC⁵

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
Riesgo de lesión postural perioperatoria R/C los cambios anatómicos o físicos inadvertidos como consecuencia de la postura o los equipos utilizados durante la intervención.	Control del riesgo. Perfusión tisular periférica. Coagulación sanguínea.	Precauciones quirúrgicas. Administración de anestesia. Asistencia quirúrgica.
Riesgo de lesión R/C la intervención quirúrgica.	Severidad de la pérdida de sangre.	Cambio de posición: intraoperatorio.
Riesgo de lesión térmica R/C procedimiento quirúrgico.	Estado respiratorio. Perfusión tisular: celular. Estado neurológico. Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Termorregulación.	Precauciones en la hipertermia maligna. Regulación de la temperatura: intraoperatorio.

Fuente: Elaboración propia. Lectura: R/C: Relacionado con.

Descripción de las intervenciones según la NIC ⁵

Precauciones quirúrgicas

Minimizar las posibilidades de lesiones iatrogénicas en el paciente involucrado en un procedimiento quirúrgico.

Actividades

- Comprobar el aislamiento a tierra del monitor.
- Verificar el correcto funcionamiento de los equipos.

- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Retirar todo equipo que no sea seguro.
- Verificar el consentimiento de la cirugía y de otros tratamientos, si es el caso.
- Verificar con la persona a ser intervenida o personas pertinentes el procedimiento y el sitio quirúrgico.
- Verificar que la banda de identificación y la banda de sangre de la persona son correctas.
- Solicitar a la persona o ser querido que declare el nombre de la persona a ser intervenida quirúrgicamente.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Contar las esponjas, el material y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento, según normas de la institución.
- Retirar y almacenar las prótesis, si procede.
- Disponer unidad electroquirúrgica, almohadilla de toma a tierra y electrodo activo.
- Verificar la integridad de los cables eléctricos.
- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electroquirúrgica.
- Verificar la ausencia de marcapasos cardíacos u otros implantes eléctricos o prótesis metálicas que contraindiquen la cauterización electroquirúrgica.
- Verificar que la persona no está en contacto con ningún objeto metálico.
- Inspeccionar la piel de la persona en el sitio de la almohadilla de toma a tierra.
- Aplicar la almohadilla de toma a tierra en una parte de la piel que esté seca, intacta y con mínima cantidad de vello, sobre una masa muscular grande y lo más cerca posible del sitio de la operación.
- Verificar que las soluciones preparatorias no son inflamables.
- Proteger la almohadilla de toma a tierra de las soluciones preparatorias, de la irrigación y contra los daños.
- Aplicar y utilizar una funda para guardar el electrodo activo durante la cirugía.

- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.
- Observar si hay lesiones en la piel de la persona después de la electrocirugía.
- Anotar la información pertinente en el registro de operaciones.

Administración de anestesia

Preparación y administración de agentes anestésicos y vigilancia de la respuesta de la persona durante la administración.

Actividades

Preoperatorio

- Verificar la identificación de la persona.
- Realizar y registrar el historial de la persona y la evaluación física, valoración de estados anteriores, alergias y contraindicaciones contra agentes o técnicas específicas.
- Solicitar las consultas adecuadas, así como los estudios de diagnósticos y de laboratorio, en función del estado de salud de la persona y de la cirugía propuesta.
- Llevar a cabo las actividades preoperatorias indicadas para reparar psicológicamente a la persona para la cirugía y anestesia.
- Desarrollar y registrar un plan de anestesia adecuado para la persona y para el procedimiento.
- Colaborar con los cuidadores involucrados en todas las fases de los cuidados de anestesia.
- Informar a la persona sobre lo que debe esperar de la anestesia, respondiendo a todas las preguntas y atendiendo a todas sus inquietudes.
- Obtener un consentimiento informado.
- Realizar una comprobación de seguridad de todo el equipo de anestesia antes de la administración de cada anestésico.

- Asegurar la disponibilidad del equipo de emergencia y resucitación.

Intraoperatorio

- Administrar la medicación preanestésica y los líquidos correspondientes.
- Ayudar en el traslado de la persona desde camilla a la mesa de operaciones.
- Colocar a la persona de forma que se eviten lesiones por presión y la afectación de nervios periféricos.
- Asegurar la correcta colocación de las correas de seguridad y la seguridad continua de la persona en todas las fases de los cuidados de anestesia.
- Administrar el anestésico de forma coherente con las necesidades de cada persona, la evaluación clínica y con las normas de la práctica de los cuidados de anestesia.
- Evaluar y mantener una vía aérea adecuada, asegurando una correcta oxigenación durante todas las fases de los cuidados de anestesia.
- Determinar las pérdidas aceptables de sangre y administrar sangre, si fuera necesario.
- Calcular las necesidades de líquidos adecuadas y administrarlos por vía intravenosa, si está indicado.
- Vigilar los signos vitales, suficiencia respiratoria y cardíaca, respuesta a la anestesia y demás parámetros fisiológicos, medir y evaluar los valores de laboratorio correspondiente.
- Administrar medicamentos y líquidos complementarios necesarios para controlar el anestésico, mantener la homeostasis fisiológica y corregir las respuestas adversas o desfavorables a la anestesia y cirugía.
- Proporcionar protección para los ojos.
- Evaluar y manejar clínicamente las emergencias derivadas de la anestesia mediante la administración de los medicamentos indicados, líquidos y apoyo de ventilación.

- Trasladar a la persona a la unidad de reanimación o de cuidados intensivos con la correspondiente monitorización y oxigenoterapia.
- Facilitar un informe completo de la persona al personal de cuidados a la llegada a la unidad.
- Controlar el dolor postoperatorio y los efectos secundarios del anestésico.
- Comprobar la recuperación y estabilidad de la persona durante el periodo postoperatorio inmediato de la transferencia de cuidados.
- Realizar una evaluación de seguimiento postanestésia y cuidados relacionados con los efectos y complicaciones colaterales de la anestesia.

Asistencia quirúrgica

Asistencia al cirujano/dentista en los procedimientos operatorios y en cuidados del paciente quirúrgico.

Actividades

- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado de la persona en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Preparar los suministros, fármacos y soluciones que han de utilizarse, según se indique.
- Comprobar los instrumentos y disponerlos en orden para su utilización.
- Encender y colocar las luces.
- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.
- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Sujetar el tejido, si procede.
- Diseccionar el tejido, si procede.
- Irrigar y succionar la herida quirúrgica, si procede.

- Proteger el tejido, si procede.
- Disponer la exposición quirúrgica.
- Establecer hemostasia, si se precisa.
- Limpiar los instrumentos periódicamente para extraer la sangre y la grasa.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Manifiestar antes del cierre de cavidades, el conteo de gasas e instrumentos completos*.
- Comunicar la información al equipo quirúrgico, si procede.
- Comunicar el estado de la persona y su progreso a la familia, cuando proceda.
- Disponer el equipo necesario inmediatamente después de la cirugía.
- Ayudar en la transferencia de la persona a la silla de ruedas o cama y transportarlo a la zona de reanimación o postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera de recuperación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.
- Registrar la información, según normas del centro.
- Ayudar en la extracción del equipo, suministros e instrumentos después de la cirugía.

*Olvido de gasas e instrumentos en cavidades

En el ejercicio profesional de un instrumentista hay algo que no debe pasar por desapercibido al considerar sus responsabilidades, una de ellas es, la relacionada con lo que se podría considerar el olvido de gasas, compresas o instrumentos en las cavidades de las personas como consecuencia de una intervención quirúrgica; incluso la punta de un bisturí o la punta de una aguja que se fraccione durante su utilización y que debido a su tamaño es improbable que se considere perdida.

Tales circunstancias, podrían ser resultado de un contaje incorrecto en el caso de gasas o compresas, aunado a que las mismas al empaparse con sangre, pudieran confundir al cirujano y hacerle creer que son parte de los tejidos u órganos, o en el caso de instrumentos como una pinza olvidada o parte de cualquier otro instrumento que por defecto pudiese partirse. En este aspecto, se considera relevante, las

implicaciones éticos-legales sobre el instrumentista relacionadas con su ejercicio profesional por negligencia, impericia o imprudencia, pero las mismas, no exoneran al médico cirujano durante el acto quirúrgico, pues este manipula y utiliza tanto gasas, como instrumental, entre otros.

Ahora bien, un profesional de Enfermería instrumentista en el contexto que se aborda, pudiese verse incriminado en un delito culposo, que, desde el punto de vista legal, se medirá por las lesiones producidas en la persona intervenida quirúrgicamente, y por el grado de pericia, cuidado, diligencia, prudencia, observancia y cumplimiento de órdenes médicas, leyes, códigos y reglamentos que conciernen al ejercicio profesional.

A continuación, se abordarán algunos términos relacionados con el famoso oblitio quirúrgico y con el tema en desarrollo⁶:

Oblito: (del latín *oblitum*: olvidado). Cuerpo extraño olvidado en el interior de una persona durante una intervención quirúrgica.

Obliterar: (del latín *Oblitterare*: olvidar, borrar). Anular, tachar, borrar. Hacer desaparecer poco a poco una cosa, pero de modo deje alguna huella.

Olvido: Descuido de una cosa que se tenía presente.

Los términos descritos permiten deducir que el oblitio quirúrgico hace referencia a los delitos de olvido relacionados con descuidar una gasa, compresa o instrumental quirúrgico (todo o parte) durante una intervención quirúrgica y dejarla u olvidarla en el interior de una persona, lo cual podría traer consecuencias sobre su salud, incluso llevarla a la muerte.

En el caso de los olvidos quirúrgicos hay que considerar que:

1. Los olvidos pueden suceder pese a la gran pericia, prudencia y diligencia del equipo quirúrgico.
2. El médico cirujano deberá ejecutar todas las medidas de precaución contra tales olvidos.

3. El cirujano principal del equipo, haya solicitado al profesional de Enfermería instrumentista el conteo final de gasas e instrumentos, antes de proceder al cierre de cavidades o finalización de la intervención.
4. La instrumentista, asegure en su respuesta al cirujano que el conteo de gasas e instrumentos está correcto.

En cuanto al último punto, podría considerarse el principio de confianza, que debería estar implícito en el médico cirujano con respecto al profesional instrumentista, aunado a una serie de actividades que ya, por reglamento, le corresponden a su ejercicio profesional, como lo es aseguramiento del conteo final de gasas e instrumentos antes de la culminación de la cirugía.

Lo expuesto no exonera al cirujano de responsabilidades en cuanto al cuidado y precauciones suficientes, ya que el objeto dejado u olvidado en realidad fue puesto por la mano del cirujano, pero tampoco, exonera al instrumentista de responsabilidades ético legales, pues sus funciones y responsabilidades en cuanto al conteo final están claras y definidas, lo que complica la responsabilidad legal en el campo probatorio ante un juicio, en donde las responsabilidades del médico podrían estar relacionadas con la no petición del conteo final al instrumentista, o principalmente a la utilización y olvido del instrumento o material en un sitio no natural, creando de esta forma, una presunción de culpabilidad imputable, que también, implicaría al instrumentista por manifestar antes del cierre de la cavidad, un conteo completo de material e instrumental quirúrgico.

Son funciones del instrumentista¹:

- Verificar los instrumentos, suturas, entre otros., que hayan de usarse durante la intervención quirúrgica.
- Cuidar y responder de todos los instrumentos y compresas que se utilicen durante la intervención quirúrgica.
- Verificar con el circulante el número de compresas e instrumental, informando al cirujano antes de que cierre la cavidad.

En cuanto al circulante, unas de sus funciones están dirigidas a verificar el recuento de compresas e instrumental junto con el instrumentista, tan pronto como el cirujano se disponga a cerrar la cavidad.

Aspectos a considerar

La Enfermería instrumentista apegada a los principios de la profesión, también deberá considerar todo lo relacionado con el cumplimiento de los protocolos y cuidados respectivos durante la intervención quirúrgica; deberá manifestar con razonamiento crítico, de acuerdo a la situación, su posición no complaciente ante el descuido o incumplimiento por parte del cirujano y sus ayudantes de no vestirse correctamente, quitarse prendas como pulseras, zarcillos, collares pendientes largos, entre otros, que podrían desprenderse (incluyendo sus partes) y caer sobre una cavidad corporal de la persona intervenida quirúrgicamente¹.

Otro aspecto son las respuestas humanas, relacionadas con el olvido de gasas e instrumentos en cavidades, que pudiese tener una persona en el postoperatorio, y es en donde los profesionales mediante la aplicación del proceso enfermero cumplirán una función determinante en la valoración, diagnósticos, así como en la planificación y prestación de los cuidados respectivos; incluso, en la contribución para la identificación de un diagnóstico médico oportuno relacionado con el tema descrito.

Posibles etiquetas relacionados con un proceso de oblitio quirúrgico en el postoperatorio^{2,3}:

- 00007 Hipertermia.
- 00008 Termorregulación ineficaz.
- 00132 Dolor agudo.
- 00100 Retraso en la recuperación quirúrgica.
- 00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional.
- 00134 Náuseas.
- 00093 Fatiga.
- 00092 Intolerancia a la actividad.
- 00032 Patrón respiratorio ineficaz.

Cambio de posición: intraoperatorio

Movimiento de la persona o de una parte corporal para favorecer la exposición quirúrgica a la vez que se reduce el riesgo de molestias y complicaciones.

Actividades

- Determinar el margen de movimiento y estabilidad de las articulaciones de la persona.
- Comprobar el estado neurológico y de la circulación periférica.
- Comprobar la integridad de la piel.
- Utilizar dispositivos de ayuda para la inmovilización.
- Bloquear las ruedas de la camilla y de la mesa de cirugía.
- Utilizar un número adecuado de miembros del personal para la transferencia de la persona.
- Apoyar la cabeza y el cuello durante la transferencia.
- Coordinar la transferencia y la colocación con el estadio de la anestesia o el nivel de conciencia.
- Proteger las vías intravenosas (IV), los catéteres y los circuitos de respiración.
- Proteger los ojos, si procede.
- Utilizar dispositivos de ayuda para apoyar la cabeza y las extremidades.
- Inmovilizar o apoyar cualquier parte corporal, según proceda.
- Mantener la alineación corporal correcta de la persona.
- Colocar sobre colchón o almohadilla terapéuticos adecuados.
- Colocar en la posición quirúrgica designada (supino, prono, torácico lateral o litotomía).
- Elevar las extremidades, si está indicado.
- Colocar material acolchado en las prominencias óseas.
- Colocar material acolchado o evitar la presión sobre los nervios superficiales.
- Colocar las correas de seguridad y sujeción de brazos, si es necesario.

- Ajustar la mesa de operaciones, si procede.
- Vigilar el posicionamiento y los dispositivos de tracción, si procede.
- Vigilar la posición de la persona durante la operación.
- Registrar la posición y los dispositivos utilizados.

Precauciones en la hipertermia maligna

Prevenir o disminuir la respuesta hipermetabólica a los agentes farmacológicos utilizados durante la cirugía.

Actividades

- Mantener el equipo de emergencia para hipertermia, según protocolo, en las zonas operativas.
- Revisar los cuidados de urgencia de hipertermia maligna con el personal, según protocolo.
- Preguntar a la persona sobre el historial personal o familiar de hipertermia maligna, muertes inesperadas por anestésicos, trastornos musculares o fiebre postoperatoria no explicada.
- Notificar al anestesiólogo y al cirujano el historial de la persona.
- Proporcionar una máquina de anestesia libre de agentes anestésicos precipitadores.
- Comprobar el registro del hospital de la persona para la elevación de enzimas.
- Proporcionar suministros de manejo de urgencias.
- Proporcionar manta de refrigeración.
- Preparar sodio dantroleno para su administración.
- Administrar el sodio dantroleno, si procede.
- Utilizar agentes anestésicos no desencadenantes para pacientes quirúrgicos con susceptibilidad a la hipertermia maligna (bloqueadores de columna, epidurales, regionales, óxido nitroso, narcótico, barbitúrico, Droperidol, Diazepam y Midazolam, y relajantes musculares no despolarizantes).

- Observar si hay signos de hipertermia maligna (elevación de temperatura, taquicardia, taquipnea, arritmias, cianosis, piel moteada, rigidez, sudación profusa y presión sanguínea inestable).
- Suspender el uso de agentes desencadenantes.
- Cambiar a anestésicos neurolepticos.
- Proporcionar hielo estéril y soluciones intravenosas frías.
- Proporcionar bañera de hipertermia maligna.
- Irrigar la herida con soluciones frías.
- Envolver al paciente en hielo.
- Aplicar una manta de hipotermia.
- Insertar tubo nasogástrico y catéter de Foley.
- Realizar si está indicado, lavado de estómago, vejiga y recto con solución salina helada.
- Poner en marcha vía periférica.
- Ayudar en la inserción de vía central, si es el caso.
- Monitorizar signos vitales, incluyendo la temperatura, presión sanguínea, ECG y gasometría arterial en especial la PCO₂
- Obtener muestras de orina y sangre.
- Monitorizar niveles de electrolitos, enzimas y azúcar en sangre.
- Administrar medicamentos para mantener la producción de orina.
- Evitar el uso de fármacos, incluyendo cloruro de calcio o gluconato, glucósidos cardíacos, adrenérgicos, atropina y soluciones de Ringer Lactato.
- Administrar medicamentos, si procede (clorpromazina y esteroides).
- Disminuir los estímulos ambientales.
- Observar si hay signos de complicaciones tardías (coagulopatía de consumo, insuficiencia renal, hipotermia, edema pulmonar, hipercalemia, secuelas neurológicas, necrosis muscular y recurrencia de los síntomas después del tratamiento del episodio inicial).
- Proporcionar a la persona y su familia información acerca de las precauciones necesarias para la futura administración anestésica.

Regulación de la temperatura: intraoperatorio

Consecución y/o mantenimiento de la temperatura corporal deseada durante la operación.

Actividades

- Ajustar la temperatura del quirófano para el efecto terapéutico.
- Preparar y regular los dispositivos de calefacción/refrigeración correspondiente.
- Cubrir la cabeza.
- Cubrir a la persona con mantas reflectoras.
- Proporcionar o activar humidificador para los gases anestésicos.
- Transportar a los recién nacidos y los bebés a una incubadora térmica.
- Cubrir las partes expuestas.
- Calentar o enfriar todas las soluciones de irrigación, IV y de preparación de la piel, si procede.
- Proporcionar y regular el calentador de sangre, si procede.
- Calentar las esponjas quirúrgicas.
- Vigilar continuamente la temperatura de la persona.
- Comprobar la temperatura ambiental.
- Vigilar y mantener la temperatura de los dispositivos de calefacción/refrigeración.
- Comprobar y mantener la temperatura de las soluciones de irrigación.
- Cubrir a la persona con mantas calentadas para el transporte a la unidad de cuidados postanestesia.
- Registrar la información, según las normas de la institución.

Referencias

1. Burdiles P. Cuidados perioperatorios. España: Elsevier; 2023.
2. Sánchez E. Diagnósticos de enfermería e interrelaciones NANDA-NOC-NIC. Mérida – Venezuela: Consejo de Publicaciones de la Universidad de Los Andes; 2015.
3. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023. Barcelona: Elsevier, 2021.
4. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
5. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª. ed. España: ELSEVIER; 2014.
6. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española: RAE [Internet]. 2023 [citado 7 septiembre de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>

CAPÍTULO 7

EL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO

Eduardo José Sánchez y María Gregoria Vega

Introducción

La fase postoperatoria conlleva al seguimiento y realización de cuidados específicos de acuerdo a la intervención quirúrgica y a las posibles complicaciones que pudiesen aparecer¹. Para valorar a la persona en el postoperatorio, es necesario que el profesional de Enfermería aplique el pensamiento crítico, con datos basados en la información obtenida durante el preoperatorio; en los conocimientos que tenga sobre la intervención quirúrgica llevada a cabo y en los sucesos ocurridos durante la intervención, de esta forma se logrará identificar respuestas humanas para tomar decisiones con relación al proceso de cuidados².

El postoperatorio pasa por varias fases: el inmediato, el mediato y el tardío². Inicia cuando es trasladado el paciente de la sala quirúrgica o el quirófano a la Unidad Posanestésica (UPA). Enfermería realiza la admisión junto al anestesiólogo, la valoración física para brindar los cuidados posanestésicos aplicando las escalas Ramsay, Aldrete, Bromage, Sedación-Agitación Riken, EVA o escala del dolor, Steward (Anexo A) para preparar el alta involucrando al cuidador informal (familiar) e informar de su recuperación para el egreso del área.

Por su parte, las personas sometidas a cirugía ambulatoria, la recuperación suele durar tan solo 1 a 2 horas, y la convalecencia se realiza en el propio domicilio, al contrario de las personas hospitalizadas en donde la recuperación puede durar varias horas y la convalecencia uno o más días, dependiendo de la intervención quirúrgica.

Postoperatorio inmediato

Transcurre durante 24 horas posteriores a la cirugía, durante este período pueden manifestarse alteraciones fisiológicas tales como³: Inconsciencia y depresión cardiorrespiratoria en el paciente que recibió anestesia general y ausencia de sensaciones y tono simpático en aquellos que recibieron anestesia regional⁴. La complicación más común es la hemorragia. Esta puede deberse a la falta de una adecuada cauterización de los vasos sanguíneos o a la ruptura o dehiscencia de los puntos de sutura⁵. Las etiquetas que se mencionan a continuación pueden ser unos de los más comunes encontrados en la NANDA⁶, aunque podrían presentarse otras respuestas humanas relacionadas con las condiciones particulares de las personas y las enfermedades.

Lista de etiquetas de respuestas humanas en el postoperatorio inmediato

- 00132 Dolor agudo.
- 00128 Confusión aguda.
- 00155 Riesgo de caída.
- 00004 Riesgo de Infección. * Ver fase preoperatoria.

Planes de cuidados para el postoperatorio inmediato

Cuadro 1. Plan de cuidado con diagnóstico focalizado en el problema. NANDA⁶, NOC⁷ y NIC⁸

Diagnóstico NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
-Dolor agudo R/C intervención quirúrgica E/P M/P, intranquilidad, expresión verbal, entre otros.	-Control del dolor. -Nivel de dolor. -Satisfacción de la persona /usuario: manejo del dolor.	-Manejo del dolor. -Administración de analgésicos.

Fuente: Elaboración propia. Lectura: R/C: Relacionado con. E/P: Evidenciado por, M/P: Manifestado por.

Descripción de las intervenciones según la NIC⁸

Manejo del dolor

Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para la persona.

Actividades

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Asegurarse de que la persona reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta de la persona al dolor.
- Explorar el conocimiento y las creencias de la persona sobre el dolor.
- Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
- Explorar con la persona los factores que alivian/empeoran el dolor.
- Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan el historial individual y familiar de dolores crónicos o que conlleven discapacidad, si es el caso.
- Evaluar, con la persona y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.
- Ayudar a la persona y a su familia a obtener y proporcionar apoyo.

- Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe, llevar un diario).
- Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad de la persona y poner en práctica un plan de seguimiento.
- Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta de la persona a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
- Considerar la disponibilidad de la persona a participar en la selección de estrategias de alivio del dolor.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor, si procede.
- Enseñar los principios de control del dolor.
- Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.
- Animar a la persona a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente, y junto con las otras medidas de alivio del dolor.
- Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor.
- Animar a la persona a utilizar medicación para el dolor adecuada.
- Colaborar con la persona, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor, si procede.
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

- Poner en práctica el uso de la analgesia controlada por el paciente, si se considera oportuno.
- Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.
- Asegurar las estrategias de analgesia de pretratamiento y/o no farmacológica antes de los procedimientos dolorosos.
- Verificar el nivel de molestia con la persona, anotar los cambios en el registro médico e informar a otros cuidadores.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
- Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta de la persona.
- Fomentar períodos de descanso/sueños adecuados que faciliten el alivio del dolor.
 - Alentar a la persona a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso.
 - Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor.
 - Informar a otros cuidadores/miembros de la familia sobre las estrategias no farmacológicas utilizadas por el paciente para fomentar actitudes preventivas en el manejo del dolor.
 - Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor, cuando corresponda.
 - Considerar la posibilidad de remitir el paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes, si procede.
 - Proporcionar una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a la experiencia del dolor.
 - Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.
 - Monitorizar el grado de satisfacción de la persona con el control del dolor a intervalos especificados.

Administración de analgésicos

Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

Actividades

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar a la persona.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Evaluar la capacidad de la persona para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implementar, si procede.
- Elegir el analgésico (narcóticos, no narcóticos o antiinflamatorios no esteroides) según el tipo y la severidad del dolor.
- Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo.
- Elegir la vía IV, en vez de intramuscular (IM), para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea posible
- Descartar narcóticos y otros medicamentos restringidos de acuerdo con el protocolo de la institución.
- Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, a la primera dosis o si se observan signos inusuales.
- Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada.
- Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta de la persona.
- Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.
- Considerar el uso de infusión continúa, ya sea sola o juntamente con opiáceos en bolo, para mantener los niveles de suero.

- Instituir precauciones de seguridad para los que reciban analgésicos narcóticos, si procede.
- Instruir para que se solicite la medicación según necesidades para el dolor antes de que el dolor sea severo.
- Informar a la persona que con la administración de narcóticos puede producirse somnolencia durante los primeros 2 a 3 días que luego remite.
- Corregir los conceptos equivocados o mitos de la persona o miembros de la familia sobre los analgésicos, específicamente los opiáceos (adicción y riesgo de sobredosis).
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- Evaluar y registrar el nivel de sedación de las personas que reciben opiáceos.
- Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos (p. ej. estreñimiento e irritación gástrica).
- Colaborar con el médico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia.
- Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas de implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.

Cuadro 2. Plan de cuidado. NANDA⁶, NOC⁷ y NIC⁸

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
-Confusión aguda R/C efectos secundarios de la anestesia E/P fluctuaciones del nivel de conciencia. -Riesgo de caída R/C confusión aguda.	-Nivel de confusión aguda.	-Manejo ambiental: seguridad. -Orientación de la realidad.

Fuente: Elaboración propia. Lectura: R/C: Relacionado con. E/P: Evidenciado por.

Descripción de las intervenciones según la NIC

Manejo ambiental: seguridad

Manipulación del entorno de la persona para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.

Actividades

- Crear un ambiente seguro para la persona.
- Identificar las necesidades de seguridad de la persona, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas flojas y muebles pequeños, móviles).
- Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.
- Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, si procede.
- Acompañar a la persona en las actividades realizadas fuera de la sala, si procede.
- Disponer de camas de baja altura, para cuando se precise.
- Disponer dispositivos de adaptación (banco de escalera o barandillas), si procede.
- Colocar los muebles en la habitación de una manera que se acomode mejor a las discapacidades de la persona o de la familia.

Orientación de la realidad

Fomento de la consciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y ambiente.

Actividades

- Dirigirse a la persona por su nombre al iniciar la interacción.
- Acercarse a la persona lentamente y de frente.
- Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con la persona.

- Disponer un enfoque de la situación que sea consistente (firmeza amable, amistad activa, amistad pasiva, hechos concretos y nada de exigencias) que refleje las necesidades y las capacidades particulares de la persona.
- Hablar con la persona de una manera distintiva, a un ritmo, volumen y tono adecuados.
- Hacer las preguntas de una en una.
- Evitar frustrar a la persona con demandas que superan la capacidad (p. ej. cuestiones de orientación repetidas que no pueden responderse, pensamiento abstracto cuando el paciente puede pensar solamente en términos concretos, actividades que no pueden realizarse, toma de decisiones más allá de su preferencia o capacidad).
- Informar a la persona acerca de otras personas, lugares y tiempo, si es necesario.
- Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad de la persona (p. ej., proporcionar una explicación alternativa, evitar discutir y evitar intentos de convencerle).
- Repetir el último pensamiento expresado por la persona, si procede.
- Interrumpir las confabulaciones cambiando de tema o respondiendo al sentimiento o tema, en lugar de al contenido de la manifestación verbal.
- Dar órdenes de una en una vez.
- Utilizar gestos/objetos para aumentar la comprensión de las comunicaciones verbales.
- Involucrar a la persona en actividades concretas «aquí y ahora» (actividades de la vida diaria) que se centren en algo exterior a sí mismo y que sea concreto y orientado en la realidad.
- Mostrar sugerencias/posturas físicas (mover la mano de la persona haciendo los movimientos necesarios para cepillarse los dientes), si es necesario, para completar la tarea dada.
- Fomentar el uso de dispositivos de ayuda que aumenten la estimulación sensorial (gafas, dispositivos de ayuda a la audición y dentaduras postizas).
- Recomendar al paciente que lleve ropa personal, ayudar si es necesario.

- Proporcionar objetos que simbolizan la identidad de sexo (p. ej., monedero o gorra), si procede.
- Utilizar señales con dibujos para favorecer el uso adecuado de los objetos.
- Evitar las situaciones no familiares, cuando sea posible.
- Preparar a la persona para los cambios que se avecinen en la rutina y ambiente habitual antes de que se produzcan.
- Disponer siestas, descanso y sueño adecuados, incluidas siestas cortas si es necesario.
- Asignar cuidadores que sean familiares.
- Animar a la familia a participar en los cuidados basándose en las capacidades, necesidades y preferencias.
- Proporcionar un ambiente físico consecuente y una rutina diaria.
- Permitir el acceso a objetos familiares, cuando sea posible.
- Etiquetar los artículos del ambiente para favorecer su reconocimiento.
- Modular los estímulos sensoriales humanos y ambientales (p. ej., sesiones de visita, vistas, sonidos, luz, olores y estimulación táctil), según las necesidades de la persona.
- Utilizar señales ambientales (signos, cuadros, relojes, calendarios y codificación en color del ambiente) para estimular la memoria, reorientar y fomentar una conducta adecuada.
- Eliminar los estímulos, cuando sea posible, que creen percepciones equivocadas en un paciente particular (cuadros en la pared y televisión).
- Permitir el acceso a sucesos de noticias actuales (televisión, periódicos, radio e informativos verbales), cuando corresponda.
- Implicar a la persona en ambiente/clase grupal de orientación de la realidad, cuando sea adecuado.
- Ofrecer psicoeducación a la familia y los seres queridos respecto.

Cuadro 3: Plan de cuidado con diagnóstico de riesgo. NANDA⁶, NOC⁷ y NIC⁸

Diagnósticos de Enfermería NANDA	Resultados Esperados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC
-Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos. -Riesgo de infección R/C alteración de las defensas primarias. -Riesgo de infección R/C alteración de las defensas secundarias.	-Control del riesgo: proceso infeccioso. -Estado Inmune. -Curación de la herida: por primera intensión. -Curación de la herida: por segunda intensión.	-Protección contra las infecciones. *Ver el Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección, en la fase preoperatoria. -Control de infecciones. -Cuidado de las heridas. -Cuidados del sitio de incisión. -Irrigación de heridas.

Fuente: Elaboración propia. Lectura: R/C: Relacionado con.

Descripción de las intervenciones según la NIC

Control de infecciones

Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Actividades

- Distribuir la superficie correspondiente por paciente.
- Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de las personas.
- Cambiar el equipo de cuidados de la persona según el protocolo del centro.
- Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.
- Colocar en sitios de precaución de aislamiento designados, si procede.
- Mantener técnicas de aislamiento, si procede.

- Limitar el número de las visitas, si procede.
- Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.
- Instruir a la persona acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.
- Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación de la persona.
- Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos, si procede.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de las personas.
- Poner en práctica precauciones universales.
- Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
- Llevar ropas de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso.
- Usar guantes estériles, si procede.
- Limpiar la piel de la persona con un agente antibacteriano, si procede.
- Afeitar y preparar la zona, como se indica en la preparación para procedimientos invasivos y/o cirugía.
- Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de líneas centrales a pie de cama.
- Mantener un ambiente aséptico mientras se cambian los sistemas y botellas de nutrición parenteral total.
- Mantener un sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva.
- Cambiar los sitios de línea i.v. periférica y de línea central y los vendajes.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas i.v.
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
- Utilizar cateterización intermitente para reducir la incidencia de infección de la vejiga.
- Enseñar a la persona a obtener muestras de orina a mitad de la micción al primer signo de síntomas de retorno, si procede.
- Fomentar una respiración y tos profunda, si procede.

- Fomentar una ingesta nutricional adecuada.
- Fomentar la ingesta de líquidos, si procede.
- Fomentar el reposo.
- Administrar terapia de antibióticos, si procede.
- Administrar un agente de inmunización, si procede.
- Ordenar a la persona que tome antibióticos, según prescripción.
- Instruir a la persona y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informarse al cuidador.
- Enseñar a la persona y a la familia a evitar infecciones.
- Fomentar una preservación y una preparación seguras de los alimentos.

Cuidados de las heridas

Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.

Actividades

- Despegar los apósitos y el adhesivo.
- Afeitar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.
- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Medir el lecho de la herida, si procede.
- Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico, si procede.
- Colocar la zona afectada en un baño de remolino, si procede.
- Cuidar el sitio de incisión, según sea necesario.
- Aplicar un ungüento adecuado a la piel/lesión, si procede.
- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida.
- Reforzar el apósito, si es necesario.
- Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.

- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede.
- Cambiar de posición a la persona como mínimo cada 2 horas, si procede.
- Fomentar la ingesta de líquidos, si procede.
- Remitir al médico de la ostomía de la herida, si procede.
- Remitir al dietista, si procede.
- Colocar mecanismos de alivio de presión (p. ej., colchones con pérdida de aire baja, de espuma o gel; almohadillas para el codo o el talón; cojín para la silla), si procede.
- Ayudar a la persona y su familia a obtener material.
- Enseñar a la persona y su familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura.
- Enseñar a la persona o a miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.
- Enseñar a la persona y su familia los signos y síntomas de infección.
- Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida.

Cuidados del sitio de incisión

Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.

Actividades

- Explicar el procedimiento a la persona.
- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
- Tomar nota de las características de cualquier drenaje.
- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.
- Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia.

- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
- Utilizar hisopos de algodón estériles para una limpieza eficaz de las suturas, heridas profundas y estrechas o heridas con cavidad.
- Limpiar la zona que rodea cualquier sitio de drenaje o el final del tubo de drenaje.
- Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje.
- Aplicar bandas o tiras de cierre, si procede.
- Aplicar antiséptico, según prescripción.
- Retirar las suturas, grapas o clips, si está indicado.
- Cambiar el vendaje a los intervalos adecuados.
- Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.
- Facilitar la visión de la incisión por parte de la persona.
- Instruir a la persona acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.
- Enseñar a la persona a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.
- Enseñar a la persona y/o a la familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.

Irrigación de heridas

Irrigación de una herida abierta para limpiar y extraer los restos y el drenaje excesivo.

Actividades

- Identificar alergias, especialmente a productos como el yodo y sus derivados.
- Explicar el procedimiento a la persona mediante preparación sensorial.
- Administrar analgésicos a la persona antes de la irrigación, si es necesario, para controlar el dolor.
- Proteger las ropas de la persona para que no se ensucien con la solución de irrigación o el drenaje de la herida.
- Controlar periódicamente la cantidad y tipo de drenaje presentes en la herida con cada cambio de vendaje.

- Colocar a la persona de forma tal que la solución de irrigación pueda ser recogida en un recipiente, dependiendo de la ubicación de la herida.
- Mantener un campo estéril durante el procedimiento de irrigación, si procede.
- Irrigar la herida con la solución adecuada con una jeringa de irrigación grande.
- Evitar aspirar la solución con la jeringa.
- Adherir un catéter a la jeringa para las aberturas pequeñas.
- Evitar forzar el catéter en una herida abdominal para evitar así la perforación del intestino.
- Instilar la solución de la irrigación lentamente, llegando a todas las zonas pertinentes.
- Limpiar desde la zona más limpia de la herida a la más sucia.
- Seguir irrigando la herida hasta que se agote el volumen prescrito o la solución retorne clara.
- Colocar a la persona en una posición adecuada después de la irrigación, de forma tal que se facilite el drenaje.
- Limpiar y secar la zona alrededor de la herida después del procedimiento.
- Proteger el tejido circundante para evitar heridas de la piel.
- Vendar la herida con el tipo de vendaje estéril adecuado.
- Aplicar un vendaje estéril, si procede.
- Observar periódicamente el progreso del tejido granulado.
- Informar al médico de cualquier signo de infección y/o necrosis.
- Eliminar los vendajes sucios y los suministros de manera adecuada.

Postoperatorio mediato

Se inicia tras culminar el postoperatorio inmediato y abarca la primera semana tras la cirugía. Esta puede cumplirse en un área de hospitalización o bien en el domicilio del paciente de acuerdo con el tipo de cirugía practicada. Las complicaciones abarcan la fiebre por la presencia de una infección o dificultad respiratoria causada por el trombo embolismo pulmonar. También es posible que

ocurra la falla en la función de los riñones cuando ha habido una hemorragia importante o no se ha restablecido de forma adecuada el equilibrio de los líquidos y electrolitos del cuerpo⁵. A efectos de este apartado, se tomaron las siguientes etiquetas que pueden ser unas de las más comunes, aunque podrían presentarse otras respuestas humanas relacionadas con las condiciones particulares de las personas y las enfermedades; encontrados estos en la Taxonomía NANDA⁶, NOC⁷ y NIC⁸.

Lista de etiquetas de respuestas humanas en el postoperatorio mediato

- 00132 Dolor agudo. * Ver postoperatorio inmediato.
- 00015 Riesgo de estreñimiento.
- 00012 Riesgo de estreñimiento subjetivo.
- 00197 Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional.
- 00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional

Planes de cuidados para el postoperatorio mediato

Cuadro 4. Plan de cuidado. NANDA⁶, NOC⁷, NIC⁸

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones de NIC
<p>-Riesgo de estreñimiento R/C disminución del peristaltismo secundario a restricciones dietéticas e inmovilidad.</p> <p>-Riesgo de estreñimiento R/C los efectos de la anestesia y/o narcóticos.</p> <p>-Riesgo de estreñimiento R/C disminución del peristaltismo secundario a restricciones dietéticas e inmovilidad; a los efectos de la anestesia y/o narcóticos.</p> <p>-Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional R/C intervención quirúrgica (especificar).</p> <p>-Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C intervención quirúrgica (especificar).</p> <p>-Estreñimiento R/C alteración funcional secundaria a intervención quirúrgica E/P disminución en el número de evacuaciones.</p>	<p>-Control del riesgo.</p> <p>-Continencia intestinal.</p> <p>-Perfusión tisular: órganos abdominales.</p> <p>-Eliminación intestinal.</p> <p>-Función gastrointestinal.</p> <p>-Conducta de adhesión: dieta saludable.</p>	<p>-Manejo intestinal.</p> <p>-Manejo del estreñimiento/ impactación.</p> <p>-Entrenamiento intestinal.</p>

Fuente: Elaboración propia. Lectura: R/C: Relacionado con. E/P: Evidenciado por.

Descripción de las intervenciones según la NIC

Manejo intestinal

Establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular.

Actividades

- Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal.
- Controlar los movimientos intestinales.
- Observar si hay sonidos intestinales.
- Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos.
- Informar si hay disminución de sonidos intestinales.
- Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.
- Evaluar la incontinencia fecal, si es el caso.
- Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad.
- Enseñar a la persona las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal.
- Instruir a la persona y su familia a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.
- Administrar supositorios de glicerina, si es necesario.
- Poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal, si resulta oportuno.
- Disminuir la ingesta de alimentos que generen gases, si procede.
- Instruir a la persona sobre los alimentos de alto contenido en fibras, si procede.
- Administrar líquidos calientes después de las comidas, si está indicado.
- Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.

- Obtener un estimulante para las heces, si procede.

Manejo del estreñimiento/impactación

Prevención y alivio del estreñimiento/impactación.

Actividades

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación.
- Comprobar movimientos intestinales, incluyendo características de las heces: frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.
- Vigilar la existencia de peristaltismo.
- Consultar con el médico acerca de aumento/disminución de la frecuencia del peristaltismo.
- Observar si hay signos y síntomas de rotura intestinal y/o peritonitis.
- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.
- Establecer una pauta de aseo, si procede.
- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.
- Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales secundarios.
- Enseñar a la persona y su familia a que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.
- Enseñar a la persona y su familia a mantener un diario de comidas.
- Instruir a la persona y su familia acerca de la dieta rica en fibra, si procede.
- Instruir a la persona y su familia sobre el uso correcto de laxantes.
- Instruir a la persona y su familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/impactación.
- Evaluar el registro de entrada para el contenido nutricional.
- Aconsejar a la persona y su familia a consultar con un médico si el estreñimiento o la impactación persisten.

- Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces, si procede.
- Informar a la persona y su familia acerca del procedimiento de desimpactación, si fuera necesario.
- Extraer la impactación fecal manualmente, si fuera necesario.
- Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.
- Pesar a la persona regularmente.
- Enseñar a la persona y su familia sobre los procesos digestivos normales.
- Enseñar a la persona y su familia sobre el tiempo de resolución del estreñimiento.

Entrenamiento intestinal

Ayuda a la persona en la educación del intestino para que evacue a intervalos determinados.

Actividades

- Planificar un programa entrenamiento intestinal con la persona y demás personas relacionadas.
- Consultar al médico y a la persona respecto del uso de supositorios.
- Enseñar a la persona y su familia los principios de la educación intestinal.
- Instruir a la persona acerca de alimentos con alto contenido en fibra.
- Proporcionar alimentos ricos en fibras y/o que hayan sido identificados por la persona como medio de ayuda.
- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
- Asegurarse de que se realizan ejercicios adecuados.
- Dedicar para la defecación en un tiempo coherente y sin interrupciones.
- Disponer intimidad.
- Administrar supositorios, si está indicado.
- Realizar dilatación rectal digital, si es preciso.
- Enseñar a la persona sobre la dilatación rectal digital, si procede.
- Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares.

- Modificar el programa intestinal, si es necesario.

Postoperatorio tardío

Se extiende hasta un mes posterior a la cirugía. Durante esta etapa el paciente es dado de alta de forma definitiva, se pueden observar problemas producto del desarrollo de fibrosis en las heridas o bien su dehiscencia como ocurre en el caso de una eventración. También pueden desarrollarse adherencias en las vísceras abdominales o síntomas relacionados con el daño ocasionado a otros tejidos durante la cirugía⁴.

Lista de etiquetas de respuestas humanas en el postoperatorio tardío

- 00132 Dolor agudo. * Ver postoperatorio inmediato.
- 00108 Déficit de autocuidado: alimentación
- 00108 Déficit de autocuidado: baño
- 00109 Déficit de autocuidado: vestido
- 00182 Disposición para mejorar el autocuidado.
- 00004 Riesgo de Infección de la herida quirúrgica.
* Ver Diagnóstico de riesgo de infección en la fase preoperatoria.
- 00100 Riesgo de retraso de la recuperación quirúrgica.
- 00246 Retraso en la recuperación quirúrgica.

Las etiquetas expuestas pueden ser unas de las más comunes, aunque podrían presentarse otras respuestas humanas relacionadas con las condiciones particulares de las personas y las enfermedades.

Planes de cuidado para el postoperatorio tardío

**Cuadro 5. Plan de cuidado con diagnósticos focalizados en el problema.
NANDA⁶, NOC⁷ y NIC⁸**

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
<p>-Déficit de autocuidado: alimentación R/C dolor secundario a intervención quirúrgica E/P dificultad para llevar a cabo o completar las actividades de alimentación.</p> <p>-Déficit de autocuidado: alimentación R/C restricciones terapéuticas E/P indicación de orden de dieta absoluta.</p> <p>-Déficit de autocuidado: alimentación R/C limitaciones músculo esqueléticas E/P dificultad para alimentarse por sí mismo.</p>	<p>-Autocuidado: comer.</p> <p>-Apetito.</p> <p>-Estado de deglución.</p> <p>-Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.</p>	<p>-Ayuda con los autocuidados: alimentación.</p> <p>-Alimentación.</p> <p>-Monitorización nutricional.</p> <p>-Manejo de la nutrición.</p> <p>-Terapia nutricional.</p> <p>-Terapia de deglución.</p>

Fuente: Elaboración propia. Lectura: R/C: Relacionado con. E/P: Evidenciado por.

Descripción de las intervenciones según la NIC

Ayudar con los autocuidados: alimentación

Ayudar a una persona a comer.

Actividades

- Controlar la capacidad de deglutir de la persona
- Identificar a dieta prescrita.
- Poner la bandeja y la mesa de forma atractiva.

- Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida (colocar cuñas, orinales y equipo de aspiración fuera de la vista).
- Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución.
- Proporcionar ayuda física, si es necesario.
- proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas, si procede.
- Proporcionar higiene bucal antes de las comidas.
- Arreglar la comida en la bandeja, si es necesario, como cortar la carne o pelar un huevo.
- Abrir los alimentos empaquetados.
- Evitar colocar la comida en el lado ciego de una persona.
- Describir la ubicación de la comida en la bandeja para las personas con impedimentos de la visión.
- Colocar al paciente en una posición cómoda.
- Proteger con un babero, si procede.
- Proporcionar una paja de beber, si es necesario o se desea.
- Suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa.
- Proporcionar los alimentos y bebidas preferidos, si procede.
- Controlar el peso de la persona, si procede.
- Controlar el estado de hidratación de la persona si procede.
- Animar a la persona a que coma en el comedor, si estuviera disponible.
- Proporcionar internación social, si procede.
- Proporcionar dispositivos de adaptación para facilitar que la persona se alimente por sí mismo (asas largas, asas con una circunferencia grande o pequeñas correas en los utensilios), si es necesario.
- Utilizar tazas con asa grande, si fuera necesario.
- Utilizar platos y vasos irrompibles y pesados, según se precise.
- Proporcionar señales frecuentes y una estrecha supervisión, si procede.

Alimentación

Proporcionar la ingesta nutricional a la persona que no puede alimentarse por sí misma.

Actividades

- Identificar la dieta prescrita.
- Disponer la bandeja de comida y la mesa de forma atractiva.
- Crear un ambiente placentero durante la comida (colocar cuñas, orinales y el equipo de succión fuera de la vista).
- Proporcionar alivio adecuado para el dolor antes de las comidas, si procede.
- Facilitar la higiene bucal después de las comidas.
- Identificar la presencia del reflejo de deglución, si fuera necesario.
- Sentarse durante la comida para inducir sensación de placer y relajado.
- Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito.
- Preguntar a la persona sus preferencias en el orden de los alimentos.
- Establecer los alimentos según lo prefiera el paciente.
- Mantenerse en posición recta, con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia afuera durante la alimentación.
- Colocar la comida en el lado no afectado de la boca, cuando sea el caso.
- Colocar la comida a la vista de la persona si tiene un defecto de campo visual.
- Elegir platos de colores diferentes para ayudar a distinguir la comida, si hay un déficit perceptual.
- Acompañar la comida con agua, si es necesario.
- Proteger con un babero, si procede.
- Preguntar a la persona para que nos indique cuando ha terminado, si procede.
- Registrar la ingesta, si resulta oportuno.
- Evitar disimular los fármacos con la comida.
- Evitar poner bebida o comida en la boca mientras está masticando.

- Proporcionar un pitillo con la bebida, si es necesario o se desea.
- Proporcionar alimentos para comer con los dedos, si procede.
- Proporcionar las comidas a la temperatura más apetecible.
- Evitar distraer a la persona durante la deglución.
- Realizar la alimentación sin prisa, lentamente.
- Prestar atención a la persona durante la alimentación.
- Posponer la alimentación si la persona estuviera fatigada.
- Comprobar que no quedan restos de comida en la boca al final de la comida.
- Lavar la cara y las manos después de comer.
- Animar a los padres/familia a que alimenten a la persona.

Monitorización nutricional

Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición.

Actividades

- Pesar a la persona a los intervalos establecidos.
- Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.
- Controlar el tipo y cantidad de ejercicio habitual.
- Analizar la respuesta emocional de la persona cuando se encuentra en situaciones que implican comidas y comer.
- Observar las interacciones padres/niño durante la alimentación, si procede.
- Observar el ambiente en el que se produce el acto de comer.
- Programar el tratamiento y los procedimientos a horas que no sean las de la alimentación.
- Observar si la piel está seca, descamada, con despigmentación.
- Controlar la turgencia de la piel, si procede.
- Observar si el pelo está seco, es débil y resulta fácil de arrancar.

- Observar las encías por si hubiera inflamación, estuvieran esponjosas, cedidas y con hemorragias.
- Observar si se producen náuseas y vómitos.
- Vigilar las mediciones de los pliegues de la piel: pliegues en tríceps, circunferencia muscular en medio del brazo y circunferencia de la parte media del brazo.
- Vigilar niveles de albúmina, proteína total, hemoglobina y hematocrito.
- Comprobar niveles de linfocitos y electrolitos.
- Observar preferencias y selección de comidas.
- Comprobar el crecimiento y desarrollo.
- Vigilar los niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad.
- Observar si hay palidez, enrojecimiento y sequedad del tejido conjuntivo.
- Controlar la ingesta calórica y nutricional.
- Observar si las uñas tienen forma de cuchara, están quebradizas, con aristas.
- Observar si la boca/labios están inflamados, enrojecidos y agrietados.
- Observar cualquier llaga, edema y papilas hiperémica e hipertrófica de la lengua y de la cavidad bucal.
- Observar si la lengua es de color escarlata, magenta o crudo.
- Observar cambios importantes en el estado nutricional e iniciar tratamiento, si procede.
- Realizar consulta dietética, si se requiere.
- Determinar si la persona necesita una dieta especial.
- Disponer las condiciones ambientales óptimas a la hora de la comida.
- Proporcionar comida y líquidos nutricionales, según corresponda.

Manejo de la nutrición

Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

Actividades

- Preguntar a la persona si tiene alergia a algún alimento.
- Determinar las preferencias de comidas de la persona.
- Determinar -en colaboración con el nutricionista, si procede- el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
- Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.
- Fomentar la ingesta de hierro en las comidas, si procede.
- Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C, si es el caso.
- Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/zumos de fruta), cuando sea preciso.
- Dar comidas ligeras, en puré y blandas, si procede.
- Proporcionar un sustituto del azúcar, cuando resulte oportuno.
- Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- Ofrecer hierbas y especias como alternativa a la sal.
- Proporcionar a la persona alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.
- Realizar una selección de comidas.
- Ajustar la dieta al estilo de vida de la persona, según cada caso.
- Enseñar a la persona a llevar un diario de comidas, si es necesario.
- Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.
- Pesar a la persona a intervalos adecuados.
- Animar a la persona a que utilice dentaduras de ajuste correcto y/o que obtenga cuidados dentales.
- Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.
- Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.
- Determinar la capacidad de la persona para satisfacer las necesidades nutricionales.

- Ayudar a la persona a recibir asistencia de los programas nutricionales comunitarios apropiados, si es preciso.

Terapia nutricional

Administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en una persona que está malnutrido o con alto riesgo de malnutrición.

Actividades

- Completar una valoración nutricional, si procede.
- Controlar los alimentos líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, si procede.
- Comprobar la conveniencia de las órdenes dietéticas para cumplir con las necesidades nutricionales diarias, si procede.
- Determinar (en colaboración con el dietista, si procede) el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
- Determinar las preferencias de comidas del paciente considerando las preferencias culturales y religiosas.
- Elegir suplementos nutricionales, si procede.
- Animar a la persona a que seleccione alimentos semiblandos si la falta de saliva dificulta la deglución.
- Fomentar la ingesta de alimentos ricos en calcio, si se considera oportuno.
- Fomentar la ingesta de alimentos y líquidos ricos en potasio, si procede.
- Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.
- Ayudar a la persona a seleccionar alimentos suaves, blandos y no ácidos, si procede.
- Determinar la necesidad de alimentación enteral.

- Administrar alimentación enteral, cuando sea preciso.
- Suspender la alimentación por sonda a medida que se tolere la ingesta oral.
- Administrar líquidos de hiperalimentación, cuando lo requiera el caso.
- Asegurar la disponibilidad de una dieta terapéutica progresiva.
- Proporcionar la nutrición necesaria dentro de los límites de la dieta prescrita.
- Fomentar que se traigan comidas hechas en casa a la institución, si es posible.
- Sugerir la eliminación de alimentos que contengan lactosa, si procede.
- Ofrecer hierbas y especias como alternativa a la sal.
- Estructurar el ambiente para crear una atmósfera agradable y relajante.
- Presentar la comida de una manera atractiva, agradable, con consideración al color, textura y variedad.
- Proporcionar cuidados bucales antes de las comidas, si es necesario.
- Ayudar a la persona a sentarse antes de la comida o alimentación.
- Controlar los valores de laboratorio, si procede.
- Enseñar a la persona y a la familia la dieta prescrita.
- Remitir a la persona para la enseñanza y planificación de la dieta, si es necesario.

Terapia de deglución

Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de una deglución defectuosa.

Actividades

- Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, fonoiatra y dietista) para dar continuidad al plan de rehabilitación de la persona.
- Determinar la capacidad de la persona para centrar su atención en el aprendizaje/realización de las tareas de ingesta y deglución.
- Retirar los factores de distracción del ambiente antes de trabajar con la persona en la deglución.
- Disponer intimidad para la persona, según se desee o se indique.

- Colocarse de forma tal que la persona pueda ver y oír al cuidador.
- Explicar el fundamento del régimen de deglución a la persona/familia.
- Colaborar con el foniatra para enseñar a la familia de la persona el régimen de ejercicios de deglución.
- Proporcionar/usar dispositivos de ayuda, si se precisa.
- Evitar el uso de pitillos para beber.
- Ayudar a la persona a sentarse en una posición erecta (lo más cerca posible de los 90°) para la alimentación/ ejercicio.
- Ayudar a la persona a colocar la cabeza flexionada hacia adelante, en preparación para la deglución (barbilla metida).
- Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer.
- Enseñar a la persona que abra y cierre la boca en preparación para la manipulación de la comida.
- Enseñar a la persona a no hablar mientras come, si procede.
- Guiar **a la persona en la fonación “ah” para favorecer la elevación del paladar blando**, si corresponde.
- Proporcionar un sistema de succión a la persona para que succione y así fomentar la fortaleza de la lengua, si no existe contraindicación.
- Ayudar a la persona hemipléjica a sentarse con el brazo afectado hacia adelante sobre la mesa.
- Ayudar al paciente a colocar la comida en la parte posterior de la boca y en el lado no afectado.
- Observar si hay signos y/o síntomas de aspiración.
- Vigilar los movimientos de la lengua de la persona mientras come.
- Observar el sellado de los labios al comer, beber y tragar.
- Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar.
- Proporcionar un período de descanso antes de comer/hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.
- Comprobar la boca para ver si hay restos de comida después de comer.

- Enseñar a la persona a alcanzar partículas de comida en los labios o la barbilla con la lengua.
- Ayudar a los padres a sacar las partículas de comida de los labios y de la barbilla cuando no se pueden alcanzar con la lengua.
- Enseñar a la familia/cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.
- Enseñar a la familia/cuidador las necesidades nutricionales en colaboración con el dietista y las modificaciones dietéticas.
- Enseñar a la familia/cuidador las medidas de emergencia para los ahogos.
- Enseñar a la familia/cuidador a comprobar si han quedado restos de comida después de comer.
- Proporcionar instrucciones escritas, si procede.
- Proporcionar un esquema de las sesiones de práctica a la familia/cuidador, según sea necesario.
- Proporcionar/comprobar la consistencia de los alimentos/líquidos en función de los hallazgos del estudio de deglución.
- Realizar consulta con el terapeuta y/o médico para avanzar de forma gradual en la consistencia de la comida de la persona.
- Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada.
- Controlar el peso corporal.
- Vigilar la hidratación corporal (ingesta, salida, turgencia de la piel y membranas mucosas).
- Proporcionar cuidados bucales, si es necesario.

**Cuadro 6. Plan de cuidado con diagnósticos focalizados en el problema.
NANDA⁶, NOC⁷ y NIC⁸**

Diagnósticos de Enfermería NANDA	Resultados esperados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC
-Déficit de autocuidado: Baño R/C dolor E/P incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.	-Autocuidados: baño. -Autocuidados: higiene.	-Ayuda con los autocuidados: baño/higiene. -Baño.
-Déficit de autocuidado: Baño R/C limitaciones de la movilidad física E/P incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.	-Autocuidados: higiene oral.	-Mantenimiento de la salud bucal.
-Déficit de autocuidado: Baño R/C estado de conciencia E/P incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.		-Ayuda con los autocuidados: aseo.

Fuente: Elaboración propia. Lectura: R/C: Relacionado con. E/P: Evidenciado por.

Descripción de las intervenciones según la NIC

Ayuda con los autocuidados: baño/higiene

Ayudar a la persona a realizar la higiene personal.

Actividades

- Considerar la cultura de la persona al fomentar las actividades de autocuidados.
- Considerar la edad de la persona al fomentar las actividades de autocuidados.
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
- Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a pie de cama o en el baño.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, champú, loción y productos de aromaterapia).

- Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.
- Facilitar que la persona se cepille los dientes, si es el caso.
- Facilitar que el paciente se bañe él mismo, si procede.
- Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidados de la persona.
- Controlar la integridad cutánea de la persona.
- Mantener rituales higiénicos.
- Facilitar el mantenimiento de las rutinas de la persona a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares (para los niños, su manta o juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro o disponer de una almohada de su casa), si procede.
- Fomentar la participación de los padres/familia en los rituales habituales a la hora de irse a la cama, si es el caso.
- Proporcionar ayuda hasta que la persona sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

Baño

Baño corporal a efectos de relajación, limpieza y curación.

Actividades

- Ayudar con la ducha de silla, bañera, ducha de pie o baño de asiento, si procede o se desea.
- Lavar el cabello si es necesario o se desea.
- Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.
- Utilizar técnicas de baño, divertidas con los niños (lavar muñecas o juguetes, simular que un barco es un submarino, agujerar la parte inferior de una taza de plástico, llenarla de agua y regar al niño).
- Ayudar con el cuidado perianal, si es necesario.
- Ayudar con las medidas de higiene (utilizar perfume o desodorante).

- Administrar baños de pies, si es necesario.
- Afeitar a la persona si está indicado.
- Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca.
- Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.
- Controlar la capacidad funcional durante el baño.

Mantenimiento de la salud bucal

Mantenimiento y fomento de la higiene bucal y la salud dental en pacientes con riesgo de desarrollar lesiones bucales o dentales.

Actividades

- Establecer una rutina de cuidados bucales.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.
- Observar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes.
- Identificar el riesgo de desarrollo de estomatitis secundaria a la terapia con fármacos.
- Animar y ayudar a la persona a lavarse la boca.
- Observar si se producen efectos terapéuticos derivados de los anestésicos tópicos, pastas de protección oral y analgésicos tópicos o sistémicos, según el caso.
- Enseñar y ayudar a la persona a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario.
- Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis.
- Consultar con el médico o el dentista acerca del reajuste de alambres/dispositivos y métodos alternativos de cuidados bucales, si se produce irritación de las membranas mucosas bucales por estos dispositivos.
- Consultar con el médico si persisten la sequedad, irritación y molestias bucales.
- Facilitar un cepillo de dientes e hilo dental a intervalos regulares.
- Recomendar el uso de un cepillo de dientes de cerdas suaves.
- Enseñar a la persona a cepillarse los dientes, las encías y la lengua.

- Recomendar una dieta saludable y la ingesta adecuada de agua.
- Establecer chequeos dentales, si es necesario.
- Ayudar con los cuidados de la dentadura postiza, si es necesario.
- Animar a las personas de dentadura postiza a cepillarse las encías y la lengua y a enjuagarse la cavidad oral diariamente.
- Desalentar de fumar y masticar tabaco.

Ayuda con los autocuidados: aseo

Ayudar a otra persona en las eliminaciones

Actividades

- Considerar la cultura de la persona al fomentar las actividades de autocuidados.
- Considerar la edad de la persona al fomentar las actividades de autocuidados.
- Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.
- Ayudar a la persona en el aseo mediante el uso de dispositivos como la cuña/pato.
- Considerar la respuesta de la persona a la falta de intimidad.
- Disponer intimidad durante la eliminación.
- Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación.
- Cambiar la ropa de la persona después de la eliminación.
- Bajar la manilla del tanque del sanitario.
- Instaurar un programa de aseo, si procede.
- Enseñar a la persona/otras personas significativas la rutina del aseo.
- Instaurar idas al baño, si procede y es necesario.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (catéter externo u orinal), si procede.
- Controlar la integridad cutánea de la persona

Cuadro 7. Plan de cuidado focalizado en el problema. NANDA⁶, NOC⁷ y NIC⁸

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
-Déficit de autocuidado: vestido R/C (dolor, limitaciones de la movilidad física, estado de conciencia, entre otros) E/P incapacidad para llevar a cabo las actividades de vestido y arreglo personal.	-Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD). -Autocuidados: vestir.	-Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal. -Vestir. -Cuidados del cabello.

Fuente: Elaboración propia. Lectura: R/C: Relacionado con, E/P: Evidenciado por.

Descripción de las intervenciones según la NIC

Ayuda con los autocuidados: vestir y arreglo personal
Ayudar a una persona con las ropas y el maquillaje.

Actividades

- Considerar la cultura de la persona al fomentar las actividades de autocuidados.
- Considerar la edad de la persona al fomentar las actividades de autocuidados.
- Informar a la persona de la vestimenta disponible que puede seleccionar.
- Disponer las prendas de la persona en una zona accesible (al pie de la cama).
- Proporcionar las prendas personales, si resulta oportuno.
- Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario.
- Facilitar el peinado del cabello de la persona, si es el caso.
- Facilitar que la persona se afeite él mismo, si procede.
- Mantener la intimidad mientras la persona se viste.
- Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario.
- Utilizar equipo de extensión para ponerse la ropa, si corresponde.
- Ofrecerse a lavar la ropa, si es necesario.

- Colocar la ropa sucia en la colada.
- Ofrecerse a colgar la ropa o a colocarla en el armario.
- Ofrecerse a aclarar prendas especiales, como nailon.
- Proporcionar esmalte de uñas, si lo solícita.
- Proporcionar maquillaje, si se solicita.
- Reafirmar los esfuerzos por vestirse a sí mismo.
- Facilitar la ayuda de un barbero o esteticista, si es necesario.

Vestir

Elegir, poner y quitar las ropas a una persona que no puede realizar tal actividad por sí misma.

Actividades

- Identificar las áreas en las que la persona necesita ayuda para vestirse.
- Observar la capacidad de la persona para vestirse.
- Vestir a la persona después de completar la higiene personal.
- Fomentar su participación en la elección de la vestimenta.
- Fomentar el uso de mecanismos para el autocuidado, si procede.
- Vestir la extremidad afectada primero, si procede.
- Vestir a la persona con ropas que no le aprieten.
- Vestir a la persona con ropas personales, si es posible.
- Cambiar la ropa de la persona al acostarse.
- Elegir los zapatos/zapatillas que faciliten un caminar o deambulación seguros.
- Ofrecerse a lavar la ropa, si es necesario.
- Proporcionar asistencia hasta que el paciente sea totalmente capaz de responsabilizarse y de vestirse por sí mismo.

Cuidados del cabello

Promoción del aseo, limpieza y aspecto del pelo.

Actividades

- Lavar el cabello, si es necesario y según se desee.
- Secar el cabello con secador.
- Cepillar/peinar el cabello a diario o con mayor frecuencia, si es necesario.
- Utilizar un peine de púas o dientes anchos, si es necesario.
- Inspeccionar el cabello todos los días.
- Controlar diariamente el cuero cabelludo.
- Aplicar aceite mineral al cuero cabelludo, si es necesario.
- Hacer un masaje de cabello y cuero cabelludo.
- Trenzar o disponer de otra manera el cabello según el deseo de la persona.
- Arreglar con el barbero o peluquero para cortar el cabello al paciente, si es necesario.
- Utilizar productos para el cuidado del cabello de preferencia de la persona, según disponibilidad.

Cuadro 7. Plan de cuidado focalizado en el problema. NANDA⁶, NOC⁷ y NIC⁸

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
-Déficit de autocuidado: uso del inodoro R/C (dolor, limitaciones de la movilidad física, deterioro de la capacidad para el traslado, entre otros) E/P incapacidad para llegar hasta el inodoro, sentarse, limpiarse, después de evacuar y levantarse de él.	-Autocuidados: uso del inodoro.	-Ayuda con los autocuidados: aseo *Ver Diagnóstico de Enfermería: déficit de autocuidado: baño, en la fase de postoperatorio tardío. -Ayuda con los autocuidados: transferencia.

Fuente: Elaboración propia. Lectura: R/C: Relacionado con, E/P: Evidenciado por.

Descripción de las intervenciones según la NIC

Ayuda con los autocuidados: transferencia

Ayudar a una persona con limitación del movimiento independiente para aprender a cambiar de sitio el cuerpo.

Actividades

- Revisar en la historia las órdenes de actividad.
- Determinar la capacidad actual de la persona para trasladarse por sí mismo (p. ej., nivel de movilidad, limitación del movimiento, resistencia, capacidad de ponerse en pie y cargar peso, inestabilidad médica u ortopédica, nivel de conciencia, capacidad para colaborar, capacidad para entender las instrucciones).
- Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para la persona.
- Enseñar a la persona todas las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el nivel máximo de independencia.
- Enseñar a la persona las técnicas de traslado de una zona a otra (p. ej., de la cama a la silla, de la silla de ruedas al vehículo).
- Enseñar a la persona el uso de ayudas ambulatorias (p. ej., muletas, silla de ruedas, andadores, barra de trapecio, bastón).
- Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado.
- Proporcionar mecanismos de ayuda (p.ej., barras en las paredes, cuerdas atadas en la cabecera y en los pies de la cama para moverse del centro al borde de la cama) para ayudar al individuo a moverse por sí solo, si procede.
- Asegurarse de que el equipo funciona antes de utilizarlo.
- Realizar una demostración de la técnica, si procede.
- Determinar la cantidad y el tipo de ayuda necesaria.
- Ayudar a la persona a recibir todos los cuidados necesarios (p. ej., higiene personal, reunir las pertenencias) antes de realizar la transferencia, si procede.
- Proporcionar privacidad, evitar comentarios de aire y preservar el pudor de la persona.

- Utilizar la mecánica corporal adecuada durante los movimientos.
- Mantener la alineación corporal de la persona correcta durante los movimientos.
- **Levantar y mover a la persona con una “grúa”, si es necesario.**
- Trasladar a la persona utilizando una tabla de transferencia, si es necesario.
- Utilizar un cinturón para ayudar al paciente que puede ponerse de pie con ayuda, si procede.
- Ayudar a la persona a caminar utilizando tu cuerpo como muleta humana, si procede.
- Mantener los dispositivos de tracción durante el traslado, si procede.
- Al final de la transferencia, evaluar en la persona la alineación adecuada del cuerpo, que las sondas no estén ocluidas, ropa de cama sin arrugas, piel expuesta innecesariamente, nivel adecuado de comodidad, barandillas laterales de la cama levantadas y el timbre de llamada al alcance.
- Animar a la persona para que aprenda a trasladarse.

**Cuadro 8. Plan de cuidado con diagnósticos focalizados en el problema.
NANDA⁶, NOC⁷ y NIC⁸**

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
<p>-Deterioro de la movilidad física R/C dolor, prescripción de restricción de movimientos renuencia a iniciar el movimiento, entre otros E/P limitación del movimiento independiente.</p> <p>-Deterioro de la movilidad en la cama R/C dolor, prescripción de restricción de movimientos renuencia a iniciar el movimiento, entre otros E/P limitación del movimiento independiente.</p> <p>-Deterioro de la ambulación R/C dolor, prescripción de restricción de movimientos renuencia a iniciar el movimiento, entre otros E/P deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.</p> <p>-Deterioro de la habilidad para la traslación R/C dolor, prescripción de restricción de movimientos renuencia a iniciar el movimiento, entre otros E/P limitación del movimiento independiente entre dos superficies cercanas.</p>	<p>-Movilidad física.</p> <p>-Ambular.</p> <p>-Equilibrio.</p> <p>-Movilidad.</p> <p>-Deambulación segura.</p> <p>-Ambular sillas de rueda.</p> <p>-Movimiento.</p> <p>-Función esquelética.</p> <p>-Rendimiento de los mecanismos corporales.</p> <p>-Realización de transferencia.</p>	<p>-Cambio de posición.</p> <p>-Transferencia.</p> <p>-Ayuda con los autocuidados: transferencia. * Ver Diagnóstico de Enfermería: déficit de autocuidado: uso del inodoro, en la fase del postoperatorio tardío.</p> <p>-Terapia de ejercicios: ambulación.</p> <p>-Terapia de ejercicios: control muscular.</p> <p>-Terapia de ejercicios: equilibrio.</p> <p>-Terapia de ejercicios: movilidad articular.</p> <p>-Cuidado a la persona encamada.</p> <p>-Fomentar los mecanismos corporales.</p>

Fuente: Elaboración propia. Lectura: R/C: relacionado con, E/P: Evidenciado por.

Descripción de las intervenciones según la NIC

Cambio de posición

Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico.

Actividades

- Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.
- Proporcionar un colchón firme.
- Explicar a la persona que se le va a cambiar de posición, si procede.
- Animar a la persona a participar en los cambios de posición, si procede.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
- Colocar en la posición terapéutica especificada.
- Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada.
- Colocar en posición de alineación corporal correcta.
- Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, si procede.
- Elevar la parte corporal afectada, si está indicado.
- Colocar en posición para el alivio de la disnea (posición de semi-Fowler), cuando corresponda.
- Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo de escroto), si procede.
- Colocar en una posición que facilite la ventilación/perfusión, si resulta apropiado.
- Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos con un margen de movimientos, si resulta apropiado.
- Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.
- Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.
- Evitar la colocación del muñón de amputación en posición flexionada.
- Minimizar el roce al cambiar de posición de la persona.

- Colocar a la cama una tabla para los pies.
- Girar mediante la técnica de hacer rodar troncos.
- Colocar en una posición que favorezca el drenaje urinario, si procede.
- Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso.
- Colocar un respaldo, si procede.
- Elevar el miembro afectado 20° o más, por encima del nivel del corazón, para mejorar el retorno venoso, si procede.
- Enseñar a la persona a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.
- Observar que la configuración de los dispositivos de tracción sea la correcta.
- Mantener la posición y la integridad de la tracción.
- Elevar el cabecero de la cama, si resulta indicado.
- Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.
- Desarrollar un protocolo para el cambio de posición, si procede.
- Girar a la persona inmovilizando al menos cada 2 horas, según el programa específico, si procede.
- Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros (rodillo de mano y rodillo trocánter).
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance.
- Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance de la mano.
- Colocar la luz de llamada al alcance

Transferencia

Traslado de una persona con limitación del movimiento independiente.

Actividades

- Revisar las instrucciones de actividad en la historia.
- Determinar el nivel de movilidad y las limitaciones del movimiento.
- Determinar el nivel de conciencia y la capacidad de colaborar.

- Planear el tipo y método de movimiento.
- Determinar la cantidad y tipo de asistencia necesaria.
- Asegurarse de que el equipo funciona antes de utilizarlo.
- Discutir la necesidad de reubicación con la persona y su familia.
- Discutir con la persona y los colaboradores sobre cómo se realizará el traslado.
- Ayudar a la persona a recibir todos los cuidados necesarios (p. ej., higiene personal, reunir las pertenencias) antes de realizar el traslado, si procede.
- Proporcionar privacidad, evitar corrientes de aire y preservar el pudor de la persona.
- Asegurarse de que la nueva ubicación de la persona está preparada.
- Ajustar el equipo si es necesario en espacios elevados y bloquear todas las ruedas.
- Levantar la baranda del lado opuesto de la enfermera para evitar que el paciente se caiga de la cama.
- Utilizar mía mecánica corporal adecuada durante los movimientos.
- Mantener el cuerpo de la persona bien alineado durante los movimientos.
- Levantar y mover a la persona con un elevador hidráulico, si es necesario.
- Mover a la persona con un tablero de traslado, si es necesario.
- Trasladar a la persona de la cama a la camilla, o viceversa, con una sábana para girarlo, si procede.
- Utilizar un tablero de traslado, si procede.
- Utilizar un cinturón para ayudar a la persona que pueda estar de pie con ayuda, si procede.
- Utilizar una incubadora, camilla o cama para mover a un paciente débil, herido o quirúrgico de un área a otra.
- Utilizar una silla de ruedas para mover a una persona que no puede desplazarse.
- Acuña y transportar a un lactante o niño pequeño.
- Ayudar a la persona a caminar utilizando tu cuerpo como muleta humana, si es adecuado.
- Mantener dispositivos de tracción durante el movimiento, si procede.

- Evaluar a la persona al final del traslado para comprobar: alineación adecuada del cuerpo, ausencia de oclusión de tubos, ropa de cama sin arrugas, piel expuesta innecesariamente, y el nivel de comodidad adecuado

Terapia de ejercicios: ambulación

Estímulo y asistencia en la deambulación para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.

Actividades

- Vestir a la persona con prendas cómodas.
- Aconsejar a la persona que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.
- Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno.
- Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance de la persona.
- Animar a la persona a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.
- Ayudar a la persona a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales.
- Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación, si es preciso.
- Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde.
- Enseñar a la persona a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado.
- Utilizar cinturón para caminar con el fin de ayudar en el traslado y la deambulación, si resulta apropiado.
- Ayudar a la persona en el traslado, cuando sea necesario.
- Colocar tarjetas con instrucciones en la cabecera de la cama para facilitar el aprendizaje acerca de los traslados.

- Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulaci3n si la persona no camina bien.
- Ayudar a la persona con la deambulaci3n inicial, si es necesario.
- Instruir a la persona/cuidador acerca de las t3cnicas de traslado y deambulaci3n seguras.
- Vigilar la utilizaci3n por parte de la persona de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.
- Ayudar a la persona a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un n3mero concreto de personal.
- Ayudar a la persona a establecer aumentos de distancia realistas con la deambulaci3n.
- Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad.
- Animar a la persona a que est3 «levantado por su propia voluntad», si procede.

Terapia de ejercicios: control muscular

Utilizaci3n de protocolos de actividad o ejercicios espec3ficos para mejorar o restablecer el movimiento controlado del cuerpo.

Actividades

- Determinar la disposici3n de la persona para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.
- Colaborar con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y de recreaci3n en el desarrollo y ejecuci3n de un programa de ejercicios, si procede.
- Consultar al fisioterapeuta para determinar la posici3n 3ptima del paciente durante el ejercicio y el n3mero de veces que debe realizar cada movimiento.
- Evaluar las funciones sensoriales (visi3n, audici3n y propiocepci3n).
- Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo a la persona/familia.
- Disponer privacidad para la persona durante el ejercicio, si lo desea.
- Ajustar la iluminaci3n, la temperatura ambiente y el nivel de ruido, y as3 mejorar la capacidad de concentraci3n de la persona en la actividad de ejercicios.

- Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios.
- Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/actividad.
- Vestir a la persona con prendas cómodas.
- Ayudar a mantener la estabilidad del tronco y/o articulación proximal durante la actividad motora.
- Aplicar tablillas para conseguir la estabilidad de las articulaciones proximales implicadas en las habilidades motoras finas, según prescripción.
- Volver a evaluar la necesidad de dispositivos de ayuda a intervalos regulares en colaboración con el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional o de recreación.
- Ayudar a la persona a colocarse en las posiciones sedente/anatómica para el protocolo de ejercicios, si procede.
- Reforzar las instrucciones dadas al paciente respecto a la forma correcta de realizar los ejercicios para minimizar la aparición de lesiones y maximizar su eficacia.
- Determinar la imagen corporal exacta.
- Reorientar a la persona en cuanto a la conciencia de su cuerpo.
- Reorientar a la persona sobre las funciones de movimiento del cuerpo.
- Enseñar a la persona a explorar visualmente el lado afectado del cuerpo al realizar las actividades de la vida diaria o los ejercicios, si está indicado.
- Proporcionar instrucciones paso a paso para cada actividad motora durante el ejercicio o actividades de la vida diaria.
- **Enseñar a las personas a “recitar” cada movimiento mientras lo realiza.**
- Utilizar dispositivos de ayuda visual para facilitar la enseñanza de los movimientos del ejercicio o de la
- actividad de la vida diaria, si procede.
- Proporcionar un ambiente relajado al paciente después de cada período de ejercicios.

- Ayudar a la persona a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad.
- Ayudar a la persona a formular objetivos realistas, mensurables.
- Practicar actividades motoras que requieran atención y utilizar los dos costados del cuerpo.
- Incorporar actividades de la vida diaria en el protocolo de ejercicios, si corresponde.
- Animar a la persona a practicar ejercicios de forma independiente, si está indicado.
- Ayudar o animar a la persona a que practique actividades de precalentamiento y relajamiento antes y después del protocolo de ejercicios.
- Utilizar estímulos táctiles (y/o golpecitos con los dedos) para minimizar el espasmo muscular.
- Ayudar a la persona a preparar y registrar un gráfico/hoja con los progresos conseguidos para motivar el seguimiento del protocolo de ejercicios.
- Vigilar la respuesta emocional, cardiovascular y funcional del paciente al protocolo de ejercicios.
- Observar los ejercicios realizados por el paciente para su correcta ejecución.
- Evaluar el progreso de la persona en la mejora/restablecimiento del movimiento y la función corporal.
- Proporcionar un apoyo positivo a los esfuerzos del paciente en la actividad física y en los ejercicios.
- Colaborar con los cuidadores a domicilio respecto al protocolo de ejercicios y las actividades de la vida diaria.
- Ayudar a la persona/cuidador a realizar las revisiones prescritas en el plan de ejercicios en casa, si está indicado.

Terapia de ejercicios: equilibrio

Utilización de actividades, posturas y movimientos específicos para mantener, potenciar o restablecer el equilibrio.

Actividades

- Determinar la capacidad de la persona para participar en actividades que requieran equilibrio.
- Colaborar con los terapeutas ocupacionales en los apartados físicos, de reeducación y de recreación, y realizar un programa de ejercicios, si procede.
- Evaluar las funciones sensoriales (visión, oído y propiocepción).
- Proporcionar la oportunidad de discutir sobre los factores que influyen en el miedo a caerse.
- Facilitar un ambiente seguro para la práctica de los ejercicios.
- Instruir a la persona sobre la importancia de la terapia de ejercicios en el mantenimiento y la mejora del equilibrio.
- Animar a realizar programas de ejercicios de baja intensidad con oportunidades para compartir sentimientos.
- Instruir a la persona sobre ejercicios de equilibrio, como ponerse en pie con una pierna, inclinarse adelante, estirarse y resistencia, si procede.
- Ayudar con programas de estiramiento de tobillos y caminar.
- Proporcionar información sobre terapias alternativas, como yoga, Tai Chi entre otras.
- Adaptar el ambiente para facilitar la concentración.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón, barra de andar, almohadas o colchones de ejercicios) como apoyo del paciente al realizar los ejercicios.
- Ayudar a la persona a establecer objetivos realistas, mensurables.
- Reforzar o proporcionar instrucción sobre la posición y la realización de los movimientos para mantener o mejorar el equilibrio durante los ejercicios o actividades de la vida diaria.
- Ayudar a la persona a participar en los ejercicios de extensión en posición de decúbito supino, sed estación bipedestación.
- Ayudar a la persona a moverse hasta la posición de sentado, estabilizar el tronco con los brazos colocados al lado de la cama/silla, y balancear el tronco apoyándose en los brazos.

- Ayudarle a ponerse de pie (o sentarse) y balancear el cuerpo de lado a lado para estimular los mecanismos del equilibrio.
- Animar a la persona a mantener una base de apoyo amplia, si fuera necesario.
- Ayudar a la persona en la práctica de estar de pie con los ojos cerrados durante cortos períodos de tiempo a intervalos regulares para estimular la propiocepción.
- Vigilar la respuesta de la persona a los ejercicios de equilibrio.
- Realizar una evaluación del domicilio para identificar peligros ambientales y conductuales si procede.
- Proporcionar medidas para el equilibrio, el ejercicio o programas de educación sobre caídas.
- Remitir a la terapia física y/u ocupacional para los ejercicios de entrenamiento de habituación vesicular.

Terapia de ejercicios: movilidad articular

Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.

Actividades

- Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función.
- Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.
- Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.
- Explicar a la persona/familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones.
- Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad.
- Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.
- Vestir al paciente con prendas cómodas.
- Proteger al paciente de traumas durante el ejercicio.

- Ayudar a la persona a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo.
- Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado.
- Realizar ejercicios pasivos o asistidos, si está indicado.
- Enseñar a la persona/familia a realizar de forma sistemática los ejercicios de arco de movimiento pasivos o activos.
- Proporcionar al alta instrucciones escritas sobre los ejercicios.
- Ayudar a la persona a desarrollar un programa de ejercicios activos de arco de movimiento.
- Animarle a visualizar el movimiento corporal antes de comenzar el movimiento.
- Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, en la resistencia y en la movilidad articular.
- Fomentar sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.
- Fomentar la de ambulación, si resulta oportuno.
- Determinar el progreso hacia la meta fijada.
- Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones.

Cuidados de la persona encamada

Fomento de la comodidad, la seguridad y la prevención de complicaciones en la persona que no puede levantarse de la cama.

Actividades

- Explicar las razones del reposo en cama.
- Colocar a la persona sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.
- Colocar a la persona con una alineación corporal adecuada.
- Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.

- Colocar en la cama una base de apoyo para los pies.
- Utilizar dispositivos en la cama (p. ej., borreguito) que protejan a la persona.
- Aplicar dispositivos que eviten los pies equinos.
- Subir las barandillas, si procede.
- Colocar el interruptor de posicionamiento de la cama al alcance de la mano.
- Colocar la luz de llamada al alcance de la mano.
- Colocar la mesilla de noche al alcance de la persona.
- Fijar un trapecio a la cama, si procede.
- Cambiarlo de posición, según lo indique el estado de la piel.
- Girar a la persona inmovilizada al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico.
- Vigilar el estado de la piel.
- Enseñar ejercicios de cama, si procede.
- Facilitar pequeños cambios del peso corporal.
- Realizar ejercicios de margen de movimiento pasivos y/o activos.
- Ayudar con las medidas de higiene (p. ej., uso de desodorante o perfume).
- Ayudar con las actividades de la vida diaria.
- Aplicar medidas profilácticas antiembólicas.
- Observar si se produce estreñimiento.
- Controlar la función urinaria.
- Monitorizar el estado pulmonar.

Cuadro 9. Plan de cuidado de promoción de la salud. NANDA⁶, NOC⁷ y NIC⁸

Diagnósticos de Enfermería NANDA	Resultados Esperados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC
-Disposición para mejorar el autocuidado M/P expresión de deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la salud.	-Conducta de búsqueda de la salud. -Autogestión de los autocuidados. -Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD). -Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).	-Facilitar el aprendizaje. -Potenciación de la disposición de aprendizaje.

Fuente: Elaboración propia. Lectura: R/C: Relacionado. M/P: Manifestado por.

Descripción de las intervenciones según la NIC

Facilitar el aprendizaje

Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.

Actividades

- Comenzar la instrucción sólo después de que la persona demuestre estar dispuesto a aprender.
- Establecer metas realistas objetivas con la persona.
- Identificar claramente los objetivos de la enseñanza y en términos mensurables/observables.
- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión de la persona.
- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognoscitivas, psicomotoras y/o afectivas de la persona.
- Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.
- Disponer un ambiente que induzca el aprendizaje.
- Establecer la información en una secuencia lógica.
- Disponer la información de simple a compleja, conocida a desconocida o concreta a abstracta, si procede.
- **Diferenciar el contenido “crítico” del contenido “deseable”.**
- Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida/rutina de la persona.
- Relacionar la información con los deseos/necesidades personales.
- Proporcionar información que sea adecuada con los valores y creencias de la persona.
- Proporcionar información acorde con la posición de control de la persona.
- Asegurarse de que el material de enseñanza es actual y está al día.
- Proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante y/o compleja.

- Utilizar modalidades de enseñanza múltiples, si procede.
- Utilizar un lenguaje familiar.
- Definir la terminología que no sea familiar.
- Relacionar el contenido nuevo con los conocimientos anteriores, cuando sea posible.
- Presentar la información de manera estimulante.
- Presentar al paciente personas que hayan pasado por experiencias similares.
- Fomentar la participación activa de la persona.
- Utilizar instrucción adaptada a la persona concreta, cuando sea posible.
- Evitar establecer límites de tiempo.
- Dar el tiempo adecuado para dominar el contenido, si procede.
- Mantener sesiones de enseñanza cortas, si procede.
- Simplificar las instrucciones, siempre que sea posible.
- Repetir la información importante.
- Proporcionar avisos/recordatorios verbales, si procede.
- Proporcionar ayudas a la memoria, si es preciso.
- Evitar la exigencia de un pensamiento abstracto, si el paciente solamente puede pensar en términos concretos.
- Asegurar que la información proporcionada por los diversos miembros del equipo de cuidados sea consistente.
- Utilizar demostraciones y pedir al paciente que las realice él, siempre que sea posible.
- Proporcionar oportunidades de práctica, si procede.
- Proporcionar retroalimentación frecuente acerca del progreso del aprendizaje.
- Corregir las malas interpretaciones de la información, si es el caso.
- Reforzar la conducta, cuando proceda.
- Dar tiempo a la persona para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- Responder a las preguntas de una forma clara y concisa.

Potenciación de la disposición de aprendizaje

Mejorar la capacidad y disposición de recibir información

Actividades

- Disponer un ambiente no amenazador.
- Establecer compenetración en las relaciones.
- Establecer la credibilidad del profesor, si es el caso.
- Potenciar el estado hemodinámico del paciente para facilitar la oxigenación cerebral (ajustes de posición y medicación), si procede.
- Satisfacer las necesidades fisiológicas básicas del paciente (hambre, sed, calor y oxígeno).
- Disminuir el nivel de fatiga de la persona, si procede.
- Controlar el dolor de la persona, si procede.
- Evitar el uso de medicamentos que puedan alterar la percepción de la persona (narcótica e hipnótica), si es posible.
- Comprobar el nivel de orientación/confusión de la persona.
- Aumentar la orientación en la realidad por parte del paciente, si procede.
- Potenciar la mejora sensorial mediante el uso de gafas, dispositivos auditivos, etc., si se precisa.
- Minimizar el grado de carga/sobrecarga sensorial, si procede.
- Satisfacer las necesidades de seguridad de la persona (seguridad, control y familiaridad), si procede.
- Vigilar el estado emocional de la persona.
- Ayudar a la persona a enfrentarse a las emociones intensas (ansiedad, pena e ira), si procede.
- Fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes.
- Dar tiempo a la persona para que realice preguntas y discuta sus preocupaciones.

- Tratar las inquietudes específicas del paciente, si existen.
- Establecer un ambiente de aprendizaje lo más cercano posible al contacto de la persona.
- Facilitar la aceptación de la situación por parte del paciente, si procede.
- Ayudar a la persona a desarrollar confianza en su capacidad, si procede.
- Lograr la participación de la familia/seres queridos, si resulta oportuno.
- Explicar cómo la información ayudará a que la persona cumpla con las metas.
- Explicar cómo las experiencias pasadas desagradables para la salud del paciente difieren de la situación actual, si es preciso.
- Ayudar a la persona a darse cuenta de la gravedad de su enfermedad, si se considera oportuno.
- Ayudar a la persona a darse cuenta de que hay opciones de tratamiento, si procede.
- Ayudar a la persona a darse cuenta de la susceptibilidad a las complicaciones, si procede.
- Ayudar a la persona a darse cuenta de la capacidad para prevenir enfermedades, si procede.
- Ayudar a la persona a conseguir la capacidad de controlar la progresión de la enfermedad, si procede.
- Ayudar a la persona a darse cuenta de que la situación actual difiere de la situación de estrés pasada, si procede.
- Ayudar a la persona a ver acciones alternativas que impliquen menos riesgo para su estilo de vida, si es posible.
- Proporcionar un desencadenante o activador (comentarios/razones y nueva información que motiven) de la acción adecuada, si procede.

Cuadro 10. Plan de cuidado focalizado en el problema. NANDA⁶, NOC⁷ y NIC⁸

Diagnósticos de Enfermería NANDA	Resultados Esperados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC
<p>-Retraso en la recuperación quirúrgica R/C (procedimiento quirúrgico, infección, obesidad, entre otros) E/P interrupción de la herida quirúrgica, fatiga, dificultad para moverse, dolor, malestar.</p>	<p>-Recuperación posterior al procedimiento.</p> <p>-Ambular.</p> <p>-Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD).</p> <p>-Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.</p> <p>-Curación de la herida por primera intención.</p> <p>-Severidad de la infección.</p>	<p>-Ayuda al autocuidado. *Ver Diagnóstico de Enfermería: déficit de autocuidado, en la fase de postoperatorio tardío.</p> <p>-Cuidado del sitio de incisión. *Ver Diagnóstico de Enfermería: riesgo de infección, en la fase de postoperatoria inmediata.</p> <p>-Control de infecciones. *Ver Diagnóstico de Enfermería: riesgo de infección</p> <p>-Cuidado de las heridas. *Ver Diagnóstico de Enfermería: riesgo de infección, en la fase de postoperatoria inmediata.</p>

Fuente: Elaboración propia. Lectura: R/C: Relacionado. E/P: Evidenciado por.

Cuadro 11. Plan de cuidado. NANDA⁶, NOC⁷ y NIC⁸

Diagnósticos de Enfermería NANDA	Resultados esperados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC
<p>-Trastorno de la imagen corporal R/C intervención quirúrgica (especificar) M/P expresión de sentimientos o percepciones que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, estructura y función, cambio real de la estructura, ocultamiento del área intervenida, pérdida de una parte corporal, evitar mirar o tocar la parte corporal intervenida.</p> <p>-Riesgo de baja autoestima situacional R/C los cambios físicos como consecuencia de la cirugía (especificar).</p> <p>-Baja autoestima situacional R/C intervención quirúrgica (especificar) M/P verbalizaciones autonegativas.</p>	<p>-Imagen corporal.</p> <p>-Afrontamiento de problemas.</p> <p>-Autoestima.</p> <p>-Capacidad personal de recuperación.</p> <p>-Adaptación a la discapacidad física.</p> <p>-Modificación psicosocial: cambio de vida.</p> <p>-Resolución a la aflicción.</p>	<p>-Potenciación de la autoestima.</p> <p>-Potenciación de la imagen corporal.</p> <p>-Potenciación de la conciencia de sí mismo.</p> <p>-Apoyo emocional.</p> <p>-Aumentar el afrontamiento.</p> <p>-Aumentar los sistemas de apoyo.</p> <p>-Clarificar valores.</p>

Fuente: Elaboración propia. Lectura: R/C: Relacionado. M/P: Manifestado por.

Descripción de las Intervenciones según la NIC

Potenciación de la autoestima

Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

Actividades

- Observar las frases de la persona sobre su propia valía.
- Determinar la posición de control de la persona.

- Determinar la confianza de la persona en sus propios juicios.
- Animar a la persona a identificar sus virtudes.
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.
- Reafirmar las virtudes personales que identifique la persona.
- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía de la persona, si procede.
- Ayudar a la persona a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.
- Abstenerse de burlarse.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Ayudar a la persona a aceptar la dependencia de otros, si procede.
- Ayudar a la persona a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.
- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, si procede.
- Ayudar a la persona a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía.
- Explorar las consecuciones anteriores.
- Explorar las razones de la autocrítica o culpa.
- Animar a la persona a evaluar su propia conducta.
- Animar a la persona a que acepte nuevos desafíos.
- Recompensar o alabar el progreso de la persona en la consecución de objetivos.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.
- Ayudar a la persona a identificar efectos importantes de su cultura, religión, raza, género y edad en la autoestima.
- Instruir a los padres sobre la importancia de su interés y apoyo en el desarrollo de un concepto positivo de sí mismos para sus hijos.
- Enseñar a los padres a establecer expectativas claras y a definir límites con sus hijos.
- Enseñar a los padres a reconocer las conquistas de sus hijos.
- Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo.

- Observar la falta de seguimiento en la consecución de objetivos.
- Observar los niveles de autoestima, si procede.
- Realizar afirmaciones positivas sobre la persona.

Potenciación de la imagen corporal

Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.

Actividades

- Determinar las expectativas corporales de la persona, en función del estadio de desarrollo.
- Utilizar una guía previsoras en la preparación de la persona para los cambios de imagen corporal que sean previsibles.
- Determinar si el disgusto percibido por ciertas características físicas crea parálisis disfuncional social en adolescentes y otros grupos de alto riesgo.
- Ayudar a la persona a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía, si procede.
- Ayudar a la persona a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento.
- Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal de la persona.
- Ayudar a la persona a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, si procede.
- Ayudar a determinar la influencia de los grupos a los que pertenece en la percepción de la persona en cuanto a su imagen corporal actual.
- Ayudar a la persona a discutir los cambios causados por la pubertad, si resulta oportuno.
- Ayudar a la persona a discutir los cambios causados por un embarazo normal, si procede.

- Ayudar a la persona a discutir los cambios causados por el envejecimiento, si procede.
- Enseñar a la persona los cambios normales del cuerpo asociados a los diversos estadios del envejecimiento, si procede.
- Ayudar a la persona a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía.
- Señalar la importancia de la cultura, religión, raza, género y edad de la persona en la imagen corporal.
- Observar la frecuencia de las frases de autocrítica.
- Observar si la persona puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.
- Observar si hay frases que identifican las percepciones de imagen corporal que tienen que ver con la forma y el peso corporal.
- Utilizar dibujos de sí mismo como mecanismo de evaluación de las percepciones de la imagen corporal de un niño.
- Instruir a los niños acerca de las funciones de las diversas partes corporales, si procede.
- Determinar las percepciones de la persona y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.
- Identificar las estrategias de adaptación utilizadas por los padres en respuesta a los cambios de aspecto de sus hijos.
- Determinar la respuesta del niño a las reacciones de sus padres, si procede.
- Enseñar a los padres la importancia de sus respuestas a los cambios corporales del niño y la futura adaptación, si procede.
- Ayudar a los padres a identificar sentimientos previos a la intervención con el niño, si procede.
- Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.
- Ayudar a la persona a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ellas.

- Identificar los medios de disminución del impacto causado por cualquier desfiguración por medio de la ropa, pelucas o cosméticos, si procede.
- Ayudar a la persona a identificar acciones que mejoren su aspecto.
- Ayudar a la persona hospitalizada a aplicarse cosméticos antes de recibir visitas, si procede.
- Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares.
- Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente.
- Ayudar al paciente con riesgo de padecer anorexia o bulimia a desarrollar unas expectativas de imagen corporal más realistas.
- Utilizar ejercicios de revelación propia con grupos de adolescentes u otros grupos en desarrollo acerca de los atributos físicos normales

Potenciación de la conciencia de sí mismo

Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.

Actividades

- Animar a la persona a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.
- Ayudar a la persona a darse cuenta de que cada ser es único.
- Ayudar a la persona a identificar los valores que contribuyen al concepto de sí mismo.
- Ayudar a la persona a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo.
- Compartir observaciones o pensamientos sobre la conducta o la respuesta de a la persona.
- Facilitar la identificación de sus formas de respuesta habitual a diversas situaciones por parte de la persona.
- Ayudar a la persona a identificar las prioridades en la vida.

- Ayudar a la persona a identificar el impacto que tiene la enfermedad sobre el concepto de sí mismo.
- Manifestar verbalmente la negación de la realidad por parte de la persona, si procede.
- Confrontar los sentimientos ambivalentes (enojado o deprimido) de la persona.
- Hacer observaciones sobre el estado emocional actual de la persona.
- Ayudar al paciente a aceptar su dependencia de otros, si es el caso.
- Ayudar a la persona a cambiar su visión de sí mismo como víctima mediante la definición de sus propios derechos, según proceda.
- Ayudar a la persona a ser consciente de sus frases negativas sobre sí mismo.
- Ayudar a la persona a identificar los sentimientos de culpa.
- Ayudar a la persona a identificarlas situaciones que precipiten su ansiedad.
- Explorar con la persona la necesidad de control.
- Ayudar a la persona a identificar los atributos positivos de sí mismo.
- Ayudar a la persona y su familia a identificar razones para mejorar.
- Ayudar a la persona a identificar habilidades y estilos de aprendizaje.
- Ayudar a la persona a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.
- Ayudar a la persona a identificar una fuente de motivación.
- Ayudar a la persona a identificar las conductas que sean autodestructivas.
- Facilitar la expresión de sí mismo con grupos de gente en estado similar.
- Ayudar a la persona a reconocer frases contradictorias.

Apoyo emocional

Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades

- Comentar la experiencia emocional con la persona.
- Explorar con la persona que ha desencadenado las emociones.

- Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.
- Abrazar o tocar a la persona para proporcionarle apoyo.
- Apoyar el uso de mecanismo de defensa adecuados.
- Ayudar a la persona a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Animar a la persona a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Facilitar la identificación por parte de la persona de esquemas de respuestas habituales a los miedos.
- Proporcionar apoyo durante la negociación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
- Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para la persona.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con la persona y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- No exigir demasiado del funcionamiento cognoscitivo cuando la persona esté enfermo o fatigado.
- Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

Aumentar el afrontamiento

Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

Actividades

- Valorar el ajuste de la persona a los cambios de imagen corporal, si está indicado.
- Valorar el impacto de la situación vital de la persona en los papeles y relaciones.
- Alentar a la persona a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- Valorar la comprensión de la persona del proceso de enfermedad.
- Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.
- Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
- Disponer un ambiente de aceptación.
- Ayudar a la persona a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Ayudar a la persona a identificar la información que más le interese obtener.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Proporcionar a la persona elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Evaluar la capacidad de la persona para tomar decisiones.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.
- Fomentar un dominio gradual de la situación.
- Animar a la persona a desarrollar relaciones.
- Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Alentar la aceptación de las limitaciones de los demás.
- Reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente.
- Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado.
- Explorar los éxitos anteriores de la persona.
- Indagar las razones del paciente para su autocrítica.
- Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).

- Facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad.
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía de la persona.
- Ayudar a la persona a identificar respuestas positivas de los demás.
- Fomentar la identificación de valores vitales específicos.
- Estudiar con la persona métodos anteriores en el manejo de problemas vitales.
- Presentar a la persona personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Tratar las consecuencias de comportarse con sentimientos de culpa y vergüenza.
- Animar a la persona a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Ayudar a la persona a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.
- Ayudar a la persona a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables.
- Ayudar a la persona a examinar fuentes disponibles para cumplir con los objetivos.
- Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores.
- Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social.
- Cuidar a la persona a identificar sistemas de apoyo disponibles.
- Determinar el riesgo de la persona para hacerse daño.
- Animar la implicación familiar, si procede.
- Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
- Disponer una preparación de habilidades sociales adecuadas.
- Ayudar a la persona a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.
- Ayudar a la persona a resolver los problemas de una manera constructiva.
- Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.

- Ayudar a la persona a clarificar los conceptos equivocados.
- Animar a la persona a evaluar su propio comportamiento.

Aumentar los sistemas de apoyo

Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

Actividades

- Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.
- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Determinar el grado de apoyo económico de la familia.
- Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.
- Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo.
- Observar la situación familiar actual.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
- Remitir a un grupo de autoayuda, si se considera oportuno.
- Evaluar la conveniencia de los recursos comunitarios para identificar virtudes y defectos.
- Remitir a programas comunitarios de fomento, prevención, tratamiento, rehabilitación, si procede.
- Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.
- Implicar a la familia/seres queridos/amigos en los cuidados y la planificación.
- Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.

Referencias

1. Sánchez E. Diagnósticos de enfermería e interrelaciones NANDA-NOC-NIC. Mérida – Venezuela: Consejo de Publicaciones de la Universidad de Los Andes; 2015
2. Burdiles P. Cuidados perioperatorios. España: Elsevier; 2023.
3. Valle M, Guerrero J, Acosta S, Cando M. Cuidado de enfermería durante el postoperatorio inmediato. Revista Eugenio Espejo. [Internet]. 2021 [citado 8 de octubre de 2023]; 15(2). Disponible en: <https://redalyc.org/journal/5728/572866949004/572866949004.pdf>
4. Saager L, Hesler B, You J, Turan A, Mascha E, Sessler D, Kurzt A. Intraoperative Transitions of Anesthesia Care and Postoperative Adverse Outcomes. Anesthesiology [Internet]. 2014 [citado 1 de octubre 2023]; 121(4):695–706. Disponible en: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/121/4/695/12184/Intraoperative-Transitions-of-Anesthesia-Care-and2>
5. Cruz S. Significado de postoperatorio. Definición, Inmediato, mediato y tardío. [Internet]. 2019 [citado 8 de octubre de 2023] Disponible en: <https://significado.com/postoperatorio/>
6. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023. Barcelona: Elsevier, 2021.
7. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Sexta edición. Barcelona: Elsevier; 2018.
8. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7 ed. Barcelona: Elsevier, 2018.
9. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española: RAE [Internet]. 2023 [citado 8 octubre 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>

ANEXOS

ANEXO 1. FORMATO ACTUALIZADO PARA ELABORAR EL CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO

Hablar del Proceso de Enfermería (PE) es reconocer el método más significativo que contribuye a garantizar la calidad del cuidado que proporciona este profesional. A partir de sus inicios el PE ha sido organizado en pasos o fases que han sufrido variaciones en sus denominaciones. Desde hace más de dos décadas se ha aceptado y manejado cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Ninguna de estas etapas es ajena a la otra, se retroalimentan continuamente. Por tales motivos el PE debe interpretarse y utilizarse como una forma propia y natural en la interacción entre los protagonistas del acto del cuidado.

Se entiende que el uso y el registro del PE en las diferentes etapas contribuye a la acreditación de Enfermería al demostrar sus conocimientos básicos y especializados, y las competencias para discernir, analizar situaciones, tomar decisiones y actuar de forma independiente en la práctica clínica, que contribuya a mejorar, restablecer o fortalecer la salud de las personas a su cargo.

Con el presente formato de caso clínico se pretende ofrecer al estudiante o al profesional de Enfermería una guía que sirva de ayuda en la aplicación del PE desde la recolección de los datos (mediante un enfoque integral), continuando con la identificación de los problemas o Diagnósticos Enfermeros (DxE), la planificación de intervenciones, la aplicación o ejecución del plan diseñado hasta la evaluación de los resultados o los cambios en las condiciones del paciente.

Es muy importante resaltar que a medida que vaya llenando este formato debe revisar el instructivo que aparece en las últimas páginas del mismo, a partir del Anexo A, para el llenado de la I, II y III parte de la historia clínica de Enfermería. También encontrará los Anexos B y C.

DATOS DE INTERÉS

Participante(s) encargados del caso clínico:

Universidad/Instituto: _____

Fecha de llenado del formato: _____

¹Material recopilado, modificado y actualizado por los profesores Eduardo Sánchez, Alba Fernández y María Vega de Peña para ser utilizado solo con fines docentes. Septiembre 2023.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA I ETAPA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: VALORACIÓN

I PARTE. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. DATOS DE INGRESO			
1.1 Iniciales de los nombres y apellidos:			
1.2 Procedencia:		1.3 Edad:	1.4 Institución/Servicio:
de expediente clínico:		1.6 Género: M_____ F_____	
1.7 Fecha de ingreso:		1.8 Diagnóstico(s) Médico(s):	
2. ANTECEDENTES			
2.1 Familiares		2.2 Personales	2.3 Hábitos psicosociales
Maternos	Paternos		
2.4 Inmunidad:			
3. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA			
3.1 Estado civil:		3.2 Religión:	3.3 Ocupación:
3.4 Nivel educativo:		3.5 Grupo de convivencia: Vive solo:	3.6 Tipo de vivienda:
3.7 Servicios básicos de la vivienda: Completos:_____ Incompletos:_____ Adecuados:_____ Inadecuados:_____ Especifique:			
3.8 Fuente de ingresos:			

4. MOTIVO DE CONSULTA O DE INGRESO:

II PARTE. EXAMEN FÍSICO

Registre los signos vitales y lo más significativo en la valoración céfalo-caudal, porque algunos parámetros se valoran más adelante en detalle.

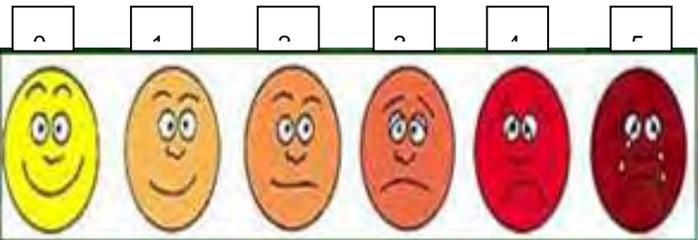
5. EXAMEN FÍSICO	VALORACIÓN
Signos vitales	
Temperatura	
Respiración	
Pulso	
Presión arterial	
Céfalo-caudal	
Cabeza	
Cara	
Cejas	
Ojos (pupilas)	
Nariz	
Boca	
Oídos	
Cuello	
Tórax	
Abdomen	
Genitales	
Miembros superiores	
Miembros inferiores	

III PARTE. VALORACIÓN POR SISTEMAS Y POR PATRONES DE FUNCIONALIDAD

La aplicación de las escalas a la persona dependerá del estado neurológico en que se encuentre. Coloque la valoración, el puntaje o el dato correspondiente en cada una de las escalas que se presentan a continuación.

6. SISTEMA NEUROLÓGICO

6.1. PLANOS DE ORIENTACIÓN	VALORACIÓN
Tiempo	
Espacio	
Persona	

6.2 ESCALAS DEL DOLOR	VALORACIÓN
<p>6.2.1 Escala analógica de expresión facial Se representa una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría, modificándose sucesivamente hacia la tristeza hasta llegar al llanto. A cada una de las caras se le asigna un número, del 0 al 5 de izquierda a derecha; correspondiendo el 0 “sin dolor” y el 5 “máximo dolor imaginable”.</p> 	
<p>6.2.2 Escala de graduación numérica Se representa en una línea horizontal la degradación del dolor en números del 0 al 10; correspondiendo el 0 “nada de dolor” y el 10 “dolor insoportable”.</p> 	

6.3 ESCALA DE SEDACIÓN-AGITACIÓN RIKEN			
PUNTO	CATEGORÍAS	DESCRIPCIÓN	PUNTAJE
7	Agitación peligrosa	Se arranca el tubo endotraqueal. Tira de los catéteres. Arremete contra el personal. Se arroja de la cama	
6	Muy agitado	No está tranquilo, a pesar de explicárselo verbalmente, requiere sujeción física. Muerde el tubo endotraqueal.	
5	Agitado	Ansioso o moderadamente agitado, intentando sentarse. Se tranquiliza con las instrucciones verbales.	
4	Tranquilo y cooperador	Tranquilo, se despierta con facilidad y obedece órdenes sencillas.	
3	Sedado	Tendencia al sueño, despierta con estímulos verbales pero se vuelve a dormir. Responde a órdenes sencillas.	
2	Muy sedado	Responde a estímulos físicos. Incapaz de comunicarse u obedecer órdenes. Tiene movimientos espontáneos.	
1	Arreactivo	Mínima o nula respuesta al dolor, no se comunica ni obedece órdenes.	
TOTAL			

7. SISTEMA RESPIRATORIO	VALORACIÓN
7.1 Frecuencia respiratoria	
7.2 Tos	
7.3 Sonidos respiratorios	
7.4 Secreciones	
7.5 Tórax	
7.6 Método de oxígeno	

8. SISTEMA CARDIOVASCULAR	VALORACIÓN
8.1 Frecuencia cardíaca	
8.2 Presión arterial Sistólica/Diastólica	
Presión arterial media (PAM)	
8.3 Pulso	
8.4 Ritmo	
8.5 Edema	
8.6 Llenado capilar	
8.7 Dolor torácico	
8.8 Sonidos cardíacos	
8.9 Presión Venosa Central (PVC)	

9. SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIÓN	VALORACIÓN
9.1 Tipo de dieta indicada	
9.2 Alimentación habitual	
9.3 Presencia de sonda: Nasogástrica	
Orogástrica	
9.4 Suplementos dietéticos	
9.5 Deglución	
9.6 Dentadura	
9.7 Sonidos intestinales	
9.8 Apetito	
9.9 Peso	
9.10 Índice de Masa Corporal (IMC)	
9.11 Evacuaciones	

10. SISTEMA GENITO-URINARIO	VALORACIÓN
10.1 Aspecto anatómico	
10.2 Diuresis Con sonda vesical	
Sin sonda vesical	
10.3 Frecuencia	
10.4 Cantidad	
10.5 Color	
10.6 Densidad	
10.7 Diuresis	
10.8 Trastornos urinarios	
10.9 Balance hídrico	
10.10 Dolor	
10.11 Incontinencia	

10.12 Retención	
10.13 Secreciones	
10.14 Edema	

11. SISTEMA COGNOSCITIVO/ PERCEPTIVO	VALORACIÓN
11.1 Estado emocional	
11.2 Nivel de ansiedad	
11.3 Vista	
11.4 Oído	
11.5 Uso de prótesis	
11.6 Barreras lingüísticas/lenguaje	
11.7 Molestia	
11.8 Dolor	
11.9 Sensibilidad	

12. SISTEMA MÚSCULO- ESQUELÉTICO	VALORACIÓN
12.1 Capacidad de autocuidado	
12.2 Patrón actividad/ejercicio	
12.3 Hábitos de descanso	
12.4 Ambulación	
12.5 Marcha	
12.6 Fuerza de miembros superiores	
12.7 Fuerza de miembros inferiores	

13. INTEGRIDAD CUTÁNEO/ LINFÁTICO	VALORACIÓN
13.1 Mucosa oral	
13.2 Conjuntivas	
13.3 Características de la piel	
Color	
Temperatura al tacto	
Humedad	
Lesiones	
Turgencia	
13.4 Anexos	
Cabello	
Uñas	
13.5 Presencia de	
Catéteres	
Drenajes	
Otros	
13.6 Adenomegalias	

14. NIVELES DE SEDACIÓN. ESCALA DE RAMSAY

NIVEL	RESPUESTA A ESTÍMULOS	PUNTAJE
1	Paciente agitado, ansioso o inquieto.	
2	Paciente cooperador, orientado y tranquilo.	
3	Dormido con respuesta a órdenes.	
4	Somnoliento con breves respuestas a la luz y el sonido.	
5	Dormido con respuesta sólo al dolor.	
6	No tiene respuestas.	
TOTAL		

15. VALORACIÓN POSTANESTÉSICA. ESCALA DE ALDRETE

CATEGORÍAS	DESCRIPCIÓN	PUNTOS	PUNTAJE
Actividad	Mueve las 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes	2	
	Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante órdenes	1	
	Incapaz de mover extremidades	0	
Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser libremente	2	
	Disnea o limitación de la respiración	1	
	Apnea	0	
Circulación	Presión arterial \leq 20% del nivel preanestésico	2	
	Presión arterial 20-49% del nivel preanestésico	1	
	Presión arterial \geq 50% del nivel preanestésico.	0	
Consciencia	Completamente despierto	2	
	Responde a la llamada	1	
	No responde	0	
Saturación arterial de oxígeno (SaO ₂)	Mantiene SaO ₂ > 92% con aire ambiente	2	
	Necesita O ₂ para mantener SaO ₂ > 92%	1	
	SaO ₂ < 92% con O ₂ suplementario	0	
TOTAL			
Puntuación total:			
Una puntuación mayor o igual a 9 indica que se encuentra en condiciones de abandonar la Unidad Postanestésica (UPA).			

16. GRADO DE BLOQUEO MOTOR DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES TRAS ANESTESIA EPIDURAL. ESCALA DE BROMAGE

PUNTOS	DESCRIPCIÓN	PUNTAJE
0	Puede levantar la pierna	
1	Incapacidad de elevar la pierna extendida, pero es capaz de flexionar las rodillas	
2	Incapacidad de flexionar las rodillas, pero capaz de flexionar los tobillos	
3	Incapacidad de mover la pierna	
TOTAL		

17. ESCALA DEL DESPERTAR POSTOPERATORIO DE STEWARD

CATEGORÍAS	DESCRIPCIÓN	PUNTOS	PUNTAJE
Conciencia	Despierto	2	
	Responde a estímulos	1	
	No responde	0	
Vía aérea	Tose si se le ordena o llora	2	
	Mantiene una buena vía aérea	1	
	La vía aérea debe ser mantenida	0	
Movimiento	Mueve las extremidades voluntariamente	2	
	Movimientos involuntarios	1	
	Sin movimiento	0	
TOTAL			

RESULTADO DE EXÁMENES DE LABORATORIO Y PRUEBAS ESPECIALES

Registrar solo los resultados más recientes y significativos o anormales.

EXAMEN LABORATORIO DE	DATOS
Orina	
Heces	
Sangre	
Espujo	
Cultivos	
Otros	
Estudios especiales	

MEDICAMENTOS

Registrar en la siguiente tabla los principales medicamentos indicados al momento del ingreso. En la primera columna colocar el nombre del medicamento, dosis, vía de administración y frecuencia. Especificar lo indicado en el resto de las columnas según lo revisado en internet, libros u otras referencias.

Medicamento	Uso o indicaciones	Efectos colaterales o reacciones secundarias	Contraindicaciones o precauciones
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO MÉDICO POR EL CUAL EL PACIENTE DEBE SER INTERVENIDO

Diagnóstico médico (DxM): _____

Signos y síntomas: _____

Complicaciones más frecuentes: _____

Medios diagnósticos: _____

Cuidados específicos de Enfermería: _____

Referencias bibliográficas. Usar normas Vancouver: _____

II. ETAPA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: DIAGNÓSTICO ENFERMERO (DxE)

Elabore un listado con solo las etiquetas según la NANDA actualizada (2021-2023) de los problemas o necesidades más significativos encontrados en la etapa de valoración.

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

III. ETAPA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: PLANIFICACIÓN

La planificación en este diplomado incluye la realización de planes de cuidado o de atención de dos tipos:

- ✓ Estandarizados (NANDA-NOC-NIC)
- ✓ Interdisciplinarios (Modelo bifocal)

Jerarquice según prioridad tres (3) problemas del listado anterior. Elabore los planes de cuidado estandarizados, siguiendo como modelo el plan que se presenta a continuación, con un DxE focalizado en el problema (antiguo real) y uno de riesgo. Igualmente, complete el plan del modelo bifocal que se muestra más abajo como ejemplo.

PLAN DE CUIDADO

DxE focalizado en el problema (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones y acciones (NIC)	Ejecución	Evaluación
				RH: FR: IE:

Lectura: DxE: Diagnóstico de Enfermería

Código de Ejecución: C = Cumplido, P = Pendiente, EP = En Proceso

Código de Evaluación: RH: Respuesta Humana (Mejoría, Progresa, No Progresa, En Vía de Cambio);

FR: Factor Relacionado (Abolido, Disminuido, Se Mantiene); IE: Intervenciones de Enfermería (Apropiadas, Inapropiadas).

PLAN DE CUIDADO MODELO BIFOCAL

Dominio 11: Seguridad/Protección. Clase 2: Lesión Física. (00100) Retraso en la recuperación quirúrgica S/A dolor persistente.				
CP	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Fundamentación científica	Evaluación

Lectura: S/A: Secundario a, CP: Complicación Potencial

IV. ETAPA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: EJECUCIÓN

Recuerde que esta etapa y la siguiente son del PE, no se deben confundir con las dos últimas columnas del plan de cuidado. Revisar el Anexo B para concretar lo relacionado a esta etapa que se puede redactar de dos maneras, a saber:

1. Considere que esta incluye:

- Valorar y revalorar todo el PE.
- Según prioridad ¿cuáles acciones o intervenciones ejecutó primero?
- 2. Realizar todas las anotaciones respectivas sobre lo cumplido o no del plan en:
- Evolución de Enfermería haciendo uso de las reglas mnemotécnicas, como: SOAP, SOAPIER, DAR, VIRA, DIE, PIE.
- Evolución de Enfermería narrativa (por sistemas). No confundir con el motivo de consulta o de ingreso al servicio.

V. ETAPA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: EVALUACIÓN

Revisar el Anexo C para concretar lo relacionado a esta etapa. Especificar en esta parte el por qué, si los planes:

- ✓ Continúan: _____
- ✓ Se dan por finalizados: _____
- ✓ Se modifican: _____

ANEXO A. INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA I, II y III PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

I PARTE. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. Datos de ingreso

- 1.1 Iniciales de los nombres y apellidos de la persona.
- 1.2 Lugar de donde procede o donde reside.
- 1.3 Edad.
- 1.4 Nombre del hospital y del servicio donde está ubicado.
- 1.5 Número de expediente clínico.
- 1.6 M= Masculino F= Femenino.
- 1.7 Fecha de ingreso a la institución.
- 1.8 Diagnóstico(s) que el médico tratante identificó en el usuario al momento del ingreso.

2. Antecedentes

- 2.1 Historia patológica y genética de referencia materna o paterna.
- 2.2 Historia patológica, genética, obstétrica u otras complicaciones de referencia personal.
- 2.3 Hábitos psicosociales: café (cafeínicos), tabaco o cigarrillo (tabáquicos), alcohol (alcohólicos), enolismo (uso excesivo de vino), chimó (chimóicos), drogas (drogadicción), otros. Indicar cantidad, frecuencia y tiempo de consumo.
- 2.4 Vacunas aplicadas.

3. Situación socioeconómica

- 3.1 Estado civil: casado, viudo, soltero, unión libre, divorciado.
- 3.2 Religión que practica o si es ateo.
- 3.3 Empleo, trabajo u ocupación que desempeña. Desempleado.
- 3.4 Especificar grado o título obtenido de estudio (primaria, bachiller, universitario, otros). Analfabeta.
- 3.5 Personas que viven con el usuario (pareja, hijos, nietos, otros). Vive solo.
- 3.6 Tipo de vivienda: casa, apartamento, rancho. Propia, alquilada, cedida, otro.
- 3.7 Servicios básicos: completos o incompletos. Adecuados e inadecuados (electricidad, agua potable, empotramiento de aguas negras, aseo urbano, telecomunicaciones, otros).
- 3.8 Fuente de ingreso: especificar (por trabajo, ayudas de familiares, del gobierno, pensión). No tiene ingresos. Otros.

4. Motivo de la consulta o ingreso: fecha y hora de ingreso al servicio, fecha de inicio del problema o situación de salud, cómo inició, evolución, traslados, signos vitales, otros datos de interés. Se finaliza con el nombre del profesional que realizó el registro, cargo y servicio.

II PARTE. EXAMEN FÍSICO

5. Examen físico. Coloque solo los datos más resaltantes o los anormales detectados en el examen físico céfalo-caudal.

III PARTE. VALORACIÓN POR SISTEMAS Y PATRONES DE FUNCIONALIDAD

6. Valoración del sistema neurológico: llenar los formatos de planos de orientación y cualquiera de las escalas de dolor según valoración e indicaciones.

7. Valoración del sistema respiratorio

- 7.1 Número de respiraciones por minuto.
- 7.2 Tos: presente o ausente.
- 7.3 DLN= Dentro de los Límites Normales (limpios, audibles). Anormales (disminuidos, agregados anormales, especificar tipo y lugar).
- 7.4 Ausentes. Presentes (especificar características).

7.5 DLN (simétrico, normoexpansible, sin puntos dolorosos). Anormal (tiraje intercostal, asimetría, dolor).

7.6 ¿Utiliza algún método de oxígeno? Sí o No. De ser Sí, mencione cuál y cantidad de litros por minuto.

8. Valoración del sistema cardiovascular

8.1 Número de latidos cardiacos por minuto (pulso periférico y central, según el caso).

8.2 Presión Arterial Sistólica (PAS)/Presión Arterial Diastólica (PAD) en mmHg.

Presión Arterial Media (PAM) en mmHg (calcule con la siguiente fórmula: $PAM = (PAS - PAD/3) + PAD$). Valore la PAM obtenida de acuerdo a las siguientes categorías: Baja: 55-70 mmHg, Normal: 71-105 mmHg, Alta: 106-130 mmHg.

8.3 Normal (palpable y regular), anormal (saltón, débil, regular), ausente. Especificar sitio (pulsos periféricos).

8.4 DLN (pulsos rítmicos), anormales (arrítmicos).

8.5 Ausente. Presente, especificar sitio(s).

8.6 Valor en segundos.

8.7 Ausente. Presente (especificar sitio).

8.8 Normal (audible, sin agregados). Anormales (soplos). Especificar lugar anatómico.

9. Valoración del sistema digestivo/nutrición

9.1 Tipo de dieta indicada: normal, hiposódica, hipoglucídica, hipo o hipercalórica, ayuno, blanda, otra.

9.2 La alimentación que consume es: Balanceada. No balanceada (especificar).

9.3 Presente. Ausente.

9.4 No indicados. Indicados (especificar).

9.5 Normal. Anormal (especificar).

9.6 Completa o acorde a su edad. Incompleta (superior, parcial o total). Deteriorada (especificar).

9.7 DLN, aumentados, disminuidos, abolidos.

9.8 Normal o acorde a su edad (aumentado, disminuido o abolido).

9.9 Número en Kg. o la apreciación según el caso (acorde a la edad, talla, sobrepeso, bajo peso, otro).

9.10 IMC= $\text{Peso}/\text{Talla}^2$. Valore el IMC obtenido de acuerdo a las siguientes categorías: Bajo: 16-20 Kg/m² (Desnutrición), Normal: 21-25 Kg/m², Alto: 26-60 Kg/m² (Sobrepeso u Obesidad).

9.11 Diámetro Abdominal (DA): total de medida alrededor del abdomen, tomando como referencia el ombligo. Valore el DA obtenido de acuerdo a lo siguiente: En la mujer: Normal: 88 cm, En riesgo: mayor a 88 cm. En el hombre: Normal: 102 cm, En riesgo: mayor a 102 cm.

9.12 Frecuencia (número de evacuaciones por día), cantidad, color (especificar), olor, presencia de parásitos, sangre, mucosidad, otros.

10. Valoración del sistema genito/urinario

10.1 DLN. Anormalidad (especificar).

10.2 Sonda vesical. Presente. Ausente.

10.3 Frecuencia (número de micciones por día).

10.4 Cantidad (en ml).

10.5 Color (especificar).

10.6 Densidad normal de 1.005 a 1.030 g/ml.

10.7 Diuresis normal de 800 a 2.000 ml/día.

10.8 Ausentes. Presentes (anuria, oliguria, disuria, poliuria, nicturia, hematuria, otros).

10.9 Registre las ingestas y las excretas.

10.10 Ausente. Presente (especificar). Colocar el valor según la escala del dolor usada.

10.11 Ausente. Presente.

10.12 Ausente. Presente.

10.13 Ausente. Presente (especificar sitio y características).

10.14 Ausente. Presente (especificar sitio).

11. Valoración del sistema cognoscitivo/perceptivo

- 11.1 Tranquilo, ansioso, enfadado, introvertido, temeroso, irritable, inquieto, eufórico. Otros: alerta, confuso, somnoliento, estuporoso, inconsciente, comatoso.
- 11.2 Ninguna, leve, moderada, pánico.
- 11.3 DLN. Anormalidad (ojo izquierdo, ojo derecho, tipo de deterioro o daño).
- 11.4 DLN. Anormalidad (oído izquierdo, oído derecho, tipo de deterioro o daño).
- 11.5 Ausente. Presente (visual, auditiva, en miembros superiores o inferiores, otra).
- 11.6 Ausente. Presente (lingüística), otro idioma. Lenguaje sin barreras, titubeante, confuso, afasia, expresivo, otros.
- 11.7 Ausente. Presente (especificar tipo y sitio).
- 11.8 Ausente. Presente (agudo, crónico), magnitud (según la escala del dolor usada).
- 11.9 Normal. Anormal (disminuida, aumentada, ausente). Especificar lugar anatómico.

12. Valoración del sistema músculo-esquelético

- 12.1 Capacidad de autocuidado: independiente, dependiente (especificar tipo de ayuda).
- 12.2 Activo, ligeramente limitado, muy limitado, inmóvil.
- 12.3 Normal, anormal (especificar).
- 12.4 Ambulación independiente, con ayuda, postrado, temporal o parcial.
- 12.5 Estable. Inestable. Uso de muletas, andaderas, otro implemento de ayuda.
- 12.6 Normal. Débil. Ausente.
- 12.7 Normal. Débil. Ausente.

13. Valoración de la integridad cutáneo/linfático

- 13.1 DLN. Anormal (especificar lesiones, halitosis, otros).
- 13.2 DLN. Anormal (especificar color, secreciones, otros).
- 13.3 DLN. Anormal (especificar según características).
- 13.4 DLN. Anormalidad (especificar).
- 13.5 Ausentes. Presentes (especificar equipo o material, sitio).
- 13.6 Ausentes. Presentes (especificar lugar anatómico).

ANEXO B. IV ETAPA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA-EJECUCIÓN

Esta etapa comprende dos maneras de redacción y comienza o se pone en práctica al elaborar los planes de cuidado.

1. Implica las siguientes actividades de Enfermería: continuar con la recogida y valoración de datos (reconocimiento de nuevos datos, que se tomarán en cuenta en la elaboración de nuevos DxE o de nuevos problemas), realizar las intervenciones y acciones, registrar los cuidados administrados, dar los informes verbales de Enfermería y mantener actualizado el plan. El personal de Enfermería es el responsable de esta etapa, pero incluye al usuario, la familia y a otros miembros del equipo de salud.
2. Evolución de Enfermería: tras llevar a cabo las intervenciones y acciones de cuidado programadas en el plan de cuidado, este profesional completa la fase de ejecución registrando en las notas de evolución de Enfermería las respuestas del usuario (complicaciones, alergias u otras reacciones), si se cumplieron o decir los motivos del incumplimiento de los cuidados, si el usuario respondió solo a una o varias acciones (Zapata de S., 2011).
Entonces, la evolución de Enfermería es el instrumento donde se reportan las condiciones de salud, de enfermedad y los procedimientos realizados al usuario. La evolución debe ser por cada turno, lo que permite la continuidad de los cuidados. Existen varios modelos para registrar esta evolución, entre los más usados están, los que incluyen las reglas mnemotécnicas (es una forma de tener una guía para hacer un escrito, utilizando una letra que orienta lo que corresponde escribir al respecto) y el narrativo por sistemas.
 - a) Entre las reglas mnemotécnicas más usadas están: a) SOAP, SOAPIER, DAR, VIRA, DIE, PIE.

S	Datos subjetivos, mencionados por el usuario, familiares y otras personas.
O	Datos objetivos que observa, evidencia el personal de enfermería en el usuario.
A	Apreciación o el diagnóstico enfermero.
P	Planificación de lo que se va a realizar para resolver el problema presente en el usuario.

S	Datos subjetivos, mencionados por el usuario, familiares y otras personas.
O	Datos objetivos que observa, evidencia el personal de enfermería en el usuario.
A	Apreciación o el diagnóstico enfermero.
P	Planificación de lo que se va a realizar para resolver el problema presente en el usuario.
I	Intervenciones de enfermería para resolver las situaciones diagnosticadas.
E	Evaluación de lo planificado y ejecutado.
R	Respuesta del usuario ante los cuidados, el tratamiento y demás intervenciones realizadas.

D	Dato o problema presentado o manifestado por el usuario al momento de la valoración.
A	Acciones o atenciones de enfermería realizadas para resolver el problema del usuario.
R	Respuesta del paciente a las acciones de enfermería.

V	Valoración, datos objetivos y subjetivos del usuario.
I	Intervención de enfermería realizada.
R	Respuesta del paciente a las acciones de enfermería.
A	Nuevas acciones que se ejecutarán o las que quedaron pendientes.

D	Dato, problema o necesidad detectado en la valoración.
I	Intervenciones de enfermería realizadas para resolver el problema del usuario.
E	Evaluación del usuario acerca de lo planificado y ejecutado.

P	Problema detectado en la valoración.
I	Intervenciones de enfermería realizadas para resolver el problema del usuario.
E	Evaluación del usuario acerca de lo planificado y ejecutado.

b) Modelo narrativo por sistemas: este modelo está estructurado en fecha y hora, eventos significativos presentados en algún sistema(s) durante el turno, reacciones inesperadas a un procedimiento, datos relevantes reportados en los signos vitales, en el balance hídrico, con el tratamiento, otros. Al final se hace el cierre de la evolución con lo que quedó pendiente, las condiciones en que se deja al usuario, el nombre del profesional que realizó el registro, cargo y servicio (Zapata de S., 2011).

ANEXO C. V ETAPA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA-EVALUACIÓN

Esta etapa se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del usuario y los resultados esperados. Se puede llegar a los siguientes resultados esperados o conclusiones:

1. El usuario está en proceso de lograr el resultado esperado (se continúa el plan de cuidado).
2. El usuario ha alcanzado el resultado esperado (se da por finalizado el plan).
3. El usuario no ha logrado los resultados esperados (se modifica el plan, se realiza nueva valoración, se revisan los resultados esperados).

La evaluación es continua, lo que permite determinar la evolución del usuario y establecer correcciones o ajustes al plan para ofrecer una atención de Enfermería de calidad (Socorro, 2010).

REFERENCIAS CONSULTADAS

1. Téllez S, García M. Modelos de cuidado en Enfermería NANDA, NOC y NIC. México: McGraw Hill; 2012.
2. Herdman H, Kamitsuru S, Takao C. (eds.). Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12a. ed. [Internet]. España: ELSEVIER; 2021 [consultado 17 de mayo 2023]. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821276.html>
3. Lesur L, Cinta V, Ortega O. Cuidado crítico de enfermería. México: Trillas; 2008.
4. Morán V, Mendoza A. Proceso de Enfermería. México: Trillas; 2010.
5. Roa P. Aplicabilidad del Diagnóstico Enfermero. Mérida: Producciones Karol C.A.; 2014.
6. Sánchez E. Manual de diagnósticos de enfermería e interrelaciones NANDA-NOC-NIC. Mérida: Universidad de Los Andes, Consejo de Publicaciones; 2011.
7. Sánchez E. Diagnósticos Enfermeros. Interrelaciones NANDA-NOC-NIC aplicables a la práctica clínica. Mérida: Talleres Gráficos de la Imprenta de Mérida (IMMECA); 2010.
8. Socorro D. (2013). *Estandarización NANDA-NOC-NIC. Guía de planes de cuidados*. Mérida: Producciones Karol C.A.; 2013.
9. Socorro D. NANDA-NOC-NIC. Planes de Cuidados Estandarizados. Mérida: Producciones Karol C.A.; 2013.
10. Socorro D. (2010). Enfermería Básica. Mérida: Talleres Gráficos de la Imprenta de Mérida (IMMECA); 2010.
11. Zapata de S. L. Registros Enfermeros. Mérida: Talleres Gráficos de la Imprenta de Mérida (IMMECA); 2011.

ANEXO 2. NORMAS PARA PUBLICAR CASOS CLÍNICOS QUIRÚRGICOS

Elaboradas por la Editora Jefe de la Revista Enfermería, Historia e Investigación (EHI), Dra. Alba Fernández y la Coordinadora del Diplomado Básico en Instrumentación Quirúrgica, Dra. María Gregoria Vega de Peña.

A. Carta de originalidad o de conflicto de intereses: solicitarlo a la editora o a la coordinadora del diplomado.

B. Pautas generales para la elaboración del documento.

1. El documento debe ser enviado en digital, escrito en formato Microsoft Word, fuente de la letra tipo Arial o Times New Roman (en todo el artículo debe mantener el mismo tipo de letra), tamaño N° 12; páginas no numeradas y configuradas en márgenes superior e inferior de 2,5 y derecho e izquierdo 3, tamaño carta, interlineada a 1,5 espacios; párrafos justificados, con sangría al inicio de los mismos y sin espacio entre los mismos. El artículo total debe tener entre 12-15 páginas. Antes de su envío, es imprescindible, chequear cuidadosamente la gramática, redacción, estilo, ortografía y sintaxis.

2. Cuando se requiera el uso de símbolos, abreviaturas, acrónimos y nombres de organizaciones, ministerios, entre otros que luego se repiten en el texto, en primera instancia, se señala el nombre completo y entre paréntesis se colocan las siglas, ejemplo: Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), cuando se nombre de nuevo en el artículo, solo se usan las siglas, en este caso IAHULA sin los paréntesis. En caso de usar palabras extranjeras, títulos de libros y otros se deben colocar en cursiva, no subrayado ni negritas. Para los nombres de los fármacos, se empleará su denominación (genérica, química o comercial) correctamente.

3. Los elementos del artículo como ilustraciones, fotografías, figuras, esquemas y otros, deben identificarse con números arábigos en el párrafo donde fueron mencionados, entre paréntesis, sin colocar N°, ni núm., ni el signo #, solo de esta manera (Figura 1) y, luego aparecer el elemento al final del párrafo. En la parte inferior de la imagen se coloca el número en negrita, el nombre o lo que representa en forma concreta, el año de la misma; usando la misma letra del manuscrito, pero de tamaño número 10, ejemplo: **Figura 1.** Escuela de Enfermería. Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela. 2021.

En este caso de elementos, se requiere que estén en un formato de imagen, tal como, JPG, TIF o GIF y en alta resolución. Además, deben ser originales o autorizadas. Evitar el uso de imágenes, por ejemplo, de Google, que estén protegidas con derechos de autor.

4. Las tablas, cuadros y gráficos deben presentarse siguiendo las normas Vancouver, es decir, serán mencionados y enumerados de manera secuencial en el texto, por ejemplo, así (Tabla 1). En las tablas y cuadros, el número y el título van en la parte superior, de forma concisa y en negrita. En la parte inferior, se coloca solo la palabra Fuente (en negrita), el resto normal. Debajo de la Fuente va la nota explicativa o lectura sobre abreviaturas, signos y otros componentes que se encuentren en la tabla, si fuera el caso. En el uso de los elementos como imágenes, fotos, tablas, entre otros, es preciso seleccionarlos, para no disgregar o entorpecer el efecto que se desea en el manuscrito. Igualmente, de acuerdo al contenido de la tabla se puede usar letra número 10, 11 o 12. A continuación se presenta un ejemplo de representación de una tabla.

Tabla 1. Exámenes de laboratorio

TIPO DE EXAMEN DE LABORATORIO	VALORES
Hemoglobina	14.1 g/dl
Glicemia	107 mg/dl
VDRL	No Reactivo

Fuente: Historia clínica de paciente.

Lectura: g/dl=gramo/decilitro; mg/dl=miligramo/decilitro; VDRL= *Venereal Disease Research Laboratory*

(Prueba Serológica para detectar la Sífilis).

C. Aspectos que contiene el artículo tipo caso clínico.

1. Título en español e inglés, en minúsculas y en negrita, centrados, con un máximo de 15 palabras, sin siglas. Aparte colocar los nombres y apellidos del autor (es); abreviatura del último grado académico, entre paréntesis. En otra línea, ubicar la filiación (no usar solo siglas): profesión, institución de origen, ciudad, país; grados obtenidos, institución, lugar; desempeño actual, nombre de la empresa, lugar y el cargo; dirección electrónica personal solo del autor que mantendrá la comunicación con la editora jefe y el ORCID de cada participante del artículo, que es una cédula de identidad, es un identificador único de los investigadores en el mundo. Se obtiene gratuitamente y muy rápido. Si no lo posee, ingresar a la web info.orcid.org

2. Elaborar el resumen en castellano y en inglés, sin siglas, que constará de una síntesis del contenido del mismo (objetivo, cuál fue el caso indicado, dónde se realizó y la evolución). Con no más de 200 palabras, con interlineado sencillo. En otra línea mencione de 3 a 5 palabras clave.

3. Usar el siguiente esquema en la organización de este tipo de artículo: Introducción, Caso clínico quirúrgico, Discusión, Conclusión, Créditos o agradecimiento (opcional) y Referencias bibliográficas. Cada uno de estos apartados debe escribirse en mayúsculas y negrita. A continuación, se explica lo que involucra cada uno.

INTRODUCCIÓN

Se describe el caso clínico con argumentos epidemiológicos actualizados en porcentajes o cifras a nivel internacional, nacional y local (o a cualquiera de esos niveles). Aspectos anatómicos y fisiológicos. Características, signos y síntomas más resaltantes de la enfermedad y medios diagnósticos. **Todo debe estar referenciado.** En el último párrafo de este apartado, colocar de dónde, importancia del Proceso Enfermero (PE) y por qué se trabajó en ese caso. Finalizarlo con el objetivo del artículo. La introducción solo será en 2 páginas.

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO

Se presenta el caso clínico quirúrgico, seguido de los tres tiempos de la fase perioperatoria: pre, trans y postoperatorio.

1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

En esta sección se describe el motivo de consulta con **los datos más relevantes** de la historia clínica del paciente (tomados del Formato para elaborar el caso clínico) y de la historia clínica, lo que le sucede o le aconteció, fecha de inicio, signos y síntomas, la exploración física céfalo-caudal, incluyendo la orientación neurológica. Resultados de los exámenes y de estudios realizados; el tratamiento específico y el o los diagnósticos médicos.

Seguidamente, elabore un listado con solo las etiquetas según la NANDA de los problemas más significativos encontrados en la valoración (de acuerdo al Formato para elaborar el caso clínico), ejemplo:

Problemas reales y potenciales encontrados en la etapa de valoración del Proceso Enfermero (PE), según la NANDA

00146 Ansiedad

00014 Incontinencia fecal

00046 Deterioro de la integridad cutánea

00132 Dolor agudo

00027 Déficit de volumen de líquidos

00155 Riesgo de caídas

A continuación, elabore el plan de cuidado estandarizado con solo uno de los problemas nombrados en el listado anterior (uno focalizado en el problema, uno de riesgo y uno bifocal). Un plan de cuidado que lleve el tipo de diagnóstico enfermero (DxE) y con sus respectivas columnas (aplicando la NANDA, NOC y NIC) en media o una página (revisar el Formato para elaborar el caso clínico).

Observación: los planes de cuidado pueden ser elaborados en cualquiera de las fases del perioperatorio.

2) FASE PERIOPERATORIA

En esta sección se describe específicamente lo relacionado con el caso clínico quirúrgico en tres tiempos: pre, trans y postoperatorio.

2.a) Preoperatorio

Resumen de ingreso al área quirúrgica, valoración, preparación para el acto quirúrgico (verificación de rasurado, vías parenterales, sondajes, otros) y técnicas utilizadas previa a los procedimientos propiamente dichos de la cirugía. Elaborar un cuadro como el que se presenta a continuación ya que este paso, por lo general, es común en la mayoría de los actos quirúrgicos previos a la cirugía. Por supuesto, se puede adecuar, agregar o eliminar aspectos de acuerdo al caso asignado. Observe que en esta presentación es preferible usar un cuadro, diferente a la tabla, de manera que se diferencie cada paso.

Cuadro 1. Técnica utilizada antes de los procedimientos propiamente dichos de la cirugía.

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN PRECISA
Lavado de manos quirúrgico	Antiséptico
Secado de las manos	Campos absorbentes estériles
Vestimenta para la instrumentista y colocación de guantes	Técnica cerrada
Preparación de las mesas quirúrgicas	Mayo, de riñón o circular
Conteo de material	Misceláneos según el caso
Vestimenta para el cirujano	Técnica abierta
Posición elegida y sujeción del paciente	Según el caso
Anestesia	De acuerdo al caso
Preparación del campo quirúrgico en el paciente	Asepsia y antisepsia. Campo estéril de la cirugía. Colocación de conexiones, campos operatorios y cables para hemostasia eléctrica y succión

Fuente: Elaboración propia siguiendo las Normas para publicar casos clínicos quirúrgicos.

2.b) Transoperatorio

Implica la descripción de la técnica quirúrgica que comprende dos grandes fases: el orden secuencial de los tiempos y el instrumental utilizado, a continuación, se presentan:

- **El orden secuencial de los tiempos o pasos del abordaje según el caso**

Observe en el cuadro 2 los siguientes puntos: número de pasos, procedimiento, instrumentos y material, suturas. De acuerdo a la cirugía coloque en cada columna lo observado en el proceso. Igualmente, se puede adecuar, agregar o eliminar aspectos de acuerdo al caso asignado.

Cuadro 2. Orden secuencial de los tiempos del abordaje del procedimiento quirúrgico: Esplenectomía + Rafia hepática.

PASO N°	PROCEDIMIENTO	INSTRUMENTOS Y MATERIAL	SUTURAS
1	Incisión de piel y... Apertura de los planos orden descendente	Mango de bisturí... Nombre los instrumentos a utilizar de acuerdo a cada plano:	X
2	Colocación de compresas para separar ...		X
3	Colocación de separador dinámico		X
4	Atrapamiento del órgano...		X
5	Ligadura del conductos y arteria		
6	Ectomía del bazo + Rafia hepática		
7	Revisión, aspirado		X
8	Conteo de material quirúrgico		X
9	Síntesis	Diseción, portaaguja y tijera de Mayo	Por planos (según el orden del plano ascendente)

Fuente: Elaboración propia siguiendo las Normas para publicar casos clínicos quirúrgicos.

- **El instrumental utilizado:** básico, específico y misceláneo.

-Instrumental básico

Describe el instrumental. Ejemplo: Instrumental básico: se utilizó para este caso la Caja de Cirugía General, mencione los instrumentos básicos.

-Instrumental específico

Realice un cuadro como el 3 con este tipo de instrumental utilizado según el caso, donde aparezca el nombre del instrumento, su nombre científico, uso en la cirugía y la imagen.

Cuadro 3. Instrumental específico

INSTRUMENTO	NOMBRE CIENTÍFICO	USO EN LA CIRUGÍA	IMAGEN
Separadores dinámicos	Deaver	Separador de diferentes medidas (pequeño, mediano y grande) para separar el ángulo esplénico.	 https://tomascabacas.com/2015/10/22/separador-de-deaver/
Pinza angulada o cística	Mixer	Sirve para hacer divulsión y separación de arterias y conductos.	 https://medimmasyl.com/pinza-mixer-9

Fuente: elaboración propia siguiendo las Normas para publicar casos clínicos quirúrgicos.

En el caso que las imágenes de los instrumentos hayan sido tomadas de una página de internet o de un libro, revista, otro medio, debajo de Fuente, se coloca así: Imágenes tomadas de: XXXX o debajo de la figura como se muestra en el cuadro.

-Misceláneos o material médico quirúrgico especial: registre como en el cuadro 4 el nombre del material (drenes, suturas, otros) utilizado de acuerdo al caso, uso en la cirugía y la imagen (es opcional).

Cuadro 4. Misceláneos o material médico quirúrgico especial

Material médico quirúrgico	Uso en la cirugía
Gelfoam	Hemostático.
Dren Penrouse mediano	Drenaje de fluidos.
Sutura Hepática: BP-1 Cromado 0 aguja roma o suturas mecánicas	Cerrar las incisiones quirúrgicas y controlar el sangrado resultante.
Gasa con medios de contraste (GCMC)	Secar cavidad.
Moñitos	Realizar divulsión roma en la ectomía del bazo.

Fuente: elaboración propia siguiendo las Normas para publicar casos clínicos quirúrgicos.

Se puede incluir fotografías (uso adecuado de la ética del investigador) para ilustrar la actividad realizada en el transoperatorio.

2.c) Posoperatorio

Comprende las fases inmediata, mediata y tardía: traslado del paciente a la Unidad Postanestésica (UPA), admisión, valoración física, aplicación de escalas, cuidados postanestésicos, egreso y preparación del alta.

Observación: toda la sección relacionada con el caso clínico abarcará entre 6-8 páginas.

DISCUSIÓN

No se debe repetir lo mencionado en los aspectos anteriores. Se compara el caso y el resultado obtenido con lo encontrado por otros autores. Se puede ampliar acerca del caso o la enfermedad presentada, sin la parte epidemiológica (ya fue nombrada en la introducción). Comentar sobre el PE como herramienta usada en el caso. Hacer mención de las implicaciones quirúrgicas de Enfermería. **Todo debe estar referenciado.** Este apartado será entre 2-3 páginas.

CONCLUSIÓN

Con sus palabras describa la importancia del papel de Enfermería en el proceso perioperatorio o responda sobre el objetivo del caso.

REFERENCIAS

Las citas y referencias del artículo deben seguir solo el estilo bibliográfico Vancouver, el más usado en ciencias de la salud. De preferencia, las referencias consultadas deben ser de los últimos cinco (5) años. Estas se indicarán en el texto según el orden de aparición en número continuo. Se recomienda la forma en superíndice, antes del signo de puntuación, si fuera el caso, por ejemplo: Enfermería¹. Se usará el mismo número cada vez que aparezca de nuevo esa referencia en el texto. Igualmente, en las referencias bibliográficas se van colocando con el mismo número que aparecen en el manuscrito.

Es muy importante verificar que se han añadido las direcciones web correctamente en las referencias tomadas de internet y que estas guardan relación con lo planteado en el texto y viceversa. A continuación, se colocan unos ejemplos de referencias más comunes, usando las Normas Vancouver, que pueden servir de guía en la elaboración del artículo:

1. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer colorrectal. [Internet] 2016 [consultado 5 de mayo 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11761:colorectal-cancer&Itemid=41765&lang=es#gsc.tab=0
2. Torrecillas L, Cervantes G. Recomendaciones para diagnóstico y tratamiento del cáncer de colon y recto en México. Gaceta Mexicana de Oncología. [Internet] 2019 [consultado 20 de mayo 2023]; 18(4):265-327. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2565-005X2019000400265#B2
3. López Y. Evaluación del funcionamiento de los procesos asistenciales del hospital Vargas de Caracas en cuanto al tiempo de estancia del servicio de Medicina III. [Trabajo de Especialidad]. Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello; 2006 [consultado 4 de junio 2021]. Disponible en: <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAQ7234.pdf>
4. Serra I. Manual Práctico de Instrumentación Quirúrgica en Enfermería. 2ª ed. España: Elsevier; 2015.
5. Sánchez E, Fernández A. Formato actualizado para elaborar el caso clínico. Material elaborado con fines docentes. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería; 2022.
6. Fernández A, Vega de P. M. Normas para publicar casos clínicos en la revista Enfermería, Historia e Investigación (EHI). Material elaborado con fines docentes. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería; 2023.

Nota: colocar las referencias de la NANDA, NOC, NIC, material aportado por la coordinadora y otros que utilizaron para la elaboración del artículo.

LOS AUTORES



María Gregoria Vega

Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA). Especialista en Servicios Asistenciales en Salud, Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Caracas. Master en Educación, Caribbean International University, Curacao. Doctora en Docencia, Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt (UNERMB), Cabimas. Docente, Escuela de Enfermería, ULA. Coordinadora General del Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero, ULA. Miembro del Comité Editorial de la revista Enfermería, Historia e Investigación. Investigadora acreditada por el Premio de Estímulo al Investigador (PEI-ULA).

gory26121991@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-7031-8557>



Eduardo José Sánchez

Licenciado en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Magíster en Educación mención Docencia Universitaria, Universidad Fermín Toro (UFT). Exprofesor de la Escuela de Enfermería, ULA. Miembro del Comité Editorial de la revista Enfermería, Historia e Investigación. Investigador acreditado. Doctor en Estudios Interdisciplinarios de Género, Universidad Autónoma de Madrid-España.

eduardosanchez16091977@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1379-6661>



Alba Rosa Fernández

Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Magíster en Gerencia Educacional, Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL). Doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia (UN), Bogotá. Posdoctora en Gerencia para el Desarrollo Humano, ULA. Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero, ULA. Investigadora acreditada. Editora Jefe de la revista Enfermería, Historia e Investigación. Profesora Titular Jubilada, Escuela de Enfermería, ULA.

albafernandez9321@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-3829-5401>



Indira Rosa Briceño Díaz

Médico Cirujano, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Especialista en Medicina Interna, ULA. Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva, ULA. Especialista en Servicios Asistenciales en Salud, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas. Docente Ad-Honorem ULA.

indibriceño23@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-8685-4278>



La Enfermería como ciencia y disciplina, ha pasado por profundas transformaciones, entre ellas el impulso y crecimiento de un cuerpo de conocimientos, la adquisición del rango universitario, el desarrollo tecnológico y su impacto en la profesión, como también, la creación de lenguajes y sistemas de información estandarizados que ha permitido desarrollar un método propio de cuidados, llamado Proceso de Enfermería (PE).

En virtud del aporte académico, los autores ponemos a la disposición de los interesados del área de la salud la oportunidad de consultar y revisar el libro *Proceso de Enfermería Perioperatoria. Fundamentos Teóricos – Prácticos* que les permitirá el desarrollo y actualización de competencias en el ámbito perioperatorio, en siete capítulos que llevan inmersos bases conceptuales, procedimientos y técnicas relacionadas con el área quirúrgica, a saber: Capítulo 1. Dimensión ética, bioética y legal de la Enfermería perioperatoria, Capítulo 2. Principios de la Enfermería perioperatoria, Capítulo 3. Principios de Enfermería en la anestesia perioperatoria, Capítulo 4. Proceso de Enfermería: conocimientos básicos, Capítulo 5. El Proceso de Enfermería en el preoperatorio, Capítulo 6. El Proceso de Enfermería en el intraoperatorio y Capítulo 7. El Proceso de Enfermería en el postoperatorio.



ISBN: 978-980-11-2162-6



9 789801 121626