

## Atención de enfermería estandarizada para pacientes atendidos en la Unidad Quirúrgica de la Clínica "Cira García"

Dulce María Zequeira Betancourt

Licenciada en Enfermería, Máster en ciencias de la enfermería, Profesora Asistente, Miembro titular de la Sociedad Cubana de Enfermería. Vicedirectora de enfermería Clínica Central "Cira García"

---

### RESUMEN

**Introducción:** Durante el proceso quirúrgico, los pacientes se enfrentan a una serie de situaciones comunes, con las particularidades propias de su estado de salud y tipo de intervención quirúrgica al que van a ser sometidos. Durante este proceso, los cuidados de enfermería tienen una importancia fundamental en el bienestar y la recuperación del paciente. **Objetivo:** Proponer una atención de enfermería estandarizada para pacientes sometidos a cirugía en la Unidad Quirúrgica de la Clínica «Cira García», en La Habana, Cuba, durante el año 2010. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en un universo de 92 pacientes con cirugías mayores electivas. Se seleccionaron un conjunto de variables aplicando las taxonomías NANDA, NOC, NIC. Se recolectó la información de las Historias Clínicas, el procesamiento y análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS, se resumieron las variables en frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** Se presentan los resultados alcanzados de acuerdo a las variables sexo, edad, diagnóstico médico y de enfermería. Se vinculó la teoría de Virginia Henderson como guía en la asistencia directa al aplicar el plan de cuidados. Esta teoría resalta el trabajo de enfermería ayudando al paciente en la recuperación de la intervención quirúrgica. **Conclusiones:** El Proceso de Atención de Enfermería estandarizado con la utilización de las taxonomías NANDA, NOC, NIC constituyó la base teórica y práctica para la atención de enfermería independiente brindada a los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas.

**Palabras Clave:** / enfermería / diagnóstico enfermero / necesidades, cuidados de enfermería / intervención enfermero.

---

## INTRODUCCIÓN

Es evidente el profundo cambio que la enfermería está teniendo en los últimos años, cambio que genera el crecimiento como ciencia, replanteando sus ideas fundamentales, desde lo metodológico, para un lenguaje coherente en su saber y su hacer; y la necesidad de definir un ámbito de actuación propio y con el que se identifique la aportación específica de la enfermería a los cuidados de salud.

La enfermería en unidades quirúrgicas no debe ser ajena a este cambio; tradicionalmente se ha seguido un modelo de trabajo que no ha dado solución a las respuestas humanas del paciente quirúrgico, realizando tareas delegadas, basada en la rutina y la ambigüedad, olvidando que la esencia de la enfermería en la unidad quirúrgica es, como en cualquier otro ámbito, cuidar. El hecho de atender a personas en situaciones de riesgo vital no exime al profesional de la obligación de prestar cuidados individualizados encaminados no solo a resolver los problemas físicos, sino también los derivados de sus emociones y seguridad y en definitiva a ofrecer una atención integral a los usuarios. (1)

Durante el proceso quirúrgico, los pacientes se enfrentan a una serie de situaciones comunes, con las particularidades propias de su estado de salud y tipo de intervención quirúrgica a la que van a ser sometidos. Durante este proceso, los cuidados de enfermería tienen una importancia fundamental en la disminución de riesgos, lograr el bienestar, la recuperación del paciente, y en la aceptación de las secuelas que se puedan derivar del procedimiento quirúrgico.

Todo procedimiento quirúrgico representa un riesgo en sí mismo y su dimensión está directamente relacionada con el estado de salud del paciente, la extensión de la enfermedad, el tipo de intervención quirúrgica, la capacitación de los profesionales y la dotación de recursos materiales.

Las enfermeras/os deben usar un método científico, lógico y ordenado en su trabajo para que su quehacer diario sea eficaz y competente. Este se facilita si se accede a los conocimientos sobre los cuidados de enfermería a través del uso de conceptos como estandarización de cuidados de enfermería.

Las taxonomías NANDA, Nursing Outcome Classification (NOC) y Nursing Intervention Classification (NIC) son lenguajes reconocidos por la American Nurses Association (ANA), que estandarizan y unifican criterios entre los profesionales de enfermería para

proporcionar una atención integral y de calidad al individuo, y a su vez establecer un lenguaje que facilite la comunicación entre ellos. (2, 3, 4).

Según un estudio publicado por Chirveches et al., los pacientes de diferentes patologías quirúrgicas, presentan características y problemas comunes, y esta situación, junto con el diagnóstico clínico, debe ser utilizada por el personal de enfermería para facilitar sus tareas en la planificación de los cuidados individualizados de los pacientes. (5)

Un plan de cuidados estandarizados de enfermería debe estar estructurado con base al Método Enfermero para darle una secuencia y ordenamiento lógico lineal, que permita la toma de decisiones; por otra parte, es importante hacer uso de las herramientas metodológicas NANDA, NOC y NIC, ya que por su bajo nivel de abstracción pueden ser consideradas como micro teorías o teorías de rango medio. (2)

La trascendencia de la profesión de enfermería radica en la científicidad de sus intervenciones basadas en criterios técnicos, objetivos y medibles. El presente trabajo da respuesta al problema de investigación: ¿Cómo un plan de cuidados estandarizado utilizando las taxonomías NANDA, NOC, NIC contribuye al cuidado de enfermería de pacientes quirúrgicos en la Clínica "Cira García" durante el año 2010?. Por lo mencionado nace la inquietud de proponer una atención de enfermería estandarizada para pacientes atendidos en la Unidad Quirúrgica de la Clínica "Cira García".

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en un universo de 92 pacientes quirúrgicos. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, diagnóstico médico, diagnóstico, intervenciones y resultados de enfermería. De la situación clínica se construyó el plan de cuidados, con valoración (Henderson), diagnósticos (NANDA), resultados (NOC), e intervenciones (NIC). Con el método observacional documental se recolectó la información, el procesamiento y análisis se realizó con el programa SPSS, versión 11.5, fueron utilizadas medidas de resumen de variables cuantitativas, frecuencias absolutas y relativas (Porcentaje).

## **RESULTADOS**

Predominaron pacientes masculinos (56.52%) con edad media 47 años, los diagnósticos médicos de cirugía estética y ortopedia estuvieron presente en el 73.50% de los pacientes. predominaron los diagnósticos enfermera, riesgo de aspiración, riesgo de sangrado, riesgo de lesión postural perioperatoria y riesgo de infección. Al considerar la importancia de estos cuidados con una dimensión holística se vinculó la teoría de Virginia Henderson como guía al paciente en la recuperación de la intervención quirúrgica.

La escasez de un lenguaje propio del profesional de enfermería indujo la reflexión sobre la necesidad de identificar los diagnósticos de enfermería en los pacientes quirúrgicos.

Un plan de cuidados estandarizado estructurado con base al Método Enfermero permitió una secuencia y ordenamiento lógico, que favorece la toma de decisiones; El uso de las taxonomías NANDA, NOC, NIC en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería que se sintetizan en el plan de cuidados estandarizado que se propone en el anexo 1.

Dentro del interés de dotar de un lenguaje unificado, a las diferentes partes del proceso de cuidados, se desarrolla la NOC, para unificar los enunciados de los resultados que se pretende que llegue a alcanzar el beneficiario de cada plan de cuidados y la NIC, que ofrece un listado de intervenciones como guía para determinar y llevar a cabo las actividades para ejecutar el plan. (3, 4)

## **DISCUSIÓN**

Actualmente se trabaja en proyectos que integran las diferentes clasificaciones NANDA, NOC y NIC. Diferentes experiencias vienen a demostrar la oportunidad de la utilización conjunta de las tres clasificaciones (Fuentes et ál., 2007 y Tirado y Burgos, 2008). (6, 7)

Estas y otras razones, son la causa de que se haya desarrollado una idea entre las enfermeras sobre la práctica de la profesión en la que tienen una importancia singular las estructuras metodológicas NANDA, NOC, NIC, que ofrecen un marco teórico de referencia, utilizando estas estructuras como protocolos de procedimientos para intervenir en diferentes momentos del proceso de cuidados, con explicaciones teóricas del por qué y el para qué de las acciones, es por ello que durante el proceso quirúrgico resulta igualmente útil para conducir un pensamiento enfermero con bases científicas.

Esta tendencia se plasma en guías para el diseño del plan de cuidados a partir del diagnóstico y en planes de cuidados estandarizados. Un ejemplo de la primera opción es el trabajo de Ackley y Ladwig, (2007) y entre la estandarización de planes está la propuesta desarrollada por Charrier y Ritter (2005) que ofrecen guías de actuación para aplicar en la práctica clínica en función del problema que presenta la persona que requiere de cuidados enfermeros o de la organización de diferentes unidades de atención, con el fin de unificar criterios y cuantificar los recursos necesarios o empleados en el proceso. (8, 9)

La utilización de las estructuras metodológicas estandarizadas, en las que se toma como punto de partida el problema patológico son frecuentes. (8, 9) Aparecen así propuestas como por ejemplo: «Diagnósticos más frecuentes en pacientes con tratamientos quirúrgicos».

La experiencia de los autores dice que dos personas con el mismo problema de salud pueden presentar problemas de cuidados muy diversos, mientras que dos personas con problemas de salud muy diferentes pueden manifestar los mismos problemas de cuidados.

Desde una mirada enfermera, rigurosa, resulta igualmente insuficiente estandarizar los cuidados desde el proceso patológico, es necesario al hacerlo tener presente la edad, el sexo, el lugar de residencia de la persona, su actitud ante la enfermedad, los

recursos con que cuenta para enfrentar su situación, etc., ya que todos estos fenómenos son factores que influyen en su salud y sus respuestas ante su situación, no solo durante el acto quirúrgico sino en su recuperación.

Es lo que Orem describe como factores básicos condicionantes, Henderson como factores permanentes y variables y Roy como modelos de adaptación, o como apuntan Phillips y Corrales, sobre la base de las propuestas de Leininger, con una etnográfica visión, desde el propio punto de vista de la persona. (10)

Es criterio de los autores que la utilización de metodologías sistemáticas sin un modelo de cuidados como marco teórico, lleva a que los cuidados enfermeros se basen en la experiencia y se conviertan en un conjunto de acciones exentas de fundamento teórico, en las que las actividades de pensamiento y acción trascurren de manera conjunta ya que las acciones estarán carentes de un proceso reflexivo previo, lo que hace que no sean precisamente profesionales.

## CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de Enfermería estandarizado con la utilización de las taxonomías NANDA, NOC, NIC constituyó la base teórica y práctica para la atención de enfermería independiente brindada a los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas.

Anexo 1. Plan de cuidados estandarizado para pacientes en Unidad Quirúrgica. Clínica Central "Cira García". Año 2011.

Modelo de diagnósticos de enfermería expectativas y acciones de enfermería de la clínica central "Cira García"		Nombre del Paciente	Historia Clínica	Edad	Sexo		
	DIAGNOSTICOS (NANDA)	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS (NOC)	FECHA			
				HORA			
	(00039) Riesgo de aspiración R/C  • Intubación endotraqueal.	1570 Manejo del vómito.  3200 Precauciones para evitar la aspiración.	0403 Estado respiratorio: ventilación.  Escala: Comprometida: Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente /				

<ul style="list-style-type: none"><li>• Administración de medicamentos.</li></ul>		<p>Levemente / No comprometida.</p> <p><b>Indicadores</b></p> <p>(040301)Frecuencia respiratoria en el rango esperado ERE.</p> <p>(040302)Ritmo respiratoria ERE.</p> <p>(040304)Expansión torácica simétrica.</p> <p>(040319)Ruidos respiratorios a la auscultación ERE.</p> <p>0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.</p> <p>Escala: Comprometido: Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometido.</p> <p>(041004)Frecuencia respiratoria en el rango esperado ERE.</p> <p>(041005)Ritmo respiratorio ERE.</p>				
---	--	--	--	--	--	--

			<p>(041107) Ausencia de ruidos respiratorios patológicos.</p> <p>0912 Estado neurológico: conciencia.</p> <p>Escala: Comprometido: Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometido.</p> <p>(091201) Abre los ojos con estímulos externos.</p> <p>(091203) Comunicación apropiada a la situación.</p> <p>(091204) Obedece órdenes.</p> <p>(091205) Respuestas motoras a estímulos nocivos.</p>				
2	<p>(00039) Riesgo de sangrado R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efectos secundarios del tratamiento quirúrgico.</li> </ul>	<p>3660 Cuidados de las heridas.</p> <p>4010 Prevención de hemorragia.</p> <p>4130 Monitorización de líquidos.</p>	<p>0413 Severidad de la pérdida de sangre.</p> <p>Escala: Grave / Sustancial / Moderado / Ligero / Ninguno.</p>				

		<p>4180 Manejo de la hipovolemia.</p>	<p>(041301) Pérdida sanguínea visible.</p> <p>(041308) Hemorragia postoperatoria.</p> <p>(041309) Disminución de la presión arterial sistólica.</p> <p>(041310) Disminución de la presión arterial diastólica.</p> <p>(041312) Pérdida de calor corporal.</p> <p>(041316) Disminución de la hemoglobina (Hgb).</p> <p>(041317) Disminución del hematocrito (Hct).</p>				
3	<p>(00087) Riesgo de lesión postural perioperatoria R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones sensitivo-perceptuales debidas a la anestesia.</li> <li>• Inmovilización.</li> </ul>	<p>3540 Prevención de las úlceras por presión.</p> <p>3590 Vigilancia de la piel.</p> <p>6482 Manejo ambiental: confort.</p> <p>6486 Manejo ambiental: seguridad.</p>	<p>0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.</p> <p>Escala: Intensa / Sustancial / Moderada / Ligera / Ninguna.</p> <p>(020401)Úlceras de presión.</p> <p>(020419)Congestión pulmonar.</p>				



		6654 Vigilancia: seguridad.	1913 Estado de seguridad: lesión física.  Escala: Grave / Sustancial / Moderado / Ligero / Ninguno.  (191301)Abrasiones cutáneas.  (191303)Laceraciones.  (191304)Quemaduras.				
4	(00004) Riesgo de infección R/C  • Procedimientos invasivos.  • Defensas primarias inadecuadas por rotura de la piel.  • Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos.	3160 Aspiración de las vías aéreas.  3340 Cuidados del sitio de incisión.  3350 Monitorización respiratoria.  3590 Vigilancia de la piel.  3660 Cuidados de las heridas.  6540 Control de infecciones.  6550 Protección contra las infecciones.	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.  <b>Escala:</b> Comprometida: Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometida.  <b>Indicadores</b>  (110101) Temperatura tisular ERE.  (110104) Hidratación ERE.  (110106) Transpiración ERE.  (110107) Coloración ERE.				

			<p>(110111) Perfusión tisular.</p> <p>0802 Estado de los signos vitales.</p> <p>Escala: Desviación para el rango esperado: Extrema / Sustancial / Moderada / Leve / Sin desviación</p> <p><b>Indicadores</b></p> <p>(080201) Temperatura.</p> <p>(080202) Frecuencia del pulso apical.</p> <p>(080204) Frecuencia respiratoria.</p> <p>(080205) Presión arterial sistólica.</p> <p>(080206) Presión arterial diastólica.</p>				
	Dulce Zequeira		Firma del Enfermero				
	Registro 2218						

ERE: En el Rango Esperado. Fuente: Historias

clínica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rayón E, del Puerto I, Narvaiza MJ. Manual de Enfermería Médico·Quirúrgica. Madrid: Síntesis; 2001.
2. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Editora ELSEVIER Barcelona España. 2010 Pág. 415
3. Johnson M, Maas M, Moorhead S, editoras. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 3ª Ed. Barcelona: Harcourt-Mosby; 2005.
4. McCloskey JC, Bulechek GM, editoras. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 4ª ed. Barcelona: Harcourt-Mosby; 2005.
5. Chirveches Pérez E, Roca Closa J, Sánchez Pérez I, Bisquert Ylla C, Plana Capdevila C, Quer Vall X et al. Concepto «Paciente Tipo»: utilidad para el cuidado de los pacientes quirúrgicos. *Enferm Clin.* 2009; 19(4):175-183.
6. Fuentes, L., Pineda, A., García, I., Jiménez, I., Cabeza, MJ. Y Motero, JJ. Circuito quirúrgico informatizado. Una herramienta para la mejora de la atención al paciente quirúrgico. *Index de Enfermería*, 2007;58: 59-62.
7. Tirado, G. y Burgos, J. Gestión del cuidado de un paciente con adrenoleucodistrofia. *Metas de Enfermería*, 2008;11(1): 55-60.
8. Ackley, BJ. Y Ladwig, GB. *Manual de Diagnósticos de Enfermería. Guía para la planificación de los cuidados.* (7ª ed.). Madrid: Elsevier. Mosby. 2007.
9. Charrier, J. y Ritter, B. *El plan de cuidados estandarizado. Un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en práctica.* Barcelona: Masson. 2005.
10. Phillips, KD, Corrales, E. Aplicación de la Mirada Antropológica a la disciplina enfermera. *Index de Enfermería*, XII 2007; (43): 37- 39.

Recibido: 27 de febrero del 2012

Aprobado: 12 de Marzo del 2012