



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

**GRAO EN ENFERMARÍA**  
Curso académico 2013-2014

TRABALLO FIN DE GRAO

**Plan de cuidados de enfermería a un paciente  
postoperado tras una reparación de aneurisma  
aórtico abdominal. A propósito de un caso.**

**Lucía Mondelo Liñares**  
Titor/es: Rosa Pita Vizoso  
Presentación do traballo (Mayo 2014)

**ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA**

**UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE</b>	<b>2</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>3</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>4</b>
<b>RESUMO</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>DESARROLLO</b>	<b>10</b>
DESCRIPCIÓN DEL CASO	12
DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS	20
<b>DISCUSIÓN/CONCLUSIONES</b>	<b>34</b>
<b>CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES</b>	<b>36</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>36</b>
Anexo 1	36
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>37</b>

## RESUMEN

**Introducción:** El postoperatorio tras una reparación de aneurisma aórtico abdominal es una situación frecuente en la unidad de Reanimación. Por otro lado, la utilización del proceso de atención de enfermería y de un lenguaje estandarizado no es de uso habitual en las unidades de España y del resto de Europa, lo cual constituye un reto para la enfermería debido a que posibilita la normalización de la práctica enfermera y disminuye la variabilidad de la práctica clínica.

**Objetivos:** 1) Establecer un plan de cuidados a un paciente sometido a una reparación aneurismática abdominal mediante técnica abierta en una unidad de críticos. 2) Evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas.

**Desarrollo:** Se realizó un plan de cuidados al paciente desde la perspectiva del modelo de Virginia Henderson, y siguiendo las taxonomías NANDA, NOC, y NIC, para establecer diagnósticos de enfermería, resultados esperados, intervenciones enfermeras y actividades. Así mismo, se aplicó el modelo de Análisis del Resultado del Estado Actual (AREA) y se determinan estos diagnósticos: “Retraso en la recuperación quirúrgica”, “Déficit de autocuidado: aseo”, “Confusión aguda” y “Riesgo de deterioro de la integridad cutánea”. El plan se ejecutó durante los cinco días que el paciente estuvo en la unidad.

**Discusión:** A la vista de los resultados obtenidos podemos afirmar que las actividades realizadas han mejorado la situación del paciente. El

desarrollo de un plan de cuidados utilizando la taxonomía enfermera nos permite tanto la evaluación de progreso del paciente como la evaluación de la actividad enfermera.

Key Words: “critical care”, “aortic aneurysm, abdominal”, “patient care planning”, “nursing diagnosis” “postoperative complications”

## SUMMARY

Introduction: The post-operative period after an open repair surgery of an aortic abdominal aneurysm is an usual situation in the Recovery Unit. On the other hand, the use of the process of attention of nursery and the use of a standardized language is not common in the units of Spain and of the rest of Europe, which becomes a challenge for the nursing due to the fact that it makes the normalization of the practical nursing possible and decreases the variability of the clinical practice.

Aims: 1) To establish a plan to take care of a patient submitted to a aneurismatic abdominal by means of opened surgery in a critics' unit. 2) To evaluate the efficiency of the interventions carried out.

Development: a plan was carried out to take care of a patient from the perspective of the Virginia Henderson`s model , and following the taxonomies NANDA, NOC, and NIC, to establish diagnosis of nursing, expected results, nursing interventions and activities. Moreover we applied the model of Analysis of the Result of the Current State and we have determitaded the next nursing diagnosis: “Delay on the postoperative recovery”, “Lack of the autocare: bath”, “Acute postoperative delirium” and “Risk of skin completeness`s deterioration. The plan was executed during five days when the patient was in the Recovery Unit.

Discussion: In view of the obtained results we can confirm that the activities realized have improved the state of the patient. The development of a plan to take care of a patient using the nursing taxonomy allows us

both the evaluation of progress of the patient and the evaluation of the nurse activity.

## RESUMO

Introdución: O postoperatorio tras unha reparación de aneurisma aórtico abdominal dáse frecuentemente na unidade de Reanimación. Por outro lado, a utilización do proceso de atención de enfermaría e dunha linguaxe estandarizada non é de uso habitual nas unidades de España e do resto de Europa, o cal constitúe un reto para a enfermaría debido a que posibilita a normalización da práctica enfermeira e diminúe a variabilidade da práctica clínica.

Obxectivos: 1) Establecer un plan de cuidados a un paciente sometido a unha reparación aneurismática abdominal mediante técnica aberta nunha unidade de críticos. 2) Avaliar a eficacia das intervencións realizadas.

Desenvolvemento: Realizouse un plan de cuidados ao paciente dende a perspectiva do modelo de Virxinia Henderson, e seguindo as taxonomías NANDA, NOC, e NIC, para establecer diagnósticos de enfermaría, resultados esperados, intervencións enfermeiras e actividades. Así mesmo, aplicouse o modelo de Análise do Resultado do Estado Actual (AREA) e se determinaron os seguintes diagnósticos de enfermaría: “Retraso na recuperación quirúrxica”, “Déficit no autocuidado: aseo”, “Confusión aguda” e “Risco de deterioro da integridade cutánea”. O plan executouse durante os cinco días que o paciente estivo na unidade de Reanimación.

Discusión: Á vista dos resultados obtidos podemos afirmar que as actividades realizadas melloraron a situación do paciente. O

desenvolvemento dun plan de cuidados utilizando a taxonomía enfermeira permítenos tanto a avaliación de progreso do paciente coma a avaliación da actividade enfermeira.

## INTRODUCCIÓN

Para el desarrollo del trabajo de fin de grado he optado por el desarrollo de un caso clínico que me permita describir y explorar el proceso enfermero mediante el uso de las taxonomías como lenguajes estandarizados.

El caso que vamos a presentar trata de un un paciente postoperado tras un bypass aorto aórtico abdominal con reparación abierta. La elección de esta situación clínica ha estado influenciada fundamentalmente, porque durante mi estancia de tres meses en la unidad de reanimación ha sido una de las situaciones clínicas que he observado con más frecuencia.

El término aneurisma aórtico hace referencia a un segmento patológico de dilatación en la arteria aorta que tiende a su expansión y rotura y generalmente se describen en función de su tamaño, localización, morfología y etiología; los criterios de tamaño suelen centrarse en su diámetro transversal y se considera anormal cuando éste tiene más de 3 cm<sup>1</sup> Los aneurismas aórticos abdominales son más frecuentes (80%) que los torácicos (20%) y el 95% de los casos se localizan a nivel infrarrenal.

La incidencia a nivel mundial de casos de aneurisma aórtico abdominal (AAA) tiende a aumentar en las últimas décadas. El 1-2% de las personas de más de 50 años y al menos el 10% de los pacientes hipertensos con enfermedad oclusiva arterial periférica presentan un aneurisma de aorta,

con la edad aumenta su incidencia, siendo el pico máximo entre los 60 y 70 años<sup>2</sup>, suele ser más frecuente en hombres.<sup>1,2,3.</sup>

La etiología del aneurisma es multifactorial, aunque se sabe que la arterioesclerosis está involucrada en su formación.<sup>4,5.</sup> Los resultados de estudios que investigan los factores de riesgo asociados a AAA, llegan a la conclusión de que los más fuertemente relacionados son: sexo masculino, tabaco, IAM, enfermedad vascular periférica y HTA. El sexo masculino mostró una asociación fuerte con AAA, mientras que fumar, una historia de IAM o la enfermedad vascular periférica mostraron asociaciones moderadas. La HTA sólo fue asociada débilmente con AAA y no se mostró asociación evidente con la diabetes<sup>2</sup>.

El diagnóstico por imagen es el método de elección para detectar, evaluar el tamaño y vigilar de forma precisa la anatomía aórtica antes de la intervención. La ecografía abdominal es una forma práctica de visualizar aneurismas aórtico abdominales ya que tiene una alta precisión, con una sensibilidad y especificidad que se aproxima al 100%, es barata, no invasiva y evita la exposición a la radiación<sup>1</sup>. Sin embargo, la tomografía axial computarizada define mejor la extensión y morfología de los aneurismas, así como sus relaciones anatómicas con los vasos viscerales y renales. La aortografía por resonancia magnética (ARM) es útil para realizar una evaluación preoperatoria de los aneurismas aórticos, siendo extremadamente precisa para definir la extensión proximal de la enfermedad, así como la afectación íleo-femoral<sup>6</sup>.

Estudios clínicos aleatorizados han demostrado que la detección sistemática de AAA se asocia con una reducción del 50% en su rotura y una disminución del 50% en la mortalidad relacionada con el aneurisma.<sup>1</sup>

El intervalo medio de crecimiento aneurismático es de 0.3 a 0.5 cm/año variando notablemente según el individuo.<sup>1</sup>

Se recomienda el cribado poblacional de AAA en hombres entre 65-75 años mediante la realización de ultrasonido abdominal.<sup>7</sup>

La vigilancia y recomendaciones sobre el estilo de vida, especialmente el abandono del hábito tabáquico está recomendada (nivel de recomendación fuerte y calidad de la evidencia moderada) en pacientes con AAA que estén entre 4.0 y 5.4 cm de diámetro debido a que el riesgo de rotura es muy bajo en estas dimensiones, a menos que exista un crecimiento rápido (>1cm/año) o que se desarrollen síntomas previamente inexistentes, como es el dolor abdominal o de espalda, que indican alto riesgo de rotura; en estas situaciones la reparación estaría recomendada (nivel de recomendación fuerte y calidad de la evidencia alta).<sup>8</sup>

Así mismo, es crucial el adecuado tratamiento de la hipertensión, la hiperlipidemia y la diabetes como factores de riesgo de la rotura.<sup>1</sup> El diámetro de 5.5 cm parece ser el adecuado para ofrecer tratamiento quirúrgico en ausencia de comorbilidades significantes.<sup>7,8</sup> Según el documento de la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (AVALIAT) se recomienda el seguimiento del paciente desde los  $\geq 3$  cm.<sup>7</sup>

El tratamiento quirúrgico electivo de un aneurisma de aorta abdominal es una intervención preventiva encaminada a reducir el riesgo de muerte asociado a la rotura del mismo.<sup>8</sup> Esta reparación quirúrgica consiste en la apertura del aneurisma (reparación quirúrgica abierta o RQA) y en la inserción de una prótesis sintética de dacrón (tejido sintético textil de poliéster) o politetrafluoroetileno (no téxtil) expandido.<sup>6</sup>

Una alternativa menos cruenta es utilizar endoprótesis vasculares-injertos expansibles (REVA)<sup>1</sup> implantados por vía percutánea<sup>6</sup>; es una intervención relativamente novedosa, con una técnica mínimamente invasiva que se considera el tratamiento de elección en pacientes de alto riesgo: mayores de edad, pacientes con abdomen hostil o con severa morbilidad asociada y sin las restricciones anatómicas y aterosclerosas



determinadas.<sup>8, 9</sup> Algunos autores han evidenciado que la relación de aparición de complicaciones neurológicas como paraplejía después del tratamiento endovascular es menor en comparación con la sustitución quirúrgica<sup>10</sup> además conlleva una menor morbilidad y mortalidad, menor dolor, disminución de sufrimiento, estancia hospitalaria más corta, y un mejor beneficio a corto plazo, además de un retorno más rápido a las actividades cotidianas normales.<sup>6</sup>

La decisión sobre qué paciente elegir para el desarrollo del caso clínico estuvo determinada por mi mayor accesibilidad a la historia, así como al posterior seguimiento. Además el paciente presentaba antecedentes de otras patologías (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y una Insuficiencia Renal Crónica en estadio III) que hacen el caso más complejo para su abordaje.

La principal motivación para realizar un plan de cuidados individualizado ha sido que durante la estancia en Reanimación he podido constatar que la utilización del proceso de atención de enfermería (PAE) y la utilización de lenguajes estandarizados no es de uso habitual.

Esta situación no es específica de esta unidad, sino que puede hacerse extensiva a cualquier unidad/servicio tanto del estado español como de cualquier estado miembro de la Unión Europea. La Asociación Europea para los Diagnósticos Enfermeros, Intervenciones y Resultados Comunes (ACENDIO) en 2008 elaboró un cuestionario con la finalidad de identificar cual era el estado de los modelos, estándares y estructuras de la documentación enfermera en Europa. Según los resultados, el Proceso de Enfermería es usado como estructura de la documentación pero el uso de estándares no es frecuente y la unificación del lenguaje enfermero se considera un gran reto para la cooperación enfermera en el entorno Europeo.<sup>11</sup>

Los planes de cuidados y la utilización de un lenguaje estandarizado posibilitan la normalización de la práctica enfermera, disminuyendo la

variabilidad de la práctica clínica, pudiendo identificar los problemas y necesidades de cuidados de los pacientes y establecer así qué resultados esperamos y qué intervenciones son necesarias.<sup>12</sup>

Los casos clínicos pueden considerarse como el primer peldaño de la investigación clínica, contribuyen al conocimiento del proceso del paciente y muestran los resultados obtenidos tras la aplicación de un plan personalizado de cuidados, somos conscientes de que los hallazgos no pueden generalizarse, pero sí pueden sugerir implicaciones prácticas en forma de recomendaciones clínicas.<sup>12</sup>

Fue por ello que me planteé como objetivos:

- Establecer un plan de cuidados a un paciente sometido a una reparación aneurismática abdominal mediante técnica abierta en una unidad de críticos.

- Evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas.

## DESARROLLO

Para el desarrollo de este plan de cuidados se trabajará desde la perspectiva del Modelo de Virginia Henderson. Se decidió este modelo de enfermería porque es el que se adoptó en la Escuela Universitaria de Enfermería de A Coruña y en el ámbito hospitalario de referencia.

Según este modelo, el objetivo de los cuidados es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia. El rol profesional es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que le falta (hacer con ella) mediante la utilización de sus recursos internos y externos. Virginia distingue 14 necesidades básicas, entendidas como requisitos

para la vida de una persona que tienen que estar satisfechas, bien por las acciones que realiza la persona o bien por la enfermera que la sule. El centro de intervención enfermera son las áreas de dependencia en la satisfacción de las necesidades básicas.<sup>13</sup>

Dentro del PAE, el diagnóstico enfermero tiene una importancia fundamental; representa la identificación del problema enfermero y la base para el plan de cuidados. De entre las clasificaciones de diagnósticos enfermeros la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) es la que actualmente goza de mayor difusión y prestigio y por lo tanto la que utilizaremos.<sup>14</sup>

Para la fase de planificación se utilizarán las taxonomías NOC y NIC. Los resultados NOC (Nursing Outcomes Classification o Clasificación de Resultados de Enfermería) consisten en una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que nos permiten evaluar la calidad de las intervenciones enfermeras<sup>16</sup> y proporcionan una guía para valorar/evaluar los indicadores que evidencian la medida en la que se presenta y resuelve un problema.<sup>14</sup> Son capaces de mejorar la evaluación de la efectividad y miden el resultado en cualquier momento, permitiendo seguir el progreso a lo largo de un proceso de asistencia y en diferentes entornos de cuidado.<sup>15</sup> Un resultado evalúa el estado real en un momento determinado mediante una escala Likert de cinco puntos.<sup>16</sup> La diferencia entre puntuaciones tras la intervención representa los efectos de la misma sobre el resultado; éste es uno de los principales beneficios de utilizar esta taxonomía.<sup>16</sup>

La Nursing Interventions Classification, NIC, es la relación ordenada de las actuaciones que las enfermeras llevan a cabo en el desempeño de su papel cuidador<sup>14</sup> se definen como todo tratamiento basado en el conocimiento y el juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para obtener resultados esperados sobre el paciente/cliente.<sup>17</sup> Incluyen actividades de enfermería que pueden modificarse para que reflejen mejor

las necesidades de una situación concreta, lo que constituye una de las ventajas de la clasificación NIC. Al elegir una intervención deben tenerse en cuenta seis factores: resultados deseados en el paciente, características del diagnóstico de enfermería, base de investigación de la intervención, factibilidad de la ejecución, aceptación por el paciente y la capacidad del profesional.<sup>18</sup>

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de raza blanca de 68 años de edad, sexo masculino, con peso de 103 kg y con estatura de 170 cm. Remitido desde otro hospital por aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de aproximadamente 5,5 cm de diámetro ya conocido que ha presentado crecimiento según informe de TAC de más de 1 cm en 1 año. Asintomático desde el punto de vista clínico. Confirmado diámetro mediante ecografía en laboratorio vascular.

Antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, Ulcus duodenal con hemorragia digestiva alta en 2008, hiperuricemia, neoplasia vesical con cistectomía radical + ureteroileostomía en 2009, EPOC con reagudizaciones, insuficiencia renal crónica grado III. Es exfumador y exbebedor, no consumidor de drogas y con intolerancia al Ventolín.

Es sometido a un bypass aorto aórtico con Dracon. La intervención dura 6 horas, mediante laparotomía media y con anestesia general y epidural. Durante la intervención se produjo apertura y lesión iatrogénica de intestino, suturado y resultado óptimo según informe de quirófano. Es extubado en quirófano y durante toda la intervención se encuentra hemodinámicamente estable.

#### 1. *-Necesidad de oxigenación:*

Extubado en quirófano, porta Ventimask al 50%, con una frecuencia respiratoria espontánea de 23 rpm (respiraciones por minuto) No cianosis distal. Saturación O<sub>2</sub> de 95%. A la auscultación murmullo vesicular conservado. No sensación de disnea.

PaO<sub>2</sub>: 93 mmhG (85-100); PaCO<sub>2</sub>: 35-45 mmhG, pH: 7,22; HCO<sub>3</sub>: 17,5 mEq/L (22-28); Láctico: 0,4 (4.5 a 19.8 mg/dL).

Hemodinámicamente estable, con leve tendencia a la HTA → PAS:160 mmHg, PAD: 95 mmHg, en ritmo sinusal a 107 lpm (latidos por minuto), a la auscultación rítmico sin soplos, troponinas negativas. Pulsos femorales izquierdos presentes, pedios derechos presentes. Sin edemas. Extremidad inferior izquierda más fría que derecha.

Tos inefectiva y no es capaz de movilizar secreciones.

Respiración superficial porque dice que si respira fuerte le duele.

## 2. *-Necesidad de nutrición e hidratación*

IMC (Índice masa corporal): 35,64. Obesidad.

Dieta absoluta. Reposición con sueros.

Buen estado de mucosas.

Sonda nasogástrica (SNG) con débito a bolsa. Nulo.

Abdomen distendido duro a la palpación con dolor a la palpación en ambos flancos. Timpánico a la percusión. Ausencia de ruidos.

Trasfundidos en quirófano 2 CH (concentrados de hematíes) y administrados 4000 ml de Cristaloides + 500 de Coloides.

## 3. *-Necesidad de eliminación*

Drenajes: 1 drenaje tipo Redón, con vació, permeable, con débito hemático.

Ureteroileostomía cutánea tipo Bricker: permeable, > 1 ml/kg/h con diuréticos (furosemida). Balance neutro.

Deterioro de función renal; urea: 145( valores normales en sangre <40mg/dl); creatinina: 3,28 (valores normales en sangre en varones <1,3 mg/dl).

4. *-Necesidad de moverse y tener buena postura*

Posición supina en cama. Cama con ángulo de 30 grados.

Dificultad en la movilidad de cuerpo debido a dolor y obesidad.

Refiere sensación de debilidad y cansancio en los movimientos del aseo o en la realización de pruebas.

No hay datos sobre hábitos de ejercicio.

5. *-Necesidad de descanso y sueño.*

No duerme por las noches, se agita mucho

6. *-Necesidad de termorregulación*

Afebril

7. *-Necesidad de higiene y protección de la piel*

Incisión abdominal cubierta con apósito que no está manchado. Puntos sueltos en región infraumbilical y grapas supraumbilicales según informe de quirófano. Piel adyacente sin calor ni rubor.

Escala BRADEN: 12 puntos: alto riesgo. (Anexo 1)

Higiene diaria y cambio de sábanas antes de la noche.

Se aplica crema hidratante y ácidos grasos hiperoxigenados en sacro, talones y escápulas.

8. *-Necesidad de evitar peligros*

Catéter epidural L1-L2 con perfusión de levobupivacaína.

Catéter arterial radial izquierdo.

Vía venosa periférica en MSI.

Vía venosa central, yugular interna en lado derecho con tres luces.

Dolor intenso, perfusión de cloruro mórfico que dice ser inefectiva.

Muy agitado, se incorpora de la cama.

#### 9. *-Necesidad de comunicación*

A veces verbaliza cosas sin sentido, correspondiendo con los momentos de agitación principalmente y de dolor. En los períodos de agitación no obedece a órdenes y su capacidad de atención es nula.

Las necesidades de actuar según valores y creencias, trabajar para realizarse, ocio-recreo y aprendizaje no fueron valoradas en el período de postoperatorio inmediato.:

Tras el análisis de los datos obtenidos en la valoración se establecieron los siguientes diagnósticos de enfermería (DdE) y complicaciones potenciales:

- Trastorno del patrón del sueño r/c dolor postoperatorio inmediato y entorno extraño m/p observación de dificultad para conciliar y mantener el sueño.
- Deterioro de la movilidad física r/c dolor postoperatorio inmediato m/p limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas.
- Patrón respiratorio ineficaz r/c dolor postoperatorio inmediato m/p alteraciones en la profundidad respiratoria y uso de los músculos accesorios para respirar.
- Confusión aguda r/c edad superior a los 60 años, estado postoperatorio y entorno extraño m/p agitación, intranquilidad y fluctuaciones en el conocimiento.

- Déficit de autocuidado: aseo r/c limitaciones del entorno m/p incapacidad para ayudar en su aseo.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c dolor postoperatorio inmediato m/p expectoración ineficaz.
- Dolor agudo abdominal r/c postoperatorio inmediato.
- Riesgo de caídas r/c disminución del estado mental.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c obesidad e inmovilización física
- Retraso en la recuperación quirúrgica r/c procedimiento quirúrgico importante m/p expresa sentir dolor, fatiga, dificultad para moverse en el entorno y necesita ayuda para completar el autocuidado.

#### Complicaciones potenciales:

- Insuficiencia renal<sup>20,21,22,23</sup>
- Isquemia intestinal<sup>21,22</sup>
- Hemorragia postoperatoria<sup>21,22,23</sup>
- Isquemia miocárdica y/o infarto<sup>21,23</sup>
- Íleo paralítico<sup>21</sup>
- Insuficiencia respiratoria aguda<sup>21,23</sup>
- Infección de la herida quirúrgica y/o drenajes<sup>21</sup>
- Perfusión tisular periférica ineficaz<sup>21</sup>
- Tromboembolismo pulmonar<sup>21</sup>

Debido al alto número de diagnósticos de enfermería y de complicaciones potenciales identificados se decide utilizar el modelo AREA (Análisis del Resultado del Estado Actual) como metodología para agrupar y priorizar los diagnósticos. Este modelo según Daniel Pesut procura una estructura para el razonamiento clínico que incluye los problemas y también los resultados esperados en la práctica enfermera poniendo énfasis en la detección de patrones y el reconocimiento de las relaciones que se

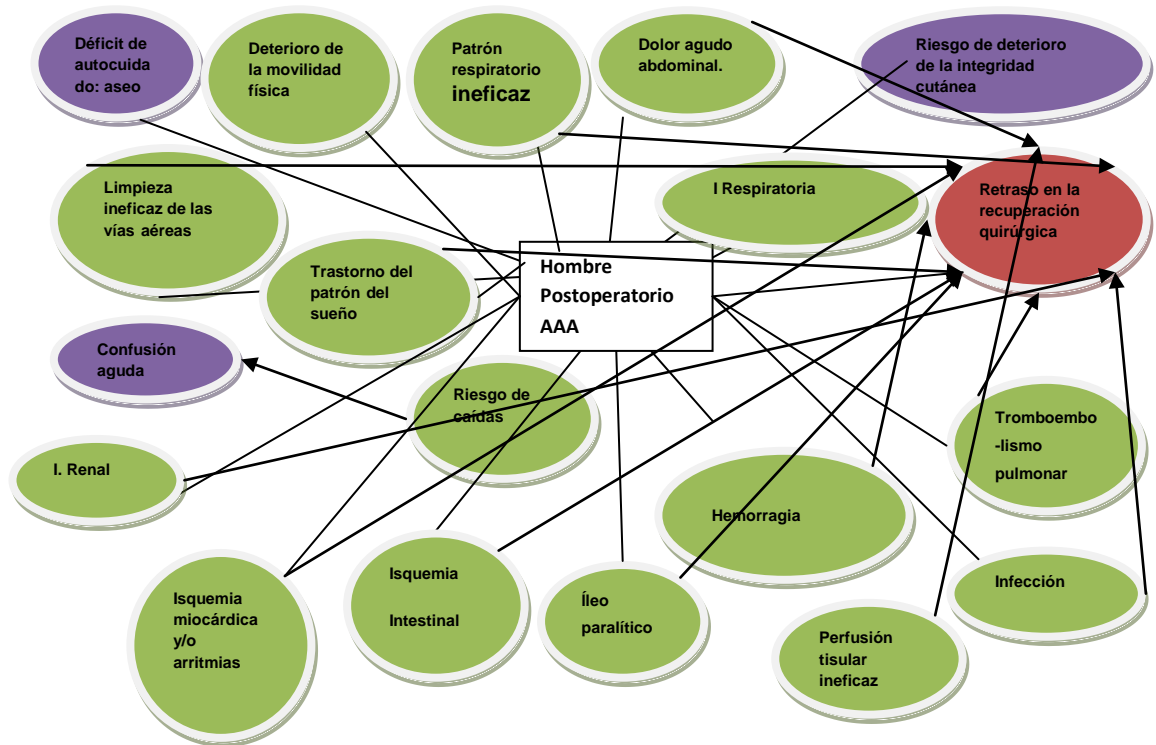


establecen entre un número elevado de diagnósticos y entre ellos se discierna qué problema o cuestión es la más importante. No se trata de una resolución de problemas del tipo paso a paso, que se centra en un solo problema en cada etapa, AREA requiere que sean considerados un conjunto de problemas al mismo tiempo y de entre ellos tratar el más sobresaliente.<sup>24</sup> Una vez que la cuestión clave ha sido determinada, el proceso debe centrarse en la determinación del resultado esperado así como en cuál será la evidencia de la consecución del resultado.<sup>24</sup>

Tras la aplicación del modelo AREA, consistente en contrastar la situación actual descrita mediante los diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales con los resultados esperados hemos establecido los siguientes diagnósticos de enfermería:

“Retraso en la recuperación quirúrgica r/c procedimiento quirúrgico importante m/p expresa sentir dolor, fatiga, dificultad para moverse en el entorno y necesita ayuda para completar el autocuidado”

Se ha seleccionado el de *“Retraso en la recuperación quirúrgica”* como diagnóstico principal de enfermería; concluimos que es el más importante y desde el que se intentará abordar la mayor parte de problemas identificados y evitar la aparición de otros. Mediante el seguimiento de los resultados establecidos para este problema podremos evaluar las manifestaciones de dependencia relativas a otros diagnósticos.



Los diagnósticos que se especifican a continuación debemos de abordarlos de forma independiente porque al intentar establecer la yuxtaposición entre los resultados esperados especificados y los problemas identificados no existe relación con la resolución del diagnóstico de “retraso en la recuperación quirúrgica”.

Estos diagnósticos son:

*“Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c obesidad e inmovilización física”.*

*“Déficit de autocuidado: higiene r/c limitaciones del entorno”, este diagnóstico es controvertido ya que está relacionado con las limitaciones del entorno por lo que puede considerarse más un problema de autonomía que de independencia.*

*“Confusión aguda r/c edad superior a los 60 años, estado postoperatorio y entorno extraño m/p agitación, intranquilidad y*

*fluctuaciones en el conocimiento”*. Éste es un diagnóstico frecuente, su prevalencia es del 37-46% en pacientes quirúrgicos.<sup>25</sup> Este problema está relacionado con una mayor mortalidad, aparición de sepsis, estancias hospitalarias más largas, aumento de costes, institucionalización y peor calidad de vida.<sup>26</sup> En la revisión bibliográfica describen también algunos de los principales factores de riesgo en los que coinciden con características de este paciente: el sexo masculino, ser fumador, obesidad o disfunción renal.<sup>27</sup>

Para el establecimiento de los resultados e intervenciones se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos de Dialnet, Fistera, BVS (IBECS y LILACS), Cochrane, Ovid, EBSCO, Scopus y Pubmed así como en la página de AENTDE. Debido a que no se encontró bibliografía sobre planificación de cuidados en esta situación clínica se decide utilizar como referencia los resultados e intervenciones asociados a los diagnósticos utilizados en los libros de las taxonomías NOC y NIC<sup>16,18</sup>

El plan de cuidados que se desarrolla aparece resumido en la siguiente tabla, en la que se describen los resultados esperados y se prescriben las intervenciones para obtener dichos resultados.

En las tablas siguientes que se referencian dentro del plan de cuidados aparecerán los resultados NOC y sus indicadores seleccionados; se define indicador de resultado como “estado, conducta o percepción más concreta de un paciente para medir un resultado”. También se describirán las intervenciones seleccionadas así como sus actividades. Las actividades se han elegido teniendo en cuenta las características de la situación clínica intentando no elegir actividades que no se realizasen de manera habitual en la unidad.

**Tabla 1: Plan de cuidados**

Diagnóstico de enfermería	Resultados esperados	Intervenciones enfermería
<b>Retraso en la recuperación quirúrgica</b>	Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato Función renal Estado circulatorio	Manejo del dolor Administración de analgésicos Monitorización hemodinámica invasiva Manejo de la arritmia Precauciones circulatorias Precauciones en el embolismo Prevención de hemorragias Oxigenoterapia Cuidados del sitio de incisión Cuidados del drenaje Protección contra las infecciones Control de infecciones Cuidados del catéter urinario Manejo de un dispositivo de acceso venoso central Monitorización de líquidos Cuidados postanestesia
<b>Confusión aguda</b>	Orientación cognitiva Nivel de agitación	Estimulación cognoscitiva Orientación de la realidad
<b>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</b>	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Prevención de úlceras por presión
<b>Déficit de autocuidado: aseo</b>	Autocuidados: higiene	Ayuda con los autocuidados: baño/higiene

## DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS

*-Retraso en la recuperación quirúrgica r/c procedimiento quirúrgico importante m/p expresa sentir dolor, fatiga, dificultad para moverse en el entorno y necesita ayuda para completar el autocuidado.*

**Tabla 2**

NOC	Indicadores	Evaluación al inicio del proceso (puntuación escala Likert)	
<b>Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato 2305</b>	230501 Vías aéreas permeables	4	
	230502 Presión arterial sistólica	4	
	230503 Presión arterial diastólica	4	
	230507 Ritmo cardíaco	5	
	230505 Temperatura corporal	5	
	230509 Profundidad de la inspiración	3	
	230510 Frecuencia respiratoria	3	
	230511 Ritmo respiratorio	3	
	230522 Dolor	2	
	230512 Saturación de oxígeno	3	
	230515 Diuresis	2	
	230516 Ruidos intestinales	3	
	230517 Reflejo nauseoso	5	
	230526 Náuseas	5	
	230527 Vómitos	5	
	230518 Integridad tisular	3	
	230520 Drenado de los drenajes	4	
	230523 Drenado apósito de la herida quirúrgica	5	
	230521 Sangrado	4	
	<p><i>1: desviación grave del rango normal; 2: desviación sustancial del rango normal; 3: desviación moderada del rango normal; 4: desviación leve del rango normal; 5: sin desviación del rango normal</i></p>		
	<p><i>En sangrado, dolor, drenado en el apósito: 1: grave; 2: sustancial; 3: moderado; 4:leve; 5: ninguno</i></p>		

*Debido a que el paciente presentaba una insuficiencia renal previa se consideró necesario añadir un resultado para el control y prevención de este problema.*

**Tabla 3**

NOC	Indicadores	Evaluación al inicio del proceso (puntuación escala Likert)
<b>Función renal 0504</b>	050424 Diuresis en 8 horas	2
	050402 Balance ingesta y diuresis 24 horas	2
	050427 Aumento creatinina sérica	3
	050429 Glucosuria	5
	050430 Proteinuria	5
	050432 Edema	4
	050414 Hematuria	5

*1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido*

*Glucosuria, proteinuria, edema y hematuria: 1: grave; 2: sustancial; 3: moderado; 4: leve; 5: ninguno.*

*Por el tipo de intervención realizada se consideró necesario añadir un resultado para el control y prevención de las complicaciones circulatorias.*

**Tabla 4**

NOC	Indicadores	Evaluación al inicio del proceso (puntuación escala Likert)
<b>Estado circulatorio 0401</b>	040147 Fuerza pulso femoral derecho	5
	040148 Fuerza pulso femoral izquierdo	5
	040149 Fuerza pulso pedio derecho	5
	040150 Fuerza pulso pedio izquierdo	5
	040135 Presión parcial del oxígeno en sangre arterial	4
	040136 Presión parcial dióxido de carbono en sangre arterial	4
	040123 Fatiga	3

*1: desviación grave del rango normal; 2: desviación sustancial del rango normal; 3: desviación moderada del rango normal; 4: desviación leve del rango normal; 5: sin desviación del rango normal*

Las actividades que a continuación se especifican relativas a todos los diagnósticos de enfermería se realizaron durante los 5 días que permaneció en la unidad. Durante este período se realizaron reevaluaciones de los indicadores correspondientes que nos permitieron seguir los cambios en el estado del paciente.

Tabla 5

NIC-INTERVENCIÓN DE ENFERMERA	ACTIVIDADES REALIZADAS
<p><b>Manejo del dolor 1400</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.</li> <li>-Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes (Vallejo, 2006) reales y potenciales. En este caso la escala EVA fue la utilizada.</li> <li>-Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias, como luz o ruidos, especialmente presentes en las unidades de reanimación.</li> </ul>
<p><b>Administración de analgésicos 2210</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes y después de la administración de analgésicos.</li> <li>-Comprobar órdenes médicas en cuanto a medicamento, dosis y frecuencia.</li> <li>-Controlar los signos vitales durante la administración de analgésico.</li> <li>-Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.</li> <li>-Instruir para que se solicite la medicación antes de que el dolor sea severo.</li> <li>-Considerar el uso de infusión continua.</li> <li>-Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de analgésicos así como vigilar y anotar cualquier efecto adverso que ocurra.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ayudar en la inserción y extracción de las líneas de monitorización hemodinámica invasiva.</li> </ul>

## Monitorización hemodinámica invasiva 4210

- Monitorizar la frecuencia y ritmo cardíacos.
- Poner a cero y calibrar el equipo al menos una vez por turno, con el transductor a nivel de la aurícula derecha.
- Monitorizar la presión arterial (sistólica, diastólica y media).
- Monitorizar las ondas hemodinámicas para ver si hay cambios de la función cardiovascular.
- Comparar los parámetros con otros signos y síntomas clínicos.
- Monitorizar la perfusión periférica distal al sitio de inserción del catéter cada 4 horas.

## Manejo de la arritmia 4090

- Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea
- Ajustar los parámetros de alarma del monitor de ECG.
- Asegurar una monitorización continua del ECG a la cabecera del paciente.
- Observar la frecuencia y la duración de la arritmia.
- Asegurar una rápida disponibilidad de medicamentos de urgencia.
- Administrar Soporte Vital Cardíaco Básico o Avanzado.

## Precauciones circulatorias 4070

- Realizar una evaluación exhaustiva de la circulación periférica, comprobando pulsos periféricos femorales y pedios, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad

## Precauciones en el embolismo 4110

- Evaluar la presencia de la tríada de Virchow: éstasis venosa, hipercoagulabilidad y traumatismo causante de una lesión en la íntima.
- Evaluar de forma crítica cualquier síntoma de sibilancias de reciente aparición, hemoptisis o dolor inspiratorio, dolor torácico, en el hombro, en la espalda o pleurítico, disnea, taquipnea, taquicardia o síncope.
- Evaluar el estado pulmonar y circulación periférica.
- Aplicar medias de compresión neumática intermitente.
- Administrar dosis bajas de fármacos anticoagulantes y/o antiplaquetarios de forma profiláctica según orden médica.



## Prevención de hemorragias 4010

-Vigilar los niveles de hemoglobina y hematocrito al menos una o dos veces por turno.

-Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente, también en las secreciones.

-Administrar hemoderivados según orden médica.

## Oxigenoterapia 3320

-Mantener la permeabilidad de la vía aérea.

-Vigilar el flujo de litros de oxígeno.

-Controlar la eficacia de la oxigenoterapia.

-Comprobar la mascarilla de oxígeno para asegurar que se administra a la concentración prescrita.

## Cuidados del sitio de incisión 3440

-Inspeccionar el sitio por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración o síntomas de infección.

-Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada. Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia.

-Cambiar el vendaje al menos una vez al día de manera estéril.

## Cuidados del drenaje 1870

-Mantener el recipiente de drenaje al nivel adecuado.

-Fijar el tubo para evitar la presión y la extracción accidental.

-Monitorizar la permeabilidad del catéter y del sistema de drenaje, la cantidad, el color y la consistencia del contenido del drenaje.

-Inspeccionar la zona alrededor del sitio de inserción del tubo para ver si hay enrojecimiento y rotura de la piel.

## Protección contra las infecciones 6550

-Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.

-Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria.

-Aplicar aislamiento preventivo en cualquier caso.

-Obtener muestras para cultivo.

-Inspeccionar el estado de la herida quirúrgica y drenajes.

## Control de infecciones 6540

- Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir del box del paciente.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidado del paciente.
- Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos.
- Poner en práctica precauciones universales: guante, bata, mascarilla.
- Mantener un sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v.
- Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado.

## Cuidados del catéter urinario 1876

- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones.
- Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga.
- Observar si hay distensión vesical.
- Limpiar meato uretral con agua y jabón y la parte externa del catéter urinario.

## Manejo de un dispositivo de acceso venoso central 4054

- Determinar las recomendaciones, directrices, protocolos, políticas y procedimientos del fabricante y del centro relacionados con el dispositivo concreto.
- Verificar que los extremos introducidos por la vena subclavia o yugular se encuentran en el tercio inferior de la vena cava superior.
- Utilizar una técnica aséptica estricta siempre que se manipule el catéter, se acceda a él o se use para administrar medicación, con el fin de reducir las infecciones sanguíneas relacionadas con el catéter.
- Respetar las precauciones universales.
- Aspirar la sangre para comprobar su permeabilidad antes de administrar el tratamiento.
- Cambiar los sistemas de infusión de líquidos cada 72 horas, los de sangre cada 12 horas y los de administración de nutrición parenteral cada 24 horas.
- Aplicar un apósito transparente según una técnica aséptica estricta de forma semanal o antes si se mancha, se perfora o se despeg.

## Monitorización de líquidos 4130

-Utilizar clorhexidina al 2% en una solución de alcohol isopropílico al 70% para limpiar la herida de salida y el catéter en todos los cambios del apósito

-Monitorizar las entradas y salidas.  
-Monitorizar los niveles de electrolitos en suero y orina.  
-Monitorizar los niveles séricos de albúmina y proteínas totales.  
-Verificar todas las entradas y salidas incluyendo infusiones iv, antibióticos, sonda nasogástrica, drenajes, vómitos, sondas rectales y orina.  
-Asegurarse de que todos los dispositivos i.v. funcionan al ritmo correcto, tanto por bomba como sin ella.

## Cuidados postanestesia 2870

-Revisar las alergias del paciente  
-Obtener un informe de la enfermera de quirófano y del anestesista.  
-Vigilar y registrar los signos vitales cada hora y realizar valoración del dolor cada 30 minutos.  
-Ponerse en contacto con el médico cuando sea necesario.  
-Vigilar el estado neurológico.  
-Interpretar las pruebas diagnósticas.  
-Proporcionar intimidad.  
-Proporcionar apoyo emocional al paciente y a la familia.  
-Transferir al paciente al siguiente nivel de cuidados.

El resultado expresado en la evaluación final del proceso en cada diagnóstico representa el cambio real observado en la puntuación después de las intervenciones enfermeras durante los cinco días.

**Tabla 6**

NOC	Indicadores	Evaluación al final del proceso (puntuación escala Likert)
	230501 Vías aéreas permeables	5
	230502 Presión arterial	4

<b>Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato 2305</b>	sistólica	
	230503 Presión arterial	4
	diastólica	
	230507 Ritmo cardíaco	5
	230505 Temperatura corporal	5
	230509 Profundidad de la inspiración	4
	230510 Frecuencia respiratoria	4
	230511 Ritmo respiratorio	4
	230522 Dolor	5
	230512 Saturación de oxígeno	4
	230515 Diuresis	4
	230517 Reflejo nauseoso	5
	230526 Náuseas	5
	230527 Vómitos	5
	230518 Integridad tisular	3
	230516 Ruidos intestinales	5
	230520 Drenado de los drenajes	5
	230523 Drenado apósito de la herida quirúrgica	5
230521 Sangrado	5	

1: desviación grave del rango normal; 2: desviación sustancial del rango normal; 3: desviación moderada del rango normal; 4: desviación leve del rango normal; 5: sin desviación del rango normal

En sangrado, dolor, drenado en el apósito: 1: grave; 2: sustancial; 3: moderado; 4:leve; 5: ninguno

**Tabla 7**

NOC	Indicadores	Evaluación al final del proceso (puntuación escala Likert)
<b>Función renal 0504</b>	050424Diuresis en 8 horas	4
	050402Balance ingesta y diuresis 24 horas	4
	050427Aumento creatinina sérica	4
	050429Glucosuria	5
	050430Proteinuria	5
	050432Edema	5
	050414Hematuria	5

1:gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido

Glucosuria, proteinuria, edema y hematuria: 1: grave; 2: sustancial; 3: moderado; 4: leve; 5: ninguno.

Tabla 8

NOC	Indicadores	Evaluación al final del proceso (puntuación escala Likert)
	040147 Fuerza pulso femoral derecho	5
	040148 Fuerza pulso femoral izquierdo	5
	040149 Fuerza pulso pedio derecho	5
<b>Estado circulatorio 0401</b>	040150 Fuerza pulso pedio izquierdo	5
	040135 Presión parcial del oxígeno en sangre arterial	5
	040136 Presión parcial dióxido de carbono en sangre arterial	5
	040123 Fatiga	4

*1: desviación grave del rango normal; 2: desviación sustancial del rango normal; 3: desviación moderada del rango normal; 4: desviación leve del rango normal; 5: sin desviación del rango normal*

*Déficit de autocuidado: aseo r/c dolor y limitaciones del entorno m/p incapacidad para ayudar en su aseo*

Tabla 9

NOC	Indicador	Evaluación al inicio del proceso (puntuación escala Likert)
Autocuidados: higiene 0305	030517 Mantiene la higiene corporal	5

*1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4:*

*levemente comprometido; 5: no comprometido*

**Tabla 10**

NIC-INTERVENCION ENFERMERA	ACTIVIDADES REALIZADAS
<p style="text-align: center;"><b>Ayuda con los autocuidados: baño/higiene 1801</b></p>	<p>-Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados, o en este caso, hasta que sea enviado de alta a la planta correspondiente.</p>

NOC	Indicador	Evaluación al final del proceso (puntuación escala Likert)
Autocuidados: higiene 0305	030517 Mantiene la higiene corporal	5

*1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido*

*Confusión aguda r/c edad superior a los 60 años y estado postoperatorio m/p agitación, intranquilidad y fluctuaciones en el conocimiento.*

NOC	Indicadores	Evaluación al inicio del proceso (puntuación escala Likert)
<b>Nivel de agitación</b>	121402 Inquietud	3
	121403 Irritabilidad	3

<b>1214</b>	121409 Se resiste a la ayuda	3
	121426 Sueño interrumpido	1
<i>1: grave; 2: sustancial; 3: moderado; 4: leve; 5: ninguno.</i>		
	090109 Identifica eventos actuales significativos	2
<b>Orientación cognitiva 0901</b>	090102 Identifica a los seres queridos	5
	090103 Identifica el lugar donde está	3
<i>1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</i>		

NIC-INTERVENCIÓN ENFERMERA	ACTIVIDADES REALIZADAS
<b>Estimulación cognoscitiva 4720</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Orientar con respecto al tiempo, lugar y personas.</li> <li>-Hablar con el paciente.</li> <li>-Disponer períodos de descanso.</li> <li>-Reforzar o repetir la información y presentarla en dosis pequeñas.</li> <li>-Utilizar el contacto de manera terapéutica.</li> </ul>
<b>Orientación de la realidad 4820</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dirigirse al paciente por su nombre, acercarse calmado y sin prisas, interrumpir las confabulaciones cambiando de tema o respondiendo al sentimiento o tema, en lugar de al contenido de la</li> </ul>

manifestación verbal.

-Observar si hay cambios de sensibilidad y orientación.

NOC	Indicadores	Evaluación al final del proceso (puntuación escala Likert)
<b>Nivel de agitación 1214</b>	121402 Inquietud	5
	121403 Irritabilidad	5
	121409 Se resiste a la ayuda	5
	121426 Sueño interrumpido	5
<i>1: grave; 2: sustancial; 3: moderado; 4: leve; 5: ninguno.</i>		
<b>Orientación cognitiva 0901</b>	090109 Identifica eventos actuales significativos	5
	090102 Identifica a los seres queridos	5
	090103 Identifica el lugar donde está	5
<i>1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</i>		

*Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c obesidad y fuerzas de presión contra la cama.*

NOC	Indicadores	Evaluación al inicio del proceso (puntuación escala Likert)
<b>Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1101</b>	Elasticidad	4
	Hidratación	4
	Integridad de la piel	5
	Eritema	5
<i>1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</i>		

NIC-INTERVENCIÓN ENFERMERA	ACTIVIDADES REALIZADAS
	-Utilizar escala de Braden para valoración de riesgo. -Documentar peso y cambios de peso.



## Prevención de úlceras por presión 3540

- Registrar el estado de la piel en el ingreso y a diario.
- Eliminar la humedad excesiva de la piel de herida, drenaje o sondaje vesical.
- Colocar al paciente ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- Utilizar camas especiales, como cama Latera y colchón Nimbus
- Aplicar barreras de protección, como cremas.
- Utilizar ácidos grasos hiperoxigenados en los puntos de presión como talones o sacro.

NOC	Indicadores	Evaluación al final del proceso (puntuación escala Likert)
<b>Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1101</b>	Elasticidad	4
	Hidratación	4
	Integridad de la piel	5
	Eritema	5

*1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido*

Para evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas se comparó la puntuación inicial con la puntuación que se estableció cuando el paciente se fue de alta. Si comprobamos las puntuaciones de los indicadores establecidos para cada uno de los resultados podemos comprobar que algunos indicadores se han mantenido en la misma puntuación y en otros ha habido una mejoría desde el ingreso hasta el momento del alta.

No se había establecido una puntuación a alcanzar previamente porque no disponíamos de información contrastada o resultados previos en cual basarnos.

En el NOC recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato, los indicadores de presión arterial sistólica y diastólica se mantuvieron debido a que el paciente padecía una ligera hipertensión arterial previa, por lo tanto no esperábamos alcanzar el 5 en estos indicadores.

El indicador de integridad tisular a pesar de que esperábamos una evolución favorable, se mantuvo en una desviación moderada porque durante toda la estancia la herida quirúrgica presentaba manifestaciones de eritema, sangrado, separación de bordes...No se pudo establecer una causa concreta de esta desviación de la normalidad.

A la vista de los resultados obtenidos podemos afirmar que las actividades realizadas han mejorado la situación del paciente.

## DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Después de la realización de este trabajo he podido comprobar que el desarrollo de un plan de cuidados utilizando la taxonomía enfermera nos permite tanto la evaluación de progreso del paciente como la evaluación de la actividad enfermera.

Referido a la actividad de la enfermera, me parece importante resaltar que todas las actividades planificadas ya se realizan habitualmente en la unidad en situaciones clínicas similares, y todas están contempladas dentro de las acciones específicas de las NIC correspondientes, por lo tanto el hecho de describirlas nos permitiría protocolizarlas posibilitando la normalización de la práctica enfermera. Esto facilitaría la realización de investigaciones sobre la eficacia y la efectividad de las intervenciones de

enfermería, las cuales serían necesarias para facilitar una mejor toma de decisiones clínicas y hacer un mejor uso de los recursos disponibles.

Tras la utilización del modelo AREA en el que contrastábamos la situación actual (diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales) con los resultados esperados y teniendo en cuenta el lugar donde se desarrolla la planificación de cuidados, una unidad de cuidados críticos, donde los límites de la colaboración interdisciplinar varían de manera continua, los resultados establecidos para el paciente en el diagnóstico de “retraso de la recuperación quirúrgica” no estuvieron influidos por una sola disciplina. Dependiendo del momento, durante los cinco días que permaneció en reanimación, pudo tener mayor impacto sobre el resultado las acciones dependientes de la enfermería o de la medicina.

Los resultados establecidos para la evaluación de los problemas descritos en los otros tres diagnósticos de enfermería, consideramos que evalúan los cambios en el estado, conducta o percepción del paciente relacionados con las actividades de enfermería porque sus indicadores son más sensibles a dichas actividades.

Los indicadores de los resultados NOC establecidos muestran una mejora desde el ingreso hasta el momento del alta a la planta, por lo que podemos deducir que las intervenciones planificadas han sido efectivas.

Una de las dificultades que he percibido durante la evaluación de los indicadores de resultados ha sido el proporcionar significado clínico a las puntuaciones de la escala. Esta dificultad que se relaciona con la subjetividad de la persona que realiza la evaluación ha sido descrita en otros estudios y por los autores de la clasificación.<sup>16,28</sup> No obstante, en mi caso, al ser una única persona la que realiza la evaluación de todo el proceso, la limitación del instrumento de medida ha sido menor.

Una posible línea de investigaciones futuras creo que podría estar dirigida a hacer más específicas las puntuaciones de la escala de los indicadores

teniendo en cuenta las características personales de los pacientes, las situaciones clínicas y los entornos en los que se desarrolla.

A nivel personal la realización de este trabajo me ha permitido tomar conciencia de la complejidad del proceso de cuidar y familiarizar con la reflexión, el análisis y la acción en situaciones complejas. Así mismo ayudó a la mayor aproximación y desarrollo de mi pensamiento crítico y de resolución de problemas. He comprendido que la investigación es un tema en el que los estudiantes de enfermería no estamos muy involucrados y significa trabajar en nuestro propio futuro y en nuestra propia profesión para dotarla de más prestigio y calidad.

## **CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES**

En el desarrollo del caso se han respetado las normas de buena práctica, así como los requisitos establecidos en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre) y la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre (reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). Asimismo, los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.<sup>29</sup>

## **ANEXOS**

### **Anexo 1**

ESCALA BRADEN

**Riesgo de úlceras por presión**

**Braden < 13: alto riesgo**

**Braden 13-14: riesgo moderado**

**Braden >14: bajo riesgo**

	<b>Percepción sensorial</b>	<b>Exposición a la humedad</b>	<b>Actividad</b>	<b>Movilidad</b>	<b>Nutrición</b>	<b>Riesgo de lesiones cutáneas</b>
<b>1</b>	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
<b>2</b>	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
<b>3</b>	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
<b>4</b>	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1: Bonow, Mann, Zipes, Libby. Braunwald. Tratado de cardiología. Texto de medicina cardiovascular. Volumen 2 Novena edición. Editorial Elsevier Saunders. 2013. Consultado el 4/4/2014.

2: Guía aneurisma aórtico. Fecha de la última revisión: 22/12/2011.  
[www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)

3:-Dzau VJ, Creager MA. Diseases of the Aorta.Harrison`s Internal  
Medicine.McGraw Hill;2008. Disponible en:  
<http://www.accessmedicine.com>

4: Lawdor DA, Song YM, Sung J, Ebrahim S, Smith GD. The association  
of smoking and cardiovascular disease in a population with low cholesterol  
levels: a study of 648,346 men from the Korean national health system  
prospective cohort study. Stroke. 2008;39 (3): 760-7. PubMed  
PMID:18239177

5: Baños Madrid R, Garre Sánchez MC, Mercader Martínez J. Aneurisma  
de la aorta abdominal. FMC. 2001;8(5):259-60.

6: González Rodríguez JA, Azcano González N, González Miló JA,  
Aneurisma en la aorta abdominal.Especialidades Médico-Quirúrgicas  
2012;16(3):169-172,

7: Eficacia y efectividad del cribado de aneurisma de aorta abdominal en  
población de riesgo. Análisis coste-efectividad. Aplicabilidad en el  
Sistema Nacional de salud. Disponible en  
[https://www.sergas.es/Docs/Avalia-  
t/INF2007\\_01%20CRIBADO%20Aneurisma%20AORTA.pdf](https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/INF2007_01%20CRIBADO%20Aneurisma%20AORTA.pdf)

8: Elliot L. Chaikof, David C. Brewster, Ronald L. Dalman, Michel S.  
Makaroun, Karl A. Illig, Gregorio A. Sicard, Carlos H. Timaran, Gilbert R.  
Upchurch, Frank J. Veith . **SVS practice guidelines for the care of  
patients with an abdominal aortic aneurysm: Executive summar.**  
Journal of Vascular Surgery - October 2009 (Vol. 50, Issue 4, Pages 880-  
896, DOI: 10.1016/j.jvs.2009.07.001) disponible en:  
[http://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214\(09\)01367-6/fulltext](http://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(09)01367-6/fulltext)

9: Valdés E Francisco, Bergoeing R Michel, Krämer Sch Albrecht,  
Mertens M Renato, Canessa B Roberto, Lema F Guillermo et al .  
Aneurisma aórtico abdominal en pacientes mayores de 80 años:  
tratamiento quirúrgico convencional en 80 casos consecutivos. Rev. méd.  
Chile [revista en la Internet]. 2003 Sep [citado 2014 Mayo 14] ; 131( 9  
) : 981-986. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-  
98872003000900003&Ing=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900003&Ing=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900003>.

10: URIBE, Carlos E et al. Tratamiento endovascular de las patologías de aorta -Estado del arte-:  
Parte 2 - Patologías de la aorta torácica y otras aplicaciones. Rev. Col. Cardiol. [online]. 2007,

vol.14, n.6, pp. 378-388. ISSN 0120-5633. Disponible en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-56332007000600008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-56332007000600008&script=sci_arttext)

11: Saranto K., Thoroddsen A., Ehrenberg A., Sermeus W. VII Simposium internacional de diagnósticos de enfermería. Cuidar traspasando el diagnóstico enfermero. El uso de modelos, terminologías y estándares en la documentación enfermera. Barcelona, 23 y 24 Octubre 2008.

12: Tirado Pedregosa G., Hueso Montoro C., Cuevas Fernández-Gallego M., Montoya Juárez R., Bonill de las Nieves C., Schmidt Río-Del Valle J. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. Index Enferm [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2014 Mayo 05] ; 20(1-2): 111-115. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000100023&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100023&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100023>

13: Luis Rodrigo M.T., Fernández Ferrín C.F, Navarro Gómez M.V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª Edición. Barcelona. Masson. 2004.

14: Francisco del Rey C., Ferrer Ferrandis E., Benavent Garcés A. Fundamentos de enfermería. Ampliación, capítulo 13. Descripción y análisis de las clasificaciones NANDA, NOC y NIC.

15: Quero Rufián A. Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad. X Simposium AENTDE. Sevilla 2014.

16: Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6ª ed. Elsevier: Barcelona; 2014.

17: . Martín Vaquero Y., Villar Bustos C., González Sanz A .Experiencia aplicando evidencia científica a la taxonomía enfermera para planes de cuidados estandarizados. X Simposium AENTDE. Sevilla 2014.

18: Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed.; Elsevier: Barcelona; 2014.

19: NANDA internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación: 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2013.

- 20: Grant, S W Grayson, A D Grant, M J Purkayastha, D McCollum, C N. What are the risk factors for renal failure following open elective abdominal aortic aneurysm repair? *European journal of vascular and endovascular surgery* 2012;43(2):182-187.
- 21: Buisán F, Herrero E, Ruíz N, Páez M. *Manual de cuidados críticos postquirúrgicos. Pautas de actuación clínica.* Madrid: Arán; 2006.
- 22: Kieffer, W K M Sonnenberg, S Windhaber, R A Pal, N Pemberton, R M. Complications and reintervention following elective open abdominal aortic aneurysm repair: a 10-year retrospective analysis. *Ann R Coll Surg Engl* 2012;94(3):177-180 (Kieffer, 2012)
- 23: Kim, Gaab Ahn, Hyun Kim, Won Kim, Min Lee, Sang. Risk factors for postoperative complications after open infrarenal abdominal aortic aneurysm repair in Koreans. *Yonsei Med J* 2011;52(2):339-346. (Kim, 2011)
- 24: .Pesut D, Espinosa C. V Jornadas de Trabajo AENTDE. Razonamiento clínico: arte y ciencia ¿Qué hacer cuando nos salen demasiados diagnósticos?. Toledo, 21 y 22 de octubre de 2005.
- 25: Demeure MF, Mindy. The elderly surgical patient and postoperative delirium. *J Am Coll Surg* 2006;203(5):752-757
- 26: Martínez-Velilla, Nicolás Alonso Bouzáez, Cristina Ripa Zazpe, Cruz Sánchez-Ostiz, Rafael. [ Martínez-Velilla, 2012]. *Cirugía Española* 2012;90(2):75-84
- 27: Vasilevskis, Eduard Han, Jin Hughes, Christopher Ely, EW. Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. *Best practice & research. Clinical anaesthesiology* 2012;26(3):277-287.
- 28: Yera Casas A.M, del Olmo S, Ferrero-Lobo J., Páez TD. Evaluación de la intervención educativa al paciente anciano con insuficiencia cardíaca, realizada por enfermería a través de un plan de cuidados estandarizado. *Enf clínica.* 2008;19(4): 191-198
- 29: Protección de Datos de Carácter Personal. Ley 15/1999 de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 28 (14- 12-1999). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>.



