

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Plan de cuidados a usuarios en etapa postoperatoria en un Hospital Público: Estudio de caso.

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Enfermería para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Quirúrgica.

LIC. YANIN ANDREA MURILLO VINDAS

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2023

Dedicatoria

Quiero dedicar este logro a las personas más importantes en mi vida: primeramente a Dios por darme la fuerza necesaria para culminar esta meta. A mi madre y hermanos, por brindarme su apoyo y creer en mí. Y por último, pero no menos importante a mi amigo del alma quien nunca me permitió rendirme y su apoyo fue fundamental en este proceso.

Yanin Murillo Vindas

Agradecimiento

Agradezco primeramente a Dios para darme las fuerzas necesarias en todo este proceso.

A mi familia que siempre me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y profesionales. Ellos son los que con su cariño me han impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades.

Agradezco muy profundamente a mi director de tesis, Cristhian Cortés por su dedicación y paciencia, sin sus palabras y correcciones no hubiese podido lograr llegar a esta instancia tan anhelada. Gracias por su guía y todos sus consejos, los llevaré grabados para siempre en la memoria en mi futuro profesional. A todo el comité asesor y tribunal examinador por sus aportes durante el proceso de desarrollo de este trabajo.

Y finalmente, a todas las personas que fueron parte de este proceso, y aportaron un granito de arena para poder concluir con éxito esta etapa.

Yanin Murillo Vindas

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Enfermería Quirúrgica de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Quirúrgica.”



Mag. Maureen Araya Solís

Representante de la Decana Sistema de Estudios de Posgrado



Mag. Cristhian Cortés Salas

Profesor Guía



Mag. Marcia Salas Cubero

Lectora



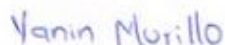
Mag. Alexa Cooper García

Lectora



M.Sc. Laura López Quirós

Representante de la Directora del Programa de Posgrado



Yanin Andrea Murillo Vindas

Sustentante

Tabla de contenido

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	vi
Summary.....	vii
Lista de abreviaturas.....	x
1.1 Introducción.....	2
1.2 Justificación.....	8
1.3 Objetivos.....	14
1.3.1 Objetivo General.....	14
1.3.2 Objetivos Específicos.....	14
2.1 Marco referencial.....	16
2.1.1 Antecedentes.....	16
2.1.2 Antecedentes Internacionales.....	17
2.1.3 Antecedentes Nacionales.....	20
2.2 Marco Conceptual.....	21
2.2.1 Proceso de Enfermería (PE).....	21
2.2.2 Lenguaje Estandarizado: NANDA-I, NIC, NOC.....	22
2.3 Marco Teórico.....	23
2.3.1 Marco Teórico.....	23
2.3.2 Teoría del Confort: Katharine Kolcaba.....	24
2.3.3 Teoría de las Necesidades: Virginia Henderson.....	30
3 Marco metodológico.....	35
3.1 Diseño del estudio de caso.....	35

3.2 Población y Muestra	36
3.3 Criterios de participación	36
3.4 Criterios de exclusión	36
3.5 Recolección de los datos	36
4.1. Resultados	43
6.1 Referencias bibliográficas	62
6.2 Anexos.....	71

Resumen

Introducción: La Enfermería es la ciencia que se encarga de brindar cuidados con discernimiento competente en la planificación de estos; y su naturaleza procura, bajo una óptica humanista, ayudar a las personas a fortalecer sus capacidades o bien minimizar alteraciones en su estado de salud. Esto es posible a través del Proceso de Enfermería (PE), cuyo método científico permite la resolución de problemas y una mejor toma de decisiones.

Justificación: Se evidencia la importancia de la aplicación del PE en el desarrollo de modelos de cuidados que permiten una conceptualización fundamentada de la Enfermería para definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde un determinado marco conceptual; este debe ser primordial en la atención que se brinda en el postoperatorio, ya que el personal de enfermería es el primer contacto con el usuario y la relación que se logre obtener suele definir la satisfacción, tranquilidad y confort de la persona, lo que permite un mayor involucramiento en los procesos asistenciales, y así ser figuras claves en la seguridad y calidad del cuidado, como en la reducción de resultados adversos.

Objetivo: Desarrollar un plan de cuidados a un usuario en etapa postoperatoria en un estudio de caso, en un Hospital Público.

Marco Referencial: La pluralidad de los estudios demuestra que la atención de calidad basada en evidencia cumple con los objetivos y facilita el desarrollo de los cuidados de Enfermería mediante el uso de planes de cuidados estandarizados y la taxonomía NNN lo que contribuye a la pronta recuperación y una óptima evolución postoperatoria.

Marco Metodológico: Este trabajo se desenvuelve por medio de la modalidad de estudio de caso; conforme al quehacer diario de Enfermería, se elige el PE como el principal método de análisis y se construye el plan a realizar dentro del lenguaje Taxonómico NANDA-I, NIC y NOC.

Resultados: La principal necesidad de cuidado con dependencia fue la relacionada a déficit de autocuidado, el principal diagnóstico NANDA fue el 00085: Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución del control muscular manifestado por las alteraciones en la integridad de las estructuras óseas. En este diagnóstico no es posible llegar a una resolución a corto plazo, por lo cual se lleva a cabo mediante la resolución de los daños colaterales, lo cuales se ven reflejados en los planes de cuidados secundarios 00109: Déficit de autocuidado: vestido relacionado con Disconfort manifestado por dificultad para ponerse la ropa en la parte 5 inferior del cuerpo. Y el 00108: Déficit de autocuidado: baño relacionado con deterioro de la movilidad física manifestado por dificultad para acceder al baño. Y un diagnóstico prioritario en el postoperatorio inmediato: 00132: Dolor agudo relacionado con lesiones por agentes físicos manifestado por la verbalización acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor; acompañado con sus respectivos resultados (NOC), e intervenciones (NIC).

Discusión: En este caso el principal problema en el postoperatorio es el deterioro de la movilidad física lo cual causa un impacto a nivel fisiológico, emocional, físico, familiar y social en la vida del usuario; su éxito está sujeto a un PE que facilite un adecuado y ameno contacto entre el enfermero y el usuario que permita inferir en la adopción de un esquema lógico de accionar dirigido a la realización de acciones reflexivas y orientadas hacia un objetivo.

Conclusión: El imprescindible uso del PE en usuarios postoperatorios, debe ser estandarizado mediante el lenguaje taxonómico, y debe de ejecutarse desde la individualidad de la persona; de esta manera el individuo puede incorporarse de la mejor forma posible a su habitualidad, deseablemente acompañado por personal especializado en enfermería quirúrgica.

Summary

Introduction: Nursing is the science that oversees providing care with competent discernment in its planning; and its nature seeks, from a humanistic point of view, to help people to strengthen their capacities or to minimize alterations in their state of health. This is possible through the Nursing Process (NP), whose scientific method allows problem solving and better decision making. **Justification:** The importance of the application of PE in the development of care models that allow a well-founded conceptualization of Nursing to define its nature, mission and objectives is evident, focusing thought and action from a certain conceptual framework; This must be paramount in the care provided in the postoperative period, since we are the first contact in this environment with the user and the relationship that is achieved usually defines the satisfaction, tranquility and comfort of the person, which allows a Greater involvement in care processes, but also to be key figures in the safety and quality of care, as well as the reduction of adverse results. **Objective:** Develop a care plan for a user in the postoperative stage in a case study, in a Public Hospital. **Referential Framework:** The plurality of studies demonstrates that evidence-based quality care meets the objectives and facilitates the development of Nursing care through the use of standardized care plans and the NNN taxonomy, which contributes to prompt recovery and an optimal postoperative evolution. **Methodological Framework:** This work is carried out through the case study modality; According to the daily work of Nursing, the EP is chosen as the main method of analysis and the plan to be carried out is built within the NANDA-I, NIC and NOC Taxonomic language. **Results:** The main need for dependent care was related to self-care deficit, the main NANDA diagnosis was 00085: Impaired physical mobility related to decreased muscle control manifested by alterations in the integrity of bone structures. In this diagnosis, it is not possible to reach a short-term resolution, which is why it is carried out by resolving collateral damage, which is reflected in the secondary care plans 00109: Self-care deficit: clothing related to discomfort manifested by difficulty putting on clothes on the lower part of the body. And 00108: Self-care deficit: bathroom related to impaired physical mobility manifested by difficulty in accessing the bathroom. And a priority diagnosis in the immediate postoperative period: 00132: Acute pain related to injuries by physical agents manifested by verbalization about the intensity using standardized pain scales; accompanied 7 with their respective results (NOC), and interventions (NIC). **Discussion:** In this case, the main problem in the postoperative period is the deterioration of physical mobility, which causes a physiological, emotional, physical, family and social impact on the life of the user; Its success is subject to an EP that facilitates an adequate and pleasant contact between the nurse and the user that allows inferring the adoption of a logical scheme of action aimed at carrying out reflexive and goal-oriented actions. **Conclusion:** The essential use of PE in postoperative users, this must be standardized through taxonomic language, but it must be carried out from the individuality of the person; In this way, the individual can join his routine in the best possible way, preferably accompanied by personnel specialized in surgical nursing.

Lista de cuadros

Cuadro 1.....	58
Cuadro 2.....	59
Cuadro 3.....	62
Cuadro 4.....	63
Cuadro 5.....	64
Cuadro 6.....	65
Cuadro 7.....	67
Cuadro 8.....	69

Lista de figuras

Figura 1.....	40
Figura 2.....	47
Figura 3.....	60

Lista de abreviaturas

ANA	American Nurses Association
EVA	Escala visual analógica del dolor
FC	Frecuencia cardiaca
FR	Frecuencia respiratoria
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association International
NIC	Nursing Interventions Classification
NNN	NANDA-NOC-NIC
NOC	Nursing Outcomes Classification
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAM	Presión arterial media
PE	Proceso de Enfermería
RCFI	Reducción cerrada + fijación interna
RTU	Resección transuretral
TA	Tensión arterial
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
URPA	Unidad de recuperación post-anestésica

Capítulo I: Introductorio

1.1 Introducción

La transformación del cuidado enfermero ha estado relacionado a la importancia del concepto salud-enfermedad que ha caracterizado a la humanidad en cada momento histórico a partir del inicio de la civilización hasta la actualidad.¹ La Enfermería ha estado presente desde los comienzos del hombre en la Tierra, ya que el ser humano siempre ha sido insuficiente para valerse por sí solo, pues ha necesitado de otros cuando se ve desvalido.² Es así como a través del paso de los años evolucionaron los cuidados en la sociedad; en el inicio de los tiempos estos se asocian a la mujer, a quien se le ha relacionado con cuidar la vida y preservar la especie.³

En el pasado los cuidados eran guiados de forma general al cuerpo y el alma, más adelante con la llegada del cristianismo acontece la supremacía al espíritu, surgiendo las cuidadoras consagradas, después en la edad media los cuidados eran considerados inferiores e indeseables y eran ejercidos por mujeres de clase baja y de reputación dudosa.^{1,3} Años más tarde con el avance de la ciencia y el origen de nuevas tecnologías hizo inevitable la creación del concepto de cuidadora o ayudante del médico, cuya labor estaba sujeta a indicaciones médicas, y su pensamiento abocaba a lo religioso, con la intención de rescatar la figura de los cuidados de antaño, fortaleciendo un modelo vocacional y disciplinar del ejercicio del quehacer.^{1,3}

La Enfermería se manifiesta como profesión naciente con Florence Nightingale, quien establece las bases de una enseñanza formal para enfermeras, la cual se llevaba a cabo en hospitales con educación otorgada por médicos. Las aspirantes a estudiantes eran subyugadas a un estricto método de selección, regido por disciplina y calidad moral.³ Con este sistema se restringía el quehacer a las rigurosas instrucciones médicas, sin permitir autonomía de la misma.^{1,3} Con base a lo anterior, la etapa profesional del cuidado tiene sus inicios desde el siglo XIX, a partir de ese momento que se generan cambios importantes en la reflexión intelectual sobre el quehacer de la Enfermería.⁴ El cambio se origina como consecuencia de una serie de observaciones realizadas por Nightingale, que condujeron al reconocimiento del valor del cuidado.^{4,5}

Desde que surge la Enfermería se ha conseguido transformar su idoneidad y desempeño, esto gracias al ininterrumpido aumento de conocimientos teóricos y prácticos sobre dicha ciencia; sin embargo, no fue hasta mediados del siglo pasado que la praxis del cuidado dio comienzo a la justificación teórica, y a la adquisición de teorías, lo que ha permitido mejorar la habilidad mediante la observación, descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos que surgen de la realidad cotidiana del objeto de estudio de la profesión que es el cuidado.^{6,7}

A través de otras disciplinas, la Enfermería se nutre de diversos conocimientos, y con ellos fundamentan y sostienen las bases teóricas de la profesión; pero es hasta que se desarrolla la primera teorizante de Enfermería por Hildegart Elizabeth Peplau cuando se marca un precedente que habilita las puertas del saber para el surgimiento de nuevos modelos y teorizantes, que a futuro permiten nutrir las bases de la Enfermería moderna;³ del mismo modo, la aplicación del método científico evidenció la necesidad de crear establecimientos centrados en la formación profesional de enfermeros. Posteriormente, surge la necesidad de formar un código de ética que fiscalice a la Enfermería y así garantice íntegra responsabilidad en el quehacer.^{3,7}

Es por tal motivo, que la Enfermería ha evolucionado, desde sus inicios como arte innato, hasta los tiempos modernos donde se ha consolidado al modo de disciplina y profesión, con un compromiso definido en el cuidado de la salud de las personas.^{1,2,3} En el presente, la ciencia del cuidar se entiende como la práctica (de un discernimiento) competente en la organización, planificación y control de la dotación de cuidados, estos deben de ser adecuados, continuos, inequívocos e integrales, en la atención de las personas;⁴ que se nutren en un conocimiento robusto que permite ofrecer, cuidados fundamentadas en evidencia científica y demostrando su competencia para modificar de forma benévola el rumbo de la enfermedad o el avance de las condiciones de la sanidad.⁸

Años atrás, la atención de salud estuvo orientada en la enfermedad y (en todo lo relacionado) con esta, en otras palabras, consistía en tratar el diagnóstico y dar tratamiento, ocasionando un descuido a los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.⁹ Este pensamiento se transforma en el año 1978, cuando se lleva a cabo la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud, en Alma Ata, Kasajistán,¹⁰ en donde se

realiza una pauta en la atención de la salud, por un modelo integral centrado en el completo bienestar físico, psicológico y social de la población. Luego, en la actualidad, a nivel mundial, este enfoque se centra en reconocer los diferentes agentes que influyen en la salud, como la familia, la comunidad y el medio ambiente, para así generar la promoción y protección de la salud.¹¹

La naturaleza social de la Enfermería busca, bajo una óptica humanista, ayudar a las personas que requieren cuidados, a fortalecer sus capacidades o bien, minimizar alteraciones en su estado de salud. Por lo tanto, la Enfermería reconoce al ser humano como un ser complejo a partir de lo orgánico a lo espiritual.¹² Desde este punto de vista, se comprende al individuo como un ser que posee cualidades únicas y flexibles que varían según el contexto cultural, un ser que transforma a la sociedad según o de acuerdo con los factores subjetivos que posea cada sujeto, entre ellos la idiosincrasia y las creencias.¹² En este contexto, el cuidado enfermero se presenta como una importante dimensión humanista y comprensiva del ser, cuya subjetividad está conformada por sus vivencias, sentimientos, emociones, intuiciones, razonamientos, entre otros.^{12,13}

En la actualidad, se reconoce el cuidado como la esencia de la disciplina, y se destaca la prevención, promoción y restauración de la salud, que comprende desde la persona, su familia y hasta la comunidad.¹⁴ El cuidado es la base moral sobre la cual se desarrollan las obligaciones profesionales y éticas; lo que constituye el fundamento a partir del cual se rige la práctica profesional en Enfermería.¹⁵ Este proceso de conceptualización se extiende a través de la interacción, la participación, el afecto y la ética como elementos esenciales a la hora de ejercer el cuidado.¹⁶

Se procura que la atención brindada por el personal de salud responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas de las personas.¹⁷ Es la calidad del servicio al usuario, la que marca esa relación existente entre las expectativas y la perspectiva de lo recibido.^{18,19} El valor de lo percibido no es el centro de salud quien lo define, sino, la persona que lo recibe.²⁰ Sin duda, el usuario se ha convertido en el foco principal para elevar la calidad de la atención de los servicios sanitarios, por lo que su grado de satisfacción es el indicador fundamental de la calidad asistencial.²⁰

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define que la calidad en salud es el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados con un alto nivel de excelencia profesional usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el usuario, para lograr un alto grado de satisfacción de las necesidades de este y produciendo un impacto final positivo en salud.²¹

La calidad es asegurar que cada persona que recibe atención sanitaria obtenga los servicios terapéuticos adecuados para alcanzar una atención en salud óptima, teniendo en cuenta todos los elementos que influyen en la persona, y así obtener mejores resultados con el mínimo de riesgos y la máxima satisfacción del individuo en el proceso.²²

Lo anterior convierte a la satisfacción en uno de los objetivos fundamentales de calidad, acorde a un sistema fuerte.¹⁸ Las personas que utilizan los servicios de salud demandan una atención acorde a lo que esperan o les gustaría recibir de un sistema fuerte y eficiente, enfocado en la recuperación de la condición clínica que presentan; aunado a sentirse atendidos adecuadamente por funcionarios que entienden sus necesidades como personas usuarias de un sistema de salud en el cual han depositado su confianza.¹⁸

Lograrlo constituye todo un desafío, debido a que es variable; va de forma simultánea a la cultura, tradiciones, credo religioso, valores, manejo de emociones y sentimientos, condición socioeconómica, entre otros aspectos; los cuales al unirse se convierten en todo un reto a la hora de brindar atención individualizada para poder satisfacer las necesidades de cuidado de cada individuo.^{13,23} Es la evolución diaria de los determinantes sociales de la salud los que presionan al profesional a observar, escuchar, valorar, y sentir por medio de la empatía, y a su vez a la creación de vínculos afectivos que proporcionen la identificación y comprensión de todas las posibles necesidades del cuidado presentes en el momento de la atención.²³

La dupla de ciencia y arte constituye la esencia propia del cuidado. Y para efectuarlo es necesario la adquisición de conocimiento científico, pero, también debe de tener sensibilidad y capacidad de comprensión para saber aplicar los conocimientos y adecuarlos a las necesidades de cada persona y de cada situación.¹⁵ En este sentido, todo profesional de Enfermería debe realizar investigación, en su quehacer profesional, para así brindar una

atención basada en cuidados efectivos y de calidad, que proporcionen el mayor grado de satisfacción posible tanto a los beneficiarios como a quien los administra.¹⁵

Esto es posible gracias al Proceso de Enfermería (PE) el cual se entiende como un instrumento metodológico que infiere en la adopción de un esquema lógico de accionar dirigido a la realización de acciones reflexivas y orientadas hacia un objetivo.²⁵ Además el PE es utilizado para ayudar y planificar una mejor atención, que facilite la recolección de información para su respectivo análisis y de esta forma centrarse hacia las principales necesidades identificadas, y así llevar a cabo intervenciones que permitan la resolución de estas, para su respectiva evaluación con base en lo propuesto.²⁶ Como se puede ver, es a través del PE que el profesional aplica sus conocimientos, habilidades y opiniones para diagnosticar y buscar respuestas de los individuos ante las alteraciones encontradas.²⁵

El PE es el método científico inherente a la profesión, y es indispensable para poder ejercer el cuidado con calidad y de forma adecuada.²⁷ Esta metódica asegura la planificación y la entrega efectiva del cuidar.²⁷ Estudios internacionales han señalado que, a través de este, se da la solución a problemas y una mejor toma de decisiones, ambos guiados bajo fundamentación científica.²⁷ Además, es caracterizado por promover la asistencia reflexiva y ordenada, lo que otorga una constancia característica que facilita el uso equánime del tiempo y la capacidad de juicio crítico, lo que concede al profesional de Enfermería un papel protagónico en la creación de diagnósticos permitiendo que la persona sea el centro de interés y no solo su patología, esto es lo que brinda la independencia de los diagnósticos médicos.^{26,28,29}

Este método se conforma de cinco etapas enlazadas entre sí: valoración (recolección organizada de datos objetivos y subjetivos asociados al usuario), diagnóstico (análisis de la información obtenida para determinar las necesidades del individuo), planeación (identifica los objetivos y los resultados deseados en la persona, y elige las acciones de enfermería más oportunas), ejecución (aplicación del plan de cuidados) y evaluación (valoración de los resultados obtenidos);³⁰ estas se llevan a cabo de forma recurrente, permitiendo estar en constante comunicación con el usuario, lo que facilita la obtención de información valiosa que garantiza una mejor calidad asistencial.³¹

No obstante, a pesar de que el PE es indispensable para poder ejercer un cuidado con calidad, la realidad en su aplicación es limitada debido a que existe un predominio de diagnósticos médicos por encima a los de Enfermería, esto como resultado del desconocimiento de taxonomías disciplinares suscita un insuficiente conocimiento, que desfavorece la autonomía de la profesión^{24,28} Aunado a la calidad universitaria y la variedad de métodos de enseñanza y evaluación, así como el excesivo número de tareas, la restricción del tiempo, la cantidad de pacientes asignados y el enfoque hacia una práctica administrativa dan como resultado efectos negativos en la percepción y utilización de los PE, ocasionando la prescindencia del mismo, e impactando de forma negativa la integración del método y la atención brindada.^{25,28,29,31}

Sin embargo, a pesar de las dificultades mencionadas anteriormente la no realización y aplicación del PE marca un deterioro en el juicio clínico y en la adecuada planeación de cuidados, lo que ocasiona un retroceso en la autonomía de la disciplina.^{28,29,31} Es importante tener presente la trascendencia del cuidado a través del método científico, es decir del PE ya que nos garantiza una asistencia efectiva a la hora de llevar a cabo el cuidar.²⁷

En los que respecta a las intervenciones quirúrgicas, suelen ser acontecimientos especiales en la vida de los individuos, su éxito está sujeto a múltiples factores, entre ellos la preparación preliminar realizada por Enfermería desde el preoperatorio hasta culminar con el egreso de la persona usuaria en el postoperatorio; el enfermero está capacitado para la identificación de posibles eventos que pueden provocar una alteración en la salud del usuario a lo largo del proceso perioperatorio, por ello es esencial establecer un PE que facilite un adecuado y ameno contacto entre el profesional de Enfermería y el usuario.³³

Para Enfermería, es trascendental la creación de vínculos con cada persona a la que se le brinde sus servicios profesionales, debido a que al conocer a esa persona se le puede ofrecer una intervención centrada en sus necesidades de cuidado real, esto se logra dentro del perioperatorio, pues, se debe crear una relación positiva y holística a favor de una óptima recuperación del usuario, lo cual está diseñado para otorgar un atención de calidad.^{27,33}

Por consiguiente, este Trabajo de Investigación Aplicada, evidencia a través de un estudio de caso, la realización de un plan de cuidados a un usuario en la etapa postoperatoria, con el fin de reconocer los principales diagnósticos, resultados e intervenciones según la teoría del

confort de Katharine Kolcaba en un Hospital Público de Costa Rica, y a la vez resaltar el rol del profesional especializado en Enfermería Quirúrgica en la atención de los usuarios.

1.2 Justificación

La Enfermería no siempre fue vista como una ciencia, fue hasta en las últimas décadas donde su desenvolvimiento teórico impulsó la investigación de fenómenos que se asocian al cuidado mediante el estudio científico;³⁴ lo que ha permitido que se conforme como ciencia humana y social con un cuerpo de conocimiento propio.³⁵ Este a su vez se basa en el entendimiento de la naturaleza del ser humano y su respuesta al entorno;³⁶ por tanto, el profesional en Enfermería es idóneo para llevar a cabo acercamientos con el usuario, mediante el intercambio de lo que se conoce y la posibilidad de lo que puede ser descubierto^{34,36} para, finalmente comprender las necesidades de cuidados de las personas y descubrir de qué forma cuidar mejor de ellas.³⁴

Su desarrollo como disciplina científica faculta la incorporación de fundamentos teóricos y prácticos, ambos delimitando un campo de estudio, de saberes e interpretaciones.³⁵ La integración de la ciencia y la profesión permiten al enfermero fomentar el cuidado humano en diferentes etapas del proceso vital y en diferentes contextos, contemplando al individuo de forma integral, orientado en las respuestas del hombre frente a problemas de salud potenciales que ameritan intervenciones humanas y de calidad.³⁵

El ingreso a un centro hospitalario, indistintamente de la razón, es una experiencia susceptible que suele provocar alteraciones conductuales.³⁶ Ahora bien, las intervenciones quirúrgicas son eventos poco conocidos por la población, por ello producen malestar psíquico y físico, el cual surge de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso que puede desencadenar desde inquietud hasta el pánico.^{37,38,39,40} La sensación más frecuente previo, durante y posterior al acto anestésico-quirúrgico suele ser la ansiedad, la cual es una condición emocional pasajera, que comprende sentimientos de temor, nerviosismo, aprehensión, tensión y una elevada actividad del sistema nervioso autónomo.^{38,39}

Se ha demostrado con el tiempo, que los cambios ocasionados en el estado basal del individuo repercuten de forma directa no solo en el transoperatorio, sino también en el postoperatorio

afectando la recuperación inmediata, mediata y tardía debido a que retardan y entorpecen la recuperación del paciente.^{41,42} Además, se debe de tomar en cuenta la personalidad de cada individuo y la capacidad para tratar con ellos, es un reto,³⁸ de esta manera Enfermería toma un papel protagónico para valorar las necesidades de este a partir de la perspectiva de humanización del cuidado.⁴³

Considerando que a nivel global, los profesionales de Enfermería representan el grupo ocupacional más grande de la fuerza de trabajo del cuidado para la salud del mundo, se estima que cerca del sesenta por ciento lo compone personal del área de Enfermería, lo cual representa el mayor porcentaje de atención en todos los niveles del cuidado de las personas.^{10,45,46,47} Se puede señalar, que Enfermería es esencial y un eje indispensable alrededor del cual gira la universalidad de la atención en salud, debido a que es el personal que permanece más tiempo y en mayor contacto con quienes utilizan los servicios sanitarios.^{47,48}

Como se mencionó anteriormente, el primer contacto en el ambiente quirúrgico de una persona es con el personal de Enfermería, y la relación que se logre obtener suele definir la satisfacción, tranquilidad y confort del paciente,⁴⁴ lo que permite al personal enfermero un mayor involucramiento en los procesos asistenciales,⁴⁵ pero también ser figuras claves en la seguridad y calidad del cuidado, así como a su vez en la reducción de resultados adversos.^{10,45}

Se destaca que Enfermería se encarga de la atención directa de las personas en todos los momentos de asistencia sanitaria brindada, es a quien se le delega permanecer de forma atenta de la evolución de estas;^{10,45} Asimismo, adquiere gran responsabilidad legal, ética y social con la gestión del cuidado, haciéndose cargo en asegurar la continuidad y calidad de los mismos.^{46,47,48} La enfermería se posiciona en un lugar predominante dentro de los servicios sanitarios, y su importancia recae en el cuidado de la salud del individuo y de la sociedad, por las cualidades y virtudes morales del que la ejerce y por el carácter sagrado de la vida humana que se pone en sus manos.⁴⁹

El modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad recomienda que debe evaluarse de forma sistemática el cómo se está ofreciendo la atención y en qué aspectos específicos habría que plantearse acciones de mejora continua.^{44,47,48} Conocer la satisfacción y confort de las personas, favorece a la disciplina construir intelecto valioso que le permitirá

cimentar cuidados holísticos, orientados a suplir las necesidades básicas no solo de las personas, sino también de la institución, convirtiéndose en una herramienta para la gestión de cuidados como eje principal, a razón de generar estrategias de mejora;^{46,50,51} que pueden llevarse a cabo a través del PE, por medio del análisis crítico basado en evidencias.⁵² Implementar este método en la unidad de recuperación post-anestésica (URPA) con base en teorías de Enfermería que mejor convengan en cada caso provocaría un impacto significativo en la atención brindada.

Sin embargo, hoy se tiene un servicio asistencial que demanda atención con limitada dotación de personal, que no es consecuente con los índices de atención y que además presiona al profesional a inclinarse más al hacer que a pensar en las necesidades del paciente.⁵³ La concepción de cuidado es la llave de la evolución en la disciplina y se manifiesta como un constructo en el acto de descubrir las necesidades reales del individuo. A través de la práctica se proporcionan los cuidados, con el objetivo de transformar a lo proactivo las necesidades y la satisfacción de cada persona.⁵³ Dicho lo anterior, el PE se emplea como estrategia metodológica ya que es un instrumento de destreza y conocimiento que facilita el pensamiento crítico.

No obstante, nuestra práctica enfermera es más fructuosa cuando está orientada a favor de la persona, acompañado de la complacencia del trabajo bien hecho; y esto es posible cuando con precedencia a los cuidados existe una planeación y organización personalizada para el individuo.⁵⁴ De esta forma permite ofrecer una asistencia holística y de mayor calidad, y se logra a través de la aplicación y ejecución del PE, es fundamental tener presente que este es el sello de nuestra profesión, el distintivo que nos caracteriza como profesionales en Enfermería.⁵⁴

La realización de un adecuado PE tiene como objetivo conservar el nivel óptimo de bienestar de la persona usuaria; de no lograrlo y este desmejore permite adecuar la asistencia para retornarlo, y si definitivamente no es posible volver a su estado anterior facilita otorgar cuidados de calidad de vida tan elevados como se pueda durante el mayor tiempo posible.⁵⁴ La flexibilidad y los diversos matices del proceso facilitan que esta cualidad se mantenga, dado que el mismo está en constante revaloración.⁵⁴

Este instrumento en la práctica enfermero le permite a la persona ser partícipe de su propio cuidado, le otorga atención individualizada, continua y de calidad de acuerdo con la prioridad de los problemas reales o potenciales encontrados, también fortalece el carácter de los cuidados tanto al individuo, como a su familia y comunidad.^{14,15,54} Lo cual permite al profesional una fácil y sencilla comunicación con el grupo interdisciplinario, y al mismo tiempo evalúa el impacto de los cuidados enfermeros, así como la satisfacción de sus labores, lo que aporta el medio para organizar, fomentar el pensamiento crítico y la investigación.⁵⁴

A lo largo de los años, la enfermería como disciplina orientó su saber y quehacer basándose en la intuición, en lo que creía más oportuno, es decir, de forma empírica, lo que trae consigo prácticas rutinarias carentes de pensamiento crítico.⁷ De frente a esta peculiar situación, surgen las figuras teóricas que son patrones de pensamiento ideólogo, que orientan la práctica a partir del razonamiento, el saber, el conocer, el evaluar y el redefinir; dan sentido al hacer y crean una estructura que da visibilidad a la práctica. En general, estos medios se reflejan, del mismo modo, en la educación, la investigación y la administración para el cuidado de Enfermería.⁵⁵

Al enlazar las condiciones de capacidad científica (utilización teórica) y de toma de decisiones (creatividad y utilización de evidencia), los profesionales de Enfermería fomentan el desarrollo disciplinar con óptimas competencias para el respaldo de una práctica autónoma, que es el fin profesional y la cualidad fundamental de toda profesión.⁵⁵ La práctica de Enfermería autónoma se genera para lograr el objetivo del cuidado, controlar su propio ejercicio y, dentro de lo posible, no debe estar sujeta a presiones o influencias externas.⁵⁵

No existe autonomía sin calidad, y es aquí donde se encuentra una piedra en el camino para la práctica, porque cuando se obstruye la autonomía, surge la subordinación del conocimiento y, como consecuencia, una pérdida de jurisdicción sobre el campo del conocimiento de Enfermería.⁵⁵ La jurisdicción y la autonomía son complicados de alcanzar sin conocimiento disciplinar y sin las habilidades para su desarrollo y evolución, pero es más grave cuando la Enfermería, a pesar de generar y saber manejar el conocimiento disciplinar en su actuar como disciplina, no gana el reconocimiento, sino que se conforma permitiendo la invasión externa de la experiencia.⁵⁵ El conocimiento disciplinar de la Enfermería se nutre en filosofías de la ciencia o teorías de Enfermería,⁵⁶ que generan múltiples interpretaciones de los fenómenos

del cuidado (hermenéutica), se caracteriza por la diversidad y agrupan diversas formas para manejar el conocimiento, la práctica y la investigación.⁵⁵

Todas las teorías de Enfermería son favorables si se aplican adecuadamente a las situaciones derivadas de las necesidades de la disciplina y de la destreza.⁵⁵ Es así como los marcos de referencia y los modelos conceptuales, permiten orientar a la disciplina y en especial a la práctica. Consideremos que un método sustentado en un modelo conceptual tiene un objetivo claro y sugiere los procedimientos o técnicas adecuadas para causar y desarrollar esa práctica, pero sobre todo para evaluarla.⁵⁵ En otros términos, los modelos adquieren su verdadero significado cuando se trasladen al uso diario, y se pueda probar. Ahí se puede demostrar la forma de llevar a cabo el proceso de cuidar, guiado por un modelo de Enfermería, esto permite una mayor calidad de vida a las personas a las que se atienden, contribuyendo a mejorar su nivel de salud.⁵⁶

La Enfermería moderna plantea sus bases en el PE, que es el método científico aplicado a los cuidados, y el desarrollo de modelos de cuidados de enfermería permite una conceptualización fundamentada de la Enfermería como profesión, para definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde un determinado marco conceptual.⁵⁷

El PE procura el eje metodológico para facilitar cuidado, el cual ha avanzado de tal manera, que se ha diseñado un lenguaje sencillo, con el fin de simplificar y unificar la manera de expresar el quehacer de Enfermería, tal es el caso de la taxonomía, North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC), este tipo de clasificación concede a la profesión sus propios diagnósticos basados en evidencia, y a su vez valúa cada componente del proceso.⁵⁸ La taxonomía anteriormente mencionada será la utilizada en este caso de estudio.

Cabe mencionar que la teoría de Enfermería que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es la de Virginia Henderson. Este modelo es totalmente compatible con el PE, tiene aplicación en la práctica, pues, ofrece la especificidad al profesional de Enfermería de

conocer qué necesidad de la valoración realizada al paciente tiene mayor dependencia, así buscar de esta manera la satisfacción de la misma.⁵⁹

Asimismo, el modelo de Katharine Kolcaba quien es una de las personas que más ha estudiado en profundidad el confort, quien lo define como la experiencia inmediata y holística de la persona de fortalecerse cuando se abordan las necesidades para tres tipos de confort alivio, tranquilidad y trascendencia.⁵⁷ Los preceptos teóricos de Katherine Kolcaba reafirman la idea de que las intervenciones en el confort no suelen ser intervenciones técnicas, sino que complementan la asistencia clínica, y a la vez que abogan por satisfacer las necesidades humanas básicas.⁵⁸

Se decidió llevar a cabo un estudio de caso como metodología de investigación, para evidenciar la importancia de la aplicación del PE, que debería ser siempre parte de la atención que ofrece Enfermería en los hospitales; por dicho motivo se seleccionó este diseño de investigación. A causa que actualmente al ser difícil realizar planes de cuidado de Enfermería en el servicio de recuperación post-anestésica; es decir, no se registra el PE, ni se utiliza el lenguaje taxonómico, ni hay evidencia del uso de algún enfoque teórico enfermero; el estudio de caso faculta la iniciación del tema, y de esta forma establecer un punto de partida, no solo para conocer el fenómeno en análisis, sino también con el fin de implementar, a futuro, el plan de cuidados de Enfermería, que actualmente se omite al brindar la atención.

Este diseño de investigación está integrado dentro del quehacer diario, por lo que es aún más cercano a la realidad de la dinámica de Enfermería, favoreciendo la identificación de mejoras del PE en un ambiente postquirúrgico, donde las personas son vulnerables y necesitan asistencia, basándose en sus necesidades reales o potenciales del momento. De allí surge el planteamiento de la pregunta de investigación.

¿Cuáles son los principales diagnósticos, resultados e intervenciones de los usuarios en la etapa postoperatoria en un hospital público?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

- Desarrollar un plan de cuidados a un usuario en etapa postoperatoria en un estudio de caso, en un Hospital Público de Limón, Costa Rica.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar las principales necesidades de cuidado postoperatorio del caso.
- Identificar los principales diagnósticos NANDA postoperatorios del caso.
- Identificar las principales intervenciones (NIC) de Enfermería postoperatorios del caso.
- Determinar los principales resultados (NOC) de Enfermería postoperatorios del caso.

Capítulo II: Marco Referencial

2.1 Marco referencial

2.1.1 Antecedentes

En la actualidad, los servicios de salud deben concentrar los esfuerzos y direccionar sus recursos en el entendimiento de los usuarios; es decir, en saber lo que esperan y como perciben los servicios brindados, con el objetivo de satisfacer sus necesidades.^{60,61} Es conveniente agregar que a nivel mundial la satisfacción de los usuarios se basa en un conjunto de factores externos observados durante sus visitas a los hospitales, originando diferentes niveles de respuesta relacionados más con las experiencias vividas en lugar de las diversas expectativas con las que acuden desde el ingreso, hasta lo esperado en recibir.⁶⁰

Se afirma que no puede haber calidad, cuando el estado de salud y la atención sanitaria resultante, no llegan a cubrir las expectativas del usuario.⁶² Por lo tanto, los Centros de Salud deben considerar las necesidades de los individuos, así las perspectivas de estos.⁶² Como puede apreciarse, ha surgido un mayor interés en el tema, por ende, las investigaciones en el área de Enfermería Quirúrgica también han tenido un crecimiento, perfeccionando el hacer de la disciplina.⁵⁹

Con el auge de los avances tecnológicos, se ha alcanzado a solucionar por medio de las intervenciones quirúrgicas, las condiciones de morbilidad, la disminución de hospitalizaciones según el procedimiento a realizar y la técnica quirúrgica efectuada.⁶³ Además ha existido un incremento en el conocimiento científico, del mismo modo que las investigaciones en el área de la Enfermería quirúrgica han tenido un crecimiento exponencial, lo que ha permitido el respaldo científico del quehacer de la profesión. Se procedió a una búsqueda de aspectos internacionales y nacionales relacionados a la temática que se intenta evidenciar en este estudio, las cuales se describen a continuación.

2.1.2 Antecedentes Internacionales

A partir de estudios con énfasis en temas relacionados se destacan investigaciones de los últimos diez años en diversos países del continente Europeo donde la mayoría de sus publicaciones científicas se refieren a la utilización de diagnósticos con lenguaje taxonómico, pero lo abarcan de forma generalizada en el proceso perioperatorio y solo unos pocos se centran en el postoperatorio o el preoperatorio.

Para ilustrar, cabe mencionar un estudio sobre el plan de cuidados estandarizado en el postoperatorio de la amputación de miembros inferiores, evidenció que este tipo de cirugía es una alteración física, psicológica y social significativa, y que para poder establecer una asistencia de calidad conviene realizar un abordaje integral del paciente, donde el papel de la Enfermería cobra relevancia al estar en contacto continuo con la persona durante todo el proceso, y que para garantizarlo se desarrolló una atención completa y de calidad en plan de cuidados basado en la valoración por patrones de Marjory Gordon y continuando con la taxonomía NANDA-NOC-NIC (NNN).⁶⁴

Otra investigación orientada en un plan de cuidados estandarizado para el postoperatorio de cirugía perianal ambulatoria, este plan demostró que la utilización de un modelo como marco de análisis y reflexión orienta la toma de decisiones enfermeras y clasifica los distintos tipos de problemas de salud del paciente. Las taxonomías han sido útiles para designar las distintas áreas de responsabilidad en el cuidado y para clarificar los criterios de resultados en el paciente en la atención ambulatoria, ya que adquiere una especial relevancia la consideración de aspectos individuales, sociales y familiares del paciente, debido a que la convalecencia de su proceso se realiza en régimen ambulatorio, lo que hace aún más necesario el autocuidado, siguiendo el modelo de Enfermería de Virginia Henderson y la terminología enfermera de las taxonomías NNN.⁶⁵

Otro análisis de índole relevante manifestó que los cuidados se deben llevar a cabo de modo científico, con acceso a la última evidencia y documentándolos con un lenguaje estandarizado, este último hecho fundamental para poder delimitar el campo de actuación, permitir la comunicación intra e interprofesional y reducir el número de errores en la práctica,

además de ahorrar tiempo y costes, facilitando la investigación, para llevarlo a cabo eligieron el modelo de patrones funcionales de salud de Gordon.⁶⁶

También, en otro estudio sobre un plan de cuidados para pacientes sometidos a resección transuretral (RTU), permitió demostrar que, de forma ordenada y sistemática, se garantiza una correcta atención y seguimiento de este tipo de pacientes hasta el alta, gracias a la implementación un adecuado plan de cuidados estandarizado y la taxonomía NNN.⁶⁷

Asimismo, en otra investigación se demostró que el papel de Enfermería, dentro del protocolo del trasplante reno-pancreático, es fundamental, en la realización de las valoraciones y en la adaptación de los protocolos existentes al paciente y a las necesidades reales de los mismos. La utilización de planes de cuidados estandarizados adaptados al medio hospitalario facilita la orientación de los cuidados de Enfermería y unifica criterios permitiendo la cuantificación y evaluación de estos. Se comprobó, que los tiempos de los cuidados de Enfermería son una parte fundamental en los resultados, y en la calidad de la atención tanto del trasplante inmediato, como a más largo plazo, esto en un plan de cuidados (NANDA, NOC, NIC) para el trasplante de páncreas-riñón, en el preoperatorio.⁶⁸

De igual forma, en un análisis con personas con el síndrome de Marfan y disección aórtica en el postoperatorio con PE con taxonomía y orientado con la teoría de Virginia Henderson, donde se demostró que la atención de calidad basada en evidencia contribuye a la pronta recuperación y una óptima evolución.⁶⁹

Cabe mencionar que se realizó una guía que fue elaborada para prevenir el embolismo en usuarios posterior a la colocación de prótesis de rodilla llevado a cabo durante el postoperatorio; los resultados obtenidos indicaron que la actividad de realizar una valoración exhaustiva consolidada en el plan de cuidados estandarizado para el paciente tiene efectividad moderada por lo que se sugiere considerar su aplicación.⁷⁰

Otro estudio dirigido a la elaboración de un plan de cuidados individualizado desarrollado bajo las competencias del profesional en enfermería relacionadas al trasplante hepático y la colangitis biliar primaria orientado según la teoría de Virginia Henderson, donde fue visible la importancia de la etapa diagnóstica y de planificación para focalizar y priorizar las necesidades alteradas que suponían un mayor riesgo vital para el usuario.⁷¹

Por su parte otra investigación donde se presenta el caso de un joven sometido a intervención quirúrgica de pectus excavatum, en el cual se realizó una valoración según las 14 Necesidades de Virginia Henderson y se definió un plan de cuidados individualizado empleando la taxonomía diagnóstica NNN, gracias a la ejecución del PE se demostró un mayor grado de aceptación de su imagen corporal, y recuperó progresivamente el estado de ánimo y la relación con sus iguales según detalla este estudio.⁷²

De manera similar, un estudio sobre la atención de enfermería durante el postoperatorio a usuarios sometidos a clipaje por ruptura de aneurisma utilizando la taxonomía NNN mostró que el impacto de los cuidados postquirúrgicos fueron efectivos al evidenciar una mejoría significativa según lo detalló la evaluación del caso.⁷³

Igualmente, se menciona el desarrollo de un plan de cuidados estandarizado aplicado a usuarios con un problema interdependiente: choque hipovolémico secundario a una hemorragia obstétrica, usando la taxonomía NANDA-NIC-NOC, para contribuir al conocimiento e intervenciones de la disciplina de enfermería en el área quirúrgica postoperatorio, por medio de este se corroboró que la atención inmediata de eventos obstétricos a través de una valoración por patrones funcionales en salud es de gran utilidad para un análisis del evento que se está presentando con el fin de optimizar el cuidado y satisfacer las necesidades de las usuarias con hemorragia obstétrica; y con la elaboración de un plan de cuidados estandarizado en base a las herramientas metodológicas de enfermería como un Proceso Cuidado Enfermero y el uso de la NANDA, NOC, NIC, se mejoran las intervenciones oportunas en un choque hipovolémico secundario a una hemorragia obstétrica postparto.⁷⁴

Además en un estudio sobre el cuidado enfermero en la atención al paciente con colecistectomía laparoscópica se aplicó un tipo de atención de enfermería aplicando dominios y clases según NNN priorizando las necesidades del usuario, las cuales ayudaron a conseguir una adecuada recuperación con el uso de la teorizante de las necesidades de Virginia Henderson la cual se relacionó con el de Dorothea Orem.⁷⁵

En otra investigación realizada en usuarios con cáncer de pulmón intervenidos quirúrgicamente de lobectomía pulmonar, utilizando el modelo de Virginia Henderson, se

identifican los problemas nombrándolos según la taxonomía diagnóstica NANDA y describiendo los resultados esperados (NOC), para el cumplimiento de los objetivos, se planifican las intervenciones necesarias (NIC). En el estudio se concluye que el PE postoperatorio de la lobectomía pulmonar facilita el desarrollo de los cuidados de Enfermería, con los cuales se mejora la salud y calidad de vida de los usuarios.⁷⁶

Para finalizar con los acontecimientos internacionales se menciona la existencia de un estudio sobre el nivel de ansiedad del usuario en el periodo preoperatorio, en donde las intervenciones se sustentaron con la clasificación de resultados de enfermería (NOC) y la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), esto les otorga cuidados de una forma organizada y sistematizada para la obtención de resultados positivos durante el proceso.⁷⁷

2.1.3 Antecedentes Nacionales

En contexto nacional, existe escasez de investigaciones sin embargo hay dos estudios que conservan la tendencia internacional, estas tratan sobre el manejo de la ansiedad.^{78,79} Y sobre un plan de cuidados a usuarios en etapa postoperatoria,⁷ los cuales se desarrollan a continuación.

El primero es sobre la inducción preoperatoria para pacientes y familiares en caso de cirugía mayor y su relación con la ansiedad, enfocado en la población pediátrica de nuestro país y hace énfasis en la implementación de programas apropiados prequirúrgicos que incluyen diversas estrategias, las cuales permiten la orientación sobre todo lo que conllevan las intervenciones quirúrgicas, y esto colabora en el alivio de la ansiedad en los menores de edad y su familia durante la experiencia quirúrgica.⁷⁸

El segundo estudio mencionado, se enfoca en el PE y se orienta en la teoría de Imogene King, para mejorar el estado de ansiedad, en el preoperatorio, por medio de su postulado de presunción de objetivos; esto indica que se puede redireccionar, según la teorizante, y la necesidad de cuidado que presente cada persona.⁷⁹

La última investigación por mencionar aborda un plan de cuidados a usuarios en etapa preoperatoria de un hospital de índole privado, tomando como base la teoría de Virginia Henderson para la valoración, en el preoperatorio, y con ello se logre identificar los principales diagnósticos, resultados e intervenciones.⁷

Como se observa son pocas las publicaciones realizadas en nuestro país, cabe destacar que en su mayoría tratan de programas perioperatorios, centrados en el acto quirúrgico dejando de lado al usuario en la etapa postquirúrgica, la cual es vital porque es la recuperación del paciente, además se debe agregar el hecho que no hay evidencia de la realización de un PE en dicha etapa postoperatoria, siendo este proceso el único método del profesional de enfermería para brindar cuidado eficaz antes, durante y después de un acto quirúrgico.⁸⁰

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Proceso de Enfermería (PE)

Para iniciar, se destaca a la enfermería como la ciencia del cuidado, y como tal tiene la finalidad de lograr un impacto en el proceso de salud del usuario, la familia y su comunidad, el cual se lleva a cabo a través del Proceso de Enfermería.^{7,53}

Respecto al PE, este es el equivalente al total de acciones intencionadas para llevar a cabo el cumplimiento por objetivos propuestos para garantizar la comodidad del usuario en función de esta disciplina.⁷ La cual es un conjunto de procedimientos lógicos, dinámicos y sistemáticos utilizados para brindar cuidados sustentados en evidencia científica.⁸¹ Según lo anterior, la Enfermería se caracteriza por proporcionar cuidados basado en conocimientos y técnicas específicas que permiten desarrollar un método de trabajo propio.⁶⁴

Cabe mencionar que los profesionales de Enfermería luchan por formar un sustento de conocimientos que funcionen de sostén en la práctica profesional y así permitir mejorar la calidad de los cuidados que se ofrecen en el marco del conjunto de la asistencia sanitaria.⁵⁸

Para lograr el fortalecimiento de esta base epistemológica es fundamental la adecuada comprensión de los diagnósticos de Enfermería (NANDA-I), los resultados del usuario (NOC) y las intervenciones (NIC);⁸² Y es mediante la práctica clínica diaria que se logra la mejorar la conexión entre los problemas, los resultados y las intervenciones en un área especializada como lo es en este caso el área perioperatoria y a su población específica de usuarios.⁵⁸

2.2.2 Lenguaje Estandarizado: NANDA-I, NIC, NOC

Las clasificaciones North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I),⁸³ Nursing Interventions Classification (NIC)⁸¹ y la Nursing Outcomes Classification (NOC)⁸⁴ son utilizadas en el Proceso de Enfermería como apoyo a la identificación de los diagnósticos de Enfermería, de los resultados y de las intervenciones, además de permitir juicios clínicos más asertivos.⁸² Estas clasificaciones favorecen la distinción entre la Enfermería y el modelo biomédico, además promueven el desempeño del papel clínico de Enfermería fundamentado en las respuestas de los usuarios al proceso de salud/enfermedad y a las etapas del ciclo vital.⁸²

Es relevante la utilización y el desarrollo de un sistema estandarizado de lenguaje, debido a que favorece la identificación de los elementos centrales a una ciencia y el estímulo al desarrollo de más estudios sobre ésta.^{85,86}

La realización conjunta de NANDA-I, NOC y NIC (NNN) ha mejorado la capacidad práctica y la eficacia de los datos de Enfermería.⁸² Los profesionales en Enfermería afrontan situaciones clínicas complejas donde la interpretación de los datos del usuario es compleja, variada y está enfocada por el contexto de la asistencia.⁸² Estos vínculos favorecen el pensamiento crítico y las habilidades de razonamiento que necesitan los profesionales en Enfermería para atender usuarios que presentan diversas afecciones.^{82,86}

Respecto al NANDA Internacional, los diagnósticos de Enfermería puntualizan las necesidades reales y potenciales. Los componentes de un diagnóstico NANDA-I real son las características definitorias (signos y síntomas) y los factores relacionados (causales o

asociados).^{81,82} Por su parte los NIC son la clasificación estandarizada y detallada de las intervenciones de Enfermería.^{81,84} A diferencia de los NANDA-I y los NOC donde la atención se centra en el usuario, el foco de interés en las intervenciones de Enfermería son las acciones de Enfermería que permitirán al usuario la obtención de los resultados deseados.⁸¹ Y los NOC son la clasificación estandarizada y detallada de los resultados del usuario, ayudan a evaluar el nivel de éxito de los NIC.^{82,83,85} A diferencia del simple cumplimiento o no de objetivos, los NOC pueden disponerse para la observación del progreso.^{83,85}

Para aplicar el PE, es fundamental que los profesionales en Enfermería empleen un lenguaje estandarizado que se permita transmitir sin dificultades, así participar acorde a las necesidades y el estado del usuario.⁸² La utilización estandarizada de esta taxonomía proporciona el empleo de un mismo modo de comunicación en la práctica clínica disminuyendo así la variabilidad; y a la vez aumentando la capacidad de investigación del enfermero, mejorando así la organización del trabajo y la gestión de los cuidados, para una mayor calidad,⁸² pues lo relevante en este tema sería que en el ejercicio de la enfermería se apliquen los cuidados basados en la evidencia científica.⁸⁶

2.3 Marco Teórico

2.3.1 Marco Teórico

Más allá de formar el PE con taxonomía del lenguaje, se eligió un enfoque teórico propio de la disciplina, con el objeto de dar mayor profundidad a las intervenciones y a los resultados que se alcancen del estudio de caso como investigación aplicada. A causa de lo que antes se ha dicho, la Teorizante de Katherine Kolcaba basada en el confort como la experiencia inmediata de sentirse fortalecido al satisfacer las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia en los contextos físico, espiritual, sociocultural y ambiental; será la columna para la primera etapa del PE: la valoración, esta se describirá a continuación.

2.3.2 Teoría del Confort: Katharine Kolcaba

Como reseña se menciona que Katharine Kolcaba, nace en la ciudad de Cleveland, Ohio, en 1944. A los 21 años se diploma como enfermera, trabajó tiempo parcial durante muchos años como enfermera médico-quirúrgica, y brindaba cuidados de larga duración de forma domiciliar. Veintidós años más tarde obtiene un postgrado en la especialidad de gerontología,⁵ mientras estudiaba ejercía su profesión como enfermera jefa en una unidad de demencia; este hecho marca el inicio de la elaboración de su teoría del confort.⁵

Actualmente, Katharine Kolcaba es miembro de American Nurses Association (ANA), fundadora y coordinadora de un programa parroquial local para profesionales en Enfermería, además de seguir realizando estudios sobre el confort en todos los niveles con estudiantes y profesionales en Enfermería.^{5,87} Ella realiza su investigación cuando hizo su doctorado publicando un análisis del concepto del confort con aspectos de la comodidad, empleándola como objetivo del cuidado, y adaptándolo en una teoría de nivel intermedio, que fue demostrado en un estudio de intervención.^{5,87} Se destaca que Katharine Kolcaba ha recibido premios de honor como investigadora por su sobresaliente labor.^{5,87}

Como se menciona antes Kolcaba empieza con la elaboración de su teoría con un diagrama de la práctica enfermera para su doctorado; el cual dio inicio con una revisión de fuentes documentadas sobre la comodidad en el área de la salud, según las diferentes disciplinas como enfermería, medicina, psicología, psiquiatría y ergonomía.⁸⁷ Esta investigadora descubrió que en los inicios del siglo XX la base de la Enfermería y la Medicina se focalizaba a través de la comodidad, y mediante ella se alcanzaba la recuperación.

Asimismo Katharine Kolcaba considera la definición de confort para el cuidado de la salud como el estado inmediato de ser fortalecido por tener las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia abordadas en los cuatro contextos de la experiencia humana holística: física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental.^{5,88} Katharine Kolcaba refiere que si los usuarios están mejor también se sentirán mejor, pues no se puede ignorar que el confort de las personas

usuarias debe de ser el primer y último objetivo de la profesión; Esto por medio instintivo se asocia con la actividad del cuidado.⁸⁷

Para el desarrollo de esta teorizante, Kolcaba utiliza ideas de las primeras teóricas de la Enfermería y así simplificar los tipos de confort en su minucioso análisis conceptual,^{5,87} a continuación:

- Alivio, estado de un receptor que ha visto cumplida una necesidad específica, se refiere a la satisfacción de necesidades (malestares, ansiedad, inquietudes, entre otros) de los usuarios.⁵ De acuerdo con base a la teoría de Orlando,^{5,89} la cual se centra en cómo mejorar la conducta del usuario mediante el alivio de su angustia; donde el usuario manifiesta mediante expresiones verbales y no verbales sus necesidades, lo que promueve acciones de Enfermería destinadas a satisfacer la necesidad de ayuda del usuario.⁸⁹
- Tranquilidad, es definida como el estado de calma o satisfacción, pues hace referencia a la totalidad de la persona, a la comodidad de la mente y el cuerpo.⁵ este elemento se recopila de la teoría de Henderson^{5,90} quien define que la Enfermería es asistir al individuo a realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud, su recuperación o la muerte en paz.⁸² Con este modelo se busca la independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona, y se procura que el profesional en Enfermería posea conocimientos que le permitan incentivar e incrementar las habilidades, destrezas y la voluntad del individuo hasta conseguir que sus requerimientos de salud puedan ser cubiertos de acuerdo con su capacidad.⁹⁰ Además la investigadora describe 14 funciones básicas de los seres humanos que deben mantenerse durante los cuidados.⁹⁰
- Transcendencia, se conceptualiza como el estado en el cual un individuo esta por sus dificultades (problemas, ansiedad, temor, dolor, entre otras), se refiere a las medidas de comodidad que fortalecen y engrandecen a una persona; es decir, que el individuo surge por encima del dolor o las dificultades. Katharine Kolcaba compendió con base en la teoría de Paterson y Zderad,^{5,91} esta teorizante se define como una experiencia

existencial vivida entre el profesional de Enfermería y los individuos; enfatizando que los usuarios vencen sus dificultades con la ayuda de Enfermería.⁹¹

La investigación que Katharine Kolcaba elabora cuatro contextos de confort experimentados por los beneficiarios de los cuidados, los cuales serán mencionados:^{5,88,92,93} El primero es el contexto físico, este se refiere a las sensaciones corporales, continúa el contexto psicoespiritual,^{5,88,92,93} está el contexto sociocultural que corresponde a las relaciones interpersonales, sociales y familiares, por último, el contexto ambiental en el que se incluye infraestructura, temperatura, iluminación, entre otros.^{5,88,92,93} Una vez que la autora relaciona los tres estados de comodidad con los cuatro contextos de la experiencia de comodidad produce una red de 12 celdas llamada estructura taxonómica (Tabla 1). Estas celdas interrelacionan los sentidos con los contextos en la cual la comodidad de los pacientes es experimentada en un entorno y sentido específico.^{5,88,92,93}

Figura 1: Estructura taxonómica del confort

		Tipo de confort		
		Alivio	Tranquilidad	Transcendencia
Contexto en el que se produce el confort	Físico			
	Psicoespiritual			
	Del entorno			
	Social			

Fuente: Raile M, Marriner A. Modelos y Teoría de Enfermería. 9ª ed. Barcelona; Elsevier; 2018

2.3.2.1 Principales conceptos y definiciones

En la teoría de Kolcaba, quienes reciben las medidas de confort se denominan receptores, pacientes, estudiantes, prisioneros, trabajadores, personas de edad avanzada, comunidades e instituciones.⁵ Respecto a las necesidades de cuidados de la salud se alude al confort, a partir de situaciones que causen tensión o estrés en la atención sanitaria que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer.^{5,92} De acuerdo a Katharine Kolcaba estas necesidades pueden ser físicas, psicoespirituales, socioculturales o del entorno.^{5,92} Y cuando se mencionan intervenciones de confort, el énfasis es en las actividades de Enfermería originadas para llevar a cabo las necesidades específicas de comodidad de los receptores.^{5,92}

Con respecto a las variables de intervención, estas son definidos como aquellos esfuerzos de interacción que influyen en las percepciones de los receptores del confort total.^{84,91} Estas variables generan influencia en la planificación y el éxito de las intervenciones de los cuidados de la persona usuaria. Finalmente, el confort es la experiencia inmediata e integral que se fortalece cuando se abordan las necesidades de la persona.⁸⁴

2.3.2.2 Definiciones paradigmáticas

Enfermería debe realizar la evaluación intencional de las necesidades de confort, de la persona usuaria, procurando ejecutarlas intervenciones para tratar esas necesidades, y al finalizar evaluar después de la aplicación en comparación con el valor de referencia.⁹² Según Katharine Kolcaba la evaluación y la reevaluación puede ser intuitiva, subjetiva o ambas, por ejemplo, que el profesional de Enfermería pregunta al usuario si está cómodo,⁹² respecto a las evaluaciones objetivas se debe de comprender la observación de la curación de las heridas, los cambios en los valores analíticos o los cambios de conducta.⁹²

- La persona usuaria, es aquel receptor de los cuidados,⁹⁰ pueden ser individuos, familias, instituciones o comunidades que necesitan atención sanitaria.

- El entorno hace referencia a cualquier aspecto del paciente, la familia o la institución que puede ser manipulado por los profesionales de Enfermería, los familiares o las instituciones para aumentar el confort.⁹⁰
- La salud es el manejo adecuado del paciente, familia, profesional sanitario o comunidad,⁹⁰ según la definición del paciente o grupo.

2.3.2.3 Principales premisas

Las ideas principales de la Teoría del Confort según lo expone Nava son las siguientes:⁸⁷

1. Los seres humanos tienen respuestas integrales a estímulos complejos.
2. El confort es la consecuencia integral deseable concomitante con la disciplina enfermera.
3. El confort es un esfuerzo activo; se trata de una necesidad humana básica que las personas tratan de asistir.
4. El aumento del confort fortalece a los pacientes para que participen en conductas manifiestan complacidos con sus cuidados en salud.
5. Los usuarios que están autorizados a participar activamente en conductas de búsqueda de la salud están satisfechos con su atención sanitaria.
6. La integridad institucional se basa en un sistema de valores orientado a las personas que reciben los cuidados.

2.3.2.4 Afirmaciones teóricas

De acuerdo con Kolcaba los profesionales en Enfermería:⁸⁷

- Identifican las necesidades de confort no satisfechas de los usuarios, y mediante acciones llevan a cabo la satisfacción y la potencialización del confort, lo que constituye el resultado inmediato deseado.

- La potenciación del confort está directa y positivamente relacionada con implicación en las conductas de búsqueda de la salud, lo que constituye el siguiente resultado deseado.
- Cuando las personas acogen asistencia adecuada para llevar a cabo las acciones salubres por sí solas, como una adecuada recuperación, se potencializa la integridad estructural.

2.3.2.5 Planteamiento lógico

Kolcaba afirma que desarrolló la teoría del confort empleando tres tipos de razonamiento lógico: inducción, deducción y retroducción,⁹⁴ que se detallarán a continuación:

Inducción, se sustenta en elaborar generalizaciones a partir de un número de casos específicos observados.^{87,94} Cuando el profesional de Enfermería se encuentra inequívoco de su práctica y la Enfermería como disciplina cumple con su finalidad es entonces cuando se perciben los conceptos implícitos y explícitos, términos, afirmaciones y supuestos que subyacen en su práctica.⁹⁴

La deducción, forma de razonamiento lógico que infiere conclusiones específicas a partir de premisas que van de lo general a lo específico.^{5,87,94} El estadio deductivo del desarrollo de la teoría relacionó la comodidad con otros conceptos, y dio lugar a la teoría.^{87,94} Además la investigación utiliza el trabajo de tres teóricas: Orlando, Henderson, Paterson Zderat, para la definición de comodidad, así mismo unifica alivio, tranquilidad y trascendencia.⁹⁴ La teoría trata sobre las necesidades humanas, por ende puede aplicarse a las personas que experimentan múltiples estímulos en situaciones estresantes de cuidado a la salud.⁹⁴ Ése fue el estadio deductivo del desarrollo de la teoría, inicia con la construcción y subestructuración de teóricas generales y abstractas para descender a niveles más específicos que incluyen conceptos de la práctica enfermera.⁹⁴

La retroducción genera ideas que se aplican a campos con pocas teorías disponibles, siendo útil en la selección de fenómenos que pueden desarrollarse con mayor profundidad y probarse.⁹⁴ Este es el caso de la investigación de resultados que, hasta la fecha, se centra en

la recolección de datos para medir resultados, y enlazar con los resultados de los tipos de protocolo enfermeros, médicos, institucionales o comunitarios.⁹⁴

2.3.3 Teoría de las Necesidades: Virginia Henderson

Virginia Henderson, nace en 1897 en la ciudad de Kansas City, Misuri. De acuerdo con Tirado su interés por la enfermería aflora durante la primera guerra mundial, a la edad de 24 años se diploma como enfermera de la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington, D.C y posteriormente inicia su vida laboral en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. Se destaca por su trayectoria profesional como enfermera, profesora, autora e investigadora.⁹⁵

Se enfoca en la persona como un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, su modelo toma en cuenta la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como centro del quehacer enfermero.⁵

Henderson puntualiza que el rol fundamental del profesional en enfermería es ayudar a la persona sana o enferma a preservar o recobrar su salud, o según el caso a asistirle en los últimos momentos de su vida; de esta manera se favorece la independencia de la persona de la forma más rápida durante el proceso de su recuperación.⁹⁶ El principal objetivo de esta teoría es fortalecer la actividad del usuario para que este desarrolle su independencia; sin embargo, es indispensable que sean consideradas las influencias externas que afectan la vida de la persona usuaria.⁵

Por su parte, Henderson afirma que la práctica de la enfermería es independiente a la práctica médica,⁵ además, defiende la autonomía de la profesión.⁷ A través del proceso interpersonal, el profesional de enfermería debe de esforzarse al máximo por comprender al usuario con la finalidad de conocer el tipo de cuidados o abordaje que necesite.⁵

2.3.3.1 Principales conceptos y definiciones

Esta teorizante define conceptos importantes para comprender su enfoque, los cuales se mencionan a continuación:

- Necesidades básicas: son las esenciales para que se conserve la armonía e integridad de la persona. Estas necesidades están determinadas por los componentes biológicos, sociales, culturales, psicológicos y espirituales; son universales, pero cada individuo las manifiesta de una manera distinta.^{97,98}
- Cuidados básicos: son actos esenciales que buscan satisfacer las necesidades de la persona, están fundamentadas en el razonamiento clínico del profesional, y se plasman en el PE.^{97,98}
- Independencia: se refiere a la calidad de desarrollo que obtiene una persona para satisfacer sus propias necesidades.^{97,98}
- Dependencia: es considerado como deficiente desarrollo del potencial de la persona, sea por falta de fuerza, conocimiento o de voluntad, impidiendo potenciar y estimular su desarrollo o la ejecución de las actividades.^{97,98}
- Agente de autonomía asistida: persona que desarrolla actividades y lleva a cabo acciones para el beneficio y la satisfacción de las necesidades de las personas usuarias que requieren cierto grado de ayuda.^{97,98}
- Manifestaciones de independencia: son acciones que resultan adecuadas y suficientes para satisfacer las necesidades.⁹⁷
- Manifestaciones de dependencia: son acciones insuficientes para satisfacer las necesidades básicas.⁹⁷

2.3.3.2 Definiciones paradigmáticas

Este modelo teórico define los metaparadigmas de la siguiente manera:

Primero que la persona es un conjunto integral, una unidad con múltiples componentes biológicos, culturales, sociales, psicológicos y espirituales, que se relacionan entre sí; la familia y la persona se complementan para formar una unidad en conjunto.⁹⁷

El entorno hace referencia a condiciones externas y a factores que se relacionan entre sí, estas son dinámicas, y ese constante cambio puede afectar la salud y el desarrollo de los individuos y el colectivo.^{97,99}

Por último Enfermería como ciencia busca ayudar a las personas que requieren satisfacer sus necesidades básicas. Siempre la relación enfermero-usuario va enfocada a buscar la independencia del último, se destacan tres niveles de relaciones entre enfermería y el usuario en los que la enfermería procede como sustituta del usuario (solventar las carencias del usuario), colaboradora para el usuario (se trazan intervenciones terapéuticas para el usuario sin tomar participación) o compañera del usuario (usuario participa activamente en su proceso de salud, por lo que se toma como parte del equipo).^{97,98}

2.3.3.3 Las 14 necesidades de Virginia Henderson:

Para Henderson la salud es el máximo grado de independencia y la persona necesita de esa independencia para poder satisfacer sus necesidades por sí mismo. Esta autora planteó 14 necesidades básicas de toda persona en las que se basa el cuidado enfermero, estas son:⁵ (Ver figura).

Se debe de entender que estas necesidades no deben de catalogarse como condiciones negativas para las personas, pues, la Teoría las contextualiza a manera de requerimientos para conservar la salud y el equilibrio en el ser humano; se rescata que algunas son más indispensables que otras en la protección y cuidado de la vida.¹⁰⁰

Figura 2: Esquema de las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

1. Respirar normalmente.	2. Comer y beber adecuadamente.	3. Eliminar los desechos corporales.	4. Moverse y mantener posturas deseables.
5. Dormir y descansar.	6. Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse.	7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.	8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado, y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.	10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones.	11. Rendir culto según la propia fe.	12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro.
	13. Jugar o participar en diversas formas de ocio.	14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y la salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.	

Fuente: Raile M, Marriner A. Modelos y Teoría de Enfermería. 7ma ed. Barcelona; Elsevier; 2011.

Capítulo III: Marco Metodológico

3 Marco metodológico

3.1 Diseño del estudio de caso

Este trabajo se desenvolverá por medio de la modalidad de estudio de caso; se elige el PE como el principal método de análisis de este caso en particular, además facilita la investigación sobre las necesidades del individuo, dado en forma individual desde las respuestas humanas y la síntesis de la información recolectada, esto permite construir el plan a realizar dentro del lenguaje Taxonómico NANDA-I, NIC y NOC.⁹⁵

El estudio se singulariza por la búsqueda sistemática y profunda del caso de estudio, tiene como fortaleza la observación conductual de la persona, es decir, no solo se puede registrar lo que individuo en estudio verbaliza o externa a través de las entrevistas y encuestas, sino también lo que se observa a través de él.^{96,101} Además, se caracteriza por ser un diseño que simplifica el contestar: el cómo y el porqué del fenómeno, aun cuando este no haya sido poco estudiado o se encuentran estudios previos.¹⁰¹

En enfermería, este tipo de estudio se adecúa en la obtención de nuevos conocimientos sobre el quehacer de la profesión, lo que permite que las intervenciones los profesionales en enfermería realizadas puedan interpretar y desarrollar por medio de casos clínicos.^{101,102}

Para la profesión es de gran valor la aplicación de este método debido que proporciona una guía para reconocer e intervenir en las diversas respuestas que experimentan las personas de cuidado a nivel morfológico, social, fisiológico y psicológico al someterse a una intervención quirúrgica, y de esta manera producir resultados determinados de acuerdo con cada una de las necesidades manifestadas por las personas de cuidado.¹⁰³

El estudio será de caso único, descriptivo y deductivo, dispondrá de una unidad de análisis principal (el plan de cuidados) más tres subunidades (los principales Diagnósticos NANDA, los resultados NOC y las intervenciones NIC); cabe resaltar que las unidades de análisis se originan de las preguntas de investigación;¹⁰⁴ asimismo, se describirá el fenómeno tal y como se presente.¹⁰¹

3.2 Población y Muestra

Este TFIA plateará el caso de una persona sometida a una intervención quirúrgica programada de la especialidad de ortopedia a la cual se le brindaron cuidados durante el perioperatorio, sin embargo, el enfoque será en la etapa postquirúrgica consultará por los cuidados recibidos durante el postoperatorio únicamente. La población comprende a una persona a la cual se le brindaron cuidados en el postoperatorio en un hospital de índole pública. Por ser un estudio de caso, la muestra que se selecciona es una muestra teórica, y no una representativa, pues, el fin de este tipo de muestra es elegir el caso por medio del cual, se pueda generalizar el resultado obtenido.¹⁰¹

3.3 Criterios de participación

3.3.1 Criterios de inclusión

- Mayor de 18 años.
- Estar en un estado de conciencia plena en las tres esferas (tiempo, persona y espacio).

3.4 Criterios de exclusión

- Trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para su recuperación postoperatoria.

3.5 Recolección de los datos

Para la recolección de los datos se abordará a la persona de cuidado en la Unidad de Recuperación Post-Anestésica, que es un espacio físico destinado a la recuperación post-anestésica de todos los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas ya sea programada mayor, ambulatoria o de emergencia.

El principal método de recolección de datos será el PE, se destaca que el actual estudio de caso estará organizado en fases de trabajo, según las etapas del PE, las cuales son: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación; y en cada una se utilizarán diferentes instrumentos que permitan lograr los objetivos planteados en esta investigación.

Cada una de las etapas se describen a continuación:

3.5.1 Valoración

Este es el primer paso, es un proceso organizado y metódico, y su éxito depende de la conexión que logre adquirir el enfermero con el paciente, lo que facilita la obtención de información a través de la entrevista, la observación, exploración física, entre otros, esta información es relevante y permite crear una base de datos que en la identificación de necesidades que presente el paciente.¹⁰⁵ Se debe de tener presente que el principal objetivo del PE es conocer el estado de salud del individuo, pues es el punto de inicio para poder llevar a cabo las demás etapas del proceso y con ello la toma de decisiones más oportuna que se realicen en el mismo.¹⁰⁶

La aplicación del instrumento se lleva a cabo después de ser dado de alta de la URPA, se capta a la persona usuaria cuando se encuentre en el periodo de postoperatorio mediato en su unidad de recuperación, se tendrá en cuenta que cumpla con los criterios de selección, para lo cual la investigadora se presentara ante el personal de salud y ante el paciente, procederá a informarle sobre el estudio y a la aplicación de métodos de valoración seleccionados.

En esta etapa se usarán como métodos: el examen físico (el cual se registrará en la nota de Enfermería), en conjunto con una guía de valoración del Confort de Kolcaba (Anexo N°1) y otra basada en las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson (Anexo N°2).

3.5.1.1 Método de valoración Henderson

Este es un instrumento abierto, es decir, que existe una serie de posibles líneas a seguir para acoplar el proceso de la valoración de enfermería a la situación específica de la persona, por lo tanto, dicha valoración inicial del usuario es una actividad continua. Las respuestas dadas

comprenden a la persona usuaria y su entorno, y trascienden en áreas sociales de la salud como emocional, física, económica, laboral, entre otras; por ello la necesidad de la individualidad del proceso de valoración es legítima.¹⁰⁶

3.5.1.2 Método de valoración Kolcaba

El instrumento es una versión reducida del cuestionario general para la medición de comodidad y consta de 48 ítems el cual se mide en una escala tipo Likert donde 1 es el menor nivel de acuerdo y 6 totalmente de acuerdo. La puntuación total obtenida por el usuario se mide con la suma de la puntuación de los ítems positivos con la puntuación invertida de los valores de los ítems negativos. A mayores puntuaciones de este instrumento mayor nivel de confort.¹⁰⁷

3.5.2 Diagnóstico

Esta fase comprende un proceso de análisis donde se define el estado de salud de la persona ante necesidades reales o potenciales, se etiquetan para posteriormente conectarlos con factores relacionados a las cualidades según la condición del individuo.^{92,93} Se empleará la plataforma NNNConsult, la cual es una herramienta en línea que facilita la consultoría de los lenguajes estandarizados de los diagnósticos desarrollados por la NANDA-I, NOC) y NIC. Asimismo, es un recurso que facilita la organización de los datos obtenidos en la valoración, según las 14 necesidades de cuidado que plantea Virginia Henderson en su teoría; por lo que, al introducirlos en la plataforma, esta sistemáticamente asociada con los posibles NANDAI, NOC y NIC que aplican al caso ya descrito.

3.5.3 Planeación

En esta etapa se eligen las intervenciones de Enfermería, una vez que se han analizado los datos de la valoración y se ha llegado a los diagnósticos de Enfermería. Se deben establecer intervenciones que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.^{105, 108} Una vez con los diagnósticos definidos se pasará a la fase de planificación,

y con ayuda de la plataforma NNNConsult. Cuando se identifique más de un diagnóstico de Enfermería, es necesario establecer un orden de prioridad entre ellos, para orientar las intervenciones; una vez priorizados los diagnósticos se debe proceder a utilizar la clasificación de resultados NOC con la cual se puede medir los efectos de las intervenciones de enfermería a lo largo del tiempo y relacionarlo con la escala de resultados. Posteriormente identificar los NIC los cuales son las intervenciones y las actividades, con lo cual se estaría diseñando el plan de cuidados.¹⁰⁹

3.5.4 Ejecución

Es la cuarta fase del PE, en la cual se pone en marcha el plan de cuidados, esta etapa debe demostrar flexibilidad, ya que puede haber cambios en el estado de salud del paciente.¹⁰² Además, se debe de realizar una evaluación inicial, es decir, darle un puntaje a la condición de la persona en la cual se va a actuar, y determinar el valor diana que se desea obtener, luego de las intervenciones se podrá medir con la persona usuaria, ya con los NIC previamente establecidos y las actividades que componen a cada uno.¹⁰¹

3.5.5 Evaluación

Es la etapa final del proceso, se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados, tiene como objetivo determinar el progreso y la valoración de su eficacia para definir si la atención brindada debe continuarse, reorientarse o finalizarse.^{105,108}

3.6 Análisis de los datos

Los datos se expondrán en cuadros que permitan una fácil comprensión y orden, estarán contenidos con los distintos diagnósticos, resultados e intervenciones de Enfermería en el postoperatorio, encontrados y utilizados en el caso.

3.7 Requisitos éticos

Las consideraciones éticas de esta investigación están basadas en las siguientes premisas:⁸⁹

- Valor: se remita a la importancia social y científica del estudio, reconocer por medio del caso de estudio cuales son los principales diagnósticos (NANDA-I), resultados (NOC), intervenciones (NIC) de Enfermería en el postoperatorio. Es relevante porque servirá como guía para los profesionales en el postoperatorio, y así proporcionar cuidados humanizados de calidad.
- Valor científico: el valor social o científico debe ser un requisito ético, porque debe haber en el uso responsable de recursos como esfuerzo, dinero, espacio, tiempo; esto asegura que las personas no sean expuestas a riesgos o agresiones sin la posibilidad de algún beneficio personal o social.^{108,109}
- Selección equitativa de los sujetos: la selección de los participantes se hizo de acuerdo con la conveniencia de la investigación, además, se presentan los criterios de inclusión que representan los sujetos aptos para la investigación.
- Evaluación independiente: se garantiza que el estudio se encuentra dentro de los lineamientos legales.
- Respeto a los sujetos inscritos: se asegura el anonimato de la participación, además de la confidencialidad en el manejo de los datos. Por otra parte, se respeta la capacidad de elegir sobre su permanencia en el proceso.
- Veracidad: se aplicó este principio en la investigación procurando que la información utilizada tomada de otros autores se referencia, así también se asegura que los datos que se obtuvieron durante la investigación no fueron ni han sido objeto de modificación por parte del autor.

- Beneficencia /No maleficencia: esta investigación fue considerada sin causar detrimento a los participantes. Se garantiza que con este trabajo de investigación no se sometió a riesgos ni a daños de ninguna índole a la persona participante.

Capítulo IV: Resultados y Discusión

4.1. Resultados

4.1.1 Fase de Valoración

En esta sección se describen los hallazgos que se obtuvieron de la guía basada en las 14 necesidades del Modelo de Virginia Henderson, el examen físico cefalocaudal, el Modelo de Kolcaba y la revisión el expediente clínico.

4.1.1.1. Caso JGM

Usuario masculino de 21 años, vecino de Limón, soltero, religión cristiana, sin antecedentes patológicos personales ni quirúrgicos, niega alergias. Con diagnóstico médico de ingreso de fractura subtrocantérica de fémur izquierdo, por consiguiente, se ingresa a unidad quirúrgica bajo la modalidad de cirugía de urgencia para realización de reducción cerrada + fijación interna (RC+FI).

En la valoración física: Usuario refiere sentirse bien, se observa constitución física mesomorfa, tez morena, consciente y orientado en las 3 esferas (tiempo, espacio y persona), tono de voz claro, pensamiento coherente. Cabeza normocéfala sin malformaciones o lesiones visibles, cabello oscuro abundante, bien implantado, pabellones auriculares simétricos sin lesiones, sin aparente pérdida auditiva, pupilas isocóricas normoreactivas, sin aparente pérdida visual (no usa lentes y refiere ver bien), no aleteo nasal, ventilando aire ambiente sin dificultad, mucosa oral húmeda, no uso de prótesis dentales, adecuada deglución, cuello cilíndrico sin presencia de masas palpables, no ingurgitación yugular, extremidades superiores simétricas sin lesiones y con adecuada movilización, no retracciones supraclaviculares, supraesternales, intercostales ni subcostales, tórax con movimientos bilaterales simétricos con adecuada expansión pulmonar con murmullos vesiculares normales, no disociación toracoabdominal, abdomen blando depresible indoloro a la palpación, genitales sin lesiones, micción espontánea, miembro inferior izquierdo con incisiones quirúrgicas a nivel coxofemoral, muslo lateral externo medio y distal cubiertas con apósitos limpios y secos, presencia de edema y equimosis, pulso poplíteo y pedio fuertes,

llenado capilar menor a 2 segundos, miembro inferior derecho sin edema ni lesiones. Con signos vitales de ingreso Temperatura 36,2°C (afebril), FR 17RPM (eupneico), FC 71LPM (normocárdico), TA 120/76mmHg PAM 90 (normotenso), SPO² 97% (normal). EVA 3/10, Aldrete 9/10, Bromage: Casi Nulo, Ramsey 2.

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

Cuadro 1. Resumen de la Guía de Valoración basada en las 14 Necesidades de Virginia Henderson, caso del JGV.	
Necesidad	Resultado de valoración
1. Respirar normalmente.	• Independiente.
2. Comer y beber adecuadamente.	• Independiente.
3. Eliminación de desechos corporales.	• Dolor, restricción y temor al moverse.
4. Movilización y posturas deseables.	• Dolor, restricción y temor al moverse.
5. Descansar.	• Independiente.
6. Vestirse y desvestirse.	• Dolor, restricción y temor al moverse.
7. Termorregulación.	• Independiente.
8. Aseo personal.	• Dolor, restricción y temor al moverse.
9. Evitar los peligros.	• Independiente.
10. Comunicación.	• Independiente.
11. Creencias y valores.	• Independiente.
12. Autorealización.	• Independiente.
13. Tiempo de ocio.	• Independiente.
14. Tiempo de aprendizaje.	• Independiente.

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de valoración del caso JGV según Virginia Henderson.

Cuadro 2.	
Resumen de la Guía de Valoración basada en Kolcaba de Confort, caso del JGV.	
Acuerdo/desacuerdo	Total de ítems
1. Totalmente en desacuerdo	11 ítems
2. En desacuerdo	9 ítems
3. En acuerdo	17 ítems
4. Totalmente en acuerdo	11 ítems

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de valoración del caso JGV según Kolcaba.

4.1.2 Fase de Diagnóstico

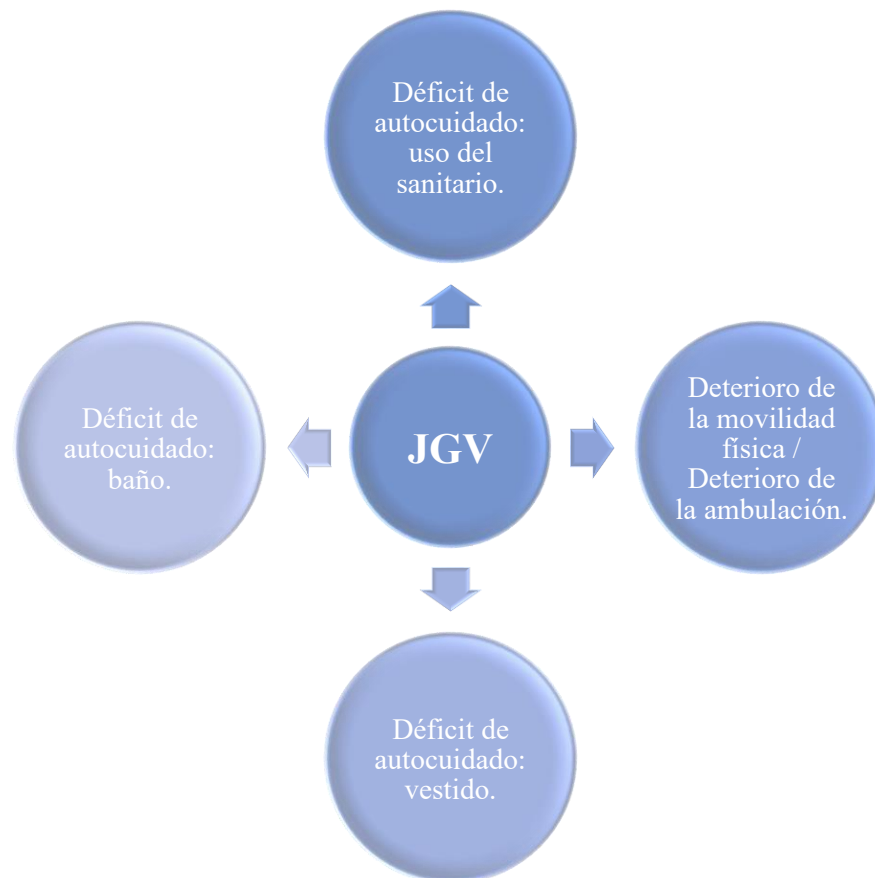
Para establecer los principales diagnósticos NANDA del caso, se puntualizaron las necesidades que representan dependencia. Finalizada la valoración por medio de los diferentes métodos realizados con JGV, se procede a ingresar los hallazgos en la plataforma NNNconsult, con el fin de organizarlos y poder relacionarlos mediante etiquetas, por ende, se determinaron con manifestación de dependencia con base al Modelo de las necesidades de Virginia Henderson las siguientes etiquetas:

- Necesidad 3: Eliminar desechos corporales.
 - Se relaciona con la etiqueta 00110: déficit de autocuidado: uso del sanitario.
- Necesidad 4: Moverse y mantener posturas deseables.
 - Se relaciona con la etiqueta 0085: deterioro de la movilidad física.
 - Se relaciona con la etiqueta 0088: deterioro de la ambulación.
- Necesidad 6: Vestirse y desvestirse.
 - Se relaciona con la etiqueta 00109: déficit de autocuidado: vestido.
- Necesidad 8: Aseo personal.
 - Se relaciona con la etiqueta 00108: déficit de autocuidado: baño.

Identificadas las etiquetas, estas se dispusieron para llevar a cabo un esquema de razonamiento (ver figura 1) para poder establecer el diagnóstico principal. Al estudiar la

figura 1, se contempla el predominio del déficit de autocuidado en áreas del uso del sanitario, vestido y baño.

Figura 3: Esquema de razonamiento del caso JGV según Henderson.



Fuente: Elaboración propia en base a valoración del caso JGV.

Como se puede observar, según la valoración realizada en conjunto con la red de razonamiento, el principal diagnóstico identificado en el caso de JGV es el 0085: deterioro de la movilidad física (limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades) relacionado con alteración de la marcha manifestado por incapacidad musculoesquelética.

Al mismo tiempo, se determinaron diagnósticos secundarios, tales como según prioridad:

- 00109: déficit de autocuidado: vestido relacionado con dificultad para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo.
- 00108: déficit de autocuidado: baño relacionado con deterioro de la movilidad física.
- 00132: dolor relacionado con verbalización acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor.
- 00118: trastorno de la imagen corporal relacionada con lesión.
- 00153: riesgo de baja autoestima relacionado con trastorno de la imagen corporal.
- 00303: riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física.
- 00146: ansiedad relacionado con expresión de ansiedad por los cambios en los eventos del día.
- 00182: disposición para mejorar el autocuidado manifestado por expresión de deseos de aumentar la independencia en la salud.
- 00185: disposición para mejorar la esperanza manifestado por expresión de deseos de mejorar la confianza en las posibilidades.

4.1.3 Fase de Planeación

Esta fase comienza según la fase anterior, en donde se define el diagnóstico y se traza la ruta para el diseño del plan de cuidados, esto se llevará a cabo mediante la descripción de los diagnósticos encontrados en conjunto con sus resultados NOC (cada cual, con sus respectivos indicadores, los cuales servirán para definir como se evaluará el plan), y las intervenciones NIC (con sus acciones respectivas). Se elabora el plan de atención del caso en estudio de JGV basado en el diagnóstico principal del esquema de razonamiento (ver cuadro 3); también se elaboran planes de atención en los que se incluyen los 2 diagnósticos secundarios de mayor importancia (ver cuadros 4 y 5); finalmente se realiza un plan de atención conforme al diagnóstico principal postoperatorio (ver cuadro 6).

Cuadro 3: Plan de atención del caso JGV. (Diagnostico principal según esquema de razonamiento).

Diagnostico NANDA	Resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p>00085: Deterioro de la movilidad física.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dominio: 4 Actividad/Reposo. • Necesidad: 4 Moveirse. • Clase: 2 Actividad/Ejercicio. • Factor relacionado: Disminución del control muscular. • Característica definitoria: Disminución de las habilidades motoras gruesas. • Condición asociada: Alteraciones en la integridad de las estructuras óseas. 	<p>0216: Movimiento articular: cadera.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase: C Movilidad. • Escala: ○ Inicial: 2 ○ Diana: 5 • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ 21601: Flexión rodilla recta 90° ○ 21616: Rotación externa 45° ○ 21606: Abducción de 30° 	<p>0224: Terapia de ejercicios: movilidad articular.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función. • Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios articulares. <p>2210: Administración de medicamentos.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar un enfoque holístico para el control del dolor. • Determinar el nivel actual de comodidad y el nivel de comodidad deseado del paciente utilizando una escala de medición del dolor apropiada. • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

Fuente: Valoración de enfermería según necesidades de cuidados del caso JGV y plataforma NNNconsult.

Cuadro 4: Plan de cuidados del caso JGV. (Diagnóstico secundario según esquema de razonamiento).

Diagnostico NANDA	Resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p>00109: Déficit de autocuidado: vestido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dominio: 4 Actividad/Reposo. • Necesidad: 6 Vestirse. • Clase: 5 Autocuidado. • Factor relacionado: Disconfort. • Característica definitoria: Dificultad para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo. • Condición asociada: Incapacidad musculoesquelética. 	<p>0206: Movimiento articular.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase: C. • Escala: ○ Inicial: 2 ○ Diana: 5 • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ 20616: Rodilla izquierda. ○ 20618: Cadera izquierda. 	<p>6610: Identificación de riesgos.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el estatus de las necesidades de la vida diaria. • Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería. • Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo. <p>6490: Prevención de caídas.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas). • Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.

Fuente: Valoración de enfermería según necesidades de cuidados del caso JGV y plataforma NNNconsult.

Cuadro 5: Plan de cuidados del caso JGV. (Diagnóstico secundario según esquema de razonamiento).

Diagnostico NANDA	Resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p>00108: Déficit de autocuidado: baño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dominio: 4 Actividad/Reposo. • Necesidad: 8 Higiene/Piel. • Clase: 5 Autocuidado. • Factor relacionado: Deterioro de la movilidad física. • Característica definitoria: Dificultad para acceder al baño. • Condición asociada: Enfermedades musculoesqueléticas. 	<p>1308: Adaptación a la discapacidad física.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase: N Adaptación psicosocial. • Escala: ○ Inicial: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diana: • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ 130803: Se adapta a las limitaciones funcionales. ○ 130806: Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad. ○ 130808: Identifica maneras para afrontar los cambios en su vida. 	<p>2760: Manejo de la desatención unilateral.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que las extremidades afectadas estén en una posición correcta y segura. • Supervisar y ayudar en los traslados y la deambulacion. <p>5230: Mejorar el afrontamiento.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. • Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. • Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones. • Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.

Fuente: Valoración de enfermería según necesidades de cuidados del caso JGV y plataforma NNNconsult.

Cuadro 6: Plan de cuidados del caso JGV. (Diagnóstico principal postoperatorio).

Diagnostico NANDA	Resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p>00132: Dolor agudo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dominio: 12 Confort. • Necesidad: 9 Evitar peligros/Seguridad. • Clase: 1 Confort físico. • Factor relacionado: Lesiones por agentes físicos. • Característica definitoria: Verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor. • Condición asociada: N/A 	<p>2008: Estado de comodidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase: U Salud y calidad de vida. • Escala: ○ Inicial: 2 ○ Diana: 4 • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ 200801: Bienestar físico. ○ 200803: Bienestar psicológico. <p>0208: Movilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase: C Movilidad. • Escala: ○ Inicial: 1 ○ Diana: 3 • Indicadores: ○ Ambulación. ○ Marcha. 	<p>2210: Administración de analgésicos Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel actual de comodidad y el nivel de comodidad deseado del paciente utilizando una escala de medición del dolor apropiada. • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. <p>5270: Apoyo emocional.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con el paciente. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

Fuente: Valoración de enfermería según necesidades de cuidados del caso JGV y plataforma NNNconsult.

4.1.4 Fase de Ejecución y Evaluación

Debido al vínculo estrecho existente entre ambas fases se explicarán simultáneamente los hallazgos encontrados. Los resultados de cada NOC en este proyecto se utilizan para evaluar el estado inicial en el que se encuentra JGV al momento de la valoración, se hará uso de una escala de calificación utilizada para conocer el nivel de acuerdo o desacuerdo, con el fin de evaluar la opinión y las actitudes de la persona usuaria, esta se denomina escala de Likert. Según el valor arrojado se establece el valor diana que se desea lograr posterior a las intervenciones y seguimiento de enfermería.

Al finalizar la fase de ejecución, seguidamente se inicia la evaluación, la cual es la última etapa del PE. Los resultados NOC permiten la evaluación del estado final del usuario, estos facilitan la valoración en el cumplimiento de objetivos que permitan llegar al valor diana que se estableció como meta, lo cual favorece a la mejoría a las necesidades encontradas como dependientes en comparación a la valoración inicial. A continuación se ejemplificará cada una de las etapas del caso JGV:

Después de realizada la tercera fase de planeación, en donde se lleva a cabo la realización de los planes de cuidado con base a las necesidades postoperatorias prioritarias encontradas del usuario; es importante enfatizar que no todos diagnósticos, resultados e intervenciones se van a cumplir de forma exitosa, debido a que la URPA es un servicio transitorio de corta estancia que imposibilita tener el tiempo suficiente para poder completar el PE, sin embargo, este caso fue una excepción, ya que por plétora del Servicio de Cirugías el usuario permaneció 3 turnos en la URPA, y posteriormente se le dio egreso, por este motivo se eligieron los diagnósticos con sus respectivos resultados e intervenciones que se consideran de mayor importancia para la recuperación del usuario en mención.

De acuerdo al esquema de razonamiento, el diagnóstico fundamental para el caso de JGV es el 00085: Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución del control muscular manifestado por las alteraciones en la integridad de las estructuras óseas. Respecto a este diagnóstico no es posible llegar a una resolución a corto plazo, debido a que se conllevará un periodo de tiempo considerable para poder alcanzar la escala meta, pues se debe de tomar en cuenta el tiempo que la persona usuaria permanece en la URPA, por lo que se aclara que

el plan de cuidados se lleva a cabo desde la necesidad que se alcanza a solucionar con prontitud durante la estancia del usuario en dicha unidad.

De esta manera, el plan de cuidados de JGV se lleva a cabo mediante la resolución de los daños colaterales, lo cuales se ven reflejados en los planes de cuidados secundarios 00109: Déficit de autocuidado: vestido relacionado con Discomfort manifestado por dificultad para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo. Y el 00108: Déficit de autocuidado: baño relacionado con deterioro de la movilidad física manifestado por dificultad para acceder al baño. Y un diagnóstico prioritario en el postoperatorio inmediato: 00132: Dolor agudo relacionado con lesiones por agentes físicos manifestado por la verbalización acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor; acompañado con sus respectivos resultados (NOC), e intervenciones (NIC).

Por lo mencionado, el plan de cuidados se desarrolla desde la necesidad que se puede resolver de forma inmediata o en un periodo de corto plazo; por lo que al iniciar la fase de ejecución se realiza una valoración inicial, para el diagnóstico principal postoperatorio 00132: Dolor agudo relacionado con lesiones por agentes físicos manifestado por la verbalización acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor, por medio del resultado (NOC) 2008: Estado de comodidad que se encuentra relacionado a los indicadores 200801: Bienestar físico y 200803: Bienestar psicológico. En esta situación se dispone de un valor diana, el cual es el objetivo por alcanzar mediante las intervenciones (NIC). En el cuadro 7 se ilustra el valor inicial y valor diana al que se desea alcanzar a través del indicador del NOC y el valor final obtenido al finalizar el proceso.

Cuadro 7

Comparación de la escala inicial y diana del NOC 2008: Comodidad según caso JGV.

NOC 2008: Comodidad		
Indicador	Escala Inicial	Escala Diana
200801: Bienestar físico.	2	4
200803: Bienestar psicológico.	2	4

Fuente: Elaboración propia según valoración y plan de cuidados de JGV.

Se procedió mediante la observación y la escucha activa, con la finalidad de percibir con atención lo que sucede, comprenderlo para poder actuar con base en las necesidades que la persona usuaria exprese de forma verbal y no verbal, acompañado de un trato digno, caracterizado por la empatía, la serenidad y seguridad en el actuar con el objetivo de crear un ambiente seguro de confort. JGV se mostró tranquilo para su condición, comunicativo, mostró interés en aprender técnicas para aumentar su confort y evolución en el postoperatorio; esto favoreció crear una conexión enfermero-paciente para poder desarrollar la ejecución y evaluación del PE. Una vez creado un ambiente cálido y ameno se le exponen temas de interés relacionados con la intervención quirúrgica realizada, cuidados postoperatorios y se evacuan dudas tratando de ofrecer respuestas claras y concisas para favorecer la atención del usuario así como su comprensión.

Mediante el lenguaje no verbal se observan expresiones faciales que aquejan malestar, así como la expresión verbal del mismo, según Escala EVA se clasifica la intensidad de dolor de 0 a 10, desde ausencia de dolor a dolor intenso respectivamente. Por ende, se identifica y se realiza plan de cuidados, dolor agudo relacionado con lesiones por agentes físicos manifestado por la verbalización acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor, donde basándonos en las intervenciones (NIC) se puede controlar mediante 2210: Administración de analgésicos, en donde se revisa prescripción médica vigente, se descartan alergias a medicamentos y solicita la aprobación del usuario para su administración; y el 5270: Apoyo emocional, donde se proporciona seguridad, aceptación y ánimo en las crisis de malestar mediante afirmaciones empáticas y de apoyo.

Posterior a la administración de analgésicos y el apoyo emocional como coadyuvante en la tolerancia y disminución del dolor, en un lapso corto de tiempo se aprecia como las actividades efectuadas a cabo favorecieron al alcance del objetivo. Concluida esta fase de ejecución, se prosigue con la última etapa del PE, que es la evaluación; acá se realiza una valoración del NOC para otorgarle un valor final y determinar si se logra alcanzar el resultado esperado. (Ver cuadro 8).

Cuadro 8

Comparación de la escala inicial y diana del NOC 2008: Comodidad según caso JGV.

NOC 2008: Comodidad			
Indicador	Escala Inicial	Escala Diana	Escala Final
200801: Bienestar físico.	2	5	4
200803: Bienestar psicológico.	2	5	4

Fuente: Elaboración propia según valoración y plan de cuidados de JGV.

En el cuadro anterior se observa la evolución del NOC 2008: Comodidad en donde los diferentes indicadores obtuvieron una evolución positiva para el usuario, mostrando una mejoría en comparación con la escala inicial: sin embargo, a pesar de observar un progreso no se logró alcanzar el objetivo diana planteado previo a las intervenciones (NIC). Después de determinar el valor inicial y el diana de este caso, se desarrolla mediante la realización de las intervenciones (NIC) seleccionadas, y cada una de estas acompañadas de sus actividades correspondientes; se da inicio con los NIC 5270: Apoyo emocional y 2210: Administración de medicamentos.

4.2 Discusión

Los procedimientos quirúrgicos son acontecimientos que causan impacto a nivel fisiológico, emocional, físico, familiar y social en la vida de las personas, pueden provocar sensaciones no deseadas, y en ocasiones bloquear la capacidad y las herramientas de afrontamiento ante situaciones de estrés;¹¹⁰ su éxito está sujeto a múltiples factores que abarcan desde la preparación preliminar en el preoperatorio hasta el egreso en la etapa postoperatorio.²⁸ los profesionales en enfermería está capacitado para la identificación de posibles eventos que pueden provocar una alteración en la salud del usuario a lo largo del proceso perioperatorio, por ello es esencial establecer un PE que facilite un adecuado y ameno contacto entre el enfermero y el usuario.³³

El PE permite inferir en la adopción de un esquema lógico de accionar dirigido a la realización de acciones reflexivas y orientadas hacia un objetivo.²⁵ También favorece la planificación, facilitando la recolección de información para luego hacer un análisis centrado hacia las principales necesidades identificadas, y así elegir las intervenciones que permitan la resolución de los problemas encontrados bajo fundamentación científica.^{26,27} Se caracteriza por promover la asistencia reflexiva y ordenada, lo que facilita el uso equánime del tiempo y la capacidad de juicio crítico, lo que concede al profesional un papel protagónico en la creación de diagnósticos permitiendo que la persona sea el centro de interés y no solo en su patología.^{26,29}

De todo esto se desprende que cuidar es una práctica con discernimiento competente en la organización, planificación y control de la dotación de cuidados, adecuados, continuos, inequívocos e integrales, en la atención de la persona usuaria.⁴ Esta habilidad se nutre en conocimiento, lo cual permite ofrecer, cuidados fundamentados en ciencia y demostrando su competencia para transformar benévolamente el avance de las condiciones de la salud;⁸ es decir, procura, bajo una óptica humanista, ayudar a las personas que requieren cuidados, a fortalecer sus capacidades o bien minimizar alteraciones en su estado de salud.¹² Desde este punto de vista, se debe de comprender al individuo como un ser que posee cualidades únicas y flexibles que varían según los factores subjetivos que posea.²²

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

En relación con los objetivos específicos , se concluye que:

- El profesional de enfermería especializado en el ámbito quirúrgico es competente en proporcionar cuidados aptos de acuerdo a las necesidades de las personas usuarias debido a su formación académica y práctica fundamentada científicamente y no de forma empírica, lo que facilita identificar las necesidades reales de cuidado de los usuarios quirúrgicos en esta fase.
- El enfermero quirúrgico debe implementar el análisis crítico en el desarrollar destrezas en la captación de necesidades potenciales reales en la integridad del usuario, con el fin de brindar un cuidado completo de forma humana. El papel del profesional de enfermería perioperatorio no está solamente relacionado con el tratamiento y la cura, sino con establecer medidas preventivas, controlar las condiciones de la persona y proporcionarle orientación, apoyo emocional, presencia y atención, tan característicos en el arte de cuidar en enfermería.
- Presidir con personal de enfermería especializado en el área quirúrgica, que cuenten con conocimiento teórico práctico en la elaboración de diagnósticos con la utilización de lenguaje taxonómico.
- Se debe de comprender desde el ámbito perioperatorio que el respeto por la integridad humana se sustenta desde la satisfacción de las necesidades básicas como las fisiológicas y de seguridad, hasta las de autorrealización y motivación de crecimiento, todas con base en cada usuario.
- Es importante contar con espacios oportunos que proporcionen la cercanía y seguridad para realizar una valoración adecuada a los usuarios posterior a su intervención quirúrgica, de manera que se conserve el abordaje de integral, en donde se proporcione una orientación biológica y psicosocial de acuerdo con las necesidades que requiera cada persona.

- Desafortunadamente el tiempo con el que cuentan los profesionales de enfermería en el perioperatorio es limitado, y específicamente en este caso en el postoperatorio es escaso para lograr las intervenciones (NIC) y observar los resultados (NOC) planificados en el PE. Por ello, es de vital importancia la creación de objetivos funcionales y alcanzables, así como la evaluación a través de indicadores de resultados que se puedan alcanzar por medio del PE, y así generar un efecto real y positivo en el usuario o bien si se debiera de reconsiderar un nuevo plan de cuidados.

Se concluye desde el planteamiento del objetivo general: Desarrollar un plan de cuidados a un usuario en etapa postoperatoria en un estudio de caso, en un Hospital Público de Limón, Costa Rica; que:

- Es imprescindible uso del PE en usuarios postoperatorios, este debe ser estandarizado mediante el lenguaje taxonómico, pero debe elaborarse desde la individualidad de la persona; de esta manera, el individuo puede incorporarse de forma óptima a su habitualidad, deseablemente acompañado por personal especializado en enfermería quirúrgica.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 A los centros de salud que prestan servicios perioperatorios:

- Liderar los espacios perioperatorios (Unidad de Preanestesia, Sala de Operaciones, Unidad de Recuperación Post-anestésica y Unidad de Cirugía Ambulatoria) con profesionales de Enfermería con especialidad y experiencia en el ámbito quirúrgico, que cuenten con conocimiento teórico práctico en la elaboración de diagnósticos utilizando un lenguaje taxonómico para un idóneo abordaje de la persona usuaria mediante la implementación del PE como parte fundamental en la gestión del cuidado y la satisfacción.

- Implementar estrategias y herramientas de trabajo que faciliten el desarrollo del PE, mediante el NNNconsult, con el objetivo de que los diagnósticos, resultados (NOC) e intervenciones (NIC) con lenguaje taxonómico e incluso crear un espacio en el Expediente Digital En Salud (EDUS) en donde puede verse reflejado.
- Considerar la creación de un programa de seguimiento postoperatorio, con la finalidad de comprobar los resultados del PE, así como el acompañamiento de parte del enfermero quirúrgico en toda la etapa postoperatoria de manera pertinente y eficaz. Estos para un abordaje exitoso de la persona usuaria, ligado a lo anterior debe existir una atención profesional, asertiva, cálida y humana.

5.2.2 Al Programa de postgrado de Enfermería Quirúrgica:

- Favorecer mediante la teoría y la práctica el enfoque perioperatorio en preoperatorio y postoperatorio, a través de las Unidades de Preanestesia, Recuperación Post-anestésica y Cirugía Ambulatoria.
- Continuar con la formación de especialistas en Enfermería Quirúrgica enfocados en la investigación activa mediante el desarrollo de estrategias en la gestión del cuidado perioperatorio, así como darlos a conocer mediante la publicación de artículos u otros métodos que permitan la fundamentación teórica en el quehacer.

5.2.3 Al Colegio de Enfermeras de Costa Rica:

- Promover al profesional de Enfermería Quirúrgica como personal especializado, y suscitar su reconocimiento en los Centros de Salud públicos y privados, respetándose su campo de actuar, es decir, que se solicite la especialidad para poder ocupar puestos de accionar e impactar en unidades perioperatorias, tales como: Unidad de Preanestesia, Sala de Operaciones, Unidad de Recuperación Post-anestésica, Unidad de Cirugía Ambulatoria y Unidad de Cirugías (hospitalización), pues, toda persona tiene el derecho de ser atendida por un profesional altamente capacitado.

Capítulo VI: Bibliografía y Anexos

6.1 Referencias bibliográficas

1. Martínez M, Chamorro E. Historia de la Enfermería, Evolución Histórica del Cuidado Enfermero [Internet]. Barcelona, España: ELSEVIER; 2011.
2. Arrieta A. Investigación y Documentación Histórica en Enfermería. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2005; 14(4): 567-574.
3. Burgos M, Paravic T. Enfermería como profesión. Rev Cubana de Enfermer [Internet]. 2009; [Citado el 24 de mayo del 2022]; 25 (1-2). Disponible en: [Revista Cubana de Enfermería. 2009; 25\(1-2\) \(sld.cu\)](#)
4. Donahue P. Historia de la Enfermería. 1ra Ed. Madrid; Elsevier; 1993.
5. Raile M, Marriner A. Modelos y Teoría de Enfermería. 7ma ed. Barcelona; Elsevier; 2011.
6. Amaro M. Florence Nightingale, la primera gran teórica de Enfermería. Rev Cubana Enfermer[Internet]. 2004; [Citado el 24 de mayo del 2022]; 20(3). Disponible en: [Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería \(sld.cu\)](#)
7. Jiménez G, Navarro F. Plan de cuidados a usuarios en etapa preoperatoria en un hospital privado: Estudio de caso. [TFIA]. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2021.
8. Febré N, Mondaca K, Méndez P, et al. Calidad en Enfermería: su gestión, implementación y medición. Rev. Med. Clin. Condes. 2018; 29(3): 278-287.
9. León C. Enfermería Ciencia y Arte del Cuidado. Revista Cubana de Enfermería. 2006; 22(4): 112-16.
10. Oliva C, Hidalgo C. Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. 2004; 13(2): 173-186.
11. Pérez V, Aceituno L. Evaluación de la satisfacción usuaria en un centro de atención primaria de salud. 2013; 53(4): 233-240.
12. Guevara B, Evies A, Rengifo J, et al. El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis [Internet]. 2014. [Citado el 29 de mayo del 2022]; 33(1):318-327. Disponible en: [CLÍNICA \(isciii.es\)](#)
13. Monje P, Miranda P, Oyarzún J, et al. Percepción de cuidado humanizado de Enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. CIENCIA Y ENFERMERÍA [Internet]. 2018. [Citado el 30 de mayo de 2022]; 24(5). Disponible en: [0717-9553-cienf-24-5.pdf \(conicyt.cl\)](#)

14. Tiga D, Parra D, Domínguez C. Competencias en Proceso de Enfermería en estudiantes de práctica clínica. *Rev Cuid* 2014; 5(1): 585-594.
15. Lluch M. Enfermería de salud mental: El arte y la ciencia del cuidar. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental* [Internet]. 2018. [Citado el 30 de mayo de 2022]; 4(1). Disponible en: <http://doi.org/10.35761/reesme.2018.4.01>
16. Rodríguez V, Paravic T. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enferm Glob* [Internet]. 2011; 17(2): 246 - 253.
17. Flores C, Ponce R, Ruiz M, Corral R. factores relacionados con la calidad de atención de Enfermería. *Rev Enferm Inst Seguro Soc.* 2015; 23(3): 143-148.
18. Ducuara P, Garzón K, Álvarez D, Vidal Y. Experiencias de la satisfacción en salud en instituciones sanitarias de los sectores públicos y privados. *Revista CES Salud Pública.* 2011; 2(2): 204-217.
19. Campos A, Sosa M. Mejoras para la atención en el fortalecimiento de la calidad de la clínica del pie diabético del Hospital San Juan de Dios. [TFIA]. San José: Universidad de Costa Rica; 2020.
20. Da Costa M, Rocha F, Bernardes A, et al. Use of performance indicators in the nursing service of a public hospital. *Rev Latino-Am Enferm.* 2016; 19(5): 72-81.
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del paciente. Informe Técnico OMS; 2009
22. Shamsuzzoha B, Syeda L Matthew N, Edward K. Mejorar la calidad de atención de salud en todo el sistema sanitario. Organización Mundial de la Salud. Edición 2018. Ginebra. 2018.
23. Daza R, Torres A, Prieto G. Análisis crítico del cuidado de enfermería: interacción, participación y afecto. *Index Enfermería* [Internet]. 2005 [Citado el 29 de mayo de 2022]; 14(48–49): 18- 22. Disponible en: [Nursing care: critical analisis \(icsiii.es\)](http://www.icsiii.es)
24. Rodríguez M, Bursztyn I, Ruoti M, et al. Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados – Bañado Sur – Paraguay, 2011. *Rev Saúde em Debate* [Internet]. 2012. [Citado el 04 de mayo del 2022]; 36(94): 449-460. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TfTdypcPTxk9sHZrPxH36NP/?lang=es&format=pdf>
25. Rojas J, Pastor P. Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. *Invest Educ Enferm.* 2010; 28(3): 323-335.
26. Ramírez E. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. 2016; 13(2): 71-72.

27. Massip C, Ortiz R, Llantá M, et al. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2008; 34(4): 1-10.
28. Shelile Z. Nursing process: perception and experiences of nurses in a district public hospital in Lesotho. South Africa: North-West University; 2014.
29. Jara F, Lizano A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la Experiencia vivida. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2016. [Citado el 06 de mayo del 2022];13(4): 208-215. Disponible en: [Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida | Lector mejorado de Elsevier](#)
30. Doenges M. Frances M. *Procesos y Diagnósticos de Enfermería*. México DF: El Manual Moderno S.A; 2014.
31. González J. Aplicación de los diagnósticos de enfermería en el ámbito de la salud laboral, Ejemplos de prescripción enfermera. *Med Segur Trab* [Internet]. 2010 [Citado el 07 de mayo del 2022]; 56 (221): 328-346. Disponible en: [Aplicación de los diagnósticos de enfermería en el ámbito de la salud laboral. Ejemplos de prescripción enfermera \(isciii.es\)](#)
32. Gutiérrez O. Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio, Colombia. *Av Enferm*. 2009; 27(1): 60-68.
33. Conde M, Martínez W. Efectividad de la calidad de los cuidados de Enfermería en pacientes quirúrgicos en la prevención de complicaciones [Internet]. Lima, Perú. Universidad Privada Norbert Wiener; 2018. Disponible en: [TRABAJO ACADÉMICO Martínez Werner - Conde Margoth.pdf \(uwiener.edu.pe\)](#)
34. Escobar B, Sanhueza O. Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de Enfermería: Estudio de revisión. 2018; 7(1): 57-72.
35. Rubio A, Arias B. Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 2013; 29 (3): 191-198.
36. Romero C. Ansiedad Perioperatoria en el Paciente Pediátrico: Estudio de un Caso [Trabajo Final de Graduación]. Murcia, España: Universidad Católica de Murcia; 2019. Recuperado de: [TRABAJO FIN DE GRADO](#)
37. Guilano K, Tyer-Viola L, Palan R. Unity of Knowledge in the advancement of nursing knowledge. *Nurs Sci Q*, 2005; 18(3): 243-248.
38. Marín D, Cortés L, Monge Y, Martínez R. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*

- [Internet]. 2015; [Citado el 17 de mayo del 2022]; 37(1): 170-180. Disponible en: [Vista de Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía \(um.es\)](#)
39. Betancur D. Atención de enfermería estandarizada para pacientes atendidos en la Unidad Quirúrgica de la Clínica. *Revista de Calidad Asistencial*. (2018);25(5): 268-274.
 40. Ham K, Pardo R. Ansiedad preoperatoria. *Arch Inv Mat Inf*. 2014; 6(2): 79-84.
 41. Quintero A, Yasnó D, Riveros O, et al. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Rev Colomb Cirugía*. 2017; 32(2): 115-120.
 42. Ortiz J, Wang S, Elayda M, Tolpin D. Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? *Brazilian J Anesthesiol* [Internet]. 2015; 65(1): 7–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjanes.2013.07.011>
 43. Albornoz D. Gestión del cuidado desde una perspectiva transcultural. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2011;27(1):57–65. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n1/enf07111.pdf>
 44. Cuñado A, García C, Rial C, et al. Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS). *Enfermería Clínica*. 2002;12(5): 273-280.
 45. Wakefield B. Facing up to the reality of missed care. *BMJ Qual Saf*. 2014; 23(2): 92-94.
 46. Borré Y, Vega Y. Calidad percibida de la atención de Enfermería por pacientes hospitalizados. *Ciencia y Enfermería*. 2014; 20(3): 81-94.
 47. Lange L. La práctica de la Enfermería en América Latina. *Revista Universitaria de Chile*. 2000; 29(3): 179-186.
 48. Durán E, Cuervo M, Echeverri S. Desarrollo de la enfermería en Colombia. *Actual Enferm*. 2004; 7(1): 26-31.
 49. Blasco M, Ortiz S. Ética y Valores en Enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2016; 24(2): 145-9.
 50. Aranaz L, Rodríguez J, Moyano S. Evolución de la calidad percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. *Psicotherma*. 2001; 13(4): 581-85.
 51. Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira J, Palacio F, Ignacio E et al. Adaptación de un modelo de gestión de calidad total al sector sanitario. *Rev Calid Asist*. 2000; 15(3): 184-91.
 52. Reyes J, Jara P, Merino J. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de Enfermería. *CIENCIA Y ENFERMERÍA*. 2007; 13(1): 45-57.

53. Ponti L, Castillo R, Vignatti R, et al. Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. 2017; 32(4) Disponible en: [Microsoft Word - ems_1006\(7\) \(sld.cu\)](#)
54. Narváez C. EL proceso de atención de enfermería: eje de nuestra profesión. Revista UNIMAR. 2006; 24(2): 95-97.
55. González M, Monroy A. Proceso enfermero de tercera generación. Enfermería Universitaria. 2016; 13(2): 124-129.
56. Hernández C. El Modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera [Tesis de grado]. España: Universidad de Valladolid; 2016.
57. Moreno M, Muñoz L. De la teoría de la enfermería a la práctica. Bogotá, Colombia: Universidad de La Sabana; 2016.
58. Bosh A, Falcó A, Alcolea S, et al. La teoría del confort en los cuidados enfermeros. Rev. Rol enferm. 2018; 41(10): 688-692.
59. Reyes J, Jara P, Merino J. Adherencia De Las Enfermeras/os a Utilizar Un Modelo Teórico Como Base De La Valoración De Enfermería. Cienc y enfermería [Internet]. 2007; 13(1):45–57.
60. Sosa H, Lenin G. Motivaciones, compromiso y adopción del e-Wow en restaurantes. Estudios Gerenciales. 2022; 38(162): 332-337.
61. Henao L. Calidad de servicio y valor percibido como antecedentes de la satisfacción de los clientes de las empresas de telecomunicaciones en Colombia. Contaduría y Administración. 2020; 65(3): 1-23.
62. Zavaleta E, García L. Calidad de atención y satisfacción del usuario externo del servicio de medicina física y rehabilitación de establecimientos de salud del MINSA y ESSALUD Chota 2018. [Tesis Académica]. Chiclayo, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2018.
63. Mato C. Plan de cuidados estandarizado en el postoperatorio de la amputación de miembros inferiores. REDUCA. 2015; 7(1): 335-379.
64. Celma M, Guirado C, Alcalá S, et al. Plan de cuidados estandarizado para el postoperatorio de cirugía perianal ambulatoria. Metas enferm. 2005; 8(5): 65-71.
65. Vargas R, Herrera C. Inducción preoperatoria para pacientes y familiares en cirugía mayor y su relación con la ansiedad. Rev Enfermería Actual en Costa Rica [Internet]. 2012; [Citado el 02 de junio del 2022]; 22(1). Disponible en: [Vista de INDUCCION](#)

[PREOPERATORIA PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN CASO DE CIRUGIA MAYOR Y SU RELACION CON LA ANSIEDAD \(ucr.ac.cr\)](#)

66. Pérez A, Gil F. Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato del trasplante renal. Taxonomía NANDA/NIC/NOC. Enfermería Nefrológica. 2008; 11(2): 144-149.
67. Cid P, Rubio J, De la Calle M, et al. Plan de cuidados de enfermería estandarizado para pacientes sometidos a RTU. ENFURO. 2005; 94(1): 23-30.
68. Pérez C, Prieto M, Chico M. Plan de cuidados (NANDA, NOC, NIC) para el trasplante de páncreas-riñón, en el preoperatorio. Enferm Nefrol. 2014; 17(1): 81-87.
69. Ramírez G, Olvera S, Cadena J. Proceso enfermero aplicado a una persona con síndrome de Marfan y disección aórtica. Rev Mex Enferm Cardiol. 2014; 22(1):46–50.
70. Buergo O, Herrero A. Evidencia de la intervención enfermera “precauciones en el embolismo” en el plan de cuidados estandarizados de implantación de prótesis de rodilla. 2014. Rev. enferm. CyL. 6(1): 31-51.
71. Simarro M. Plan de Cuidados de Enfermería para trasplante de hepático y colangitis biliar primaria [Tesis de grado]. España: Universidad de Valladolid; 2020.
72. Márquez R. Pectus excavatum en adolescentes: cuidados de Enfermería en el postoperatorio. 2021; Metas Enferm; 24 (10): 72-77.
73. Castillo J, García E, Cheverría S. Atención de Enfermería durante el postoperatorio a paciente sometido a clipaje de aneurisma por ruptura. 2019; Enfermería Universitaria; 16 (1): 105-116.
74. Cisneros M. Plan de Cuidados en pacientes con PI: Choque hipovolémico secundario a hemorragia obstétrica postparto [Tesis de posgrado]. México: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2022.
75. Farfán R. Cuidado enfermero en la atención al paciente con colecistectomía laparoscópica en el centro quirúrgico Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa 2020 [Tesis de postgrado]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2022.
76. Peña A, Sanz B. Proceso enfermero en el postoperatorio a un paciente intervenido de lobectomía pulmonar [Tesis de grado]. España: Universidad de Zaragoza; 2021.
77. Tlalolini V, Montiel J. Proceso enfermero en el nivel de ansiedad del paciente en el periodo preoperatorio. 2022; Cuidado Multidisciplinario de la Salud BUAP; 3(5): 25-35.

78. Vargas R, Herrera C. Inducción preoperatoria para pacientes y familiares en cirugía mayor y su relación con la ansiedad. Rev Enfermería Actual en Costa Rica [Internet]. 2012; 22(1). Disponible en: [INDUCCION PREOPERATORIA PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN CASO DE CIRUGIA MAYOR Y SU RELACION CON LA ANSIEDAD](http://www.ucr.ac.cr/INDUCCION%20PREOPERATORIA%20PARA%20PACIENTES%20Y%20FAMILIARES%20EN%20CASO%20DE%20CIRUGIA%20MAYOR%20Y%20SU%20RELACION%20CON%20LA%20ANSIEDAD) ([ucr.ac.cr](http://www.ucr.ac.cr))
79. Ronald A. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica [Internet]. 2013; 57(1):15-8. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/doc-escuela/etsae-graduacion.pdf>
80. Zúñiga D, Segura D, Solano M. Manual de procedimientos y protocolos de Enfermería en la etapa intraoperatoria. Hospital San Vicente de Paul, Heredia.” [Internet]. Universidad de Costa Rica; 2020. Disponible en: [http://kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/81068/TFG MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/81068/TFG%20MANUAL%20DE%20PROCEDIMIENTOS%20Y%20PROTOCOLOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
81. Miranda K, Rodríguez Y, Cajachagua M. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. Enfermería Universitaria. 2019; 16(4): 374- 389.
82. Elsevier. NANDA-I, NIC, NOC: Uso en la planificación de los cuidados y el modelo AREA. Elsevier. 2022 [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/nanda-i-nic-noc-vinculos-y-uso-en-la-practica-clinica>.
83. Herdmann T. Diagnósticos de Enfermagem da nanda: definições e classificações 20122014. Porto Alegre: Artmed; 2012.
84. Mccloskey J, Bulechek G. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
85. Johnson M, Maas M, Meridean M. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
86. Vitorelli K, Jonas L, Magalhães N, et al. Sistemas estandarizados de lenguaje de la enfermería en sección de pósteres. Av Enferm. 2015; 33(1): 151-157.
87. Nava G. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. Enf. 2010; 9(2): 94-104.
88. Delgado C, Valenzuela S. Teoría de Kolcaba: propuesta para el cuidado de niños y niñas chilenos enfermos de cáncer. Enfermería Universitaria. 2020; 17(4): 490-499.

89. Mastrapa Y, Gibert M. Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería*. 2016; 32(4): 126-136.
90. Naranjo Y, Rodríguez M, Pacheco J. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. *Revista Cubana de Enfermería*. 2016; 34(4): 126-138.
91. Leite M, Freitag L. Análisis de contexto del concepto de ambiente en la teoría humanística de Paterson y Zderan. *Index Enferm*. 2005; 14(48-49): 42-45.
92. Kolcaba K. *Comfort theory and practice: A holistic vision for health care*. New York: Springer; 2003.
93. Kolcaba K. *Holitics care: Is it feasible in today's health care environment? Nursing leaders speak out*. New York: Springer; 2001: 49-54.
94. Hardin S, Bishop S. *Nursing theorist and their work*. 7th ed. St Louis, MO: MosbyElsevier; 2010: 26-35.
95. Tirado G, Hueso C, Cuevas M, et al. How to write Clinical Case Studies in Nursing using the NANDA, NOC, NIC taxonomies. *Index Enferm*. 2011; 20(1-2): 111-115.
96. Martínez P. El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensam Gestión* [Internet]. 2006; 20(20): 165-193. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/646/64602005/>
97. Tomey AM, Alligood MR. *Modelos y teorías en enfermería* [Internet]. Elsevier; 2007 [citado el 23 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false> 64.
98. CTO. *Modelo y teorías de enfermería: Características generales de los modelos y principales características*. En: *Manual CTO Oposiciones de Enfermería* [Internet]. 2014. p. 1–14. Disponible en: https://www.berri.es/pdf/MANUAL_CTO_OPOSICIONES_DE_ENFERMERIA_-_PAIS_VASCO, Volúmen 1/9788417470050 65.
99. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN* [Internet]. Primera Edición. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010 [citado el 30 de noviembre de 2018]. 217 p. Disponible en: www.enfermeriajaen.com 66.

100. González Rodríguez R. Actualización del modelo de cuidados de enfermería de Virginia Henderson y su aplicación al estudio de las necesidades básicas de la población del Campo de Gibraltar. Universidad de Cádiz; 2015.
101. Jiménez V. El estudio de caso y su implementación en la investigación. Rev. Int. Investig. Cienc. Soc. 2012; 8(1): 141-150.
102. Jiménez V. El estudio de caso y su implementación en la investigación. Rev Int Investig en Ciencias Soc. 2012; 8(1): 141–50.
103. Ramírez S, Pérez O, Lozano O. Perspectiva de la Investigación en Enfermería: El caso México. 2019; 13(4): 1–10.
104. Rodríguez D, Jordi G, Roquet V. Metodología de la investigación. Universitat Oberta de Catalunya; 2009. 1–82.
105. Reina N. El proceso de Enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico. 2010; 17(1): 18-23.
106. Correa E, Verde E, Rivas J. Valoración de enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson. Universidad Autónoma Metropolitana; 1ra Ed. 2016.
107. Poveda D. Validez y confiabilidad del instrumento de confort SGCQ-Español de la Doctora Katherine Kolcaba para personas con enfermedad crónica [Tesis de posgrado]. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2015.
108. Trejo C, Maldonado G, Nolasco B, et al. Proceso de Enfermería. XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan [Internet]. 2015; 3(6). Disponible en: [Proceso de Enfermería | XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan \(uach.edu.mx\)](http://uach.edu.mx)
109. Programa regional de Bioética OPS/OMS. Pautas éticas en investigación sobre humanos: Nuevas perspectivas. Serie Publ. Lolas F, Quezada A, editores. Santiago, Chile: Gráfica Imprecom Ltda.; 2003. 1–151 p.
110. Laguado E, Yaruro K, Hernández E. El cuidado de enfermería ante los procesos quirúrgicos estéticos. Enferm Glob. 2015;14(4): 362–374.

6.2 Anexos

Anexo N°1: Guía de valoración basada en las 14 necesidades del Modelo de Virginia Henderson

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

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

1. RESPIRACIÓN NORMALMENTE

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

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Tabaquismo: Asma: Frecuencia respiratoria _____ por minuto.

Patrón respiratorio: Taquipnea: Bradicardia: Intensidad: _____

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

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

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

Tratamiento: _____

2. COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

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

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

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

Frecuencia y tipo de alimentos que consume:

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

Alimentos que desagrada: _____

Patrón de pérdida/aumento de peso: _____

Consumo de suplementos/ complementos diarios: _____

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

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

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

Diabetes Mellitus en familiares: Tipo: _____ Quiénes: _____

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

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

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

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

Ausencia de dientes: Cuáles: _____ Usa prótesis dentales:

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

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

Tratamientos: _____

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

Anexo N°2: Anexo N°4: Cuestionario General de Confort

CUESTIONARIO KOLCABA DE CONFORT

Edad: Sexo:

Unidad de Cuidados:

Fecha de cumplimentación:

A continuación encontrará afirmaciones que intentan describir su nivel de confort en este momento. Cada ítem cuenta con cuatro alternativas de respuesta; por favor, marque con una X, la alternativa que considere describe mejor cómo se siente usted ahora. Conteste a todas las cuestiones, gracias.

		Totalmente de acuerdo		Totalmente en desacuerdo	
		4	3	2	1
<hr/>					
1.	Mi cuerpo está relajado	4	3	2	1
2.	Me siento útil porque me empeño en ello	4	3	2	1
3.	Tengo suficiente intimidad	4	3	2	1
4.	Cuando necesito ayuda, cuento con personas que me la dan	4	3	2	1
5.	No quiero hacer ejercicio	4	3	2	1
6.	Mi condición actual me desmoraliza	4	3	2	1
7.	Me siento confiado	4	3	2	1
8.	Me siento dependiente de otros	4	3	2	1
9.	Siento que mi vida vale la pena	4	3	2	1
10.	El sentirme querido me da fuerzas	4	3	2	1
11.	Siento que lo que me rodea es placentero	4	3	2	1
12.	Los ruidos no me dejan descansar	4	3	2	1
13.	Nadie me comprende	4	3	2	1
14.	Me resulta difícil soportar el dolor que siento	4	3	2	1
15.	Intento hacer lo mejor	4	3	2	1
16.	Cuando estoy solo no me siento infeliz	4	3	2	1
17.	Mi fe me ayuda a no tener miedo	4	3	2	1
18.	No me gusta estar aquí	4	3	2	1
19.	Estoy estreñado	4	3	2	1
20.	No me siento sano	4	3	2	1
21.	Esta habitación me da miedo	4	3	2	1
22.	Tengo miedo al futuro	4	3	2	1

	Totalmente de acuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	4	3	2	1
23. Hay una persona, en concreto, que me cuida	4	3	2	1
24. He experimentado cambios que me hacen sentir mal	4	3	2	1
25. Tengo apetito	4	3	2	1
26. Me gustaría ver a mi médico más a menudo	4	3	2	1
27. La temperatura de esta habitación es la adecuada	4	3	2	1
28. Me siento muy cansado	4	3	2	1
29. Puedo superar mi dolor	4	3	2	1
30. La atmósfera que me rodea me anima	4	3	2	1
31. Estoy contento	4	3	2	1
32. Esta cama es muy incómoda	4	3	2	1
33. Las vistas desde mi habitación son agradables	4	3	2	1
34. Mis cosas no están aquí	4	3	2	1
35. Aquí me siento fuera de lugar	4	3	2	1
36. Me siento suficientemente bien como para caminar	4	3	2	1
37. Mis amigos se acuerdan de mí, mediante cartas y llamadas telefónicas	4	3	2	1
38. Mis creencias me hacen sentirme en paz conmigo mismo	4	3	2	1
39. Necesito estar mejor informado sobre mi salud	4	3	2	1
40. Me siento fuera de control	4	3	2	1
41. Me siento incómodo por no estar vestido	4	3	2	1
42. En esta habitación hay un olor muy desagradable	4	3	2	1
43. Pese a estar aquí solo, no me siento solo	4	3	2	1
44. Me siento en paz conmigo mismo	4	3	2	1
45. Estoy deprimido	4	3	2	1
46. He encontrado un sentido a mi vida	4	3	2	1
47. Es fácil orientarse aquí	4	3	2	1
48. Necesito encontrarme bien de nuevo	4	3	2	1