



# **LA PERSONA HOSPITALIZADA: UNA APROXIMACION AL CUIDADO INTEGRAL**



La persona hospitalizada: una aproximación al cuidado integral / Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS), Universidad de Carabobo (UC), Campus Bárbula. — 1ra Ed. Valencia, Venezuela. 2018.

170 p.

1. Ciencias médicas – Medicina - Salud – Enfermería – Salud pública – Cuidados humanos - Educación

Primera edición, 2018

© Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS), Universidad de Carabobo (UC), Campus Bárbula.

**Compilado y editado por:**

Berta Guevara y Elyana Coronel

**Coordinación Editorial:**

Berta Guevara

**Diseño de portada:**

Alexis Guerrero

**Diagramación y Montaje:**

Francisco Antonio Ponte-Rodríguez

**Depósito Legal: CA2018000107**

**ISBN Electrónico: 978-980-233-715-6**

Hecho en Venezuela Made in Venezuela

Todos los artículos de este libro, han sido objeto de Arbitraje por Colaboradores expertos en el tema, lo que permitió la selección. Esto representa las contribuciones de educadores e investigadores en Enfermería nacionales e internacionales generando gran dinamismo y debate en el seno de la disciplina de Enfermería.

Este libro está protegido bajo la licencia Creative Commons Reconocimiento Internacional - No Comercial - Compartir Igual (CC BY-NC-SA), para copiar, distribuir y comunicar públicamente por terceras personas si se reconoce la autoría de la obra en los términos especificados por el propio autor o licenciante. Está permitido que se altere, transforme o genere una obra derivada a partir de esta obra, siempre deberá difundir sus contribuciones bajo la misma licencia que la creación original. No Puede utilizarse esta obra para fines comerciales. Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales de los autores.



## **PROLOGO**

El contenido de este libro revela un compromiso de los autores con la práctica de Enfermería que se desenvuelve teniendo como base el proceso de Enfermería; resultado de un trabajo que orienta la práctica de Enfermería y la manera de dar cuidados mediante sus diferentes etapas o fases del mismo, que requiere de conocimiento, habilidades y destrezas para su implementación. En el contexto de la praxis donde es utilizado y el hecho de que este sistema fue desarrollado y creado en otros países se hace necesaria su adaptación a la realidad venezolana de nuestra práctica. Los autores presentan esta obra a la comunidad de Enfermería tanto del ámbito asistencial como docente en un lenguaje acústico, claro y preciso estructurado de forma que se puedan introducir y profesionalizar conceptos difundidos utilizados y discutidos en el desarrollo del texto.

Los autores también instan a que enfermería puede prestar un trabajo independiente a través de la utilización del proceso de Enfermería, a la luz de un referencial teórico asociado a las diferentes etapas que lo contiene en sus aspectos filosóficos, axiológicos, espirituales, tecnológicos, sociales y el cuidar como intención terapéutica dirigida a reducir, solucionar y prevenir problemas de salud de los clientes y/o pacientes con alteraciones cardiovasculares, respiratorias y neurológicas, así como el cuidado del paciente en las fases preoperatorias y postoperatorias, con una visión holística del ser humano, con sentimientos, metas y también la decisión de su transacción humano – humano que ello requiere. Continúa también un capítulo relacionado con la etapa de valoración física del

paciente, etapa inicial del proceso de Enfermería, como una forma o norma de obtener datos, para su análisis e interpretación que determina a los diagnósticos de Enfermería que orientan la estructuración de un plan de cuidado capaz de ser implementado y evaluado en beneficio del paciente.

El capítulo I presenta un enfoque formado desde el cuidado de enfermería, utilizando los elementos fundamentales del núcleo filosófico enfermero dentro del metodológico. El capítulo II la importancia bioética en el cuidado, con una visión fenomenológica del sujeto, objeto del cuidado.

El capítulo III hace una reflexión sobre las limitaciones en el uso del proceso de Enfermería en la práctica y sus dificultades en su aplicabilidad por parte de enfermería enfatizando la necesidad de edificar criterios. El capítulo IV enfoca aspectos fundamentales sobre la valoración física del paciente en forma general, conceptos que deben ser considerados por los profesionales de Enfermería en la cotidianidad institucional. El capítulo V versa sobre las generalidades de la farmacoterapia en el paciente hospitalizado, en el cual se introducen conceptos que son esenciales que el profesional de Enfermería maneje en su hacer profesional.

El capítulo VI contiene información relacionada con el cuidado de enfermería al adolescente en las unidades de emergencia y cuidados intensivos, grupo etario que día a día ingresan a estas unidades de atención producto en su mayoría de hechos violentos que merecen un cuidado especializado. Los capítulos VII, VIII y IX hacen referencia al proceso de Enfermería en el paciente con alteraciones respiratorias, cardiovasculares, paciente en proceso pre y postoperatorio respectivamente, donde se especifica el quehacer del profesional de Enfermería

basado en las etapas del proceso de Enfermería que orienta el cuidado de estos pacientes. En lo que indica el capítulo X relacionado con la familia, como componente fundamental en el cuidado, haciendo énfasis en el rol que desempeña en el logro de los objetivos propuestos para su recuperación.

Se hace énfasis en el capítulo XI de la tecnología como elemento fundamental de cuidar, en el ejercicio de la práctica y en los diferentes roles que pueden definirse que la consolidaran como una profesión de la ciencia. Por último, en el capítulo XII relacionado a la muerte en el contexto de ciencias de la salud donde realiza una reflexión sobre el respeto a la dignidad del paciente sin importar sus antecedentes o estado, sin distinguir raza, credo o condición social.

**Profa. Amalia Consuelo Colmenares.**

## Agradecimiento

Al escribir este libro, siempre estuvieron presente en nuestras mentes experiencias vividas en los distintos roles como enfermeros, docentes, familiares y amigos que de alguna manera nos motivaron a la producción intelectual del mismo, es por estas razones que agradecemos:

Al Padre Celestial por sus Bendiciones en Salud, gozo, trabajo, prosperidad y oportunidades que nos permitieron finalizar esta obra. Gracias Padre tu eres nuestra fortaleza y luz en nuestro transitar terrenal.

A la profesora Amalia Consuelo Colmenares por aceptar escribir el prólogo de este texto.

A todas aquellas personas que de alguna manera contribuyeron en la motivación y elaboración de este texto.

Dios Los Bendiga!!!!

## INTRODUCCIÓN

El escenario que forma parte de la vida de los profesionales que pertenecen a Ciencias de la Salud entre ellos los de enfermería, transcurre con situaciones o eventos satisfactorios, gratificantes, estresantes, frustrantes y tristes, por las características que conforman los centros asistenciales tanto por su estructura, como por las relaciones interpersonales que se establecen a diario entre los profesionales que allí laboran, los familiares y las personas que ingresan a las unidades de atención. Esto exige una práctica profesional con sentido de responsabilidad, ético y humanista; características necesarias en el cuidado de las personas que ingresan a las unidades de emergencias de adulto y unidades de cuidado intensivo, las cuales son consideradas de alta complejidad. Para esto, es fundamental una filosofía integradora del “Conocer, el Ser y del Hacer” que implica contar con profesionales de Enfermería con una preparación académica que responda a los avances científicos y tecnológicos que día a día avanzan vertiginosamente para dar respuesta a las exigencias sociales, unido a la preparación académica. Estos profesionales deben poseer habilidades y destrezas, las cuales paulatinamente se irán refinando en la medida que transcurre el tiempo de permanencia del mismo en estas unidades. Unido a la preparación académica, a las habilidades y destrezas, el enfermero debe poseer valores personales, cristianos e institucionales como: la responsabilidad, la empatía, el respeto, el amor, la bondad, la misericordia, el compromiso institucional, la motivación entre otros. Estos aspectos de alguna manera influyen en el cuidado integral del adulto hospitalizado.

Uno de los métodos de trabajo que tradicionalmente ha formado parte de la práctica profesional, es el proceso de Enfermería, herramienta que ha sido difícil implementar en nuestras instituciones de salud tanto públicas como privadas por diversos motivos, entre los cuales según lo verbalizado por algunas (os) enfermeras (os) es que es muy complicado operativizarlo por la cantidad de pacientes que tienen que atender en cada turno, falta de recursos materiales entre otros aspectos. Asimismo, los diagnósticos de Enfermería que tradicionalmente se enseñan en las aulas de clases no son compatibles con el ejercicio profesional, es decir, hay una disonancia entre lo que se enseña sobre el proceso de Enfermería en lo referente a la lista de diagnósticos de la NANDA que generalmente es la que se utiliza en nuestras aulas de clases y su aplicabilidad en la práctica.

Debido a este escenario que involucra nuestra práctica profesional, surge la motivación de escribir este texto por un grupo de personas pertenecientes y afines con las profesiones de ciencias de la salud que incluye: Enfermeros, farmacéutas y licenciados en computación; donde la esencia del mismo es ofrecerle a los profesionales de Enfermería y a los estudiantes de pregrado y postgrado algunos capítulos relacionados con el proceso de Enfermería tales como aspectos filosóficos, espirituales, tecnológicos, sociales, farmacológicos y el cuidar como intervención terapéutica; sin que este proceso de Enfermería sea visto como un elemento rutinario y complicado en la práctica profesional. En este texto, se referencia al proceso de Enfermería en la práctica profesional de la enfermera (o) que labora en las unidades de emergencias de adulto y unidades de cuidados intensivos y en otras unidades según el grado de complejidad del paciente.

Se estructura en capítulos relacionados con aspectos concatenados directamente con el proceso de Enfermería tales como: Capítulo I: El cuidado de enfermería en

las unidades de cuidado intensivo y emergencia: Un enfoque filosófico. Este capítulo, describe las tres cuestiones fundamentales del núcleo filosófico: ontología, epistemología y axiología como cimientos en los que se fundamenta el metaparadigma enfermero: la persona, la salud, el entorno y enfermería como profesión de ayuda. Estos conceptos universales implícitos en los modelos conceptuales y teorías de enfermería dan orientación para intentar el abordaje de una filosofía del cuidado de enfermería.

El capítulo II: La Bioética en el Cuidado del Paciente Hospitalizado: Una Visión Fenomenológica. El mismo está centrado en aspectos relacionados con la visión holística de la persona, visualizándolo permanentemente como una unidad, cuya concepción es imperativa moralmente en las ciencias humanistas, en un intento por minimizar la fragmentación y/o cosificación de la persona y considerarlo como sujeto, en esta sociedad del conocimiento, de grandes avances científicos y tecnológicos.

El capítulo III: El Proceso de Enfermería: un Mito o una Realidad en las Organizaciones de Salud. Hace alusión a las etapas del proceso de Enfermería reflexionando la oportunidad que tiene este profesional de demostrar sus conocimientos mediante el desarrollo de las cinco fases de este proceso, teniendo la oportunidad de organizar, analizar e interpretar datos que lo orienten en su práctica profesional. El proceso de Enfermería como método de trabajo de este profesional, es la herramienta que permite identificar problemas en los pacientes que son dignos de ser investigados tanto desde el paradigma cuantitativo como en el cualitativo, lo que permite mejorar la práctica profesional. El capítulo IV: La Valoración Física al Paciente Hospitalizado. En esta sección se hace referencia al examen físico general y segmentario en el paciente hospitalizado. Considerando

las semiotecnias de la valoración física: inspección, palpación, percusión y auscultación. El capítulo V: Generalidades de la Farmacoterapia en el Paciente Hospitalizado. Trata sobre la administración de medicamentos, lo cual es una actividad que involucra directamente al profesional de Enfermería. Conocer cómo se producen en el organismo los procesos de absorción, distribución, biotransformación y excreción de los fármacos, aspectos que forman parte de la preparación académica del futuro egresado de la carrera de enfermería.

El capítulo VI: El Cuidado de Enfermería a la Persona Adolescente Hospitalizada en las Unidades de Emergencia y de Cuidados Intensivos: Una Visión Holística-Integradora. El mismo está centrado en el cuidado de la persona adolescente, por diversas variables externas se encuentra hospitalizado en unidades de emergencia y de cuidados intensivos donde se ingresan personas adultas; ya que por su misma condición de pertenecer a la población adolescente son considerados tierra de nadie.

El capítulo VII: El Proceso de Enfermería al Paciente con Alteraciones Cardiovasculares y Respiratorias: Una Visión Integral. Está centrado en la utilización del proceso de Enfermería al paciente con alteraciones cardiovasculares y respiratorias, donde se exponen algunos aspectos relacionados con cada una de las etapas del proceso de Enfermería que están vinculadas con el paciente afectado por estas patologías; aspectos necesarios que el profesional de Enfermería debe considerar al momento de cuidar a las personas con estas patologías.

El capítulo VIII: El Proceso de Enfermería al Paciente en la Fase Preoperatoria. Trata sobre el rol que desempeña el profesional de Enfermería durante el cuidado

al paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica, el cual es fundamental; ya que de la manera como este personal aborda al paciente en la etapa preoperatoria con respecto a algunos diagnósticos de enfermería, va a influir en la forma como este paciente enfrente la etapa intraoperatoria y postoperatoria. El capítulo IX: El Proceso de Enfermería al Paciente en la Fase Postoperatoria. Está destinado a describir la actuación del profesional de Enfermería durante el abordaje al paciente en la etapa postoperatoria. El profesional de Enfermería que labora en las unidades quirúrgicas, bien sea de hospitalización, en el caso de las unidades de cirugías, emergencias y cuidados intensivos; o en el área quirúrgica, entiéndase quirófano, debe orientar su práctica hacia la promoción de la salud, prevención de factores de riesgo que puedan interferir en la evolución favorable del paciente quirúrgico.

El capítulo X: La Familia: Componente Fundamental en el Cuidado del Paciente Hospitalizado en las Unidades de Emergencia y de Cuidados Intensivos. En el mismo, se hace referencia a la importancia de integrar a la familia en el cuidado al paciente hospitalizado en las unidades de emergencia y de cuidados intensivos; no sólo por el rol protagónico que muchas veces los familiares desempeñan durante la estancia del paciente en las organizaciones de salud, sino también que es un derecho que tienen los familiares a sentirse involucrados en el cuidado de su familiar. El capítulo XI: La Tecnología: Un Componente Fundamental en el Proceso de Cuidar en Enfermería. Este hace referencia a la utilización pertinente de la tecnología, en sus variadas modalidades, en el ejercicio de la práctica, la educación y la investigación, como la misma facilita la ejecución eficaz de los roles que asume el personal de Enfermería, cuya finalidad esencial es ayudar al bienestar humano, a través del cuidado, considerado como el centro de todas sus ejecutorias profesionales, en el proceso de cuidar.

El capítulo XII: Una Visión sobre la Muerte en el Contexto de Ciencias de la Salud. Este hace referencia a la necesidad de que el personal de la salud debe tener presente, que los moribundos son personas a las que debe tratarse con respeto y dignidad sin importar sus antecedentes o estado, sin distinguir raza, credo o condición social. Por consiguiente, el discernimiento ético sobre el moribundo y su muerte tiene que ser desde la vida misma, y es similar del que se hace sobre la dignidad de la vida. Esto significa que la muerte es un episodio de la vida, es el episodio final y enigmático, dotado de máxima dignidad. Por último, se presentan las referencias bibliográficas.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>Capítulo 1</b>	
<b>El cuidado de enfermería en las unidades de cuidado intensivo y emergencia. Un enfoque filosófico</b>	
<i>Amarilis Zambrano • Berta Guevara • Alexis Guerrero • Elyana Coronel</i>	
<b>Universidad de Carabobo</b>	<b>2</b>
<b>Capítulo 2</b>	
<b>La bioética en el cuidado del paciente hospitalizado: una visión fenomenológica</b>	
<i>Berta Guevara • Amarilis Zambrano</i>	
<b>Universidad de Carabobo</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo 3</b>	
<b>El proceso de enfermería: un mito o una realidad en las organizaciones de salud</b>	
<i>Berta Guevara • Amarilis Zambrano • Doancely Tovar • Luis Rodríguez</i>	
<b>Universidad de Carabobo</b>	<b>20</b>
<b>Capítulo 4</b>	
<b>La valoración física al paciente hospitalizado</b>	
<i>Julia Rengifo • Doancely Tovar • Luis Rodríguez • Berta Guevara • Marianela Mejías</i>	
<b>Universidad de Carabobo</b>	<b>31</b>
<b>Capítulo 5</b>	
<b>Generalidades de la farmacoterapia en el paciente hospitalizado</b>	
<i>Ana Cristina Lo Presti de R</i>	
<b>Universidad de Carabobo</b>	<b>60</b>

## ÍNDICE

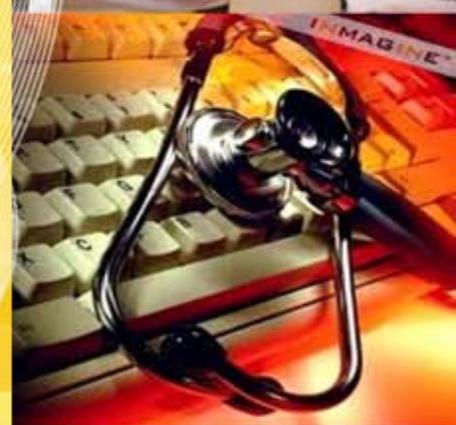
	Pág.
<b>Capítulo 6</b>	
<b>El cuidado de enfermería a la persona adolescente hospitalizada en las unidades de emergencia y de cuidados intensivos: una visión holística-integradora</b>	
<i>Ani Evies • Amarilis Zambrano • Alexis Guerrero • Elyana Coronel</i>	
<b>Universidad de Carabobo</b>	<b>82</b>
<b>Capítulo 7</b>	
<b>El proceso de enfermería al paciente con alteraciones cardiovasculares y respiratorias: una visión integral</b>	
<i>Berta Guevara • Doancely Tovar • Luis Rodríguez</i>	
<b>Universidad de Carabobo</b>	<b>90</b>
<b>Capítulo 8</b>	
<b>El proceso de enfermería al paciente en la fase preoperatoria</b>	
<i>Berta Guevara • Doancely Tovar • Luis Rodríguez</i>	
<b>Universidad de Carabobo</b>	<b>105</b>
<b>Capítulo 9</b>	
<b>El proceso de enfermería al paciente en la fase postoperatoria</b>	
<i>Berta Guevara • Doancely Tovar • Luis Rodríguez</i>	
<b>Universidad de Carabobo</b>	<b>112</b>
<b>Capítulo 10</b>	
<b>La familia: componente fundamental en el cuidado del paciente hospitalizado en las unidades de emergencia y de cuidados intensivos</b>	
<i>Marianela Mejías • Doancely Tovar • Luis Rodríguez • Janeth Leuchet</i>	
<b>Universidad de Carabobo</b>	<b>118</b>

## ÍNDICE

	Pág.
<b>Capítulo 11</b>	
<b>La tecnología: un componente fundamental en el proceso de cuidar en enfermería</b>	
<i>Alexis Guerrero • Elyana Coronel • Ani Evies</i>	
<b>Universidad de Carabobo</b>	<b>131</b>
<b>Capítulo 12</b>	
<b>Una visión sobre la muerte en el contexto de ciencias de la salud</b>	
<i>Berta Guevara • Amarilis Zambrano • Ani Evies • Marianela Mejías</i>	
<b>Universidad de Carabobo</b>	<b>141</b>
<b>Los Autores</b>	<b>151</b>



# **El cuidado de enfermería en las unidades de cuidado intensivo y emergencia. Un enfoque filosófico**



**Amarilis Zambrano • Berta Guevara  
Alexis Guerrero • Elyana Coronel**

# **El cuidado de enfermería en las unidades de cuidado intensivo y emergencia. Un enfoque filosófico**

**Amarilis Zambrano, Berta Guevara,  
Alexis Guerrero y Elyana Coronel**

*“Cualquier religión o filosofía que no esté basada en el respeto por la vida No es una auténtica religión o filosofía”*

*Albert Schweitzer*

## **Introducción**

El ámbito de las reflexiones propicia al ser humano la oportunidad para intentar satisfacer las variadas interrogantes surgidas en su largo y complejo devenir histórico. Las dudas que surgen en cada persona le han ayudado y le ayudan a obtener su propia respuesta para tomar decisiones, asumir responsabilidades, superar dificultades y desenvolverse en la vida de una manera auténtica.

De ahí la razón, por lo que las personas asumen posiciones divergentes, otras convergentes, pero que sirven para enriquecer el conocimiento y para construir aspectos que conducen a formar su propio mundo de creencias, acerca de las cuestiones fundamentales sobre: su propio origen y evolución, sus vivencias, su propia existencia inmanente y trascendente y sobre el mundo que lo rodea.

Por consiguiente son variadas las respuestas que a menudo surgen cuando se pretende definir lo que es la filosofía, pues como lo afirman Suárez y Villamizar (2002, p.16) “unos subrayan los aspectos individuales, otros los aspectos universales de la actividad filosófica; unos su función teórica, otros su función práctica; unos la consideran como una actividad reflexiva del mundo, otros como una actividad transformadora del mundo”.

Tal realidad la confirman Suárez y Villamizar (2002, pp. 13-16) al citar las posiciones asumidas por algunos pensadores cuando intentan definir lo que es

filosofía: Sócrates la reconoce como “la búsqueda de la verdad para practicar la virtud”. Para Platón “es la indagación sobre las esencias (ideas) y las formas. Búsqueda del ser humano para vivir en la verdad y la justicia”. Para Aristóteles es la “ciencia de las esencias de las cosas, de aquello que hace que algo sea y que una cosa sea lo que es”. Para Hegel “es la ciencia del pensamiento necesario de sus conexiones y sistemas esenciales. Conocimiento verdadero, eterno e imperecedero”. Para Comte es el “estudio de los hechos científicos, de lo observable, medible y experimentable”. Para Husserl, la filosofía “observa y describe la vida entera y los objetos tal como aparecen, reducidos a su esencia fenoménica”. Para Dilthey es el “análisis y el ejercicio de la vida para sentirla y vivirla a plenitud”. Para Jaspers es “un permanente cuestionamiento sobre las realidades últimas y las situaciones límite en búsqueda de trascendencia”. Para Heidegger es la “inmersión en el ser existencial puro dentro de la realidad cambiante, en el tiempo”. Para Foucault estudia “las estructuras culturales del hombre y de la sociedad, aquello que son”.

Los presupuestos precedentes esbozados por filósofos, determinan la heterogeneidad de respuestas creadas por el humano en su intento de esclarecer y explicar su propia existencia y la del mundo que lo rodea; pues cada filósofo aporta ideas, de acuerdo al marco histórico en que le corresponde existir, a la propia interpretación de sí mismo, de la vida y del mundo; de lo que se infiere su concepción dinámica y cambiante que limita la construcción de una respuesta completa y definitiva sobre lo que es filosofía. Sin embargo, las surgidas hasta ahora, nos ayudan a establecer directrices y campos de acción para tratar de resolver las interrogantes prevalentes en el espíritu humano y que surgen cotidianamente; con ello se enriquecen vivencias de la realidad y se aperturan nuevas proyecciones, útiles al pensamiento y la vida.

### **Aspectos esenciales filosóficos**

En el amplio espectro del pensamiento filosófico existen cuestiones fundamentales que estructuran el núcleo del quehacer de la filosofía, por lo tanto constituyen sus áreas problemáticas universales. El primer aspecto lo ocupa la preocupación por el humano y su relación con el universo, denominado ontología que estudia la naturaleza del ser, en cuanto ser, su origen y su proyección en el tiempo. Al respecto, Martínez, L. y Martínez, H. (1998, p. 208) especifican que la ontología “o esencia del ser, estudia sus propiedades”. Por su parte, Ferrater (2001, p. 2625) reconoce que la misión ontológica es “la determinación de aquello

en lo cual, los entes consisten y aún de aquello en que consiste el ser en sí”. El autor cita a Heidegger, quien expresa que “la finalidad ontológica es aquella indagación que se ocupa del ser, en cuanto ser”. También el autor menciona a Feibleman, quien sostiene que es como una “construcción dentro de la cual adquieren sentido, cierto conceptos metafísicos: realidad, esencia, existencia”.

El segundo aspecto a considerar como área filosófica es la epistemología o gnoseología, referida al estudio de los problemas relacionados con el conocimiento, en sus diferentes modalidades. Estudia sus posibilidades, sus procesos y la verificación del mismo. Suárez y Villamizar (2002, p. 23) la consideran como el estudio de “la posibilidad, las fuentes, la validez del conocimiento humano en general y del científico en particular”. Ríos (1997, p. 23) cita a Barragán, quien al conocimiento lo define como “una obra de la experiencia del hombre, de la forma como se relaciona con las cosas y como se interrelaciona con los demás hombres”. Martínez, L. y Martínez, H. (1998, p. 98) lo identifican como “el análisis del problema de la realidad de las causas o mundo externo, en general surgido de un supuesto filosófico en el ámbito del idealismo como corriente filosófica”.

En consecuencia, se puede inferir que todos los seres humanos tienen la capacidad de conocer las cosas, de reflexionar y profundizar en relación con lo conocido, por lo tanto la epistemología como filosofía de la ciencia contribuye fundamentalmente a juzgar la validez, orígenes y alcance del conocimiento humano, pero también busca la comprensión e interpretación del *yo interior* de cada ser humano; plétórico de: valores, creencias, sentimientos, actitudes, experiencias vitales.

El tercer aspecto a considerar como área estructural de la filosofía es la axiología entendida como el estudio de los valores. El concepto de valor está vinculado siempre a un ente humano por cuanto el valor es siempre significado e importante para alguien; es “la cualidad de una cosa que solo le pertenece en función de un sujeto con una conciencia capaz de registrarlo (Hessen, 1974, p. 47). Por su parte Izquierdo (1998, p. 32) especifica que los valores “son los ejes fundamentales por los que se orienta la vida humana y constituyen a su vez, la clave del comportamiento de las personas”.

Los valores “existen, son supratemporales, valen aquí y allá, ayer hoy y siempre son extraterritoriales y extrahistóricos” según la corriente objetivista (Escobar, 1992, p. 100). En cambio, la corriente subjetivista afirma que los valores son el

resultado de las reacciones individuales y colectivas. Son creaciones mentales y afectivas de cada persona pues lo que hace valiosa a una cosa o no, es el interés o deseo individual. Esto se fundamenta en lo expresado por Korn (Escobar, 1992, p. 99), quien reconoce que el “valor es el objeto de una valoración”. Dicha valoración “es una respuesta reactiva humana ante un hecho, un objeto”.

Izquierdo (1998, p.32) expresa “que los valores son tantos objetivos como subjetivos, pues el sujeto valora el objeto y éste ofrece un fundamento para ser valorado”. Esta definición sinérgica nos permite afirmar que los valores son creaciones humanas, surgidas de la relaciones entre objeto y sujeto. “Los valores son objetivos, pero su objetividad es humana y social, pues la persona como ser histórico, social es el creador de los valores y los objetos en que se plasman” (Zambrano, 2003, p. 160).

### **Un enfoque filosófico para el cuidado en enfermería**

Las tres cuestiones fundamentales del núcleo filosófico: ontología, epistemología y axiología son los cimientos en los que se fundamenta el metaparadigma enfermero: la persona, la salud, el entorno y enfermería como profesión de ayuda. Estos conceptos universales implícitos en los modelos conceptuales y teorías de enfermería dan orientación para intentar el abordaje de una filosofía del cuidado de enfermería. Al respecto Leddy y Pepper (1989) la define como los resultados intelectuales y afectivos de los esfuerzos profesionales que realizan las personas enfermeras para:

1° Comprender las razones y relaciones fundamentales de los seres humanos y el medio ambiente, 2° Enfocar la enfermería como una disciplina científica y 3° Elaborar un sistema personal de creencias sobre los seres humanos, medio ambiente, salud y enfermería como proceso (p. 22).

Zambrano (2003, p. 115) especifica que la filosofía sirve al profesional de Enfermería para “tener una visión holista, ecológica y humana de su alter ego, lo que le ayuda a percibir, pensar, sentir y valorar el cuidado humano como un acto esencial para permitir que la vida continúe”. Bajo esta idea el cuidado en enfermería asume una dimensión diferente e identifica el verdadero significado de la acción de cuidar.

En enfermería, el cuidado, representa la esencia del ejercicio de su práctica profesional. Dicho concepto es una “experiencia vivida, compartida entre un mínimo de dos subjetividades: la persona receptora del cuidado y el profesional de Enfermería en su rol de cuidadora” ambos se reconocen como seres humanos y surgen así, “interacciones en las que se manifiestan expresiones verbales y no verbales, facilitadoras del proceso, creándose respuestas de cuidado que nutren dicha integración” (Zambrano, 2003, p. 137).

Waldow (1998, p. 37) especifica que el cuidado envuelve una “acción interactiva fundamentada en valores y conocimientos de la persona cuidante para con la persona cuidada”. Ambos son cuidadores en la medida que participan “cuidándose a sí mismos”. Lorenzini (1996, p. 57) lo expresa como “una actividad de facilitación o de ayuda para el crecimiento y sobrevivencia de quien cuida y de quien es cuidado”. Betinelli (1998, p. 42) argumenta que el cuidado es un “proceso interactivo, dinámico, de involucramiento, de responsabilidad compartida entre la persona cuidante y la cuidada, en la que se comparten conocimientos, sentimientos y exige respeto a la dignidad humana”.

Similares ideas sustenta Zambrano (2003, p. 123), quien lo distingue como “una construcción humana sui generis” en el que el profesional de Enfermería, dentro del respeto a la dignidad humana, intenta “comprender y adentrarse en la conciencia de su alterego lo que le favorece compartir, asumir posiciones y decisiones, idear iniciativas de cómo puede ayudarlo y darle el soporte socioemocional, espiritual y biológico requerido”.

Los enfoques sobre cuidado mencionados, exige al personal de Enfermería la adquisición y utilización de un conjunto de conocimientos humanísticos, científicos, tecnológicos y los propios de enfermería que orienten y aseguren la calidad de las ejecutorias profesionales del grupo que representa a la profesión. De igual forma, exige actividades favorables que se traduzcan en acciones positivas con la intencionalidad permanente de ayudar a otras personas, que buscan mantener su estado de salud o que por lo contrario, la ayuda esté orientada a superar situaciones desequilibrantes graves que ameritan el cuidado proporcionado por el personal de Enfermería. Tal es el caso de las personas que ingresan a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) o a la Emergencia de Adultos (EA), cuyo delicado estado de salud exige cuidado especializado de acuerdo a la gravedad de las lesiones de sus sistemas biológicos afectados.

Se reconoce que las acciones cuidadoras realizadas por el personal de Enfermería, en la UCI y EA están orientadas prioritariamente a superar las alteraciones homeostáticas, mantener las constantes vitales, la mecánica corporal, la higiene y el confort, cumplir la terapia farmacológica y otras acciones que lo ayudan a satisfacer necesidades interferidas, tratables por enfermería; sin embargo, se toma en consideración que la persona críticamente enferma es una entidad holística, por lo tanto también exige un cuidado dirigido a proporcionarle ayuda emocional, social y espiritual, pues hay que tener siempre presente que la persona, vive su propio problema de salud (aun cuando este sedado) por cuanto como ser integral percibe lo que gira a su alrededor.

Ayudar a la persona a mejorar su dimensión socioemocional y espiritual es valorarlo como persona. Es establecer dentro de lo posible una relación de presencia significativa, cuya calidad exige observar e interpretar conductas reactivas de la persona en estado crítico de salud, tocarlo terapéuticamente, susurrarle al oído, darle mensajes positivos; así como cualquiera otra acción, que de manera creativa el profesional de Enfermería desarrolle y aplique en forma sistematizada. Además, el cuidado exige incluir a los familiares y amigos de la persona hospitalizada, pues a ellos también les afecta su estado emocional y afectivo. Una palabra de estímulo, de esperanza, una información veraz, les ayuda a minimizar temores y ansiedad relacionados con el pronóstico del familiar hospitalizado.

### **Consideraciones finales**

Un cuidado humanizado proporcionado por el personal de Enfermería pretende unificar acciones cuidadoras que rescaten el sentido de la existencia humana como sujeto de cuidado. Es decir, una filosofía integradora que tenga en cuenta: a) El conocimiento emocional y cultural de la persona cuidada y su familia, atributos inherentes a la vida; b) El conocimiento científico que favorece la reflexión, la creatividad para la toma de decisiones éticas, asumir responsabilidades profesionales y ejecutar acciones de cuidado; c) El conocimiento tecnológico que requiere destrezas y habilidades intelectuales y psicomotoras en el manejo de recursos materiales (aparatos y equipos); d) La afectividad, la empatía, la comprensión y el respeto hacia la persona receptora del cuidado (Zambrano, 2005).

En otras palabras, una filosofía integradora del cuidado de enfermería busca armonizar la comprensión y la explicación; la solidaridad y el razonamiento, la

subjetividad y la objetividad; la afectividad y el pensamiento reflexivo como factores constituyentes de un cuidado holista y solidario.

## Referencias

- Betinelli, Luis Antonio (2009). *Cuidado solidario*. Brasil: Editora Pe, Berthier.
- Escobar Valenzuela, Gustavo (1992). *Ética*. (3ª ed). México: Editorial Mc Graw-Hill.
- Ferrater Mora, José (2001). *Diccionario de filosofía*. España: Editorial Ariel. Tomo A-D.
- Hessen, Johannes (1974). *Filosofía dos valores*. Portugal: Gráfica de Coímbra. Colecao Stadium. *Temas filosóficos, jurídicos e social*. Traducao do Prof. L Cobral de Moncada.
- Izquierdo, Ciriaco (1998). *El Mundo de los valores*. Venezuela: Editorial Torino. Paulinas Distribuidora.
- Lorenzini, Alacoque (1996). *Sistemas de cuidados de enfermagen*. Brasil: Teses en Enfermagen Editora e Grafica Universitaria.
- Martínez Echeverri, Leonor y Martínez Echeverri, Hugo (1998). *Diccionario de la filosofía*. Colombia: Panamericana Edit. Ltda. Costa Edición.
- Ríos Castilla, Jesús Hemel (1997). *Epistemología. Fundamentos generales*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Suárez Díaz, Reinaldo y Villamizar Luna, Constanza (2002). *El Mundo de la filosofía*. México: Editorial Trillas.
- Waldow, Vera Regina (1998). *Cuidado humano o resgate necesario*. Brasil: Editores Sagra Luzzato.
- Zambrano de Guerrero, Amarilis (2003). *El Cuidar de sí como valor en enfermería*. Venezuela: Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Tesis Doctoral en Salud y Cuidado Humano.
- Zambrano de Guerrero, Amarilis (2005). *La cotidianidad del cuidado humano, en una Unidad de Cuidado Intensivo*. Venezuela: Conferencia dictada en la II Jornada de Cuidado Integral al Adulto. Área de Estudios de Postgrado. Universidad de Carabobo.



# **La bioética en el cuidado del paciente hospitalizado: una visión fenomenológica**



**Berta Guevara • Amarilis Zambrano**

# **La bioética en el cuidado del paciente hospitalizado: una visión fenomenológica**

**Berta Guevara y Amarilis Zambrano**

*“La ética no es otra cosa que la reverencia por la vida”*

*Albert Schweitzer*

## **Introducción**

Este capítulo contiene aspectos relacionados con los principios éticos que deben estar presentes en el cuidado a la persona hospitalizada en las instituciones de salud; asimismo, es fundamental reflexionar sobre la visión holística de la persona, visualizándola permanentemente como una unidad, cuya concepción es imperativa moralmente en las ciencias humanistas, en un intento por minimizar la fragmentación y/o cosificación de la persona y considerarlo como sujeto, en esta sociedad del conocimiento, de grandes avances científicos y tecnológicos. Para abordar los aspectos anteriormente mencionados es fundamental considerar algunos conceptos relacionados con la dignidad de la persona humana, su conceptualización desde la holicidad como ser complejo multidimensional.

## **Dignidad humana**

Cely (2004, p. 69) expresa que “la dignidad de la persona impide que ésta sea tratada como mercancía y utilizada como medio, ya que la persona humana tiene valor y no precio”. El autor, al referirse a la dignidad humana manifiesta que la misma implica respeto a la particularidad, aquello que individualiza y personaliza a cada ser humano distinguiéndolo de los demás y que advierte sobre su calidad de sujeto y no de objeto, de fin en sí mismo y no de medio.

Considerando los aspectos mencionados por el autor se tiene entonces, el hombre como ser humano no puede ser tratado como un medio o como mercancía, ya que este es un ser pensante, libre y autónomo, por consiguiente es una persona y no un objeto; de aquí parte la dignidad de la persona. La dignidad de la persona no se ve disminuida por las deficiencias físicas, psíquicas o sociales que esta tenga, la dignidad es algo no mensurable que incondicionalmente debe respetarse. Los profesionales de la Enfermería, como integrante del equipo de salud tiene una gran responsabilidad, como es la de cuidar a las personas con respeto y velar por la dignidad que merece el ser humano; este respeto a la dignidad exige por lo menos dos elementos: no dañarles y respetarles activamente bajo la concepción de lo que significa la persona humana con sus características propias, irreductible y multidimensional. Partiendo del significado de persona humana es importante mencionar algunas definiciones que efectúan los autores sobre el ser humano.

Rogers (Marriner y Raile, 1999) define al humano como:

Un ser unitario, irreductible, que posee su propia integridad y un conjunto de características que son más y diferentes de la suma de sus partes. Además, el ser humano es un sistema abierto, en un proceso continuo de interacciones con un entorno eternamente cambiante (p. 216).

Morín (2002) reconoce que el ser humano es:

Físico, biológico, síquico, cultural, social e histórico. Es una unidad compleja que hay que restaurarla, de tal manera que cada uno desde donde esté tenga conocimiento y conciencia al mismo tiempo de su identidad compleja y de su identidad que es común a todos los demás humanos (p. 17).

Por su parte, Marulanda (2006) refiere que:

La persona en su condición de paciente debe ser visto como un ser integral, que tiene un cuerpo y un alma. Por lo tanto, el enfoque del médico debe ser, ver al paciente como un ser humano integral y enseñarles calidad de vida. A veces, el problema es más serio de lo que se cree, en ocasiones hay que recurrir a un psicólogo, incluso a la familia de donde surgen a veces los problemas del paciente (p. 27).

Las ideas precedentes permiten concretar que la persona es un ser único, con características propias, poseedor de una individualidad irrepetible, con un espíritu gregario desde que inicia su desarrollo en el útero materno, por lo que obligatoriamente establece una relación constante con su medio externo e interno, lo que implica un proceso de adaptación a los diversos cambios que confronta permanentemente.

En el caso de la persona hospitalizada en las instituciones de salud, es fundamental que los profesionales de Enfermería consideren al momento de prestar el cuidado, esa unicidad y particularidad de cada paciente, respetando sus derechos como persona y como paciente, entre los que se mencionan su capacidad de decidir con respecto a tratamientos a aplicar, considerar horario de aseo personal, el aclarar sus dudas ante procedimientos a realizar entre otros. La persona es un ser complejo, poseedor de una mente con capacidad para pensar, y discernir sobre las diversas situaciones que experimenta en su cotidianidad. Tal discernimiento o reflexión es una fuente de conocimiento, que le permite tomar decisiones guiadas por su sistema de valores, los cuales son aprendidos y reforzados en la familia, la escuela, los medios de comunicación y la sociedad. Entre dichos valores están el respeto, la solidaridad, la autoestima, la justicia, la autonomía entre otros.

Al respecto, Heidegger (1991, p. 16) resalta que todo conocimiento del ser humano exige la interrogante ¿Qué es el ser? Por lo tanto, la fenomenología como método “abre la posibilidad de responder de manera concreta a la pregunta por el sentido del ser”. El autor reconoce que “responder dicha interrogante implica dirigir la vista, comprender, tener acceso como formas constitutivas del preguntar”. Desarrollar la interrogante por el ser es ver a través de un ente, comprender mediante una interpretación profunda, es adentrarse en aquella parte intangible de la persona, su realidad émica, en la concepción del ser ahí (Dasein) o modo particular de ser, que es el humano. La esencia del Dasein (Blackman, 1979, p. 93), para Heidegger “está en su existencia”. Esto determina que la realidad no puede ser definida, está por decidirse. Su existencia está en la elección de las posibilidades que se le ofrecen, por lo tanto ella es indeterminada e incompleta.

Según Heidegger (Echeverría, 1993, p. 211) lo resaltante del ser humano “es que no existe un ser, sin un mundo y no hay un mundo que no se defina en relación de un ser para el cual dicho mundo, es su mundo”. El enfoque heideggeriano, fundamentado en la fenomenología como método, favorece la posibilidad de acceder a la persona y desarrollar la interrogante que pregunta por el ser. Esto es

importante para determinar los elementos ontológicos de la naturaleza del ser, que orientan y ayudan al personal de Enfermería para cuidar de otras personas. Cuando la persona ingresa a las instituciones de salud, generalmente lo hace por las unidades de Emergencia las cuales se caracterizan por ser altamente estresante, lo cual de alguna manera influye en el estado de ánimo de la misma; en ocasiones puede generar angustia, ansiedad y en otras puede existir tristeza. Indudablemente, el proceso de adaptación a estas unidades de cuidado va a depender de las particularidades de cada paciente, y durante este proceso de adaptación Enfermería debe participar activamente, teniendo presente que el mismo, es un ser humano y que jamás ha de ser tratado como un medio, u objeto, pues es un ser pensante, libre y autónomo, por consiguiente es una persona cuya dignidad hay que respetar. La dignidad de la persona hay que reconocerla siempre, independientemente de sus rasgos físicos, psíquicos o sociales y del grupo cultural al que pertenezca.

Al reconocer el valor de la dignidad, la vida de la persona toma un rango cualitativo similar al de otro congénere, es por esto, que una amplia corriente filosófica defiende que la ética es la fundamentación racional posible para los derechos humanos pues ésta es la que reconoce la dignidad de los vivientes con rostro humano y a partir de este reconocimiento trata de discernir de que son dignos esos seres y que obligaciones se deben cumplir con ellos.

Barbera y Varón (2005, p. 33) enfatizan la existencia de un nuevo enfoque de la ética denominada bioética, y la definen como “la ciencia, cuya finalidad es contribuir a salvaguardar la vida humana y el medio, frente a los avances científicos en biomedicina y biotecnología, sustentándose en los principios fundamentales de: autonomía, justicia y beneficencia”. Por su parte, Castillo (2006) reconoce que la bioética es:

El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de principios morales, los cuales son: autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia (pp. 51, 59).

El mismo autor, especifica que:

La **autonomía** es la condición de ser autodeterminante y por consiguiente, el derecho que tiene cada persona de hacer sus propias escogencias, es decir cada quien conduce su propia vida de acuerdo a

sus propios intereses, deseos y creencias. La **beneficencia**: es fundamental en las ejecutorias de los profesionales de las ciencias de la salud, cuyos actos tienen por finalidad el promover el bien a nuestro semejante. La **No Maleficencia** significa no hacer daño, no inducir sufrimiento o discapacidad evitable. La **Justicia** en el campo del cuidado a la salud, quiere decir que hay que dar a cada quien lo que necesita para la restitución de la salud o para el alivio del dolor y del sufrimiento (p 52.).

Cely (2004, p. 69) al referirse al principio de la autonomía expresa que “desde el campo de la ética médica, la autonomía significa que una persona tiene derecho a que se le respeten sus preferencias, sus valores y prioridades, a determinar aquello que deba suceder con su cuerpo y con su salud”. Agrega el mismo autor, que “las personas tienen valor en sí mismas y por sí mismas, independientemente de su estado de salud, así éste se encuentre comprometido”. El autor antes citado especifica que “la autonomía debe estar acotada por la responsabilidad social, de lo contrario es entrar en libertinaje y al caos moral”.

Por otra parte, Sierra y Parás citados por Gutiérrez (2003) refieren que:

Ningún derecho humano es considerado con un carácter tan sagrado ni defendido tan cuidadosamente como el de la autonomía; esto significa, que todo individuo tiene posesión y control de sí mismo. Agregan, que el principio ético de la autonomía debe estar reflejado en el respeto a la aceptación o la negación de un tratamiento médico o quirúrgico por una persona con conciencia plena, y que la capacidad de decisión se ubica en primer término en el enfermo y no en el personal al servicio de la salud (p. 57).

Las expresiones teóricas de los autores sobre los principios de la bioética permiten reflexionar primordialmente sobre el principio de la autonomía en lo referente al derecho que tiene la persona hospitalizada a conservar su capacidad de escoger lo que considere más apropiado para él en lo referente a: horario de asearse, de alimentarse, de dormir, ya que estos son aspectos ligados a la cultura de la persona. Leininger (Marriner-Tomey y Raile, 1999, p. 428), quien en su teoría de los cuidados culturales establece, que “las enfermeras deben tener en consideración los valores y creencias de las personas, familias y grupos, basados en sus formas culturales de vida para poder proporcionar cuidado de enfermería eficaz, satisfactorio y culturalmente congruente”. La teorizante menciona que, las personas de diferentes culturas pueden informar y determinar mejor el tipo de

cuidado que desean o necesitan recibir de sus cuidadores profesionales; esto se debe, a que la cultura es el patrón y el modo de vida de las personas que influye sobre sus decisiones y acciones.

Es evidente, que la cultura con todos los elementos que ella implica: las normas, las creencias, los valores, los conocimientos, las costumbres, los hábitos, determinan el modo de vivir de las personas, y éstas, como seres pensantes con sus particularidades, están en la capacidad de tomar sus propias decisiones. Durante su práctica profesional el personal de Enfermería debe comprender y aceptar una variedad de alternativas morales y aspectos éticos que están involucrados en el cuidado del enfermo, teniendo presente que el ser humano posee creencias, valores y actitudes morales que deben ser respetados por estos profesionales.

### **Principios bioéticos**

El principio de la beneficencia es definido por Sierra y Parás citados por Gutiérrez (2003, p. 56) como “hacer el bien; lo que en medicina es equivalente a recuperar la salud y aliviar el sufrimiento; esto implica acciones para preservar la vida”.

El principio de la beneficencia aparece entre las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial con relación a la investigación biomédica como “ningún ser humano tiene derecho a hacer daño a otros sin necesidad” (Contreras, 2003, p. 52).

Con respecto al principio ético de la beneficencia es importante que los profesionales de la Enfermería tengan siempre presente durante su práctica profesional el hacer el bien y prevenir el daño a los pacientes que están bajo su responsabilidad buscando siempre el bienestar del mismo. Cuando el profesional de Enfermería durante su práctica profesional actúa orientado por principios éticos, esto implica velar por la dignidad que merece el ser humano; este respeto a la dignidad exige por lo menos dos elementos: no dañarles y respetarles activamente. Este proceso implica el tomar decisiones y acciones que protejan la vida del mismo como principio universal del hombre.

El principio de la No Maleficencia significa según Sierra y Parás citados por Gutiérrez (2003, p. 56) “no hacer daño (*primun non nocere*). Esto aplicado a las

ciencias de la salud implica que no se debe emprender una acción terapéutica si sus riesgos o daños son mayores que sus beneficios”.

Tomando en consideración las definiciones ofrecidas por los autores sobre los principios de la bioética ajustados a las ciencias de la salud, se concluye que indiscutiblemente los mismos van de la mano con el cuidado que ofrece día a día los profesionales de la Enfermería que por sus características de ser humanista debe ir orientada siempre hacia hacer el bien, aliviar el sufrimiento o en último caso ayudar a un bien morir. Por otra parte, tener siempre presente el derecho que tiene todo paciente a su autonomía y el respeto a la misma como receptor del cuidado ofrecido por los profesionales de Enfermería. El cuidado como valor moral representa el ideal de enfermería por mantener el respeto a la dignidad de la persona solicitante del cuidado. Enfatiza el sentido axiológico en la toma de decisiones éticas para ejecutar acciones cuidadoras. Como relación interpersonal, el cuidado favorece la interacción significativa entre persona cuidada y persona cuidante, en la que se incorporan: conocimientos, sentimientos, responsabilidades, opiniones, actitudes, acciones, con lo que se demuestra preocupación e interés por su alter ego. El cuidado como afecto significa la dedicación afectiva y efectiva del profesional de Enfermería para proporcionar la ayuda a la persona que necesita ser cuidada.

En cuanto al cuidado como intervención terapéutica, se considera importante resaltar esta dimensión por cuanto es una oportunidad de los profesionales de Enfermería al estar frente a la persona que por uno u otro motivo requiere acciones cuidadoras. Es la oportunidad para demostrar sus habilidades de presencia significativa al acercarse y despertar en aquella, la suficiente confianza y reconocer que la presencia de dicho profesional va más allá de la ejecución de procedimientos necesarios, pues el cuidado significativo debe estar determinado por el saber escuchar atentamente, a su vez involucra un proceso de aprendizaje de saber escucharnos a nosotros mismos para poder escuchar atentamente al otro. Saber cuándo tocar y la manera de cómo hacerlo, el tocar es un acto significativo, dado que a través de él se transmite seguridad, afecto, sinceridad, calor entre muchos otros sentimientos, ya que el tocar muchas veces dice más que las palabras, y esto es importante para la persona receptora del cuidado.

El ver es otra actitud cuidadora, que determina la presencia significativa del profesional de Enfermería, quien debe aprender a interpretar en cada expresión kinestésica lo que el paciente intenta manifestar, lo que siente en el momento del contacto interpersonal. La persona en sus expresiones corporales puede demostrar: soledad, temor, dolor, desesperación, desinformación, dudas, ansiedad

entre otros sentimientos; y es aquí donde el profesional tiene la oportunidad de ejercer su rol de cuidadora, mediante la empatía, la comprensión, el respeto, la orientación pertinente, el apoyo emocional y espiritual; todo ello unido a las habilidades, destrezas y la seguridad en la ejecución de los procedimientos técnicos. Por consiguiente, el profesional de Enfermería debe apoyar a la persona cuidada por medio de actitudes y acciones que muestren interés por su bienestar y su aceptación como persona que piensa, siente y padece. Evitar considerarlo como un ser cosificado, que sólo responde a un desequilibrio biológico manifestado por signos y síntomas.

### **Consideraciones finales**

La dignidad es una cualidad transitiva, es decir, expresa que alguien es merecedor de recibir un determinado trato. Esto implica que toda persona es digna de que su vida y su salud sean protegidas, mediante la prevención de enfermedades, la curación de éstas cuando se presenten, el cuidado en el caso de enfermedades terminales y asegurarse de tener una muerte tranquila. Como interlocutor el enfermo tiene derecho a ser escuchado en la toma de decisiones que le afectan, lo cual genera un sin número de implicaciones en el caso de tratamientos drásticos.

La vida humana es sagrada desde el momento de la concepción hasta la muerte, por lo que nadie moralmente debe decidir por ello.

En el ser humano, la dignidad es de cada individuo como valor absoluto, como fin en sí mismo y autónomo; no tiene precio y no es negociable.

El personal de salud participa diariamente en asuntos éticos y representa un rol crucial en la solución de los dilemas éticos, es por esto que se hace imperativo encontrar medios para reducir el conflicto entre la aplicación de la ciencia a través del uso correcto de la tecnología y el propósito colectivo de humanizar y dignificar el cuidado de enfermería como un arte.

Es necesario, estar en concordancia con la tecnología, con la ciencia pero sin perder la perspectiva de la otra persona, del sujeto es decir la espiritualidad. *La ciencia aplicada a beneficio del hombre.*

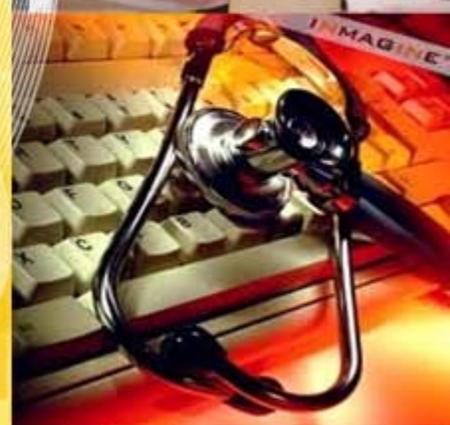
A la Ciencia hay que impregnarla de sabiduría, para enaltecerla, enriquecerla y darle un peso insospechado a favor del hombre, y que sin duda, será muy beneficioso para la humanidad.

## **Referencias**

- Barbera, Fanny y Varón, Milagros (2005). Una perspectiva ética y humana para enfermería. Venezuela: Dirección de Medios y Publicaciones de la Universidad de Carabobo.
- Blackman, H. J. (1979). Seis pensadores existencialistas. España: Oikos-Tau, S. A. Ediciones. Traductor: Ricardo Jordana.
- Castillo Valery, Alfredo (2006). Bioética. Venezuela: Editorial Disinlmed.
- Cely, G. (2004). ETHOS Vital y dignidad humana. Reflexiones bioéticas. (1ra ed). Colombia. Editorial Colección Bioética.
- Contreras, Floreal (2003). Principio de deontología y legislación médica. Guía de Estudio. Venezuela.
- Echeverría, Rafael (1993). El búho de Minerva. Chile: Ediciones Pedagógicas Chilenas, S.A.
- Gutiérrez, Lizardi Pedro (2003). Procedimientos en la unidad de cuidados intensivos. México: Editorial Interamericana McGraw Hill.
- Heidegger, M. (1991). El ser y el tiempo. (3ra ed). Buenos Aires: Editorial Fondo de cultura económica. pp.: 255-262. Traductor: José Gaos.
- Marriner Tomey, Ann y Raile, Martha (1999). Modelos y teorías en enfermería. (4ta ed). Madrid-España: Editorial Harcourt Brace.
- Marulanda, María Inés (Julio 2006). Visión del paciente como ser integral por el personal de salud. Revista del domingo. Diario Notitarde. Sección: Novedad Médica. Año XV. N° 820. p. 27.
- Morín, E. (2002). El Método II. La vida de la vida. (5ta ed). Madrid: Ediciones Cátedra. pp.: 456. Traductora: Ana Sánchez.



# **El proceso de enfermería: un mito o una realidad en las organizaciones de salud**



**Amarilis Zambrano • Berta Guevara  
Doancely Tovar • Luis Rodríguez**

# **El proceso de enfermería: un mito o una realidad en las organizaciones de salud**

**Berta Guevara, Amarilis Zambrano,  
Doancely Tovar y Luis Rodríguez**

*“El conocimiento es poder ”*

*Francis Bacon*

## **Introducción**

Enfermería como profesión humanista a través del tiempo ha venido perseverando en su preparación académica en busca de mejoras en su estatus económico y social, así como también para mantener una actualización continua en los conocimientos teóricos y prácticos con el fin de ofrecer una práctica profesional a las personas que requieren de su servicio de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos.

Durante su práctica profesional, Enfermería debe utilizar métodos que le permitan cuidar a las personas que están bajo su responsabilidad, de una manera integral concibiéndola como seres holísticos y complejos que responden al unísono desde el punto de vista biológico, psicológico, social y espiritual, evitando así la fragmentación bajo un paradigma biologicista como se ha venido actuando en la práctica real. Uno de estos métodos de trabajo para el profesional de Enfermería, debería ser el proceso de Enfermería, como una forma de aplicar sus conocimientos teóricos adquiridos durante su formación académica. En este texto, se busca como profesionales de la Enfermería, como docentes e investigadoras reflexionar sobre las posibles causas que presumiblemente estén influyendo en la aplicabilidad del proceso de Enfermería en las instituciones públicas de nuestro país.

Al utilizar el proceso de Enfermería en cada uno de los pacientes que se encuentran hospitalizados en las unidades de emergencia y unidades de cuidados intensivos, el profesional de Enfermería tiene la oportunidad de demostrar sus conocimientos mediante el desarrollo de las cinco fases de este proceso teniendo este el privilegio de organizar, analizar e interpretar mediante los datos subjetivos y objetivos obtenidos en el (los) paciente(s) e identificar una serie de problemas, alteraciones o diagnósticos reales o de riesgos que estos profesionales por sí solos valiéndose de estos conocimientos puede resolver con acciones independientes basadas en un cuerpo científico, así como también identificar problemas colaborativos o interdisciplinarios participando en estos casos con otros miembros del equipo de salud y de otras disciplinas a través de acciones colaborativas dándole así su carácter transdisciplinario al cuidar al paciente como un ser holístico, y finalmente evaluar la efectividad de cada una de sus acciones mediante la respuesta del paciente.

Es imperativo, que los que integran Enfermería es decir, docentes, investigadores, enfermeras (os), estudiantes unan esfuerzos en nuestro país para consolidar el proceso de Enfermería como método de trabajo, debido al avance que ha experimentado nuestra profesión, lo cual ha quedado demostrado a través de la historia con estudios de quinto nivel doctoral mediante la producción de nuevos conocimientos, lo cual se convierte en una exigencia para garantizar una práctica de Enfermería eficiente, eficaz y libre de riesgo.

En este capítulo se hace referencia al proceso de Enfermería considerando sus etapas, partiendo de algunas definiciones que ofrecen distinguidos autores, para luego ofrecer nuestras definiciones inéditas, de tal manera que se hagan más fácil el análisis del proceso de Enfermería por el lector. Asimismo, se realiza una reflexión sobre las posibles causas que impiden la implementación de este proceso en la realidad laboral.

Se inicia con algunas definiciones sobre el proceso de Enfermería que ofrecen algunos teóricos:

Para Iyer y otros (1997) al definir el proceso de Enfermería lo hacen como:

El sistema de la práctica de la Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales a la salud (p. 11).

Agregan los autores que este proceso consiste también “en una relación de interacción entre el cliente y el profesional de Enfermería, donde el cliente es el centro de atención” (p. 11).

Urden y otros (1999, p. 3) refieren que el proceso de Enfermería “es el método empleado por las enfermeras para tomar decisiones clínicas, es un modelo de toma de decisiones sistemático, cíclico y no lineal”.

Potter y Perry (2002, p. 120) al definir el proceso de Enfermería lo hacen como “un método sistemático de resolución de problemas que proporciona a los pacientes cuidados personalizados en cualquier estado”.

Long, Phipps y Cassmeyer (1999, p.8) conceptualizan al proceso de Enfermería como “un enfoque sistemático, basado en el método científico, empleado para llevar a cabo las funciones independientes de Enfermería, el cual provee organización y dirección a las actividades de Enfermería”.

Considerando las definiciones dadas por los autores anteriormente mencionados se puede definir el proceso de Enfermería como un proceso de cuidar a otros; el mismo, es un método a través del cual el profesional de Enfermería tiene la oportunidad de ofrecer un cuidado individualizado, que debe ser utilizado por este personal durante su práctica profesional, en la constante interrelación con el paciente y la familia.

Cuando los profesionales de Enfermería, tienen la oportunidad de utilizar este proceso sistematizado, van a demostrar sus conocimientos científicos basados en la reflexión y toma de decisiones mediante la recolección de datos subjetivos y objetivos, identificación de problemas o alteraciones, planificación e implementación de acciones independientes, e interdependientes para luego evaluar la respuesta del paciente ante las acciones de enfermería implementadas.

Con el fin de ofrecer una metodología de trabajo sencilla, y operativa se van a desarrollar cada una de las etapas del proceso de Enfermería que puede ser utilizado en el cuidado al paciente que se encuentra hospitalizado en las unidades de emergencia y unidades de cuidados intensivos, inicialmente, los autores realizan unas definiciones inéditas para luego ofrecer algunas bases teóricas según algunas bibliografías consultadas.

## Etapa de valoración

Según Potter y Perry (2002) define la etapa de valoración como:

La etapa en la cual el profesional de Enfermería reúne, verifica y comunica datos sobre el paciente de forma sistemática, para establecer una base de datos sobre el grado de salud, las medidas sanitarias, las enfermedades pasadas y experiencias relacionadas, así como las expectativas del paciente (p. 125).

Long, Phipps y Cassmeyer (1999, p. 9) al referirse a la etapa de valoración específica que la misma debe llevarse a cabo de manera continua en el paciente, desde que éste ingresa hasta que egresa de los centros asistenciales, por ser la salud un estado dinámico y cambiante. Asimismo, agrega que la valoración recolecta información de una fuente primaria (el paciente) o de fuentes secundarias (familiares, amigos, miembros del equipo de salud, historia clínica del paciente). Los mismos autores mencionan que entre los datos que el profesional de Enfermería recolecta en esta etapa están: Los datos subjetivos y los datos objetivos; al referirse a los datos subjetivos los autores refieren que “son aquellos que suministran una comprensión de la experiencia del paciente y de su sensación de malestar o de bienestar”. Ejemplo de estos datos subjetivo: el dolor, la disnea, el prurito, las náuseas. Con respecto a los datos objetivos manifiestan que “los mismos se obtienen mediante el examen físico general y segmentario. Ejemplo de datos objetivos son: los ruidos respiratorios, el olor en el aliento, la adenomegalia entre otros”.

Considerando las definiciones ofrecidas por los autores, se considera a la valoración como la primera fase del proceso de cuidar, que consiste en la recolección de datos en el paciente, tanto subjetivos (los síntomas que refiere el paciente); como objetivos (los signos o hallazgos encontrados en el paciente por el profesional de Enfermería) mediante la cual este profesional, tiene la oportunidad de demostrar sus conocimientos teóricos y prácticos, a través de la organización, análisis e interpretación de estos datos con el fin de identificar diagnósticos de enfermería reales y de riesgo y/o problemas colaborativos.

Esta fase ayuda a identificar problemas presentes, de riesgo y colaborativos, lo que permite reflejar el estado de salud de la persona. Para llevar a cabo ésta primera fase del proceso de cuidar se deberá recolectar la información de fuentes primarias como lo es el paciente y su familia y fuentes secundarias como el

equipo de salud, registros clínicos. Para complementar la información se utiliza la valoración física general, la segmentaria o especial y la medición la cual incluyen las medidas antropométricas.

### **Etapa diagnóstica**

Según Carpenito (1997, p. 4) “es una función independiente de la enfermería; una evaluación de las respuestas personales del cliente a sus experiencias humanas a lo largo del ciclo vital”. Agrega, que el diagnóstico de Enfermería, “son aquellos problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas y autorizadas a tratar”. Asimismo, especifica que el diagnóstico de Enfermería “es un juicio clínico de un individuo, familia o comunidad que se formula mediante un proceso de recogida de datos y su análisis”.

La definición inédita u operacional que se realiza sobre la etapa diagnóstica como segunda fase del proceso de Enfermería es que es un juicio o conclusión a la cual llega el profesional de Enfermería luego del análisis de los datos subjetivos y objetivos encontrados en el paciente como respuesta a problemas o alteraciones de la salud reales, de riesgos y colaborativos o interdisciplinarios; que por su preparación académica, este profesional está facultado y autorizado a tratar por sí sólo con acciones independientes en el caso de los problemas reales y de riesgo, así como también tratar en conjunto con otras disciplinas los problemas colaborativos, prescribiendo y ejecutando acciones de control que estén dentro de su ámbito profesional.

### **Etapa de planificación**

Carpenito (1997) especifica que:

La planificación es la etapa en la cual los profesionales de Enfermería elaboran los planes de cuidado para el paciente; los mismos sirven para comunicar al personal de Enfermería los problemas específicos del paciente y las actividades prescritas para dirigir y evaluar los cuidados que se ofrecen (p. 62).

Asimismo, Carpenito expresa que los planes de cuidado tienen dos objetivos profesionales: administrativo y el clínico. Los objetivos administrativos de los planes de cuidados son:

- a.-Distinguir la responsabilidad de los profesionales de Enfermería de la de otros miembros del equipo de salud.
- b.-Proporcionar los criterios para la revisión y evaluación de los cuidados, y así asegurar la calidad del mismo.
- c.-Con respecto a los objetivos clínicos de los planes de cuidados son:
  - c.1.-Informar al personal de Enfermería acerca de: lo que tiene que ejecutar, enseñar y observar.
  - c.2.-Proporciona los criterios de resultados para la revisión y evaluación de los cuidados.
  - c.3.-Determina las actuaciones específicas para el paciente, familia y las que tienen que ejecutar otros miembros del personal de Enfermería (p. 62).

Ideas similares expresan Long, Phipps y Cassmeyer (1999, p. 10), al referir, que la planificación del cuidado de Enfermería involucra varios pasos: “a) Establecer prioridades cuando se han diagnosticado varios diagnósticos de Enfermería; b) Determinar los objetivos o criterios de resultados de la atención para cada diagnóstico de Enfermería; c) Seleccionar las acciones específicas de Enfermería para cada diagnóstico identificado”.

Por otra parte, Urden y otros (1999, p. 6) mencionan que en la etapa de planificación del proceso enfermero: “a) Se establecen los criterios de resultados y b) Se seleccionan las intervenciones de Enfermería”.

Considerando las ideas precedentes, es importante recordar que el profesional de Enfermería es el responsable del cuidado del paciente desde que este ingresa a las unidades generales y especializadas tal es el caso de las unidades de emergencias y las de cuidados intensivos, hasta que egresa de las instituciones de salud. Porque el profesional de Enfermería es el responsable de este cuidado? Porque es la persona que ejecuta una serie de acciones tendentes a satisfacer las necesidades de alimentación, higiene y confort, movilización, cuidados de la piel, garantizar una vía aérea permeable, preparar y administrar medicamentos.

Pero adicional a esto está la relación interpersonal con el paciente y sus familiares, dicha relación debe estar caracterizada por valores tales como: el respeto, la solidaridad, la empatía y la consideración entre otros. Este contexto, exige el respeto de los derechos del paciente y familiares a recibir una atención integral, oportuna y libre de riesgo.

### **Etapa de implementación**

La etapa de ejecución según Carpenito (1997, p. 80) comprende las “habilidades y conocimientos necesarios para ejecutar los cuidados de Enfermería”.

Urden y otros (1999, p. 9), refiere que la implementación es “el componente de acción de la planificación, la fase del proceso enfermero en el que se implementa la estrategia del tratamiento”.

Según lo planteado por Carpenito, la etapa de implementación exige habilidades y conocimientos para ejecutar los cuidados de Enfermería, sin embargo, diariamente en la práctica profesional se observa como la actuación de estos profesionales pareciera estar guiada por un modelo mecanicista, biologicista, donde no sólo predomina la rutina de cumplir unas actividades diarias que corresponden a su quehacer diario, dejando a un lado la verdadera aplicación de sus conocimientos teóricos adquiridos en la academia, durante el cuidado del paciente. En ocasiones, hay ausencia de parte de los profesionales de Enfermería de estudiar y/o analizar alternativas que le permitan poner en práctica un modelo de actuación enfocado en la toma de decisiones asertivas de acuerdo al diagnóstico de Enfermería identificado en el paciente.

### **Etapa de evaluación**

La fase de evaluación en el proceso de Enfermería es quizás la etapa más importante. La evaluación del progreso del paciente considerando el criterio de resultado establecido implica la responsabilidad de los profesionales de Enfermería.

### **Consideraciones finales**

Para los profesionales que han tenido la oportunidad de hacer vida en los centros asistenciales públicos y privados, se conoce que existen una serie de limitaciones que dificultan la operatividad del proceso de Enfermería como método de trabajo o herramienta en la práctica profesional. Es menester escuchar en la cotidianidad práctica una serie de justificaciones por parte de los profesionales de Enfermería del porque se dificulta la aplicación de este método de trabajo, entre las cuales

están: “que el proceso de Enfermería es un método complicado, la falta de tiempo lo cual es un factor determinante para su aplicación, aunado a estos factores se encuentra la estadía de los pacientes en las unidades de atención tales como cirugía, emergencias y salas de partos, quirófanos, donde la permanencia del paciente es mínima”. Otras limitaciones que muchas veces se escucha de los colegas están que “si no existe o se mantiene una capacitación permanente del proceso de Enfermería en el personal, siempre habrá una limitación para su aplicación. La falta de recurso humano, material y tecnológico limita la ejecución de este método de trabajo, puesto que existen situaciones en la prestación del servicio que demandan la presencia de estos recursos”.

Otras limitaciones enunciadas por algunos profesionales están que es un método demasiado extenso, complicado y que no es viable su ejecución. Finalmente la falta de unificación de criterios a nivel de la academia al enfocar las diferentes etapas del proceso de Enfermería sobre todo en la formulación de los diagnósticos de Enfermería, influye para que los egresados de las diferentes instituciones de educación superior tengan al Proceso de Enfermería como un Modelo de Aplicación en la Práctica Clínica.

En relación a la lista de diagnóstico de Enfermería presentada por la NANDA, algunos diagnósticos de Enfermería contenidos en la misma, no son factibles de utilizar en nuestra práctica profesional venezolana debido a la Ley de Ejercicio Profesional y por las características de las instituciones asistenciales.

Todas las limitaciones expresadas anteriormente son válidas, sin embargo no se debería dejar de lado una realidad, y es el hecho de que en algunas ocasiones se observa como el profesional de Enfermería elude realizar la historia de salud con sus respectivos datos subjetivos a través del interrogatorio al paciente, sus datos objetivos los cuales se obtienen realizando el examen físico al paciente, elaborar la lista de diagnósticos de Enfermería identificados, diseñar el plan de cuidado y evaluar la respuesta del paciente ante las acciones implementadas. Se observa que en ocasiones a pesar de contar con profesionales que poseen estudios de cuarto nivel como maestría por ejemplo, la mayoría son licenciados en Enfermería, se cuenta con el material de papelería, estos profesionales, elude realizar las actividades antes enunciadas las cuales son inherentes al proceso de Enfermería al paciente que ingresa a la unidad de atención, prefiriendo realizar otras actividades como por ejemplo tertuliar con sus iguales, realizar material médico quirúrgico, realizar otros procedimientos que no son propios de la carrera de Enfermería, entre otras actividades.

Estas *posibles limitaciones* para hacer operativo el proceso de Enfermería en la cotidianidad práctica lleva a reflexionar sobre las mismas, efectuando estudios donde se determinen las causas reales de estas limitaciones, así como también hacer una realidad las recomendaciones que se ofrecen finalmente en toda investigación. Entre los estudios que se puede efectuar están los cualitativos, a través de los cuales se puede indagar sobre los sentimientos y significados que poseen los profesionales de Enfermería sobre el Proceso de Enfermería. Es importante realizar jornadas de reflexión donde se involucre la academia, la asistencia, el gremio y las distintas asociaciones científicas donde se analicen las debilidades y fortalezas, las ventajas y desventajas que tiene el proceso de Enfermería como método de trabajo en nuestra práctica profesional, a fin de estudiar estrategias que permitan paulatinamente realizar estudios pilotos en instituciones de salud, evaluando la efectividad en la implementación del mismo.

Sin embargo, la percepción que Enfermería posea del autoconcepto profesional es determinante para que estos profesionales valoren su profesión como ciencia, reconociendo que el proceso de Enfermería es un método o herramienta de trabajo, que es lógico que está basado en el método científico pero que busca esa relación con el otro más cercana, más humana con el fin de que el cuidado proporcionado sea eficiente y eficaz. Mientras los profesionales de Enfermería no estén convencidos que la base de su intervención es el conocimiento, y donde este conocimiento es aplicado cuando se realiza la valoración subjetiva y objetiva al paciente, se identifican diagnósticos de Enfermería reales, de riesgo y aquellos problemas que deben ser tratados interdisciplinariamente, donde estos profesionales planifiquen el cuidado, lo ejecuten y evalúen cada una de las acciones realizadas a través de la respuesta del paciente, pues entonces se seguirá sumido en una gran reflexión: Es el proceso de Enfermería una realidad o un mito en nuestra profesión de cuidado?

## **Referencias**

- Carpenito, Linda (2003). Diagnóstico de enfermería. (3ra ed). España: Editorial Interamericana McGraw Hill.
- Iyer, Patricia; Taptich, Bárbara y Bernocchi- Losey, Donna (1997). Proceso y diagnóstico de enfermería. (3ra ed). México: Editorial McGraw Hill Interamericana Editores, SA de CV.

Long, Bárbara; Phipps, Wilma y Cassmeyer, Virginia (1999). Enfermería médico quirúrgica. Un enfoque del proceso de enfermería. (3ra ed). España: Editorial Harcourt. Tomo 1.

Potter, Patricia y Perry, Anne (2002). Fundamentos de enfermería. Teoría y práctica. (4ta ed). España: Editorial Mosby/Doyma Libros.

Urden, Linda; Lough, Mary y Stacy, Kathleen (1999). Cuidados intensivos en enfermería. (2da ed). España: Editorial Harcourt- Brace. Tomo 1.



# La valoración física al paciente hospitalizado



**Julia Rengifo • Doancely Tovar • Luis Rodríguez • Berta Guevara • Marianela Mejías**

# La Valoración física al paciente hospitalizado

**Julia Rengifo, Doancely Tovar, Luis Rodríguez,  
Berta Guevara y Marianela Mejías**

*“No permitas jamás que alguien llegue a ti, sin dejarle ir mejor y más feliz”*

*Madre Teresa de Calcuta*

## **Introducción**

Cuando un paciente se encuentra hospitalizado en las instituciones de salud, requiere la constante monitorización de su estado físico, esto con la finalidad que el personal de Enfermería, pueda conocer de primera mano, los cambios producidos en el estado de salud del paciente durante su estadía hospitalaria. Para ello, se hace necesario llevar a cabo la valoración física, a fin obtener la información necesaria, para identificar el estado de salud del paciente, describir sus capacidades y los problemas presentes en el mismo. Según el Manual de la Enfermería (2005), la valoración física consiste en el examen físico sistemático realizado al paciente, con el fin de conocer información relevante sobre su situación de salud-enfermedad.

Esta valoración puede ser llevada a cabo por el profesional de Enfermería en cualquier momento, solo es necesario que se produzca una interacción o se establezca la relación enfermera/paciente, para que se conviertan estas en oportunidades idóneas para recolectar, organizar, analizar y procesar datos de manera continua; que orientarán hacia la identificación de diagnósticos de enfermería, bien sea reales, de riesgo o colaborativos; a través de los cuales se llevará a cabo la planificación de acciones orientadas a la resolución de los problemas que comprometen la salud del paciente.

En cada revisión física, la enfermera debe ser capaz de obtener los datos subjetivos y objetivos, que le permitan desarrollar un plan de cuidado que se

adapte a las necesidades del paciente, por ello, es prioritario que se tenga presente de manera precisa los motivos por los cuales el profesional de Enfermería debe utilizar la valoración física, entre ellos se tiene los descritos por Potter y Perry (2003) a) Reunir datos basales sobre la salud del paciente, b) Completar, confirmar o refutar los datos obtenidos en la historia de enfermería, c) Confirmar e identificar diagnósticos enfermeros, d) Realizar juicios clínicos sobre los cambios y el control del estado de salud de un cliente y e) Evaluar los resultados fisiológicos de los cuidados.

En el momento en que el profesional de Enfermería decide llevar a cabo una valoración física, debe tener consigo las habilidades necesarias para realizar con éxito dicho procedimiento, ya que además del cuerpo de conocimientos científicos, requiere tener la capacidad de manejar la comunicación verbal y no verbal, además de desarrollar la confianza y empatía necesaria con el paciente, para captar de este, aquellas situaciones que proporcionan información relacionada con su salud de manera poco común, bien sea a través del silencio, temor o miedo entre otros.

Esta relación de confianza entre el paciente y el profesional de Enfermería se establece cuando la información obtenida a través de la valoración es manejada a la luz de los principios éticos como la honestidad, confidencialidad, respeto y responsabilidad; así mismo, para alcanzar este objetivo se debe desarrollar un completo proceso previo de preparación a la valoración física, donde se tome en consideración cuatro (04) aspectos fundamentales, como es **el entorno, el equipo, preparación física y psicológica del paciente**; estos aspectos se desarrollarán detenidamente.

En cuanto al **entorno** en el cual se realizará la valoración física, la enfermera debe tener en cuenta que el mismo debe proporcionar intimidad y privacidad al paciente, que le permita a este, tener la seguridad de actuar, mostrar y decir aspectos privados relacionados con su estado de salud. Así mismo, esta intimidad esta también orientada, a que no existan ruidos molestos o una temperatura ambiental, que impidan o interrumpen el desarrollo de la valoración que se lleva a cabo; por otra parte, debe ser un lugar que tenga una buena iluminación que permita visualizar y/o distinguir cualquier cambio en la piel del paciente.

Entre las características que debe tener el **equipo** para una valoración física, es que debe ser idóneo, limpio, estar completamente disponible en la sala de exanimación o cuarto del paciente, poseer una temperatura agradable al entrar en contacto con el cuerpo del paciente; por último y no menos importante, es

necesario que este equipo se encuentre completamente operativo al momento de su utilización en la valoración física.

Una vez que el profesional de Enfermería ha logrado afinar los primeros dos elementos de la preparación previa a la valoración física, está obligado a centrar su atención en la **preparación física y psicología** del paciente, orientando sus acciones a mantener su comodidad, el vaciado de su vejiga e intestinos, además de proporcionarle una posición que se adapte a su nivel de tolerancia.

Por su parte, psicológicamente toda exploración física, estudio o tratamiento, genera en el paciente un gran nivel de ansiedad a lo inesperado, a los resultados obtenidos producto de la exploración física o a la falta de conocimiento relacionado con el procedimiento, en virtud de esta situación, es necesario mantener una buena comunicación que permita un dialogo abierto y fluido entre ambos, proporcionar información precisa, concisa y sencilla sobre el procedimiento que se lleva a cabo, manteniendo una actitud ética basada en el respeto y la beneficencia.

Es necesario recordar, que el tiempo de duración de esta valoración no está estandarizado, cada paciente es único y la enfermera deberá analizar las particularidades de su paciente para adaptarse a sus necesidades a fin de evitar someter al paciente a incomodidades innecesarias.

Una vez que tanto la enfermera como el paciente se encuentran preparados para la valoración física, se hace necesario llevar a cabo dos puntos fundamentales: el primero es una **anamnesis profunda** a través de la cual se puede recolectar información necesaria para llevar a cabo una valoración física orientada a las necesidades del paciente. Segundo, implementar **técnicas exploratorias**, a través de las cuales se obtendrán los datos relacionados con el estado de salud del paciente, estas técnicas son la **Inspección, Palpación, Auscultación y Percusión**; las cuales deben ser combinadas con el conocimiento que posee la enfermera, con el fin de lograr la conjunción ideal para desarrollar un examen físico correcto. Se hace necesario, utilizarlas de tal forma que la unión de las mismas permita la sinergia entre ellas.

Kozier (2004), define los métodos de exploración de la manera siguiente, la **inspección** es la exploración visual, es decir, la valoración mediante el sentido de la vista, debe ser lenta, sistemática y tener una finalidad. La **palpación** es la exploración del cuerpo basada en la utilización del sentido del tacto; en cuanto a la **percusión**, es el acto de golpear la superficie corporal para desencadenar

sonidos que puedan ser escuchados o vibraciones que puedan ser percibidas. Por último la **auscultación**, es el proceso de escuchar sonidos que se producen en el interior del cuerpo.

El profesional de Enfermería desarrollará la valoración física de manera sistemática, en sentido céfalo-caudal, implementando las técnicas exploratorias iniciando con la visualización del cuerpo a través de la inspección, luego la palpación del paciente, continuando con la percusión y finalizando con la auscultación; esta secuencia se llevara a cabo en cada uno de los sistemas corporales, con excepción del abdomen, donde la secuencia de las técnicas exploratorias cambia, allí se iniciará con la inspección, luego la auscultación, para finalizar con la palpación y la percusión. Según Kozier (2004), la auscultación se hace antes de la palpación y/o percusión porque estas dos últimas desplazan o estimulan el intestino, lo que puede aumentar la motilidad intestinal e incrementar los ruidos intestinales creando unos falsos resultados.

Para iniciar la valoración física del paciente, se debe iniciar valorando los siguientes aspectos que forman parte de la valoración física general: ***estado de conciencia, facie, actitud, el habla, la marcha y los signos vitales.***

### **Estado de conciencia**

Rodríguez (2004), en su artículo *Técnicas clínicas para el examen físico neurológico*, recomienda que antes de iniciar el examen específico resulta útil dedicar unos momentos para observar al paciente y notar su postura y movimientos naturales. Cuando los pacientes son conscientes de que les examinan, pueden concentrarse en realizar las actividades del modo más normal posible; al no ser conscientes del escrutinio, su postura y movimientos se hacen más naturales.

Esta descripción, permite que la enfermera inicie la valoración del estado de conciencia, desde el mismo momento en el cual se produce el primer contacto entre ellos; en consecuencia, el profesional de Enfermería requiere que se utilice la técnica de la inspección, a través de una observación detallada, precisa y minuciosa hacia el paciente.

Luego de dicha inspección, se hace prioritario realizar una ***anamnesis*** para establecer una interacción más íntima con el paciente, donde este se vea obligado

a responder a los estímulos a los cuales el profesional de Enfermería lo enfrenta; esta anamnesis permitirá obtener aquellos datos de orden sociodemográfico que permitan conocer al paciente, su **orientación**, identificar el **nivel de conciencia**, su manera de reaccionar ante los estímulos del medio; así como la capacidad de llevar a cabo una conversación coherente, fluida en todo momento.

En cuanto a la valoración de la **orientación**, esta depende de la memoria y atención que presente el paciente en el momento de la valoración, la orientación está enmarcada en tres esferas: **tiempo, persona y espacio**. Para llevar a cabo esta valoración, la enfermera debe realizarle preguntas al paciente sobre su persona, lugar donde se encuentra, fecha del día de la valoración entre otras preguntas, las cuales deberán ser contestadas de manera correcta por el paciente; en caso contrario se determina la afectación de la esfera que sea incapaz de contestar correctamente.

El segundo aspecto a valorar, es el **nivel de conciencia**, Venegas (2002), describe cinco niveles los cuales son **consciente**: el paciente responde coherentemente al llamado y el medio ambiente que lo rodea; **somnolencia**: el paciente despierta ante diversos estímulos, sus respuestas motrices y verbales son adecuadas, mentalmente aparece despejado, pero, al retirarse el estímulo, regresa a la somnolencia; **confusión**: el paciente presenta alteración de sus respuestas a los estímulos externos, no es capaz de reconocer y entender el mundo que lo rodea, ni hay claridad en el pensamiento ni en los recuerdos; **estupor**: el paciente responde a estímulos dolorosos y táctiles, así como a estímulos auditivos fuertes, y puede responder a algunas preguntas o ejecutar órdenes sencillas; al retirarse el estímulo, entra nuevamente en letargo y con frecuencia presenta movimientos espontáneos; **coma**: este puede ser superficial o profundo; en el superficial hay reacción a estímulos dolorosos y respuestas a estímulos táctiles persistentes; puede responder emitiendo sonidos o quejándose; cuando cesa el estímulo vuelve al estado inicial.

En el coma profundo, no hay respuesta a ningún estímulo, sino ligeras reacciones a estímulos muy dolorosos, se presentan relajación muscular, arreflexia tendinosa, cutánea y pupilar, incontinencia de esfínteres y hasta respiraciones con periodos de apnea.

La valoración debe ser llevada a cabo a través de una estimulación ocular, verbal y de ser necesaria una estimulación motora, que puede ir desde leve a intensa por parte de la enfermera dependiendo del nivel de conciencia del paciente.

## **Facies**

A través de la expresión facial que posee el paciente, la enfermera podrá determinar el estado de ánimo, patologías, condiciones físicas y hasta el grado de confort que el paciente posee al momento de llevar a cabo la valoración; es fundamental estar atento a la expresión facial, ya que la misma puede evidenciar ansiedad, angustia, temores, dolor. Las facies pueden clasificarse según Cróquer (2006) por *su expresión*: dolorosa, ansiosa, hipocrática, lunar, asimétrica, parkinsoniana, miasténica, mongólica, mixidematososa entre otras; y según *su coloración*: rubicunda, cianótica, pálida y nefrítica.

## **Actitud**

Para valorar la actitud del paciente, el profesional de Enfermería debe hacer uso de la técnica de la inspección, ya que es a través de la observación se determinará la postura, posición y/o actitud que desarrolla el paciente durante el procedimiento. Para ello, es importante, expresa Kozier (2004), tomar en cuenta, *la edad del paciente, el nivel de energía y el estado físico*.

Para Potter y Perry (2003), la postura normal de pie, es una postura erecta con alineación paralela de las caderas y de los hombros; mientras que la postura normal sentada, implica cierto grado de inclinación de los hombros.

Una vez que se tiene claro las posturas normales de todo paciente, el profesional de Enfermería, debe observar la posición que adopta el paciente durante el procedimiento, si es encorvada, decúbito supino, decúbito prono, decúbito lateral, si está quieto o inmóvil, si esta agitado, si posee movimientos repetitivos, tics entre otros.

## **Habla**

Otra de las funciones importantes a valorar durante una exploración física a un paciente, es el habla, ya que a través de ella el paciente podrá comunicar de manera efectiva su estado de salud, por ello, la enfermera debe mantener una conversación con el paciente, que permita caracterizar el habla que presenta el paciente, así mismo debe estar pendiente de las respuestas recibidas de este

durante la conversación. Entre las características del habla se tiene las descritas por Venegas (2002), como la *coherencia*, debe ser *comprensible*; además debe ser *fluido y a un ritmo moderado*.

Durante la valoración del habla, la enfermera puede detectar algunas anomalías, caracterizadas por Cróquer (2006) como *ecolalia*, repetición de las palabras empleadas por el entrevistador, *Verbigeración*, repetición de palabras o frases sin sentido, *Incoherencia*, flujo de pensamiento sin conexión lógica, *Neologismos*, palabras nuevas creadas por el paciente, y *Perseveración* repetición de la misma palabra o idea en respuesta a preguntas diferentes.

## Marcha

Para detectar las alteraciones en la marcha, es necesario contar con la colaboración del paciente, ya que se requiere observar su marcha para detectar las posibles alteraciones. Según Cróquer (2006), la marcha normal, es caracterizada por oscilaciones rítmicas del tronco que acompañan al movimiento del miembro inferior cada vez que se desplaza hacia delante; al mismo tiempo tal desplazamiento va asociado al movimiento pendular anterior del miembro superior del lado opuesto. Para la valoración de la marcha, la enfermera debe solicitar al paciente que cambie a diversas posiciones que permitan valorar su equilibrio, solicitarle que se siente, levante, que camine hacia delante, hacia atrás, hacia los lados, con los ojos abiertos o cerrados. Es importante destacar, que la marcha requiere de movimientos coordinados para llevarse a cabo.

Entre las marchas patológicas que se pueden evidenciar durante la valoración se tiene: *Marcha Parética*: arrastre de los pies, *Marcha Espástica*: el miembro inferior afectado se coloca en aducción e inversión y al caminar el paciente lo arrastra por su borde externo describiendo con él un semicírculo al llevar la pierna hacia adelante, *Marcha Atáxica*: ampliación de la base de sustentación al separar las piernas, inestabilidad lateral y elevación de los pies al momento de dar los pasos, *Marcha de Ganso*, excesiva basculación de la pelvis al desplazar la pierna hacia adelante, *Marcha Festinante*, marcha de pasos cortos y rápidos absolutamente involuntaria; el paciente camina como si persiguiera su centro de gravedad pues el tronco se inclina hacia adelante, los brazos se mantienen rígidos a lo largo del tronco y arrastre de los pies que escasamente logran levantarse del piso.

## Signos Vitales

La valoración de los signos vitales, forma parte fundamental en cualquier valoración física, pues proporcionan información sobre el estado general de un paciente, la valoración de los mismos debe hacerse con un paciente que se encuentre en reposo, para evitar obtener resultados falsos.

Los signos vitales, se encuentran representados por el **pulso, la presión arterial, la respiración y la temperatura corporal**. A pesar de lo automático, rutinario y mecánico que puede resultar este procedimiento, es necesario realizarlo utilizando en todo momento la reflexión y la ciencia, ya que los mismos, proporcionan información importante sobre los principales sistemas corporales.

La medición del pulso puede llevarse a cabo en diferentes puntos del cuerpo como en la región **temporal, carotídea, apical, braquial, radial, cubital, femoral, poplíteo, dorsal del pie y posterior de la tibia**. La valoración que debe hacerse del pulso, está centrada en la **Velocidad**, número de pulsaciones por minuto, y las alteraciones relacionadas con la velocidad son **Taquicardia y Bradicardia**. El **Ritmo**, tiempo regular que debe existir entre una pulsación y otra; normalmente el pulso es **rítmico**, pero al presentarse anomalías se evidencia a través de las **arritmias**. **Fuerza**, se refleja en el volumen de sangre que se proyecta contra la pared de la arteria, se caracteriza por ser **fuerte o débil**. Por último, se tiene la **igualdad**, está dada por el hecho que debe haber una simetría en puntos homólogos de medición.

La temperatura corporal, puede ser medida en diferentes puntos del cuerpo, para la elección del sitio adecuado, la enfermera debe tomar en cuenta la edad del paciente y la necesidad de una medición precisa. Según Potter y Perry (2003) la temperatura corporal debería estar entre 36°C y 38°C. La **medición superficial** se realiza sobre la **piel, a nivel axilar, u oral**, mientras que **mediciones centrales** se pueden llevar a cabo a **nivel rectal, en la membrana timpánica, esófago, arterial pulmonar y vejiga urinaria**. Las alteraciones de la temperatura corporal son **hipotermia, hipertermia e hiperpirexia**.

Para la valoración de la respiración, debe ser llevada a cabo por la enfermera de manera imperceptible para el paciente, ya que una vez que el paciente se percata de esta valoración realiza modificaciones en su patrón respiratorio; pudiendo proporcionar datos falsos durante la valoración. Entre las características de este

signo vital se tiene: **Velocidad**, número de respiraciones durante un minuto. **Profundidad**, se valora observando el recorrido o movimiento de la pared torácica, siendo **superficiales o profundas**. El **ritmo**, tiempo que transcurre entre una respiración y otra, observándose bien sea, respiraciones **rítmicas o arrítmicas**. Entre las anomalías en la respiración se encuentra **la Bradipnea, taquipnea, apnea, hiperventilación, hipoventilación, Respiración de Cheyne-Stokes, Respiración de Kausmaul y Respiración de Biot**.

Por último, para la valoración de la presión arterial es necesario la utilización del estetoscopio y esfigmomanómetro bien sea de mercurio o aneroides. La medición se realizará a nivel braquial y/o poplíteo.

Las alteraciones de la presión arterial, son la **hipotensión e hipertensión**.

## **Piel**

La piel recorre por completo el cuerpo humano, forma la principal barrera de protección de nuestro organismo, la valoración de la misma se realiza a través de la inspección y palpación, y en algunas ocasiones puede ser necesario el uso del olfato para detectar olores infrecuentes de la piel que generalmente son más evidentes en los pliegues de la piel o en las axilas. El olor corporal, se cree se relaciona con una higiene corporal deficiente.

La inspección debe llevarse a cabo a través de una observación minuciosa, donde la enfermera pueda visualizar la mayor extensión de piel posible, para determinar su color (palidez, cianosis, ictericia, eritemas, vitíligo) y la presencia de las lesiones cutáneas secundarias como **atrofia, erosión, liquenificación, escamas, costras, úlceras, fisuras, cicatrices, queloides y excoriaciones**.

En cuanto a la palpación de la piel, la enfermera logrará determinar su temperatura, textura, turgencia y la presencia de edemas.

## **Cabello**

La valoración del cabello de un paciente, se inicia con el interrogatorio directo sobre los hábitos higiénicos que este lleva a cabo como rutina de cuidado,

posteriormente la enfermera podrá conocer las características del cabello más profundamente, el color, la distribución, implantación, textura, grosor y la lubricación; así como la presencia de parásitos (*Pediculus humanus capitis*), caspa y seborrea, a través de la inspección y la palpación.

Kozier (2004), expresa que el cabello, puede verse afectado por la presencia de ciertas patologías como el kwashiorkor (deficiencias de proteínas), que produce cambios en la coloración y textura del cabello, el hipotiroidismo, produce cambios significativos en la fuerza y grosor del cabello; así como el uso de ciertos procedimientos terapéuticos, pueden ocasionar alopecia (perdida del cabello), bien sea parcial o total.

### **Cabeza**

Durante la valoración física de la cabeza, la enfermera debe inspeccionar y palpar de manera simultánea, el cráneo, la cara, los ojos, las orejas, la nariz, los senos, la boca y la faringe.

### **Cráneo y Cara**

La enfermera debe inspeccionar la forma del cráneo y su tamaño además de observar la simetría que existe entre este y la cara del paciente. En cuanto a la palpación la enfermera debe realizarla tanto superficial como profunda, detectar tumoraciones, dolor, hundimientos entre otros.

En cuanto a la cara, debe observarse la presencia de cejas, pestañas, los ojos, los labios, los pabellones auriculares y los labios; siempre teniendo presente la simetría que debe existir en cada uno de esas estructuras.

### **Ojos**

La valoración de los ojos, se realiza desde dos perspectivas, la primera como estructura anatómica que forma parte de la cara y una segunda parte, como estructura inervada por el sistema neurológico; esta segunda perspectiva, se estudia más adelante durante la valoración neurológica del paciente.

En cuanto a las características del ojo, la enfermera debe verificar la presencia de ambos globos oculares, además de valorar las estructuras internas y externas del ojo (cejas, párpados, aparato lagrimal, conjuntivas y escleróticas, corneas, pupilas e iris); además de la agudeza visual y los campos visuales.

En cuanto a las escleróticas, estas deben ser blancas, los cambios de color pueden indicar presencia de inflamación e irritación (enrojecimiento) enfermedades vesiculares y/o hepáticas (ictérica).

## Oídos

La exploración del oído externo, comprende la inspección directa y la palpación de los pabellones auriculares, verificando su implantación, dolor a la palpación, presencia de secreciones (cerumen), o adenopatías bien sea preauriculares o postauriculares.

Para llevar a cabo la valoración del oído interno, se utiliza el otoscopio para visualizar la membrana timpánica del paciente, en busca de cambios en su color. Además de lo ya mencionado, es necesario determinar la agudeza auditiva, la cual se evalúa desde el inicio de la valoración, ya que el paciente debe ser capaz de escuchar para comunicarse durante el procedimiento. Entre las alteraciones en la agudeza auditiva se encuentran *la acusia y la hipoacusia*.

## Nariz y Senos

Una enfermera puede examinar la nariz en su parte externa, observando su tamaño, simetría, color, presencia de deformidades y permeabilidad. En cuanto a las estructuras internas de la nariz, se observan por medio de una linterna, para visualizar los conductos nasales, la presencia de vellos y secreciones. En cuanto a la capacidad de identificar olores, se detalla en la sección de la valoración neurológica del paciente.

En cuanto a los senos paranasales, la valoración se logra a través de la palpación, el seno frontal se examina ejerciendo presión debajo de las cejas del paciente con las yemas de los dedos pulgares mirando hacia arriba, teniendo sumo cuidado de

no ejercer presión sobre los globos aculares. En cuanto a los senos maxilares, la enfermera debe ejercer presión a los lados de la nariz por debajo de los ojos.

## **Boca y Faringe**

La boca y la faringe se componen de diversas estructuras, que requieren la atención de la enfermera, los labios, mucosa bucal, encías, lengua, paladar y faringe.

Los problemas más frecuentes de la boca están relacionados con la presencia de halitosis, caries dental, sarro, gingivitis, gingivorragia, presencia de aftas. La mayoría de estas afecciones son producidas por deficiencias en los hábitos de higiene.

## **Cuello**

Para la exploración del cuello del paciente, será necesario utilizar solo tres de las técnicas exploratorias la inspección, palpación y percusión; para llevar a cabo la valoración del cuello, la columna vertebral, los músculos del cuello, la tráquea, la glándula tiroides, ganglios linfáticos y vasos venosos y arteriales.

La inspección del cuello se inicia solicitándole al paciente que mantenga el cuello erguido, el profesional de Enfermería observará las diferentes vistas del cuello (anterior, posterior y laterales) en busca de lesiones en la piel como cicatrices, despigmentaciones, enrojecimiento, lunares entre otros; así mismo, debe inspeccionarlo en busca de masas, adenopatías o bocio. Es importante destacar, que las estructuras del cuello deben estar dispuestas de manera simétrica.

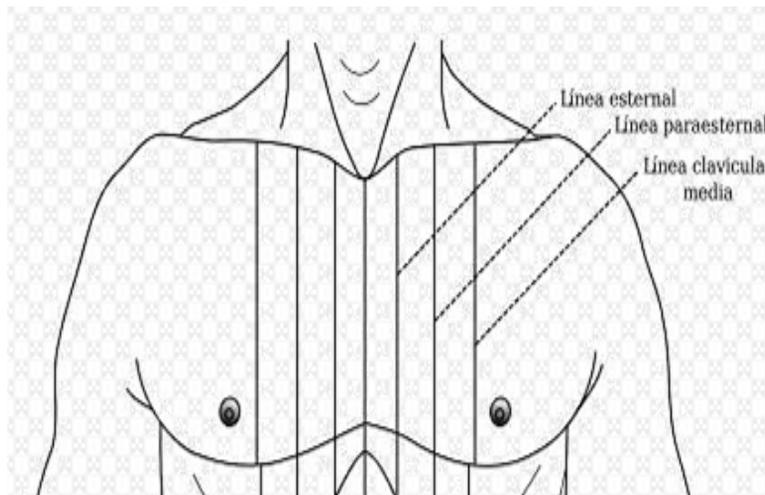
En cuanto el aspecto muscular del cuello, debe solicitársele al paciente que realice los movimientos propios del cuello, para corroborar el correcto funcionamiento de los músculos, esta movilización debe ser indolora en todo momento.

La palpación del cuello, se realiza deslizando las yemas de los dedos con movimientos circulares en busca de masas o ganglios linfáticos, comenzando desde la parte superior del cuello hasta la base del mismo sobre las clavículas; sin olvidar la parte baja de la mandíbula. En cuanto a la tráquea, esta debe estar dispuesta en la línea media del cuello, la palpación permite determinar si existe

desplazamiento lateral en la misma; en esta valoración, el profesional de Enfermería debe tener especial cuidado ya que una palpación excesiva podría producir tos en el paciente. Una vez que se esté realizando la palpación de la tráquea, la enfermera puede aprovechar y realizar la palpación del pulso carotideo analizando su fuerza, ritmo y frecuencia. Por último, la palpación de la glándula tiroides el profesional de Enfermería puede colocarse delante o detrás del paciente, colocando la puntas de sus dedos alrededor del cuello sobre la glándula tiroides, una vez posicionado el profesional de Enfermería debe solicitarle al paciente que trague, este movimiento permitirá cualquier aumento de tamaño.

### **Tórax (Técnicas: Inspección, auscultación, percusión y palpación)**

Para llevar a cabo la valoración del tórax de un paciente se hace necesario conocer de manera correcta su topografía, con la finalidad de tener un marco de referencia que le permita a la enfermera localizar desviaciones o crecimientos anormales que se estén desarrollando dentro o fuera de dicha estructura anatómica. Para ello, está ideado un sistema de líneas imaginarias que dividen de manera precisa la cavidad torácica en su cara anterior, posterior y lateral, haciendo posible una visión global del tórax del paciente.



*Figura 1. Topografía Torácica.*

**Fuente:** Tharlie, Jean (2012). *Semiología quirúrgica*. Disponible en: [http://isthamedardsqutesa.blogspot.com/2012\\_07\\_01\\_archive.html](http://isthamedardsqutesa.blogspot.com/2012_07_01_archive.html)

## Inspección torácica

Para inspección torácica del paciente, debe visualizarse de manera completa el tórax del paciente a fin de identificar la postura del paciente, forma del tórax, su simetría, lesiones de la piel, deformidades estructurales, la frecuencia, amplitud y ritmo de los movimientos respiratorios, visualizando para ello, el tórax anterior, posterior y lateral.

Al referirse de los Tipos de Tórax, lo más razonable es iniciar este punto con las características propias de uno normal, Kozier (2004) describe que el tórax es oval. Su diámetro anteroposterior es la mitad del diámetro transversal. La forma global del tórax es elíptica; es decir, el diámetro de la zona superior es menor que el de la base. Al momento de la inspección es necesario que el profesional de Enfermería, perciba la postura adoptada por el paciente durante la valoración ya que las enfermedades respiratorias producen en el tórax modificaciones anatómicas visibles, como el *tórax de paloma (Pectus Carinatum)*, característico en personas con raquitismo, *tórax en embudo (Pectus Excavatum)*, condición genética, *tórax en tonel*, presente en patologías como la cifosis torácica y/o enfisemas.

En cuanto a la simetría, es importante recordar que el tórax del paciente es dividido imaginariamente por el profesional de la Enfermería en dos hemitorax, en cada uno de los cuales debe observarse la frecuencia, la amplitud y ritmo de los movimientos respiratorios, estos deben producirse de manera uniforme y simultánea, en caso contrario se estaría detectando problemas en algunos de los pulmones del paciente.

## Palpación torácica

Para llevar a cabo la palpación torácica del paciente, es indispensable que el profesional de Enfermería deslice su mano sobre el tórax del paciente, tanto de manera superficial como de manera profunda, en busca de tumoraciones, ganglios linfáticos, dolor, enfisemas subcutáneos, pulsaciones, edema entre otros hallazgos.

Una vez realizada la palpación profunda y superficial la enfermera deberá llevar a cabo la valoración de la *expansibilidad torácica*, esto se logra con el profesional de Enfermería de pie por detrás del paciente, con sus palmas de ambas manos

sobre la región inferior del tórax con los pulgares adyacentes a la columna vertebral y el resto de los dedos estirados lateralmente, pídale al paciente que respire profundamente y observe el movimiento de los dedos, ese recorrido debe ser simétrico, produciéndose una separación, al mismo tiempo de los pulgares de 3 a 5 cm. En caso contrario, se estaría ante la presencia de una expansión torácica disminuida y/o asimétrica.

Otro punto importante a valorar durante la palpación torácica, es el *frémito táctil*, que son las vibraciones que recorren la cavidad torácica producto de las ondas sonoras derivadas del habla y que pueden palparse externamente. Ellas recorren libremente el tórax pudiendo percibirse en toda su extensión, claro está, las vibraciones son más fuertes en los vértices y se hacen menos intensas en las bases pulmonares; sin embargo, cuando el paciente presenta acumulación de moco, colapso pulmonar y/o presencia de lesiones pulmonares, puede estar disminuido o ausente debido que las vibraciones no pueden alcanzar la pared torácica.

En la valoración del frémito táctil, es necesario que el profesional de Enfermería posicione las superficies palmares de la punta de sus dedos y la superficie cubital de la mano sobre las diversas caras del tórax, iniciando en los vértices y finalizando en las bases pulmonares, de manera simultánea solicite al paciente que pronuncie palabras como: carretera, ferrocarril, cigarrillo, entre otras; recuerde percatarse de la simetría de la presencia del frémito táctil.

### **Percusión torácica**

En la valoración física del paciente, la percusión torácica permitirá determinar si el tejido pulmonar adyacente se encuentra lleno de aire, líquido o sólido, es importante destacar, que esta técnica tiene un alcance de profundidad entre 5 a 7 cms a partir de la pared torácica, razón por la cual lesiones profundas son difíciles de detectar con esta técnica.

Para llevar a cabo esta parte de la valoración física, es necesario posicionar al paciente de manera cómoda, bien sea de cubito supino, de cubito lateral o sentado, la posición dependerá de la cara de la pared torácica (anterior, posterior o lateral) que se desee evaluar, además el profesional de Enfermería podría solicitarle al paciente que coloque sus manos por detrás de la cabeza, para expandir la cavidad torácica.

Para iniciar con esta parte de la valoración física, utilice la percusión indirecta, donde es golpeado el dedo *plexímetro* (tercer dedo de la mano no dominante), el cual deberá estar posado firmemente sobre la piel de la cavidad torácica, con la punta del dedo *plexor* (tercer dedo de la mano dominante), realizando un suave movimiento con la muñeca, mientras el antebrazo se mantiene inmóvil. Los golpes deben ser firmes, rápidos y cortos para lograr un sonido completamente claro (Potter y Perry, 2003).

La percusión debe hacerse sobre los espacios intercostales del paciente, tratando de cubrir la mayor extensión torácica posible, para comparar la simetría entre ambos hemitórax; para ello, es recomendable, que la enfermera realice movimientos en forma de zigzag, imaginando puntos homólogos u opuestos en cada hemitórax, iniciando por los vértices y finalizando en las bases pulmonares. Durante la percusión torácica, se podrán detectar cinco tipos de sonidos, los cuales son descritos por Kozier (2004) como: **Sordo:** caracterizado por una uniformidad extrema causada por un tejido muy denso como el músculo o el hueso. **Mate:** la matidez es similar al sonido sordo y la generan tejidos densos como el hígado, el bazo o el corazón. **Resonante,** es un sonido hueco como el que se produce en los pulmones llenos de aire. **Hiperresonante** se describe como un estallido y se puede escuchar en el pulmón enfisematoso **y timpánico** es un sonido musical, parecido al que produce un tambor generado por el estómago lleno de aire.

En esta valoración el profesional de Enfermería, deberá estar pendiente en pacientes con afecciones respiratorias, donde se produce atrapamiento de aire, como enfisema, asma y/o neumotórax ya que producirán un sonido hiperresonante, en contraposición a lo que sucede en afecciones respiratorias donde se produce acumulación de líquido o secreciones como la atelectasia, derrame pleural, hemotórax, se puede encontrar el sonido sordo.

### Auscultación torácica

Para la auscultación torácica, se prestará atención tanto para la parte respiratoria como para la parte cardíaca, cada sistema requiere por parte de la enfermera una valoración minuciosa, ya que la técnica de auscultación, no varía por ser sistemas diferentes. Sin embargo, es importante hacer énfasis, en que los ruidos respiratorios y los cardíacos son completamente diferentes; en virtud a ellos se describen detalladamente la auscultación respiratoria y la auscultación cardíaca.

Para la auscultación torácica, es necesario la utilización del estetoscopio, el cual debe estar ajustado a las características del paciente bien sea adulto o pediátrico, además de estar temperado al entrar en contacto con la piel del paciente, luego si es posible, sentar para poder realizar la auscultación completa del tórax.

### **Auscultación respiratoria**

En la auscultación respiratoria, el profesional de Enfermería debe solicitarle al paciente que realice respiraciones profundas y lentas para lograr escuchar la inspiración y expiración del paciente, así como los ruidos respiratorios normales o anormales. La manera correcta de llevar a cabo la auscultación respiratoria, es desarrollándola de manera sistemática y comparativa, deslizando el estetoscopio en forma de zigzag para comparar los ruidos respiratorios entre los dos hemitórax del paciente. La enfermera deberá imaginar sobre la cavidad torácica puntos imaginarios de auscultación en el mismo nivel y desplegados desde los vértices pulmonares hasta las bases pulmonares del tórax anterior, posterior y lateral.

Al momento de la auscultación respiratoria del paciente, se pueden detectar dos tipos de ruidos respiratorios: **ruidos respiratorios normales y ruidos respiratorios adventicios o anormales**. Los primeros, son producto del movimiento del aire a través del árbol traqueobronqueal del paciente, produciendo tres tipos ruidos respiratorios normales: **vesicular, broncovesicular y bronquial**, los segundos, son producto del desplazamiento del aire por vías aéreas húmedas y/o estrechas, presencia de moco o líquido, inflamación pleural, lo que produce cuatro tipos de ruidos respiratorios anormales o patológicos: **Crepitantes, Roncus, Sibilantes y Roce de fricción pleural**. Estos ruidos anormales, por lo general están superpuestos a los ruidos respiratorios normales.

### **Auscultación cardíaca**

Para llevar a cabo la auscultación cardíaca, es prioritario conocer los ruidos cardíacos normales, **primer ruido (S<sub>1</sub>)** y el **segundo ruido (S<sub>2</sub>)** los cuales son producto del cierre de las válvulas cardíacas, generando el sonido <<lub-dub>>, estos ruidos cardíacos, pueden escucharse en toda la región precordial, pero se perciben mejor sobre los focos cardíacos.

Los cuatro focos cardíacos, están asociados con las válvulas cardíacas, **foco aórtico**, **foco pulmonar**, **foco tricúspide** y **foco mitral**, la ubicación de estos focos es descrita por Cróquer (2006), **Foco aórtico**, localizado en el 2<sup>do</sup> espacio intercostal izquierdo sobre la línea paraesternal derecha, **Foco pulmonar**, se localiza en el 2<sup>do</sup> espacio intercostal sobre la línea paraesternal izquierda, en cuanto al **Foco tricúspide**, se localiza 5<sup>to</sup> espacio intercostal sobre la línea paraesternal izquierda, mientras que el **Foco mitral** se encuentra ubicado en el 5<sup>to</sup> espacio intercostal sobre la línea medioclavicular izquierda. En las mujeres para llevar a cabo la auscultación, puede ser necesaria la movilización izquierda a fin de facilitar la auscultación cardíaca.

El profesional de Enfermería con experiencia puede percibir ruidos cardíacos anormales, como el **Tercer ruido** (S<sub>3</sub>) o **Galope ventricular**, aparece al comienzo de la diástole, inmediatamente después de S<sub>2</sub> y suena <<lub-dub-ee>>, este sonido es normal en niños y adultos jóvenes, es frecuente que desaparezca al momento de sentarse el paciente y en personas mayores puede indicar insuficiencia cardíaca. Por su parte, el **Cuarto ruido** (S<sub>4</sub>) o **Galope auricular** aparece próximo al final de la diástole inmediatamente antes de S<sub>1</sub> crea un sonido <<dee-lub-dub>>, rara vez S<sub>4</sub> es escuchado en adultos jóvenes sanos, se escucha en muchos pacientes mayores y puede ser un signo de hipertensión (Kozier, 2004).

Otro aspecto a valorar en el paciente durante la auscultación cardíaca, es la presencia de sonidos sibilantes sostenidos oídos al inicio, mitad o final de la fase sistólica o diastólica conocidos como **soplos cardíacos**. Este hallazgo puede ser **increscendo** con un inicio suave para progresivamente aumentar la intensidad del sonido o **descresciendo** con un sonido de inicio de fuerte disminuyendo progresivamente la intensidad del sonido.

## Miembros superiores e inferiores

### Generalidades

La exploración física de los miembros superiores e inferiores está limitada a la inspección y palpación así como a la movilidad pasiva, activa y refleja; aquí queda por fuera la percusión y la auscultación excepto esta última en casos de medición de presión arterial y en la auscultación de soplos vasculares. La enfermera debe valorar los miembros superiores e inferiores en busca de una

patología local propia y exclusiva, lo primero que debe realizar es una inspección general indagando en los siguientes aspectos: simetría, desarrollo óseo y muscular, posición, estado de la piel y tejidos, vasos arteriales y venosos movilidad de las articulaciones, llenado capilar, tono muscular y fuerza así como la presencia de dolor, la temperatura y pulsos son de suma importancia en esta parte de la valoración física; los reflejos y la sensibilidad se valoran durante la evaluación del sistema nervioso, en cuanto al orden exploratorio se comienza en forma centrifuga es decir desde la raíz del miembro continuando hasta la punta de los dedos, también puede realizarse desde las manos hasta el hombro, así mismo se puede realizar con el paciente sentado; aquí se registra los hallazgos encontrados desde la piel hasta lo más profundo estos a través de la palpación.

### **Miembros superiores**

Al evaluar los miembros superiores la enfermera debe iniciar la valoración siguiendo las técnicas exploratorias inspeccionando para luego palpar, se debe realizar esta parte del examen iniciando por las Manos y Uñas estas reflejan el estado de nutrición, ocupación, autocuidado, estado psicológico, enfermedades que puede estar atravesando el paciente, se debe explorar trefismo muscular y óseo. También se observa la forma y posición de las manos que deben estar en ligera flexión se evalúan los movimientos de abducción y aducción de los dedos. A nivel de la muñeca se valora la movilidad de la misma así como los pulsos en el codo se evalúa el movimiento de flexo extensión se palpan los puntos claves como los cóndilos interno y externo del húmero. A nivel del hombro que es una articulación completa se observa y se palpan la redondez del mismo se evalúa el músculo deltoides hasta llegar a la clavícula incluyendo la escapula y la articulación entre estos dos huesos acromio clavicular.

### **Miembros inferiores**

La enfermera valora los miembros inferiores inspeccionando y palpando se debe realizar la exploración iniciando por la cadera observando la redondez externa de la parte superior del muslo dada por el trocante mayor del fémur, debe existir una ligera rotación externa de los pies esto indica que hay una integridad de la cadera y de todo el eje óseo. Se valora los arcos de movimiento flexión, extensión,

aducción, abducción, rotación externa e interna estos movimientos deben realizarse con el paciente en decúbito lateral.

A nivel de la rodilla se realiza una inspección y palpación en general, palpando por la parte anterior la prominencia central así como las depresiones laterales, se palpa igualmente el borde inferior de la rótula para ello se debe tener el miembro en flexión.

En el tobillo y pie se examina como una unidad se puede realizar con el paciente en decúbito dorsal y de pie; se observan ambos maléolos, en la valoración con el paciente de cubito se aprecia el arco plantar. Se valoran así mismo, los movimientos articulares así como los pulsos.

### **Abdomen (Técnicas: inspección, auscultación, percusión y palpación)**

El abdomen es la parte inferior del tórax, su pared músculo membranosa rodea la cavidad abdominal la cual se encuentra delimitada por su parte superior por el diafragma y en su parte inferior por el estrecho superior de la pelvis. La cavidad abdominal se extiende en su parte superior hasta el cuarto espacio intercostal e inferiormente hasta la cavidad pélvica, el abdomen se puede dividir topográficamente se utiliza esta división para localizar y describir la situación de los órganos abdominales, los esquemas más usados son: la división de los cuatro cuadrantes y la división de las nueve regiones.

La enfermera localiza y describe los hallazgos abdominales a partir de métodos comunes de valoración y exploración semiológicas: en la división topográfica simple de los cuatro cuadrantes traza una línea horizontal que atraviesa la zona umbilical y a su vez otra línea que atraviesa la zona intervertebral al nivel de LIII – LIV cruzándose con el plano vertical medio lo que da origen a cuatro cuadrantes: el superior derecho, el superior izquierdo, el inferior derecho y el inferior izquierdo. La división de las nueve regiones se realiza con dos líneas horizontales y verticales el plano horizontal superior (plano subcostal) está justo por debajo de los bordes costales, el plano horizontal inferior pasa por las crestas ilíacas y por la parte superior de la vértebra LV y los planos verticales pasan por la línea medio clavicular y el punto medio entre la espina iliaca anterosuperior y la sínfisis del pubis.

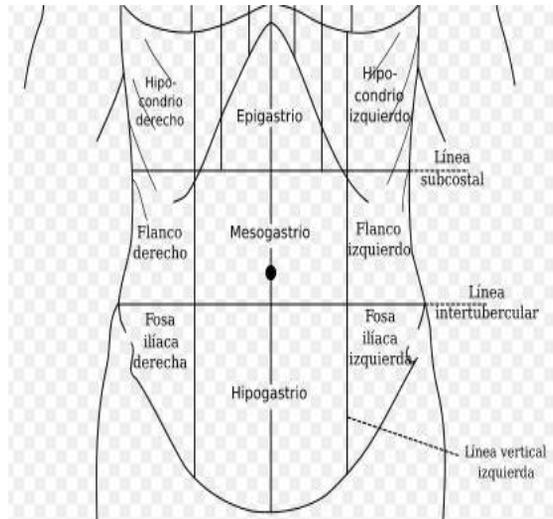


Figura 2. Topografía Abdominal

**Fuente:** Tharlie, Jean (2012). *Semiología quirúrgica*. Disponible en: [http://isthamedardsqtesa.blogspot.com/2012\\_07\\_01\\_archive.html](http://isthamedardsqtesa.blogspot.com/2012_07_01_archive.html)

Estos cuatro planos forman divisiones topográficas en la organización de nueve regiones, cada región recibe el siguiente nombre: en la parte superior hipocondrio derecho, epigastrio e hipocondrio izquierdo; en el medio flanco derecho, mesogastrio (región umbilical) y en el otro lateral flanco izquierdo; y en la parte inferior la región inguinal derecha, (ingle derecha) hipogastrio (región púbica) y región inguinal izquierda (ingle izquierda).

Para realizar la valoración del abdomen se debe utilizar las técnicas semiológicas ya descritas solo que en esta parte del examen físico se realizará en el siguiente orden: inspección, auscultación, percusión y palpación. Se debe inspeccionar la piel: color, hidratación, pigmentación, forma, lesiones, cicatrices, estrías, distribución del vello, pulsaciones, peristaltismo visible, distensión, patrón venoso, embarazo en la mujer y características del ombligo, volumen, ascitis, hernias, masas.

Seguidamente se realiza la auscultación con el objetivo de escuchar los ruidos intestinales presentes, así como ruidos vasculares; dentro del intestino existen movimientos de gases y líquidos, que da lugar a ruidos de gorgoteo y burbujeo,

con una frecuencia de 5 a 35 veces por minuto en cada cuadrante esta se realiza antes de la percusión y palpación para no modificar los ruidos abdominales o peristaltismo normal que presente el paciente para el momento de la valoración.

Posteriormente se pasa a percutir con el fin de identificar timpanismo o matidez según la zona que se percute, la enfermera percute cada uno de los cuadrantes para diferenciar entre sonidos mates o timpánicos se debe tener presente que para el momento de la percusión así como de la palpación se recomienda entibiar las manos antes para no causar choque térmico al momento de realizar la exploración; finalmente se realiza la palpación en busca de detectar características normales o anormales en el paciente así como organomegalias. La palpación puede realizarse con una mano (palpación monomanual), o de ambas manos (palpación bimanual), primero se realiza una palpación superficial y posteriormente una más profunda.

Si el paciente ha referido presencia de dolor de localización definida, no se debe comenzar por dicha zona, se debe preguntar al paciente por zonas de dolor, para dejarlas al final del examen o producirá resistencia muscular lo que entorpecerá el resto de la valoración abdominal. Si existe dolor, se debe describir momento de inicio, frecuencia, calidad, síntomas asociados, vómitos, patrón de eliminación intestinal y alimentos consumidos en las últimas 24 horas.

Cuando termine la palpación abdominal superficial, continúa con una palpación más profunda, identificando zonas de dolor no precisadas, presencia de masas, hernias, etcétera.

Por lo general, se debe comenzar por la fosa ilíaca izquierda, ascender por el flanco izquierdo al hipocondrio de ese lado, pasar a epigastrio y mesogastrio, continuar al hipocondrio derecho, flanco derecho hasta la fosa ilíaca derecha, palpando finalmente el hipogastrio. Si se detecta alguna tumoración durante la palpación, se procede a tener en cuenta sus características: localización, tamaño, forma, superficie, sensibilidad, movilidad y consistencia.

Otra consideración importante a tener en cuenta para el momento de la valoración del abdomen es la posición del paciente ya que se facilita la palpación abdominal si la persona flexiona las extremidades inferiores y las superiores las mantiene flexionadas a nivel del cuerpo ya que se produce una relajación de la musculatura de la pared abdominal.

## Valoración de los genitales femeninos

La exploración de los genitales femeninos internos y externos resulta incómodo para la paciente que es examinada por lo tanto es fundamental transmitir confianza y tranquilidad al momento en que se realice la valoración, la examinación del aparato reproductor de las mujeres adultas incluye la valoración de los cambios linfáticos inguinales y la inspección y palpación de los genitales externos.

La exploración de los genitales en general crea incertidumbre y aprensión en las mujeres, la posición de litotomía que se requiere para la misma puede causar incomodidad por lo que se sugiere cubrir a la persona de forma adecuada para prevenir una exposición indebida, por otra parte se debe contar con una buena iluminación para asegurar precisión en la inspección.

Se debe explicar en cada momento cada paso de la exploración de modo que la paciente sepa que va a suceder en cada momento, es recomendable que las pacientes adolescentes estén acompañadas de sus padres.

La enfermera debe usar guantes se inspecciona la cantidad y distribución de vello así como la higiene, se observa las características superficiales de los labios mayores estos pueden estar abiertos o cerrados por lo general son simétricos, para examinar las demás estructuras se debe colocar los dedos pulgar e índice de la mano no dominante en los labios mayores y con suavidad los retira hacia afuera para poder inspeccionar con mayor claridad; luego con la otra mano se podrán palpar los labios menores los mismos deben ser blandos y no dolorosos, en este momento se inspecciona el clítoris, el orificio uretral que deben tener una coloración rosada y sin inflamación, se inspecciona el orificio vaginal para determinar presencia de inflamación, edema, secreciones o lesiones, en este momento el personal de Enfermería puede también inspeccionar el ano para descartar presencia de hemorroides o lesiones.

La exploración de genitales internos requiere mucha habilidad y práctica, normalmente la realiza un personal con experiencia ya que consiste en la utilización de un espéculo el mismo se introduce en la vagina para valorar la presencia de lesiones cancerosas y otras anomalías.

## Valoración de los genitales masculinos

Una exploración de los genitales masculinos incluye la valoración de los genitales externos y del anillo inguinal externo y del canal inguinal así como también de la glándula prostática. Dado que la incidencia de ETS entre los adolescentes y los adultos jóvenes es alta la valoración de los genitales debe ser una parte habitual de cualquier exploración de mantenimiento de la salud para este grupo de edad. La técnica que se utiliza es la inspección y la palpación, se debe reducir la ansiedad del paciente explicándole cada paso de la exploración ya que puede resultar embarazosa. Los genitales deben manipularse de forma suave para evitar molestias o erección. La valoración puede hacerse con el paciente en decúbito o de pie en primer lugar se valora la madurez sexual del paciente observando el tamaño y aspecto del pene y de los testículos así como también coloración del escroto y distribución de vello púbico también se inspecciona la piel de los genitales en busca de lesiones, piojos, erupciones.

También se valoran las características del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios en relación con la edad del paciente. A los mismos se les debe valorar la presencia de hernias inguinales y femorales. Se inspecciona la corona, el prepucio, el glande, el meato urinario y el cuerpo del pene, en los pacientes no circuncidados se debe retraer el prepucio hasta dejar descubierto el glande y el canal uretral, se inspecciona la presencia de secreciones lesiones e inflamación, se puede hacer compresión suave en el glande con los dedos pulgar e índice lo que permite observar si existe algún tipo de secreción, lesión o edema (el propio paciente puede colaborar y realizar esta maniobra) normalmente no debe haber secreción y la coloración debe ser rosada una vez realizada la valoración se debe llevar el prepucio a su posición original.

Se observa el escroto su tamaño y simetría tomando en cuenta que generalmente el testículo izquierdo está situado más abajo que el derecho, mientras que el paciente puede sostener el pene hacia arriba el examinador palpa suavemente los testículos y el epidídimo entre el pulgar y los dos primeros dedos, se valora el tamaño y forma de los testículos y si existe presencia de dolor los cuales no deben ser dolorosos, también es un buen momento para realizar la exploración rectal, es necesario explicar al paciente los pasos de la exanimación ya que resulta incómoda esta valoración permite la detección de tumores prostáticos así como otras alteraciones.

## Valoración de los pares craneales

Los profesionales de Enfermería deben valorar los pares craneales en busca de alteraciones relacionadas con el sistema nervioso; los pares craneales son en su mayoría de tipo motor sin embargo, también los hay sensitivos y mixtos (sensitivos y motores). Para evaluar los pares craneales, los profesionales de Enfermería deben tener conocimientos de anatomía, fisiología y la función sensorial, la cual incluye la discriminación táctil, el dolor, la temperatura, y la posición. Las tres primeras se valoran de forma rutinaria en algunas ocasiones, generalmente, el tacto y el dolor se valoran en la cara. A continuación se muestra a manera didáctica la tabla 1 que está relacionada con la exploración de los Pares Craneales según su función y el método de exploración.

*Tabla 1.* Exploración de los Pares Craneales: Función y Valoración

N°	Nombre	Tipo	Función	Método de exploración
I	Olfatorio	Sensitivo	Sentido del Olfato	Se explora pidiendo al paciente que cierre los ojos y tapando una de las ventanas de las fosas nasales se coloca junto a la otra alguna sustancia de olor no irritante conocida como café, vainilla o naranja, con el fin de que el paciente las identifique. En este par craneal se debe evaluar: agudeza visual, visión de colores, campimetría, fondo de ojo, reflejo pupilar. Utilizar un gráfico de Snellen o pedirle al paciente que lea algo.
II	Óptico	Sensitivo	Agudeza Visual	
III	Oculomotor Común	Motor	Movimiento Extraocular del ojo, contracción y dilatación de la pupila.	Valora la dirección de la mirada, medir la reacción pupilar al reflejo de la luz, y la acomodación.
IV	Patético	Motor	Movimiento ascendente y descendente del ojo.	Valora las direcciones de la mirada, se pide al paciente que mire hacia arriba, o que cierre y abra los ojos.
V	Trigémino	Mixto	Evalúa la sensibilidad de la piel de la cara, movimiento de la mandíbula.	Tocar suavemente la córnea con un aplicador se valora el reflejo corneal, pedirle al paciente que apriete los dientes para valorar la fuerza mandibular.
VI	Oculomotor Externo	Motor	Movimiento lateral del ojo.	Explora las direcciones de la mirada se pide al paciente mover los ojos en sentido lateral.

Tabla 1. Cont...

Nº	Nombre	Tipo	Función	Método de exploración
VII	Facial	Mixto	Expresión de la cara y gusto.	Se indica al paciente fruncir el ceño, subir y bajar las cejas, se da a probar algo salado o dulce para que identifique sabores.
VIII	Estatoacústico	Sensitivo	Audición	Se evalúa realizando alguna pregunta al paciente a cierta distancia con un tono de voz bajo y se valora la agudeza auditiva.
IX	Glosofaríngeo	Mixto	Gusto y capacidad de tragar.	Con un depresor lingual (baja lenguas) se coloca en la pared posterior de la faringe y se puede apreciar el reflejo nauseoso.
X	Vago	Mixto	Sensación de la Faringe.	Pedir al paciente que diga “ahhh” se observa el movimiento del paladar y faringe. Durante la valoración se debe apreciar una buena tonalidad de la voz.
XI	Espinal	Motor	Movimiento de los músculos esternocleidomastoideo y trapecio	Se explora pidiendo al paciente que gire la cara de un lado contra la fuerza que ejerce el examinador se valora la fuerza y tono muscular, el trapecio se evalúa observando la simetría de ambos hombros y la fuerza ejercida al elevar los mismos mientras el examinador ejerce resistencia con las manos.
XII	Hipogloso	Motor	Movimientos de la lengua manteniéndolo en la línea media.	Pedir al paciente que saque la lengua hasta la línea media y que la mueva de un lado a otro. También se pide al paciente que empuje la superficie interna del carrillo mientras que el examinador palpa externamente.

**Fuente:** Autores

### Consideraciones finales

Los profesionales de la salud, entre ellos los de Enfermería cuentan con un cúmulo de conocimientos, habilidades y destrezas que le ayudan a contribuir a la solución de los problemas del paciente desde que este ingresa a los centros asistenciales hasta que egresa. Uno de los registros con que cuenta este

profesional es la historia de salud, la cual contiene información sobre los datos subjetivos los cuales se recolectan a través de la anamnesis o interrogatorio y los datos objetivos los cuales se obtienen mediante la exploración física. Este procedimiento ofrece la oportunidad a los profesionales de Enfermería de agrupar, organizar y analizar la información obtenida, lo cual conduce a la identificación de diagnósticos de enfermería actuales, de riesgo y colaborativos, para implementar las acciones pertinentes que contribuirán a restablecer la salud de la persona.

Es fundamental que el profesional de Enfermería posea conocimientos básicos de anatomía, fisiología y fisiopatología, lo cual le permitirá realizar el examen físico segmentario de forma segura. Esto unido a la necesidad de que estos profesionales realicen continuamente talleres y cursos de educación continua que estén relacionados con semiología básica de tal manera que afinen las técnicas necesarias que se utilizan en la valoración física.

## Referencias

- Cróquer M., Francisco J., (2006). Las técnicas del examen neurológico y examen del tórax en examen físico: técnicas y diagnóstico. (2da ed. Ampliada). Venezuela: Editorial DISINLIMED, C.A.
- Kozier, Bárbara y Cols. (2004) Valoración del estado de salud, en fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica Volumen I. (7ma ed). USA: Editorial McGraw Hill Interamericana.
- Potter, Patricia y Perry, Anne (2003). Valoración de salud y exploración física en fundamentos de enfermería Volumen II. (5ta ed). USA: Editorial Harcourt/OCEANO.
- Rodríguez-García, P.L. (2004) Técnicas clínicas para el examen físico neurológico. II. Función motora y refleja, en Revista de Neurología. 39 (9): 848 – 859. URL Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/web/3909/r090848.pdf>
- Tharlie, Jean (2012). Semiología quirúrgica. URL Disponible en: [http://isthamedardsqutesa.blogspot.com/2012\\_07\\_01\\_archive.html](http://isthamedardsqutesa.blogspot.com/2012_07_01_archive.html)

Venegas, Blanca (2002) La valoración neurológica: un soporte fundamental para el cuidado de la enfermería en Revista Aquichan. 2(1). URL Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/22/43>



# **Generalidades de la farmacoterapia en el paciente hospitalizado**



**Ana Cristina Lo Presti de R**

# Generalidades de la farmacoterapia en el paciente hospitalizado

Ana Cristina Lo Presti de R

*“Un poco de ciencia aleja de Dios, pero mucha ciencia devuelve a Él”*

*Louis Pasteur*

## Introducción

La administración de medicamentos es una actividad que involucra directamente al profesional de Enfermería. Conocer cómo se producen en el organismo los procesos de absorción, distribución, biotransformación y excreción de los fármacos; las alteraciones farmacocinéticas que puedan modificar la respuesta a un medicamento y ocasionar un efecto adverso importante; los diferentes efectos tanto beneficiosos como perjudiciales que se producen durante la interacción fármaco-receptor forman parte de la preparación del futuro egresado de la carrera de enfermería. Todos los conocimientos adquiridos en este capítulo serán aplicados en la práctica clínica para el adecuado uso de los fármacos y prevención de errores durante su administración.

## Farmacocinética

La farmacocinética es un proceso que estudia la absorción, distribución, biotransformación y excreción de los fármacos, es decir, todas las modificaciones que el organismo le hace al fármaco desde el momento en que ingresa al organismo.

La **ABSORCIÓN** es un proceso en el cual el fármaco es capaz de llegar al torrente sanguíneo desde su lugar de administración, atravesando diferentes membranas plasmáticas, a excepción de la vía intravenosa donde el proceso de absorción no se cumple por el paso del fármaco a la circulación sistémica a través de medios mecánicos. Existen algunos factores que pueden modificar la absorción de los fármacos y su **biodisponibilidad**, entendiéndose este término como *la fracción de fármaco administrado que finalmente llega al torrente sanguíneo*.

La vía de administración es uno de los factores que afectan principalmente la absorción de los medicamentos. Es conocido que la **vía oral** es una de las más usadas al no generar ansiedad en el paciente, es cómoda y no requiere de un personal especializado para administrar fármacos, sin embargo, algunos factores pueden permitir que disminuya la velocidad de absorción de los fármacos o alteren su biodisponibilidad, por ejemplo, la *presencia de alimentos*, los cuales pueden disminuir la velocidad de absorción cuando se administran junto con algunos fármacos; el *pH del medio* donde se absorbe el fármaco, entendiéndose que un fármaco con características de ácido débil se absorberá mejor en un medio ácido (ej. estómago) o un fármaco con características de base débil se absorberá mejor en un medio básico (ej. intestino delgado); el *metabolismo de primer paso* que se define como el camino obligado que debe transitar un medicamento por el intestino delgado o el hígado, en la cual una pequeña o gran cantidad de fármaco es biotransformado por enzimas que lo inactivan antes de llegar a la circulación sistémica; las distintas *formas farmacéuticas* ya sean líquidas que favorecen la velocidad de absorción o las presentaciones sólidas, las cuales pueden retrasarla, debido a que el fármaco debe desintegrarse, disolverse y luego absorberse.

La **vía tópica** es una vía de fácil acceso, donde el fármaco es administrado en el lugar donde ejerce su acción, sin que esto conlleve a la absorción sistémica del mismo. **La vía sublingual**, permite una rápida absorción del medicamento, la gran vascularización que existe debajo de la lengua y el paso directo por la vena cava, favorecen su velocidad de absorción y biodisponibilidad. Los fármacos que son administrados por **vía inhalatoria** pueden llegar rápidamente a absorberse, la gran irrigación sanguínea y el área superficial extensa favorece la penetración del fármaco, facilita su absorción y, su biodisponibilidad tiende a ser excelente. Por último, pero no menos importante se encuentran las vías parenterales.

Los fármacos administrados por **vía intravenosa** obvian el proceso de absorción externa, por lo que de manera muy rápida y por medios externos (inyectora) el fármaco llega al torrente sanguíneo en su totalidad, siendo su biodisponibilidad perfecta (100%). Cuando se trata de un paciente crítico y el acceso intravenoso

está imposibilitado, se opta por la administración endotraqueal de fármacos como la naloxona, atropina, epinefrina y lidocaína. Los fármacos administrados por **vía subcutánea e intramuscular** pasan por proceso de absorción al atravesar las membranas plasmáticas que se encuentran en el tejido musculoesquelético y subcutáneo. La biodisponibilidad es mejor en fármacos administrados por vía intramuscular que por vía subcutánea, por el menor número de membranas a atravesar.

Una vez que el fármaco accede a la circulación sistémica, se difunde por todo el organismo transportado por la sangre hasta llegar a su lugar de acción. A este proceso se le denomina **DISTRIBUCIÓN**. Cuando los fármacos llegan a la circulación la mayoría de las veces se combinan con las proteínas plasmáticas, principalmente la albúmina, la glucoproteína ácida, las lipoproteínas y las metaloglobulinas. La albumina es la principal proteína transportadora de los fármacos. **La fracción del fármaco unido a la proteína es farmacológicamente inactiva, solo la fracción libre (sin unión a la proteína) es activa, es decir, capaz de atravesar el tejido afín y producir una respuesta en él.** A veces las proteínas plasmáticas sirven como reservorios para liberar de forma lenta los principios activos.

Una vez que el medicamento ha alcanzado el torrente sanguíneo, debe atravesar varias barreras hasta alcanzar finalmente el sitio donde va a actuar. La mayoría de los fármacos pasan desde la sangre al líquido intersticial a través de los capilares. La distribución al Sistema Nervioso Central y al líquido cefalorraquídeo se realiza a través de una membrana lipídica sin poros denominada barrera hematoencefálica. Las sustancias muy ionizadas (hidrosolubles) no se pueden distribuir, las formas no ionizadas (liposolubles) penetran en el cerebro y en el líquido cefalorraquídeo a gran velocidad.

Existen factores que modifican la distribución de los fármacos entre los cuales se encuentran los siguientes:

- **Tamaño del órgano:** La distribución es proporcional al tamaño del órgano, los fármacos pueden distribuirse en grandes cantidades en los órganos muy grandes, como la mucosa intestinal o el musculo esquelético.
- **Flujo sanguíneo del órgano:** Los tejidos que tienen un aumento en el flujo de sangre, como el cerebro y las vísceras, reciben grandes cantidades de medicamento en menor tiempo.
- **Unión a proteínas plasmáticas:** Los fármacos que se unen en proporción significativa a las proteínas plasmáticas tienen una distribución limitada, ya

que la porción de fármaco unido a la proteína no es capaz de atravesar membranas biológicas. Esta condición es de relevancia clínica solo cuando el fármaco tiene una unión de más del 80% a la proteína plasmática.

- **Solubilidad del fármaco:** Los fármacos liposolubles se distribuyen en mayor proporción en tejidos con gran cantidad de grasa, como el tejido adiposo o el cerebro.
- **Volumen de distribución:** Es el espacio corporal en apariencia disponible para contener un medicamento. El paciente deshidratado en quien existe una disminución en los compartimientos de agua corporal, su volumen de distribución es menor y por lo tanto las concentraciones plasmáticas de un medicamento estarán aumentadas.

La **BIOTRANSFORMACIÓN o METABOLISMO** puede definirse como la eliminación química o transformación metabólica de los fármacos. La biotransformación se lleva a cabo mediante procesos enzimáticos intracelulares y, puede dar lugar a la formación de sustancias farmacológicamente más activas que el fármaco original, a esto se le llama **activación**. El fármaco original es la forma en la que se encuentra el medicamento antes de ser administrado. En ocasiones el fármaco original puede ser llamado **profármaco**, es decir, producto farmacéutico que es inactivo cuando se administra, pero se vuelve activo luego de su metabolismo (Ej. enalapril). También la biotransformación puede dar lugar a metabolitos con poca o ninguna acción, a esto se le llama **desactivación**.

La biotransformación de los fármacos procede de dos fases:

- **Fase I:** Son reacciones enzimáticas de oxidación, reducción e hidrólisis. Durante esta fase puede ocurrir la activación o inactivación de los fármacos. En ella intervienen principalmente enzimas hepáticas del citocromo P-450.
- **Fase II:** Son reacciones comúnmente de conjugación o síntesis y ocurre cuando un fármaco se combina con otras sustancias formadas en el organismo. La principal vía de conjugación de los fármacos es la hepática cuando se combina con el ácido glucurónico. Durante esta fase solo se podrán inactivar fármacos.

La biotransformación se lleva a cabo mayormente a nivel **hepático**, pero también puede tener lugar en el riñón, vías gastrointestinales, piel, pulmones, plasma y cerebro.

Existen algunos factores que pueden influir sobre la biotransformación de los fármacos, entre los cuales se encuentran:

- **Inducción enzimática:** La combinación de un fármaco con otras sustancias que logren aumentar la producción de enzimas que se encargan de biotransformarlo puede ocasionar el aumento de su biotransformación y con ello la disminución en la duración de su acción farmacológica.
- **Inhibición enzimática:** Caso contrario a lo anteriormente descrito es la inhibición enzimática y ocurre cuando un fármaco se combina con otra sustancia que inhiba a las enzimas que se encargan de su biotransformación, lo que provoca mayores niveles en sangre del fármaco original. Las altas concentraciones del medicamento en sangre puede generar toxicidad cuando se trata de fármacos de margen de seguridad estrecho.
- **Edad:** En los recién nacidos existe una deficiencia de enzimas principalmente microsomales hepáticas. En los adultos mayores existe una disminución de estas enzimas, estas deficiencias pueden provocar disminución en la biotransformación hepática de los fármacos.
- **Enfermedades hepáticas:** Cuando existe una patología a nivel del hígado puede provocar una disminución en la tasa de metabolismo de los fármacos que se biotransforman a este nivel, debido a la incapacidad del hígado para producir enzimas biotransformadoras.

La **EXCRECIÓN** o **ELIMINACIÓN** es el último proceso farmacocinético a estudiar. Es el paso de los fármacos desde la circulación hacia el exterior del organismo. **El riñón** es el principal órgano excretor y es el responsable de eliminar las **sustancias hidrosolubles** (sustancias que son fácilmente excretables). El sistema biliar elimina también gran cantidad de fármacos y metabolitos. Los fármacos además pueden eliminarse por otras vías como: los pulmones, la saliva, el intestino, el sudor y la leche materna.

**Eliminación renal:** Es el proceso más importante por medio del cual los fármacos salen del organismo. La eliminación renal se lleva a cabo principalmente en las nefronas (unidad funcional del riñón) y comprende tres procesos: filtración, resorción y secreción.

- *Filtración glomerular:* Se produce un proceso pasivo, en el cual pasan todas las sustancias de bajo peso molecular, prácticamente todos los fármacos.
- *Resorción tubular:* Se realiza en el túbulo proximal, las sustancias liposolubles (no ionizadas) retornan a la circulación general por este medio

mediante difusión pasiva. Las sustancias hidrosolubles e ionizadas no pueden reabsorberse por este tipo de mecanismos, siendo ésta una de las principales razones por las que el metabolismo de los fármacos a compuestos polares facilita su eliminación.

- *Secreción tubular:* Por este medio diversas moléculas transportadoras secretan activamente fármacos y metabolitos desde los capilares peritubulares hasta la luz tubular proximal; estos transportadores son muy eficaces y tiene como propósito, al igual que la filtración glomerular, facilitar la excreción renal de los fármacos y metabolitos.

## Farmacodinamia

La farmacodinamia es un proceso que comprende todas las modificaciones biológicas que se presentan como consecuencia de la interacción de un fármaco sobre los diversos tejidos. En síntesis, la farmacodinamia estudia los efectos que el fármaco hace sobre el organismo. Durante el proceso farmacodinámico se genera una interacción entre el fármaco y una parte del organismo (receptores) que da lugar a la **acción farmacológica** conocida como la modificación de la función de un órgano y se puede clasificar de la siguiente manera:

- a) **Estimulación:** Aumento de la función de un órgano o sistema. Ej: La estimulación del Sistema Nervioso Central.
- b) **Inhibición:** Disminución de la función de un órgano o sistema. Ej: La depresión del Sistema Nervioso Central.
- c) **Reemplazo:** Es aquel que reemplaza alguna sustancia que no se produce en el organismo. Ej: La insulina.
- d) **Antimicrobiano:** Son sustancias que actúan sobre bacterias, hongos, parásitos y virus.

Por otra parte, el efecto farmacológico es la manifestación visible de la acción farmacológica, por ejemplo, la disminución de la frecuencia cardíaca o la disminución del dolor. El efecto farmacológico no será siempre beneficioso para el paciente, se puede encontrar distintos tipos de efectos farmacológicos:

- **Efecto terapéutico:** Siempre será deseado, se produce a dosis terapéuticas para el tratamiento, prevención y diagnóstico de enfermedades.
- **Efecto secundario:** Aparece como consecuencia de los efectos farmacológicos de un fármaco. Ejemplo: La sobreinfección gastrointestinal

ocasionada por la administración de antibióticos, debido a la eliminación de las bacterias que forman parte de la flora normal.

- **Efecto colateral:** Es un efecto que acompaña al efecto farmacológico por afinidad del fármaco a varios tejidos distintos. Ejemplo: La depresión del Sistema Nervioso Central que ocasionan los medicamentos antihistamínicos (fármacos usados para tratar las alergias).
- **Efecto adverso o Reacción Adversa Medicamentosa (RAMs):** Son efectos desfavorables que aparecen a dosis terapéuticas y siempre serán perjudiciales para el paciente. Una RAMs, puede dar lugar a un daño o incapacidad temporal o permanente grave; el ingreso a una Institución hospitalaria; la prolongación del ingreso de un paciente o la muerte. Se conocen distintos tipos de RAMs y su clasificación obedece a las características propias de cada una, entre ellas se tiene las siguientes:
  - **Reacciones Adversas de Tipo A:** Se observan como acontecimientos relacionados con una forma exagerada de manifestarse la acción farmacológica de un fármaco en pacientes con una gran variabilidad interindividual del efecto del fármaco, por ejemplo, las hemorragias ocasionadas por los anticoagulantes orales como la warfarina o la bradicardia presentada en pacientes que reciben beta bloqueantes (atenolol, propanolol). Son reacciones muy frecuentes, dependiente de la dosis, con mejoras si se realizan ajustes de dosis, previsibles, por lo que la monitorización del fármaco desde el momento de su administración es fundamental. Es importante tomar en cuenta que para prevenir este tipo de reacciones adversas se debe determinar en qué grupo de población se presentan o muestran predisposición, para tomar medidas oportunas. Ejemplo de este tipo de reacción es la hemorragia gastrointestinal ocasionada por los AINEs en pacientes adultos mayores, donde su función metabolizadora y excretora están disminuidas o durante la combinación con otros fármacos de acción parecida como los antiplaquetarios.
  - **Reacciones Adversas de Tipo B:** Son aquellas que no tienen que ver con su acción farmacológica, por lo que no se pueden predecir. No son dosis dependientes y obedecen principalmente a características idiosincrásicas del individuo. A este grupo pertenecen las reacciones de mecanismo inmunológico, como las anemias hemolíticas causadas por fármacos de tipo sulfonamidas, la necrolisis epidérmica tóxica o Síndrome de Stevens-Johnson que se puede presentar cuando un paciente se encuentra en tratamiento con AINEs, anticonvulsivantes u omeprazol ó la hipertemia maligna originada por anestésicos generales. No son

reacciones adversas que se presentan de manera frecuente, pero su mortalidad puede ser alta.

- **Reacciones Adversas de Tipo C:** Ocurren a largo plazo, es decir por el uso crónico del medicamento. Un ejemplo comúnmente reseñado en la bibliografía es el riesgo a desarrollar cáncer de mamas las pacientes que toman anticonceptivos orales.

## **Errores comunes en la farmacoterapia**

La administración de fármacos es una de las mayores áreas de riesgo en la práctica de Enfermería. La responsabilidad del profesional de Enfermería es significativa ya que se encuentra como último eslabón en la administración de medicamentos, es decir, el médico prescribe, el farmacéutico dispensa, pero es responsabilidad del profesional de Enfermería no solo administrar, sino también garantizar que la prescripción y dispensación de ese fármaco sean las correctas. En la literatura es ampliamente reportada la aparición de RAMs o la muerte producto de los errores cometidos durante la administración de medicamentos. Las principales causas de ello son las interacciones medicamentosas entre fármacos o la combinación de un fármaco con otra sustancia como una planta medicinal o alimentos; los actos iatrogénicos cometidos durante la administración de fármacos por vía parenteral y la omisión en el monitoreo sanguíneo de fármacos, especialmente aquellos de margen de seguridad estrecho. Cada uno de estos errores conlleva a consecuencias que se expondrá a continuación de manera detallada:

### **1. Interacciones Medicamentosas**

Las Interacciones medicamentosas se definen como la modificación del efecto que puede sufrir un medicamento por la presencia de otro u otros medicamentos, alimentos, plantas medicinales o pruebas de laboratorio que potencien o anulen su efecto. Se puede tener diferentes consecuencias de las interacciones medicamentosas como la interacción beneficiosa que ocurre cuando se combinan fármacos para potenciar un efecto bactericida o broncodilatador, cuando al combinar fármacos se anulan efectos adversos de alguno de ellos o la interacción perjudicial que ocurre cuando al combinar fármacos se anulan efectos terapéuticos o se reduce la absorción o el metabolismo de alguno de los fármacos administrados.

Los pacientes hospitalizados, especialmente aquellos pacientes críticos, quienes son internados en las Unidades de Cuidados Intensivos, representan un reto ante un planteamiento de una terapia farmacológica segura, sabiendo que este tipo de paciente se encuentra polimedicado y frecuentemente presenta múltiples patologías que pueden alterar distribución, biotransformación o excreción de los fármacos, aumentando el riesgo de que las interacciones medicamentosas que se presenten sean de mayor relevancia clínica. Existen diferentes tipos de interacciones medicamentosas que pueden estar presentes cuando se administran fármacos, entre las cuales se tienen:

- **Interacción fármaco-fármaco:** Son producidas por la combinación de 2 o más fármacos en un paciente de forma simultánea. Se clasifican de la siguiente manera:
  - **Interacción farmacéutica:** Ocurren siempre fuera del organismo por incompatibilidades físico-químicas entre el fármaco y otros fármacos que se mezclan en la misma bolsa de infusión o cuando un fármaco precipita o se inactiva en un fluido que sirve como diluyente, (Dextrosa al 5% o Solución Salina Normal), por ejemplo, la penicilina + aminoglucósidos mezclados en una misma bolsa de infusión forman un precipitado insoluble o la inactivación de la noradrenalina, heparina, estreptoquinasa o amiodarona cuando se diluyen en un fluido distinto a la Dextrosa al 5%. A continuación se muestra en la tabla 2 algunas incompatibilidades al momento de mezclar varios fármacos en una misma bolsa de infusión:

*Tabla 2. Cuadro de incompatibilidades físico-químicas de algunos fármacos utilizados frecuentemente en la práctica clínica*

<b>Fármaco Afectado</b>	<b>Fármacos Incompatibles en la Misma Mezcla</b>	<b>Fluidos Incompatibles</b>
Adrenalina	Aminofilina, Metales Pesados (Hierro)	No Se Conocen
Albumina	Vancomicina. Verapamilo, En General, No Mezclar Con Otros Fármacos, Sangre Total, Eritrocitos Concentrados	No Requiere Dilución
Amiodarona	No Se Recomienda Mezclar Con Otros Fármacos	Nacl
Amoxicilina-Acido Clavulanico	No Se Recomienda Mezclar Con Otros Fármacos	D5%
Cefotaxima	Soluciones Que Contengan Bicarbonato De Sodio, En General, No Mezclar Con Otros Fármacos	No Se Conocen
Cefoxitina	Ranitidina, Aztreonam	No Se Conocen
Ceftazidima	Aminoglucosidos, Vancomicina, Ranitidina, Fluconazol, Soluciones De Bicarbonato De Sodio	No Se Conocen

Tabla 2. Cont...

Fármaco Afectado	Fármacos Incompatibles en la Misma Mezcla	Fluidos Incompatibles
Ceftriaxona	Aminofilina, Teofilina, Clindamicina, Vancomicina, Fluconazol, Aminoglucosidos, Sol, Que Contengan Calcio	Sol Hartaman, Sol Ringer Lactato
Cefuroxima	Aminoglucosidos, Ranitidina	No Se Conocen
Ciprofloxacino	Aminofilina, Amoxicilina, Clindamicina	No Se Conocen
Cloruro De Potasio (Kcl)	Amikacina, Amoxicilina, Anfotericina B, Dobutamina, Etoposido, Penicilina G Sódica. No Diluir En Emulsiones Grasas	No Se Conocen
Dexametasona	No Mezclar Con Soluciones Acidas, Vancomicina, Tetraciclinas, Metotrexate, Amikacina, Doxorubicina, Difenhidramina, Ciprofloxacino	No Se Conocen
Dobutamina	Aciclovir, Anfotericina B, Ampicilina, Gentamicina, Metronidazol, Soluciones Que Contengan Bicarbonato.	No Se Conocen
Furosemida	Amiodarona, Diacepam, Dobutamina, Eritromicina, Hidrocortisona, Meperidina, Metoclopramida, Ciprofloxacino, En General, No Mezclar Con Otros Fármacos	No Se Conocen

**Fuente:** Guía para la administración segura de medicamentos. Hospital Universitario Reina Sofía. España.

- **Interacciones farmacocinéticas:** Son las interacciones que ocurren durante los procesos de absorción, distribución, metabolismo o excreción de los fármacos. Durante la absorción, dos fármacos que se encuentran en el aparato digestivo pueden inducir la formación de complejos insolubles (Ciprofloxacina + Calcio), asimismo, cuando ocurre la disminución o aumento del peristaltismo gastrointestinal por parte de fármacos que favorecen o reducen la absorción de otros fármacos administrados simultáneamente (el aumento del vaciamiento gástrico por parte de la metoclopramida disminuye la absorción de fármacos de absorción gástrica); cambios en el pH del medio por acción de algunos fármacos que pueden reducir o favorecer la absorción de otros fármacos (Digoxina+Antiacidos). Durante el proceso de distribución, dos fármacos que tengan fuerte unión a proteínas plasmáticas pueden competir por los mismos sitio de unión a ellas y uno de los fármacos es desplazado por el fármaco que tiene mayor afinidad por la proteína plasmática, lo que aumenta la concentración de la fracción libre del fármaco desplazado. Ejemplo de esto se muestra con la asociación entre la digoxina, la cual se une en un 90% a la albúmina y la quinidina, quien se une en un 99% a la misma proteína. La mayor afinidad la tendrá la quinidina por la albumina,

por lo cual la digoxina queda en forma libre y se une de manera descontrolada al tejido afín. El problema que se puede encontrar con la digoxina es que se trata de un fármaco de margen de seguridad estrecho. El **margen de seguridad de los fármacos** es un término que nos da un aproximado de la seguridad con que se puede manejar un fármaco. Se define como la relación entre la concentración mínima tóxica (CMI) y la concentración mínima efectiva (CME). En la medida en que el valor se acerca más a la unidad (uno), el fármaco tendrá un margen de seguridad estrecho, eso significa que una leve variación en la dosis (velocidad de infusión, horario de administración, mayor cantidad de principio activo, competencia por sitios de unión a proteínas plasmáticas o inhibición en su metabolismo por interacciones farmacológicas) permite que el fármaco pase de los niveles terapéuticos a niveles tóxicos.

En cuanto a las interacciones que ocurren durante el proceso de metabolismo pueden ocurrir dos clases de interacciones: la inducción del metabolismo de un fármaco por la estimulación exagerada que pudiera tener otro fármaco sobre el sistema enzimático que lo metaboliza, haciendo que su efecto sea menos duradero, lo que requiere ajuste de dosis. Entre los fármacos que por excelencia inducen metabolismo de otros medicamentos se encuentran la rifampicina y el fenobarbital. Asimismo, la inhibición del metabolismo de fármacos es la competencia de dos fármacos sobre un mismo sistema enzimático de metabolismo, quedando desplazado el fármaco menos afín al sistema, siendo su metabolismo reducido y dando como resultado aumento de sus concentraciones plasmáticas, este tipo de interacciones es de gran relevancia clínica cuando se inhibe metabolismo de fármacos de margen de seguridad estrecho como la warfarina, teofilina, digoxina o lidocaína. Por último, dentro de las interacciones farmacocinéticas existen las interacciones en procesos de excreción, las cuales pueden beneficiar o perjudicar al paciente. Por ejemplo, si se administra un fármaco que reduce la depuración renal de otro fármaco, esto puede tener un efecto beneficioso en fármacos que requieran una mayor duración de su efecto terapéutico, pero puede tener un efecto perjudicial para fármacos que puedan ocasionar toxicidad cuando se acumulan en sangre.

- **Interacciones farmacodinámicas:** Son interacciones que ocurren potenciando o anulando acciones farmacológicas. Cuando ambos fármacos poseen efectos farmacológicos parecidos puede darse la interacción de sinergismo que puede beneficiar al paciente cuando se potencian efectos

beneficiosos, por ejemplo, la combinación de diuréticos y calcioantagonistas para una mejor terapia antihipertensiva, sin embargo, pueden ser perjudiciales cuando se potencian efectos adversos, como es el caso de la acción nefrotóxica de los aminoglucósidos combinada con la acción nefrotóxica de la vancomicina.

Cuando se anula el efecto farmacológico de un fármaco por la acción de otro se le denomina interacción de antagonismo, que beneficia al paciente cuando se anulan solo efectos adversos (la disminución de efectos muscarínicos por parte de la atropina cuando se administra neostigmina) y es perjudicial cuando los efectos terapéuticos son anulados (la anulación del efecto anticoagulante de la warfarina cuando se administra conjuntamente con vitamina k).

En la tabla 3 se detallan más ejemplos de las interacciones farmacodinámicas.

*Tabla 3.* Interacciones farmacodinámicas de sinergismo y antagonismo

<b>Interacción</b>	<b>Efecto</b>
Ac. Acetilsalicílico – Heparina	Aumento del efecto anticoagulante
Heparina - Clopidogrel	Aumento del efecto antiplaquetario
Ac. Acetilsalicílico – Clopidogrel	Aumento del efecto antiplaquetario
Ac. Acetilsalicílico – Nitroglicerina	Disminución del efecto vasodilatador
Ac. Acetilsalicílico – Ketoprofeno	Aumento de nefropatías y gastropatías
Furosemida - Ac. Acetilsalicílico	Salicilismo
Perindopril - Heparina	Aumento de riesgo de hipercalemia
Atenolol – Ac. Acetilsalicílico	Disminución del efecto ipotensor
Heparina - Captopril	Potencia de la hipercalemia
Ac. Acetilsalicílico – Captopril	Disminución del efecto hipotensor
Digoxina - Furosemida	Posible aumento de la toxicidad de la digoxina
Digoxina - Heparina	Disminución del efecto anticoagulante
Ac. Acetilsalicílico – Enalapril	Disminución del efecto hipotensor
Ramipril - Furosemida	Aumento del efecto hipotensor
Diltiazem – Ac. Acetilsalicílico	Aumento del efecto antiplaquetario
Ac. Acetilsalicílico – Insulina	Aumento de la hipoglucemia
Metformina - Ac Acetilsalicílico	Aumento de la hipoglucemia
Insulina - Furosemida	Disminución del efecto hipoglucemiante
Ketoprofeno - Captopril	Disminución del efecto hipotensor
Captopril - Nifedipina	Aumento del efecto hipotensor

Tabla 3. Cont...

Interacción	Efecto
Furosemida - Captopril	Aumento del efecto hipotensor
Insulina - Nifedipina	Disminución del efecto Hipoglucemiante
Furosemida - Nitroglicerina	Aumento del efecto hipotensor
Alprazolam - Morfina	Aumento de la depresión del S.N.C.
Warfarina - Heparina	Aumento del efecto anticoagulante
Carvedilol - Insulina	Aumento de la hipoglucemia
Furosemida – Espironolactona	Potencia efecto diurético y Antagonismo de efectos adversos
Metformina - Furosemida	Disminución del efecto hipoglucemiante

**Fuente:** Arenas, E. y Deyan, A. (2010). TOXIMED®. Versión 2.2.Valencia: Corporación Carlex.

- **Interacción fármaco-alimento:** Es la potencia o la anulación del efecto farmacológico de un fármaco cuando se administra con algunos alimentos que alteren su absorción, distribución, metabolismo o excreción en el organismo. La interacción fármaco-alimento más frecuente que existe es la de absorción. La tabla 4 muestra algunos ejemplos de las interacciones fármaco-alimento observadas.

Tabla 4. Interacciones Fármaco-Alimentarias

Fármaco	Alimento	Consecuencia
Ciprofloxacina	Chocolate, té, café, leche y sus derivados.	Disminución de la absorción.
Diacepam (IV)	Alimentos ricos en grasas	Aumento de la absorción.
Digoxina	Alimentos ricos en fibra	Disminución de la absorción.
Difenilhidantoína	Proteínas	Aumento de la absorción
Hierro	Hidratos de Carbono	Disminución de la absorción
Warfarina	Leche, huevos	Disminución de la absorción
	Alimentos ricos en vitamina K	Antagonizan su efecto anticoagulante
Benzodiazepinas	Café	Antagonismo del efecto hipnótico.

**Fuente:** La autora

- **Interacción fármaco-planta medicinal:** La actividad farmacológica que tienen las plantas medicinales pueden favorecer la aparición de interacciones con los fármacos convencionales, pudiendo ser de naturaleza farmacocinética de absorción, distribución, metabolismo o excreción ó farmacodinámica de sinergismo o antagonismo. La Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*), un tipo de planta medicinal usada ampliamente en infusiones de venta en supermercados y, con efecto antidepresivo, es una sustancia inductora de metabolismo de una gran cantidad de fármacos como la warfarina, los anticonceptivos orales, digoxina, teofilina, difenilhidantoina, entre otros.
- **Interacción fármaco-prueba de laboratorio:** Los fármacos pueden aumentar o reducir valores de una gran cantidad de estudios de laboratorio por distintos mecanismos como la producción de metabolitos que generan falsas anormalidades negativas o positivas o alteraciones fisiológicas que ocasiona el fármaco, modificando la concentración de la sustancia a valorar. Los aminoglucósidos son fármacos que por su nefrotoxicidad son capaces de producir proteinuria, también, el fenobarbital puede intervenir en la determinación plasmática del fenobarbital.
- **Interacción fármaco-álcohol etílico:** El alcohol es una sustancia que provoca numerosas interacciones medicamentosas con los fármacos, esas interacciones se producen principalmente por dos mecanismos: 1) Las que afectan el proceso de metabolismo, por ejemplo, fármacos como el ketoconazol, las cefalosporinas de tercera generación y el metronidazol inhiben reacciones enzimáticas que permiten la conversión del acetaldehído (metabolito del alcohol) en ácido acético. La acumulación del acetaldehído provoca manifestaciones muy desagradables para el paciente como lo son náuseas, vómitos, sudoración, taquicardia. A este efecto se le denomina antabuse o disulfiram. Asimismo, el alcohol es una sustancia que induce el metabolismo de fármacos permitiendo que la duración del efecto terapéutico sea menor. Entre fármacos que se ven afectados por esta situación se encuentran los anticonceptivos orales, anticoagulantes orales, corticosteroides; 2) Las que potencian las acciones farmacológicas: La acción depresora del Sistema Nervioso Central (SNC) de fármacos como las benzodiazepinas, fenotiacinas, analgésicos opiáceos, antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos de primera generación, entre otros puede estar potenciada por la acción depresora del SNC que también causa la ingesta de alcohol. Además, el alcohol puede incrementar el efecto hepatotóxico del acetaminofen y cuando se utiliza con hipoglucemiantes puede aparecer una hipoglucemia tardía.
- **Interacción fármaco-cigarrillo:** Las sustancias que componen el cigarrillo (nicotina e hidrocarburos aromáticos) son importantes inductores enzimáticos

que reducen de manera significativa la eficacia del medicamento afectado por tal inducción, es por esto que pacientes que fuman de forma crónica requieren ajustes en las dosis de fármacos que ameriten concentraciones plasmáticas muy precisas como lo son los anticoagulantes orales, hipoglucemiantes, antiasmáticos o antihipertensivos).

### 2. Administración Parenteral de Fármacos

La administración de medicamentos por vía parenteral es un acto cotidiano y de responsabilidad legal del profesional de Enfermería. Los fármacos que se administran de forma errónea al paciente representan un acto iatrogénico que causa daño a quien lo recibe y puede presentarse por distintos factores como las incompatibilidades farmacológicas (detalladas en el punto de interacciones medicamentosas), reacciones indeseadas, vías de administración incorrectas, entre otros. La administración por vía intravenosa de los fármacos asegura casi en un 100% que el principio activo se encuentre disponible y que el efecto terapéutico surja mucho más rápido que cuando se utiliza otra vía de administración. Sin embargo, la administración parenteral de los fármacos puede ocasionar complicaciones como flebitis en la administración intravenosa por una vía periférica, así como dolor agudo o necrosis en el punto de inyección cuando se administra por vía intramuscular.

En la administración parenteral de los medicamentos se pueden observar errores que con frecuencia se producen, por ejemplo, error en la interpretación de las pautas de 12 y 24 horas, prescripciones anotadas a última hora no pautadas, diluciones o sueros que permanecen más de 24 horas a temperatura ambiente, diluciones insuficientes de fármacos vasoactivos o antibióticos, reutilización del mismo sistema para fármacos diversos.

Existen normas descritas en la literatura para la administración de fármacos por vía intravenosa directa, infusión continua e intermitente que permiten la segura administración de fármacos por vía intravenosa. A continuación se detallan algunas de ellas:

- Respetar intervalos de administración de fármacos, por ejemplo, dos horas entre antibióticos y/o lavar las vías.
- Respetar el tiempo necesario para la infusión (de 30 a 60 minutos para antibióticos, vitamina k y calcio IV).

- Cuidar las vías periféricas de sustancias irritantes. Usar vías centrales para administrar este tipo de sustancias.
- Cambiar periódicamente de sistemas (cada 48 horas entre antibióticos, cada 24 horas en la NPT).
- Vigilar las precipitaciones que puedan presentarse durante la dilución.
- Las diluciones se consideran estables durante las primeras 24 horas, excepto fármacos como la nitroglicerina o la insulina, quienes tienen una estabilidad de 12 horas.
- Las diluciones que se realicen en dextrosa al 5% no deben permanecer a temperatura ambiente más de 12 horas, ya que su tiempo de posible contaminación es menor que para la solución salina (24 horas).
- Las bacterias gram negativas pueden multiplicarse con rapidez en fluidos como la dextrosa y en preparaciones que contengan lípidos, asimismo el rápido crecimiento de contaminantes como la *Candida* favorece la posibilidad de que el paciente presente micosis sistémica.
- Los fármacos vasopresores como la Noradrenalina, Adrenalina, Dopamina y Dobutamina deben administrarse siempre en vías centrales por su poder irritante.
- Algunos modelos de bombas de infusión y controladores del ritmo no evitan el flujo libre de la medicación, lo que puede dar lugar a una infusión elevada y brusca de fármacos potentes y peligrosos.
- El bicarbonato de sodio y la amiodarona deben prepararse solos por la capacidad que poseen de precipitar cuando se combinan con otros fármacos en una misma mezcla de infusión.
- El tiempo mínimo de administración de fármacos por vía intravenosa directa debe ser 1-2 minutos. El exceso en la velocidad de administración puede ocasionar shock, debido a que las concentraciones plasmáticas aumentan hasta una concentración tóxica.
- No todos los fármacos pueden administrarse por vía intravenosa directa, por ejemplo las soluciones de cloruro de potasio por esta vía pueden desencadenar disritmias que ponen en peligro la vida del paciente.
- Fármacos de naturaleza ácida como la amiodarona, atropina, dobutamina, dopamina, noradrenalina, nitroglicerina no deben ser mezcladas con sustancias de naturaleza alcalina como el bicarbonato de sodio, insulina, heparina, difenilhidantoina o furosemida.
- Fármacos como la amiodarona, claritromicina, aciclovir, sulfametoxazol requieren de grandes volúmenes de fluidos para su dilución (250cc).
- Ningún fármaco puede ser diluido en soluciones como el manitol, productos sanguíneos, NPT.

- La sueroterapia simultánea con dextrosa al 5% ocasiona hemolisis, su administración debe ser por separado unas horas antes o después de la administración del hemoderivado.

### 3. Monitoreo de Fármacos

Determinar el comportamiento farmacocinético de un fármaco en un individuo depende de muchos factores que afectan los procesos de absorción, distribución, biotransformación y excreción. Estos factores están en directa correlación con la edad, género, fenotipo, sexo, factores ambientales, tabaquismo, consumo de alcohol, patologías del paciente (insuficiencia renal, trastornos hepáticos e insuficiencia cardíaca congestiva) y la combinación con fármacos que pueden generar interacciones farmacológicas. El monitoreo de fármacos permite en este sentido predecir el comportamiento del medicamento, mediante el análisis de sus concentraciones plasmática a lo largo del tiempo. La misma dosis administrada a varios pacientes produce concentraciones biológicas muy variables entre ellos, por lo que muchas veces existe la necesidad de individualizar los tratamientos farmacológicos, adaptándolos a las características de cada paciente.

No todos los fármacos son candidatos para ser monitorizados en sangre, por ejemplo, fármacos que poseen un amplio margen de seguridad como las penicilinas o las vitaminas pueden ser usados en altas dosis sin producir efectos tóxicos. Sin embargo, existen otros fármacos que por su margen de seguridad estrecho requieren una monitorización terapéutica periódica de los niveles de fármacos en sangre, en el cual se determina la relación existente entre la concentración plasmática de los fármacos y la observación de sus efectos terapéuticos o tóxicos, con ello se logra reducir en lo posible la aparición de efectos adversos, así como comprobar que la dosis y el intervalo de dosificación son adecuados. Los fármacos que requieren monitorización terapéutica (tabla 5) muchas veces son de margen de seguridad estrecho y rápidamente una respuesta terapéutica se convierte en una respuesta tóxica, por lo que se hace necesario el monitoreo periódico de sus concentraciones plasmáticas, sin embargo, existen otras razones por las cuales se debe realizar la monitorización, por ejemplo, en los casos donde las dosis necesarias para conseguir un efecto terapéutico o la aparición de efectos tóxicos varíe de un paciente a otro; la presencia de patologías y su influencia en procesos farmacocinéticos que modifiquen las concentraciones plasmáticas de los fármacos; los efectos adversos de un fármaco que puedan ser similares a las manifestaciones de una patología que presente el paciente, en este

caso la determinación de los niveles plasmáticos del fármaco permite distinguir entre los síntomas de la enfermedad y los producidos por el fármaco.

Tabla 5. Fármacos que requieren monitorización terapéutica

Fármaco	
Carbamacepina	Fenobarbital
Ácido Valproico	Antiretrovirales
Difenilhidantoína	Haloperidol
Lidocaína	Vancomicina
Ácido Acetilsalicílico	Aminoglucósidos
Acetaminofen	Digoxina
Metotrexato	Teofilina
Ciclosporina	Warfarina

**Fuente:** La Autora

Para que la monitorización terapéutica de los fármacos sea de utilidad es importante que exista un método analítico confiable que permita su determinación, que exista una relación entre dosis administradas y niveles alcanzados y, que se produzca una buena relación entre los niveles plasmáticos del fármaco y sus efectos terapéuticos o tóxicos, de esta manera disminuye la probabilidad de que aparezcan efectos adversos, se resuelven dudas en cuanto a la ineficacia o toxicidad de los fármacos y además, se podrá evaluar en el paciente intoxicado la cantidad de fármaco que hay en un paciente cuando este no se puede conocer o no hay datos confiables acerca de la cantidad ingerida.

### Farmacovigilancia

La presencia de las RAMs, especialmente en pacientes hospitalizados, las interacciones medicamentosas que surgen día a día con las combinaciones entre fármacos ampliamente conocidos en el mercado y aquellos apenas postcomercializados y, el uso irracional de los fármacos, son situaciones que exigen una vigilancia en el uso de los fármacos. Desde la década de los 60, la OMS ha promovido un sistema destinado a la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos asociados al uso de los medicamentos una vez comercializados llamado **farmacovigilancia**. Este sistema ha sido creado con

la finalidad detectar, estudiar y prevenir RAMs, así como otros problemas relacionados con la administración de fármacos como lo son los errores de medicación que ponen en peligro la salud el paciente.

La farmacovigilancia proporciona de forma continuada, la mejor información posible sobre la seguridad de los fármacos, y de esta forma adopta medidas oportunas que aseguran que los medicamentos disponibles en el mercado presentan una relación beneficio-riesgo favorable para el paciente. La información que obtienen los centros de farmacovigilancia acerca de las RAMs proviene de publicaciones o notificaciones de quienes investigan sobre los medicamentos en hospitales, universidades, laboratorios o la industria farmacéutica; la notificación también puede ser a través de la tarjeta amarilla, un programa de Notificación Espontánea de Reacciones Adversas a Medicamentos que recoge información acerca de sospechas de RAMs realizadas por profesionales de la salud (médicos, enfermeros, farmacéuticos, odontólogos) y la identificación de señales de alerta una vez recogidos los datos y evaluada la sospecha, que lo realiza el centro de farmacovigilancia.

En Venezuela, La Ley del Medicamento vigente establece en sus artículos 31 y 32, que los profesionales de la salud y fabricantes tendrán la obligación de informar a los organismos responsables de la farmacovigilancia, todas las reacciones adversas a los medicamentos que pudiesen detectar. Por esta razón, a partir de 1987, se crea en Caracas el Centro Nacional de Vigilancia Farmacológica (CENAVIF), como Unidad adscrita a la Sección de Farmacología Clínica Sanitaria del Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”, este centro es quien recibe la información procedente de centros efectores a nivel regional y nacional y luego es enviado al centro piloto ubicado en Washington, Estados Unidos. Actualmente existen 04 centros efectores en la ciudad de Caracas (Hospital de Coche, Facultad de Farmacia, Universidad Santa María, Facultad de Enfermería, Universidad Central de Venezuela, Facultad de Farmacia, Universidad Central de Venezuela “CEFARVI”); 01 Centro de Farmacovigilancia en el Estado Carabobo (Universidad de Carabobo); 01 Centro de Farmacovigilancia en el Estado Sucre (Hospital Antonio Patricio Alcalá); 02 Centros de Farmacovigilancia en el Estado Mérida (Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de los Andes).

El intercambio entre estos centros regionales y nacionales de farmacovigilancia, la formación teórica-práctica del profesional de salud acerca de la seguridad de los medicamentos y la implementación de programas de farmacovigilancia favorece el uso seguro de los medicamentos en las instituciones de salud,

promueve la confianza de pacientes en los medicamentos que está utilizando, logra que se anticipen y gestionen los riesgos asociados al uso de medicamentos, se actualiza la información referente al uso de fármacos difundida por parte de entes gubernamentales, favorece la comunicación entre los profesionales de la salud y la comunidad y, capacita a los profesionales de la salud para que entiendan la eficacia y los riesgos de los fármacos que prescriben, en general se ofrece una mejor atención al paciente y se previenen los errores provenientes de la administración de medicamentos.

### **Consideraciones finales**

La farmacoterapia en el paciente hospitalizado es una responsabilidad del profesional de Enfermería, lo cual implica que el mismo debe poseer conocimientos, habilidades y destrezas para la preparación y administración de la terapéutica, bien sea por vía oral o vía parenteral. El cuidado integral del paciente hospitalizado exige del profesional de Enfermería el manejo de conceptos básicos sobre la farmacoterapia tales como: la farmacocinética, la absorción, la distribución, la biotransformación, farmacodinamia y la excreción de los fármacos. Asimismo, es fundamental que el profesional de Enfermería conozca sobre los efectos adversos o reacciones adversas medicamentosas, ya que al poseer conocimientos básicos sobre estos aspectos permite que este profesional actúe de manera eficaz y eficiente al momento de preparar y administrar los medicamentos. Uno de los aspectos fundamentales que debe conocer el profesional de Enfermería son las interacciones medicamentosas ya que se pueden tener diferentes consecuencias de las mismas, como la interacción beneficiosa que ocurre cuando se combinan fármacos para potenciar un efecto bactericida o broncodilatador, cuando al combinar fármacos se anulan efectos adversos de alguno de ellos o la interacción perjudicial que ocurre cuando al combinar fármacos se anulan efectos terapéuticos o se reduce la absorción o el metabolismo de alguno de los fármacos administrados.

Los pacientes hospitalizados, especialmente aquellos pacientes críticos, quienes son internados en las Unidades de Cuidados Intensivos, representan un reto ante un planteamiento de una terapia farmacológica segura, sabiendo que este tipo de paciente se encuentra polimedicado y frecuentemente presenta múltiples patologías que pueden alterar la distribución, biotransformación o excreción de los fármacos, aumentando el riesgo de que las interacciones medicamentosas que se presenten sean de mayor relevancia clínica.

Otro de los aspectos a considerar en la terapéutica del paciente hospitalizado es la administración de medicamentos por vía parenteral es un acto cotidiano y de responsabilidad legal del profesional de Enfermería. Los fármacos que se administran de forma errónea al paciente representan un acto iatrogénico que causa daño a quien lo recibe y puede presentarse por distintos factores como las incompatibilidades farmacológicas, reacciones indeseadas, vías de administración incorrectas, entre otros.

Por último pero no menos importante esta la farmacovigilancia, la cual proporciona de forma continuada, la mejor información posible sobre la seguridad de los fármacos, y de esta forma adopta medidas oportunas que aseguran que los medicamentos disponibles en el mercado presentan una relación beneficio-riesgo favorable para el paciente. En Venezuela, la Ley del Medicamento vigente establece en sus artículos 31 y 32, que los profesionales de la salud y fabricantes tendrán la obligación de informar a los organismos responsables de la farmacovigilancia, todas las reacciones adversas a los medicamentos que pudiesen detectar.

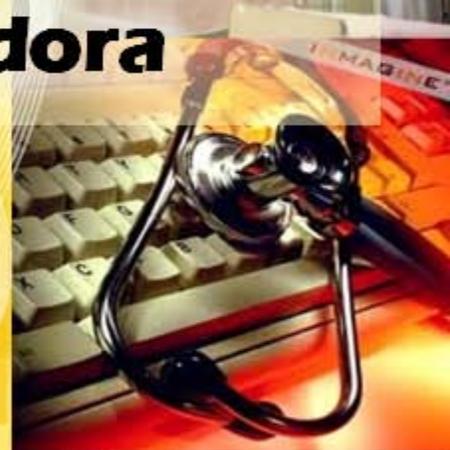
### Referencias

Arenas, E. y Deyan, A. (2010). TOXIMED®. Versión 2.2. Valencia: Corporación Carlex.

Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel (2013). CENAVIF. Sistema CENAVIF/Planilla de farmacovigilancia. URL Disponible en: <http://www.inhrr.gob.ve/>.



**El cuidado de enfermería a la  
persona adolescente  
hospitalizada en las unidades  
de emergencia y de cuidados  
intensivos: una visión  
holística-integradora**



**Ani Evies • Amarilis Zambrano  
Alexis Guerrero • Elyana Coronel**

# **El cuidado de enfermería a la persona adolescente hospitalizada en las unidades de emergencia y de cuidados intensivos: una visión holística-integradora**

**Ani Evies, Amarilis Zambrano,  
Alexis Guerrero y Elyana Coronel**

*“La ciencia genuina, hasta donde alcanza su verdadera doctrina, carece de profundidad. La profundidad es cosa de la sabiduría”*

*Edmund Husserl*

## **Introducción**

El origen del cuidado humano se remonta a tiempos prehistóricos en los que las creencias del hombre primitivo sobre la existencia de seres sobrenaturales, la observación de ciertos sucesos recurrentes de la naturaleza, la aparición de plantas y animales salvajes, lo obligó, a crear y utilizar mecanismos protectores para tratar de asegurar y mantener “la continuidad de su propia vida, del grupo y de la especie”, tal como lo expresa Colliere (1993, p. 6).

Waldow (1998, p. 129) expresa que el cuidado envuelve una relación recíproca e influyente, basada en valores y en el conocimiento del ser que cuida y con el ser que es cuidado y a su vez la persona cuidada se transforma en cuidador, en la medida que participa autocuidándose, al hacerse responsable en forma parcial y/o total de su cuidado, estima que el cuidado humano es “una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso con y estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, en la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad”.

A lo largo de la historia los/las adolescentes han experimentados circunstancias socio históricas importantes, según Díaz (2006), esto ha inducido en la sociedad actual, generalizaciones ampliamente extendidas sobre los adolescentes, basadas en información fragmentada sobre grupos limitados de los mismos. Pero, los cambios de siglo tienen la propiedad de estimular reflexiones sobre cómo han sido las cosas y sobre cómo podrían o deberían ser.

Los/las adolescentes son un grupo heterogéneo y aunque un gran porcentaje de ellos realizan eficazmente la transición de la infancia a la etapa adulta, otro porcentaje bastante importante no lo consigue y no tiene el apoyo y las oportunidades adecuadas, llevando actualmente a una situación de injusticia generacional, en la que desproporcionalmente el apoyo institucional y gubernamental, va dirigido a las personas mayores, generando esto, desigualdades en la forma de cuidado por el equipo de salud.

Al referirse a la adolescencia, la Organización Mundial de la Salud (OPS) (1997) reconoce que esta etapa identifica al grupo poblacional de 10 a 19 años. Sin embargo, se considera que ésta es una forma convencional de ubicar a dicho grupo, pues es una etapa compleja y de transición en el estatus biopsicosocial de la persona, que varía de una persona a otra; de un núcleo familiar a otro; de una cultura a otra. Por ello, Dulanto (2000, p. 247) considera que “la adolescencia es una etapa crítica del desarrollo humano, dominada por la tarea de lograr la maduración psicosocial del individuo”.

Según Santrock (2004), la adolescencia:

Es el periodo evolutivo de transición entre la infancia y la etapa adulta, que implica cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales. Entender el significado de la adolescencia es importante porque ellos son el futuro de toda la sociedad. Estos van desde el desarrollo de las funciones sexuales hasta el pensamiento abstracto y la búsqueda de la autonomía (p. 14).

Esto determina la importancia de entender el significado de la adolescencia y del grupo humano ubicado en ella, porque representan el futuro de toda sociedad. Ideas semejantes expresa Díaz (2006, p. 121) al reconocer que la adolescencia “es el período de crecimiento físico y psicosocial que marca la transición de la infancia a la edad adulta”.

Al reflexionar sobre los cambios en la persona adolescente, Santrock (2004) especifica que su desarrollo está determinado por los siguientes procesos:

*Procesos biológicos*, que implican cambios físicos en el cuerpo del individuo. Los *procesos cognitivos* que originan cambios en el pensamiento y la inteligencia. Los *procesos socioemocionales* que originan cambios en las relaciones del individuo con otras personas, las emociones, la personalidad y el papel que desempeñan los contextos sociales en el desarrollo (p. 13).

La visión sobre la persona adolescente desde el punto de vista de la holicidad, exige conocer, que los procesos especificados por Santrock (2004) se originan en forma interdependiente, relacionados intrínsecamente en permanente influencia, consigo mismo y con un entorno siempre modificándose. Por ello, su cuidado amerita una visión integral como persona, pues como lo afirma Krauskopf (2000):

El desarrollo adolescente se da en una delicada interacción con los entes sociales del entorno; tiene como referente no sólo la biografía individual, sino también la historia y el presente de su sociedad. Es el período en que se produce con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psicosociales, las metas socialmente disponibles, las fortalezas y desventajas del entorno (p. 9).

Los / las adolescentes en su justa dimensión, son considerados personas que deben tomar grandes decisiones que los pueden marcar para toda la vida, y esta maduración como persona lo va a llevar a reconocer como un sujeto con deberes y derechos, consciente de pertenecer a una sociedad a la que aporta realidad individual y donde comparte valores y proyectos. En este sentido, el cuidado humano garantiza la calidad de atención que se brinda a las / los adolescentes.

El marco jurídico venezolano establece que las / los adolescentes son sujetos plenos de derecho tal como se describe en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) en su artículo 78 que señala lo siguiente, el cuidado a las personas adolescentes, les permite incorporarse de manera protagónica a la comunidad, regida por los principios de gratuidad, universalidad, equidad, integralidad y solidaridad, lo que le permite reinterpretar subjetiva y culturalmente las situaciones, los momentos y las circunstancias para construir su propia visión de la realidad; por lo tanto, los hechos, los grupos, las sociedades

no pueden fragmentarse y el cuidado debe realizarse desde un enfoque holístico ya que la esencia de la práctica del equipo de salud y especialmente del profesional de Enfermería es el cuidado humanizado, como parte de él, se perfila una complejidad de vivencias del ser humano cuidado que puede lograrse, mediante una comprensión de las mismas y es lo que hace necesario y apremiante seguir en la búsqueda de esta esencia para poder identificar la naturaleza, amplitud y objeto del conocimiento sobre el cuidado a la persona adolescente, como medio para dirigir y orientar acciones cuidadoras acordes a la naturaleza de los mismos.

La riqueza del cuidado se evidencia cuando la conceptualización y la teoría fundamentan armoniosamente la práctica del mismo, bajo un enfoque unitario que exige tener en cuenta la integralidad de las dimensiones que estructuran la personalidad del adolescente, conocer que su mundo es tan amplio y complejo, por lo que para proporcionar un cuidado individualizado, se requiere entrar en su propio mundo para entender sus vivencias e inquietudes como una forma de fomentar su autonomía de ser humano, respetando siempre su condición humana, sin afectar la calidad del cuidado.

Al respecto, Zambrano y Román (2003) reconocen que el cuidado en Enfermería:

Es una experiencia vivida y compartida entre un mínimo de dos subjetividades: La persona cuidada y la persona enfermera. Ambas subjetividades se reconocen como personas, a la vez que se origina una interacción, en la que se evidencian expresiones verbales y no verbales, facilitadoras del proceso de cuidar, creándose respuestas de cuidado que nutren, fortalecen dicha interacción (p. 127).

El enfoque anterior sobre el cuidado es divergente del modelo imperante en el ejercicio de la práctica de los profesionales de la salud, pues la mayoría de las veces sus actividades se orientan a tratar los desequilibrios que afectan los órganos y sistemas del cuerpo del adolescente, sin considerar las otras dimensiones (psicosocioculturales) que lo estructuran, pues las/los adolescentes son atendidos fragmentadamente por los profesionales de la salud y sin considerar el cuidado de ellos, bajo un enfoque integral. Es decir, el cuidado que predomina, es el trabajo separado e individual de cada uno de los representantes de las diferentes profesiones vinculadas al sector salud.

A esto se adiciona, la premisa de que las / los adolescentes son considerados *tierra de nadie*, lo cual ha generado discusiones a nivel de los profesionales de la

salud, en el sentido de que algunos argumentan, que los jóvenes han de ser atendidos por el médico pediatra, mientras que otros piensan que han de ser controlados por el médico internista, lo que ocasiona la inexistencia de una visión integral sobre el cuidado del adolescente, que deben poseer los profesionales de la salud (Eviés, 2010).

Proporcionar cuidado a la persona adolescente es reconocerlo como un ser humano, porque no se debe olvidar que para la persona adolescente la hospitalización en escenarios poco habituales, rodeado de profesionales de salud, hasta ahora desconocidos, así como procedimientos, equipos eléctricos y ruidos alteran aún más su estabilidad emocional, todo esto hace que requieran de acciones cuidadoras para superarlas y asegurar así, el mantenimiento de su propia vida, por lo que se debe procurar perfilar un cuidado personalizado, singular e individualizado, con unas características del cuidador muy especiales y acciones cuidadoras integrales tales como demostrar *preocupación, respeto, empatía*, vocación humanista, interés por la vida, solidaridad, discreción, autenticidad personal, compromiso, interactuar con ellas, esto requiere conocimiento, sensibilidad y pensamiento crítico para ayudarlos a satisfacer sus necesidades.

Los caminos de la antropología para cuidar al adolescente de una manera sensible, y congruente es, ciertamente, abordar el fenómeno con una mirada comprensiva e integral, implica no sólo entender a las personas en ese contexto, sino entender que se cuida a alguien, de manera sensitiva y congruente. Es concebir a la persona adolescente en términos de holicidad o unicidad.

Saber cuidar expresa no sólo una sabiduría importante de la vida, sino una actitud esencial en el desarrollo de nuestro ser humano, en el cuidado que se ofrece a la persona adolescente considerando las actitudes que convierten la vida en un vivir bien y las acciones en un recto actuar. Es por esto, que se debe ofrecer un cuidado integral al adolescente.

### **Consideraciones finales**

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) en su artículo 78, señala lo siguiente: Los adolescentes son sujetos plenos de derecho y estarán protegidos por la legislación, órganos y tribunales especializados... por lo tanto, los hechos, los grupos, las sociedades no pueden fragmentarse y el cuidado debe

realizarse desde un enfoque holístico ya que la esencia de la práctica del equipo de salud y especialmente del profesional de Enfermería es el cuidado humanizado.

Proporcionar cuidado a la persona adolescente es reconocerlo como un ser humano integral, el cual en un momento dado amerita ser ingresado a las instituciones de salud, lo cual exige ser atendido por profesionales de la salud altamente calificados, ya que el mismo requiere de acciones cuidadoras integrales, las cuales deben ser demostradas en los entes cuidadores a través de valores personales tales como: demostrar interés, *preocupación*, *respeto*, *empatía*, vocación humanista, interés por la vida, solidaridad, discreción, autenticidad personal, compromiso, interactuar con ellas, esto requiere conocimiento, sensibilidad y pensamiento crítico para ayudarlos a satisfacer sus necesidades.

## Referencias

- Colliere, Marie F. (1993). Promover la vida. España: Editorial McGraw Hill Interamericana.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Diciembre 30, 1999). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Número 5.453. Caracas, Venezuela. Editorial Corporación Big Ben, C.A.
- Díaz, Marta y Otros (2006). Tratado de enfermería de la infancia y la adolescencia. España: Editorial Interamericana McGraw Hill.
- Dulanto, Enrique (2000). El adolescente. España: Editorial McGraw Hill Interamericana.
- Evies, Ani y Zambrano de Guerrero, Amarilis (2010). El cuidado humano en las instituciones de salud: El significado que le asigna la persona adolescente como receptora. Tesis Doctoral. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Doctorado en Enfermería. Área de Concentración: Salud y Cuidado Humano. Valencia-Venezuela.
- Krauskopf, Dina (2000). Participación social y desarrollo en la adolescencia. (2da ed). Costa Rica: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud (1997). Actividades a favor de la salud de los adolescentes. Washington, EEUU.
- Santrock, John (2004). Adolescencia. (9na ed). España: Editorial McGraw Hill.

Waldow, Vera (1998). Cuidado humano. El rescate de lo necesario. Brasil: Editorial Sagra Luzzatto. Traductor: Rosa Gonzáles.



# **El proceso de enfermería al paciente con alteraciones cardiovasculares y respiratorias: una visión integral**

**Berta Guevara • Doancely Tovar  
Luis Rodríguez**



## El proceso de enfermería al paciente con alteraciones cardiovasculares y respiratorias: una visión integral

Berta Guevara, Doancely Tovar y Luis Rodríguez

*“Ciencia y humanismo han de ser un abrazo y no un muro  
que separa razón y sentimiento”*

*Pablo Serrano*

### Introducción

El presente capítulo está referido a la utilización del proceso de Enfermería al paciente con alteraciones cardiovasculares y respiratorias. Se exponen algunos aspectos relacionados con cada una de las etapas del proceso de Enfermería que están vinculadas con el paciente con trastornos cardiovasculares y respiratorios; aspectos necesarios que el profesional de Enfermería debe considerar al momento de cuidar a las personas con estas patologías. Es importante, mencionar que sólo se plasma en este capítulo la aplicabilidad del Proceso de Enfermería en estos pacientes debido a las estadísticas de morbilidad en las unidades de emergencia de adultos, sin menoscabo de otras patologías que son de interés para el profesional de Enfermería. Las enfermedades anteriormente mencionadas generan un elevado costo día/cama a nivel de cualquier centro asistencial en lo que implica los métodos diagnósticos, tratamiento, rehabilitación entre otros aspectos; esto unido al hecho de que estos pacientes son dependientes en lo referente al cuidado que debe ser proporcionado por los profesionales de Enfermería, lo cual exige que este personal posea conocimientos, habilidades, destrezas, valores, cualidades; es decir un perfil que integre el aspecto ontológico, epistemológico y lo axiológico, filosofía integradora que debe constituir el norte de la actuación de estos profesionales. La utilización del proceso de Enfermería es la alternativa para

demostrar la existencia de esa filosofía integradora en el actuar de estos profesionales.

En los capítulos anteriores se hizo mención a la particularidad de la persona como un ser único con características individuales, lo cual obliga al profesional de Enfermería ofrecer un cuidado personalizado. Cuando se hace referencia a la primera etapa del proceso de Enfermería que es la Valoración, la cual comprende la valoración subjetiva y objetiva, es fundamental que se consideren algunos aspectos que van a determinar el éxito o fracaso de una valoración efectiva. Entre estos aspectos están, el tener Conocimientos sobre: La Persona: su dignidad y sus derechos. La Salud: cómo un Proceso dinámico, vulnerable y frágil. La Enfermedad que afecta a la persona. La Familia del paciente como pilar fundamental del cuidado del mismo. Los Valores y Cultura tanto del profesional de Enfermería como de la persona que éste cuida. El Entorno que sin duda va a influir en la evolución de la persona cuidada, y por último el conocimiento que posee el profesional de Enfermería sobre las diversas asignaturas que curso este profesional durante su formación académica, tales como: Anatomía, fisiología, farmacología, fisiopatología, las clínicas de Enfermería entre otras. Además de todo este cúmulo de conocimientos, el profesional de Enfermería debe poseer habilidades en: Observación sistemática del paciente, una comunicación eficaz, relación de ayuda, obtener y registrar la historia de salud del paciente que es cuidado y habilidades para realizar exploración física.

Una vez revisados algunos aspectos que son necesarios para dar inicio a la primera fase del proceso de Enfermería como lo es la valoración, se revisa el proceso de Enfermería en una persona con alteraciones cardiovasculares. ¿Qué valorar en estos pacientes cuando ingresan por las unidades de emergencia, unidades de cuidados cardiovasculares o las unidades de cuidados intensivos? ¿Qué datos desde el punto de vista subjetivo tienen relevancia para ser obtenidos por Enfermería?

## **El proceso de enfermería a la persona con alteraciones cardiovasculares**

### **Valoración subjetiva**

El profesional de Enfermería con un paciente con alteraciones cardiovasculares que deberá interrogar al paciente respecto a: “Factores de riesgos modificables y

no modificables para enfermedad cardiovascular. Presencia de dolor precordial, disnea, palpitaciones” (Brunner, Suddarth, 1999, pp. 526-527).

Entre los patrones funcionales de salud que pueden estar interferidos en la persona con alteraciones cardiovasculares están: **Actividad y Ejercicios, Cognitivo Perceptual, Autopercepción, Autoconcepto, Manejo y Percepción del Estado de Salud.**

Es importante, recordar que cada paciente es una individualidad, lo que implica que pueden estar interferidos otros patrones funcionales de salud; a manera de sintetizar se muestran los patrones funcionales mencionados anteriormente.

Con respecto a los patrones funcionales de salud alterados Long, Phipps y Cassmeyer (1999) recomiendan lo siguiente:

**Patrón de Actividad y Ejercicio: ¿Qué indagar?** Describa: a.-Las molestias que siente el paciente. b.-Cansancio o fatiga al: Caminar, subir escalera. c.-Cambios en su nivel de energía. d.-Actividades que ya no puede realizar. **Patrón Cognitivo Perceptual: ¿Qué indagar?** Describa: a.-**Cognitivo:** ¿Qué conoce de la enfermedad? ¿Qué conoce de los factores de riesgo? ¿Qué conocimiento tiene del tratamiento, de la dieta? b.-**Perceptual:** Presencia de Dolor: Indagar sobre: Aparición, localización, intensidad, concomitantes, irradiación, acalia o alivio del dolor (A.L.I.C.I.A.). ¿Factores que desencadenan el dolor? (pacientes con angina de pecho). Duración del dolor. *Es importante que el profesional insista en la descripción del dolor por parte del paciente.* **Patrón de Autopercepción-Autoconcepto: ¿Qué indagar?** Describa: a.-¿Cómo se siente el paciente? b.-¿Hay temor? c.-¿Hay preocupaciones? d.-¿Hay ansiedad? e.-¿Expectativas actuales? f.-¿Falta de confianza en sí mismo? **Patrón de Manejo y Percepción del Estado de Salud: ¿Qué indagar?** Describa: a.-¿Qué capacidad tiene el paciente de adherirse al régimen terapéutico? b.-¿Cómo cuida la salud antes de ser hospitalizado? (pp. 603-608).

Tomando como referencia lo expresado por los autores antes mencionados es fundamental, que el profesional de Enfermería realice un interrogatorio minucioso al paciente con alteraciones cardiovasculares ya que esto le sirve como referencia para identificar diagnósticos de Enfermería reales y colaborativos lo que le orientará para realizar los planes de cuidado jerarquizados de acuerdo a los

diagnósticos identificados. Conjuntamente con la valoración subjetiva esta la objetiva.

### **Valoración objetiva**

Para que el profesional de Enfermería efectúe una adecuada valoración física, es importante que éste realice el examen físico general y el examen físico segmentario. Urden, Lough y Stacy (1999, p. 101) especifican que en el paciente con alteraciones cardiovasculares se debe realizar primeramente el Examen físico General: Entre los aspectos a valorar en el examen físico general se tienen: Signos vitales, la postura, la Facie y la piel. Entre los signos vitales a considerar como prioridad en el paciente con alteraciones cardiovasculares están: La valoración de la presión arterial, el pulso y la respiración sin menoscabo de la temperatura corporal. La postura o posición que el paciente adopte es importante a considerar por el personal de Enfermería, ya que la misma orientará sobre el grado de disnea. Con respecto a la Facie, es fundamental que el profesional de Enfermería esté atento a la expresión facial, ya que la misma traduce ansiedad, angustia, temores producto del dolor precordial en el caso de un paciente con infarto de miocardio o angina de pecho, o de la disnea en el caso de un paciente con Insuficiencia cardiaca congestiva, shock cardiogénico. La valoración de la piel es otro aspecto que se debe examinar en estos pacientes, debido a la palidez, cianosis o sudoración profusa (diaforesis) si existe compromiso hemodinámico.

Asimismo, señalan (Urden, Lough y Stacy; 1999) que unido al examen físico general todo profesional de Enfermería debe complementar la valoración del paciente con alteraciones cardiovasculares con el **Examen físico Segmentario**: Entre los aspectos a valorar en el examen físico segmentario o especial en el paciente con alteraciones cardiovasculares se tienen:

**Inspección: a.-Cuello:** Venas Yugulares, en busca de ingurgitación yugular. **b.-Tórax:** Para el profesional de Enfermería tiene importancia semiológica la inspección del ápex ya que a través de ésta semiotecnia permite observar si existe un desplazamiento del ápex fuera de la línea media clavicular. **Palpación: a.-Tórax:** Es fundamental la palpación del tórax en busca del ápex, que por lo general no debería palparse, el profesional de Enfermería buscara si existe un desplazamiento del mismo fuera de la línea media clavicular, como es el caso de la hipertrofia ventricular izquierda.

Asimismo, es importante la palpación de los pulsos periféricos y el llenado capilar. **Auscultación: a.-Tórax:** A través de la auscultación del tórax el profesional de Enfermería obtendrá información sobre la frecuencia cardíaca, focos cardíacos y ruidos cardíacos. **Inspección y palpación de: a.-Miembros superiores e inferiores:** En busca de edemas y fóvea (pp.101-105).

Así mismo los autores antes citados refieren que:

**Pruebas de Laboratorio y Exámenes Especiales a Considerar en el Paciente con Alteraciones Cardiovasculares:** Entre los exámenes de laboratorio de rutina y especiales que se le deben realizar al paciente con alteraciones cardiovasculares se encuentran: a.-Hemograma. b.- Química sanguínea. c.-Enzimas cardíacas en el Infarto del Miocardio (IM). d.-Pruebas de coagulación en el IM (Cuando el paciente entra en el protocolo de tratamiento trombolítico). e.-Electrocardiograma (EKG). f.-Ecocardiograma. g.-Prueba de esfuerzo. h.-Holter. i.- Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA) (pp. 107-111).

Atendiendo lo referido por los autores antes citados, es fundamental que el profesional de Enfermería que cuida al paciente con alteraciones cardiovasculares posea conocimientos sobre los exámenes de laboratorio de rutina, especiales y complementarios que requiere este tipo de paciente lo que le permitirá su interpretación para tomar decisiones en un momento determinado, que aunque se conoce que son decisiones colaborativas también es cierto que existen acciones de tipo independientes que ayudaran bien sea a prevenir o a tratar complicaciones en un momento determinado. Una vez que el profesional de Enfermería haya interpretado los datos objetivos obtenidos mediante el examen físico general y segmentario y a través de las pruebas de laboratorio y exámenes especiales estará en condiciones de identificar y priorizar los diagnósticos de Enfermería reales, de riesgo y los Problemas Colaborativos (PC), los cuales se mencionan a continuación.

## Diagnósticos de enfermería en el paciente con alteraciones del sistema cardiovascular

A continuación, se muestran algunos diagnósticos de Enfermería que se pueden identificar en un paciente con alteraciones cardiovasculares según Long, Phipps y Cassmeyer (1999):

a.-Intolerancia a las actividades. Nivel.... Relacionado con: Desbalance entre la oferta y la demanda de oxígeno. *Es importante recordar que el nivel va a depender de la tolerancia que tenga el paciente a las actividades que puede variar desde el nivel I al IV.* b.- Déficit de autocuidado: Baño, arreglo, nutrición. Relacionado con: Reposo en Cama. c.-Déficit de Conocimiento en cuanto a: Factores de riesgo, patología, tratamiento. Relacionado con: Falta de Información. Interpretación deficiente de la información. Falta de Interés. d.- Ansiedad. Relacionada con: Dolor precordial. Sensación inminente a la muerte. Ambiente Hospitalario. e.-Alto riesgo para lesión física. Relacionado con: Mareos y debilidad. f.-PC: Arritmias Cardíaca. g.- PC: Tromboembolismo pulmonar. h.-Disminución del Gasto Cardíaco. i.-Dolor precordial (pp. 615-620).

Una vez identificados los diagnósticos de Enfermería y clasificados de acuerdo a su intervención, los profesionales deberán priorizar los mismos, de tal manera que le permitan planificar e implementar las acciones bien sea acciones independientes o acciones colaborativas.

A continuación se hace referencia a la etapa de planificación o elaboración del plan de cuidado.

### Etapa de planificación

En esta etapa se planificarán las acciones a implementar por el profesional de Enfermería de acuerdo al diagnóstico de enfermería identificado en el paciente considerando el orden de prioridad de las mismas.

Según Brunner y Suddarth (1999) la intervención de enfermería en el paciente con trastornos cardiovasculares estarán centradas en:

**Etapa de Implementación de las Acciones de Enfermería:** a.- Relación interpersonal Enfermero- Paciente. b.- Alivio del dolor. c.- Tratar la ansiedad. d.- Cateterizar vías Periféricas. e.- Monitoreo cardiológico continuo. f.- Oxigenoterapia. g.- Valoración de signos vitales. h.- Valoración física Cardiorespiratoria. i.- Cumplir tratamiento médico indicado. j.- Posición de la cabecera de la cama en 30° k.- Vigilar dieta indicada: Hiposodica, Hipograsa. l.- Realizar electrocardiograma: Al ingresar el paciente y luego según protocolo de la Unidad. m.- Mantener el reposo absoluto, el cual dependerá de la evolución clínica del paciente. n.- Enseñanza programada según necesidad de orientación identificada en el paciente y en la familia. o.- Promover la comodidad y el descanso del paciente. p.- Extracción de muestras sanguíneas para monitoreo de exámenes de laboratorio según protocolo de la unidad. **Etapa de Evaluación:** El profesional de Enfermería debe evaluar la respuesta del paciente ante las acciones de Enfermería implementadas (pp. 557-558).

De acuerdo a lo planteado por los autores sobre la etapa de implementación de las acciones de Enfermería, es fundamental que este profesional considere la prioridad de cada una de las acciones a implementar en este paciente tomando en consideración si las mismas son independientes o colaborativas, registrando con exactitud en la evolución diaria la implementación de las mismas.

### **El proceso de enfermería a la persona con alteraciones respiratoria**

La valoración del paciente con alteraciones respiratorias debe ser integral, teniendo en cuenta las técnicas semiológicas para su realización, para ello el profesional de Enfermería debe considerar los conocimientos adquiridos durante su preparación académica, entre los cuales se encuentra: la inspección que tiene como objetivo observar la configuración de la pared torácica y evaluar el esfuerzo respiratorio, la palpación, técnica que orienta hacia la descripción de la sensibilidad, presencia de masas, frémitos; la percusión la cual va a permitir determinar el tamaño y la ubicación de órganos, la cantidad de contenido líquido en los tejidos subyacentes, y la presencia de masas; por último la auscultación, técnica que debe ser conocida, dominada y practicada por el profesional de Enfermería ya que mediante la misma se identifican sonidos respiratorios

normales y adventicios, donde estos últimos orientaran la toma de decisiones de este profesional como por ejemplo la aplicación de las técnicas de la fisioterapia respiratoria.

### **Valoración subjetiva**

Según Brunner y Suddarth (1999) el profesional de Enfermería en un paciente con alteraciones respiratoria deberá interrogar al mismo respecto a: Comienzo y duración de: Tos, fiebre, escalofríos y temblores, dolor torácico, producción de esputo (cantidad, color, y consistencia), y disnea. Agregan los mismos autores, que entre los patrones funcionales de salud que pueden estar interferidos en la persona con alteraciones respiratorias se encuentran:

**Sueño y Descanso, Cognitivo Perceptual, Nutricional Metabólico, Autopercepción autoconcepto y el de actividad y ejercicio.** - **Patrón de Sueño y Descanso: ¿Qué indagar?** Describa: a.-¿Número de horas que duerme en la noche? b.-¿Ha modificado sus hábitos de dormir? c.-¿Se despierta con frecuencia? d.-¿Por qué motivo? - **Patrón Cognitivo Perceptual: ¿Qué indagar?** Describa: a.- **Cognitivo:** ¿Qué conoce de la enfermedad?¿Cómo obtuvo la información? b.-**Perceptual:** ¿Intensidad de dolor Torácico?¿Mejora o agrava con la postura? ¿Existe dolor al inspirar? - **Patrón Nutricional - metabólico: ¿Qué indagar?** Describa: a.-¿Cómo es su apetito? b.-¿Modificación de sus hábitos alimenticios en cuanto a cantidad? c.-¿Ha tenido hipertermia o fiebre? (p. 411).

Tomando como referencia lo expresado por el autor es fundamental que el profesional de Enfermería al tener bajo su responsabilidad al paciente con trastornos respiratorios, realice un interrogatorio exhaustivo de cada patrón de salud, ya que los mismos servirán para complementar la información que obtendrá en el examen físico general y segmentario.

## Valoración objetiva

Para que el profesional de Enfermería efectúe una adecuada valoración física en el paciente con problemas respiratorios, es importante que éste realice el examen físico general y el examen físico segmentario.

Brunner y Suddarth (1999), al referirse a la valoración física del paciente con alteraciones respiratorias lo clasifican en:

**A.-Examen Físico General:** Entre los aspectos a valorar en el examen físico general se tienen: Signos vitales, la postura y la Facies. Entre los signos vitales a considerar como prioridad en el paciente con alteraciones respiratorias están: La valoración de la temperatura corporal, el pulso y la respiración sin menoscabo de la valoración de la presión arterial. La postura o posición que el paciente adopte es importante a considerar por el personal de Enfermería en estos pacientes ya que la misma orientará sobre el grado de disnea. La valoración de la facie en el paciente con trastornos respiratorios es de importancia semiológica ya que orienta acerca de estados de temores y ansiedad de múltiples etiologías tales como la dificultad para respirar, el escenario hospitalario, situaciones familiares que estén influyendo en el estado de ánimo del paciente. La valoración de la piel es otro aspecto que se debe examinar en estos pacientes, debido a la palidez, cianosis o sudoración profusa (diaforesis). **B.-Examen Físico Segmentario:** Entre los aspectos a valorar en el examen físico segmentario o especial en el paciente con alteraciones respiratorias se encuentran: Inspección: Nariz: Valorar fosas nasales en busca de aleteo nasal que orientara hacia el compromiso respiratorio. Inspección del tórax: La inspección del tórax por parte del profesional de Enfermería es fundamental realizarla en todo paciente hospitalizado con trastorno respiratorio, en busca de tiraje intercostal, así como también la simetría torácica. El tipo de respiración orientara al profesional de Enfermería hacia el compromiso respiratorio (pp.412-416).

En lo relacionado a la valoración de la configuración de la pared torácica Urden (2003, p. 232) señala “hay que valorar el tamaño y la forma de la pared del tórax.

Algunas de las alteraciones más frecuentes son pectus excavatum, pectus carinatum, tórax en tonel y deformidades de la columna vertebral”.

En cuanto a la evaluación del esfuerzo respiratorio, el mismo autor señala que “se debe observar frecuencia, ritmo, simetría y características de los movimientos ventilatorios. Los pacientes con disfunción pulmonar suelen presentar taquipnea, hiperventilación y respiración dificultosa” (p. 233). En lo referente a la **palpación del tórax**, Brunner y Suddarth (1999, pp.412- 416) expresan que “después de la inspección se palpa el tórax para identificar sensibilidad anormal, masas, lesiones frémito vocal entre otros hallazgos”. Agregan en lo relacionado a:

La **auscultación del tórax**, el profesional de Enfermería obtendrá información sobre los sonidos normales y adventicios a nivel pulmonar. La auscultación del tórax comprende la parte anterior, posterior y lateral del tórax. La auscultación de los pacientes tiene como objetivo evaluar los ruidos respiratorios normales e identificar los ruidos respiratorios anormales. La evaluación de los ruidos respiratorios normales se hace para valorar el movimiento de aire a través del sistema pulmonar y para identificar la presencia de ruidos anormales. La auscultación se realiza comparativamente, de un lado a otro, de arriba abajo, anterior, lateral y posterior (pp. 412-416).

Los ruidos de la respiración normal difieren según su localización y se clasifican en tres categorías: bronquiales, broncovesiculares y vesiculares. Urden (2003) señala:

Los ruidos vesiculares son débiles y de bajo tono y se escuchan en la mayoría de campos pulmonares. Los sonidos broncovesiculares tienen un tono medio y son audibles en el área del bronquio principal y de los campos pulmonares posterosuperiores derechos (p.235).

Para identificar los ruidos respiratorios anormales se debe auscultar en busca de ruidos ausentes o disminuidos, bronquiales desplazados y adventicios. Un ruido respiratorio ausente o disminuido indica que el flujo aéreo es mínimo o está ausente en una determinada parte del pulmón. En relación a las características de los ruidos respiratorios, Urden y otros (2003) explican:

Los crepitantes son ruidos cortos, discretos, producidos por la presencia de líquido en las pequeñas vías aéreas o en los alvéolos y

casi siempre se auscultan durante la inspiración, estos pueden clasificarse en finos, medios o rudos, dependiendo del tono (p. 236).

Los mismos autores señalan que las sibilancias son ruidos rudos, sordos producidos por el flujo aéreo que pasa a través de las secreciones en las vías aéreas más grandes o por el estrechamiento de las vías aéreas grandes.

### **Pruebas de laboratorio y exámenes especiales a considerar en el paciente con alteraciones respiratorias:**

Long, Phipps y Cassmeyer (1999) especifican que existen pruebas diagnósticas para el paciente con trastornos respiratorios tales como:

Examen radiológico del tórax y pulmones, tomografía axial computarizada, angiografía pulmonar, examen de esputo, broncofibroscopia, pruebas cutáneas (son útiles cuando se presentan diversos desordenes pulmonares, para detectar la reacción antígeno-anticuerpo a las proteínas de los agentes infecciosos). Además las pruebas de funcionamiento pulmonar, son métodos no invasivos de valoración de la capacidad funcional de los pulmones. El análisis de gases arteriales es otra prueba que proporciona una determinación objetiva de las siguientes condiciones: Oxigenación arterial, intercambio de gases, ventilación alveolar y el equilibrio ácido-base. Otra prueba para diagnóstico de problemas pulmonares es la toracentesis, la cual implica la inserción de una aguja en el espacio pleural (pp. 535-538).

### **Diagnósticos de enfermería en el paciente con alteraciones del sistema respiratorio:**

A continuación se muestran algunos diagnósticos de Enfermería que se pueden identificar en un paciente con alteraciones respiratorias.

- Intolerancia a las actividades. Nivel.... Relacionado con: Desbalance entre la oferta y la demanda de oxígeno.

- Es importante recordar que el nivel va a depender de la tolerancia que tenga el paciente a las actividades.
- Déficit de autocuidado: Baño, arreglo, nutrición. Relacionado con: Reposo en Cama.
- Déficit de Conocimiento en cuanto a: Factores de riesgo, patología, tratamiento. Relacionado con: Falta de Información. Interpretación deficiente de la información. Falta de Interés.
- Ansiedad... Relacionada con: Disnea. Ambiente Hospitalario.
- PC: Tromboembolismo pulmonar.

### **Etapa de planificación:**

En esta etapa se planificarán las acciones a implementar por el profesional de Enfermería de acuerdo al diagnóstico de enfermería identificado en el paciente.

### **Etapa de implementación de las acciones de enfermería:**

A continuación se enumeran algunas de las acciones de Enfermería en un paciente con alteraciones respiratorias según Brunner y Suddarth (1999), Long, Phipps y Cassmeyer (1999) y Urden, Lough y Stacy (1999):

- Relación interpersonal Enfermero-Paciente.
- Tratar la ansiedad.
- Cateterizar vías Periféricas.
- Monitoreo cardiológico continuo.
- Oxigenoterapia.
- Valoración de signos vitales.
- Valoración física respiratoria.
- Cumplir tratamiento médico indicado.
- Posición de la cabecera de la cama en 30°.
- Vigilar dieta indicada.
- Realizar gasometría arterial.
- Mantener el reposo absoluto, el cual dependerá de la evolución clínica del paciente.

- Enseñanza programada según necesidad de orientación identificada en el paciente y en la familia.
- Promover la comodidad y el descanso del paciente.
- Extracción de muestras sanguíneas para monitoreo de exámenes de laboratorio según protocolo de la unidad.

### **Etapa de evaluación**

El profesional de Enfermería debe evaluar la respuesta del paciente ante las acciones de Enfermería implementadas.

### **Consideraciones finales**

Las enfermedades Cardiorrespiratorias generan un elevado costo día/cama a nivel de cualquier centro asistencial en lo que implica los métodos diagnósticos, tratamiento, rehabilitación entre otros aspectos; esto unido al hecho de que estos pacientes son dependientes en lo referente al cuidado que debe ser proporcionado por los profesionales de Enfermería, lo cual exige que este personal posea conocimientos, habilidades, destrezas, valores, cualidades; es decir un perfil que integre el aspecto ontológico, epistemológico y lo axiológico, filosofía integradora que debe constituir la guía para la actuación de estos profesionales. La utilización del proceso de Enfermería es la alternativa para demostrar la existencia de esa filosofía integradora en el actuar de estos profesionales.

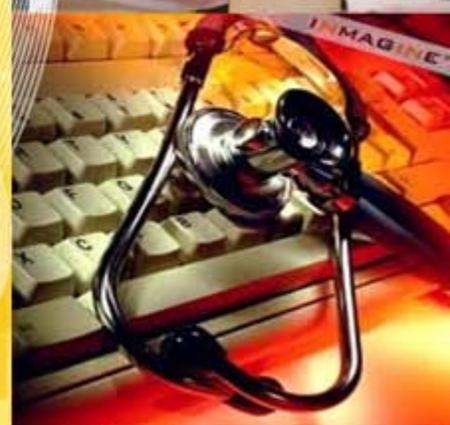
El método de trabajo del profesional de Enfermería lo constituye el proceso de Enfermería, dicho proceso es de gran utilidad en el cuidado del paciente con alteraciones Cardiorrespiratoria ya que a través de la implementación de las cinco (5) etapas del mismo es una oportunidad para demostrar la preparación académica de estos profesionales. La etapa de valoración tanto subjetiva como objetiva constituye la piedra angular como norte para la identificación de los diagnósticos de Enfermería reales, de riesgo y colaborativos lo cual va a permitir la planificación y ejecución de las acciones de Enfermería por prioridad; la intervención del profesional de Enfermería va a influir algunas veces en la evolución clínica del paciente lo que determinará la evaluación de las acciones de Enfermería implementadas a través de la respuesta del mismo.

## Referencias

- Brunner, L. y Suddarth, D. (1999). Enfermería médico quirúrgico. (6ta ed). México: Editorial Interamericana McGraw Hill.
- Long, Bárbara; Phipps, Wilma y Cassmeyer, Virginia (1999). Enfermería médico quirúrgica. Un enfoque del proceso de enfermería. (3ra ed). España: Editorial Harcourt. Tomo 1.
- Urden, Linda; Lough, Mary y Stacy, Kathleen (1999). Cuidados intensivos en enfermería. (2da ed). España: Editorial Harcourt- Brace. Tomo 1.



# **El proceso de enfermería al paciente en la fase preoperatoria**



**Berta Guevara • Doancely Tovar  
Luis Rodríguez**

## **El proceso de enfermería al paciente en la fase preoperatoria**

**Berta Guevara, Doancely Tovar y Luis Rodríguez**

*“La diligencia en escuchar es el más breve camino hacia la ciencia”*

*Juan Luis Vives*

### **Introducción**

El rol que desempeña el profesional de Enfermería durante el cuidado al paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica es fundamental; ya que de la manera como este personal aborda al paciente en la etapa preoperatoria con respecto algunos diagnósticos de enfermería, va a influir en la forma como este paciente enfrente la etapa intraoperatoria y postoperatoria; por ejemplo: cuando el profesional de Enfermería identifica en el preoperatorio una ansiedad en el paciente producto del desconocimiento del procedimiento quirúrgico al cual se va a someter. En este caso, el personal tiene la oportunidad de realizar planes de cuidado e implementar acciones de enfermería específicas para abordar esta ansiedad que está presente en el paciente, y evaluar la respuesta del paciente ante las acciones implementadas.

Es importante que el profesional de Enfermería que tiene la oportunidad de cuidar al paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica, ofrezca un cuidado integral, oportuno y libre de riesgo, realizando una valoración física exhaustiva la cual permitirá identificar diagnósticos de enfermería reales, de riesgos y problemas colaborativos para poder planificar el cuidado de enfermería mediante la implementación de acciones específicas según el diagnóstico

identificado, lo que servirá finalmente para evaluar la efectividad de las acciones de enfermería evidenciada en la respuesta del paciente.

En este capítulo, se presentan los objetivos de la valoración preoperatoria y una síntesis de los aspectos a considerar por el profesional de Enfermería durante esta etapa en el paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica, iniciando con la etapa de valoración física en el paciente antes de ser ingresado al área quirúrgica, seguido de algunos diagnósticos de enfermería que pueden estar presentes en el paciente durante esta etapa, así como también la planificación e implementación de acciones de enfermería generales para este paciente.

Según Hamlin, Richardson y Davies (2010) entre los objetivos a considerar en la valoración preoperatoria están:

- a.-Reducir los temores y la ansiedad al proporcionar una explicación completa sobre el procedimiento quirúrgico.
- b.-Obtener el consentimiento informado por parte del paciente para los procedimientos de anestesia y cirugía.
- c.-Determinar la actitud del paciente para enfrentar una cirugía ambulatoria o su necesidad de hospitalización.
- d.-Identificar las necesidades de unidades especializadas, por ejemplo: Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.
- e.-Difundir la promoción de la salud y la enseñanza al paciente (p. 22).

De acuerdo a lo planteado por Long, Phipps y Cassmeyer (1999), es necesario recabar información durante el periodo preoperatorio antes del ingreso del paciente:

**Etapas de Valoración:** ¿Qué debe valorar el profesional de Enfermería al paciente en la etapa preoperatoria?

**a.-Valoración Subjetiva:** En esta etapa el profesional de Enfermería debe recolectar la información necesaria en el paciente mediante la anamnesis o entrevista personal. A través de la anamnesis, el profesional de Enfermería tendrá la oportunidad de recolectar información sobre el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre el procedimiento quirúrgico al cual será sometido, así como también la evolución de su proceso postoperatorio. Asimismo, el profesional deberá realizar un interrogatorio funcional por sistema, lo que servirá de referencia para la identificación de diagnósticos de enfermería.

**b.-Valoración Objetiva:** El profesional de Enfermería deberá realizar el examen

físico general considerando los siguientes aspectos: Signos vitales, la piel en busca de lesiones, ganglios linfáticos, el biotipo, la marcha, la facie entre otros. En relación al examen físico segmentario o especial el profesional de Enfermería deberá hacer énfasis en el órgano o sistema que se intervendrá quirúrgicamente. Por ejemplo: si es una craneotomía se realizará una valoración neurológica, si se trata de una intervención quirúrgica a nivel del tórax se valorara el sistema Cardiorrespiratorio etc (p. 419).

Por otra parte, Brunner y Suddarth (1999) al referirse a la etapa de valoración del paciente quirúrgico, indican que:

Esta etapa comprende la investigación de diversos factores físicos y psicológicos. La anamnesis de enfermería cuidadosa sirve para conocer las dudas y preocupaciones del paciente que pueden guardar relación con la experiencia quirúrgica. Asimismo, refieren que el paciente sometido a una intervención quirúrgica esta atemorizada, teme a lo desconocido, la muerte, la anestesia, el cáncer; esto unido a las preocupaciones sobre a las posibles pérdidas del trabajo, la necesidad de sostener a la familia, posibilidad de quedar con una incapacidad permanente. En consecuencia, el profesional de Enfermería deberá ser tolerante y comprensivo al momento de realizar la valoración subjetiva al paciente quirúrgico (pp. 310-311).

Brunner y Suddarth (1999) señalan que:

La valoración física general y por sistema del paciente en etapa preoperatoria incluye: valoración de la piel en busca de eritemas, úlceras por presión, estado nutricional, valoración de exámenes de laboratorio, radiografías, endoscopias y biopsias previas que tenga el paciente. En la valoración segmentaria es importante que el profesional de Enfermería valore el estado respiratorio, cardiovascular, renal, hepático, endocrino entre otros (pp. 312-314).

Con respecto al análisis de la información: **Etapa diagnóstica** Long, Phipps y Cassmeyer (1999) especifican que:

Los diagnósticos de enfermería más comunes identificados en el paciente en la etapa preoperatoria son: a.-Ansiedad relacionada con: Ausencia de información sobre el procedimiento quirúrgico / Temor a

lo desconocido / Amenaza de muerte/ Dolor Postoperatorio. b.-Déficit de conocimiento sobre las técnicas y protocolos preoperatorios. Relacionado con: Ausencia de información, efecto del envejecimiento, interpretación errónea de la información. c.-Temor o miedo relacionado con: Acto quirúrgico, resultados de la intervención quirúrgica y posibles cambios en el estilo de vida (p. 421).

Long, Phipps y Cassmeyer (1999) al referirse a la etapa de planificación e implementación expresan que:

**Etapa de planificación:** En esta etapa se planificarán las acciones a implementar por el profesional de Enfermería de acuerdo al diagnóstico de enfermería identificado en el paciente. **Etapa de Implementación de acciones generales y específicas de acuerdo al diagnóstico de enfermería identificado:** A continuación se muestran algunas acciones de enfermería generales a implementar en el paciente durante la etapa preoperatoria; sin embargo es importante agregar que de acuerdo a los diagnósticos de enfermería identificados por el profesional de Enfermería serán implementadas las acciones de enfermería específicas para cada diagnóstico. 1.-**Acciones de enfermería generales: 24 horas antes de ingresar el paciente al área quirúrgica y según protocolo de la unidad.** a.-Preparación psicológica al paciente y familiar. b.-Educación al paciente y familia sobre patología e intervención quirúrgica. c.-Llenar el consentimiento informado. d.-Valorar y registrar signos vitales, peso y Talla. e.-Tomar muestras sanguíneas: hemograma, glicemia, Creatinina, pantalla de coagulación, grupo sanguíneo y factor RH. f.-Otros exámenes: evaluación cardiovascular preoperatoria, radiografía de tórax, orina. g.-Valorar resultados de exámenes de laboratorio. h.-Administrar enemas SOS. i.-Baño en ducha, si las condiciones del paciente lo permiten. j.-Realizar valoración física. k.-Realizar registro diario de enfermería (SOAPIE). 2.-**Acciones de enfermería: preoperatorio inmediato: según protocolo de la unidad.** a.-Comprobar el ayuno del paciente. b.-Rasurado de las zonas operatoria (30 minutos antes de la cirugía). c.-Administrar tratamiento previa indicación médica. d.-Proteger al paciente posterior a la administración del sedante. e.-Retirar esmaltes y maquillaje. f.-Retirar prótesis y joyas y entregarlo al familiar, mediante documento escrito el cual debe ser firmado por el familiar. g.-Cateterizar vía periférica de buen calibre. h.-Identificar al paciente colocando el brazalete. i.-

Asegurarse que todos los exámenes de rutina, especiales, radiografías estén anexos a la historia clínica. j.-Asegurarse que el consentimiento informado este firmado por el paciente y /o familiares. k.-Incentivar al paciente a vaciar la vejiga. l.-Colocar bata quirúrgica y gorro. m.-Controlar y registrar de nuevo signos vitales. n.-Realizar evaluación de enfermería (SOAPIE). o.-Trasladar y entregar al paciente a la enfermera en el quirófano (pp.421-428).

### **Apoyo psicológico a la familia en el preoperatorio**

Brunner y Suddarth (1999) indican que:

La familia nunca debe juzgar la importancia de una intervención quirúrgica por el tiempo en que el paciente está en el quirófano. Lo ideal es que los parientes se les garanticen un ambiente cómodo mientras el paciente es intervenido, equipado con sillones cómodos, televisor, teléfono entre otras exigencias. Es importante advertir a los familiares que quizás cuando el paciente salga del quirófano y sea trasladado a su sala de hospitalización, que el mismo portará catéteres para transfusiones de sangre, soluciones parenterales, sondas nasales, cánulas, equipos de oxígeno, equipos de monitoreos entre otros (p. 322).

Por último, Long, Phipps y Cassmeyer (1999, p. 426) al referirse a la **Etapas de Evaluación** especifican que en esta etapa, “el profesional de Enfermería debe evaluar la efectividad de las acciones de enfermería implementadas de acuerdo a los diagnósticos de Enfermería identificados”.

### **Consideraciones finales**

El profesional de Enfermería que labora en las unidades de emergencia, cuidados intensivos y áreas de hospitalización quirúrgica así como también en el área quirúrgica propiamente dicha (Quirófano) debe ser un profesional con conocimientos, habilidades y destrezas en el cuidado del paciente quirúrgico. Asimismo, debe poseer valores que le permitan un abordaje holístico del paciente que está en proceso preoperatorio. Estas exigencias estarán cimentadas en las

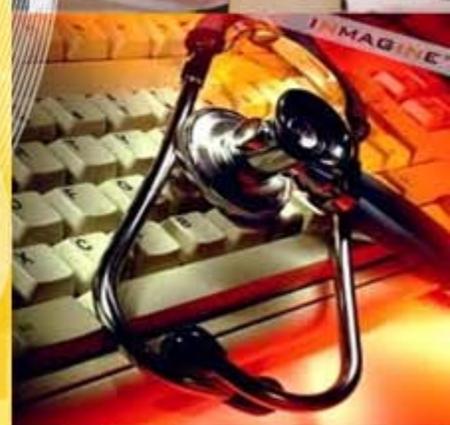
competencias de docencia, cuidar, gerenciar e investigar, ya que el paciente que está en proceso preoperatorio requiere contar con un profesional de Enfermería capaz de demostrar la preparación sólida en cada una de estas competencias lo que redundara en un cuidado integral, oportuno y libre de riesgo. Es fundamental que el profesional de Enfermería incorpore a los familiares en lo referente a la planificación de su actuación, en lo que respecta a la información necesaria sobre los aspectos que implican la etapa preoperatoria, esto permitirá disminuir ansiedad en los familiares y aclarar dudas e información errada que a veces puede estar presente en los mismos.

### Referencias

- Brunner, L. y Suddarth, D. (1999). Enfermería médico quirúrgico. (6ta ed). México: Editorial Interamericana McGraw Hill.
- Hamlin, Lois; Richardson-Tench, Marilyn y Davies, Menna (2010). Enfermería perioperatoria. Texto Introductorio. Editorial el Manual Moderno. S.A de CV. Traducido por: Dra. Gabriela Enriquez Coterá. Facultad Mexicana de Medicina. Universidad La Salle.
- Long, B.; Phipps, W. y Cassmeyer, V. (1999). Enfermería médico quirúrgico. Un enfoque del proceso de enfermería. (3ra ed). España: Ediciones Harcourt.



# **El proceso de enfermería al paciente en la fase postoperatoria**



**Berta Guevara • Doancely Tovar  
Luis Rodríguez**

## El proceso de enfermería al paciente en la fase postoperatoria

Berta Guevara, Doancely Tovar y Luis Rodríguez

*“La ciencia es el fundamento de todo progreso, que  
mejora la vida humana y alivia el sufrimiento”*

*Irene Joliot-Curie*

### Introducción

A continuación se hace referencia a los aspectos a considerar por el profesional de Enfermería durante la etapa postoperatoria inmediata (Fase postanestésica) en el paciente que ha sido sometido a una intervención quirúrgica, iniciando con la etapa de valoración física seguido de algunos diagnósticos de enfermería que pueden estar presentes en el paciente durante esta etapa, así como también la planificación e implementación de acciones de enfermería generales para este paciente. El profesional de Enfermería que labora en las Unidades de Recuperación Postanestésica (URPA) debe ser un profesional con conocimientos, habilidades y destrezas en el cuidado del paciente quirúrgico, de tal manera que sea capaz de responder de forma inmediata, eficaz y eficiente ante complicaciones que puedan surgir en el paciente durante el postoperatorio inmediato. Este profesional debe ser capaz de reconocer signos y síntomas de shock hipovolémico especialmente en las intervenciones quirúrgicas mayores.

A continuación se describen las etapas del proceso de Enfermería a considerar en el paciente en etapa postoperatoria de acuerdo a las ideas expresadas por los autores.

Para Long, Phipps y Cassmeyer (1999) consideran en la **Etapa de Valoración:** ¿Qué debe valorar el profesional de Enfermería al paciente en la etapa postoperatoria inmediata? Este profesional debe efectuar una valoración subjetiva y una valoración objetiva una vez que el paciente llegue a la sala de recuperación o sala de cuidados postanestésicos, como a continuación se especifica:

**1.-Valoración Subjetiva:** El interrogatorio que el profesional de Enfermería efectúe al paciente durante el postoperatorio inmediato estará dirigido a: Buscar síntomas de incomodidad y dolor, lo cual deberá ser corroborado mediante la valoración física objetiva. **2.- Valoración Física Objetiva:** El examen físico que realice el profesional de Enfermería al paciente con un postoperatorio inmediato comprende: **a.-Examen Físico General:** El profesional de Enfermería valorará en el paciente con un postoperatorio inmediato primeramente los signos vitales: frecuencia respiratoria, profundidad, frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura. Adicionalmente debe valorar la presencia de: sondas, drenajes, cura operatoria, soluciones parenterales, hemoderivados. Asimismo, la permeabilidad de la vía por donde reciba la hidratación parenteral bien sea una vía periférica o una vía central. Al valorar la piel, como otro aspecto en el examen físico general el profesional de Enfermería debe recolectar información sobre: el color, la temperatura, lesiones. **b.-Examen Físico Segmentario:** Es importante considerar, que el profesional de Enfermería debe realizar una valoración física segmentaria en todo paciente con un postoperatorio inmediato que ingresa a la sala de recuperación o sala de postanestesia haciendo énfasis en el órgano o sistema que ha sido intervenido quirúrgicamente. Esto incluye: **b.1.- Valoración Neurológica:** El profesional de Enfermería debe valorar: Nivel de conciencia, incluyendo la valoración pupilar, movilidad y sensibilidad de las extremidades. **b.2.-Valoración Respiratoria:** Valorar: permeabilidad de las vías aéreas, presencia de reflejo tusígeno, frecuencia, profundidad y tipo de respiración. Inspección del tórax: Simetría torácica, retracciones intercostales (tiraje intercostal). Auscultación pulmonar: Sonido pulmonar normal y adventicios. **c.- Valoración Abdominal:** Valorar distensión abdominal, cura y drenajes operatorios. **d.-Valoración Circulatoria:** El profesional de

Enfermería debe valorar presión sanguínea, pulso, saturación de oxígeno y el llenado capilar (p. 456).

Para Brunner y Suddarth (1999) el profesional de Enfermería debe realizar la valoración inicial en el postoperatorio inmediato en la sala de recuperación Postanestésica verificando lo siguiente:

Diagnóstico médico y tipo de intervención practicada, estado general del paciente (signos vitales, permeabilidad de las vías aéreas), anestésicos y otros medicamentos empleados en el quirófano, tubos, drenajes, sondas, catéteres, volumen de líquidos administrados. Los mismos autores expresan que es importante valorar los sistemas respiratorio, neurológico, circulatorio, seguridad física entre otros aspectos (p. 345).

Long, Phipps y Cassmeyer (1999) al referirse a la etapa de análisis de la información o diagnóstica especifican:

**Etapa Diagnóstica:** ¿Cuáles son los diagnósticos de enfermería más comunes identificados en el paciente en la etapa postoperatoria inmediata? a.-Alteración en el bienestar: dolor en la incisión quirúrgica. Relacionado con: manipulación de los tejidos en el acto operatorio / distensión abdominal. b.-Patrón respiratorio ineficaz relacionado con: aumento de las secreciones / dolor / distensión abdominal. c.-Alteración en la movilización física relacionado con: dolor, presencia de métodos invasivos. d.-Alteración en la nutrición: Menor que los requerimientos corporales. Relacionado con: Vía oral omitida. e.-Riesgo de infección. Relacionado con: Presencia de métodos invasivos. **Etapa de planificación:** En esta etapa se planificarán las acciones a implementar por el profesional de Enfermería de acuerdo al diagnóstico de enfermería identificado en el paciente (p. 456).

### **Etapa de implementación de acciones generales y específicas de acuerdo al diagnóstico de enfermería identificado por el profesional de enfermería**

A continuación se muestran algunas acciones de enfermería generales a implementar en el paciente durante la etapa postoperatoria; sin embargo es

importante agregar que de acuerdo a los diagnósticos de enfermería identificados por el profesional de Enfermería serán implementadas las acciones de enfermería específicas para cada diagnóstico. Entre las acciones a considerar en esta etapa se mencionan según Long, Phipps y Cassmeyer (1999):

a.-Recibir al paciente en la sala correspondiente. b.-Revisar historia clínica de salud. c.-Realizar examen físico por sistema. d.-Valorar y registrar signos vitales. e.-Educar al paciente y a la familia. f.-Mantener permeabilidad de vías aéreas, venosa y drenaje. g.-Administrar medicamentos (analgésicos y antibióticos). h.-Valorar la presencia de complicaciones. i.-Tranquilizar emocionalmente al paciente y familia reduciendo la ansiedad. j.-Garantizar la comodidad y seguridad del paciente. k.-Promover la tos, respiración profunda y cambios de posición. l.-Reiniciar vía oral según órdenes médica. m.-Ayudar en la movilización previa indicación médica. n.-Vigilar la aparición de complicaciones a largo plazo: Atelectasia. o.-Realizar cuidado de la herida quirúrgica y drenajes (pp. 457-459).

Siguiendo lo planteado por Long, Phipps y Cassmeyer (1999, pp. 459-460), la **Etapa de Evaluación** refiere que “el profesional de Enfermería debe evaluar la efectividad de las acciones de enfermería implementadas de acuerdo a los diagnósticos de Enfermería”.

### **Complicaciones respiratorias inmediatas frecuentes durante el postoperatorio**

Hamlin, Richardson y Davies (2010, pp. 221-223) expresan que “el efecto de los agentes anestésicos y los fármacos relajantes es la depresión del Sistema Nervioso Central, lo cual podría causar complicaciones postanestésicas que ponen en riesgo la vida del paciente”. Estos medicamentos son la causa principal de **obstrucción de la vía aérea** en la Sala de Recuperación Postanestésica (SRPA) (Yunker, 2008), es por esto, que la valoración inicial del paciente al ingresar a la SRPA es determinar la permeabilidad de la vía aérea. Los mismos autores refieren que las **causas más comunes de obstrucción de la vía aérea son:** Caída de la lengua hacia la parte posterior de la bucofaríngea, la presencia de secreciones como: sangre, vómito o moco. Laringospasmo y el edema laríngeo.

Asimismo, agregan que otras complicaciones respiratorias inmediatas en el paciente son: **La hipoxemia** la cual es causada por atelectasia, broncoaspiración y broncoespasmo; la hipoventilación, la cual es causada por: dolor, restricción mecánica en el caso de la colocación de aparatos de yeso o vendajes apretados.

### Consideraciones finales

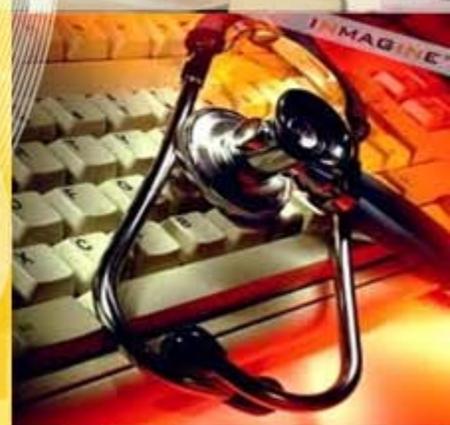
El profesional de Enfermería que labora en las unidades quirúrgicas, bien sea de hospitalización en el caso de las unidades de cirugías o en el área quirúrgica, entiéndase quirófano debe orientar su práctica hacia la promoción de la salud, prevención de factores de riesgo que puedan interferir en la evolución favorable del paciente quirúrgico. Asimismo, emprender acciones orientadas en un cuidado integral concibiendo a la persona con problemas quirúrgicos como un ser complejo, multidimensional que exige un cuidado holístico, multidisciplinario; acciones que deben emprenderse hacia la rehabilitación de muchos de éstos pacientes. En la cotidianidad de su práctica de cuidado el profesional de Enfermería de las áreas quirúrgicas, debe definir ésta práctica mediante la aplicabilidad del proceso de Enfermería como su método de trabajo, cuya herramienta es lo que la va a fundamentar o fortalecer su práctica profesional. Cuando los profesionales de Enfermería realizan los registros que implica el proceso de Enfermería, el cuidado que se presta día a día a los pacientes que tienen bajo su responsabilidad es una forma de evidencia que facilita la realización de investigaciones propias de esta profesión.

### Referencias

- Brunner, L. y Suddarth, D. (1999). *Enfermería médico quirúrgico*. (6ta ed). México: Editorial Interamericana McGraw Hill. pp. 344-356.
- Hamlin, Lois; Richardson-Tench, Marilyn y Davies, Menna (2010). *Enfermería perioperatoria. Texto Introductorio*. Editorial el Manual Moderno. S.A de CV. Traducido por: Dra. Gabriela Enriquez Coterá. Facultad Mexicana de Medicina. Universidad La Salle.
- Long, B.; Phipps, W. y Cassmeyer, V. (1998). *Enfermería médico quirúrgico. Un enfoque del proceso de enfermería*. (3ra ed). España: Ediciones Harcourt. pp. 456-460.



**La familia: componente fundamental en el cuidado del paciente hospitalizado en las unidades de emergencia y de cuidados intensivos**



**Marianela Mejías • Doancely Tovar  
Luis Rodríguez • Janeth Leuchet**

# **La familia: componente fundamental en el cuidado del paciente hospitalizado en las unidades de emergencia y de cuidados intensivos**

**Marianela Mejías, Doancely Tovar,  
Luis Rodríguez y Janeth Leuchet**

*“En toda manera concebible, la familia es un enlace a nuestro pasado y un puente al futuro”*

*Alex Hale*

## **Introducción**

Hasta hace pocos años, los cuidados al enfermo pertenecían a la familia; sin embargo, la carencia de recursos para el tratamiento y cura de ciertas enfermedades en el hogar ameritan el traslado del enfermo a las instituciones hospitalarias cuyos avances en la medicina y la tecnología la convierten en un recurso imprescindible para albergar y recuperar al enfermo.

En estas instituciones hospitalarias, el ingreso del enfermo en muchas ocasiones se hace en forma traumática: primero por la enfermedad, la cual requiere de las ciencias médicas y de cuidados especializados proporcionados por los profesionales de Enfermería; segundo por el aislamiento brusco que se produce entre el familiar y su ser querido; y tercero por el significado de muerte que estas unidades representan debido a las condiciones críticas en las cuales ingresan un gran número de pacientes, quienes ameritan de procedimientos invasivos y tecnología para mantener la vida.

Por la inestabilidad del paciente, “el profesional se centra en la observación y monitorización estrecha del mismo, de forma que, aunque considera que es necesario tener en cuenta los requerimientos de la familia, la realidad es que pasan a un segundo plano” (Brevis, 2011, p.28), en un ambiente en que la cultura de cuidados es predominantemente tecnológica y cuyo núcleo central es el paciente como persona que requiere de cuidados por su condición de enfermedad. Sin embargo, la palabra paciente se define “como toda persona que recibe una ayuda, ya sea en forma de atención, enseñanza o consejo de un profesional de la salud; por tanto, para ser *paciente* no es imprescindible estar enfermo” (Marriner, 1999), según el planteamiento anterior, el familiar también es un paciente ya que requiere de cuidados por parte del personal de Enfermería, para superar la crisis de tener un ser querido hospitalizado en la UCI.

En este sentido, se hace necesario un cambio de óptica en relación a la implementación de los cuidados por parte del profesional de Enfermería, que le permita recordar el valor de la familia para la recuperación del enfermo tomando en consideración que todo ser humano procede de una familia que le brinda amor y respeto. Aún en el proceso salud- enfermedad, la familia es el elemento fundamental en el proceso de hospitalización.

### **El familiar del paciente hospitalizado en la unidad de emergencia y cuidados intensivos**

En las unidades de emergencia y cuidados intensivos “se considera la familia como una red de relaciones inherentes al ser humano” (Barbosa, 2006, p.3) ya que toda persona procede de una familia que le debería proporcionar sustento económico, emocional y social. Según el modelo ecológico de Bronfrenbrenner, Llamas y otros (2008), indican el aspecto dinámico y cambiante de la familia:

La familia es un sistema abierto que funciona a modo de unidad y en el que todos sus miembros están íntimamente relacionados, de manera que cualquier efecto adverso que afecte a uno de sus miembros repercute de forma negativa sobre los demás, lo que da lugar a una situación de crisis y desestabilización (p. 51).

Asimismo Leuchet (2012), menciona que:

La familia representa un grupo de personas con autonomía propia que comparten sentimientos, emociones, aprenden a quererse y a valorarse al mismo tiempo que viven momentos de alegría o de tristeza, que los mantienen unidos y en los cuales cada uno de sus miembros ejerce un rol con derechos y obligaciones (p. 30).

En el sistema familiar cada uno de los miembros desempeña un rol a través del cual realizan ciertas funciones, manifiestan sentimientos y emociones; como consecuencia de la enfermedad, el rol de la persona enferma y de los familiares se modifica, afectando la dinámica de la familia. Ante esta situación, es imprescindible que el profesional de Enfermería incluya al familiar de la persona enferma en la planificación de los cuidados.

Zaforteza (2003) indica que los profesionales de Enfermería definen:

Como una de las características más destacables de la familia, el hecho que está sometida a tensión, provocada por la situación de gravedad que vive el paciente y por su desconocimiento del entorno de la unidad. Las enfermeras perciben que esta tensión provoca en los familiares estados de susceptibilidad y de nerviosismo (p.113).

Ante esta situación, el personal de Enfermería debe actuar en consecuencia a las manifestaciones observadas, proporcionando apoyo al familiar en la situación de crisis generada por tener un ser querido hospitalizado en Emergencia o Unidad de Cuidados Intensivos.

Para ello, “las enfermeras comprometidas en el cuidado centrado en la familia involucran tanto al individuo enfermo como a la familia en el proceso de Enfermería” (Kozier, 1999, p. 301), considerando los lazos afectivos y emocionales que unen a las personas que integran el grupo familiar, los cuales influyen significativamente en la recuperación del enfermo; por tanto, la inclusión del familiar en los cuidados es una realidad que se avecina, la cual no se puede ignorar, sí se considera el cuidado como la esencia de la disciplina, que ayuda a las personas a encontrar un significado al proceso de enfermedad.

## **Necesidades de los familiares de los pacientes hospitalizados en la emergencia y unidad de cuidados intensivos**

El cuidado de Enfermería enfocado hacia el familiar de la persona enferma hospitalizada en la emergencia o en la UCI debe comprender la identificación de la necesidad, entendida como el estado de desequilibrio y tensión resultante de una carencia o ausencia que motiva a la persona a actuar. En la actualidad son numerosos los estudios que identifican las necesidades de los familiares cuyo ser querido se encuentra hospitalizado en la emergencia o en la UCI. “Entre las necesidades identificadas por orden de prioridad se encuentran: 1. Información y participación en la toma de decisiones. 2. Proximidad y régimen de contactos. 3. Soporte emocional y psicológico frente al estresante emocional de la situación crítica” (Abizanda, 2007, p.271). Sin embargo, “otros autores mencionan en orden de importancia: necesidad de participación en los cuidados del familiar; necesidad de información; necesidad de seguridad y confianza; y por último comodidad y confort” (Algarde, 2011, p.9).

Ante la diversidad de necesidades que presentan los familiares de los pacientes hospitalizados en la emergencia o la unidad de cuidado intensivo, autores como Pardavilla (2011, p.3) clasifican las necesidades en cuatro grupos: “cognitivas, emocionales, sociales y prácticas”. Según este autor, las necesidades cognitivas hacen referencia al conocimiento de los familiares sobre el paciente y las peculiaridades de la UCI. Las necesidades emocionales abarcan los sentimientos que experimentan los familiares como consecuencia del ingreso de su ser querido a la UCI. Las necesidades sociales se dirigen a las relaciones de las familias con otras personas de un entorno cercano y las necesidades prácticas engloba todo aquello que contribuye a que la familia se sienta cómoda: las salas de espera, los teléfonos, las cafeterías y la cercanía física.

Por su parte, Achury (2011) plantea que:

Existen tres tipos de necesidades de los familiares: las de tipo social, práctico y emocional. Las de tipo social están expresadas en términos de contacto y mantenimiento de una proximidad con el paciente, las necesidades de tipo emocional hacen referencia a la esperanza, la tranquilidad y la expresión de sentimientos; y las de tipo práctico se clasifican a su vez en no materiales (el horario de visitas flexible, la información obtenida del estado de salud y del entorno del paciente, las orientaciones sobre las acciones que deben realizar los familiares

para contribuir al cuidado y la seguridad del paciente) y materiales (disponibilidad de espacios adecuados, ayuda económica en el caso que lo requiera (p. 2).

Ante la diversidad de necesidades que se presentan en la literatura, las clasificaciones realizadas por Pardavilla (2011) y Achury (2011) se constituyen en mecanismos que permiten agruparlas para su posterior intervención, sin embargo, es evidente que entre las necesidades primordiales de los familiares se destacan: la información, la seguridad y la proximidad con su ser querido.

**La información** es la principal necesidad que manifiestan los familiares quienes demandan conocer sobre el estado de salud de su ser querido, enfermedad, diagnóstico, pronóstico y todo lo que ocurre a su alrededor. Los familiares desean establecer una relación de confianza y apoyo con los profesionales de la salud, principalmente con el personal de Enfermería, por ser quienes tienen mayor contacto con la persona enferma. Durante el proceso de información la enfermera puede identificar necesidades y actuar sobre ellas con los medios disponibles, permitiendo que el familiar reciba la ayuda que necesita. La ayuda proporcionada por la enfermera es esencial sí se quiere incorporar al familiar en el cuidado que proporciona enfermería.

Para ello, es importante que el personal de Enfermería escuche al familiar y aprenda a reconocer las señales no verbales que pudieran indicar algún tipo de alteración. En la comunicación entre el personal de Enfermería y los familiares se requiere de un lenguaje sencillo, claro que nos facilite el contacto con los familiares. Evitar las palabras estereotipadas, técnicas, pocos comprensibles las cuales pudieran confundir a los familiares y crear barreras en la comunicación.

Diversos estudios revelan la poca intervención de los profesionales de Enfermería en la información que se proporciona a los familiares; sin embargo, es necesario mayor participación por este grupo de profesionales, lo que permitiría mejorar la calidad de los cuidados. La enfermera desempeña un rol clave...no solo por sus conocimientos y habilidades técnicas, sino también como puntal para la familia, que ve en ella a ese profesional sanitario más cercano y, por tanto, que en mayor grado puede mitigar su ansiedad informándoles (Nursing, 2000, p.6). Debido a que la información es una de las necesidades más valoradas por los familiares de la persona enferma, se deben establecer estrategias de comunicación entre los familiares y el personal de Enfermería que permitan satisfacer esta necesidad.

La seguridad se enamara como otra de las necesidades presentadas en los familiares, ya que estos consideran muy importante saber el por qué de cada procedimiento que se le realiza al paciente durante la hospitalización, ya que esta información les proporciona seguridad al conocer el estado de salud de su ser querido.

Por el contrario, no comprenden el propósito de los medios invasivos que hacen parte del tratamiento terapéutico, se encuentran en un ambiente desconocido, sienten que la muerte puede estar cerca, la enfermedad y la hospitalización se constituyen en amenazas por consiguiente la actitud que toman los familiares está cargada de inseguridad.

En relación a la **necesidad de la proximidad con su ser querido**, el familiar de la persona enferma clama por una apertura en las normas de las unidades hospitalarias que le permita permanecer más tiempo en contacto con su ser querido. La cultura cerrada de las unidades impide resolver la necesidad de cercanía que tienen paciente y familiares. Esto es debido al predominio de una cultura tecnológica, centrada en el paciente, que, por ejemplo, excluye a los familiares de la agenda de las enfermeras. Zaforteza (2010) expresa que:

Estas desconocen el impacto y la angustia que suponen estas necesidades para los familiares, a la vez que tienen falta de formación para el manejo de situaciones de duelo y de alto contenido emocional. Los pacientes, por su parte, expresan que en la unidad de cuidados intensivos (UCI) se sienten en soledad y que sus familias son un recurso muy importante para aliviar el estrés (p.53).

“El familiar se siente desesperado, apenado y angustiado, y pide que los dejen ver *aunque sea un ratito* para estar más tranquilos, quieren estar a su lado, es un sufrimiento para ellos no verlo todos los días, piden que los comprendan. La visita en UCI es por un tiempo muy corto y a veces no” (Cabezudo y Cantuarias, 2011). Los familiares de la persona enferma requieren atención y flexibilización de las normas restrictivas de las UCI. A pesar de que las enfermeras son conscientes de que la familia proporciona apoyo emocional al paciente y le incrementa el deseo de vivir, creen que la visita abierta aumenta el gasto de energía y altera el estado del mismo, siendo por tanto difícil de cambiar el régimen de visita de estas unidades con la satisfacción familiar (Brevis, 2011); por tanto, el contacto entre el familiar y su ser querido se ve limitado por normas fundamentadas en una cultura institucional más que en la investigación científica.

Ante las necesidades de los familiares descritas anteriormente, es necesario que el profesional de Enfermería valore las necesidades de los familiares para satisfacerlas en función del bienestar del grupo familiar y de la persona enferma, considerando que una familia informada y participativa; es una familia con herramientas para luchar contra la fatiga, la incertidumbre y poseedora de elementos necesarios para apoyar la recuperación de la persona enferma.

El personal de Enfermería debe valorar las necesidades del familiar para planificar acciones que permitan establecer una relación de ayuda con los miembros que integran el entorno familiar de la persona enferma. Weibenbach define la necesidad de ayuda “como toda medida o acción que permita a una persona superar todo lo que interfiera en su capacidad para enfrentarse con una situación” (Marriner, 1999). Para proporcionar ayuda, el profesional de Enfermería debe ser capaz de integrar la técnica, el cuidado a la persona enferma y la familia; es decir, el cuidado implica la atención del individuo/ familia de manera integral para favorecer el afrontamiento de estos con las secuelas de la enfermedad.

### **Sentimientos y emociones de los familiares de los pacientes hospitalizados en la emergencia y unidad de cuidados intensivos**

“Los sentimientos son la representación subjetiva de las emociones” (Alarcon, 2005, p. 230) es decir, es la forma o manera como la persona caracteriza la manifestación de las emociones, las cuales pueden ser positivas o negativas. Feldman (2006) menciona que:

Las emociones positivas se enmarcan en el amor y el gozo; mientras que las emociones negativas como la ira caracterizada por la irritabilidad, hostilidad, desprecio y celos; la tristeza por la agonía, pesadumbre, culpa y soledad; y el temor por el horror y preocupación (p. 325).

El ingreso de un ser querido a la unidad de emergencia o cuidados intensivos, es una experiencia que genera en el familiar sentimientos y emociones tales como ansiedad, estrés y miedo. El familiar refiere la impresión, angustia, desesperación y sufrimiento que le causa ver a su ser querido con tubo en la boca, aparatos,

monitor y ventilador que le da respiración para que viva, es algo que los familiares desconocen, no están familiarizados (Cabezudo, 2011).

En este sentido, el estrés, la desorganización, los sentimientos de desamparo, etc. que pueden experimentar los familiares durante la estancia en UCI del paciente, dificultan la movilización de unos recursos de afrontamiento adecuados. Los familiares tienen miedo ante la sensación de muerte inminente de su ser querido, sienten impotencia, rabia, inseguridad. En contraposición, se aferran a la voluntad divina, confían en Dios para la recuperación de la persona enferma, lo que se constituye en un recurso para afrontar la situación de incertidumbre que produce la enfermedad. La intensidad de esta situación depende de su duración, de su forma de aparición, de su intensidad y gravedad, y de la etapa del proceso de la enfermedad (Gómez, 2009).

El miedo, el temor, la preocupación, la sensación de gravedad y la vivencia de una muerte cercana, son algunos sentimientos que coinciden con estudios realizados. En contraposición a éstos, la sensación de seguridad, tranquilidad y confianza transmitida (Brevis, 2011) por los profesionales de Enfermería ayuda a minimizar estos sentimientos y emociones que impiden a los familiares enfrentar la situación de enfermedad de su ser querido con estrategias efectivas.

Sin embargo, el profesional sigue presentando carencias que dificultan el desarrollo de esta competencia humanística; no tiene las herramientas necesarias para el manejo de la situación de alto contenido emocional, así como tampoco estrategias para protegerse frente al estrés de los familiares (Benito, 2011).

Para ello, los profesionales de Enfermería deben capacitarse en técnicas que permitan afrontar las situaciones de los familiares, dado que parece haber una cierta relación entre el estado psicológico inicial de los familiares y la posibilidad de desarrollar alteraciones emocionales a largo plazo (Gómez, 2009). En este sentido, el cuidado ha de abordar la atención del familiar desde los problemas físicos y emocionales que se puedan manifestar.

### **Rol de la familia en el cuidado del paciente**

En esta perspectiva, “cuando una persona ingresa en un hospital, la participación de la familia debe continuar siendo activa para conseguir un cuidado integral y un entorno terapéutico óptimo” (Landa y otros, 2000, p. 108). El apoyo del familiar

es primordial para la recuperación del paciente, siendo necesario que la participación de la familia en el cuidado del enfermo sea continua y sustentada en el conocimiento sobre los cuidados que el enfermo ameritará al momento del egreso de la unidad de atención.

Se debe implicar al familiar en los cuidados de los pacientes en los que se prevén secuelas o largos tiempos de recuperación (Torres, 2002), ya que “el aumento de las enfermedades crónicas y de las incapacidades suele exigir que tanto el paciente como su familia conozcan la enfermedad y su tratamiento” (Kozier, 1999, p.20) La familia juega un rol preponderante en la recuperación del paciente, quien al ver a su familia le da esperanza de vida y sienten que se va a recuperar (Cabezudo, 2011).

Sin embargo, las enfermeras suelen considerar a los familiares elementos externos a la unidad y al proceso del cuidar al paciente crítico. Algunas enfermeras consideran que pueden perturbar tanto su trabajo como al propio paciente, mientras que otras reconocen que a veces pueden influir de forma positiva en la recuperación del paciente. Expresan que la unidad es un potente estresor para los familiares y que la relación con ellos puede provocar tensión (Gutierrez, 2008).

Por otra parte, los familiares manifiestan su deseo de poder participar en el cuidado del paciente a través de actividades como la nutrición o el aseo con la ayuda de las enfermeras. Igualmente, diversos estudios han demostrado que la familia puede constituir una fuente de tranquilidad para el paciente. De hecho, parece haber un consenso general en que la implicación familiar en el cuidado es importante y que tiene un efecto positivo tanto para los familiares como para los pacientes (Errasti, 2012). El reconocimiento del rol del familiar en el cuidado del paciente, es un aspecto que requiere ser considerado por los profesionales de Enfermería, con la finalidad de incluir a la familia del paciente en la planificación del cuidado.

### **Consideraciones finales**

La revisión bibliográfica realizada aporta argumentos que evidencian la necesidad de incorporar al familiar en el cuidado que proporcionan los profesionales de Enfermería; para ello, se torna imprescindible realizar cambios en la cultura institucional de las unidades de emergencia y cuidados intensivos, así como de

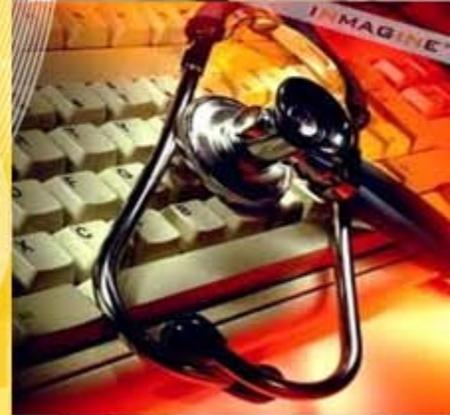
capacitación para los profesionales que le proporcione las herramientas para la atención de este grupo de personas, considerando que para planificar intervenciones dirigidas a los familiares es necesario reconocer la familia como un sistema influenciado por el entorno y sensible a los cambios en uno de sus miembros. Por tanto, se propone realizar investigaciones que incluyan a los familiares de los pacientes y que sirvan de base para los cambios que se han de generar en este tipo de unidades de hospitalización.

## Referencias

- Abizanda, R. (2007). Sobre las necesidades reales de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Revista Enfermería Intensiva*. 31 (6). p.p. 1- 2.
- Achury, D. (2011). La familia y las visitas en la Unidad de Cuidado Intensivo. *The World of Critical Care Nursing*. Vol.8, N° 1., 1- 8.
- Alarcon, R., Mazzotti, G. y Nicolino , H. (2005). *Psiquiatría*. (2da ed). México: Manual Moderno.
- Algarde, S. y Vilchez, V. (2011). Necesidades de las familias de pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva de adultos. *Notas de Enfermería*. Año 11. Volumen 17.
- Barbosa de Pinho, L. y Azevedo Dos Santos, S. (2006). Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Index de Enfermería*. Vol.15. N° 54. Granada Otoño., p.p. 1-7.
- Benito Domingo, M., García Manzano, A., López Sagospe, I., Benito, R. M., Peláez Ortiz, R. y Rojas Cabrera, Á. (2012). Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de. *Revista Científica Sociedad Española Enfermería Neurológica*. 35 (1). p.p. 6- 11.
- Brevis Urrutia, I. y Silva Gardo, P. (2011). Creencias, sentimientos e incertidumbre frente a la enfermedad en pacientes ingresados a UCI. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*. Vol. 26 (1), p.p. 27 - 34.
- Cabezudo Torres , M. y Cantuarias Noriega, N. (2011). Vivencias de los familiares de pacientes con ventilador mecánico en la unidad de cuidados intensivos. *Estudio Fenomenológico*. In *Crescendo*, ene.- jun., vol.2, n° 1., p.79 - 95. ISSN 2222 - 3061.

- Errasti- Ibarrodo, B. y Tricas-Sauras, S. (2012). La visitas flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente critico. *Revista Enfermería Intensiva*. España: Editorial Elsevier. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.08.001>.
- Feldman, R. (2006). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. México: Editorial Mc. Graw- Hill Interamericana.
- Gómez Carretero, P., Soriano Pastor, J., Monsalve Dolz, V. y Andrés Ibañez, J. (2009). Satisfacción con la información: Posible variable interviniente en el estado de ánimo de cuidadores primarios de pacientes críticos. *Clínica y salud*. 20(1). pp. 91-105.
- Gutierrez Blanca, J. J., Alvariño Blanco, A. M., Luque Pérez, M. y Ramirez Pérez, M. A. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. *Revista Electrónica Enfermería Global*. N° 12, febrero. Murcia, España.
- Kozier, B. (1999). *Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y práctica*. España: Editorial Interamericana Mc. Graw Hill.
- Landa, M., y otros. (2000). Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. *Revista Enfermería Intensiva*. Sociedad Española de Enfermería. España.
- Landa, M.; Eguía, B.; Fernández, G.; Adot, S.; Coscojuela, M. y Erro, A. (2000). Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. *Revista Enfermería Intensiva*. 11(3). pp. 107 - 17.
- Leuchet, J. (2012). *Experiencias vividas por los familiares de las personas politraumatizados hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos*. Valencia, República Bolivariana de Venezuela: Tesis presentada para optar al Título de Magister. Universidad de Carabobo.
- Llamas Sanchez, F.; Flores Cordón, J.; Acosta Mosquera, M.; Gonzalez Vásquez, J.; Alba Marín, M. y Macias Rodríguez, C. (2008). Necesidades de los familiares en una unidad de cuidados críticos. *Revista Elsevier Doyma*. 20 (2). pp. 50-57.
- Marriner Tomey, A. y Raile Alligood, M. (1999). *Modelos y teorías en enfermería*. (4ta edición). Madrid: Editorial Harcourt Brace.

- Nursing (2000). No olvides a la familia de paciente. Revista Nursing. Edición española. 18(2).
- Pardavilla, B. y Vivar, C. (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión literaria. Revista Enfermería Intensiva. País: Editorial Elsevier Doymar.
- Torres, L. (2002). Cuidados informales y paciente crítico. Revista Tempus vitalis. 2(1).
- Zaforteza Lallemand, C.; García Mozo, A.; Quintana Carbonero, R.; Sánchez Calvin, C.; Abadía Ortiz, E. y Miró Gaya, A. (2010). Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? Enfermería Intensiva. 21(2). pp.52- 57.
- Zaforteza Lallemand, C.; Gómez, J.P.; Gastaldo, D.; Cubel, P. y Sánchez Cuenca, P. (2003). ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? Revista Enfermería Intensiva. País: Editorial Elsevier Doyma. 14 (3). p.p. 109 - 119.



# **La tecnología: un componente fundamental en el proceso de cuidar en enfermería**

**Alexis Guerrero • Elyana Coronel • Ani Evies**

## **La tecnología: un componente fundamental en el proceso de cuidar en enfermería**

**Alexis Guerrero, Elyana Coronel y Ani Evies**

*“Temo del día que la tecnología superará nuestra interacción humana.  
El mundo tendrá una generación de idiotas”*

*Albert Einstein*

### **Introducción**

Las profesiones son creadas por la sociedad, debido a necesidades: educativas, políticas, económicas, recreativas, científicas, tecnológicas, sanitarias y de otra índole, existentes en ella. Entre tales profesiones figura la enfermera, cuyo fin último es ayudar a satisfacer carencias de personas, tratables por medio de las ejecutorias profesionales del personal de Enfermería, en la búsqueda permanente del bienestar humano.

Bajo esta concepción humanista, enfermería reconoce a la persona como un ente holista y único, que exige de su personal, el aprendizaje y utilización de un conocimiento sobre las ciencias: biológicas, psicológicas y socioculturales que le aseguren un acercamiento profesional afectivo, empático y ético hacia el ser humano que cuida; así como una mejor explicación de los mecanismos bioquímicos, homeostáticos y constantes vitales de éste; a lo que se adiciona la comprensión e interpretación sobre sus ideas, creencias, valores, sentimientos, actitudes y manifestaciones conductuales, que son determinantes para decidir acciones cuidadoras solidarias.

Por consiguiente, dicha visión referencial humanista exige al profesional de Enfermería mantenerse actualizado en el conocimiento de la ciencia y la tecnología, cuyo avance acelerado ha generado cambios trascendentales en la sociedad actual. Dicho conocimiento es un horizonte infinito de ideas innovadoras y abre las posibilidades hacia la: profundización, reflexión y selección de aquellos saberes útiles para enriquecer el proceso de cuidar, en la profesión de Enfermería.

### Utilidad de la tecnología en enfermería

En el presente, la tecnología ha tomado gran importancia en las diversas áreas del saber, por lo cual a todos los profesionales que estructuran la sociedad actual, se les exige actualizarse constantemente para optimizar cada día el rol que desempeña en su escenario de trabajo, pues en muchas ocasiones la tecnología es la que define el paradigma social y político de un país, transformando la actividad humana que cotidianamente realiza un grupo de personas de manera eficiente para así obtener los resultados, en el menor tiempo posible sobre una tarea determinada. De ahí que exista una estrecha relación entre el ser humano y el uso de la tecnología, donde se fusionan o se complementan acciones para prestar un mejor servicio a la persona que lo necesite.

Los profesionales de Enfermería, al igual que otros profesionales y en especial los del campo de la salud, no escapan a esta realidad tecnológica que se desarrolla aceleradamente y que puede ser aplicable en los escenarios de la *práctica*, la *enseñanza*, la *investigación*, entre otros. En tal sentido, el Diccionario de la Real Academia Española (2012, p. 1) define a la tecnología como “un conjunto de teorías y de técnicas que permiten el aprovechamiento práctico del conocimiento científico”. El desarrollo de la tecnología se basa en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades del humano, mediante la implementación de técnicas, instrumentos o herramientas que facilitan la ejecución de las actividades cotidianas, de una forma más eficaz.

En tal sentido, al hacer referencia al proceso de cuidar, núcleo del ejercicio de la *práctica de Enfermería*, se tiene que son muchos los avances tecnológicos que han sido utilizados en ella, pues desde donde se tiene documentación, Duhamel (2009) refiere que a mediados del siglo XIX, se data la existencia de cierta instrumentación utilizada para el cuidado de las necesidades físicas del paciente y del mantenimiento sanitario del área de atención. Entre las invenciones que existían para aquella época se pueden nombrar: los vendajes, las férulas

quirúrgicas, el prototipo de la cama de hospital, las plantillas para los pies; apoyos a nivel abdominal, uterino y de mama; silla para inválidos, bañera portátil con ruedas; jeringas; pasadores de seguridad, los pañales, la mejora del estetoscopio; la cuchara de medidas para el suministro de medicina, entre otros.

Al transcurrir el tiempo y como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, la tecnología en el cuidado de la salud se fue acrecentando. Tal como la terapia intravenosa que a pesar de ser una técnica desarrollada en el siglo XIX, fue durante aquella época donde se amplió el campo de acción de este procedimiento, debido a la gran cantidad de soldados heridos a los que se les suministraban concentraciones de glucosa y aminoácidos para su recuperación. En las décadas de 1950 y 1960 ya se contaba con el avance del área farmacológica y la incorporación de nuevos medicamentos, en especial los antibióticos, en el área de la salud; así como la administración de hemoderivados. Entre los años 1965 y 1980, se comienzan a diseñar máquinas en beneficio de la salud como los aparatos de diálisis, los monitores cardíacos, los monitores fetales, los dispositivos de registro automático, entre otros.

Al respecto Gómez (2009) señala que después de 1980 hasta nuestros días la tecnología en el ejercicio de la práctica de Enfermería se aplica a través de dos enfoques: el *mantenimiento de la vida* y la *curación*. La primera, se ejecuta con la aplicación de técnicas e instrumentos que permiten el *mantenimiento de la vida*, como es el caso de la higiene personal del paciente, su alimentación, organización de espacios, manejo de equipos tales como: bomba de infusión, monitores, marcapasos, holters, saturómetro, ventiladores mecánicos,... En cuanto a la *curación*, comprende la ejecución de las prescripciones médicas que le corresponden a este profesional: administración de medicamentos, curaciones de heridas,... y el manejo por parte del profesional de Enfermería de equipos complejos como: dispositivos de seguridad en el control de los pacientes; registros electrónicos de salud, dispositivos gráficos inalámbricos para los asistentes robóticos, herramientas clínicas para la toma de decisiones y servicios de telesalud.

Es de hacer notar que muchos de los procesos realizados manualmente, ahora se pueden controlar a través de sofisticados equipos de una manera más precisa y rápida, debido al uso cada vez, más frecuente del recurso tecnológico que minimiza, de alguna manera la rutina del trabajo cotidiano del profesional de Enfermería, donde siempre prevalece el proceso de cuidar a la persona receptora del mismo, extensible hasta su familia y comunidad. El mencionado proceso ha de

sustentarse en una relación de interacción humana y social donde predomine la honestidad, la solidaridad y especialmente el respeto a la dignidad humana

Luego de hacer referencia al uso de la tecnología en el ejercicio de la *práctica de enfermería*, ahora se intenta describir como el profesional de Enfermería puede realizar el proceso *enseñanza* a participantes en esta área del conocimiento, mediante la utilización de los avances tecnológicos que proporcionan las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), pues son muchas y variadas las aplicaciones de este tipo de tecnología, que son aptas dentro del ámbito de enfermería. Con respecto a las TIC Pere (2008), las denomina como:

Un conjunto de avances tecnológicos que nos proporcionan la informática, las telecomunicaciones y las tecnologías audiovisuales, que comprenden los desarrollos relacionados con los ordenadores, Internet, la telefonía, los *mass media*, las aplicaciones multimedia y la realidad virtual. Estas tecnologías básicamente proporcionan información, herramientas para su proceso y canales de comunicación (p. 3).

Se infiere a partir de la definición, que las TIC no solo se relacionan con el medio computacional y las ramas que de ella se derivan como las redes y los entornos multimedia, sino que también abarca otros tipos de recursos que se han desarrollado a través de los años y que han influenciado de manera eficaz dentro de la sociedad como son los medios de comunicación masivos (la radio, la televisión, la prensa,...); así como los medios de comunicación interpersonales con soporte tecnológico como el fax, el teléfono, entre otros.

Cabe destacar el valor de la Internet, cuya evolución y todo lo que ella comprende, es el medio comunicacional que mayormente ha permitido el desarrollo potencial de las TIC, sin menospreciar los mecanismos anteriormente expuestos. Es por ello, que se reconoce su gran importancia en todos los espacios en los que intervienen; así como, en la gran cantidad de bondades que proporciona al ser humano, gracias a los recursos que tiene a su disposición la internet. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2011), reconoce que uno de esos espacios es el área educativa donde:

Las TIC pueden contribuir al acceso universal de la educación, la igualdad en la instrucción, el ejercicio de la enseñanza y el aprendizaje de calidad y el desarrollo profesional de los docentes, así

como a la gestión, dirección y administración más eficiente del sistema educativo (p. 1).

Es por ello, que en el área educativa de enfermería las TIC pueden formalizar su rol protagónico pues se cuenta con una variedad de recursos que facilitan el proceso enseñanza, logrando de esta manera la comprensión y reflexión de la información, por parte del participante. Gracias a las TIC, enfermería tiene a su alcance dispositivos como el computador, teléfonos celulares y la televisión para llevar a cabo esta actividad; además tiene a su disposición la internet, la cual tiene múltiples recursos que permiten descubrir, reflexionar y seleccionar conocimientos eficaces para incrementar el saber de enfermería.

Cabero (2007) expresa que dentro de los recursos comunicacionales con lo cual cuenta la internet para el intercambio de información se encuentran las herramientas asíncronas. Estas no necesitan que los usuarios se encuentren conectados dentro de un ambiente virtual para poder interactuar, ejemplo de algunos de estos recursos tecnológicos son los blogs o bitácoras, las wikis, los foros de discusión, el correo electrónico. De la misma manera se encuentran las herramientas síncronas, cuyo uso requiere que todos los usuarios estén conectados dentro de un ambiente virtual para poder compartir ideas y comentarios, establecer interrogantes, dar respuestas como por ejemplo: los chats, las videoconferencia, las audioconferencias, las teleconferencias.

Lo anteriormente expuesto indica en breves palabras, las bondades que proporcionan las TIC, por lo cual se reafirma y reconoce la potencialidad de este tipo de recursos tecnológicos, pues favorece la mejora de los sistemas educativos a nivel mundial en cualquiera de las áreas donde se aplique y especialmente en el ámbito educativo de enfermería. Además, de los recursos ya mencionados, existen otros recursos que permiten a los aprendices de esta carrera, adquirir conocimientos, habilidades y destrezas psicomotoras, durante su proceso de formación, como es el aprendizaje a través de la simulación de una situación real, en la práctica de Enfermería.

En la actualidad, la simulación es utilizada por muchos facilitadores, quienes han visto su eficacia en el proceso de enseñanza, pues el empleo de esta técnica ayuda a disminuir dudas, inquietudes y ansiedad en los aprendices. Al respecto Díaz (2008) señala que la simulación, en el área de la salud, consiste en colocar al participante en un contexto que imite a un aspecto de la realidad, de tal manera que éste pueda enfrentarse a situaciones que se asemejen a la práctica de su profesión, sin el temor de poder causar algún tipo de daño a pacientes.

En el área de la salud se viene empleando la simulación desde tiempos remotos de la historia quirúrgica, así lo señala una publicación de Jakimowicz y Jakimowicz (2011), en la que se señala que:

El cirujano hindú Sushruta (siglo III a. C.) fue el primero en utilizar la simulación en el entrenamiento quirúrgico; recomendaba usar un melón para aprender a hacer incisiones y una muñeca de lino, de tamaño natural, para practicar los vendajes (p. 1).

Por consiguiente, el uso de la simulación o de simuladores para educar, permite al aprendiz poder adquirir destrezas psicomotoras, en situaciones que asemejen a las reales, sin que se incumpla el aforismo hipocrático “*primum non nocere*” cuyo significado en castellano es “*lo primero es no hacer daño*”. El uso de este tipo de recursos son eficaces para enseñar a futuros profesionales de Enfermería, sin que se llegue a causar molestias al ser humano, en situaciones reales de cuidado. De esta manera, se fomenta la protección a la persona cuidada y se privilegia el valor primordial de esta profesión, como lo es el **Cuidado Humano**.

Los recursos anteriormente mencionados y otros existentes en el campo tecnológico ayudan a solventar la problemática educativa surgida por el crecimiento de la población a nivel mundial, cuya consecuencia es que muchos de los centros educativos no tienen la capacidad para albergar a miles de estudiantes dentro de sus espacios físicos, por ende no tienen la oportunidad de llevarles a todos, el proceso de instrucción en un área específica del conocimiento.

Por otra parte, cabe especificar que muchos planes de estudio correspondientes a carreras universitarias podrían ser dictadas con la modalidad semi-presencial o únicamente a distancia. Quizás la carrera de enfermería no puede manejarse estrictamente a distancia, debido a que la formación de sus participantes requiere mucho contacto humano para fomentar la relación interpersonal entre el futuro profesional como persona cuidadora y el paciente como receptor del cuidado, pues es a través de dicha relación que el personal de Enfermería intenta comprenderlo mediante sus valores, estilo de vida, costumbres, actitudes, emociones, creencias y conocimientos. Sin embargo, no es razón suficiente para que se tenga que impartir todas las asignaturas de la carrera de manera presencial, debido a que puede manejarse todo el componente teórico de las ciencias básicas a través de Entornos Virtuales de Aprendizaje, donde el aprendiz pueda aprender a su propio ritmo con la ayuda y retroalimentación de sus compañeros y el facilitador. En lo que respecta a los procedimientos de la práctica de Enfermería y

el uso de los instrumentos y equipos que la profesión involucra, se puede realizar en los espacios destinados para ello.

Además de los logros a alcanzarse con la incorporación de la tecnología dentro del proceso de formación y capacitación para el ejercicio de la práctica profesional de Enfermería, se expresa la importancia de estos recursos tecnológicos en el área de la *investigación* como soporte para: la búsqueda de respuestas a incógnitas de esta carrera, satisfacer la necesidad de ampliar los conocimientos, despejar dudas, encontrar soluciones, construir teorías que permitan mejorar profesionalmente al personal de Enfermería y fortalecer el conocimiento propio de la profesión como una disciplina científica.

Así mismo, la implementación de las TIC en enfermería, favorece la conexión con diversas fuentes de información que se encuentran en formato digital. Algunas de estas fuentes son: las bibliotecas virtuales en donde se gestiona la administración de libros en formato físico o la consulta de información en formato digital; las revistas electrónicas, que incluyen publicaciones periódicas de artículos; libros electrónicos como fuentes de información digitalizada completa o parcial; bases de conocimientos científicos: que son un conjunto de información, almacenada en formato digital y relacionada con diferentes áreas del conocimiento, dentro del campo científico como por ejemplo: trabajos de investigación, monografías, entre otros, que son guardados sistemáticamente, de tal manera que puedan ser consultados posteriormente como referencia para investigaciones similares y para nutrir el acervo científico.

Es importante recordar siempre que en el proceso de *enseñanza* del futuro profesional de Enfermería; así como en la *investigación*, a pesar de todos los recursos innovativos que puedan utilizarse para mejorar su formación, ha de enfatizarse sobre el cuidado como esencia de su *práctica profesional*. Dicho cuidado, como constante universal, puede visualizarse al menos bajo tres enfoques de responsabilidad: a) El autocuidado que exige al profesional de Enfermería asumir el compromiso consigo mismo para proteger y mantener su salud, su bienestar y poder ser útil a los demás; b) El cuidado a otros congéneres que requieren de sus acciones profesionales para prevenir y/o superar desequilibrios reales y potenciales en su estado de salud, minimizar estresores, evitar daños; c) El cuidado al medio ambiente que demanda el compromiso de todos, con una visión ecocéntrica, para reconocer el valor de los seres vivos, humanos y no humanos, a los que hay que proteger, con el fin de alcanzar relaciones armónicas entre la humanidad y la naturaleza.

## Consideraciones finales

De manera general puede concluirse, que la utilización pertinente de la tecnología, en sus variadas modalidades, en el ejercicio de la práctica, la educación y la investigación facilita la ejecución eficaz de los roles que asume el personal de Enfermería, cuya finalidad esencial es ayudar al bienestar humano, a través del cuidado, considerado como el centro de todas sus ejecutorias profesionales, en el proceso de cuidar.

A su vez, la aplicación de las TIC en enfermería, puede ser un incentivo motivador para minimizar trámites burocráticos y actividades rutinarias poco productivas a nivel del escenario laboral, que en nada benefician el cuidado de las personas. Además, el uso frecuente de las TIC puede ser un atractivo para crear cadenas sociales de profesionales, con el fin de compartir conocimientos, vivencias, dudas o cualquier otra información profesional y no profesional, que los ayude a cimentar su conocimiento y a fortalecer el sentido de pertenencia grupal en los equipos de trabajo.

## Referencias

- Cabero, Julio (2007). Nuevas tecnologías aplicadas a la educación. España: Editorial McGraw Hill.
- Díaz Pérez, Anderson (2008). Prácticas experimentales de instrumentación quirúrgica para la enseñanza de maniobras quirúrgicas básicas con simuladores biológicos. URL Disponible en: <http://andersoninvestiga.blogspot.com/2008/09/prcticas-experimentales-de.html>
- Diccionario de la Real Academia Española (2012). Definición de tecnología. URL Disponible en: [http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=tecnología](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=tecnología).
- Duhamel, Karen (2009). Technology and nursing: Past, present and future perspectives. URL Disponible en: <http://www.slideshare.net/kvduhamel/technology-and-nursing-past-present-and-future-perspectives-2733195>

Gómez, Ángel (2009). Tecnología en enfermería. URL Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/22049019/Tecnologia-en-Enfermeria>

Jakimowicz, Jack y Jakimowicz, Caroline (2011). Simulación en cirugía, ¿Dónde estamos y a dónde llegaremos?. URL Disponible en: [http://www.nietoeditores.com.mx/images/stories/Cir\\_Cir\\_1.8\\_SIMULACION.pdf](http://www.nietoeditores.com.mx/images/stories/Cir_Cir_1.8_SIMULACION.pdf)

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura– UNESCO. (2011). Las TIC en la educación. URL Disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/unesco/themes/icts/>

Pere Marquès, Graells (2008). Las TIC y sus aportaciones a la sociedad. URL Disponible en: <http://peremarques.pangea.org/tic.htm>



# **Una visión sobre la muerte en el contexto de ciencias de la salud**



**Berta Guevara • Amarilis Zambrano  
Ani Evies • Marianela Mejías**

## Una visión sobre la muerte en el contexto de ciencias de la salud

Berta Guevara, Amarilis Zambrano,  
Ani Evies y Marianela Mejías

*“ Hay que esperar lo inesperado y aceptar lo inaceptable.  
¿Qué es la muerte? Si todavía no sabemos lo que es la vida,  
¿cómo puede inquietarnos conocer la esencia de la muerte?”*

*Confucio*

### Introducción

El ser humano vive continuamente en un repetido y eterno ciclo de la vida a la muerte. Aferrado a la vida, se hace productivo, busca el éxito y el bienestar. Por ello, se presume que le resulta difícil discernir sobre su propia muerte; imaginar siquiera que en un futuro abandonará este mundo le produce miedo e incertidumbre. Por consiguiente, reflexionar sobre la naturaleza de la muerte significa interrogarse por su repercusión en la existencia humana, pues rara vez el ser humano se detiene a pensar sobre ésta, pero pensar en ella lo ayuda a valorar y cuidar su vida, así como la de los suyos.

La muerte analizada desde diferentes enfoques, es concebida siempre como una realidad a la cual la persona no puede escapar. Realidad insoslayable para todos, aun cuando es una vivencia particular que al final de la vida, toda persona ha de enfrentarla en forma singular y única. Una de las oportunidades que tiene el personal de ciencias de la salud que labora en centros asistenciales, públicos o privados, es observar la muerte de otros, lo cual se convierte en una experiencia más de su práctica profesional.

La muerte o cesación de la vida es un hecho que puede estar presente en cualquier etapa del ciclo vital, pero que se hace más resaltante para los profesionales de la salud en el momento que la persona ingresa a las unidades de emergencia de adultos o en aquellas personas afectadas por enfermedades crónicas y terminales. En este contexto, quizás en el acompañamiento a un enfermo moribundo sirva de poco el conocimiento de la tecnología (tecnicismo), más bien tiene importancia el humanismo del profesional de la salud (enfermera y médico) al ofrecer cuidado integral requerido por el enfermo moribundo. Enfrentar la muerte de la persona cuidada o a la de un ser querido, supone una oportunidad y una experiencia enriquecedora para fortalecer nuestro humanismo en las pequeñas y grandes situaciones que impone la vida.

El personal que labora en el campo de la salud necesita comprender, que sus propias actitudes y creencias respecto a la muerte, influyen considerablemente en el cuidado ofrecido a las personas que están en la etapa de finalización de la vida, así como también en los familiares que en ese momento experimentan el duelo. Por ello, en su misión de proporcionar cuidado integral al enfermo, debe reconocer la importancia de tener clara su actitud, valores, convicciones y sentimientos acerca de la vida y la muerte, pues de esto depende en gran parte el apoyo apropiado que pueda proporcionar tanto a la persona moribunda como a sus allegados.

Por consiguiente, en esta revisión bibliográfica se pretende hacer un abordaje de la visión sobre la muerte en el contexto de las ciencias de la salud, concebida desde diferentes enfoques. Para ello, se realizó una revisión de la literatura pertinente tomando en consideración el escenario asistencial de la salud; haciendo un análisis documental de carácter reflexivo, acerca de los aspectos o ideas principales expresadas en los textos, así como la valoración de conjunto que incluyó una interpretación aproximativa sobre la muerte. En tal sentido, la información se estructuró en los aspectos siguientes: concepciones sobre la muerte; la visión fenomenológica de la muerte, la muerte en el contexto del cuidado en enfermería.

### **Concepciones sobre la muerte**

La muerte y la vida forman parte de una misma realidad; son el anverso y reverso de la existencia humana. En esta existencia humana la persona construye su personalidad, su historia, su mundo de experiencias vitales.

A su vez, se descubre como un ser en permanente cambio, un poder ser, un ser en proyecto o incompleto. Todo ello se desarrolla y transcurre en su cotidianidad y en ésta, organiza su vida individual.

En la cotidianidad están inmersos sus: ideas, sentimientos, emociones, creencias, significados, actitudes, actividades; es decir, su pensar sentir y actuar. Iyer, Taptich, Bernocchi (1997, p. 69) expresan que “la cotidianidad es en efecto, justamente el ser *entre* el nacimiento y la muerte”. En esta dimensión cronotópica o espacio - temporal reside la vida humana y es en ella, en la que se inserta la muerte como experiencia y realidad; y en la que se concreta como un *ya no estar en el mundo*. La muerte es inmanente a la naturaleza propia de la vida, por lo tanto allí está siempre, esperando el momento propicio para hacerse omnipresente. Urdaneta (2004, p. 4) refiere que el ser humano teme a lo desconocido y la muerte es un hecho desconocido, junto a la angustia existencial propia del hecho de morir se añaden una serie de temores: “1.-El paso de *ser* o *no ser* (el paso de cuerpo vivo a cadáver). 2.-Temor al *vacío*, al *después* a una espacialidad y temporalidad desconocida. 3.-Angustia de separación”.

La muerte se expresa en un ambiente de misterio, con un lenguaje difícilmente descifrable por lo que es importante abordarla desde diversas concepciones.

### **Visión fenomenológica de la muerte**

Según Cely (2004) el tema de la muerte se puede abordar desde:

El *dualismo* tradicional dominante en occidente, que concibe al ser humano compuesto de dos realidades diferentes: cuerpo y alma; irreducible la una a la otra, precedera la primera e inmortal la segunda. La línea monista, en cambio, especifica la indivisibilidad del cuerpo y el alma y lo ve como una unidad Sustantiva, una sola sustancia vital. Así lo proyectaron filósofos como Parménides, Spinoza, Plotino, Hegel, Freud y Otros (pp. 77-82).

Bajo esta concepción de unicidad, el filósofo Wolf fue el primero en usar la palabra monismo, cuyo punto central es la comprensión del cuerpo humano en su plena dimensión simbólica y comunicativa de todo lo que es y de lo que desea ser de manera expectante, en permanente tensión dinámica hacia futuros de total realización personal y colectiva.

Cely (2004) manifiesta que:

Algunos filósofos, con enfoques monistas reducen la visión de lo humano a simplemente cuerpo – materia – energía y niegan toda trascendencia espiritual que dé lugar a una vida después de la muerte, es decir, para estos teóricos la vida se agota totalmente en la muerte (p. 85).

Asimismo, agrega el autor que:

Sin embargo, en la época moderna el monismo ha surgido como un espiritualismo reconciliador de las ciencias y las humanidades, que reconoce la naturaleza material humana y la engloba en una unidad teleológica más amplia y hacia una espiritualización de la materia – energía (p. 85).

Al reflexionar sobre el fenómeno de la muerte, se infiere que es la conclusión de la existencia terrenal e histórica del hombre, símbolo de la finitud humana. La evidencia fenomenológica que el ser humano tiene de la muerte confirma dos realidades físicas irrefutables: Su inevitabilidad y el fallecimiento total de su ser existente.

Esta constatación se refiere a dos aspectos que menciona Cely (2004):

La propia muerte es irreductible e intransferible; y la segunda, que es una *cesación* de la existencia. De hecho, es la única vivencia exclusivamente personal e individual, con ella culmina el ciclo vital y su significado no se puede compartir con los demás (p. 88).

Según Larrañaga (2003) en el morir se demuestra que:

La muerte está constituida ontológicamente por el ser en cada caso mío y la existencia. En consecuencia, el morir hay que comprenderlo e interpretarlo existencialmente, ello ubica al ser humano en reconocer que la propia vida es permanentemente incierta; mientras que la muerte incierta es siempre cierta, invariable y certera (p. 53).

Por consiguiente, es innecesario, que la humanidad busque eliminar la muerte, pues todo lo que comienza acaba, es mejor buscar cómo transformarla en una hermana, en una amiga.

Es preferible concienciar que todo lo que nace, muere; y llegado el momento en que la muerte se haga presente, es inútil enfrentarla. Quizás sea mejor hacerse la idea de que un día incierto, *mi vida terminará*. Esta aprobación de finitud favorece una actitud serena, sabia, y humilde, para aceptar, él acabarse.

Para Urdaneta (2004):

El reconocer y aceptar la muerte puede conducir a la persona a visionar la vida de forma positiva, por ejemplo, dándole aprecio al vivir, a la salud, al disfrute saludable, dándole un sentido real de existencia. Tal aceptación le permite comparar el estar vivo, le brinda la fortaleza para relacionarse armónicamente con sus alteregos fomentar el afecto ser sensible ante la alegría y el dolor ajeno, asumir decisiones importantes, entre otros aspectos. Sin embargo, en posiciones obsesivas y extremistas puede también amenazarnos con la negación de nosotros mismos y de todo lo que valoramos (p. 8).

Morirse no es cosa de viejos ni de enfermos, es un rasgo de nuestra condición humana, desde el primer momento en que la persona empieza a vivir, ya en su horizonte se vislumbra el morir. Por consiguiente, el ser humano necesita reflexionar sobre la muerte como un hecho inevitable, pues ella está presente desde la misma existencia, en virtud de que nacimiento y muerte son la entrada y la salida de la condición humana. Al reconocer que es un ser para la muerte, tratará por todos los medios disponibles de realizar al máximo sus metas y posibilidades, vivir con compromiso el presente, pues ignora las garantías que le depara el futuro para desarrollar aquello que ahora ignora o subestima.

Para Morín (2002, p. 456) la muerte ha estado presente siempre en las reflexiones en muchos filósofos, entre ellos: Platón en su obra *Meditatio Mortis* establecía que “la filosofía es la meditación de la muerte”. Cicerón en su *Comentario Mortis* aseveraba que “filosofar es prepararse para la muerte”. Al incorporar el concepto de la muerte, en sus valores y creencias, la persona tiene la oportunidad de ejercitar a lo largo de toda su existencia, la dinámica del desapego, de lo intrascendente y de lo accesorio y puede ser entonces, capaz de encontrarse con su propia realidad profunda.

## La muerte en el contexto del cuidado en enfermería

Para Cely (2004, p. 84), “la muerte ha dejado de ser un hecho natural y familiar y se ha transformado en un fenómeno técnico, sanitario y mercantilista, pues en los últimos años se ha pasado de un morir en casa a un morir en los hospitales”. Asimismo, agrega el autor antes citado que:

Esta situación, es vista muchas veces como un acontecimiento rutinario, quizás debido a la ausencia de una formación académica, de los profesionales de Enfermería y de medicina acerca del tema de la muerte bajo un enfoque humanista, por cuanto hegemónicamente la formación está orientada por un paradigma positivista, biologicista en el cual predomina la visión reduccionista, donde se fragmenta a la persona enferma o moribunda, en sistemas u órganos alterados (p. 84).

Actualmente pareciera que los avances científicos y tecnológicos, en lugar de ser utilizados para humanizar el cuidado que se les debe ofrecer a las personas enfermas y/o en etapa terminal para conducirlos a una muerte digna, más bien distancian la comunicación verbal y corporal del médico y la enfermera hacia estos enfermos, minimizando el sentido y significación de la condición humana, la cual es un distintivo de la persona desde que nace hasta que fenece.

Es importante, que el personal de Enfermería y médico comprenda e intérprete no sólo la forma en que los pacientes perciben la muerte, sino en sus propios sentimientos y creencias individuales, acerca de ella. Muchos de ellos, a veces asumen actitudes desfavorables y tienen sentimientos poco positivos acerca de la muerte. Se rechaza la muerte y se lucha para que la vida continúe, pero cuando esto es inalcanzable, se genera en ellos sentimientos de fracaso. Sin embargo, esto no debe impedir que seamos afectivos y efectivos en las acciones cuidadoras con el paciente moribundo y sus familiares, así como con las personas que han perdido un ser querido.

Urdaneta (2004) expresa que en ocasiones, el citado personal reacciona ante la muerte como si representara el fracaso de su asistencia y conocimientos. Es importante que dicho personal analice sus propios sentimientos y opiniones acerca de la muerte para así poder entender y aceptar los sentimientos del paciente y familiares.

Agrega el mismo autor, que quizás las actitudes de rechazo se deban en gran parte, a que en nuestra cultura occidental, la muerte suele considerarse un tabú, pues se enfatiza sobre la vida y la productividad. Por ello el ser humano llega a la edad adulta con muy poca información sobre la muerte; por lo que para la mayoría de las personas, la posibilidad de muerte es motivo de temor, angustia e imposible de comprender, pues es difícil imaginar el hecho de no existir más en el mundo. Además, el rechazo hacia la muerte lo demuestra la persona cuando evita hablar acerca de ella, no asistir a los velatorios ni a los sepelios, se aplaza o se niega a la realización de un examen físico médico, aplaza escribir un testamento entre otros.

Para Potter y Perry (2002) tales respuestas actitudinales es lo que Kübler-Ross reconoce como respuestas emocionales de quien afronta la muerte (moribunda y familiar) para lo cual las describe en cinco etapas: Negación u aislamiento, ira, negociación, depresión y aceptación. La negación y el aislamiento son la primera reacción ante la posibilidad de muerte inminente. Long, Phipps y Cassmeyer (1999), expresan que el paciente acepta muy poco el hecho de que el final de su vida se aproxima. En estos casos la enfermera no sólo debe encontrarse disponible para atender al moribundo, sino también a sus familiares que requieren apoyo mientras lo brindan al paciente en agonía.

El conocimiento que la enfermera tenga sobre las etapas de la muerte, la ayuda a proporcionar un cuidado eficaz al moribundo y a los familiares por ser el profesional de la salud que más tiempo está cerca de él en las unidades de atención; así como la persona que generalmente recibe, en las unidades de emergencia, a los pacientes al borde de la muerte. El citado conocimiento la capacita para proporcionarle el cuidado con sensibilidad, apoyo psicosocial y espiritual al moribundo y a su familia. No es necesario saber qué hacer o cómo hacerlo, lo importante es saber estar, y que su presencia sea significativa tanto para el paciente como para los familiares en ese momento, acompañantes del enfermo. La presencia silenciosa representa con frecuencia una ayuda afectiva, mejor que las palabras.

En el caso de los familiares, la ayuda afectiva es valiosa, pues la pérdida de un ser querido es una experiencia espiritual, dolorosa que exige un proceso de duelo e imprime recuerdos en la memoria individual y colectiva (Potter y Perry, 2002).

Para el desarrollo personal y profesional resulta de gran utilidad, ser acompañante de personas próximas a morir; esta vivencia permite a los profesionales de la salud la oportunidad de demostrar una de las cualidades imprescindibles en el ser

humano como lo es el humanismo el cual implica sensibilidad, solidaridad, empatía, respeto entre otros valores. Larrañaga (1995, p. 60) sostiene que “estar al lado de un moribundo, respetarlo y escucharlo con empatía, permite descubrir no sólo la grandeza de la muerte, sino la enorme riqueza de la vida”.

Por último se enfatiza que, el personal de la salud debe tener presente el siguiente principio básico: los moribundos son personas a las que debe tratarse con respeto y dignidad sin importar sus antecedentes o estado, sin distinguir raza, credo o condición social (Long, Phipps y Cassmeyer 1999).

### Consideraciones finales

El hecho de morir reclama tres momentos de dignidad: Antes, En y Después. Toda la vida de la persona constituye el *Antes* lo que significa que la manera digna de vivir es la mejor preparación para una muerte digna. La paz interior del moribundo, como manifestación de aceptación del punto final de su existencia, tiene antecedentes de un vivir virtuoso, de estar reconciliado consigo mismo, con los demás y con el Dios de su creencia. Esto significa que se llega a la muerte dignamente, porque se ha vivido con dignidad. Todo ser humano merece respeto en el final de la vida; ante la imposibilidad de curar.

El discernimiento ético sobre el moribundo y su muerte tiene que ser desde la vida misma, y es similar del que se hace sobre la dignidad de la vida. Esto significa que la muerte es un episodio de la vida, es el episodio final y enigmático, dotado de máxima dignidad.

### Referencias

- Cely, G. (2004). ETHOS vital y dignidad humana. Reflexiones bioéticas. (1ra ed). Bogotá- Colombia. Colección Bioética.
- Iyer, Patricia; Taptich, Bárbara y Bernocchi-Losey, Donna (1997). Proceso y diagnóstico de enfermería. (3ra ed). México: Editorial McGraw Hill Interamericana Editores, S.A de CV.
- Larrañaga, Ignacio (1995). Del sufrimiento a la paz. Hacia una liberación interior. Perú: Editorial Universal. Ediciones Paulinas.

Larrañaga, Ignacio (2003). El arte de ser feliz. San Pablo, Distribución. Caracas, Venezuela.

Long, Bárbara; Phipps, Wilma y Cassmeyer, Virginia (1999). Enfermería médico quirúrgica. Un enfoque del proceso de enfermería. (3ra ed). España: Editorial Harcourt. Tomo 1.

Morin, E. (2002). El método II. La vida de la vida. (5ta ed). Madrid: Ediciones Cátedra. Traductora: Ana Sánchez.

Potter, Patricia y Perry, Anne (2002). Fundamentos de enfermería. Teoría y práctica. (4ta ed). España: Editorial Mosby/Doyma Libros.

Urdaneta, Eliexer (2004). La muerte y el morir en la sociedad actual. Venezuela. Editado por el Instituto Latinoamericano de Bioética y Derechos Humanos.

## LOS AUTORES

### **Esp. Alexis D. Guerrero Zambrano.**

Licenciado en Computación egresado de la Universidad de Carabobo. Facultad Experimental de Ciencias y Tecnología. Departamento de Computación. Especialista en Tecnología de la Computación en Educación egresado de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Educación. Investigador nivel A-1 acreditado por el Programa de Estímulo a la Innovación e Investigación (PEII) del Ministerio del Poder Popular para Ciencia y Tecnología. Docente Asistente de la Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela.

### **Dra. Amarilis Zambrano de Guerrero.**

Licenciada en Enfermería egresada de la Universidad de los Andes. Doctora en Enfermería: Salud y Cuidado Humano. Docente Titular Jubilada de la Universidad de Carabobo. Profesora en las Maestrías de Enfermería: Administración de los Servicios de Enfermería. Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo. Enfermería Gerontológica y Geriátrica. Escuela de Enfermería. Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela. Autora de publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales.

### **MgSc. Ana Cristina Lo Presti de R.**

Farmacéutico. Mención: Toxicología Analítica, egresada de la Universidad de Los Andes. Mérida – Estado Mérida – Venezuela. Magíster en Toxicología Analítica egresada de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Dirección de Postgrado. Docente Agregado en la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela.

## **Dra. Ani Evies O.**

Licenciada en Enfermería egresada de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. Especialista en Salud y Desarrollo del Adolescente egresada de la Universidad de Carabobo. Magister en Ciencias de la Enfermería mención Perinatología, egresada de la Universidad de Carabobo. Doctora en Enfermería egresada de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Dirección de Postgrado. Investigadora nivel B acreditada por el Programa de Estímulo a la Innovación e Investigación (PEII) del Ministerio del Poder Popular para Ciencia y Tecnología. Investigadora nivel 3 clasificada por el Observatorio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Universidad de Carabobo (OCTIUC). Investigadora adscrita a la Unidad de Investigación en Salud Reproductiva de la Escuela de Enfermería (UNISAR). Coordinadora del Doctorado en Enfermería Universidad de Carabobo. Docente Titular en la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Docente de Postgrado en la Maestría: Salud Reproductiva en Enfermería en la asignatura: Seminarios de Investigación. Experiencia hospitalaria en las competencias de cuidar y gerenciar en las unidades de atención de materno – infantil y pediatría, emergencia de adulto. Directora de la Escuela de Enfermería “Dra. Gladys Román de Cisneros”. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud.

## **Dra. Berta Guevara R.**

Licenciada en Enfermería egresada de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. Magister en Médico Quirúrgico, egresada de la Universidad de Carabobo. Doctora en Enfermería egresada de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Dirección de Postgrado. Investigadora nivel C acreditada por el Programa de Estímulo a la Innovación e Investigación (PEII) del Ministerio del Poder Popular para Ciencia y Tecnología. Investigadora nivel 2 clasificada por el Observatorio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Universidad de Carabobo (OCTIUC). Investigadora adscrita a la Unidad de Investigación Gerontológica de la Escuela de Enfermería (UNINGER). Coordinadora del grupo de Investigación: Producción Intelectual para el Cuidado de Enfermería

Cardiovascular (PICECV). Docente titular jubilada de la Universidad de Carabobo. Docente de Postgrado en la Maestría: Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo en la asignatura: Seminarios de Investigación. Experiencia hospitalaria en las competencias de cuidar y gerenciar en las unidades de atención de Cardiología, Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto, Emergencia de Adulto y en las unidades de Cuidados Intermedio de Medicina Interna y Cirugía. Integrante de la Comisión Coordinadora del Doctorado en Enfermería de la Universidad de Carabobo. Integrante de la Comisión Coordinadora del Programa de Maestría de Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Dirección de Postgrado.

### **MgSc. Doancely Tovar.**

Licenciada en Enfermería egresada de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. Magister en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo, egresada de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Dirección de Postgrado. Docente Agregado en la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Experiencia hospitalaria en las competencias de cuidar en las unidades de atención: unidad de cuidados intensivos de adulto, unidad de emergencia de adultos.

### **Esp. Elyana Coronel Juárez.**

Licenciada en Computación egresada de la Universidad de Carabobo. Facultad Experimental de Ciencias y Tecnología. Departamento de Computación. Especialista en Tecnología de la Computación en Educación egresada de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Educación. Investigadora nivel A-1 acreditada por el Programa de Estímulo a la Innovación e Investigación (PEII) del Ministerio del Poder Popular para Ciencia y Tecnología. Técnico de Recursos Informático de la Dirección de Tecnología de Información y Comunicación. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Docente Instructor de la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela.

## **Dra. Julia Rengifo.**

Licenciada en Enfermería egresada de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. Magister en Enfermería Gerontológica y Geriátrica, egresada de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Dirección de Postgrado. Doctora en Educación egresada de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (Maracay). Investigadora nivel B acreditada por el Programa de Estímulo a la Innovación e Investigación (PEII) del Ministerio del Poder Popular para Ciencia y Tecnología. Investigadora nivel 1 clasificada por el Observatorio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Universidad de Carabobo (OCTIUC). Investigadora adscrita a la Unidad de Investigación Gerontológica de la Escuela de Enfermería (UNINGER). Coordinadora de la asignatura Cuidados de Enfermería al Adulto Mayor. Coordinadora de la Comisión Asuntos Estudiantiles del Dpto. ESIA. Docente Titular Jubilada en la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Experiencia hospitalaria en las competencias de cuidar y gerenciar en las unidades de atención: unidad de cuidados intensivos de adulto, unidades de cuidados intermedio de medicina interna, quirófano, medicina, cirugía y traumatología hospitalización. Emergencia de adultos.

## **MgSc. Luis Rodríguez.**

Licenciado en Enfermería egresado de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. Magister en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo, egresado de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Dirección de Postgrado. Docente Agregado en la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Investigador nivel A2 acreditado por el Programa de Estímulo a la Innovación e Investigación (PEII) del Ministerio del Poder Popular para Ciencia y Tecnología. Experiencia hospitalaria en las competencias de cuidar en las unidades de atención: unidad de cuidados intensivos de adulto, unidad de emergencia de adultos.

## **Dra. Marianela Mejías.**

Licenciada en Enfermería egresada de la Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. Magister en Desarrollo Curricular egresada de la Universidad de Carabobo. Magister en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo egresada de la Universidad de Carabobo. Doctora en Enfermería egresada de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Dirección de Postgrado. Investigadora Nivel B acreditada por el Programa de Estímulo a la Investigación e Innovación (PEII) del Ministerio del Poder Popular para Ciencia y Tecnología. Docente Titular en la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Coordinadora del Programa de Extensión “Estrategias para la transformación de la práctica a través de la investigación y la educación permanente”.

# **La persona hospitalizada: una aproximación al cuidado integral**

Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS)  
Universidad de Carabobo (UC), Campus Bárbula. 1ra Ed. Valencia,  
Venezuela. 2018.

Todos los artículos de este libro, han sido objeto de Arbitraje por Colaboradores expertos en el tema, lo que permitió la selección. Esto representa las contribuciones de educadores e investigadores en Enfermería nacionales e internacionales generando gran dinamismo y debate en el seno de la disciplina de Enfermería.

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, conocido o por conocer, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, siempre que se cite adecuadamente la fuente y los titulares del Copyright.



**Depósito Legal: CA2018000107**

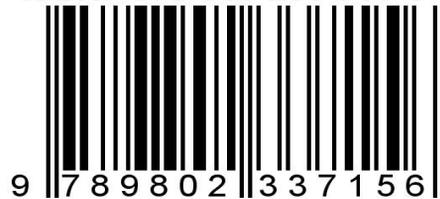
**ISBN Electrónico: 978-980-233-715-6**



# **LA PERSONA HOSPITALIZADA: UNA APROXIMACION AL CUIDADO INTEGRAL**



ISBN: 978-980-233-715-6



9 789802 337156