



---

**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería de Valladolid**

**Grado en Enfermería**

**Curso 2017/18**

# **Prevalencia de los Diagnósticos de Enfermería en una unidad quirúrgica**

**Alumno: Vidal Gallo Gutiérrez**

**Tutor: Manuel Frutos Martín**

## RESUMEN

Una extensa área de actividad de la Enfermería de Atención Especializada está relacionada con la actividad quirúrgica, ocupando un amplio campo de cuidados que requiere, en muchos de los casos, de una rápida y competente actuación fundamentada en la mejor y más actualizada evidencia científica.

Se han realizado esfuerzos por identificar los problemas y respuestas humanas principales que se producen en los pacientes cuyo recurso terapéutico es la cirugía en sus diferentes áreas de especialización con el fin de definir procedimientos de trabajo que permitan una actuación coordinada, coherente y reflexiva, que mediante la implementación del proceso enfermero (PE) y el correcto uso del lenguaje específico NANDA-NOC-NIC permitan unos resultados óptimos en el cuidado de los pacientes, centro y objetivo de la actuación profesional.

En este TFG tras realizar una revisión bibliográfica y un trabajo de campo fundamentado en la revisión y recogida de información sobre los diagnósticos de Enfermería definidos más habitualmente en el servicio de cirugía del hospital Universitario del Río Hortega de Valladolid donde he realizado varios meses del Prácticum I (de febrero a abril de 2017) se analizan los Diagnósticos de Enfermería prevalentes en los servicios quirúrgicos, proponiéndose con ellos un Plan de Cuidados estandarizado que facilite el trabajo homogéneo de los profesionales.

**Palabras clave:** Diagnósticos (Diagnoses), enfermería (nursing), NANDA, cirugía (surgery), cuidados (care).

## ÍNDICE

	Página
1. Introducción - Justificación.....	3
2. Objetivos.....	5
3. Material y Métodos.....	6
4. Desarrollo del tema.....	8
5. Resultados- Discusión.....	16
6. Conclusiones.....	23
7. Bibliografía.....	24
8. Anexos.....	26

## ABREVIATURAS

NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
PC	Plan de Cuidados
PAE	Proceso de Atención de Enfermería
NOC	Nursing Outcomes Classifications
NIC	Nursing Interventions Classifications
OMS	Organización Mundial de la Salud
UFISS	Unidad Funcional Interdisciplinaria Socio-Sanitaria
UGA	Unidad de Geriatría Aguda
CIR	Cirugía
DE	Diagnóstico de Enfermería
SRPA	Sala de Recuperación Post-Anestésica
HURH	Hospital Universitario Río Hortega
PCE	Plan de Cuidados Estandarizado
PI	Problema Interdependiente

## 1.- INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN

El nivel de actividad de los profesionales sanitarios que genera el tratamiento quirúrgico, en sus múltiples procedimientos es muy importante dentro del cómputo total de la demanda asistencial, siendo una de las áreas de gran interés para el abordaje de nuevos métodos de trabajo que faciliten una actuación competente y segura.

Los procesos relacionados con recursos terapéuticos quirúrgicos, generan en la persona afectada una importante vulnerabilidad tanto física como psicológica. Los cuidados de enfermería, como afirman Bellido, et al. (2007) cobran en estos pacientes una especial relevancia, debiendo estar dirigidos a garantizar en todo momento la seguridad y el bienestar del paciente, manteniéndose su dignidad y previniendo las complicaciones.

El desarrollo del Proceso Enfermero como método de trabajo con la integración de los diagnósticos NANDA, los objetivos/resultados esperados NOC y las intervenciones NIC, nos permiten desarrollar planes de cuidados estandarizados que van a potenciar la actuación coordinada y homogénea de todos los profesionales del equipo de enfermería, así como a facilitar el trabajo con orientaciones precisas de la práctica específica.

Con este objetivo abordamos este trabajo, que se suma a otros ya realizados, y que a partir de un análisis de los Diagnósticos de Enfermería prevalentes en las unidades de cuidados quirúrgicos y contrastando las distintas referencias consultadas con los resultados obtenidos tras la recogida de datos de las historias de enfermería realizada en la unidad de cirugía del HURH de Valladolid. Esto nos permitirá aportar un grano de arena al progresivo desarrollo de la ciencia enfermera desde y para la práctica llevada a cabo con las personas que nos demandan unos servicios de la máxima calidad.

El eje de esta práctica científica de la enfermería se vertebra desde las respuestas humanas o diagnósticos de enfermería que NANDA define como "un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad, a los problemas de salud reales o potenciales, o procesos de vida que sirven de base para la selección de las intervenciones de enfermería, para alcanzar los resultados para los que la enfermera tiene la responsabilidad en base a su acreditación" (NANDA-I, 2009).

Coincidimos con el criterio de Lopes, et al. (2009) que consideran que el estudio y el conocimiento de los problemas de salud de un grupo de pacientes con características comunes puede orientar la asistencia de enfermería.

La identificación de los diagnósticos de enfermería de un grupo de pacientes (en nuestro caso de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos) posibilita el conocimiento de las respuestas humanas alteradas, contribuyendo, así, al desarrollo de las intervenciones más oportunas e individualizadas. En este sentido se expresa Cruz (1992) cuando afirma: *“Los diagnósticos de enfermería comunes a un grupo de individuos trazan el perfil de este grupo, permitiendo dar una dirección global a las intervenciones de enfermería”*.

### **Justificación**

Consideramos que el crecimiento y mejora en la profundización científica y en la objetivación de nuestra actividad va a mejorar los servicios que prestamos a la sociedad y va a asentar nuestra profesión en un desarrollo perfectamente estructurado a partir de un marco metodológico basado en la evidencia científica.

Muchas veces, la práctica de la enfermería no se fundamenta en la reflexión previa, lo que da lugar a errores y rutinarización de la actividad e insatisfacción, con el trabajo.

Acabando ya la formación de grado, no me olvido de una frase que siempre nos repetía el tutor de este trabajo en la asignatura de Fundamentos metodológicos de enfermería: "me conformo con que después de cuatro años de formación tengáis claro de que nunca debemos actuar sin previamente pensar lo que se va a hacer".

Esta reflexión para una práctica reflexiva y el hecho de haber realizado mi proceso de formación en la unidad de cirugía del HURH, es lo que ha impulsado el desarrollo de este trabajo.

## **2.- OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo general**

Identificar los diagnósticos de enfermería prevalentes en la población atendida en la unidad de Cirugía General del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, haciendo una comparación con los referidos por Unidades de cuidados similares o diferentes en la literatura científica existente.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Analizar los diagnósticos de enfermería más prevalentes en las unidades de cuidados quirúrgicos, referidos en los distintos estudios publicados al respecto.
- Definir los diagnósticos de enfermería prevalentes en la unidad de Cirugía General del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.
- Realizar un Plan de Cuidados estandarizado a partir de los diagnósticos de enfermería más prevalentes.

### 3.- MATERIAL Y MÉTODOS

La estructura del presente trabajo es mixta desarrollándose en primer lugar una *revisión bibliográfica* de la literatura científica actualizada sobre los “Diagnósticos de Enfermería prevalentes en unidades quirúrgicas” a través de la consulta de diferentes libros, artículos y publicaciones. En segundo lugar, se hace un *trabajo de campo* recopilando información de la historia informática de enfermería de los pacientes atendidos de la Unidad de Cirugía del Hospital Universitario “Río Hortega” de Valladolid, aprovechando la experiencia de formación práctica en dicha unidad durante dos meses (de febrero a abril de 2017).

#### 3.1. Revisión Bibliográfica: estrategia de búsqueda

La información para la revisión y análisis de ha obtenido de las aportaciones realizadas por expertos a través de distintas publicaciones de sus trabajos (libros, publicaciones científicas, monografías, Planes de cuidados). Con respecto a la estrategia y criterios seguidos para la búsqueda de las fuentes utilizadas en la revisión estas han sido:

- Se han utilizado como palabras clave: diagnósticos, enfermería, NANDA, cirugía, cuidados o sus respectivos términos ingleses: diagnoses, nursing, NANDA, surgery, dependiendo de la base de datos utilizada.
- Las bases de datos utilizadas han sido las más representativas de Ciencias de la Salud: Pubmed, Cuiden, Cochrane, Cinhal, Dialnet. También se han utilizado servidores genéricos (google académico) y páginas web especializadas (NNNConsult), así como las páginas de diferentes instituciones sanitarias (hospitales) que tienen publicados Planes de Cuidados.
- Para concretar o especificar la búsqueda se han utilizado los operadores booleanos: “and”, “or” o “not”.
- Inicialmente los criterios de inclusión para esta revisión eran publicaciones en castellano de los últimos 5 años, pero los resultados de la búsqueda eran muy escasos. El rango de búsqueda de publicaciones se amplió a 15 años, y los idiomas de búsqueda fueron ampliados a otros, como inglés y portugués, aunque preferentemente el idioma utilizado ha sido el castellano.

- Se han marcado como criterio de exclusión de la búsqueda las publicaciones de pago a las que no era posible el acceso al documento completo y aquellas que estuvieran en un idioma que desconozco, o que fueran de fuentes poco fiables o de escaso rigor científico.

### **3.2. Trabajo de campo**

Para alcanzar los objetivos de este TFG se ha realizado una revisión de historias clínicas informatizadas (Gacela Care) de los pacientes atendidos en la unidad de cirugía del Hospital Universitario “Río Hortega” de Valladolid para describir los diagnósticos de enfermería más prevalentes en la población atendida durante los meses de febrero a abril de 2017 y posteriormente el periodo incluido de enero a marzo de 2018.

### **3.3. Consideraciones éticas**

Guiados por las orientaciones aportadas por Argimon y Jiménez (2004), durante todo el proceso de la investigación se han respetado las normas éticas de conducta referidas al manejo de la información clínica obtenida, solicitándose el permiso a la Profesora asociada clínica quien ha colaborado activamente en los datos obtenidos, y respetando la confidencialidad de los mismos haciendo uso de dicha información exclusivamente a efectos de la realización de este trabajo.

### **3.3. Desarrollo cronológico del TFG**

Al tratarse de un tema en el que ha influido de forma importante el periodo de prácticas desarrollado en los meses de febrero a abril del año pasado la recogida de información y el análisis crítico de la misma se lleva haciendo desde entonces, ampliada por las aportaciones de gran importancia y la ayuda de la profesora asociada clínica de la unidad de Cirugía del HURH.

El abordaje definitivo del TFG se establece a inicios de este curso con la elección del tema (octubre de 2017) realizando específicamente la revisión bibliográfica que se he seguido completando hasta prácticamente el mes de abril de este año, aunque el último mes, tras completar la recogida de información de la documentación clínica de la Unidad (meses de enero a abril), se ha procedido a la redacción del documento final que aquí se presenta.

## 4.- DESARROLLO DEL TEMA

### 4.1. Conceptualización

Los diagnósticos de enfermería se encuentran en la base de la estructura que nos sirve de guía para realizar los cuidados que demanda el paciente. Según De Mattia, et al. (2010), Sirven de base para el juicio clínico de enfermería ante las respuestas del paciente y son el argumento objetivo para establecer un plan de cuidados acorde a las necesidades de cada paciente. Tenemos que valorar la situación de las personas con respecto a las necesidades básicas para así poder determinar la atención que precisan.

En la 9ª conferencia de The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), se aprobó una definición de Diagnóstico Enfermero que fue la siguiente: “Un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, de la familia o de la comunidad a problemas de salud/procesos vitales, reales o potenciales. El Diagnóstico de enfermería sirve de base para seleccionar la intervención de enfermería que obtenga los resultados de los cuales el enfermero es responsable” (Heather y Kamitsuru, 2015).

Los Diagnósticos enfermeros se deben derivar de la información que el propio paciente nos aporta, si esto es posible, y mediante la propia observación que el enfermero ha de llevar a cabo sobre el paciente. Todo esto supone que el enfermero ha de tener una serie de conocimientos suficientes para poder clasificar estos diagnósticos y de esta forma definir un plan de cuidados que acelere la recuperación del paciente, es decir, el personal tiene que estar cualificado para poder hacer una valoración correcta.

Según Merino, et al. (2008), con la aparición de nuevas tecnologías y nuevos abordajes quirúrgicos, y programas informáticos como GACELA, se han podido estandarizar los cuidados de enfermería, lo que supone la facilidad de crear un plan de cuidados específicos para cada tipo de paciente, ya que los propios diagnósticos de enfermería son comunes a un elevado porcentaje de pacientes.

Como afirma Bustos, et al. (2012), una implementación de los diagnósticos enfermeros, supone que la planificación de los cuidados mejora y que la comunicación que puede haber entre miembros del personal, y de ellos con el paciente, también mejora.

#### 4.2. Diagnósticos de enfermería prevalentes en unidades quirúrgicas: revisión

En este apartado se destacan los estudios que han definido las respuestas humanas/Diagnósticos de Enfermería que con más frecuencia se presentan en los pacientes con problemas que requieren de un tratamiento quirúrgico. Dada la gran cantidad de procesos y las diferentes regiones anatómicas relacionadas con los distintos procedimientos quirúrgicos, estos diagnósticos de enfermería pueden ser diversos según el procesamiento relacionado, sobre todo a nivel de la esfera física del paciente.

Luque, et al. (2011) en su estudio “Diagnósticos enfermeros en UFISS, UGA, Traumatología y CIR”, definen los diagnósticos más prevalentes en cada una de estas unidades. En la tabla 1 se definen los más prevalentes en la Unidad de Cirugía.

<b>Autores:</b>	Luque M, Micó E, Tantiñá S, Moreriras M, Díaz L, Sabater R.	
<b>Título</b>	Diagnósticos enfermeros en UFISS, UGA, traumatología y CIR	
<b>Centro/ Unidad:</b>	Fundación Hospital Asilo Granollers. Barcelona / CIRUGÍA	
<b>Código</b>	<b>DIAGNÓSTICOS NANDA</b>	<b>% de pacientes.</b>
00002	Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales	
00007	Hipertermia	72,22% (2ª)
00011	Estreñimiento	
00013	Diarrea	
00015	Riesgo de estreñimiento	
00021	Incontinencia urinaria	
00023	Retención Urinaria	
00025	Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos	
00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas	
00032	Patrón respiratorio ineficaz	
00035	Riesgo de lesión	63,89% (4)
00039	Riesgo de aspiración	
00046	Deterioro de la integridad cutánea	69,44% (3º)
00059	Disfunción sexual	
00084	Conducta generadora de salud	
00085	Deterioro de la movilidad física	
00088	Deterioro de la ambulación	
00091	Deterioro de la movilidad en cama	
00095	Insomnio	
00103	Deterioro de la deglución	
00108	Déficit de autocuidado: baño	
00110	Déficit de autocuidado: uso del inodoro	
00118	Trastorno de la imagen corporal	
00132	Dolor agudo	100% (1ª)
00146	Ansiedad	
00155	Riesgo de caídas	

*Tabla 1: Diagnósticos prevalentes en la unidad de cirugía del Hospital Asilo Granollers - Barcelona*

De Mattia, et al. (2010) en su estudio “diagnósticos de enfermería de complicaciones en la sala de recuperación post-anestésica (SRPA)”, concluyeron que los diagnósticos de enfermería de mayor frecuencia son los que se refieren en la tabla 2.

<b>Autores:</b>	Mattia AL, Faria L, Santos S, De Oliveira TC.	
<b>Título</b>	Diagnósticos de enfermería de complicaciones en la sala de recuperación anestésica.	
<b>Centro/ Unidad:</b>	Institución hospitalaria de la ciudad de Santos (Brasil)/Sala de Recuperación post-anestésica	
<b>Código</b>	<b>DIAGNÓSTICOS NANDA</b>	<b>% de pacientes.</b>
<b>00006</b>	Hipotermia	80%
<b>00132</b>	Dolor agudo	67,9%
<b>00134</b>	Nauseas	10%

*Tabla 2: Diagnósticos prevalentes en la SRPA. Hospital de la ciudad de Santos (Brasil)*

Merino, et al. (2008) de la unidad de urología del Hospital Universitario Río Hortega, definieron un plan de cuidados estandarizado para pacientes con cirugía percutánea, donde los principales diagnósticos identificados son los definidos en la tabla 3.

<b>Autores:</b>	Merino JR, López M, Marinas MJ, Merino A, Sánchez E, Vaca R.	
<b>Título</b>	Plan de cuidados estandarizados para pacientes con cirugía percutánea (nefrolitotomía). Aplicación en el programa informático Gacela.	
<b>Centro/ Unidad:</b>	Hospital Universitario "Río Hortega" - Valladolid / UROLOGÍA	
<b>Código</b>	<b>DIAGNÓSTICOS NANDA</b>	<b>% de pacientes.</b>
<b>00004</b>	Riesgo de infección	
<b>00007</b>	Hipertermia	
<b>00015</b>	Riesgo de estreñimiento	
<b>00108</b>	Déficit de autocuidado: baño	
<b>00109</b>	Déficit de autocuidado: vestido	
<b>00110</b>	Déficit de autocuidado: uso del inodoro	
<b>00126</b>	Conocimientos deficientes	
<b>00132</b>	Dolor agudo	
<b>00146</b>	Ansiedad	

*Tabla 3: Diagnósticos prevalentes en Cirugía Percutánea. HURH - Valladolid*

Además de los diagnósticos mencionados, los autores recogen una serie de diagnósticos de riesgo o potenciales (*riesgo de patrón respiratorio ineficaz, riesgo de retención urinaria, riesgo de perturbación del sueño, riesgo de deterioro de la movilidad física*) que no integran la actual clasificación taxonómica de NANDA I por lo

que no se han incluido en la tabla al no estar reconocidos con el título que se les asigna en la publicación.

Guerrero (2015), realizó un plan de cuidados para el post-operatorio del paciente colostomizado, definiendo los diagnósticos de enfermería fundamentales y prevalentes en la unidad y, en este tipo de cirugía específicamente (tabla 4).

<b>Autor/es:</b> Guerrero M.		
<b>Título</b> Plan de cuidados en un paciente colostomizado		
<b>Código</b>	<b>DIAGNÓSTICOS NANDA</b>	<b>% de pacientes.</b>
00046	Deterioro de la integridad cutánea	
00118	Trastorno de la imagen corporal	
00120	Baja Autoestima situacional	
00126	Conocimientos deficientes	
<i>Tabla 4: Diagnósticos prevalentes en cirugía abdominal: colostomía</i>		

Crespo (2013), tras una amplia revisión de la literatura científica, realiza un plan de cuidados para los *pacientes colostomizados*, definiendo los diagnósticos principales del pre-operatorio y del post-operatorio (tabla 5).

<b>Autor/es:</b> Crespo L.		
<b>Título</b> Plan de cuidados de enfermería estandarizado en el paciente colostomizado.		
<b>Centro/Unidad:</b> Departamento de Enfermería Universidad de Cantabria/ estudio de revisión		
<b>Código</b>	<b>DIAGNÓSTICOS NANDA Pre-operatorio</b>	<b>% de pacientes.</b>
00126	Conocimientos deficientes	
00148	Temor	
<b>Código</b>	<b>DIAGNÓSTICOS NANDA Post-operatorio</b>	<b>% de pacientes.</b>
00052	Deterioro de la interacción social	
00108	Déficit de autocuidado: baño	
00120	Baja Autoestima situacional	
00126	Conocimientos deficientes	
<i>Tabla 5: Diagnósticos prevalentes en preoperatorio y post-operatorio de la colostomía</i>		

Casado (2017), realizada su revisión propone un Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) para el *paciente ostomizado* que facilitar la atención integral ante los diagnósticos de enfermería que identifica como prevalentes en este procedimiento quirúrgico, habitualmente abordado en las unidades de cirugía (tabla 6).

<b>Autor/es:</b> Casado C.		
<b>Título</b> Atención al paciente ostomizado. Cuidados enfermeros. Plan de cuidados estandarizado.		
<b>Centro/Unidad:</b> Universidad Pompeu Fabra. Barcelona /Revisión bibliográfica		
<b>Código</b>	<b>DIAGNÓSTICOS NANDA</b>	<b>% de pacientes.</b>
00002	Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales	
00028	Riesgo de déficit del volumen de líquidos	
00046	Deterioro de la integridad cutánea	
00053	Aislamiento social	
00078	Gestión ineficaz de la salud	
00118	Trastorno de la imagen corporal	
00120	Baja Autoestima situacional	
00132	Dolor agudo (Posible complicación Potencial o PI)	
00197	Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	
<i>Tabla 6: Diagnósticos de enfermería principales del paciente ostomizado</i>		

Calderón (2014), tras realizar una revisión bibliográfica y la conjunción de procedimientos de distintos hospitales, destaca como prevalentes en el paciente quirúrgico colostomizado los siguientes diagnósticos de enfermería (tabla 7).

<b>Autor/es:</b> Calderón B.		
<b>Título</b> Cuidados enfermeros al paciente colostomizado		
<b>Centro/Unidad:</b> Escuela Universitaria de Enfermería "Antonio Coello Cuadrado". Logroño		
<b>Código</b>	<b>DIAGNÓSTICOS NANDA</b>	<b>% de pacientes.</b>
00002	Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales	
00004	Riesgo de infección	
00014	Incontinencia fecal	
00028	Riesgo de déficit del volumen de líquidos	
00046	Deterioro de la integridad cutánea	
00053	Aislamiento social	
00059	Disfunción sexual	
00060	Interrupción de los procesos familiares	
00069	Afrontamiento ineficaz	
00100	Retraso en la recuperación quirúrgica	
00118	Trastorno de la imagen corporal	
00120	Baja Autoestima situacional	
00126	Conocimientos deficientes	
00132	Dolor agudo (Posible complicación Potencial o PI)	
00146	ansiedad	
00148	Temor	
00198	Trastorno del patrón del sueño	
<i>Tabla 7: Diagnósticos de enfermería principales del paciente colostomizado</i>		

Medina y Rosales (2017), tras abordar un estudio de caso, realizaron un plan de cuidados al *paciente con enfermedad diverticular complicada*, donde los principales diagnósticos de enfermería fueron los siguientes (tabla 8):

<b>Autores:</b> Medina I, Rosales J.		
<b>Título</b> Plan de cuidados a paciente con enfermedad diverticular complicada.		
<b>Código</b>	<b>DIAGNÓSTICOS NANDA</b>	<b>% de pacientes.</b>
00002	Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales	
00044	Deterioro de la integridad tisular	
00078	Deterioro de la movilidad física	
00100	Retraso en la recuperación quirúrgica	
<i>Tabla 8: Diagnósticos de enfermería en pacientes con enfermedad diverticular complicada</i>		

Ruzafa, et al. (2003), describen los diagnósticos de enfermería prevalentes en el intraoperatorio de los procedimientos quirúrgicos en niños y adolescentes (tabla 9).

<b>Autores:</b> Ruzafa M, Ruiz M, Gómez M..		
<b>Título</b> Cirugía en el niño y el adolescente. Intraoperatorio.		
<b>Código</b>	<b>DIAGNÓSTICOS NANDA</b>	<b>% de pacientes.</b>
00004	Riesgo de infección	
00035	Riesgo de lesión	
00036	Riesgo de asfixia	
00253	Riesgo de hipotermia	
<i>Tabla 9: Diagnósticos de enfermería en intraoperatorio en cirugía de niños y adolescentes</i>		

Fresno, et al. (2015), exponen un caso clínico de un paciente de 75 años donde se le trata la dehiscencia de una herida quirúrgica mediante terapia de presión negativa tópica, donde detectan como prevalente el diagnóstico de enfermería de "ansiedad" (00146).

Carvalho, et al. (2006), realizan el estudio de un caso de una paciente de 66 años que ha sido sometida a una revascularización del miocardio, y definen los siguientes diagnósticos relacionados con el dominio 4: Actividad /reposo (tabla 10):

<b>Autores:</b> Carvalho V, Nóbrega A, De Oliveira M		
<b>Título</b> Diagnósticos enfermeros relacionados con la actividad y reposo presentado por una paciente tras cirugía de revascularización del miocardio. Estudio de caso.		
<b>Centro/ Unidad:</b> Hospital de la ciudad de Fortaleza- Ceará (Brasil) / Cirugía cardíaca		
<b>Código</b>	<b>DIAGNÓSTICOS NANDA</b>	<b>% de pacientes.</b>
00085	Deterioro de la movilidad física	
00092	Intolerancia a la actividad	
00100	Retraso en la recuperación quirúrgica	
00108	Déficit de autocuidado: baño	
00110	Déficit de autocuidado: uso del inodoro	
<i>Tabla 10: Diagnósticos de enfermería en intraoperatorio en cirugía de niños y adolescentes</i>		

Pérez y Rubio (2008) establecen como diagnósticos de enfermería principales en el pre-operatorio y post-operatorio de la cirugía de trasplante renal los siguientes: (tabla 11).

<b>Autores:</b>	Pérez A, Rubio FJ	
<b>Título</b>	Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y post-operatorio inmediato del trasplante renal. Taxonomía NANDA/NOC/NIC	
<b>Centro/ Unidad:</b>	Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. Urología	
<b>Código</b>	<b>DIAGNÓSTICOS NANDA</b>	<b>% de pacientes.</b>
<b>00004</b>	Riesgo de infección	
<b>00025</b>	Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos	
<b>00085</b>	Deterioro de la movilidad física	
<b>00108</b>	Déficit de autocuidado: baño	
<b>00132</b>	Dolor agudo	
<b>00148</b>	Temor	
<i>Tabla 11: Diagnósticos de enfermería en la cirugía de trasplante renal</i>		

Además de los diagnósticos mencionados, los autores recogen dos diagnósticos de riesgo o potenciales (*riesgo de nauseas*, *riesgo de alteración del patrón del sueño*) que no integran la actual clasificación taxonómica de NANDA I por lo que no se han incluido en la tabla.

Lopes, et al. (2009) definen en su estudio los diagnósticos de enfermería de pacientes de cirugía esofágica (tabla 12).

<b>Autores:</b>	Lopes AER, Pompeo DA, Canini SRMS, Rossi LA.	
<b>Título</b>	Diagnósticos de enfermería de pacientes en pre-operatorio de cirugía esofágica.	
<b>Centro/ Unidad:</b>	Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirao Preto - Brasil	
<b>Código</b>	<b>DIAGNÓSTICOS NANDA</b>	<b>% de pacientes.</b>
<b>00002</b>	Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales	
<b>00004</b>	Riesgo de infección	100%
<b>00011</b>	Estreñimiento	
<b>00038</b>	Riesgo de traumatismo	
<b>00039</b>	Riesgo de aspiración	
<b>00046</b>	Deterioro de la integridad cutánea	
<b>00088</b>	Deterioro de la ambulación	
<b>00103</b>	Deterioro de la deglución	100%
<b>00126</b>	Conocimientos deficientes	95%
<b>00132</b>	Dolor agudo	
<b>00133</b>	Dolor crónico	75%
<b>00134</b>	Nauseas	
<b>00146</b>	Ansiedad	
<b>00198</b>	Trastorno del patrón del sueño	
<i>Tabla 12: Diagnósticos de enfermería en la cirugía de trasplante renal</i>		

Perea (2003) realiza un estudio en el que desarrolla un plan de cuidados de en el post-operatorio inmediato para la Unidad de Reanimación post-anestésica del Hospital

Universitario “Virgen de la Victoria” de Málaga, definiendo como diagnósticos de enfermería más frecuentes los siguientes: (tabla 13).

<b>Autores:</b>	Perea MC.	
<b>Título</b>	Plan de cuidados en el postoperatorio inmediato.	
<b>Centro/ Unidad:</b>	Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. Reanimación.	
<b>Código</b>	<b>DIAGNÓSTICOS NANDA</b>	<b>% de pacientes.</b>
00004	Riesgo de infección	
00023	Retención urinaria	
00039	Riesgo de aspiración	
00087	Riesgo de lesión perioperatoria	
00128	Confusión aguda	
00132	Dolor agudo	
00146	ansiedad	
00253	Riesgo de hipotermia	

*Tabla 13: Diagnósticos de enfermería en la Reanimación Post-anestésica*

#### 4.3. Diagnósticos de enfermería prevalentes en la unidad de cirugía del HURH de Valladolid: Trabajo de campo.

Como se ha explicado en la metodología se ha completado este trabajo haciendo un análisis de los diagnósticos de enfermería prevalentes en la Unidad de Cirugía General del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, revisando las historias de enfermería de los pacientes atendidos en la unidad durante el periodo de formación práctica desarrollada en dicha unidad (meses de febrero a abril de 2017), completado posteriormente con la ayuda de la profesora Asociada de Ciencias de la Salud de dicha unidad durante los meses de enero a marzo de 2018. Los diagnósticos de enfermería más prevalentes de esta unidad durante el tiempo descrito se reflejan en la tabla 14:

<b>Autor/es:</b>	Gallo V.	
<b>Título</b>	<b>TRABAJO DE CAMPO</b>	
<b>Centro/ Unidad:</b>	Hospital Universitario "Río Hortega" de Valladolid / Cirugía General	
<b>Código</b>	<b>DIAGNÓSTICOS NANDA</b>	<b>% de pacientes.</b>
00002	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	
00004	Riesgo de infección	
00014	Incontinencia fecal	
00046	Deterioro de la integridad cutánea	
00108	Déficit de autocuidado: baño	
00126	Conocimientos deficientes	
00132	Dolor Agudo	
00146	Ansiedad	
00198	Trastorno del patón del sueño	

*Tabla 14: Diagnósticos de enfermería en la Unidad de Cirugía general del HURH (trabajo de campo)*

## 5.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el capítulo anterior se han descrito por distintos autores y fuentes los principales problemas identificados como diagnósticos de enfermería y que definen distintas respuestas humanas que se producen en diferentes unidades de enfermería, en concreto en aquellas en que se desarrollan procedimientos quirúrgicos de diferentes áreas de especialización (digestiva, cardíaca, urológica, toco-ginecológica, neurológica, otorrinolaringológica, maxilofacial, etc.). El soporte teórico y metodológico en el que se fundamenta la identificación de los problemas del paciente y la práctica de Enfermería es el que se ha elegido en el sistema sanitario público de Castilla y León (SACyL) al igual que en muchas otras autonomías de nuestro país como son: El Modelo de cuidados de Virginia Henderson, fundamentado en las 14 necesidades básicas del ser humano (ANEXO 2) y los Diagnósticos de Enfermería NANDA-I, Taxonomía II, que establece una clasificación de los diferentes diagnósticos según 13 "Dominios de Salud" (ANEXO 1).

Al contrastar los datos analizados en la revisión de distintas unidades de especialidades quirúrgicas, con los obtenidos en el trabajo de campo realizado en la Unidad de Cirugía general del Hospital Universitario "Río Hortega" de Valladolid, se puede extraer un primer argumento de discusión que es la heterogeneidad de respuestas humanas (diagnósticos), con un porcentaje de coincidencia entre los distintos estudios inferior que el que se da en otros estudios dirigidos a áreas de atención más circunscritas (medicina interna, neumología, salud mental, etc.). Esto es debido fundamentalmente a las diferentes respuestas humanas que se dan según donde se realice el abordaje quirúrgico, siendo muy distintos los diagnósticos o respuestas humanas en un procedimiento quirúrgico máxilo-facial, que en uno abdominal o ginecológico o urinario.

En relación a la comparación de los diagnósticos obtenidos en base a la experiencia durante el desarrollo del prácticum en el HURH, y a los obtenidos en la revisión bibliográfica, podemos ver (tabla 15) que en algunos diagnósticos, independientemente de tratarse de distintas áreas de abordaje quirúrgico y procedimientos tienen un rango prevalente, apreciándose en el caso del "Dolor Agudo [00132]" como prevalente en 9 de los 14 estudios reseñados (Luque, et al., 2011;

Mattia, et al., 2010; Merino, et al., 2008; Casado, 2017; Calderón, 2014; Pérez y Rubio, 2008; Lopes, et al., 2009; Perea, 2003; trabajo de campo, 2018).

Codigo	DIAGNÓSTICO NANDA	Estudio														T C
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
00002	Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales	X					X	X	X					X		X
00004	Riesgo de infección			X				X		X			X	X	X	X
00006	Hipotermia		X													
00007	Hipertermia	X		X												
00011	Estreñimiento	X												X		
00013	Diarrea	X														
00014	Incontinencia fecal							X								X
00015	Riesgo de estreñimiento	X		X												
00021	Incontinencia urinaria	X														
00023	Retención Urinaria	X													X	
00025	Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos	X										X				
00028	Riesgo de déficit del volumen de líquidos						X	X								
00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas	X														
00032	Patrón respiratorio ineficaz	X														
00035	Riesgo de lesión	X								X				X		
00039	Riesgo de aspiración	X												X	X	
00046	Deterioro de la integridad cutánea	X			X		X	X	X					X		X
00052	Deterioro de la interacción social					X										
00053	Aislamiento social						X	X								
00059	Disfunción sexual	X						X								
00078	Gestión ineficaz de la salud						X									
00084	Conducta generadora de salud	X														
00085	Deterioro de la movilidad física	X							X			X	X	X		
00088	Deterioro de la ambulación	X												X		
00091	Deterioro de la movilidad en cama	X														
00095	Insomnio	X														
00100	Retraso en la recuperación quirúrgica							X	X			X				
00103	Deterioro de la deglución	X													X	
00108	Déficit de autocuidado: baño	X		X		X						X	X			X
00109	Déficit de autocuidado: vestido			X												
00110	Déficit de autocuidado: uso del inodoro	X		X								X				
00118	Trastorno de la imagen corporal	X			X		X	X								
00120	Baja autoestima situacional				X	X	X	X								
00126	Conocimientos deficientes			X	X	X		X						X		X
00132	Dolor agudo	X	X	X			X	X					X	X	X	X
00134	Nauseas		X											X		
00146	Ansiedad	X		X				X			X			X	X	X
00148	Temor					X		X					X			
00155	Riesgo de caídas	X														
00198	Trastorno del patrón del sueño							X						X		X
00253	Riesgo de hipotermia									X					X	

Tabla 15: Diagnósticos de enfermería prevalentes: referencias analizadas y trabajo de campo

En un segundo nivel de relevancia por el nivel de coincidencia como diagnósticos relevantes se encontrarían: "**Ansiedad**" (Luque, et al., 2011; Merino et al., 2008; Calderón, 2014; Fresno, et al., 2015; Lopes, et al., 2009; Perea, 2003; Trabajo de Campo, 2018), "**Deterioro de la integridad cutánea**" (Luque, et al., 2011; Guerrero, 2015; Casado, 2017; Calderón, 2014; Medina y Rosales, 2017; Lopes, et al., 2009; Trabajo de Campo, 2018), "**Riesgo de infección**" (Merino, et al., 2018; Calderón, 2014; Ruzafa, et al., 2003; Pérez y Rubio, 2008; Lopes, et al., 2009; Perea, 2003; trabajo de campo, 2018).

El Tercer grupo de diagnósticos por relevancia coincidente en los distintos estudios y trabajo de campo realizado son: "**conocimientos deficientes**" (Mattia, et al., 2010; Merino, et al., 2008; Guerrero, 2015; Casado, 2017; Lopes, et al., 2009; trabajo de campo, 2018), "**Déficit de autocuidado: baño**" (Luque, et al., 2011; Merino et al., 2008; Crespo, 2013; Carvalho, et al., 2006; Pérez y Rubio, 2008; trabajo de campo, 2018), "**Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales**" (Luque, et al., 2011; Casado, 2017; Calderón, 2014; Medina y Rosales, 2017; Lopes, et al., 2009; Trabajo de Campo, 2018).

Dada la menor significación de relaciones que se dan en el resto de los diagnósticos definidos en este estudio (tabla 15), relacionamos por orden de prevalencia los 7 diagnósticos de enfermería coincidentes en los pacientes atendidos en unidades quirúrgicas, especificando su definición y el Dominio de salud NANDA al que pertenecen y la Necesidad Fundamental con la que se relacionan (tabla 16).

<b>Diagnóstico/Dominio/Necesidad</b>	<b>Definición</b>
<b>00132 Dolor Agudo</b> <i>Dominio:</i> 12 (Confort) <i>Necesidad:</i> 5 (Dormir y descansar)	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.
<b>00146 Ansiedad</b> <i>Dominio:</i> 9 (afrentamiento/tolerancia al estrés) <i>Necesidad:</i> 9 (evitar peligros)	Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

<b>00046 Deterioro de la integridad cutánea</b> <i>Dominio:</i> 11 (Seguridad/Protección) <i>Necesidad:</i> 8 (Higiene e integridad de piel)	Alteración de la epidermis y/o de la dermis.
<b>00004 Riesgo de infección</b> <i>Dominio:</i> 11 (Seguridad/Protección) <i>Necesidad:</i> 9 (evitar peligros)	Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.
<b>00126 Conocimientos deficientes</b> <i>Dominio:</i> 5 (Percepción/cognición) <i>Necesidad:</i> 14 (Aprender)	Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.
<b>00108 Déficit de autocuidado: baño</b> <i>Dominio:</i> 12 (Actividad/reposo) <i>Necesidad:</i> 8 (Higiene e integridad de piel) y <i>necesidad</i> 4: moverse y mantener posturas adecuadas	Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño.
<b>00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales</b> <i>Dominio:</i> 2 (nutrición) <i>Necesidad:</i> 2 (Comer y beber)	Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.
<i>Tabla 16: Diagnósticos de enfermería de mayor prevalencia en los distintos estudios</i>	

Estos diagnósticos son los generales que se dan de forma coincidente según los distintos estudios en los procedimientos quirúrgicos independientemente del área especializada de dicho procedimiento. A estos diagnósticos prevalentes de la mayoría de los procedimientos hay que incorporar los diagnósticos específicos dependiendo del área de abordaje quirúrgica, de las repercusiones psico-sociales del procedimiento y de las características de cada paciente, pues las respuestas humanas ante una misma situación pueden ser muy diversas.

### **Propuestas para la práctica profesional derivadas de los resultados y discusión**

Tras definir los diagnósticos de enfermería prevalentes en los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos y con el fin de facilitar la práctica científica con estos pacientes hemos realizado un **plan de cuidados** que permita una práctica homogénea de todo el equipo de enfermería y unifique la toma de decisiones.

En este Plan de cuidados se exponen los Diagnósticos de Enfermería con los resultados esperados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) genéricos (tablas 17 a 23), a fin de que posteriormente se adapten a la especificidad de cada paciente para conseguir unos cuidados individualizados, integrales, seguros y de la máxima calidad.

Diagnóstico de Enfermería: **Dolor agudo [00132]**

NOC	NIC
<u>Nivel de dolor [2102]</u> <u>Control del dolor [1605]</u> <b>Indicadores:</b>	Manejo del dolor [1400]
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconoce el comienzo del dolor [160502]</li> <li>• Utiliza medidas preventivas [160503]</li> <li>• Utiliza medidas de alivio no analgésicas [160504]</li> </ul>	Relajación muscular progresiva [1460] Asistencia en la analgesia controlada [2400]
	Manejo ambiental: confort [6482]

*Tabla 17: PE Dolor Agudo*

Diagnóstico de Enfermería: **Ansiedad [00146]**

NOC	NIC
<u>Nivel de ansiedad [1211]</u> Indicadores:	Disminución de la ansiedad [5820]
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad verbalizada [121117]</li> </ul>	
<u>Autocontrol de la ansiedad [1402]</u> Indicadores:	Aumentar el afrontamiento [5230]
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Busca información para reducir la ansiedad [140204]</li> <li>• Ausencia de las manifestaciones de una conducta de ansiedad [140216]</li> </ul>	
<u>Satisfacción del paciente: cuidado psicológico [3009]</u> Indicadores:	Presencia [5340]
<ul style="list-style-type: none"> <li>• apoyo emocional [300907]</li> </ul>	Potenciación de la autoestima [5400]

*Tabla 18: PE Ansiedad*

Diagnóstico de Enfermería: **Deterioro de la integridad cutánea[00046]**

NOC	NIC
<u>Integridad tisular: piel y membranas mucosas [1101]</u> <b>Indicadores:</b>	Vigilancia de la piel [3590]
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura de la piel [110101]</li> <li>• Sensibilidad [110102]</li> </ul>	Cuidados de las heridas [3660]
<u>Curación de la herida [1102]</u>	Cuidados del sitio de la incisión [3440] Protección contra la infección [6550]

*Tabla 19: PE Deterioro de la integridad cutánea*

Diagnóstico de Enfermería: **Riesgo de infección [00004]**

NOC	NIC
<u>Detección del riesgo [1908]</u>	Protección contra la infección [6550]
<u>Control del riesgo [1902]</u>	Control de infecciones [6540]

*Tabla 20: PE Riesgo de infección*

Diagnóstico de Enfermería: **Conocimientos deficientes [00126]**

NOC	NIC
<u>Conocimiento proceso terapéutico [1814]</u>	Educación sanitaria [5510]
	Enseñanza: individual [5606]
<u>Conocimiento recursos sanitarios [1806]</u>	Enseñanza: proceso de enfermedad [5602]
	Planificación al alta [7370]

*Tabla 21: PE Conocimientos deficientes*

Diagnóstico de Enfermería: **Déficit de autocuidado: baño[00108]**

NOC	NIC
<u>Autocuidados: higiene [0305]</u> Indicadores: • mantiene la higiene corporal [30517]	Ayuda con el autocuidado: baño/higiene [1801]

*Tabla 22: PE Déficit de autocuidado: baño*

Diagnóstico de Enfermería: **Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales[00002]**

NOC	NIC
<u>Estado nutricional [1004]</u> <b>Indicadores:</b> • Ingestión de alimentos [100402] • Ingesta de líquidos [100408]	Terapia nutricional [1120]
<u>Conocimiento dieta saludable [1854]</u>	Manejo de la nutrición [1100]
<u>Peso y masa corporal [1006]</u>	Asesoramiento nutricional [5240]
	Manejo del peso [1260]

*Tabla 23: PE Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales*

### **Limitaciones del estudio**

La inexistencia de estudios de características similares en cuanto al tipo de pacientes atendidos, metodología empleada, muestra, etc., hace difícil establecer conclusiones precisas al respecto de los diagnósticos prevalentes en las unidades quirúrgicas que puedan ser extrapolables a todas ellas, así como la gran diversidad y diferente complejidad de los procedimientos que en este área asistencial se realizan.

## 6.- CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos de este trabajo mixto de revisión bibliográfica y trabajo de campo permiten concluir que las respuestas humanas/diagnósticos de enfermería más prevalentes en las unidades de cirugía son: dolor agudo, ansiedad, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección, conocimientos deficientes, déficit de autocuidados: baño y desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

Del trabajo de campo realizado en la unidad de Cirugía General del HURH de Valladolid, además de los diagnósticos prevalentes reseñados y que coincidían con los estudios revisados se han apreciado como habituales diagnósticos como: Trastorno del patrón del sueño, generalmente relacionado con el dolor agudo o crónico y la incontinencia fecal, dado el número importante de procedimientos quirúrgicos relacionados con cirugía colo-rectal.

La definición del Plan de Cuidados estandarizado a partir de los diagnósticos identificados como prevalentes y basados en la mayor evidencia científica existente va a facilitar el trabajo del equipo de enfermería aportando un método sistemático y organizado para la administración de los cuidados enfermeros promoviendo una asistencia individualizada e integral, que se puede adaptar a cualquier paciente y a cualquier nueva situación.

## 7.- BIBLIOGRAFÍA

- Actualización en Enfermería. NANDA, NOC, NIC, Metodología Enfermera. FUNCIDEN [sitio web]; [Consulta 20 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/nanda/>
- Argimon JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
- Bellido JC, Pereira F, Cruz J. Planificación de cuidados en el paciente quirúrgico. Inquietudes. 2007;36:4-15
- Bustos R, Piña A, Pastor M, Benítez A, Villora M, González A. Plan de cuidados estándar de enfermería en artroplastia de cadera. *Enfermería global*. 2012;26:324-42.
- Calderón B. Cuidados enfermeros al paciente colostomizado. [Trabajo Fin de Grado]. Escuela Universitaria de Enfermería "Antonio Coello Cuadrado". Universidad de la Rioja. Logroño; 2014.
- Carvalho V, Nóbrega A, De Oliveira M. Diagnósticos enfermeros relacionados con la actividad y reposo presentado por una paciente tras cirugía de revascularización del miocardio. Estudio de un caso. *Enfermería en cardiología*. 2006;39:17-21
- Casado C. Atención al paciente ostomizado. Cuidados enfermeros. Plan de cuidados estandarizado. [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad Pompeu Fabra: Barcelona; 2017.
- Crespo L. Plan de cuidados de enfermería estandarizado en el paciente colostomizado. [Trabajo de Fin de Grado]. Departamento de Enfermería de la Universidad de Cantabria. Santander; 2013.
- Cruz DALM. Os diagnósticos de enfermagem no ensino e na pesquisa. *Rev Esc Enferm USP* 1992; 26(3):427-34.
- De Mattia A, Faria L, Santos S, De Oliveira T. Diagnósticos de enfermería de complicaciones en la sala de recuperación anestésica. *Enfermería global*. 2010;18:1-11.
- Fresno C, Alconero A, Fernández B. Tratamiento de dehiscencia de herida quirúrgica mediante terapia de presión negativa tópica: caso clínico. *Enfermería clínica*. 2015;25(4):209-14
- Guerrero M. Plan de cuidados en un paciente colostomizado. *Evidentia*. 2015;12:51-52.
- Guevara B. Una aproximación al perfil de la enfermera intensivista. Portales médicos [revista en red]; 2007. [Consulta 20 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/756/1/Una-aproximacion-al-perfil-de-la-enfermera-intensivista.html>
- Heather T, Kamitsuru S. (editores) Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificación (2015-2017). NANDA Internacional. Barcelona: Elsevier España; 2015.

- Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Madrid: CIE; 1969.
- Herramienta para la consulta de diagnósticos NANDA, formación y creación de planes de cuidados con NANDA, NOC y NIC [Web en línea]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com>
- Klehr J, Hafner J, Spelz L, Steen S, Weaver K. Implementation of standardized nomenclature in the electronic medical record. *International journal of nursing terminologies and classifications*. 2009;20(4):169-80.
- Lopes AER, Pompeo DA, Canini SRMS, Rossi LA. Diagnósticos de enfermería de pacientes en pre-operatorio de cirugía esofágica. *RevLatino-am Enfermagem*. [en red] 2009;17(1). [Consulta 7 febrero 2018]. Disponible en: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- Luque M, Micó E, Tantiñá S, Moreriras M, Díaz L, Sabater R. Diagnósticos enfermeros en UFISS, UGA, traumatología y CIR. *Enfermería global*. 2011;22:1-7.
- Medina I, Rosales J. Plan de cuidados a paciente con enfermedad diverticular complicada. *Metas Enfermería*. 2017;20(9):25-31.
- Merino J, López M, Marinas M, Merino A, Sánchez E, Vaca R. Plan de cuidados estandarizados para pacientes con cirugía percutánea (nefrolitotomía). Aplicación en el programa informático Gacela. *Asociación española de enfermería en urología*. 2008;105: 6-10.
- Perea MC. Plan de cuidados en el postoperatorio inmediato. *Enferm Docente*. 2003;78:31-7
- Pérez A, Rubio FJ. Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato del trasplante renal. Taxonomía NANDA/NOC/NIC. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2008;11(2):144-9
- Ruzafa M, Ruiz M, Gómez M. Cirugía en el niño y el adolescente. Intraoperatorio. *ROL Enf*. 2003;26(11):762-66.
- Taxonomía enfermera. Diagnósticos enfermeros NANDA clasificados por dominios. [sitio web]; 2010. [Consulta el 23 de abril de 2018]. Disponible en: [http://taxonomiaenfermera.com/pag/diagnosticos\\_necesidades.html](http://taxonomiaenfermera.com/pag/diagnosticos_necesidades.html)

## 8.- ANEXOS

### ANEXO 1: DOMINIOS DE SALUD

DOMINIOS DE SALUD NANDA	DEFINICIÓN
<b>1.Promoción de la salud</b>	Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar o la normalidad de la función.
<b>2.Nutrición</b>	Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.
<b>3.Eliminación/Intercambio</b>	Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.
<b>4.Actividad/Reposo</b>	Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.
<b>5.Percepción/Cognición</b>	Sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.
<b>6.Autopercepción</b>	Conciencia del propio ser.
<b>7. Rol/Relaciones</b>	Conexiones y asociaciones positivas y negativas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.
<b>8.Sexualidad</b>	Identidad sexual, función sexual y reproducción.
<b>9.Afrontamiento/Tolerancia al estrés</b>	Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.
<b>10.Principios vitales</b>	Principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedoras de un valor intrínseco.
<b>11.Seguridad/Protección</b>	Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, prevención de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.
<b>12.Confort</b>	Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.
<b>13.Crecimiento/Desarrollo</b>	Aumento de las dimensiones físicas, maduración de los órganos y sistemas o logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.

**ANEXO 2: 14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON**

<b>14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON</b>	<b>FACTORES PERMANENTES QUE AFECTAN A ESTAS NECESIDADES</b>	<b>FACTORES VARIABLES QUE AFECTAN A LAS NECESIDADES (ESTADOS PATOLÓGICOS)</b>
<b>1.Respirar normalmente</b>	<b>1.Edad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recién nacido</li> <li>• Niño adolescente</li> <li>• Joven</li> <li>• Adulto</li> <li>• Anciano</li> </ul> <b>2.Temperamento, estado emocional o disposición de ánimo.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal</li> <li>• Eufórico o hiperactivo</li> <li>• De ansiedad, temor, agitación</li> <li>• Deprimido o hipoactivo</li> </ul> <b>3.Situación social o cultural.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena situación socio-familiar</li> <li>• Inadaptación, pobreza</li> </ul> <b>4.Capacidad física e intelectual.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso normal</li> <li>• Peso alterado</li> <li>• Mentalidad normal</li> <li>• Mentalidad alterada</li> <li>• Sentidos normales</li> <li>• Pérdida de algún sentido</li> <li>• Capacidad motora normal</li> <li>• Capacidad motora alterada</li> </ul>	<b>1.Trastornos de líquidos y electrolitos</b>
<b>2.Comer y beber adecuadamente</b>		<b>2.Falta aguda de oxígeno</b>
<b>3.Eliminación por todas las vías corporales</b>		<b>3.Conmoción</b>
<b>4.Moverse y mantener posturas adecuadas</b>		<b>4.Estados de inconsciencia</b>
<b>5.Dormir y descansar</b>		<b>5.Exposición al frío o calor que cambien anormalmente la temperatura corporal</b>
<b>6.Escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse</b>		<b>6.Estados febriles agudos</b>
<b>7.Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales</b>		<b>7.Lesión local (herida o infección)</b>
<b>8.Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel</b>		<b>8.Enfermedad transmisible</b>
<b>9.Evitar los peligros ambientales</b>		<b>9.Estado preoperatorio</b>
<b>10.Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.</b>		<b>10.Estado postoperatorio</b>
<b>11.Vivir de acuerdo a tus propias creencias y valores</b>		<b>11.Inmovilización por enfermedad o terapia</b>
<b>12.Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal</b>		<b>12.Dolores persistentes</b>
<b>13.Participar en actividades recreativas</b>		
<b>14.Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles</b>		

Virginia Henderson describe 14 necesidades fundamentales que todos los seres humanos tenemos que satisfacer para mantener la salud o para su restablecimiento. Las personas pueden variar el modo de satisfacer estas necesidades en función, entre otras cosas, de su cultura, motivaciones o modo de vida. Las 14 necesidades se pueden ver modificadas por 2 tipos de factores: factores permanentes y factores variables.