



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**PROCESO ENFERMERO A PACIENTE ADULTO JOVEN MASCULINO
DE 20 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO MÉDICO DE SEPSIS
PUNTO DE PARTIDA PULMONAR INGRESADO EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS DEL HOSPITAL DR. LUIS
ORTEGA DE PORLAMAR**

Trabajo de Grado Modalidad Cursos Especiales de Grado como Requisito Parcial
para Optar el Título de Licenciada en Enfermería

Tutor Académico:

Msc. Carlos Sulbarán

Tutora Metodológica:

MSc. Ysabel Velásquez

Autora:

Mago Marcano, Sarayh Andreina

C.I.: V-28.074.329

Guatamare, Marzo del 2025



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**PROCESO ENFERMERO A PACIENTE ADULTO JOVEN MASCULINO
DE 20 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO MÉDICO DE SEPSIS
PUNTO DE PARTIDA PULMONAR INGRESADO EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS DEL HOSPITAL DR. LUIS
ORTEGA DE PORLAMAR**

Trabajo de Grado Modalidad Cursos Especiales de Grado como Requisito Parcial
para Optar el Título de Licenciada en Enfermería

Tutor Académico:

Msc. Carlos Sulbarán

Tutora Metodológica:

MSc. Ysabel Velásquez

Autora:

Mago Marcano, Sarayh Andreina

C.I.: V-28.074.329

Guatamare, Marzo del 2025



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

ACTA DE APROBACION POR EL TUTOR ACADEMICO

De conformidad a lo establecido en el artículo 9 de las Normas Internas para la Tramitación, Entrega, Discusión y Evaluación de Trabajo de Grado de la Escuela de Ciencias de la Salud, Núcleo Nueva Esparta de la Universidad de Oriente, se hace constar que el Trabajo de Grado, titulado: PROCESO ENFERMERO A PACIENTE ADULTO JOVEN MASCULINO DE 20 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO MÉDICO DE SEPSIS PUNTO DE PARTIDA PULMONAR INGRESADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA DE PORLAMAR, presentado por la BR. MAGO MARCANO, SARAYH ANDREINA, portador de la Cédula de Identidad: 28.074.329 como requisito parcial para optar al Título de Licenciada en Enfermería, ha sido revisado y evaluado, encontrándose apto para su presentación y defensa.


MsC. Sulbarán, Carlos
Tutor Académico



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

ACTA DE APROBACION POR EL TUTOR METODOLOGICO

De conformidad a lo establecido en el artículo 9 de las Normas Internas para la Tramitación, Entrega, Discusión y Evaluación de Trabajo de Grado de la Escuela de Ciencias de la Salud, Núcleo Nueva Esparta de la Universidad de Oriente, se hace constar que el Trabajo de Grado, titulado: PROCESO ENFERMERO A PACIENTE ADULTO JOVEN MASCULINO DE 20 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO MÉDICO DE SEPSIS PUNTO DE PARTIDA PULMONAR INGRESADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA DE PORLAMAR, presentado por la BR. MAGO MARCANO, SARAYH ANDREINA, portador de la Cédula de Identidad: 28.074.329 como requisito parcial para optar al Título de Licenciada en Enfermería, ha sido revisado y evaluado, encontrándose apto para su presentación y defensa.



MSc. Velásquez, Ysabel
Tutor Metodológico



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO
MODALIDAD CURSOS ESPECIALES
ACTA DE EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO**

TGLECEG-04-2025

Núcleo: Nueva Esparta
Escuela: Ciencias de la Salud
Departamento: Enfermería
Periodo: III-2024

PERIODO	CÓDIGO	SEMINARIO	NOTA	PROFESOR
III-2024	161-5103	UCI ADULTO	10	
III-2024	161-5203	UCI PEDIÁTRICO	9	

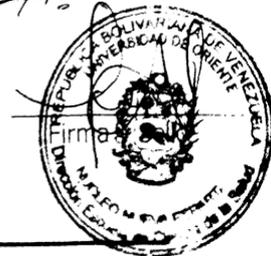
Los profesores de los Cursos Especiales de Grado del Área Enfermería de Cuidados Intensivos reunidos el día 07 de marzo de 2025, visto el rendimiento obtenido en los seminarios y aceptados los informes escritos y exposiciones respectivas, presentadas por (el) (la) bachiller: **MAGO MARCANO SARAYH ANDREINA**, Cédula de Identidad **V-28.074.329**, como requisito parcial para optar al título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

En concordancia con el Artículo 53 del Reglamento de Trabajo de Grado de Pregrado de la Universidad de Oriente, se levanta la presente acta. Los miembros del jurado han acordado el siguiente veredicto:

Aprobado

NOMBRE DE LOS PROFESORES	Nº CÉDULA	FIRMA
Carlos Sulbarán	6.362.359	
Yulitza Narváez	11.143.819	
Julioscar Lárez	18.112.413	

Lcda. Andreina Noriega
Coordinadora Comisión de Trabajo de Grado



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Av. 31 de Julio, Sector Guatamara - Vía La Asunción, Isla de Margarita, Est. Nueva Esparta, Apartado 8800000

DEDICATORIA

A Dios por darme la sabiduria, valor y perseverancia para lograr esta meta.

A mi familia por siempre apoyarme y darme palabras de aliento.

A “Superhéroe” por permitirme conocerlo, ser el motivo inspirador para este trabajo y por aquella ultima sonrisa que me regalaste.

A mi por no dejar que otros cambiaran el rumbo que Dios habia escogido para mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento sincero a mis tutores Velásquez Isabel y Sulbarán Carlos por su valiosa colaboración y aporte de sus conocimientos para la culminación de esta investigación.

De igual manera a todas aquellos docentes, compañeros y amigos que conocí en esta experiencia; por su apoyo moral y ánimo para seguir hasta el final. Haciendo mención especial a Isabel Elena, mi unida como la pasta, a mi lado sensible y hermana perdida, gracias por siempre estar y ser el ancla en esta etapa.

Gracias aquellas personas que con un granito de arena motivaron y reforzaron este logro, a todos aquellos licenciados que con amor estuvieron dispuestos a formar el camino, que fueron impulso y no barrera.

Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente, no temas ni desmayes porque
Jehová tu Dios estará contigo en donde quiera que vayas

Josué 1:9

INDICE DE CUADROS.....	xii
INDICE DE FIGURAS.....	xiv
RESUMEN.....	xvi
INTRODUCCIÓN.....	17

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL “DR. LUIS ORTEGA”

1.1 Reseña histórica.....	21
1.2 Propósito	25
1.3.Filosofía	26
1.4 Valores.....	26
1.5 Misión	27
1.6 Visión.....	28
1.7 Objetivos	29
1.8 Tipo de establecimiento de Salud	30
1.9 Ubicación geográfica	31
1.10 Estructura administrativa	32
1.10.1. Sub-Dirección Administrativa	33
1.10.2. Sub-Dirección de Recursos Humanos.....	33
1.10.3. Subdirección de Ingeniería y Mantenimiento	33
1.10.4. Subdirección Médica.....	34
1.10.5. Sub-Dirección Docente	34
1.11 Jefatura de enfermería	35
1.11.1 Jefe de los Servicios de Enfermería.	36
1.11.2 Secretaria.....	36
1.11.3 Enfermero Adjunto Administrativo.	36
1.11.4 Enfermero Adjunto Asistencial.....	36
1.11.5 Enfermero Adjunto Docente.	37
1.11.6 Enfermero(s) Supervisor(es).	37
1.11.7 Enfermeros Asistenciales Tipo IV.	37
1.11.8 Enfermeros Asistenciales Tipo II.....	37
1.11.9 Enfermeros Asistenciales Tipo I.	37
1.11.10 Camilleros(as).	38
1.11.11 Camareras.....	38
1.12 Aproximación diagnóstica	39
1.12.1 Encuestas a Enfermería	39
1.12.2 Encuesta a Familiares.....	48
1.12.3 Encuesta a Pacientes	52

CAPÍTULO II PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS “DR. PABLO AGREDA”

2.1 Reseña Histórica	57
2.2 Importancia y Justificación	59
2.3 Ubicación y Descripción	60
2.4 Recurso y/o Talento Humano	61
2.4.1. Médico jefe de la unidad	62
2.4.2. Médicos Intensivistas Adjuntos	62
2.4.3. Residentes de Postgrado.....	62
2.4.4. Coordinador de Enfermería.....	62
2.4.5. Enfermeros IV-III-II-I.....	62
2.4.6. Estudiantes de Enfermería.....	63
2.4.7. Camareras.....	63
2.4.8. Transportadores.....	63
2.5 Misión	64
2.6 Visión	64
2.7 Objetivos	65
2.8 Funciones, Actividades y Tareas del Equipo de Enfermería	65
2.8.1 Jefe de los Servicios de Enfermería	66
2.8.2 Enfermero Coordinador de la UCI.....	66
2.8.3 Secretaria.....	66
2.8.4 Enfermeros Asistenciales	67
2.8.5 Estudiantes de Pregrado	67
2.8.6 Camilleros(as)	67
2.8.7 Camareros(as)	68

CAPÍTULO III MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO DE CASO

3.1 Marco Metodológico de la investigación	70
3.1.1 Enfoque Cualitativo.....	71
3.1.2 Métodos de la Investigación: Acción Participante y Estudio de Caso.....	72
3.1.3 Tipo de Estudio: Descriptivo.....	74
3.1.4 Diseño de Estudio: Documental y de Campo	75
3.1.5 Técnicas e Instrumentos de la Investigación.....	76
3.2. Marco Legal	78
3.2.1 Constitución de la Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999).....	78
3.2.2 Ley Orgánica de la Salud (LOS, 1998).....	80
3.2.3 La Ley Orgánica para la Inclusión, Igualdad y Desarrollo Integral de las Personas con Discapacidad (2024)	82
3.2.4 Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (LEE, 2005)	84
3.2.5 Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (CDPERBV, 2008).....	87

3.3 Marco Referencial de la Investigación y Estudio de caso.....	88
3.3.1 Antecedentes Internacionales.....	88
3.3.2 Antecedentes Nacionales	91
3.3.3 Antecedentes Regionales	93
3.4 Marco Teórico de la Patología	95
3.4.1 Sepsis	97
3.4.2. Piotórax o Empiema.....	105
3.4.3 Síndrome Post Parada Cardíaca	109
3.4.4 Tratamiento	112
3.5 Teoría y/o modelo de enfermería	128
3.5.1 Marjory Gordon	128
3.5.2 Callista Roy.....	131
3.5.3 Merle Mishel	135
3.5.4 Georgene Eakes, Mary Lermann y Margaret Haynsworth	139
3.5.5 La intervención del Profesional de Enfermería en la Aplicación de las teorías de enfermería con la investigación	143

CAPÍTULO IV ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

4.1 Título del caso.....	146
4.2 Resumen del caso	146
4.3 Objetivos	148
4.3.1 Objetivo general	148
4.3.2 Objetivos específicos	148
4.4 Historia de Enfermería	149
4.4.1 Anamnesis	149
4.4.2 Valoración de la Paciente.....	150
4.4.3 Valoración Subjetiva.....	151
4.4.4 Cuadros Análíticos y Planes de Cuidados.....	166

CAPÍTULO V EXPERIENCIA PROFESIONAL: DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS EJECUTADAS DURANTE EL PROCESO DE PASANTÍAS

5.1 Proceso Enfermero.....	188
5.1.1 Objetivos	189
5.1.2 Etapas	190
5.3 Descripción de Actividades y Tareas Docentes	199
5.4 Descripción de Actividades y Tareas Administrativas	200
5.5 Descripción de Actividades y Tareas Investigativas	201
5.6 Retos, Desafíos y Perspectivas del Profesional de Enfermería en el Contexto Actual.....	202
5.7 Opinión del Profesional de Enfermería en la Unidad Clínica.....	205

5.8 Opinión del Investigador sobre la Experiencia Profesional Desarrollada	206
CONCLUSIONES	208
RECOMENDACIONES	210
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	212

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1	Tiempo de capacitación recibido para ingresar al área	40
Cuadro 2	Consideración de la cantidad necesaria de enfermeros para atender la demanda de pacientes.....	41
Cuadro 3	Expresiones con respecto a relación/comunicación profesional con otros profesionales de Enfermería.....	43
Cuadro 4	Tipo de retroalimentación recibida por parte de la supervisión de Enfermería.....	45
Cuadro 5	Opinión del grado de satisfacción dentro del área de trabajo	47
Cuadro 6	Tiempo de hospitalización en las diferentes unidades.	48
Cuadro 7	Expresiones del nivel de satisfacción con la atención recibida.	49
Cuadro 8	Opinión asertiva de la comunicación recibida.	50
Cuadro 9	Opinión sobre visualización de enfermeros en el área.....	51
Cuadro 10	Opinión sobre la cantidad de enfermeros por turnos	53
Cuadro 11	Opinion sobre los tiempos de atención	54
Cuadro 12	Opinión del nivel de la atención recibida.....	55
Cuadro 13	Ficha farmacológica para el Omeprazol	117
Cuadro 14	Ficha farmacológica para la Furosemida	118
Cuadro 15	Ficha farmacológica para el Colistin	119
Cuadro 16	Ficha farmacológica para la Ampicilina/Sulbactam	120
Cuadro 17	Ficha farmacológica para la Hidrocortisona	121
Cuadro 18	Ficha farmacológica para el Irtofan.....	122
Cuadro 19	Ficha farmacológica para la Dipirona.....	123
Cuadro 20	Ficha farmacológica para el Ácido Valproico	124
Cuadro 21	Ficha farmacológica para el Cloruro de Potasio	125
Cuadro 22	Ficha farmacológica para el Fentanilo	126
Cuadro 23	Ficha farmacológica para el Midazolam.....	127
Cuadro 24	Cuadro Analítico para regular el patrón respiratorio	167
Cuadro 25	Plan de Cuidado para Deterioro del intercambio gaseoso	168
Cuadro 26	Cuadro Analítico para Lograr destete ventilatorio.....	169

Cuadro 27 Plan de cuidados para Respuesta de destete ventilatorio disfuncional	170
Cuadro 28 Cuadro Analítico para Colaboración y entendimiento de los procedimientos.....	171
Cuadro 29 Plan de cuidados para Autogestión ineficaz de la salud.	172
Cuadro 30 Cuadro Analítico para la Restitución de la integridad cutánea.....	173
Cuadro 31 Plan de cuidados para Integridad del tejido deteriorada	174
Cuadro 32 Cuadro Analítico para la favorecer la movilidad.....	175
Cuadro 33 Plan de cuidados para Movilidad de la cama alterada.	176
Cuadro 34 Cuadro Analítico para Mejorar procesos familiares.	177
Cuadro 35 Plan de cuidados para Procesos familiares interrumpidos	178
Cuadro 36 Cuadro Analítico para Disipar pensamientos y emociones negativas.	179
Cuadro 37 Plan de cuidados para Ansiedad ante la muerte.....	180
Cuadro 38 Cuadro Analítico para Brindar soporte para un mejor afrontamiento	181
Cuadro 39 Plan de cuidados para Afrontamiento ineficaz	182
Cuadro 40 Cuadro Analítico de Estabilidad emocional.	183
Cuadro 41 Plan de cuidados para Duelo inadaptado.	184
Cuadro 42 Cuadro Analítico Reducir niveles de temor por cuidados	185
Cuadro 43 Plan de cuidados para Temor	186
Cuadro 44 Diagrama de Gantt para visualización de actividades	194

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Mapa de ubicación geográfica del Hospital Dr. Luis Ortega.	32
Figura 2 Organigrama Estructural del Hospital Dr. Luis Ortega.....	35
Figura 3 Organigrama de la Jefatura de Enfermería del Hospital Dr. Luis Ortega	38
Figura 4 Grado académico de los profesionales de Enfermería.....	40
Figura 5 Capacitación/entrenamiento recibido para ingresar al área.....	40
Figura 6 Calificación de la distribución actual del personal de enfermería en la unidad.....	41
Figura 7 Nivel de satisfacción con el nivel de instrucción y capacitación del personal de enfermería en la unidad.....	42
Figura 8 Calificación de la relación/comunicación profesional con otros profesionales de Enfermería.....	43
Figura 9 Nivel de efectividad del sistema de comunicación entre el personal de enfermería y otros profesionales de la salud en el área.....	44
Figura 10 Frecuencia de supervisión dentro del turno clínico.	44
Figura 11 Recepcion de retroalimentación por parte de la supervisión de Enfermería.....	45
Figura 12 Frecuencia de participación en actividades de capacitación relacionadas con el rol de Enfermería.....	46
Figura 13 Nivel de satisfacción percibida por los profesionales dentro del área de trabajo.....	47
Figura 14 Nivel de satisfacción de la atención recibida del personal de enfermería durante la atención del paciente.....	48
Figura 15 Consideracion de la comunicación del personal de enfermería para responder a preguntas y preocupaciones?.....	49
Figura 16 Calificación de atención de salud brindada por el personal de enfermería al familiar.....	50
Figura 17 Consideración sobre la cantidad de enfermeros observados atendiendo por turnos.....	51
Figura 18 Calificación de la rapidez en la atención de enfermería.....	52

Figura 19 Nivel comunicación y cuidados del personal de enfermería durante la estancia.....	52
Figura 20 Evaluación del número de enfermeras en relación con la cantidad de pacientes.....	53
Figura 21 Grado de satisfacción en la atención brindada por el personal de enfermería en términos de tiempo.....	54
Figura 22 Nivel de satisfacción con la atención del personal de enfermería durante la estadía en la unidad	55
Figura 23 Croquis de la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr. Pablo Agreda”	61
Figura 24 Organigrama Estructural de la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr. Pablo Agreda” del HDLO	63
Figura 25 Organigrama Estructural del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Dr. Luis Ortega.	69



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**PROCESO ENFERMERO A PACIENTE ADULTO JOVEN MASCULINO DE 20 AÑOS
DE EDAD CON DIAGNÓSTICO MÉDICO DE SEPSIS PUNTO DE PARTIDA
PULMONAR INGRESADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS
DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA DE PORLAMAR**

Tutor Académico:
Sulbaran, Carlos

Autora:
Mago Marcano, Sarayh Andreina

Tutor Metodológico:
Velásquez, Ysabel

CI: V- 28.074.329

RESUMEN

La sepsis es una complicación que tiene lugar cuando el organismo produce una respuesta inmunitaria desbalanceada, anómala, frente a una infección, suele ser un síndrome de carácter inflamatorio, ya que el sistema responde de manera excesiva a una infección, ocasionando que se lesionen sus propios tejidos, órganos y sistemas. El presente trabajo de investigación nos muestra el estudio de un caso clínico cuyo objetivo principal es aplicar el proceso enfermero a paciente adulto joven masculino con diagnóstico médico de Sepsis punto de partida pulmonar ingresado en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos del Hospital Dr. Luis Ortega. Esta investigación tiene un enfoque cuali-cuantitativo donde se utilizaron los métodos de investigación acción participante y estudio de caso, a través de técnicas como la observación directa, encuesta y entrevista. Desde el punto de vista teórico-metodológico el proceso enfermero estuvo sustentado en la conjugación de Marjory Gordon, Callista Roy, Merle Mishel y Georgene Eakes, Mary Lermann y Margaret Hainswoth, lo cual sirvió para la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de la evolución del paciente, la estrecha relación padres- hijo y familiares, a través de la taxonomía NANDA (2021-2023) NOC (2018) y NIC (2018). Se concluye que el proceso enfermero basado en las intervenciones de patrones funcionales y modos adaptativos alterados, constituyen elementos significativos para la atención de la incertidumbre ante la enfermedad y el duelo generado por la pérdida física de “Superhéroe”

Palabras claves: Sepsis Punto de Partida Pulmonar, Cuidados Intensivos, Proceso Enfermero, Relación Padres-Hijo.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud (2025) la sepsis es un problema de salud pública a nivel global, por sus características epidemiológicas complejas y de constante evolución; afectando a millones de personas cada año en todo el mundo, con una incidencia aproximada de 47 y 50 millones de casos anuales, su incidencia varía dependiendo de los países y regiones siendo más frecuente en países de mediano o bajos ingresos, por los factores limitantes sobre la falta de acceso a la atención médica, saneamiento deficiente y alta prevalencia de enfermedades infecciosas. En los últimos años los registros han ido en aumento debido al envejecimiento de la población, el aumento de la resistencia antimicrobiana, el uso frecuente de procedimientos invasivos y deficiencias en la mejora, reconocimiento y diagnóstico de la sepsis.

La sepsis es una de las principales causas de muerte dentro de las instalaciones hospitalarias a nivel mundial, a pesar de los avances con respecto al tratamiento; oscilando entre el 15% y el 30% en pacientes adultos, y en casos de shock séptico, la mortalidad puede superar un 40%. Además de la mortalidad la sepsis puede causar secuelas a largo plazo en los sobrevivientes, como daño orgánico, discapacidad física y cognitiva, además de problemas de salud mental, la cual a su vez genera problemas económicos y sociales considerables. Pacientes con factores de riesgo con antecedentes patológicos o enfermedades crónicas como diabetes, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, enfermedades autoinmunes y aquellas que tengan compromiso óseo con otros órganos.

América latina no escapa de esta realidad, sino que presenta un panorama preocupante ya que la incidencia es significativamente mayor en comparación con

países de ingresos altos como Europa o América del Norte, sugiriendo que la morbilidad es de 2 a 3 veces superior a los mencionados anteriormente; sin embargo, la falta de sistemas estandarizados y la variabilidad en el diagnóstico de la sepsis pueden dificultar las cifras precisas.

La mortalidad por la sepsis en América latina oscilan entre el 30% y el 50%, en pacientes adultos y es aún mayor en pacientes con shock séptico, esto debido a la falta de conciencia sobre la patología, la disponibilidad limitada de pruebas diagnósticas y la demora en la atención de salud, por mencionar además la escasez de recursos en los sistemas de salud, personal capacitado, equipos y medicamentos esenciales, que dificultan la atención óptima de estos pacientes, así mismo la alta prevalencia de enfermedades crónicas e infecciosas como el Virus de Inmunodeficiencia Humana /Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida en la población latinoamericana.

Ahora bien a nivel Nacional e Insular, la sepsis representa un desafío de salud pública significativo, agravado por la crisis humanitaria compleja que enfrenta el país, la escasez de los recursos, bajos niveles de atención hospitalaria y falta de datos actualizados dificultan la actuación completa ante la situación. Aunque no existen datos oficiales precisos, se presume que la incidencia de la sepsis es alta, debido a factores como el aumento de enfermedades infecciosas, la desnutrición, el acceso limitado a la atención médica y las condiciones precarias de saneamiento.

La mortalidad por sepsis en Venezuela y Nueva Esparta también se presume que es alta, debido a la falta de acceso oportuno a antibióticos, unidades de cuidados intensivos y soporte vital. Abordar este desafío requiere un enfoque integral que incluya el fortalecimiento del sistema de salud, la mejora del acceso a la atención médica, programas de nutrición, mejora de las condiciones de saneamiento y colaboración internacional.

Es por ello que el proceso enfermero es de suma importancia para la actuación efectiva, ya que permite disminuir la mortalidad, aumentar la

supervivencia y la calidad de vida de los pacientes; desde la prevención hasta el seguimiento a largo plazo. Dentro del proceso enfermero se resaltan aspectos tales como: la recopilación de información con respecto a la historia clínica y antecedentes personales, la evaluación integral a través del examen físico céfalo-caudal, la identificación de los problemas a partir de la valoración con respecto a lo relacionado con la patología, el establecimiento de objetivos alcanzables para la atención por medio del desarrollo de planes de cuidado y la ejecución de la planificación, donde posteriormente se evalúan los resultados en respuesta del paciente al tratamiento y el progreso, siendo replanteados de ser necesario.

Por todo lo anteriormente descrito para cumplir con los requisitos exigidos en el Trabajo de Grado, Modalidad Curso Especial de Grado en el área de Cuidados Intensivos como Requisito Parcial para optar al título de Licenciado en Enfermería y por medio de una experiencia práctica vivencial (pasantías) en el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, con el objetivo aplicar un proceso enfermero en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos a un adulto joven de sexo masculino, el cual presentó una serie de alteraciones respiratorias por las cuales ameritó ser recluso en dicha Unidad.

Esta investigación tiene un enfoque cuali-cuantitativo en donde se utilizan diferentes modelos teóricos y metodológicos de Marjory Gordon, Callista Roy, Merle Mishel y Georgene Eakes, Mary Lermann y Margaret Hainswoth; lo que permitió valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar la evolución del paciente además de la importante relación que existía con sus padres y familiares.

Este trabajo de investigación consta de cinco capítulos distribuidos de la siguiente forma; el capítulo I contiene la presentación de los aspectos históricos descriptivos y funcionales del Hospital Dr. Luis Ortega, el capítulo II presenta los aspectos históricos descriptivos y funcionales de la Unidad de Terapia Intensiva Adultos área donde se desarrollaron las intervenciones de enfermería que dieron lugar al estudio, el capítulo III corresponde al marco teórico y metodológico del estudio y la patología, también el desarrollo del modelo teórico utilizado,

posteriormente se encuentra el capítulo IV donde desarrolla el estudio del caso clínico y los planes de cuidado dirigidos al paciente objeto de investigación, por último en el capítulo V se aborda el cronograma de actividades en el periodo de pasantías y las descripciones de funciones asistenciales, docentes, administrativas e investigativas que se llevaron a cabo durante las mismas, como también la opinión respecto a los retos y desafíos que el personal de enfermería enfrenta en su quehacer diario.

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL “DR. LUIS ORTEGA”

En este capítulo se describen los fundamentos y características funcionales, administrativos, asistenciales y de organización de una institución de salud para el conocimiento y apreciación de su gran valor e importancia dentro de una comunidad es de carácter imperativo, lo que permitirá en este caso profundizar en estos elementos que conforman el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar. Es por ello que, para la presentación y redacción del mismo, se llevó a cabo una investigación documental basadas en referencias bibliográficas, entre ellas: León (2020), Vicent (2022), Anes (2023), Carreño (2024) y Toro (2024).

1.1 Reseña histórica

Una reseña es un texto en el que el autor expone una descripción argumentativa sobre un tema determinado, es por ello que se expresa de una forma amplia y abierta y, por lo tanto, puede tratar cualquier tema con alguna dimensión histórica (un tema científico, pedagógico, social, etc.). (Navarro, 2017, párr. 1-4)

De igual modo, nos permite aprender del pasado, puesto que los sucesos que tuvieron lugar anteriormente ejercen una gran influencia en la actualidad, este tipo de información proporciona una visión general sobre el objeto de estudio, reseñado de manera descriptiva e informativa, permitiendo expresar acontecimientos de hechos ocurridos los cuales aportan relevancia y le dan sentido a la historia o a la creación de instituciones de cualquier índole, cuenta con la particularidad de que no solo engloba un tiempo específico, sino que, si este se mantiene activo a través de los años, su reseña seguirá escribiéndose conforme a los acontecimientos que se van suscitando, agregando así mayor desarrollo de la misma.

A razón de expresar una reseña histórica basada en una institución de salud, la cual le permite no solo ser un recuento de hechos pasados, sino que refleja todos aquellos acontecimientos que le permitieron evolucionar y demostrar

los desafíos que suponen a una capacidad de adaptación y anticipación, fomentando el orgullo y compromiso de sus raíces. Esta reseña le permite a la institución implementar y expandir los valores, la misión y la visión con las que se crearon, a todos sus empleados y personal que en ella asistan, bien sea como usuario que padece una enfermedad o para aquellos a los que le sirva de fuente investigativa sobre la salud y la atención médica, como es representado en este caso. Es por ello que a continuación se presentara la reseña histórica del Hospital General Regional Dr. Luis Ortega, tomando como referencia la publicación de Álvarez (2010), Anes (2023) y Toro (2024).

Anteriormente y debido a los innumerables conflictos sociales, se ordena la creación de un edificio el cual iba a estar enfocado en los funcionamientos propios de un hospital en el año 1891, aunque este proyecto no fue aprobado inmediatamente tuvieron que pasar 27 años para que se decreta teniendo como primer nombre “Hospital de Margarita”. Posterior a tres años, el 12 de octubre de 1921 se inaugura el Hospital en Porlamar, el cual tenía una capacidad de setenta (70) camas y contaba con la presencia de las Hermanitas de la Congregación de Carmelitas Venezolanas, las cuales cumplían las funciones de enfermería en esa época.

Luego el 28 de febrero de 1936 se le asigna el nombre de Hospital Dr. Luis Ortega como homenaje a un célebre médico margariteño. En el año 1951 este hospital pasó a ser parte del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) por lo que cambia su estructura a una centralización en la atención de servicios, este fue construido en el centro de la ciudad de Porlamar, en un terreno adquirido por la nación a la comunidad de indígenas Francisco Fajardo. El primer paciente que fue atendido en la emergencia un 16 de mayo de 1957 se trató de un pescador el cual tenía un anzuelo clavado en su mano izquierda; la primera hospitalización fue una mujer de 46 años con un prolapso uterino, siendo una apendicectomía la primera intervención quirúrgica, cuando se realizó el primer parto los familiares decidieron nombrar a la bebé con el nombre Luisa en homenaje al hospital; todo esto bajo el mandato presidencial de Marcos Pérez Jiménez.

A partir del año 1972 se comienzan los trámites para el aumento de números de camas además de la renovación de la planta física del hospital, entre ellas la Emergencia, Obstetricia Y Pediatría por ser los servicios con más afluencia; cinco años más tarde empezarían las remodelaciones de fachada y entrada principal donde se aperturó el área de los jardines, estacionamiento, puertas de acceso de la Emergencia y de la Administración. Entre los años 80 y 81 fueron remodelados los servicios de Hospitalización De La Emergencia tanto Adultos como Pediátrica, las Áreas de Cuidados Intermedios, Sala de Nebulización; Salas de Triage, Curas, Cirugía de Atención A Politraumatizados Con Su Sala De Yeso.

Así como también, se le incorporaron cuatro (4) Salas de Cirugía, totalizando diez (10) pabellones de calidad, en los años 80 se realizan las áreas de Terapia Intensiva; siete años después se inicia el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) lo que permitió ser el único hospital de Venezuela en poseer dos turnos de asistencia en conjunto con la MSAS, lo que conlleva a la atención de pacientes asegurados y no asegurados, diferenciando la calidad de atención y trayendo consigo un innumerable número de conflictos con respecto al funcionamiento estructural y de atención, luego en 1991 se dio la firma la cual consistía que el hospital sería responsabilidad integral del IVSS.

De igual manera, en el año 2004 se inicia una profunda remodelación en varios servicios como Neonatología, Gineco-Obstetricia, Quirófanos Emergencia, Pediatría, Traumatología y Terapia Intensiva, como consecuencia del deterioro y por presentar insuficiencias en cuanto a infraestructura. En septiembre de 2007, se construye la Unidad de Hemodiálisis "Dr. Edgar Moglia"; sumado a ello, el 27 de octubre de 2012, se inaugura la Unidad Terapéutica Oncológica "Dr. Modesto Rivero", la cual cuenta con servicios de Radioterapia y Quimioterapia, así como equipos como acelerador lineal, gamma cámara, tomógrafo de simulación y braquiterapia.

Posterior a ello, en 2016, se inaugura el Servicio de Medicina de Urgencias y Cuidados Críticos completamente renovado, compuesto por cuatro (4) áreas de urgencias individualizadas: Obstetricia, Pediatría, Adulto y Trauma Shock, esta última era exclusiva para pacientes politraumatizados, aunque actualmente esto no es específicamente así, es utilizada como una emergencia subdividida con los servicios de Medicina General y Cirugía.

Seguidamente en 2017, se empieza a implementar el Plan Nacional del Parto Humanizado por parte del presidente de la República Bolivariana de Venezuela, Nicolás Maduro Moros, para promocionar y brindar apoyo a toda gestante a atravesar el proceso de embarazo, parto, lactancia y crianza, como parte de la política de empoderamiento y protección de las mujeres. Por ende, en 2019 se inicia el programa Ruta Materna en el Hospital el cual tiene como fin brindar todos los insumos médicos necesarios a las pacientes de parto vaginal o cesárea segmentaria. Casi al mismo tiempo y por fallas de reclutamiento o por mantenimiento de equipos el gerente del hospital decide el cierre de la Unidad de Terapia Intensiva.

Aproximadamente en marzo de 2020, y por la detección de los primeros casos de COVID-19 en el Estado Nueva Esparta, el HLO se convierte en un área para estos pacientes con condiciones específicas debido al COVID y a su alto potencial de contagio. Esta área fue cerrada temporalmente en noviembre de 2020 y reabre sus puertas en enero de 2021, para volver al cierre permanentemente, en enero de 2022.

Para el año 2023 y 2024, en el HLO se han realizado diversos trabajos de mantenimiento y este han reestructurado sus áreas, teniendo como resultado la reactivación de las consultas de Psiquiatría y Oftalmología, la reubicación de Medicina Interna de Hombres y Mujeres en la antigua sala de Emergencias, la reapertura del Banco de Sangre y el funcionamiento del Quirófano original mientras se realiza la remodelación en el área actual. Aunado a esto, se agregaron

el Servicio de Farmacia (bajo y alto costo) y Trabajo Social que ofrecen ayuda a la comunidad.

Lamentablemente, cesa el funcionamiento del área externa de Rayos X, actualmente solo es utilizado para estrictas emergencias o pacientes ingresados, además del cierre de la Unidad de Neonatología de Alto Riesgo. Actualmente, a pesar de los esfuerzos y la voluntad del personal administrativo gerencial de mantenimiento y renovación, el Hospital presenta fuertes deficiencias en cuanto a insumos médicos e infraestructura, donde cada vez son más evidentes las adversidades.

1.2 Propósito

De acuerdo con la definición de propósito de una organización “esta debe ser su verdadera y constante razón de existir; y a la vez, la base fundamental para la toma de decisiones.” (Daud, 2020). Esto quiere decir que está estrechamente relacionado con todas las características que permiten el correcto funcionamiento de una institución. De acuerdo con Carreño (2024):

El propósito del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar es, cubrir aquellas necesidades médicas y sanitarias de todos los Neoespartanos y parte del oriente venezolano, así como también un buen funcionamiento para desarrollar políticas públicas de salud, tener un notable desenvolvimiento a la hora de emplear y ejecutar todo tipo de técnicas para fundar procesos completamente integrales de salud y una óptima calidad de servicios, preservando la vida humana. (p. 13)

Actualmente este sigue siendo el propósito que impulsa la atención de los servicios, aunado a esto se agrega el promover la investigación científica, programas de educación, y además, la capacitación y reclutamiento de profesionales con vocación y proyectos que le permitan al HLO un aumento en la calidad de salud y disminuir las tasas de morbilidad.

1.3.Filosofía

Ahora bien, dentro de los requerimientos de una institución formal se define la filosofía, que según el Blog Digital Euroinnova (s.f.) se define como “el conjunto de creencias y principios que rigen la forma de actuar de cualquier compañía (...), permite establecer las bases sobre las cuales funcionará y prestará servicio para el alcance de sus objetivos.” (párr. 3). Por lo que representa directamente la esencia funcional de una institución, donde se presenta una serie de elementos claves que responda a las preguntas de propósito, sentido, ética, valores y bienestar comunitario.

Una institución que mantenga entre sus pilares una buena base filosófica se beneficiara al momento de que exista la necesidad de toma de decisión y el afrontamiento de problemas comunes, además permitirá que se brinde atención de calidad al garantizar el lineamiento proactivo de acciones institucionales, fortaleciendo tanto la imagen, como su veracidad ante una comunidad. Dentro de estos perfiles filosóficos en el área de salud se abordan la autonomía, los principios de beneficencia, no maleficencia y la justicia que serán reflejados en la constante interacción con usuarios, pacientes, personal adscrito y la población en general.

Por tanto, en el Hospital Dr. Luis Ortega según Vicent (2022) el personal está comprometido con la filosofía de la calidad en la prestación de servicios para todas aquellas personas que necesiten una atención médica bien sea inmediata, preventiva o paliativa, esta atención no solo abarcara a usuarios que residan en el estado, sino que, también a toda la población Venezolana. El hospital tiene la aspiración de proporcionar una amplia gama de servicios médicos y unidades de alta tecnología, basada en un trato de respeto, integridad y compasión lo que permite que tanto los pacientes y personal se sientan orgullosos.

1.4 Valores

Las instituciones necesitan una dirección sobre las acciones, decisiones y actitudes que la conforman, es por ello que el Ministerio de Justicia y Derechos

Humanos del Perú (2024) plantea que los valores institucionales representan los diferentes pasos, referentes y actuaciones de los servidores institucionales para el correcto funcionamiento de su misión y visión; por lo que permiten generar un molde de trabajo que sostenga interacciones basadas en la confianza y respeto para con todo el personal que en él reside.

Estos valores no solo deben quedar expresados en palabras o dentro de los documentos institucionales, sino que deben reflejar la completa esencia de su organización. En referencia al área de salud estos deben ser incluidos en el proceso de captación y evaluación del desempeño, dentro de las actividades propuestas debería estar incluido jornadas o talleres de capacitación para que el personal comprenda y aplique los valores diariamente en el cumplimiento de sus funciones. De modo similar, estos deben estar inculcados en todos aquellos que posean cargos gerenciales y administrativos donde se tengan bajo su cargo a otros profesionales para la mejora continua, la contribución al bienestar social y de prestación de servicios. León (2020) refiere que:

En el hospital Dr. Luis Ortega se fomentan valores de ética y honestidad; una atención integral, diligente, oportuna y de gran excelencia para los pacientes; el reconocimiento a la dignidad humana, fomentando la calidad de atención a usuarios y del personal de trabajo, funciones en equipo, una alta calidad educativa y un sentido de pertenencia. (p. 20)

1.5 Misión

Thompson (2020) con la finalidad de brindar una referencia útil a todas las instituciones al elaborar un plan estratégico de acción, define la misión institucional como:

El motivo, propósito, fin o razón de ser de la existencia de una organización, porque define: 1) lo que pretende cumplir en su entorno o sistema social, 2) lo que pretende hacer, y 3) el para quién lo va a hacer; y es influenciada por: la historia de la

organización, las preferencias de la gerencia y/o de los propietarios, los factores externos o del entorno, los recursos disponibles, y sus capacidades distintivas. (p. 4)

Es por ello que, en conjunto con las directrices mencionadas anteriormente son de suma importancia para el correcto funcionamiento de las acciones y sobre la toma de decisiones desde la atención a un paciente, hasta un trámite de gestión administrativa. La misma debe unificar todos los objetivos propuestos para que exista correlación entre el trabajo conjunto y la prestación de servicios, reflejando el compromiso del centro de salud, en este caso con la comunidad a la que sirve permitiendo establecer la relación atención/paciente.

La misión cumple con la particularidad que le da espacio a los miembros del equipo a participar en la creación de su misión, al mismo tiempo que considera y pone como prioridad aquellas necesidades comunitarias relacionándolas con sus fortalezas y debilidades ante ellas, permitiéndole al paciente ser el centro de todas las actividades a realizar, siempre basados en evidencias holísticas y científicas creando una base sólida para una institución estable orientada a los usuarios.

El Hospital Dr. Luis Ortega tiene como misión desarrollar y aplicar procesos integrales de salud de alta calidad, mediante actividades de prevención, asistencia, investigación y docencia (...) Todo ello, con recursos humanos de excelente formación académica y conocimientos actualizados, tratando de contar con la aplicación de tecnologías avanzadas en procura de brindar servicios de mejor calidad a la población, asumiendo como valores fundamentales la ética y honestidad. (Vicent, 2022, p. 31)

1.6 Visión

Para Thompson (como lo citó Fleitman, 2001, p. 4), “la visión se define como el camino al cual se dirige la institución a largo plazo y sirve de rumbo y aliciente para orientar las decisiones estratégicas de crecimiento junto a las de

competitividad”. En otras palabras, representa la imagen futura ideal de lo que una organización quiere llegar a ser en un determinado plazo de tiempo o que se mantenga en el mismo. A diferencia de una misión esta se pregunta a futuro dónde se quiere llegar, tomando en cuenta la evolución de las tecnologías, necesidades y condiciones cambiantes.

Toro (2024, p. 30) describe que el Hospital Luis Ortega trabaja bajo los distritos del IVSS, pero se rige por los programas y lineamientos que dicta el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), para asegurar el cumplimiento de los convenios y actividades de atención médica integral y educativa. (...) Por ende, tiene la visión de fortalecer la optimización de los recursos humanos internos, lo que permitirá a la institución ofrecer un servicio altamente competitivo a nivel nacional e internacional, garantizando la salud y la educación del usuario.

1.7 Objetivos

Ciertamente los objetivos institucionales son el fin que se anhela alcanzar dentro de una organización o proyecto, a través de la ejecución de determinadas acciones (Euroinnova, s.f). Es por ello que, estos representan metas cuantificables, las cuales se pretende abarcar a través de determinados períodos, pero que vayan de la mano tanto con la filosofía, propósito, valores, misión y visión de la institución.

Estos objetivos establecerán una dirección específica que a fines del presente trabajo involucra a todos los miembros del equipo como lo son médicos, enfermeros y demás personal multidisciplinario, los objetivos deben evaluar aspectos relacionados con la satisfacción personal, enfocados en el desarrollo de capacitaciones y competencias, lo que a su vez permite al personal el cumplimiento y recompensa de metas individuales que posteriormente se verá reflejado en indicadores básicos de salud al disminuir los índices de las tasa de mortalidad y morbilidad, es de suma importancia que las diferentes perspectivas estén establecidas y sean cambiantes basados en los logros del centro de salud.

Según lo indica Anés (2023, p. 32) los objetivos del Hospital Dr. Luis Ortega consisten en:

- Garantizar servicios sanitarios de calidad centrados en la atención empática.
- Proporcionar una atención en salud completa, eficaz y profesional, junto con un entorno de apoyo, seguridad y aprendizaje para pacientes y empleados.
- Mantener la participación multidisciplinaria del equipo sanitario en sus actividades y en sus labores de investigación.
- Ofrecer una atención médica oportuna, profesional y tecnológica dentro de un entorno cálido y orientado al trabajo en equipo, creando una atmósfera cómoda y segura para la mejora continua con el fin de satisfacer las necesidades de los pacientes.
- Aplicar principios éticos y una asignación justa de recursos en todas las actividades para una sostenibilidad adecuada.
- Proporcionar atención especializada en situaciones de emergencia y médico-quirúrgicas.
- Garantizar el desarrollo de actividades de formación y capacitación de los recursos humanos de la institución.

1.8 Tipo de establecimiento de Salud

Desde la perspectiva más general, según Bonvecchio, et al. (2011), un establecimiento de salud representa todo aquel lugar físico donde se preste una atención médica preventiva, diagnóstica, de tratamiento, rehabilitación o donde se brinden cuidados paliativos. Estos se pueden clasificar según los niveles de atención desde los primarios el cual es el que realiza un primer contacto con los pacientes y se pueden distribuir en varios sectores; el nivel secundario ya representa un tipo de atención más especializada, y el tercer nivel de atención abarca centros altamente especializados. Otro tipo de clasificación engloba los

centros de salud públicos los cuales son financiados únicamente por el estado gubernamental, los del sector privado que obtienen sus finanzas sólo de los usuarios particulares, y los establecimientos mixtos donde se combinan tanto el financiamiento público y particular.

Existen una variedad de instituciones dedicadas a la salud los cuales son descritos como los hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios médicos, centros de rehabilitación y farmacias; los mismos deben contar con personal capacitado, equipamiento médico necesarios para la prestación de servicios, una infraestructura adecuada, resaltando la licencia sanitaria la cual debe ser otorgada por autoridades sanitarias (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2020). Ahora bien dentro de esta clasificación existe la resolución donde se expresa la Gaceta Oficial n° 41.796, el 09-01-2020 donde se detalla la Red de Atención Hospitalaria del Sistema Público Nacional de Salud quedando de la siguiente manera:

- Hospital General 1.1. Hospital General Nacional 1.2. Hospital General Estatal 1.3. Hospital General Regional 1.4. Hospital General Municipal
- Hospital Especializado 2.1. Hospital Especializado Nacional 2.2. Hospital Especializado Estatal 2.3. Hospital Especializado Regional.

Es por ello que el HLO entra en la categoría de Hospital General Regional, hospital público perteneciente al IVSS, al presentar una amplia gama de servicios, incluyendo Medicina Interna, Traumatología, Obstetricia, Pediatría, Emergencia, Cirugía, Imagenología, Banco De Sangre, Terapia Intensiva, entre otros. Atendiendo a la población a través del Sistema Público Regional.

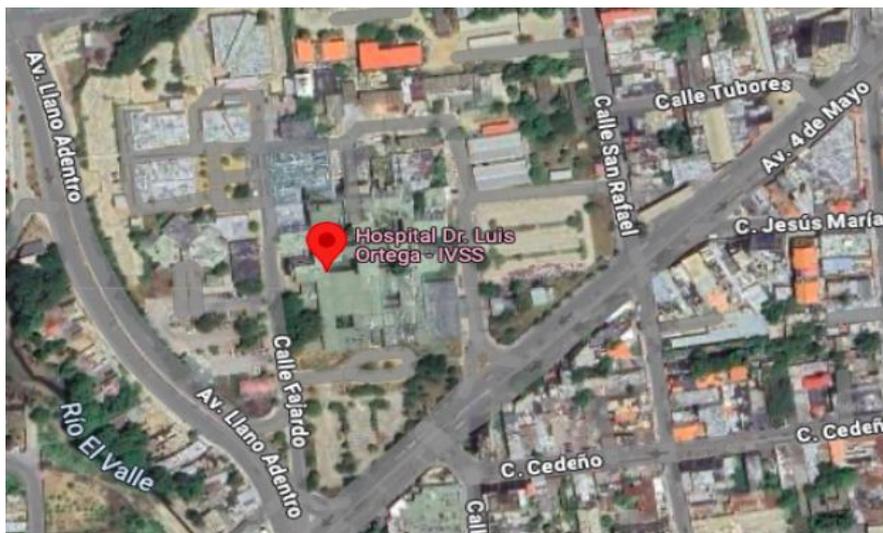
1.9 Ubicación geográfica

Cabe resaltar la definición de la ubicación geográfica como la situación de un lugar específico en el entorno, a través del uso de herramientas como mapas, brújulas, coordenadas o sistemas de geolocalización (Significados, 2023). Es por lo expresado que el estudio de caso se llevará a cabo en el Hospital Dr. Luis

Ortega ubicado en la Avenida 4 de Mayo de Porlamar, municipio Mariño del Estado Nueva Esparta. (Ver figura 1). Este hospital está en una zona urbana con una densidad poblacional de 60.000 habitantes, con la característica de ser el principal punto de atención médica con influencia de aproximadamente 400.000 habitantes; su ubicación cercana a zonas residenciales y comerciales facilita la ubicación del mismo.

Figura 1

Mapa de ubicación geográfica del Hospital Dr. Luis Ortega.



Fuente: Google Maps, (2024).

1.10 Estructura administrativa

Según Daft (2014) , define la estructura organizacional como "un marco que especifica cómo se dividen las tareas en diferentes puestos y cómo se coordinan esas tareas". En concordancia con lo citado, la estructura administrativa forma parte importante en las instituciones de salud, por que esta les permite influir positivamente en el funcionamiento o calidad de atención en los servicios

ofrecidos, otorgando la coordinación de equipos, asignando tareas y responsabilidades de forma concisa y objetiva.

De acuerdo a León (2020), el Hospital Dr. Luis Ortega tiene como máximo escalafón una Dirección General encargada de administrar, dirigir, coordinar y supervisar los programas de salud establecidos por la institución, teniendo como objetivo el proporcionar a la población derechohabiente una atención médica oportuna y eficaz; la misma se divide en cinco (5) subdirecciones administrativas, de recursos humanos, ingeniería y mantenimiento, servicios médicos con sus respectivas especialidades y la docencia médica (ver Figura 2), los cuales se describen a continuación:

1.10.1. Sub-Dirección Administrativa

Desempeña una gestión específica mediante la elaboración y propuesta de programas en relación a presupuestos, inversiones, abastecimiento, logística y uso de la tecnología en concordancia a las políticas, planes, programas y normas para favorecer la gestión técnica y asistencial; además tiene en su poder el área de caja, contabilidad, bienes nacionales, compras y suministros: compras, almacén y centro de suministros.

1.10.2. Sub-Dirección de Recursos Humanos

Encargado del desarrollo laboral y personal para mejorar de forma continua y eficiente, lo cual contribuye a que el personal se mantenga motivado, por lo que se encuentra interrelacionado con la Subdirección Administrativa y permite crear planes en beneficio del capital humano.

1.10.3. Subdirección de Ingeniería y Mantenimiento

Se ocupa relativamente del mantenimiento de la institución ya sea para evitar su deterioro, reparar, fortalecer o mantener las instalaciones físicas, además del mantenimiento de los equipos, instalaciones médicas y servicios en general, e igualmente se encarga de la contratación de la obra pública para ejecutar cada una de estas actividades oportuna y eficientemente.

1.10.4. Subdirección Médica

Junto con la Dirección General, asume la gestión clínica y asistencial de la institución, coordinando, definiendo y decidiendo las prioridades que involucran a los servicios clínicos asistenciales de salud. Asimismo, a su cargo se encuentran las áreas de registros, nutrición y dietética, enfermería, farmacia, epidemiología y servicio social. Gestiona los departamentos o servicios de:

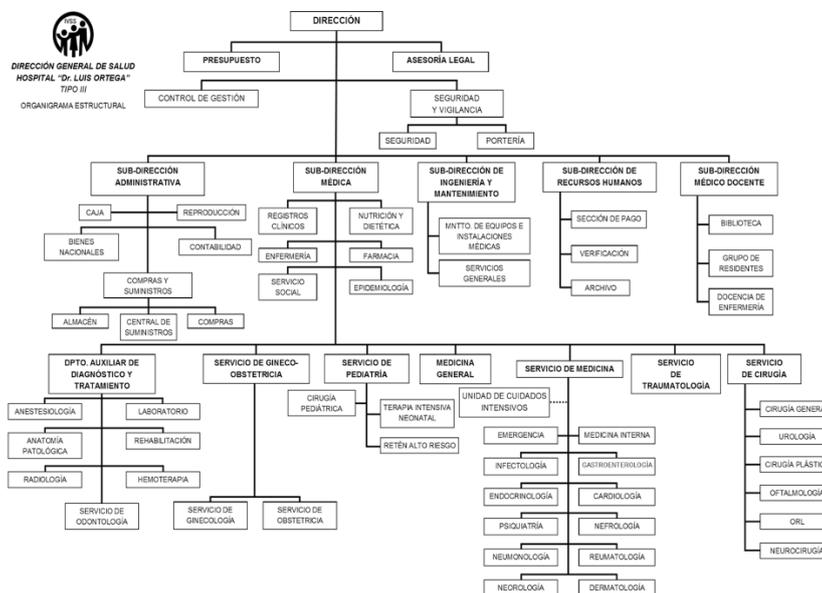
- **Departamento Auxiliar de Diagnóstico y Tratamiento.** Conformado por anatomía patológica, laboratorio, anestesiología, rehabilitación, radiología, hemoterapia y servicio de odontología.
- **Servicio de Gineco-Obstetricia.** Integrado por el servicio de ginecología y el servicio de obstetricia.
- **Servicio de Pediatría.** Implica la cirugía pediátrica, terapia intensiva y retén de alto riesgo.
- **Medicina General.**
- **Servicio de Medicina.** Dónde se encuentran la unidad de cuidados intensivos, emergencia, medicina interna, infectología, gastroenterología, endocrinología, cardiología, psiquiatría, nefrología, neurología, reumatología, neumonología y dermatología.
- **Servicio de Traumatología.**
- **Servicio de Cirugía.** Confirmado por cirugía, urología, cirugía plástica, oftalmología, ORL y neurocirugía.

1.10.5. Sub-Dirección Docente

Diseña, planifica, ejecuta y evalúa actividades académicas de cada servicio, es responsable de la biblioteca, grupos de residentes y la docencia de enfermería, a su vez se encarga de establecer y mantener las relaciones interdisciplinarias y de fomentar las actividades de investigación para el desarrollo y avance de la institución a través de la función docente-investigativa. De igual forma, planifica funciones académicas-asistenciales para la capacitación y desarrollo profesional de estudiantes de los últimos años de medicina y enfermería

de diversas universidades, tales como la Universidad Central de Venezuela (UCV), Universidad de Oriente (UDO), Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos (UNERG), Universidad Nacional Experimental de la Fuerza Armada (UNEFA), la Universidad de las Ciencias de la Salud (UCS) y la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV)

Figura 2.
Organigrama Estructural del Hospital Dr. Luis Ortega



Fuente: Ordaz (2022).

1.11 Jefatura de enfermería

Autores como Potter y Perry (2019) enfatizan la importancia de la presencia de jefaturas de enfermería que basen su práctica en la evidencia científica y holística que promuevan la continuidad de la calidad de la atención. La jefatura de enfermería tiene un rol estratégico dentro de las organizaciones de salud, con un enfoque creciente en la gestión de la calidad de la atención al paciente y en la satisfacción del personal a su cargo.

A través de la aplicación de prácticas que mejoren y garanticen una atención personalizada, promocionando la seguridad del paciente, que permita mantener un ambiente laboral estable, colaborativo y positivo. La jefatura permite

al profesional cumplir las cinco (5) funciones de enfermería, siendo una de las más resaltantes, la docencia preparando a futuras generaciones de profesionales; además requiere que la persona a cargo posea habilidades y destrezas clínicas, administrativas y de liderazgo. Respectivamente la jefatura de enfermería del Hospital Dr. Luis Ortega, según Anes (2013), está descrita de la siguiente manera (ver Figura 3).

1.11.1 Jefe de los Servicios de Enfermería.

Es el encargado de dirigir, supervisar y evaluar al personal de enfermería (licenciados y técnicos), donde deben realizar un diagnóstico situacional, asimismo, debe conocer las normas, políticas, leyes y reglamentos para actuar apegadas a ellas, y dar solución a los problemas que se puedan suscitar.

1.11.2 Secretaria.

Se encarga de recibir, analizar, ordenar, clasificar y archivar la documentación y expedientes remitidos al departamento.

1.11.3 Enfermero Adjunto Administrativo.

Administra la plantilla del personal de enfermería del Hospital Dr. Luis Ortega, realiza seguimientos a las actividades del cuidado de pacientes y equipos que maneja el personal, así como coordinar los procesos administrativos trabajando de la mano con recursos humanos.

1.11.4 Enfermero Adjunto Asistencial.

Se encarga de formular, elaborar, proponer y ejecutar protocolos, métodos, proyectos y procedimientos de enfermería según avances clínicos, actualizando al personal a su cargo. Realiza propuestas en la elaboración de manuales, protocolos, guías y otros documentos de gestión asistencial.

1.11.5 Enfermero Adjunto Docente.

Encargado de elaborar, coordinar, planear y ejecutar programas educativos destinados a la ejecución de cursos basados en las necesidades detectadas en el personal en conjunto con el Jefe de Enfermería. Es responsable del personal de enfermería que realiza capacitación o pasantía en los diferentes servicios de la institución.

1.11.6 Enfermero(s) Supervisor(es).

Se encargan de planificar, organizar, dirigir, supervisar y evaluar a todo el personal de enfermería del hospital. Realiza la distribución general del personal en cada servicio, actuando en conjunto con las enfermeras coordinadoras para detectar las necesidades requeridas por cada área y aportar soluciones de todas las actividades de enfermería.

1.11.7 Enfermeros Asistenciales Tipo IV.

Son los profesionales a los que se les asciende por estudios académicos o por años de servicio. Normalmente son enfermeros adjuntos, coordinadores y supervisores. Además, deben cumplir con todas las funciones de enfermería como la investigación, docencia, administración y la atención asistencial.

1.11.8 Enfermeros Asistenciales Tipo II.

Se encargan de planificar, coordinar, supervisar y realizar la revista de enfermería, garantizando la aplicación del proceso de atención de enfermería al paciente, persona, familia y comunidad, desde el ingreso hasta su egreso. Es su deber, recibir y entregar pacientes con información de sus tratamientos, evolución y procedimientos efectuados.

1.11.9 Enfermeros Asistenciales Tipo I.

Se encarga de recibir, atender y entregar los pacientes en el área clínica al momento de la ronda de enfermería, garantizando el cuidado humano y personalizado. Realiza el pedido de fármacos, cateterización de vías periféricas,

prepara y administra los medicamentos y hemoderivados. Participa en el tratamiento médico quirúrgico y efectúa tratamientos específicos.

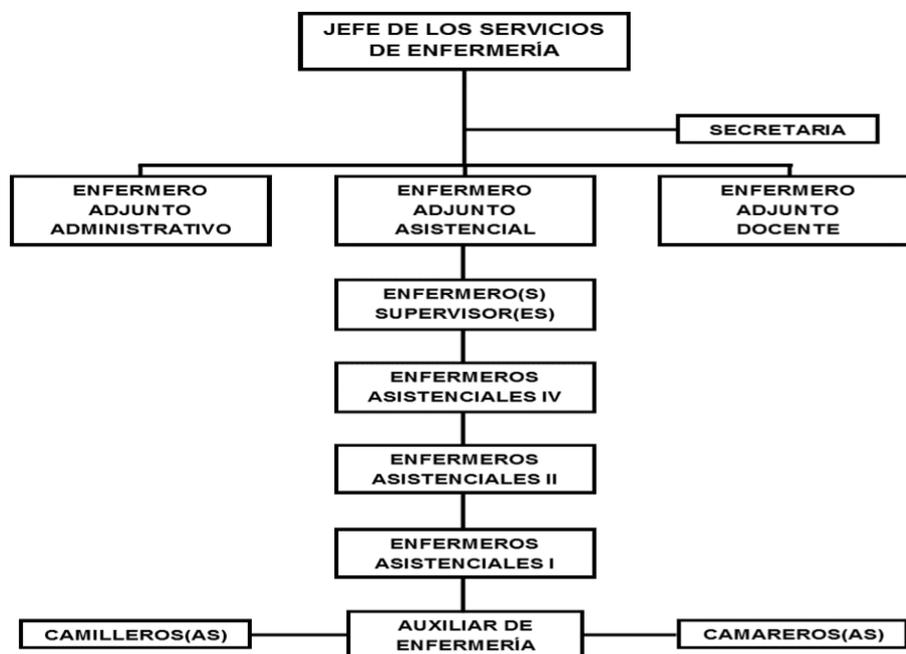
1.11.10 Camilleros(as).

Se encargan de trasladar pacientes o fallecidos en camillas, camas de mano o dispositivos hospitalarios. Verifican que se encuentren disponibles y funcionales las sillas, camillas y equipos de traslado correspondientes a cada servicio.

1.11.11 Camareras.

Se encargan de cumplir con la función de limpieza y desinfección de los equipos médicos, superficies, mobiliario, elementos complementarios y accesorios del recinto hospitalario, utilizando productos de limpieza y desinfectantes para el correcto mantenimiento.

Figura 3
Organigrama de la Jefatura de Enfermería del Hospital Dr. Luis Ortega



Fuente: Cartelera informativa de la Jefatura de Enfermería (2024).

1.12 Aproximación diagnóstica

Para el portal web de revistas de la Universidad Nacional de Córdoba “la aproximación diagnóstica representa un proceso en el que se busca identificar y comprender un problema o bien un fenómeno específico, a través de la recopilación y posterior análisis de datos obtenidos para facilitar a profundidad una situación y sus posibles causas” (párr 1).

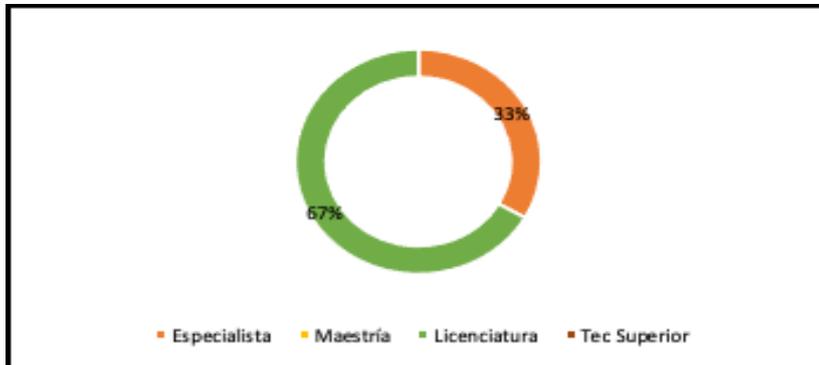
Para realizarla es necesario identificar y delimitar el problema o fenómeno a estudiar, recopilar la información más relevante a través de métodos que incluyan entrevistas, encuestas, observación directa y análisis de contenidos; donde se prosiga analizar la información recopilada lo que permite identificar patrones, tendencias y posibles causas del problema. Esto plasma las hipótesis sobre las causas del problema, basadas en el análisis de los datos.; que posteriormente son evaluadas para determinar cuáles son las probables, llegando a un diagnóstico o conclusión sobre la naturaleza y las causas del problema o fenómeno basado en la evidencia disponible.

En este sentido se realizó una aproximación diagnóstica en Hospital Dr. Luis Ortega en la Unidad de Cuidados Intensivos Dr. Pablo Agreda; la problemática evidenciada por el investigador fue la disponibilidad del personal de enfermería en los servicios de emergencia y hospitalización, esta situación es evidenciada en la Unidad. Se toma en cuenta el criterio de tres (3) enfermeros, tres (3) pacientes y tres (3) familiares a quienes se les aplicó una encuesta que se conformaba de diez (10) preguntas al personal, cinco (5) a los pacientes e igualmente cinco (5) a los familiares de forma cualicuantitativa los días 11 y 12 de febrero del año 2025, para la recolección de los datos y su posterior análisis.

1.12.1 Encuestas a Enfermería

Figura 4

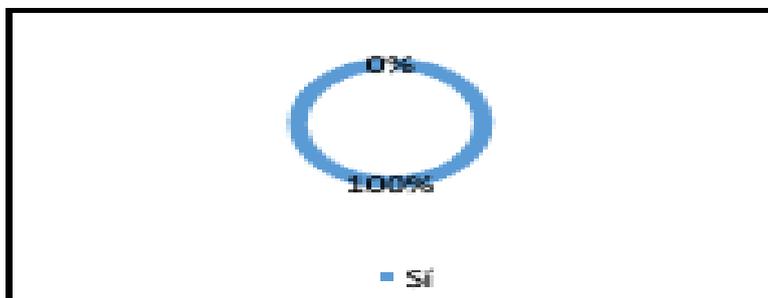
Grado académico de los profesionales de Enfermería



Respecto a la pregunta realizada a los encuestados, el 33% Tienen especialización y el 67% la Licenciatura en enfermería; lo que demuestra que consiguieron un nivel superior educativo adicionalmente expresaron ir por más bien sea por especialización o maestría.

Figura 5

Capacitación/entrenamiento recibido para ingresar al área



Como queda demostrado el 100% de los enfermeros afirmaron recibir entrenamiento para ingresar en la institución y posteriormente ser distribuido por las diferentes áreas de atención tanto en las emergencias como dentro de las áreas de hospitalización.

Cuadro 1

Tiempo de capacitación recibido para ingresar al área

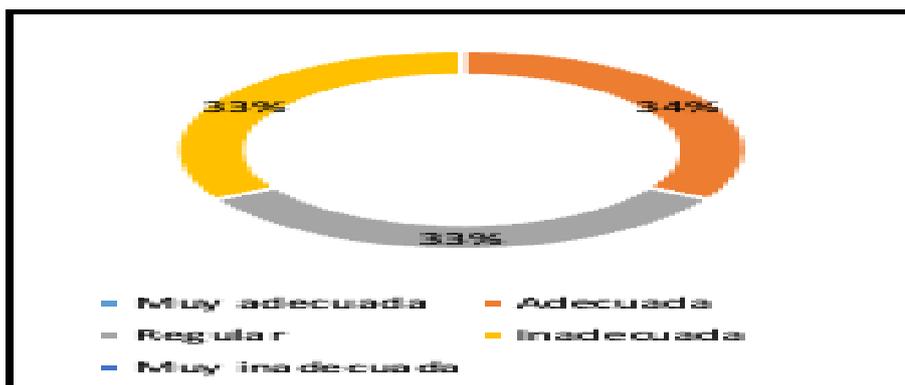
Sujeto 1	“en el 2012 tuve aproximadamente 3 meses de entrenamiento para poder ingresar a la emergencia”
----------	--

Sujeto 2	“fueron 2 meses de entrenamiento”
Sujeto 3	“estuve 1 mes para poder ingresar a la institución”

Respecto a la pregunta realizada a los encuestados, cada uno de los sujetos tuvo un período de prueba o capacitación para poder ingresar fijo a su área de trabajo, siendo de diferente duración para cada uno, cabe destacar que los tres sujetos ingresaron a la institución en distintos años, evidenciando que los períodos de entrenamiento han variado.

Figura 6

Calificación de la distribución actual del personal de enfermería en la unidad



Es evidenciado que el 34% afirma que la distribución es adecuada, 33% que es una distribución regular y el otro 33% expresa que es inadecuada lo que implica que dependiendo del área donde se esté prestando el servicio los enfermeros tendrán una opinión completamente contradictoria.

Cuadro 2

Consideración de la cantidad necesaria de enfermeros para atender la demanda de pacientes

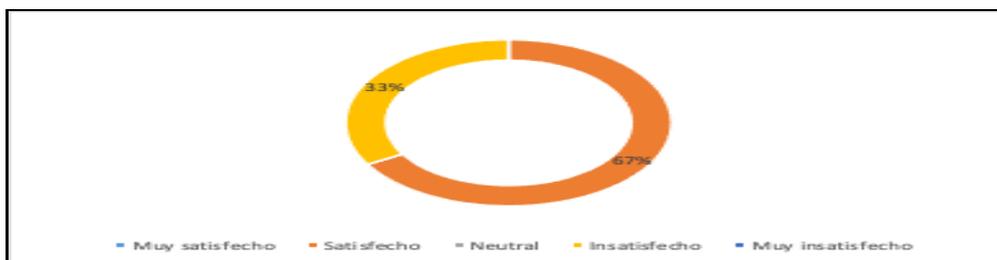
Sujeto 1	“Me parece adecuada por que trabajamos en grupos de cuatro en la terapia y dos en las emergencias, cuando falta alguien envían a una suplente”
-------------	--

Sujeto 2	<i>“No, debería ser un enfermero para cada dos pacientes, no uno o dos para doce”</i>
Sujeto 3	<i>“Si, en los servicios de hospitalización”</i>

Respecto a la pregunta realizada a los encuestados, es sumamente opuestas las concepciones que se tienen, también es importante resaltar que dentro de las áreas de pediatría y neonatología se cumple correctamente el número de enfermeros por pacientes, mientras que en las áreas de adulto en su mayoría son dos por turno recordando que son de doce horas.

Figura 7

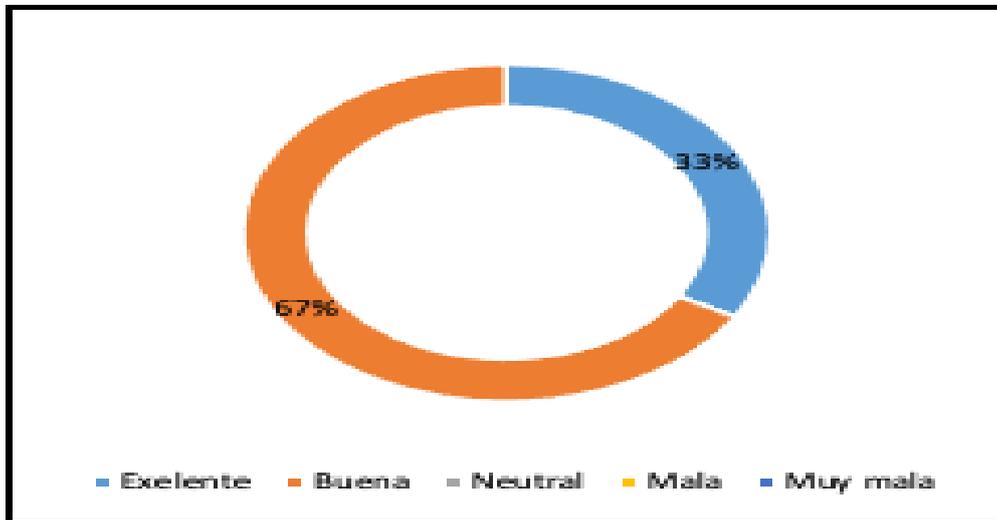
Nivel de satisfacción con el nivel de instrucción y capacitación del personal de enfermería en la unidad



Respecto a la pregunta realizada a los encuestados, el 33% se encuentra insatisfecho con el nivel de instrucción y capacitación del personal de enfermería, mientras que el 67% se siente satisfecho, además expresan que siempre están dispuestos ayudar al personal que ingresa nuevo al área.

Figura 8

Calificación de la relación/comunicación profesional con otros profesionales de Enfermería



Con respecto a los resultados obtenidos el 67% expresa tener una relación/comunicación buena con sus colegas y el 33% restante opina que esta relación es excelente, por lo que está demostrado que las interacciones intrahospitalarias son agradables y el trabajo fácilmente es separado de la vida personal.

Cuadro 3

Expresiones con respecto a relación/comunicación profesional con otros profesionales de Enfermería

Sujeto 1	<i>“Siempre nos hemos calificado por trabajar en equipo y en hermandad somos una familia, la familia pediatría”</i>
Sujeto 2	<i>“Por qué son buenos compañeros de equipo de trabajo, pero cada quien trabaja de su forma”</i>
Sujeto 3	<i>“El personal cumple con su responsabilidad lo que le falta es más conocimiento para desempeñarse de una manera más efectiva con la necesidad de los pacientes le falta más interés de prueba y participación para que el paciente se sienta más cómodo”</i>

Respecto a la pregunta realizada a los encuestados es importante resaltar que cada enfermero tiene su espacio de trabajo, donde desempeña sus funciones de la mejor manera, aunque siempre está resaltado el que la colaboración y la prestación de servicios debe estar siempre de primero; además de la capacidad y la necesidad de cada persona de mejorar aspectos con respecto a la relación interdisciplinaria, para mejorar el ambiente laboral.

Figura 9

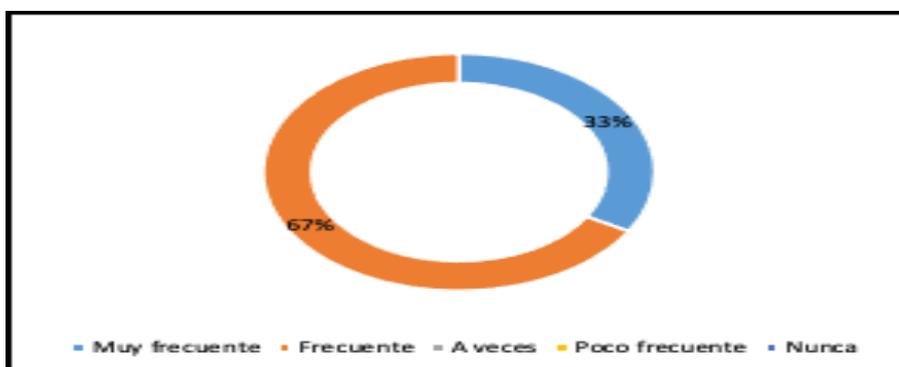
Nivel de efectividad del sistema de comunicación entre el personal de enfermería y otros profesionales de la salud en el área



Respecto a la pregunta realizada a los encuestados, el 33% se encuentra neutral el 34% considera la comunicación es muy efectiva y el otro 33% considera que la comunicación efectiva, las relaciones interpersonales dentro de la institución favorecen a la aplicación del trabajo más eficaz y la disminución de los tiempos de espera.

Figura 10

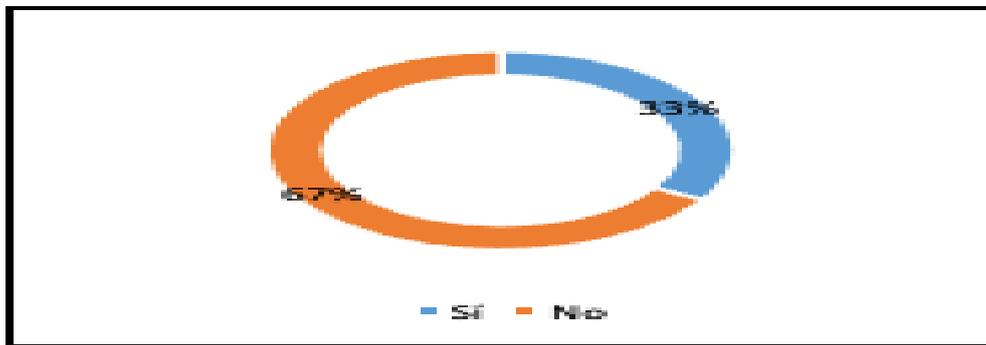
Frecuencia de supervisión dentro del turno clínico.



Respecto a la pregunta realizada a los encuestados, el 67% afirmó que la supervisión es frecuente y el otro 33% que la supervisión es muy frecuente lo que quiere decir que están constantemente bajo vigilancia y monitorización dentro de las áreas de emergencia y hospitalización dónde está la mayor afluencia de pacientes.

Figura 11

Recepcion de retroalimentación por parte de la supervisión de Enfermería



El 67% afirma que no reciben una clase de retroalimentación por parte de la supervisión de enfermería, mientras que el 33% afirma que esta supervisión y está retroalimentación es constante lo que mejora en la calidad de trabajo, por lo que se demuestra que este aspecto debe ser mejorado para que la calidad de servicio en otras áreas también sea efectiva.

Cuadro 4

Tipo de retroalimentación recibida por parte de la supervisión de Enfermería

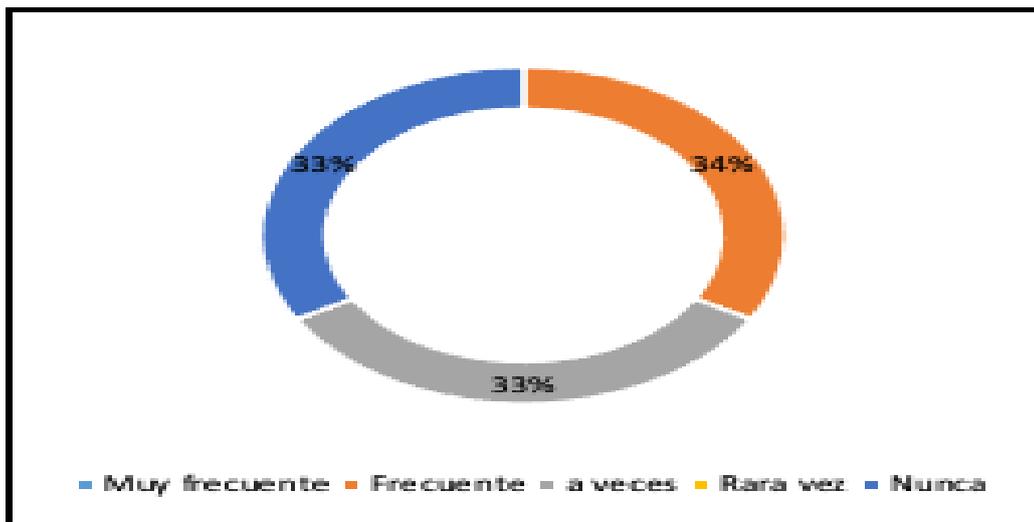
Sujeto 1	<i>“Si, la reuniones se hacen de manera general con la coordinación de enfermería, comunican lo que necesitan informar pero para eso tienen un día pautado”</i>
Sujeto 2	<i>“No, simplemente pasan y preguntan sobre las condiciones del servicio”</i>
Sujeto 3	<i>“No, simplemente cuando ven algo inadecuado es que hacen la corrección ”</i>

Respecto a la pregunta realizada a los encuestados, los resultados arrojan que en ciertas áreas la supervisión y el feedback es constante a pesar de ser un día

específico en la semana, mientras que en otras áreas el único tipo de retroalimentación es cuando la supervisión observa que hay algún alterado en la prestación de servicio y es que comunican su descontento.

Figura 12

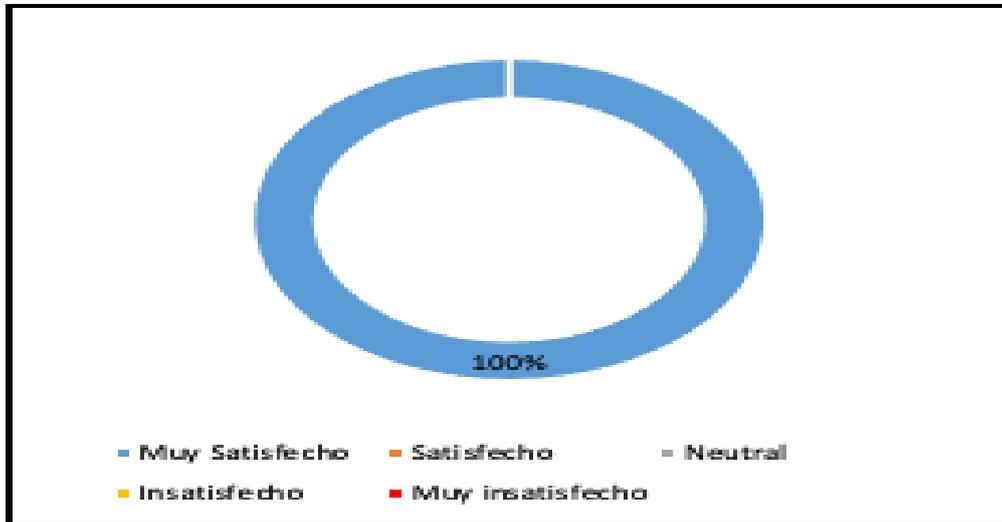
Frecuencia de participación en actividades de capacitación relacionadas con el rol de Enfermería



Respecto a la pregunta realizada a los encuestados, el 33% afirma que participa en estas capacitaciones muy frecuentemente, el otro 33% a veces y el 34% restante expresa que frecuentemente; quiere decir que constantemente los enfermeros de las diferentes áreas están buscando innovar y refrescar el conocimiento, aprendiendo nuevas técnicas e investigaciones sobre la prestación de servicios en las diferentes áreas que desempeñan.

Figura 13

Nivel de satisfacción percibida por los profesionales dentro del área de trabajo



El 100% de los encuestados expresan que se encuentran satisfechos en el área donde trabajan actualmente, es importante resaltar que está satisfacción permite una facilitación del servicio a través de la consecución de evaluaciones esperadas del enfermero en las diferentes áreas de trabajo.

Cuadro 5

Opinión del grado de satisfacción dentro del área de trabajo

Sujeto 1	<i>“Me siento super feliz porque somos una familia, somos muy unidos y así trabajamos y nos desempeñamos, jamás la cambiaría por ninguna otra área”</i>
Sujeto 2	<i>“Porque trabajo más con la persona, me enfoco mas en su enfermedad, al cuidado y al cariño ”</i>
Sujeto 3	<i>“Por qué me gusta lo que hago y desarrollar mis capacidades como profesional. ”</i>

Respecto a la pregunta realizada a los encuestados, afirman que esto permite la compenetración tanto del paciente, como a la familia, el entorno y al personal ayudando al mismo a mejorar su salud, independencia o realizar cuidados paliativos a todos aquellos usuarios que requieran una atención de salud

especializada y que se encuentren en la necesidad de una hospitalización dentro de estas áreas.

1.12.2 Encuesta a Familiares

Cuadro 6

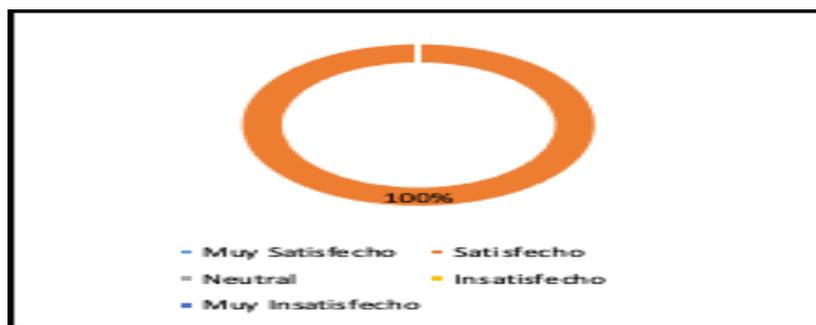
Tiempo de hospitalización en las diferentes unidades.

suje 1	“Un día de hospitalización”
suje 2	“Éste es nuestro primer día aquí, aunque anteriormente mi bebé estuvo hospitalizado 17 días en UTIN”
suje 3	“Ya tenemos siete días de hospitalización”

Respecto a la pregunta realizada a los encuestados, expresan distintos números de hospitalización.

Figura 14

Nivel de satisfacción de la atención recibida del personal de enfermería durante la atención del paciente



El 100% de los entrevistados aseguró que la atención de enfermería para su paciente fue muy satisfecha lo que evidencia que los procesos de atención de enfermería están siendo valorados y que la prestación de servicios está siendo correctamente aplicada, disminuyendo los factores de riesgo y la calidad de atención.

Cuadro 7

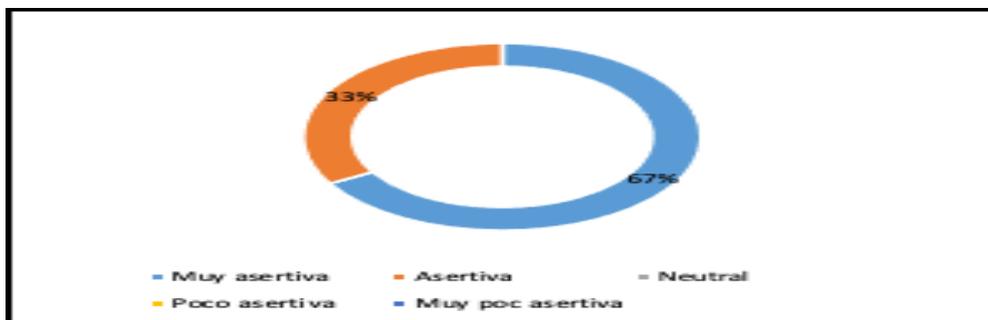
Expresiones del nivel de satisfacción con la atención recibida.

Sujeto 1	<i>“Porque me han tratado bien, cuando he llamado han asistido”</i>
Sujeto 2	<i>“Con respecto a mi hijo satisfecha, pero no me encuentro satisfecha con la atención que han recibido otros niños aquí ingresados ”</i>
Sujeto 3	<i>“Que hemos corrido con la suerte con contar con buenas enfermeras muy buenas en su atención”</i>

Respecto a la pregunta realizada a los encuestados. Que los tiempos de atención han sido reducidos y la atención de enfermería ha sido mejorada, Aunque también es afirmado que hay ciertos grupos que no tienen la sensibilidad para trabajar en diferentes áreas, por ejemplo en la pediátrica.

Figura 15

Consideración de la comunicación del personal de enfermería para responder a preguntas y preocupaciones?



El 67% de los entrevistados asegura que la comunicación con el personal de enfermería es muy asertiva mientras que el 33% sólo la engloba como asertiva, afirmando que el personal de enfermería está dispuesto a realizar sus funciones tanto de docencia como de promoción de la salud.

Cuadro 8

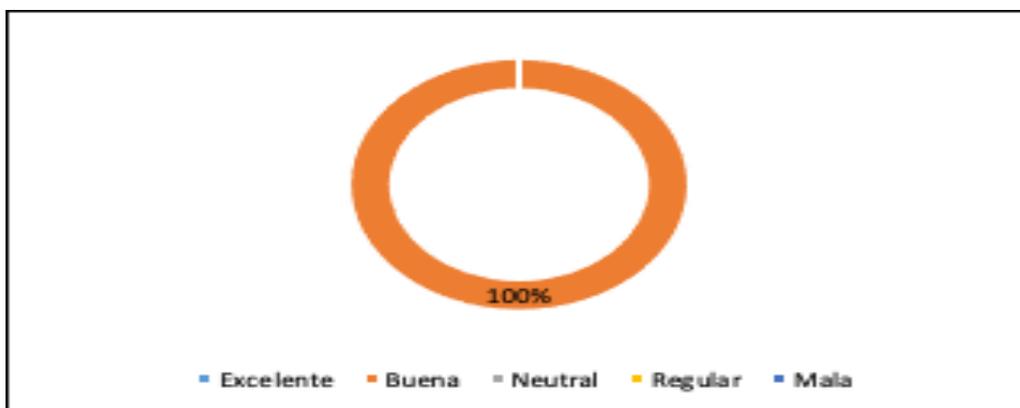
Opinión asertiva de la comunicación recibida.

Sujeto 1	<i>“Si porque yo le he preguntado y me responden las cosas de buena manera”</i>
Sujeto 2	<i>“Me han explicado super bien todo lo que tiene”</i>
Sujeto 3	<i>“Hemos tenido un buen enlace entre paciente, enfermeras y familiares”</i>

Respecto a la pregunta realizada a los encuestados, aseguran estar agradecidos con toda la prestación y educación que les ha brindado el personal de enfermería con respecto a todas aquellas inquietudes, posibles pronósticos o requerimientos que van a necesitar posterior a la alta médica.

Figura 16

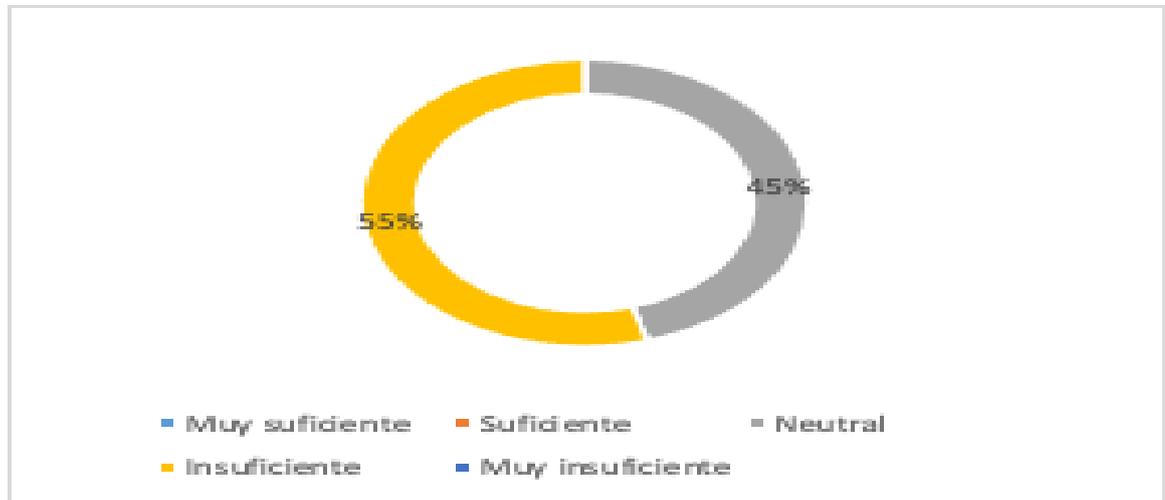
Calificación de atención de salud brindada por el personal de enfermería al familiar



Respecto a la pregunta realizada a los encuestados, el 100% de los encuestados califica la atención brindada por el personal de enfermería como buena expresando algunas excepciones con respecto algunos turnos de grupo con los que de repente tenían un poco menos de atención con los pacientes.

Figura 17

Consideración sobre la cantidad de enfermeros observados atendiendo por turnos



El 45% de los entrevistados considera neutral la cantidad de enfermeros que observa en los turnos, mientras que el 55% afirma que esta cantidad por rotación llega ser insuficiente, es importante resaltar que depende obviamente de las áreas en donde se realizaron las encuestas.

Cuadro 9

Opinión sobre visualización de enfermeros en el área

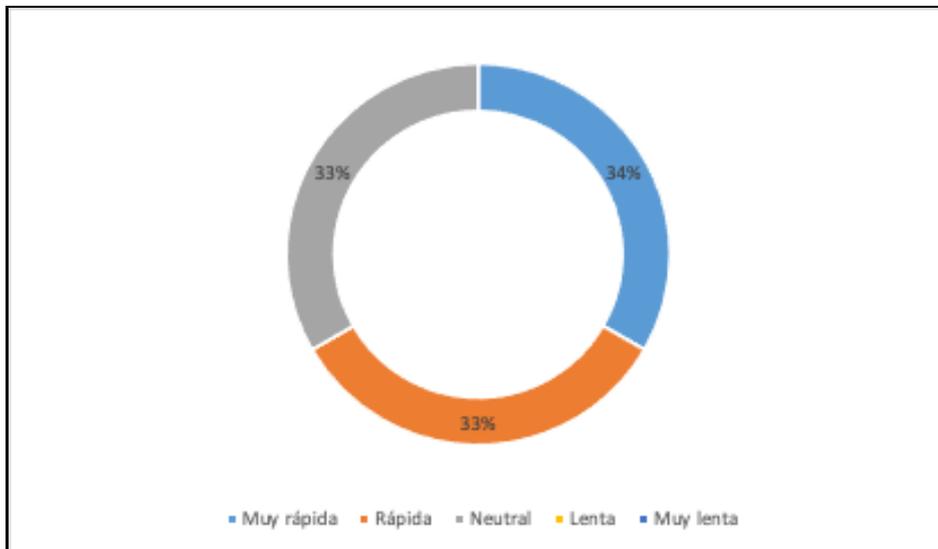
Sujeto 1	<i>“No hay muchos, sólo cuando hay estudiantes”</i>
Sujeto 2	<i>“Hace falta más personal”</i>
Sujeto 3	<i>“Falta bastante enfermeras, están quedando muy poco profesionales”</i>

Respecto a la pregunta realizada a los encuestados, Los entrevistados afirman que Muchas veces hay muy poca cantidad de enfermeros para pacientes aunque esto se ven recompensado cuando hay estudiantes en pasantías, esto puede ser un poco contradictorio ya que en algunos casos cuando son estudiantes de bajos semestres, Amerita una supervisión mayor que debe ser realizada por el profesional de turno.

1.12.3 Encuesta a Pacientes

Figura 18

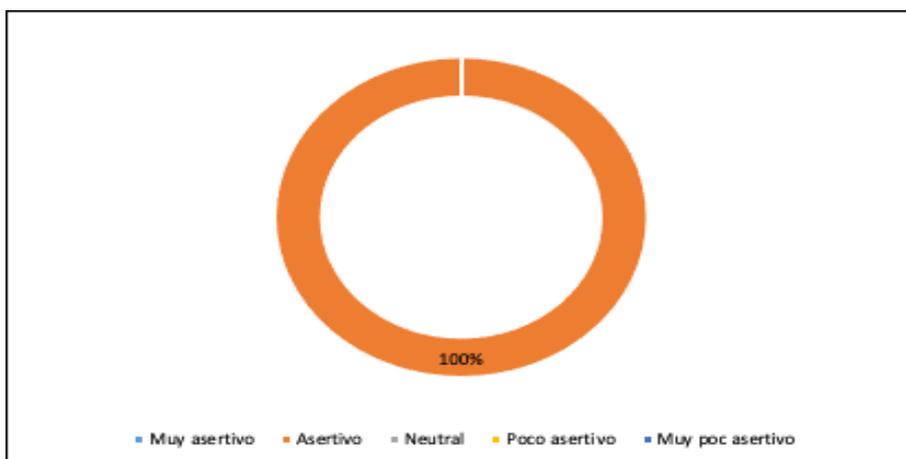
Calificación de la rapidez en la atención de enfermería



El 34% afirma que la atención fue muy rápida, el 33% rápida y el otro 33% neutral, esto es de suma importancia ya que reduce los tiempos de atención y de espera, eliminando cualquier tipo de complicación y afectación que pueda recibir al paciente si nos recibe esta atención de manera inmediata

Figura 19

Nivel comunicación y cuidados del personal de enfermería durante la estancia

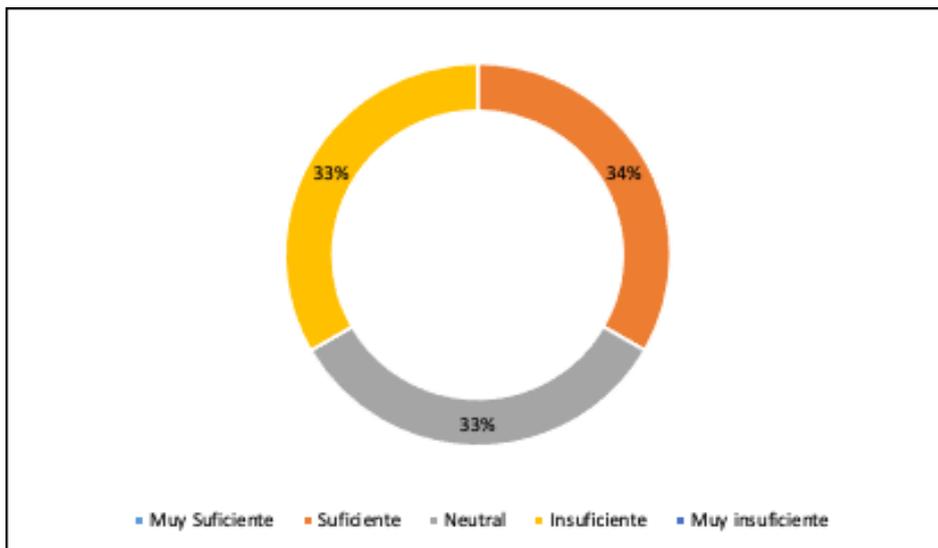


El 100% en los entrevistados considera asertivo la comunicación entre enfermero-paciente durante su hospitalización, algo relacionado a la

comunicación que recibieron los familiares, ya que el personal de enfermería está en la capacidad de ejercer su rol como promotor de la salud y su rol educativo; un ejemplo claro de esto es la comunicación existente al momento de realizar un procedimiento.

Figura 20

Evaluación del número de enfermeras en relación con la cantidad de pacientes



El 34% lo considera suficiente, el 33% neutral y el otro 33% insuficiente; como se ha repetido continuamente dentro de esta aproximación diagnóstica todo depende del área de hospitalización en la que esté el paciente.

Cuadro 10

Opinión sobre la cantidad de enfermeros por turnos

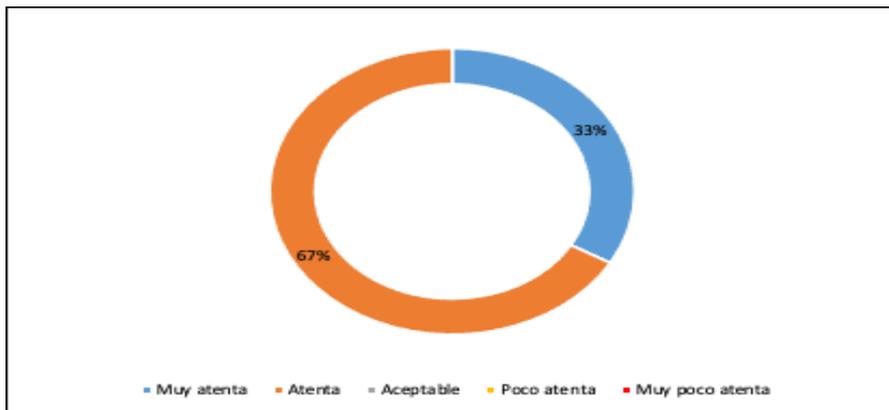
Sujeto 1	<i>“No me parece suficiente porque a veces hay un solo enfermero para doce pacientes ”</i>
Sujeto 2	<i>“Si, se han trabajado bien”</i>
Sujeto 3	<i>“Depende porque hay ocasiones en que sólo hay un enfermero”</i>

Cómo queda demostrado los pacientes observan que muchas veces es insuficiente la cantidad de enfermeros para la necesidad de trabajo que existe en

las áreas de emergencia y hospitalización, aunque los mismos resaltan que a pesar de estas adversidades los enfermeros han realizado bien su trabajo.

Figura 21

Grado de satisfacción en la atención brindada por el personal de enfermería en términos de tiempo



El 67% afirma que está atención es asertiva mientras que el 33% afirma que es muy asertiva, esto hace ameno la hospitalización de los pacientes ya que se maneja una ambiente clínico donde el trabajo es la principal atención y mejora el pronóstico de salida.

Cuadro 11

Opinion sobre los tiempos de atención

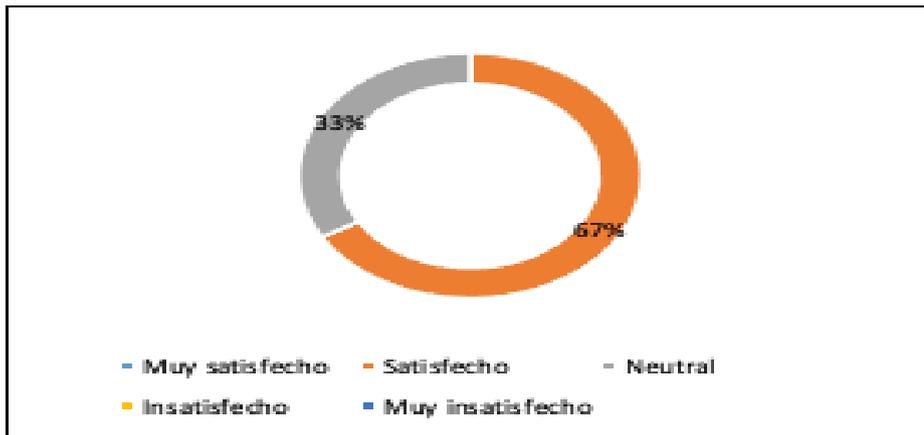
Sujeto 1	<i>“ Vienen cuando la necesitamos y acuden al llamado rápidamente y oportuna ”</i>
Sujeto 2	<i>“Han estado muy atentos ya que están siempre pendiente y nos han comentado todas las cosas que tenemos que traer por lo menos para la seo en cama ”</i>
Sujeto 3	<i>“Están pendientes cuando uno más necesita ”</i>

La atención de enfermería a personas hospitalizadas ha sido gratificante ya que quedó demostrado que la mismas acuden inmediatamente o posterior a la realización de otra atención a las necesidades que necesitan ser suplidas en estos

pacientes, a pesar de las adversidades de contar con poca disponibilidad en algunas áreas de hospitalizaciones.

Figura 22

Nivel de satisfacción con la atención del personal de enfermería durante la estadía en la unidad



El 67% de los entrevistados afirma que el nivel de calidad de atención es satisfecho, mientras que el 33% afirma que esta satisfacción de la atención recibida por parte del profesional de enfermería es neutral; explicando así que el personal de enfermería está altamente involucrado con los pacientes.

Cuadro 12

Opinión del nivel de la atención recibida

Sujeto 1	<i>“Cumplen con su trabajo están pendientes de los tratamientos y en las cosas que necesitamos ”</i>
Sujeto 2	<i>“Está bien vale la pena y hay una buena atención ”</i>
Sujeto 3	<i>“Está muy bien pero hay algunos profesionales que deben medir mejor como dicen las cosas porque para eso estudiaron”</i>

Los mismos encuestadores afirman que están satisfechos con los trabajos que están realizando los enfermeros en las diferentes áreas, bien sea con la administración de medicamentos, la realización de procedimientos de enfermería y la comunicación que existe con otros profesionales dentro del área, que facilitan

la atención de los mismos; aunque como crítica general se exhorta algunos grupos de enfermeros a cambiar su vocabulario y la manera con la que se dirigen a algunos pacientes.

CAPÍTULO II

PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS “DR. PABLO AGREDA”

Este capítulo se encuentra constituido por aspectos sobre la Unidad Clínica de Cuidados Intensivos Adultos “Dr. Pablo Agreda”, haciendo énfasis en una intervención directa mediante la investigación de campo y la revisión documental a trabajos realizados por Velasquez (2021), Marin (2022), Marcano (2022), León (2024), Carreño (2024) y Gomez (2024). En tal sentido, fueron detallados puntos relevantes vinculados con su reseña histórica, justificación e importancia, ubicación y descripción, talento humano, misión, visión, objetivos, función, actividades y tareas del equipo de enfermería y la aproximación diagnóstica.

2.1 Reseña Histórica

De acuerdo con León (2024), la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) "se encarga de atender a pacientes críticos que necesitan monitoreo y tratamiento constante para mantener sus funciones vitales" (p. 49), esto implica, que la vida de los pacientes que se encuentran en él ingresados, corren un gran riesgo de muerte, es de suma importancia que reciban un tratamiento intensivo y constante que le permita recuperarse del estado crítico y posteriormente su salud, por lo que estas unidades requieren contar con instalaciones especializadas y personal capacitado para brindar atención a pacientes en situación de vulnerabilidad. Ahora bien, a continuación será presentada la reseña histórica de la Unidad Clínica “Dr. Pablo Agreda” basado en la recopilación bibliográfica de Rodriguez (2007), Carreño (2024) y Gómez (2024).

A mediados de los años ochenta (80), se planteó la creación de una unidad especializada en cuidados críticos dentro de las instalaciones del Hospital “Dr. Luis Ortega”, aunque en esa época la ortodoxia estaba arraigada a la creación de lo desconocido esta idea tuvo su fortaleza en la necesidad que se observaba en la región, por no tener una unidad de tales características, ya que los pacientes fallecían bajo circunstancias en las que se pusiera en peligro la vida como por

ejemplo: complicaciones de enfermedades de base, procedimientos quirúrgicos, simples procedimientos y el realizar traslados a tierra firme generaban un alto costo dejando a estos pacientes en el abandono esperando la muerte.

Esta unidad esperó aproximadamente ocho años para ser fundada por el que es considerado el creador de las especialidades de la Terapia Intensiva en Margarita el Dr. Jorge Cabrera, quien en conjunto al Dr. Pablo Agreda (por quien lleva el nombre la unidad años más tarde) fundaron y se encargaron de la jefatura del servicio, esto, por que ambos contaban en su amplia formación académica, postgrados universitarios y conocimientos actualizados e innovadores que demostraran su capacidad para el ejercicio de la medicina señalando que los enfermos críticos deben ser atendidos individualmente.

En el inicio de la unidad, solo estaba involucrado el servicio de Medicina, pero al poco tiempo y por el reclutamiento realizado por el Dr. Agreda demostrando su autonomía por la selección y captación de un personal de enfermería capacitado en prácticas, habilidades y destrezas donde contrato doce (12) profesionales de Enfermería desde Caracas y Maracaibo, quienes ya trabajaban en unidades de atención y Cuidados Intensivos tanto adultos como pediátricos.

Para aquel entonces esta unidad se encontraba ubicada en el segundo piso del Hospital (actualmente Servicio de Anestesia), y funcionaba conjuntamente la terapia de Adultos y Pediátricos; aunque no se posean registros mayores de los hechos, se realizó en cohortes anteriores una entrevista a la viuda del Dr. Agreda quien ejercía como profesional de enfermería intensivista Yaneth Acosta quien aportó información clave para la reconstitución de dicha reseña histórica.

La misma afirma que entre el 2009 y el 2010 en ese entonces el Director del Hospital, el Dr. Torbello inaugura la terapia en la planta baja, al área cercana al Quirófano de Emergencia, en donde además es renombrado con el nombre con el que actualmente se conoce (Unidad de Cuidados Intensivos Adultos “Dr. Pablo Agreda”). Asimismo, expresa que alternativamente se da inicio a la remodelación

de la Emergencia del Hospital donde se redistribuye en cuatro áreas individualizadas siendo estas: Adulto, Pediátrica, Obstétrica y Trauma Shock y por ende la movilización de la terapia al primer piso, zona noroeste del Hospital, dotado de la más alta tecnología y recurso humano.

Lamentablemente esta unidad solo estuvo operativa hasta el año 2019 debido a las condiciones estructurales, funcionales y falta de personal por renuncias crecientes por la migración de profesionales fuera del país, inoperatividad de los equipos necesarios de la Unidad y los problemas socio-políticos que atravesaba Venezuela, lo que se veía reflejado en escasez de medicamentos y lo mencionado anteriormente sobre el personal capacitado. Los equipos que quedaron funcionales fueron enviados a las Emergencias para que se pudiera hacer efectiva la atención de pacientes críticos.

Con la llegada de la pandemia en marzo del 2020 los primeros casos de Covid-19 fueron atendidos en esta unidad, pero por problemas logísticos se decide mover la Terapia “Covid-19” a planta baja donde actualmente se encuentran el servicio de Medicina Interna sala de Hombres y sala de Mujeres, esto confirmado por el Licenciado Carlos Sulbaran, quien hizo parte de esta terapia, donde solo estaba permitido el ingreso de pacientes que cursaban dicha enfermedad que requerían ventilación mecánica, luego de aproximadamente dos años, esta terapia fue desmantelada quedando entonces los servicios de Medicina, por ende Trauma Shock y Observación Adultos volvió a quedar encargado de la atención de los pacientes críticos que necesitan atención especializada.

2.2 Importancia y Justificación

Las Unidades de Cuidados Intensivos son un componente esencial del sistema de salud moderno, por sus características de poseer la capacidad para salvar vidas, mejorar la calidad de vida de los pacientes y facilitar la investigación médica, lo que las convierte en un recurso invaluable. Esto lo ratifica Portugal (2021), expresando que:

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es sumamente importante dentro de un establecimiento de salud, pues ofrece un servicio especializado que tiene la finalidad de atender a pacientes que se encuentran en estado crítico y en riesgo momentáneo o continuo de perder la vida, o con deterioro importante de sus funciones vitales debido a una condición específica. Este estado de gravedad persistente, requiere monitorización y tratamiento continuo.(parr 1)

De esta manera, la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos "Dr. Pablo Agreda" es de gran importancia para toda la población neoespartana y para aquellos visitantes que se encuentren en la necesidad de recurrir a este centro por alteraciones que pongan en riesgo la vida, ya que ofrece una atención integral totalmente gratuita (Pinto, 2022, p. 43) para la población en general para recibir un tratamiento intensivo que pueda restablecer su salud y así reintegrarse a su vida cotidiana.

2.3 Ubicación y Descripción

De acuerdo con el informe de grado de Campos y Salazar (2021) y la investigación realizada por el investigador , la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos "Dr. Pablo Agreda" se encuentra ubicado en el primer piso del Hospital Dr. Luis Ortega, en la zona noroeste, justo al lado de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica "Dr. Roberto Arreaza". Está se conforma por un espacio distribuido con una oficina del Jefe de Terapia Intensiva Adultos, Recepción, Faena Sucia, Dos Vestidores, Vertedero Clínico, Estar De Médicos, Cuarto De Especialistas y Residentes, Cuarto De Enfermería, Baños, Estar De Enfermería, 12 Camas, Un Aislamiento y Depósito. (ver figura 4)

No obstante, como ya se ha mencionado anteriormente, la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos "Dr. Pablo Agreda" no está operativa actualmente y sus servicios de cuidados críticos se llevan a cabo en el Servicio de Emergencia Adulto del Hospital, especialmente en dos de sus áreas que son Trauma Shock, la cual cuenta con ocho (8) camas (aunque de ser necesario tiene una capacidad de

se toma la referencia de Marín (2022) para describir cada uno de los que están presentes en la Unidad de Cuidados Intensivos del HLO (ver figura 5).

2.4.1. Médico jefe de la unidad

Se encarga del mando de la Unidad, con criterios de responsabilidad, ética y profesionalismo, para lograr un servicio eficiente y de alta calidad.

2.4.2. Médicos Intensivistas Adjuntos

Son especialistas en la medicina de cuidados críticos, encargados de la atención del paciente ingresado en el área, que gracias a su capacitación y formación pueden generar un diagnóstico y tratamiento oportuno a este tipo de pacientes.

2.4.3. Residentes de Postgrado

Son aquellos profesionales que se encuentran en el proceso de especialización en medicina crítica, quienes están bajo los lineamientos de sus superiores (médicos ya especialistas) para brindar los servicios médicos a los pacientes.

2.4.4. Coordinador de Enfermería

Es el responsable de guiar al equipo enfermero coordinando sus tareas, también se encarga de garantizar el cumplimiento de todos los lineamientos establecidos en las leyes y reglamentos acerca de los deberes como profesionales de la enfermería; y el seguimiento de los derechos del paciente en estado crítico.

2.4.5. Enfermeros IV-III-II-I

Son profesionales de enfermería que prestan cuidados generales e intensivos, proporcionando la atención necesaria, y además son el enlace emocional en cuanto al paciente con su enfermedad.

2.4.6. Estudiantes de Enfermería

La Unidad de Cuidados Intensivos permite también la formación de estudiantes de enfermería al igual que los residentes de postgrado de medicina, los cuales están bajo la guía principalmente de enfermeros. Su función es brindar apoyo al equipo enfermero, a médicos y ofrecer cuidados a los pacientes.

2.4.7. Camareras

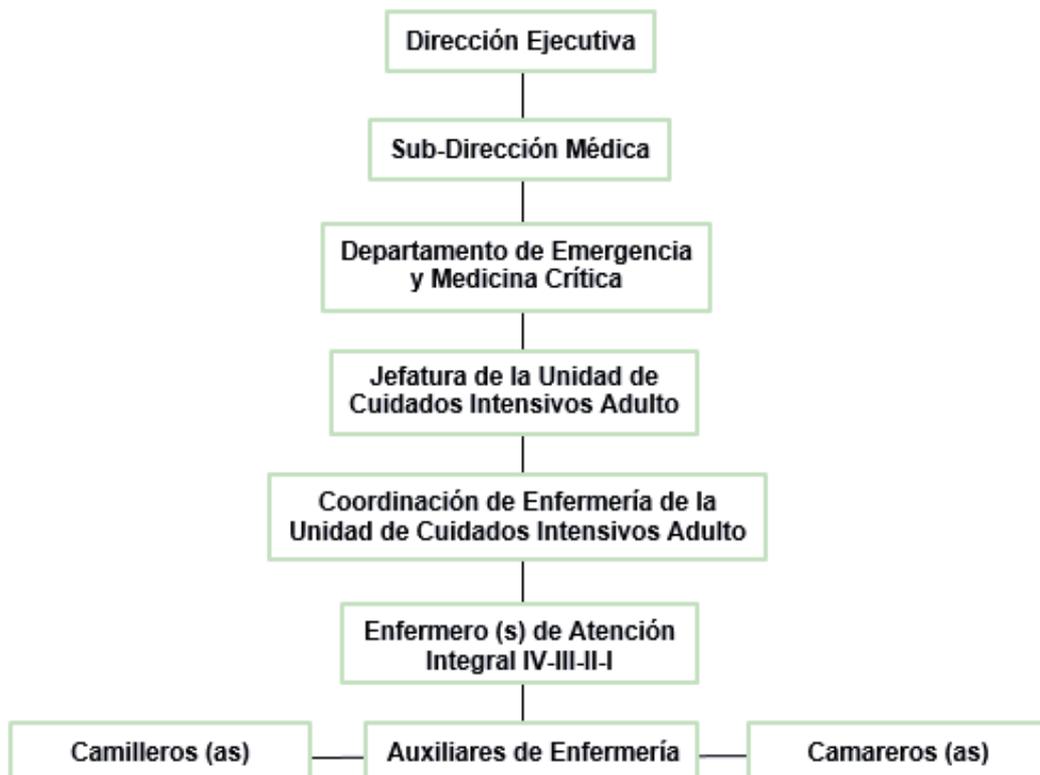
Es el personal responsable de mantener el ambiente limpio y lo más estéril posible para su adecuado uso, evitar la contaminación y contribuir con la recuperación de los pacientes del área.

2.4.8. Transportadores

Son los encargados de la movilidad y el traslado del paciente en todo momento.

Figura 24

Organigrama Estructural de la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr. Pablo Agreda” del HDLO



Fuente: León (2024).

2.5 Misión

Según el portal web de la UCI Tolima (2024) la misión de una Unidad de Cuidados Intensivos es “ofrecer servicios de salud integral de alta complejidad, garantizando la seguridad del paciente, con una atención humanizada (...), en el marco de la innovación y la investigación, impactando en la calidad de vida de usuarios, familias cuidadores y comunidad.” Es un aspecto fundamental que orienta las acciones y los objetivos, sirve como guía para la toma de decisiones, la asignación de recursos y la evaluación de los resultados de este servicio hospitalario altamente especializado.

En consecuencia, Marcano (2022) señala que la misión de la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr. Pablo Agreda” se basa en “brindar una atención integral en salud eficiente en aquellos pacientes que presenten procesos críticos o que se vuelvan potencialmente críticos, satisfaciendo sus necesidades mediante la prestación de cuidados especializados y equipos tecnológicos avanzados” (p. 67)

2.6 Visión

La visión de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) representa una aspiración a largo plazo, un estado ideal hacia el cual se orienta la unidad, esta visión trasciende la misión, que define el propósito inmediato, y se proyecta hacia el futuro, estableciendo un horizonte de mejora continua y excelencia en la atención al paciente crítico (Martins, 2022). Ante lo expuesto, la visión de una UCI es un elemento dinámico y en constante evolución, ya que las unidades pueden orientar sus esfuerzos hacia la mejora continua y la excelencia en la atención al paciente crítico.

Según Velasquez (2021) la visión de la Unidad De Cuidados Intensivos Adultos “Dr. Pablo Agreda” es llegar a ser una unidad que muestre una gran aptitud de resolución ante las afecciones de los pacientes críticos, para el beneficio de toda la población mostrando gran excelencia a profesionalismo a nivel científico, tecnológico y humano.

2.7 Objetivos

Según el Diccionario Médico de la Universidad de Navarra (2024) “El objetivo principal de una UCI es brindar cuidados intensivos a pacientes que presentan alteraciones agudas o descompensaciones de enfermedades crónicas, requiriendo monitoreo continuo y tratamientos especializados” (párr. 2). Pinto (2022) plantea que la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda" tiene los siguientes objetivos:

- Proporcionar cuidados globales y directos al paciente y familia.
- Impulsar líneas de investigación que sean relevantes en la práctica clínica avanzada de Urgencias.
- Evaluar los protocolos y procedimientos específicos en las situaciones y/o problemas que presentan los pacientes en el Servicio de Urgencias Hospitalarias.
- Utilizar con destreza y seguridad la tecnología y los medios de apoyo para el diagnóstico de los pacientes.
- Coordinar actividades con otros componentes del equipo multidisciplinar del Servicio de Urgencias Hospitalarias.

2.8 Funciones, Actividades y Tareas del Equipo de Enfermería

El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así como sus acciones, decisiones y opiniones las cuales se orientan en el marco del deber ser para la vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionales. (Álvarez, 2012. p 5)

Según León (2024) la Unidad de Cuidados Intensivos Dr. Pablo Agreda cuenta con un personal de enfermería que, en consonancia con su grado académico, experiencia y nivel jerárquico, cumplirán con funciones que definen

las actividades y tareas específicas que le competen a cada uno, pudiéndose resaltar las siguientes: (Ver Figura 6)

2.8.1 Jefe de los Servicios de Enfermería

- Lleva registro de todo el personal del servicio.
- Organiza y diseña planes para el buen desarrollo del Área.
- Elabora, aplica y supervisa las normas técnicas para procedimientos y cuidados de enfermería.
- Planifica, organiza, ejecuta y evalúa los procesos asistenciales y administrativos del servicio.
- Participa en programas específicos que implemente la dirección de la institución.

2.8.2 Enfermero Coordinador de la UCI

- Identifica actividades y planifica en conjunto al personal de enfermería el plan de atención al usuario.
- Supervisa la atención al usuario.
- Participa en la revista de enfermería y médica.
- Elabora el plan de actividades al personal.
- Realiza reuniones periódicas con el personal
- Detecta necesidades y anomalías de la unidad.
- Recibe y entrega la unidad clínica, así como a los pacientes.

2.8.3 Secretaria

- Asiste y organiza todas las actividades del coordinador (a).
- Planifica citas, reuniones y demás.
- Lleva todos los documentos e informaciones relacionadas con la unidad.

2.8.4 Enfermeros Asistenciales

- Recibe y entrega la guardia, conoce los ingresos y egresos de pacientes.
- Participa en la revista de enfermería y médica.
- Aplica tratamiento terapéutico especificado por el Médico, brinda los cuidados de higiene y confort.
- Imparte educación a los familiares sobre el estado de salud del paciente, y explica las normas y reglamentos de la Unidad.
- Verifica y cuantifica la monitorización del paciente.
- Realiza la limpieza, esterilización y control de los equipos.
- Presenta reporte diario de actividades realizadas

2.8.5 Estudiantes de Pregrado

- Sigue las instrucciones de los enfermeros asistenciales.
- Realiza tareas o actividades asignadas por los enfermeros.
- Realiza casos clínicos con pacientes de la unidad.

2.8.6 Camilleros(as)

- Presentarse ante los pacientes y familiares con actitud cordial.
- Mantener la limpieza y el orden de las camillas y sillas de ruedas.
- Comunicar a los jefes el deterioro de las camillas o sillas de ruedas.
- Colaborar con los enfermeros en el traslado de pacientes en camillas y/o sillas de ruedas, a distintos servicios intrahospitalarios (consultorios, otros servicios de hospitalización, morgue) y extra hospitalarios (ambulancia, vehículos particulares).
- Traslado de pacientes en ambulancias. Presentarse en el área de transportes, recibir la orden del servicio, acudir con el paciente, verificar el nombre y número de cama, registrar el nombre y hora de salida,

procedencia y destino del paciente, recabar la firma de la jefa de enfermeras en su hoja de registro, realizar el traslado del paciente a la camilla, registrar en vigilancia la hora de salida y trasladar al paciente en la ambulancia.

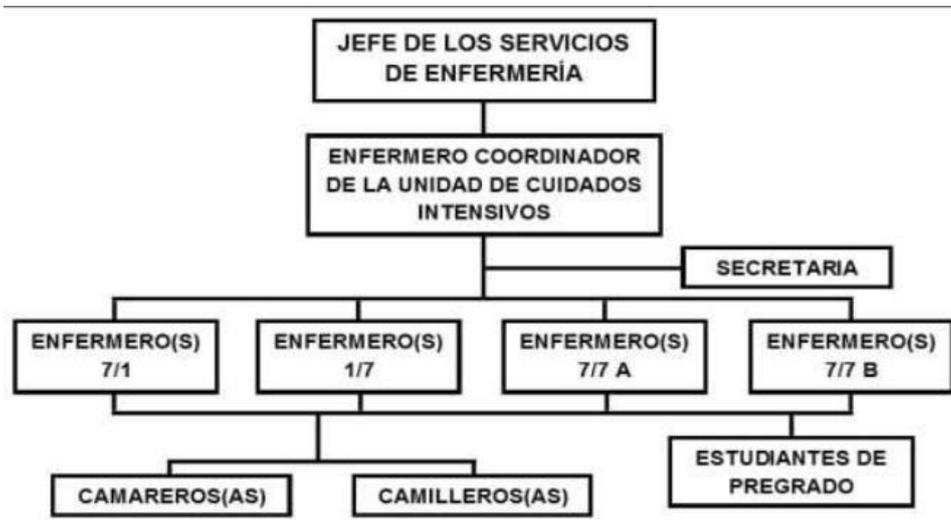
- Traslado a la morgue. Llevar el cuerpo, registrar los datos del cuerpo al ingreso en la hoja de registro y verificar que concuerden.
- Manipular en forma segura el transporte de oxígeno.
- Proveer comodidad, intimidad y seguridad al paciente.
- Saber el trayecto adecuado para el traslado.
- Traslado de equipos e insumos médicos al servicio.
- Cumplir con las normas de bioseguridad.

2.8.7 Camareros(as)

- Garantizar que todas las áreas estén limpias.
- Garantizar la desinfección de los equipos médicos, superficies, mobiliario, elementos complementarios y accesorios del área o servicio.
- Notificar a los supervisores de cualquier daño, desaparición o alteración de un producto o equipo.
- Seguir las normas establecidas para la correcta asepsia.
- Utilización de productos de limpieza y desinfección correctos.
- Ser amable y gentil con el personal, pacientes y familiares.
- Ser ágil y con capacidad organizativa.

Figura 25

Organigrama Estructural del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Dr. Luis Ortega.



Fuente: León (2024, p.63)

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO DE CASO

En este capítulo se presentan los aspectos teóricos y metodológicos de la investigación y del caso clínico, desarrollando conceptualmente el marco metodológico, marco legal, los antecedentes referenciales internacionales, nacionales y regionales, además las patologías y complicaciones que padece el sujeto estudio de caso, la descripción del y las diferentes teorías de enfermería que se tomaron como sustento para la aplicación del proceso enfermero.

3.1 Marco Metodológico de la investigación

Para autores como Franco (2011 p.118) el marco metodológico es el conjunto de acciones destinadas a describir y analizar a través de procedimientos específicos que incluye las técnicas determinando el “cómo” se realizará el estudio, haciendo operativa los conceptos y elementos de la investigación; por otro lado Azuero expresa que involucran todas las características tomadas para la resolución de los objetivos planteados, donde se involucran aspectos como el diseño de la investigación, la estrategia a utilizar, los métodos empleados para recoger los datos, las técnicas seleccionadas para el análisis de la información y los criterios para incrementar la calidad del trabajo. (2018, p.112).

En general se puede afirmar que hace referencia a la descripción de cómo se va a realizar una investigación, la determinación de estrategias y procedimientos que dan respuesta a un problema o la comprobación de una hipótesis; con el fin de maximizar la validez y confiabilidad de la información reduciendo los errores de resultados. Los datos de la investigación son confiables cuando estos pueden ser medidos en diferentes momentos, por diferentes autores o por distintos instrumentos.

Esta investigación permitió profundizar el estudio de una afección o patología tal como lo es el presente estudio de caso, el cual tiene como objetivo Aplicar Proceso Enfermero A Paciente Adulto Joven Masculino De 20 Años De Edad Con Diagnóstico Médico De Sepsis Punto De Partida Pulmonar, por lo que

la investigación y revisión metodológica permitió abordar La Unidad De Cuidados Intensivos Adultos Del Hospital Dr. Luis Ortega De Porlamar donde estuvo hospitalizado el paciente objeto de investigación a través del método científico.

3.1.1 Enfoque Cualitativo-Cuantitativo.

Los métodos de investigación son procedimientos específicos para recopilar y analizar datos, es por ellos que la Universidad de Santander (2021) define “la investigación cuantitativa se usa para comprender frecuencias, patrones, promedios y correlaciones, entender relaciones de causa y efecto, hacer generalizaciones y probar o confirmar teorías, hipótesis o suposiciones mediante un análisis estadístico” (párr. 6).

Así mismo, define que la investigación cualitativa “implica recopilar y analizar datos no numéricos para comprender conceptos, opiniones o experiencias, así como datos sobre experiencias vividas, emociones o comportamientos, con los significados que las personas les atribuyen, por esta razón, los resultados se expresan en palabras”. (párr. 10).

Es por ello que Ortiz et al, define el enfoque cuali-cuantitativo como la integración y discusión conjunta de datos para realizar una deducción o conclusión producto de toda la información obtenida y lograr un mayor entendimiento del fenómeno estudiado (2018, p. 2). Lo que indica que este enfoque se basa en la unión de los tipos de investigación descritas anteriormente.

Esta investigación hace referencia a un enfoque cuali-cuantitativo ya que engloba ambos enfoques (cualitativo y cuantitativo); esto quiere decir que gracias al método cualitativo se comprenda la vida biopsicosocial del sujeto objeto de estudio que oriente hacia una descripción completa de la patología y desde el punto de vista cuantitativo donde se incluyen datos que pueden ser medibles que respaldar y fortalezcan la comprensión del fenómeno estudiado.

3.1.2 Métodos de la Investigación: Acción Participante y Estudio de Caso.

Para Le Bofert (1981) la investigación participativa es “aquella que trata de ayudar a la población encuestada en la identificación, análisis crítico de sus problemas y necesidades y a la búsqueda de soluciones que ellos mismos quieren estudiar o resolver”(p. 102).

En otro orden de ideas para Greenwood y Levin (2013, como se citó en Zapata y Rondón, 2016) plantea que la Investigación Acción Participativa (IAP) también llamada Investigación Participativa (IP) o Investigación Acción (IA) hace referencia a un conjunto de corrientes y aproximaciones a la investigación que tienen en común tres pilares:

- **Investigación:** creencia en el valor y el poder del conocimiento y el respeto hacia sus distintas expresiones y maneras de producirlo.
- **Participación:** enfatizando los valores democráticos y el derecho a que las personas controlen sus propias situaciones y destacando la importancia de una relación horizontal entre los investigadores y los miembros de una comunidad.
- **Acción:** como búsqueda de un cambio que mejore la situación de la comunidad involucrada

Este método de investigación tiene como fin contribuir con la generación de un conocimiento del cual se apoderan todos los involucrados a través de la integración de la actividad investigativa con el trabajo educativo y la acción. por medio de un modelo que según Le Bofert se clasifica:

- Primer momento: Montaje institucional y metodológico de la investigación, consiste en la discusión del proyecto de investigación con la población y sus representantes; en la definición preliminar y provisional del proyecto: objetivos, propósitos, conceptos, hipótesis, métodos; en la delimitación del área de estudio y la organización del proceso de investigación, incluyendo la asignación de tareas, la selección y

capacitación de investigadores, la definición de los recursos necesarios y la calendarización de actividades.

- Segundo momento: Análisis situacional. Consiste en realizar un análisis preliminar del área de estudio y de la población sujeto de la investigación. Este momento tiene como propósito lograr un primer acercamiento a la población y recoger información sobre su estructura social, así como de la percepción de la población sobre su realidad y sus problemas.
- Tercer momento: Priorización. Consiste en llevar a cabo un análisis crítico de los problemas considerados prioritarios por el grupo o población que participa en la investigación, así como de las posibles causas que los generan. Deberán escogerse aquellos de mayor interés para el grupo.
- Cuarto momento: Búsqueda de alternativas de solución. Una vez que se han identificado los problemas y se ha decidido sobre cuál interesa actuar, es necesario empezar el análisis de las posibles alternativas para solucionar los problemas priorizados. Es importante que el grupo seleccione aquellas alternativas que consideran de mayor urgencia y las que tienen mayor factibilidad.
- Quinto momento: Planificación y ejecución de un plan de acción. El grupo debe elaborar y comprometerse con un plan de acción que dé respuesta a la situación encontrada en los momentos anteriores.
- Sexto momento: Evaluación, retroalimentación y toma de decisiones. Este momento debe ser permanente a lo largo de todo el proceso de investigación, sin embargo una vez ejecutado el plan es necesario medir los avances, logros, la efectividad de lo planificado. Esto servirá de base para tomar decisiones. Este es un momento importante, pues es lo que da permanencia a la investigación a través de la identificación de nuevas inquietudes y nuevos problemas.

Ahora bien, un estudio de caso está muy centrado, lo que significa que el investigador dedica un tiempo considerable a analizar y, posteriormente, presentar

el caso o los casos elegidos, y se considera que el caso aporta pruebas importantes para el argumento. (Gerring, 2017 p. 28). Por su parte Remenyi (2012) lo describe como una iniciativa de investigación que:

1. Se utiliza para responder a preguntas de investigación complejas o difíciles.
2. Un enfoque empírico para responder a la pregunta de investigación;
3. Implica muchas variables, no todas obvias.
4. Se centra claramente en una unidad de análisis. (p. 2)

Este consiste en detallar una situación real abarcando todo su contexto y analizar, el cómo se manifiesta y evoluciona todos los fenómenos por los que se está interesado. Esto toma un especial interés en el campo de la salud especialmente de enfermería, ya que uno de los elementos que integran el metaparadigma enfermero es el entorno y sus afectaciones en el proceso salud-enfermedad.

Esta investigación se fundamenta en los métodos de acción participante y estudio de caso, ya que, la fuente de investigación es decir el investigador estuvo en contacto directo con todo un equipo de salud y familiar al realizar prácticas profesionales dentro de las instalaciones del Hospital Regional Dr. Luis Ortega de Porlamar, concretamente por las áreas de emergencias tanto adulto como pediátricas; donde se seleccionó el sujeto de estudio del caso clínico donde se valoró a través de distintos enfoques que permitieron plantear un proceso enfermero de manera individualizada.

3.1.3 Tipo de Estudio: Descriptivo.

Los estudios descriptivos son aquellos que están dirigidos a determinar un “como es” o un “cómo está” la situación a estudiar en un determinado individuo o población; este modo de estudio puede ser transversales o longitudinales, así como también retrospectivos, prospectivos o ambos; dado que su propósito es

familiarizar al investigador con determinada situación en un área o problema a investigar (Galán, 1990).

Por tanto, la principal característica de investigación de los estudios descriptivos es que presenta los hechos o fenómenos pero no los explica, por qué no va enfocado a la comprobación de una hipótesis, aun cuando se basa en una general implícita sin establecer ninguna relación causal en el tiempo con ningún otro fenómeno. En la presente investigación se describe al Hospital Dr. Luis Ortega y la Unidad de Terapia Intensiva Adulto, aspectos administrativos y organizativos; de igual forma, la patología del objeto de estudio, describiendo la sintomatología y consecuencias en el desarrollo de las pasantías intrahospitalarias.

3.1.4 Diseño de Estudio: Documental y de Campo

De acuerdo con Baena (1985) la investigación documental “es una técnica que consiste en la elección y compilación de información a través de la lectura y crítica de documentos y materiales bibliográficos, bibliotecas, bibliotecas de periódicos, centros de documentación e información” (párr.2.). Según Arias (2016) “la investigación documental es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, críticas e interpretación de datos secundarios, es decir los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas”. (p. 27)

La investigación documental es aquella que se realiza a partir de la información hallada en documentos de cualquier especie, como fuentes bibliográficas, hemerográficas o de archivos con el objetivo de estudiar un fenómeno a través del análisis, la crítica y la comparación de diversas fuentes documentales

Por otro lado, según los investigadores Palella y Martins (2017) “la investigación de campo consiste en la recolección de datos directo de la realidad, sin manipular o controlar las variables. Estudia los fenómenos sociales en su ambiente natural” (parr.4.). Esta no es más que la recopilación de datos a través de diferentes fuentes para un propósito específico, encaminado a comprender,

observar e interactuar con las personas en su entorno natural; es decir, estar en el lugar de los hechos y participar en la vida cotidiana de las personas que se estudia.

En el presente trabajo para obtener los datos de la estructura organizativa del Hospital Dr. Luis Ortega y de la Unidad de Terapia Intensiva Adultos, se utilizó la investigación documental; para recopilar datos bibliográficos de fuentes confiables y verídicas para el desarrollo del caso clínico, se identificaron los fenómenos relacionados con la patología que permitieron ahondar en datos objetivos y subjetivos para aplicar el proceso enfermero según las teorizantes de enfermería. Además, se utilizó el estudio de campo para recolectar datos con los familiares, enfermeros y médicos tratantes dentro y fuera de la unidad.

3.1.5 Técnicas e Instrumentos de la Investigación

La Universidad de la Concordia (2020) define que las técnicas de investigación son “un conjunto de procedimientos metodológicos y sistemáticos cuyo objetivo es garantizar la operatividad del proceso investigativo. Es decir, obtener mucha información y conocimiento para resolver nuestras preguntas” (p.p.2). De acuerdo a esta información, son todos aquellos formatos diseñados con el propósito de registrar datos relevantes que son analizados racionalmente para extraer conclusiones válidas sobre la temática tratada.

La observación participante es asumida por Ramos (2018) como “una investigación basada en la interacción social entre investigador e investigado. Esto permite la recolección de información desde los sentidos, la orientación y las dinámicas del ambiente” (p.6). En correlación con el anterior autor Núñez (2019) expresa que implica la obtención progresiva de datos que facilitan la comprensión de los fenómenos por medio de la observación mediante la participación del investigador en la vida cotidiana de los sujetos por medio de una relación directa y cercana. (p. 16)

Por ende, la observación participante guarda relación estrecha con el proceso dedicado a intervenir directamente dentro de un entorno específico, interactuando con los involucrados y al mismo tiempo percibiendo la realidad; el

investigador se sumerge en el entorno que está estudiando, participando activamente en las actividades del grupo o comunidad. A través de esta inmersión, el investigador busca obtener una comprensión profunda y desde dentro de las perspectivas, comportamientos y dinámicas del grupo.

Otra técnica utilizada es la entrevista, que según Sánchez (2019) una entrevista es una conversación entre dos o más personas, donde una de ellas se encarga de formular preguntas, mientras que otro las responde. Esta es una técnica utilizada con diversos fines investigativos; no es más que la comunicación interpersonal establecida entre un investigador y el sujeto de estudio o entorno, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto.

Seguidamente Alejo (2016) define a los informantes claves como “el centro de toda investigación porque por sus vivencias pueden ayudar al investigador en varias tareas como el abrir el acceso a otras personas y/o a nuevos escenarios” (p.p.1). Por lo tanto, el informante clave se encuentra representado por personas cuya información permite avanzar significativamente hasta alcanzar los objetivos trazados, ayudando a esclarecer diversas situaciones.

Por último Ortega (2024) expresa que “un grupo de discusión es una metodología de investigación que se utiliza para recoger datos a través de la interacción del grupo (...) que discuten un tema determinado”. (párr. 2). Esta representa una técnica de investigación en la que se reúne a un grupo limitado de personas con el propósito de discutir un tema específico a fin de generar datos cualitativos a través de la interacción grupal, explorando las percepciones, opiniones, creencias y actitudes de los participantes sobre el tema en cuestión.

Todas estas técnicas de investigación fueron utilizadas para la realización del presente trabajo, ya que se estuvo directamente dentro de las instalaciones del Hospital Regional Dr. Luis Ortega y dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos donde se realizaron las prácticas de internado, bajo la tutela de facilitadores académicos y asistenciales; además de la participación recíproca y constante con

el sujeto de estudio y acompañantes donde se permitió una constante toma de datos factibles para el desarrollo de la investigación tanto humana y administrativa.

3.2. Marco Legal

Para el portal web Sector Publico (2023) el marco legal es el conjunto de principios, reglas y normas que rigen la conducta humana en una sociedad. Es el marco que establece lo que se considera correcto o incorrecto, y lo que es legal o ilegal; garantizando así la equidad de derechos y responsabilidades para todos los ciudadanos.

Esta investigación se fundamenta en las bases legales de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999), Ley Orgánica de la Salud (LOS, 1998), La Ley Orgánica para la Inclusión, Igualdad y Desarrollo Integral de las Personas con Discapacidad (2024), Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (LEPE, 2005) y El Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (CDPERBV, 2008). A continuación, se presentan los artículos de las leyes que sustentan el desarrollo del estudio de caso clínico, las cuales están establecidas en el basamento jurídico del país.

3.2.1 Constitución de la Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999)

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter

intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Artículo 86. Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial.

Como está establecido, el estado es el principal precursor, promotor y proveedor de todas aquellas políticas necesarias para garantizar y otorgar salud de la población a nivel nacional, donde se incluyen aspectos tales como la seguridad

social, los niveles de atención y por tanto asegurando el derecho a la vida. El estado está en la obligación de atender las necesidades en salud a través de un sistema nacional gratuito de atención, tal es el caso de la investigación clínica, el cual fue atendido en una institución pública durante todo su diagnóstico.

3.2.2 Ley Orgánica de la Salud (LOS, 1998)

Artículo 1. Esta Ley regirá todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República. Establecerá las directrices y bases de salud como proceso integral, determinará la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los principios de adaptación científico-tecnológica, de conformidad y de gratuidad, este último en los términos establecidos en la Constitución de la República. Regulará igualmente los deberes y derechos de los beneficiarios, el régimen cautelar sobre las garantías en la prestación de dichos servicios, las actividades de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud, y la relación entre los establecimientos de atención médica de carácter privado y los servicios públicos de salud contemplados en esta Ley.

Artículo 3. Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios:

- Principio de Universalidad: Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.
- Principio de Participación: Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.
- Principio de Complementariedad: Los organismos públicos territoriales nacionales, estatales y municipales, así como los distintos niveles de atención se complementarán entre sí, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa de los mismos.

- Principio de Coordinación: Las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos.
- Principio de Calidad: En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales.

Artículo 69. Los pacientes tendrán los siguientes derechos:

- El respeto a su dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo geográfico, racial, social, sexual, económico, ideológico, político o religioso.
- Aceptar o rehusar su participación, previa información, en proyectos de investigación experimental en seres humanos.
- Recibir explicación en términos comprensibles en lo que concierne a salud y al tratamiento de su enfermedad, a fin de que pueda dar su consentimiento informado ante las opciones diagnósticas y terapéuticas, a menos que se trate de intervención que suponga riesgo epidémico, de contagio de enfermedad severa, y en caso de extrema urgencia.
- Negarse a medidas extraordinarias de prolongación de su vida, cuando se encuentre en condiciones vitales irrecuperables debidamente constatadas a la luz de los consentimientos de la ciencia médica del momento.
- Recibir el representante del paciente, su cónyuge, hijos mayores de edad u otro familiar, explicaciones sobre las opciones diagnósticas del paciente cuando éste se encuentre en estado de alteración mental que le impida entender y decidir.

- Una historia médica donde conste por escrito, y certificados por el médico tratante o quien haga sus veces, todos los datos pertinentes a su enfermedad, motivo de consulta, antecedentes, historia de la enfermedad actual, diagnóstico principal y diagnósticos secundarios, terapéuticas y la evolución clínica. Igualmente, se harán constar las condiciones de salud del paciente al egreso, la terapéutica a seguir y las consultas sucesivas a cumplir. Cuando el paciente deba continuar su tratamiento en otro establecimiento de atención médica o cuando el paciente lo exija se le entregará un resumen escrito y certificado de su historia médica.
- Un trato confidencial en relación con la información médica sobre su persona.
- Ser asistido en establecimientos de atención médica donde exista la dotación adecuada de recursos humanos y equipos a sus necesidades de salud, aun en situación de conflictos laborales.
- Exigir ante la administración del establecimiento público o privado de atención médica, los soportes de los costos institucionales, servicios y honorarios a pagar, si este fuera el caso.

Dentro de las instalaciones del Hospital Regional Dr. Luis Ortega se garantiza la protección de salud a todos los usuarios que a él acudan, bajo los principios de universalidad, participación, complementariedad, coordinación y calidad; lo que permite que se garanticen en su mayoría los derechos de los pacientes sobre la dignidad humana, sin juicios morales discriminatorios, respetando la información médica para otorgar la asistencia dados los recursos humanos, equipos e instrumentos que resuelvan las necesidades de salud.

3.2.3 La Ley Orgánica para la Inclusión, Igualdad y Desarrollo Integral de las Personas con Discapacidad (2024)

Artículo 12. El Estado con la participación solidaria de la sociedad desarrollará políticas, programas, medidas y acciones encaminadas a reducir la

probabilidad y el riesgo a una situación de discapacidad, garantizando la detección temprana de discapacidades, fortaleciendo estilos de vida saludable, reduciendo las situaciones de riesgo y promoviendo la protección de los derechos humanos.

Artículo 26. Todas las personas con discapacidad tienen derecho a la salud sin ningún tipo de discriminación, incluyendo la prevención y reducción de nuevas discapacidades, así como la atención integral, habilitación y rehabilitación.

Estado tiene la obligación de:

- Garantizar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud integrales y gratuitos que incluyan: atención médica universal que abarque el ámbito de la salud sexual y reproductiva, atención médica especializada según su tipo de discapacidad, atención psicológica, servicios de habilitación y rehabilitación, todo esto lo más cercano posible a su lugar de residencia, con un enfoque diferenciado y de derechos humanos.
- Proporcionar a las personas con discapacidad y a la población en general programas de prevención y reducción de nuevas discapacidades, mediante la previsión de accidentes y enfermedades incapacitantes, incluyendo la detección e intervención precoz de las discapacidades, con especial énfasis en niñas, niños y adolescentes, así como, en adultas y adultos mayores.
- Prohibir cualquier tipo de trato discriminatorio que obstaculice el acceso a la salud de las personas con discapacidad, tanto en el sistema público de salud como en el privado, velando por su justa y razonable incorporación en la prestación de seguros de salud y de vida.
- Propiciar que los profesionales de la salud que presten atención a las personas con discapacidad lo hagan con la misma calidad que a las demás personas, sobre la base de un consentimiento libre e informado, mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad, a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado.

Artículo 27. Las personas con discapacidad tendrán los siguientes derechos en los servicios de la salud:

1. Recibir información en términos comprensibles referidos a su estado de salud, al tratamiento de su condición de salud y enfermedad, a fin de dar su consentimiento libre e informado ante las opciones diagnósticas y terapéuticas, a menos que se trate de una intervención que suponga un caso de extrema urgencia.
2. Que la persona que apoye a la persona con discapacidad reciba las debidas explicaciones y orientaciones sobre las opciones diagnósticas de la persona con discapacidad
3. Garantizar la confidencialidad sobre la información de su salud, así como, sus decisiones, respetando sus derechos a la privacidad, honor y reputación.
4. Disfrutar de políticas, planes y programas sobre estilos de vida saludable y atención adecuada y específica según su tipo de discapacidad.
5. Recibir apoyo por parte del Estado para el cumplimiento de tratamientos médicos especiales referidos a su discapacidad.

La inclusión del derecho a la salud dentro de esta Ley es esencial para garantizar la igualdad, la inclusión social y el bienestar de las personas con discapacidad, reconociendo sus necesidades específicas y promoviendo una atención integral que mejore su calidad de vida; previniendo e involucrando los requerimientos que trae consigo las diferentes patologías que involucran un compromiso a nivel de salud bien sean inherentes de la condición o bien sea para la prevención o el avance de complicaciones que perjudiquen su patología de base.

3.2.4 Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (LEE, 2005)

Artículo 2. A los efectos de esta Ley, se entiende por ejercicio de la enfermería, cualquier actividad que propenda a:

1. El cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, tomando en cuenta la promoción de la salud y calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, debiendo mantener al máximo, el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano.
2. La práctica de sus funciones en el cuidado del individuo, donde ésta se sustenta en una relación de interacción humana y social entre el o la profesional de la enfermería y el o la paciente, la familia y la comunidad. La esencia del cuidado de enfermería está en cuidar, rehabilitar, promover la salud, prevenir y contribuir a una vida digna de la persona.
3. Ejercer sus funciones en los ámbitos de planificación y ejecución de los cuidados directos de enfermería que se ofrecen a las familias y a las comunidades.
4. Ejercer las prácticas dentro de la dinámica de la docencia e investigación, basándose en los principios científicos, conocimientos y habilidades adquiridas de su formación profesional, actualizándose mediante la experiencia y educación continua.

Las funciones que determinan las competencias de los o las profesionales de la enfermería serán las establecidas en el manual descriptivo de cargos, aprobado por el Ministerio con competencia en materia de salud, así como en el Reglamento de la presente Ley.

Artículo 3. El enfermero o enfermera es un profesional egresado de una universidad, instituto o colegio universitario venezolano, de acuerdo con las leyes especiales sobre la materia, con conocimientos, habilidades y destrezas que se ocupan del cuidado de las personas, familias y comunidades durante todas las fases del proceso de crecimiento y desarrollo, en la salud y en la enfermedad,

durante la discapacidad, la rehabilitación y, hasta en la muerte, así como la gestión del cuidado y servicio.

Artículo 13. Sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones legales vigentes, los o las profesionales de la enfermería están obligados a:

-Respetar en toda circunstancia la vida y a la persona humana, como el deber principal del enfermero o enfermera.

-Asistir a los usuarios y usuarias, atendiendo sólo a las exigencias de su salud, sin discriminación en la raza, el sexo, el credo, la condición social o política.

-Actuar en forma acorde con las circunstancias y los conocimientos científicos que posean los enfermos o las enfermas en estados de inconsciencia y de urgencia de la salud que pueden constituir evidente peligro para la vida de éstos.

-Prestar su colaboración a las autoridades en caso de epidemias, desastres.
-Proteger al o la paciente, mientras esté a su cuidado, de tratos humillantes o cualquier otro tipo de ofensas a su dignidad como ser humano.

-Ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia cualquiera que sea su ámbito de acción.

-Mantenerse actualizado con relación a los avances científicos, vinculados con el ejercicio profesional de la enfermería.

Artículo 14. Son derechos de los o las profesionales de la enfermería:

-Realizar todos los cursos que consideren necesarios para mayor capacitación y actualización profesional. Los organismos empleadores darán las facilidades para hacerlo, siempre y cuando no se ponga en peligro.

-Concurrir para optar a cargos y ascensos según las normas establecidas.

-Asistir a eventos científicos, tales como, convenciones, congresos y otros, siempre y cuando, su ausencia al centro de trabajo no ponga en peligro.

-Organizarse en redes intersectoriales para ejercer el derecho a la participación y control social, sin ninguna restricción ni discriminación, a nivel nacional, estatal, municipal y local, en la formulación de la gestión, políticas, planes y programas, así como, en el seguimiento, evaluación y control de sus beneficios.

Cada uno de los profesionales que ejercen la enfermería están regulados por esta ley, que permite mantener el compromiso que se forja desde la formación universitaria; esto resulta indispensable para que se entreguen más conocimientos y destrezas en la práctica. de allí radica el compromiso de formar e inculcar profesionales capaces de dar y gestionar el cuidado de enfermería con los principios de autonomía, liderazgo, éticolegales, atención social, calidad científica, humana, investigativa, disciplinaria y docente; donde se garantice a los mismos derechos laborales fundamentales para su práctica laboral.

3.2.5 Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (CDPERBV, 2008)

Artículo 2. El profesional de la enfermería estará regido por criterios éticos genéricos, en el desempeño de todas las intervenciones de Enfermería encomendadas a prestar cuidados humanos fundamentados en los principios de la ética profesional, competencia profesional, sentido de la responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros e integrantes del equipo de salud, sujeto, familia y comunidad.

Artículo 3. El profesional de la enfermería tendrá por norte de sus actuaciones los principios de: el valor fundamental de la vida humana, beneficencia y no Maleficencia, Terapéutico de totalidad, doble efecto, Justicia, Autonomía, Confiabilidad, Solidaridad, Tolerancia, Privacidad, Veracidad y Fidelidad.

Artículo 5. El máximo ideal de los (as) profesionales de la enfermería es el bienestar social, implícito en el fomento y preservación de la salud, respeto a la vida y a la integridad física, social y mental del ser humano.

Artículo 7. Los servicios de enfermería son universales. Al ejercer su función el profesional de la enfermería no hará distinción o discriminación alguna en cuanto a: edad, raza, sexo, nacionalidad, credo, opinión política o posición socio-económica.

Artículo 13. La relación enfermera(o) paciente, se fundamenta en el respeto a la dignidad humana basados en la responsabilidad y el secreto profesional en total acatamiento a los principios éticos y normas morales que forman parte esencial de la actividad realizada por las (los) profesionales de la enfermería.

El Código Deontológico de Enfermería abarca un conjunto de normas éticas y morales que guían la práctica profesional para utilizarse en combinación con las leyes, reglamentos y estándares profesionales de allí su importancia, ya que establece los principios, valores, obligaciones, responsabilidades y lineamientos éticos que deben regir la conducta para promover la calidad de la atención y los derechos de los pacientes; que permitan ejercer una actuación individualizada y planificada para cada necesidad de quienes están bajo su atención.

3.3 Marco Referencial de la Investigación y Estudio de caso

Según Méndez (2001) "El marco de referencia, también denominado marco teórico, es la presentación de las diferentes teorías y conceptos que se utilizarán para explicar el problema que se investiga" (p. 76), permite situar el problema de investigación dentro de un contexto teórico más amplio, facilitando la comprensión y el análisis; enfatizando la importancia de la revisión bibliográfica exhaustiva y el análisis crítico de las fuentes para construir un marco teórico sólido.

3.3.1 Antecedentes Internacionales

Castel, et al (2023) plantearon un Caso Clínico publicado en la Revista Sanitaria de Investigación, la cual lleva por nombre "*Plan de cuidados en*

pacientes con sepsis de origen pulmonar”. Este estudio tiene como objetivo ayudar al paciente a alcanzar ciertos objetivos mediante diversas intervenciones basadas en diagnósticos comunes según la taxonomía de la NANDA. El estudio realizado fue de tipo básico, con un nivel descriptivo correlacional; al tratarse de un caso clínico la muestra está basada en un (1) paciente, al cual se le aplicó una valoración de necesidades según la teorizante Virginia Henderson, además de un plan de cuidados según la taxonomía NANDA; arrojando como resultado que la sepsis tiene un pronóstico desfavorable. Aproximadamente, el 25% de los pacientes con sepsis grave y el 50% de los que experimentan shock séptico mueren dentro de los primeros 30 días, incluso si reciben un tratamiento adecuado.

El plan de cuidados desarrollado anteriormente guarda relación con la investigación debido a que el plan de cuidados según la taxonomía NANDA es tomada en cuenta para la realización de dicha investigación; además, el estudio estuvo basado en la aplicación del proceso enfermero a pacientes con diagnósticos de sepsis de origen pulmonar como es el caso del paciente objeto de esta investigación, aportando datos de carácter referencial de la presente trabajo investigativo.

Seguidamente, Ávila (2021) , en su trabajo académico presentado para optar el Título de segunda especialidad de Enfermería: emergencias y desastres, el cual lleva por nombre *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con sepsis respiratoria y neumonía del Servicio de Emergencia de un hospital de Lima”*; tuvo como objetivo principal aplicar el proceso enfermero a través de la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon (...) el cual obtuvo como resultado desarrollar de las cinco (5) etapas del proceso de atención de enfermería lo que permitió brindar un cuidado de calidad al paciente.

En consideración al trabajo seleccionado, se relaciona con el actual estudio de caso al contribuir con información referencial con respecto a la aplicación de la valoración del paciente por patrones funcionales según Marjory Gordon, al tomar esto en cuenta se tendrá un mayor enfoque para la aplicación de la valoración y el

proceso enfermero al paciente sujeto estudio de la investigación en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Dr. Luis Ortega.

Noriega (2021), en su publicación en la revista digital Npunto con respecto a los *“Conocimientos de los profesionales de Enfermería sobre el cuidado al paciente con disfunción multiorgánica por sepsis”*, tiene como objetivo primordial la valoración del nivel de conocimientos de enfermería sobre los cuidados de pacientes con disfunción multiorgánica por sepsis en la Unidad de Cuidados Intensivos. En el cual se realizó un estudio descriptivo, transversal, donde se implementó un cuestionario de conocimiento con una escala de 0-30 puntos (no conocimiento), 31-60 puntos (poco conocimiento), 61-90 puntos (adecuado conocimiento) y de 91-100 (excelente conocimiento).

Posterior a la aplicación se calculó las frecuencias absolutas, porcentajes, prueba “t” para la muestra. El 66, 70% domina el concepto de sepsis. Un 58, 30% reconoce la función pulmonar y la estabilidad hemodinámica como únicos criterios de destete de la ventilación mecánica. El 16, 70% no conoce las ventajas de la nutrición enteral. Solo el 8, 30% mostró dominio en el uso del Prismaflex y el 16, 60% en el PICCO2. Los profesionales de Enfermería mostraron un adecuado conocimiento, destacando el dominio del concepto de sepsis, más de la mitad de las enfermeras consideraron solo la función pulmonar y la estabilidad hemodinámica como criterios de destete, la mayor debilidad está en el manejo de las tecnologías.

La investigación anteriormente citada, guarda relación con la investigación debido a la descripción de la importancia de que el personal de enfermería tenga conocimiento respectivo sobre la sepsis y sus complicaciones hasta volverse multiorgánica, además resalta la relevancia del conocimiento de la fisiología y fisiopatología del sistema pulmonar, y como debe ser el procedimiento del destete posterior a la ventilación mecánica, aspectos que están sumamente relacionados con la intervención profesional al sujeto de la investigación.

3.3.2 Antecedentes Nacionales

Ahora bien, a nivel nacional en la República Bolivariana de Venezuela también se han desarrollado investigaciones con respecto a la investigación o el estudio de caso; por ejemplo Zanotti, et al (2014) en la publicación de la revista electrónica de PortalesMedicos presentan los “*Cuidados de Enfermería al Paciente con Sepsis de Punto de Partida Respiratorio. Un Enfoque desde el modelo de Virginia Henderson*” el cual tiene como objetivo implementar el proceso de Enfermería basado en la teoría de Virginia Henderson; esta investigación se define como un estudio de caso, la información se recopiló a través de datos objetivos y subjetivos, los cuales fueron proporcionados por el paciente y sus familiares, el seguimiento durante su estadía en la UCI y los paraclínicos.

Como resultado se pudo evidenciar que al tomar en cuenta las necesidades individuales y el entorno, se pueden mantener y mejorar el estado de salud y ánimo del paciente, al tomar como un ser integral buscamos mejorar cada aspecto que pueda ser desencadenante de beneficios para su salud. Demostrando que el proceso de Enfermería es una herramienta que permite sistematizar la información, establecer criterios de prioridad y poder realizar diagnósticos, planificar acciones con el fin de proporcionar bienestar, realizando cuidados de manera independiente y juntamente con el equipo de salud.

Este artículo guarda relación con la investigación en curso por que respalda la teorización de Virginia Henderson para la aplicación del proceso Enfermero con el fin de buscar la disminución de riesgos y posterior restablecimiento de la salud, además el caso clínico detallado anteriormente también resalta importancia del seguimiento del caso a través de la exploración física, antecedentes personales, clínica del paciente, su entorno y el apoyo familiar como pilares fundamentales para la recuperación del paciente, como se espera en este caso.

Buznego (2022) en el boletín médico de Postgrado publicó un trabajo titulado “*Caracterización Clínica y Epidemiológica de la Sepsis adquirida en la*

comunidad Hospital central universitario Dr. Antonio Maria Pineda“ con el objetivo de describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de sepsis adquirida en la comunidad durante el período enero-julio del 2019. Para ello se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra total de 42 historias clínicas con grupos etarios comprendidos entre los 46 a 75 años de edad.

Entre los resultados se obtuvo que el 52% de la muestra, eran del sexo masculino y 35% presentaban varias comorbilidades. La infección urinaria fue la principal causa de sepsis (31%), seguida de etiología mixta en 28,6% de los pacientes. Entre las variables paraclínicas evaluadas, el 76,2% de los pacientes presentaron anemia y leucocitosis, 61,9% trombocitopenia y 85,7% hiperazoemia. En relación a las variables hemodinámicas, el 66,7% presentaron taquicardia, 76,2% taquipnea e hipotensión arterial, 66,7% desaturación de oxígeno, 88% oliguria y 71,4 % alteración del estado de consciencia. La disfunción orgánica mixta se presentó en el 83,3% de los casos. El 76,2% de los pacientes fallecieron a causa de sepsis. Arrojando que el estudio de las variables clínicas y epidemiológicas de la sepsis adquirida en la comunidad evalúan el comportamiento para realizar diagnóstico y terapéutica adecuada y disminuir la morbimortalidad.

Esta caracterización sirve de referencia para la comprensión de la clínica presentada por el sujeto de la investigación al presentar cuadros de anemia, leucocitosis, hiperazoemia, hipocalcemia, hipoalbuminemia y variables hemodinámicas presentando desaturación de oxígeno, alteración del estado de consciencia y taquipnea; signos referenciales relacionados directamente con la patología en curso.

Rosales et al (2024) en la publicación de su artículo “*Mielomeningocele lumbar y neuroinfección en recién nacidos. Aspectos epidemiológicos*” se plantearon como objetivo determinar los aspectos epidemiológicos y la presencia de neuroinfección en recién nacidos con mielomeningocele (MMC) lumbar durante el período enero 2018-2021; se realizó un estudio cuantitativo,

descriptivo, observacional y de corte transversal, donde se evaluaron aspectos epidemiológicos de la madre y el recién nacido. La incidencia de MMC fue de 1,8 por cada 1.000 nacidos vivos por año. En los neonatos estudiados, predominó el sexo masculino 62,5%; a su vez, las madres estuvieron expuestas durante el embarazo a productos químicos en 62,5% de los casos y además presentaron principalmente infecciones del tracto urinario en 31,25%.

Esta publicación sirve de referencia ya que describe detalles adecuados sobre los pacientes con diagnóstico médico de MMC y lo poco común de esta patología, ya que no se conocen a ciencia cierta la calidad y tipo de cuidado que se les debe brindar a estos pacientes; además se relaciona con el sujeto objeto de investigación al ser un masculino (predominantes), el cual no tiene capacidad motora de los miembros inferiores como es descrito en el artículo y la importancia de la actuación quirúrgica a tiempo.

3.3.3 Antecedentes Regionales

Figueroa (2020) en la presentación de su investigación titulada “ *Proceso Enfermero a Paciente Escolar Masculino con Diagnóstico Médico Síndrome Post Paro Cardíaco, Internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica del HLO*” tuvo como objetivo el proceso enfermero a través de el modelo de Virginia Henderson para la recuperación de la independencia y satisfacciones de las necesidades humanas; para ello se recolectó datos subjetivos (entrevistas) y datos objetivos (observación, exámen físico, anamnesis), seguido de un análisis para ubicar diagnósticos enfermeros, sustentados por la NANDA. El mismo tuvo como resultado una mejoría en las necesidades insatisfechas del paciente, manteniendo el estado de salud.

La investigación toma relevancia con el trabajo de investigación en curso, ya que el paciente sujeto de la investigación dentro de su estancia hospitalaria presenta un paro cardiopulmonar, motivo por el cual se decide su intubación y posterior conexión a ventilación mecánica, por lo que sirve como referencia teórica con respecto a la condición fisiopatología presentada por el paciente.

Ahora bien, Martínez (2020) en su trabajo para optar a la licenciatura de Enfermería titulado *“Proceso Enfermero a Paciente Lactante Mayor Masculino con Diagnóstico Médico de Sepsis con Punto de Partida Enteral Hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del HLO”* se planteó como objetivo valerse de la aplicación del modelo conceptual de Dorothea Orem; a través de la revisión bibliográfica-documental, investigación de campo y entrevistas. El cual demostró que la aplicación de la teoría permite abordar de manera adecuada la condición, logrando mejorar a nivel físico y emocional.

Seguidamente, Lopez (2024), en su trabajo de investigación titulado *“Proceso enfermero a paciente neonato femenino con diagnóstico médico de malformación del sistema nervioso: Mielomeningocele + Arnold Chiari tipo 2 ubicado en la unidad de terapia intensiva neonatal del hospital Dr. Luis Ortega.”* cuyo objetivo principal fue aplicar el proceso enfermero a paciente neonato de sexo femenino con diagnóstico médico de Mielomeningocele + Arnold Chiari tipo II, mediante un enfoque cuali-cuantitativo donde se utilizaron los métodos de estudio de caso e investigación acción participante y técnicas como la entrevista, encuesta y observación acción participante, desde el punto de vista teórico y metodológico sustentado en las teorizantes Ramona Mercer, Kathryn Barnard y Merle Mishel, para la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación del Binomio madre hijo a través de la taxonomía NANDA (2021-2023) NOC (2018) y NIC (2018); como resultado se obtuvo una ejecución satisfactoria de los objetivos planteados para guiar, modificar y planificar los cuidados para el neonato durante su estancia en el Hospital hasta su posterior traslado.

Estas dos últimas publicaciones guardan relevancia dentro de la investigación ya que aportan información con respecto a las diferentes patologías como la sepsis y el mielomeningocele y su procesos fisiopatológicos, además de la importancia de las aplicaciones de teorizantes de enfermería como Merle Mishel para el afrontamiento de problemas de salud, describiendo las diferentes necesidades que poseen los individuos de manera personal, familiar o

comunitaria; igualmente la planificación y ejecución de los planes bajos las taxonomías NANDA, NIC y NOC como fueron implementadas en el caso objeto de estudio.

3.4 Marco Teórico de la Patología

La Organización Mundial de la Salud (2018) define al embarazo, o gestación, como los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer.(p. 14-5). Ahora bien dentro de este proceso de gestación se dan una serie de cambios físicos, morfológicos, genéticos, etc, que involucran no solo a la gestante sino también, al embrión y posterior feto; estos cambios pueden poner en riesgo el desarrollo y continuidad del embarazo.

A partir de la quinta (5) semana de gestación empieza la formación de los grandes sistemas y aparatos principales como lo son el corazón, el cerebro, la médula espinal y el tracto gastrointestinal; también es relevante en esta semana el desarrollo de todas las células sanguíneas, las nefronas y las neuronas. Es durante este tiempo en el primer trimestre que se tiene mayor riesgo de daños a raíz de factores que pueden causar anomalías congénitas (Medlineplus, 2023, párr 6).

Una de estas anomalías es el mielomeningocele (MMC) definida según Bergamo (1970) como “una malformación displásica en el sentido del trastorno del desarrollo” (p. 268), un defecto del tubo neural en las que se involucra al sistema nervioso central (SNC) y todos sus anexos, esta representa la segunda anomalía congénita más frecuente, el tratamiento quirúrgico de corrección del MMC de manera precoz permite disminuir los riesgos de infección, es por ello que se administran antibióticos en combinación con la cirugía postnatal la cual usualmente se lleva a cabo dentro de las primeras 24 a 48 horas de vida; resaltante que los pacientes con esta patología sin un tratamiento oportuno fallecen en los primeros dos (2) años de vida, en las cuales dentro de sus causas se encuentra la infección intracraneal y la hidrocefalia.

Siendo esta última una afección asociada al MMC, la hidrocefalia representa la acumulación progresiva y anormal del líquido cefalorraquídeo

(LCR), dentro de los ventrículos del cerebro. Cabe destacar que aún no se ha desarrollado una teoría que de explicación al porqué de esta derivación de una patología a otra, pero la más aceptada es la propuesta de Mcleno y Knepper (1989) los cuales propusieron que es debido a la pérdida constante del LCR a través de la apertura espinal en el desarrollo de la gestación, por lo que existe un deterioro en la formación del cerebro y el flujo fisiológico del LCR, por la disminución del caudal de transporte y posterior desarrollo de la hidrocefalia. Para efectos de la corrección de la hidrocefalia esta fue tratada con la inserción de una derivación ventrículo-peritoneal (VP) la cual consiste en guiar un catéter delgado desde los ventrículos cerebrales, cavidades del cráneo hasta el abdomen con el fin de drenar el exceso de LCR.

Una manifestación ortopédica frecuente en pacientes con mielomeningocele es la escoliosis, con una incidencia global del 50% al 80%; caracterizada por un inicio temprano y una progresión rápida. Es por ello que, la Scoliosis Research Society (SRS) define como escoliosis neuropática (EN) a toda deformidad espinal originada por lesión de la motoneurona superior o inferior, siendo el mielomeningocele (MMC) la patología más frecuente de lesión de la motoneurona inferior. Una de las complicaciones esqueléticas más frecuente y grave observada en estos pacientes es la escoliosis, la cual puede provocar compromiso respiratorio, disminución de la movilidad, úlceras por decúbito, problemas para la sedestación y deambulación (Bosio et al, 2022). La incidencia de escoliosis en pacientes con MMC varía ampliamente, ésta puede ser entre 25 y 85%, dependiendo del nivel de disrafismo vertebral y del nivel de la lesión medular.

La causa de escoliosis en estos pacientes suele ser multifactorial, siendo la debilidad de los músculos paraespinales y de los miembros inferiores, las malformaciones vertebrales (hemivértebras, vértebras en cuña, etcétera), la espasticidad muscular, la oblicuidad pélvica y la luxación de cadera, hidrocefalia y mal funcionamiento de la derivación, malformación de Chiari, los factores más importantes que contribuyen al desarrollo de la escoliosis. El nivel del último arco

laminar intacto/disrafismo espinal así como el nivel clínico de parálisis están altamente correlacionados con la aparición de escoliosis con casi todos los pacientes con lesiones a nivel torácico (87% a 100%) que tienen escoliosis.

La mayor parte de los casos de escoliosis son leves, pero algunas desviaciones empeoran a medida que los niños crecen. La escoliosis grave puede ser incapacitante, por lo que el tratamiento ortésico es de resultado impredecible, está indicado con el objetivo de retrasar la fusión definitiva en pacientes esqueléticamente inmaduros. La cirugía es el tratamiento de elección en pacientes con deformidades espinales severas, los objetivos principales de ésta son lograr una adecuada corrección, estabilización y una artrodesis sólida de la deformidad para conseguir un correcto balance del tronco y de la pelvis, evitar la progresión de la escoliosis, mejorar la sedestación y evitar las complicaciones inherentes a la misma como lesiones que afectan los tejidos dentro de la cavidad torácica que puedan complicarse y producir una sepsis.

3.4.1 Sepsis

3.4.1.1 Definición. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2024) “la sepsis es una complicación que tiene lugar cuando el organismo produce una respuesta inmunitaria desbalanceada, anómala, frente a una infección”. Este suele ser un síndrome de carácter inflamatorio, ya que el sistema inmunitario responde de manera excesiva a una infección, ocasionando que se lesionen sus propios tejidos, órganos y sistemas el cual se vuelve difícil de definir, diagnosticar y tratar.

La sepsis es una emergencia médica que, puede provocar daños en los tejidos, falla orgánica e incluso la muerte (MedlinePlus, 2023, parr 1); se caracteriza por que cualquier persona es propensa a sufrirla, aunque se aumenta el riesgo en personas con antecedentes patológicos, las personas ancianas, los recién nacidos, niños y/o las embarazadas, personas con menor respuesta inmunitaria, permanencia en las UCI u hospitalizaciones prolongadas y afecciones producidas por la administración de corticoides los cuales disminuyen la respuesta inmunitaria.

En el caso del sujeto estudio de investigación el proceso inflamatorio autoinmunitario se encontraba localizada en la cavidad torácica, más específicamente a nivel de la pleura (pulmones); ocasionando un nivel de afección que pone en riesgo la vida del mismo, ya que afecta su capacidad fisiológica de respiración e intercambio gaseoso.

3.4.1.2 Etiología. MayoClinic (2023) define que “todo tipo de infección puede derivar en septicemia. Esto incluye infecciones bacterianas, virales o micóticas” siendo los órganos que pueden ser afectados son:

- Pulmones, como la neumonía.
- Riñón, vejiga y otras partes del sistema urinario.
- Aparato digestivo.
- Torrente sanguíneo.
- Lugares de colocación de catéter.
- Heridas o quemaduras.

Por otra parte, el consultor clínico de medicina interna Ferri (2021) detalla que la etiología de la sepsis corresponde a:

- Infección diseminada con gran variedad de bacterias:
 1. Bacterias gramnegativas y grampositivas.
 2. E. coli.
 3. Klebsiella spp.
 4. Pseudomonas aeruginosa.
 5. Proteus spp.
 6. Staphylococcus aureus.
 7. Streptococcus spp.

8. Neisseria meningitidis.

- Infecciones menos comunes:

1. Micóticas.

2. Víricas.

3. Rickettsiosis.

4. Parasitarias.

- Activación de cascadas de la coagulación, complemento y cinina con

liberación de varios mediadores endógenos vasoactivos.

- Factores predisponentes del huésped:

1. Estado médico general.

2. Edad.

3. Tratamiento inmunosupresor.

4. Cirugía reciente.

5. Granulocitopenia.

6. Hipoesplenismo.

7. Diabetes.

8. Instrumentación. (p 717)

De acuerdo a lo anterior, la sepsis puede estar producida por cualquier tipo de microorganismo patógeno, además de que permite las infecciones polimicrobianas y de gérmenes que son multiresistentes a los antibióticos, lo que limita mucho su tratamiento; menos frecuentes debido a virus o parásitos y de igual manera existen casos en donde el agente causal no puede ser determinado debido al constante uso o cambio de antibioticoterapia antes de realizar los

cultivos microbiológicos o como es mencionado por la resistencia del agente al tratamiento.

En relación con el paciente objeto de la investigación al momento de realizar los paraclínicos microbiológicos de secreción traqueal reflejan infección por cocos grampositivos abundantes por campo, además desarrolló infección por staphylococcus aureus moderado; por otro lado el órgano diana para el inicio de la infección fueron los pulmones y el sujeto presentaba factores predisponentes de salud como un estado médico deteriorado por sus antecedentes patológicos.

3.4.1.3 Fisiopatología. Gómez et al (2014) publicaron en un artículo que la fisiopatología de la sepsis es un proceso complejo que involucra diversos elementos del sistema inmune, los cuales participan durante las diferentes etapas de la historia natural de la enfermedad. Entre ellas se encuentra el reconocimiento inicial de los microorganismos a través de receptores presentes en las células presentadoras de antígeno profesionales (CPA), la amplificación de la respuesta inflamatoria por el reconocimiento de moléculas endógenas asociadas a daño, la producción de citocinas pro y antiinflamatorias y la apoptosis masiva de los linfocitos T.

Aunque es muy probable que el genotipo del paciente contribuya a la susceptibilidad de padecer esta enfermedad, es el balance adecuado de los diferentes componentes lo que debe permitir alcanzar la regulación, sin causar un daño colateral excesivo. A pesar de estos avances, aún falta entender mejor la manera en la que cada uno de estos elementos contribuye al desarrollo de esta patología; además, es indispensable caracterizar los biomarcadores que permitan identificar claramente cuáles individuos se encuentran en fase proinflamatoria y cuáles presenten características de inmunosupresión inducida por sepsis.

Forrester (2024) para el Manual MSD define que la patogenia del shock séptico no se comprende del todo. Un estímulo inflamatorio desencadena la producción de mediadores proinflamatorios, como el factor de necrosis tumoral (TNF) y la interleuquina (IL)-1; estas citocinas producen la adhesión de

neutrófilos a células endoteliales, activando el mecanismo de coagulación y generan microtrombos. También liberan numerosos mediadores, incluidos leucotrienos, lipoxigenasa, histamina, bradiquinina, serotonina e IL-2. A estos se oponen los mediadores antiinflamatorios, como IL-4 e IL-10, que producen un mecanismo de retroalimentación negativo.

Al comienzo, las arterias y arteriolas se dilatan y disminuye la resistencia arterial periférica; el gasto cardíaco aumenta. Luego, el gasto cardíaco puede disminuir, la tensión arterial cae (con aumento en la resistencia periférica o sin este) y aparecen los signos característicos de hipoperfusión. Incluso en la etapa de aumento del gasto cardíaco, los mediadores vasoactivos hacen que el flujo sanguíneo saltee los vasos capilares de intercambio (defecto en la distribución).

La alteración del flujo capilar debida a esta derivación, sumada a una obstrucción capilar por microtrombos, disminuye el transporte de oxígeno y deteriora la eliminación del dióxido de carbono y los productos de desecho celulares. La reducción de la perfusión produce disfunción y a veces insuficiencia en uno o más órganos, como riñones, pulmones, hígado, cerebro y corazón.

En el caso del sujeto objeto de la investigación la fisiopatología de la sepsis pulmonar se presume que comienza con una lesión compresiva del tejido lo que desencadenó un estímulo proinflamatorio que ocasiono una acumulacion masiva de linfocitos, lo que conlleva a la sobreestimulación de los vasos sanguíneos subyacentes a la lesión disminuyendo el transporte de oxígeno, volviendolo propenso al alojamiento de microorganismos.

3.4.1.4 Manifestaciones Clínicas. Para Roca (2008) las manifestaciones clínicas de la sepsis y los síndromes relacionados acompañan a la infección desencadenante, y en muchos casos a las de otros procesos concomitantes:

- Generales: uno de los síntomas más comunes de la sepsis es la fiebre, aunque no es raro que la fiebre esté ausente, e incluso que exista hipotermia; la hiperventilación es también común, y suele aparecer en las fases tempranas de la sepsis, cuando todavía no se ha desarrollado el

cuadro complejo, por lo que puede confundirse con estados de ansiedad. La deshidratación, los vómitos o la diarrea están relacionados con la disfunción gastrointestinal, o la poliuria. Las coagulaciones intravasculares diseminadas (CID) o coagulopatías de consumo es muy frecuente en los casos de sepsis grave, y clínicamente se manifiesta con la aparición de necrosis tisulares y disfunción orgánica generalizada, como consecuencia del desarrollo de trombosis diseminadas, y con la tendencia al sangrado, como consecuencia del consumo exagerado de factores de la coagulación.

- Cardiacas: En los cuadros más graves de sepsis es muy frecuente la depresión de la función miocárdica, que se manifiesta con aumento del volumen ventricular y disminución de la fracción de eyección; ambos fenómenos se contrarrestan, de modo que el gasto cardiaco tiende a ser normal.
- Pulmonares: Otro importante trastorno fisiopatológico que ocurre es el desajuste de la ventilación y la perfusión pulmonar, que se traduce en una disminución de la presión parcial arterial de oxígeno. También el aumento de la permeabilidad capilar alveolar, que provoca edema intersticial, y a su vez disminución de la distensibilidad pulmonar y de la oxigenación arterial. A este grave trastorno, que se caracteriza también por la aparición de infiltrados pulmonares bilaterales difusos en las radiografías de tórax, se le conoce con el nombre de síndrome del distrés respiratorio del adulto, y ocurre en aproximadamente la mitad de pacientes que presentan una sepsis grave.
- Neurológicas: La desorientación y otros síntomas de encefalopatía también son comunes desde las fases iniciales de la sepsis, especialmente en pacientes con enfermedades neurológicas previas y en ancianos. Cuando el cuadro de sepsis se prolonga durante semanas, con frecuencia aparece una polineuropatía, predominantemente axonal, motora y distal, que puede complicar seriamente la recuperación

cón. Se manifiesta principalmente con debilidad distal y con atrofia muscular. Con frecuencia este proceso impide la retirada de la ventilación mecánica, en parte debido a la afección del nervio frénico, el cual es el encargado de contraer y relajar el diafragma.

- Gastrointestinales:

Los síntomas digestivos inespecíficos, como náuseas, vómitos y diarrea, también son comunes, y no siempre son secundarios a la existencia de gastroenteritis. También es común la disfunción hepática, fundamentalmente colestásica, que se manifiesta con ictericia, relacionada con la elevación predominante de la bilirrubina conjugada.

- Renales: La disfunción renal es común en la sepsis y empeora sustancialmente el pronóstico de los mismos. Suele consistir en oliguria y desarrollo de un síndrome urémico más o menos avanzado, pero también puede consistir en poliuria, que puede deberse a la propia disfunción renal o a la hiperglucemia, la disfunción capilar y el resto de alteraciones fisiopatológicas propias de la sepsis. Algunos pacientes presentan también glomerulonefritis, necrosis cortical o nefritis intersticial y finalmente, la toxicidad medicamentosa también puede jugar algún papel.

En el caso del paciente objeto de la investigación presentó diferentes manifestaciones de las mencionadas anteriormente, comenzando primeramente con dificultad respiratoria motivo por el cual asistió al centro hospitalario; seguidamente presentó alteraciones de conciencia con un Glasgow menor a 7, perfusión cardiaca, alteración en las constantes vitales resaltando la tensión arterial (TA) manejando cifras tensionales de 160/110 mmhg, frecuencia cardiaca (FC) de 127 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria (FR) de 32 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno en sangre (SPO2) menor a 80%. Posteriormente debilidades musculares, poliuria, estreñimiento, desorientación y siendo resaltante la imposibilidad del destete ventilatorio por la alteración del nervio frénico.

3.4.1.5. Complicaciones. En la sepsis la disminución de la presión arterial y los pequeños coágulos de sangre dan lugar a una serie de complicaciones perjudiciales según Forrester (2024):

- Disminuye el flujo sanguíneo que llega a los órganos vitales (como riñones, pulmones, corazón y cerebro).
- El corazón intenta compensar esta disminución trabajando más intensamente, aumentando la frecuencia cardíaca y la cantidad de sangre que bombea. Con el tiempo, las toxinas bacterianas y el aumento del bombeo sanguíneo debilitan el corazón y como consecuencia de esto, el corazón cada vez bombea menos y los órganos vitales reciben menos sangre.
- Cuando los tejidos no reciben sangre suficiente, liberan un exceso de ácido láctico a la circulación, provocando la acidificación de la sangre denominada acidosis.

Todo estos efectos inician un círculo vicioso que empeora la disfunción orgánica

- Los riñones excretan poca orina o ninguna y los productos de desechos de los procesos químicos que se producen en el organismo se acumulan en la sangre.
- Las paredes de los vasos sanguíneos se debilitan y permiten la filtración de líquidos desde el torrente sanguíneo hasta los tejidos, lo que causa hinchazón.
- La función pulmonar empeora porque se filtra líquido de los vasos sanguíneos del pulmón y se acumula en este órgano, dificultando la respiración causando hidrotórax en algunos casos este líquido se infecta produciendo Piorax.

En el caso del sujeto de la investigación tuvo complicaciones cardiovasculares al presentar aumento de la frecuencia cardiaca, además de que se

presentó acidosis metabólica ya que no se podía filtrar completamente la sangre circulante; esto ocasiona una disfunción orgánica grave donde los riñones excretaban poca orina, edematización de las extremidades superiores e inferiores, además de la infección del líquido presente causando un piotórax

3.4.2. *Piotórax o Empiema*

3.4.2.1. Definición. Para Wolfsdorf (2022) “La pleura son recubrimientos suaves entre los pulmones y la pared torácica, está en contacto cercano con solo un espacio pequeño y hay un poco de líquido lubricante entre ellos (espacio pleural). Cuando este espacio se llena de pus, esto se conoce como empiema.” (parr 1).

Por su lado Vyas (2023) explica que el piotórax o empiema “Es una acumulación de pus en el espacio que se encuentra entre el pulmón y la superficie interna de la pared torácica (espacio pleural).” (parr 1) . Esta representa una condición médica grave caracterizada por la acumulación de pus o secreciones purulentas en el espacio pleural, la presencia del mismo indica una infección por bacterias que han invadido esta área; esto ejerce una presión sobre los pulmones, lo que dificulta su expansión y contracción durante la respiración; la cual si no es tratada a tiempo puede causar daño en los tejidos circundantes incluyendo los pulmones y su membrana.

En relación con el sujeto objeto de la investigación presentó esta alteración con un nivel de acumulación de secreción purulenta abundante a nivel de la pleura derecha lo que ejerció una presión que evitaba la expansión y contracción del pulmón manifestado por disnea y la disminución de la saturación de oxígeno en sangre.

3.4.2.2 Etiología. Según Saez (2023) el empiema pleural está causado por una infección y contiene una acumulación de pus en el espacio pleural. El líquido infectado se acumula, normalmente de dos a cuatro litros pero puede ser mayor si se ejerce una presión en los pulmones que provoca dolor y dificultad para respirar. Otra de las causas pulmonares son la ruptura de absceso pulmonar,

bronquiectasias, infarto pulmonar, neumotórax espontáneo con fístula broncopleural persistente, quiste hidatídico, tuberculosis pulmonar, etc.

Así mismo, Vyal (2023) describe que el empiema generalmente es causado por una infección que se disemina desde el pulmón. Esto lleva a una acumulación de pus en el espacio pleural. Puede haber 2 tazas (1/2 litro) o más de líquido infectado. Este líquido ejerce presión sobre los pulmones, los cuales incluyen:

- Neumonía bacteriana
- Tuberculosis
- Cirugía torácica
- Absceso pulmonar
- Traumatismo o lesión del tórax

Relacionado al paciente objeto de esta investigación la etiología del pitorax no es precisada, más se presume que debido a la compresión que realiza la caja torácica desviada (escoliosis) lesionó este parénquima pleural ocasionando acumulación de líquido el cual posteriormente se infectó ocasionando que el exudado purulento se acumulara. Otra teoría presume que el paciente tenía una infección a nivel gastrointestinal (enterocolitis aguda) la cual no fue tratada y la misma migró al torrente sanguíneo alojándose posteriormente en los pulmones.

3.4.2.3 Fisiopatología. Cerúlea et al. (2005) describen que el desarrollo de un empiema se divide en tres fases.

1. Fase exudativa (1ra semana): Caracterizada por un líquido pleural acuoso rico en proteínas con pocos leucocitos (<500 células x ml) que se incrementan rápidamente, densidad inferior a 1017, los niveles de glucosa y PH son normales. El drenaje de la efusión y una apropiada terapia antibiótica son normalmente suficientes, el pulmón se expande fácilmente.

2. Fase fibrinopurulenta (2^{da}-3^{ra} semanas): Se presenta líquido más turbio y espeso. Existe fibrina la que comienza a depositarse en la superficie pleural,

predominio de neutrófilos, los niveles de glucosa y PH son más bajos que lo normal (PH<7,20). Fase de transición, principio de la fijación del pulmón.

3. Fase crónica u organizativa (4^{ta}-6^{ta} semanas): En esta fase hay presencia de pus espeso, PH menor de 7,20, organización de la fibrina formando una corteza alrededor del pulmón el cual queda atrapado, contenido de proteínas mayor de 3 g, densidad superior a 1019, aparecen vasos de neoformación.

Saez (2023) lo describe de una manera más sencilla refiriendo que las fases del empiema pleural igualmente se divide en tres partes, siendo estas:

1. Exudativa: Se acumula el líquido pleural estéril relacionado con el aumento de permeabilidad capilar que se debe a la liberación de diferentes citocinas.

2.Fibrinopurulenta: La invasión bacteriana del espacio pleural produce un daño endotelial, que produce una disminución de la respuesta fibrinolítica y el depósito de fibrina en las dos superficies pleurales, con posibilidades de loculación.

3.Organizativa: Aparecen diversos factores de crecimiento, como los fibroblastos, factor de crecimiento derivado de las plaquetas y el factor de crecimiento transformante beta. Por último en la fase final aparecerá el depósito de fibrina y más tarde, el tejido fibroso colágeno. Estas tres fases se realizan de forma secuencial y progresiva.

3.4.2.4. Manifestaciones clínicas. Anderson y Mace (2013) señalan que las manifestaciones detectadas en el empiema son: apagamiento de los ruidos respiratorios, matidez a la percusión, disminución del frémito táctil y a veces un frote. El dolor por el derrame o empiema de fondo puede ocasionar rigidez antiálgica de los músculos de la respiración. Si existe una infección pulmonar de fondo se perciben estertores o roncus.

Por otro lado Vyas, (2023) refiere que los síntomas del empiema pueden incluir cualquiera de los siguientes:

- Dolor torácico que empeora cuando se inhala profundamente (pleuresía).
- Tos seca.
- Sudoración excesiva, especialmente sudores nocturnos.
- Fiebre y escalofrío.
- Molestia general, inquietud o indisposición.
- Dificultad respiratoria.
- Pérdida de peso (involuntaria).

En referencia al paciente objeto de esta investigación presentó manifestaciones clínicas referidas por familiares en la entrevista con dolor torácico, molestia generalizada, pérdida de peso, dificultad respiratoria, palidez cutánea además de rigidez respiratoria.

3.4.2.5. Complicaciones. Según Cerúlea et al. (2005) y Vyas (2023) las complicaciones del empiema pueden ser:

1. Fístulas broncopleurocutáneas.
2. Abscesos pulmonares.
3. Peritonitis secundaria por ruptura a través del diafragma.
4. Pericarditis purulenta.
5. Osteomielitis.
6. Fibrotorax.
7. Abscesomediastínico.
8. Fístula esófagopleural.
9. Engrosamiento de la pleura
10. Reducción de la función pulmonar
11. Parada cardiorrespiratoria

Con respecto a las complicaciones que presentó el sujeto objeto de la investigación se encuentra el engrosamiento de la pleura, la reducción de la función pulmonar y la complicación más grave, la parada cardiorrespiratoria.

3.4.3 Síndrome Post Parada Cardíaca

3.4.3.1. Definición. Según Coyago et al (2023) “ El síndrome postparada cardíaca se define como una disfunción circulatoria que precipita un estado hipoxémico, acidótico e isquémico generalizado, que a su vez genera lesiones sistémicas en órganos diana traducidas como depresión miocárdica, vasoespasmo, excitosis, inflamación y necrosis.” (p. 2).

Durante el paro cardíaco los principales órganos del cuerpo se quedan sin oxígeno y una vez recuperada la circulación se producen una serie de cambios fisiológicos y patológicos que pueden poner en riesgo la vida, ya que los mismos no pueden ser controlados. En el caso del sujeto objeto de investigación realizó una parada cardiorrespiratoria en dos oportunidades las cuales ameritaron protocolo de reanimación siendo satisfactorio en la primera parada y fallida en la segunda.

3.4.3.2. Etiología. Un cambio en la actividad eléctrica del corazón provoca un paro cardíaco repentino. El cambio hace que el corazón deje de bombear sangre, por lo que no llega el flujo sanguíneo al cuerpo. Las señales eléctricas del corazón controlan la frecuencia y el ritmo de los latidos, si estas son defectuosas o excesivas, el corazón puede latir demasiado rápido, demasiado lento o de forma descoordinada. Los cambios en los latidos del corazón se denominan arritmias. La causa más común del paro cardíaco repentino es un ritmo cardíaco irregular llamado fibrilación ventricular. Las señales rápidas y erráticas del corazón provocan que sus cavidades inferiores tiemblen sin sentido en lugar de bombear sangre. (MayoClinic, 2023).

Ahora bien Coyago et al (2023) también resaltan otras causas del síndrome postparada cardíaca que no están relacionadas exclusivamente con el sistema circulatorio, estas son:

- Hipotermia.
- Hipoxia.
- Hipertermia.
- Hipovolemia no corregida.
- Acidosis.
- Hipo e Hipercalcemia.
- Alteraciones torácicas.
- Intoxicaciones.
- Tromboembolismo pulmonar masivo.
- Trombosis coronaria.

La etiología del síndrome post parada cardíaca es compleja y multifactorial, ya que comprende que se involucren uno o más mecanismos fisiopatológicos, por lo que es fundamental para diagnosticar y mejorar el pronóstico de estos pacientes. En el caso del sujeto objeto de investigación la causa de la parada cardíaca viene dada por la sepsis como punto de partida pulmonar por pitorax, lo que disminuye su capacidad pulmonar y aumenta la frecuencia cardíaca.

3.4.3.3. Fisiopatología. El síndrome post parada cardíaca parte de una etiología desencadenante que precipita un estado hipoxémico y acidótico en el organismo, el cual, genera isquemia generalizada que ocasiona lesiones tisulares y orgánicas globales. Así mismo, los tejidos revascularizados liberan radicales libres y mediadores proinflamatorios que originan lesiones sistémicas en los órganos diana, que se traducen como compromiso energético, sobrecarga de calcio intracelular, depresión miocárdica, vasoespasmo, excitosis, inflamación y necrosis (Dalessio,2020; Acosta et al.,2022).

Radeschi (2017) resalta que durante el paro cardíaco se establece un estado de hipoxia acompañado de acidosis generalizada, por lo que el grado de disfunción celular, lesión y necrosis está influenciado por la magnitud y la duración de la isquemia, así como por la susceptibilidad particular de cada tejido.

Por otro lado, aunque la reperfusión es necesaria para restablecer el suministro de oxígeno y nutrientes para apoyar el metabolismo celular y revertir tal estado, puede provocar respuestas fisiopatológicas que favorecen el aumento de la extensión de la lesión ya establecida como consecuencia de la isquemia a la que se sometió el organismo. Con este evento se produce una liberación de mediadores inflamatorios y radicales libres en el torrente sanguíneo provenientes de los tejidos revascularizados, que posteriormente alcanzan órganos remotos, lo que se traduce en lesiones sistémicas.

En relación con el sujeto objeto de la investigación la primera parada fisiopatológicamente viene dada por un estado hipoxémico y acidótico severo que comprometieron energéticamente el ritmo sinusal del corazón; mientras que la segunda vino dada por un conglomerado de alteraciones patológicas que afectaron la estabilidad hemodinámica del paciente en las que se puede presumir un shock hipovolémico, una reciente cirugía (traqueotomía) y el desgaste cardíaco que pudo quedar resultante del primer episodio.

3.4.3.4. Manifestaciones clínicas. Según Medline plus (2024) por lo general, el primer signo de un paro cardíaco es la pérdida del conocimiento (síncope). Esto sucede cuando el corazón deja de latir. Algunas personas pueden tener latidos cardíacos acelerados o sentirse mareados o aturridos justo antes de desmayarse. Y, en ocasiones, las personas presentan dolor de pecho, dificultad para respirar, náuseas o vómitos dentro de una hora antes de tener un paro cardíaco.

Mayo clinic (2023) puntualiza que los síntomas del paro cardíaco repentino son inmediatos y graves, e incluyen los siguientes:

- Colapso súbito.
- Falta de pulso.

- Falta de respiración.
- Pérdida del conocimiento.

A veces, se producen otros síntomas antes del paro cardíaco repentino. Entre estos, se podrían incluir los siguientes:

- Molestia en el pecho.
- Falta de aire.
- Debilidad.
- Taquicardia, con aleteo o fuertes palpitaciones.

En el presente caso el sujeto de investigación en ambos casos manifestó taquicardia, falta de aire, debilidad; seguido de la pérdida del conocimiento, falta de respiración, falta de pulso y por último colapso súbito.

3.4.4 Tratamiento

3.4.4.1 Sepsis. Según Masci (p. 717-718) para el consultor clínico de medicina interna el tratamiento de la sepsis se puede clasificar en

-Tratamiento no farmacológico:

- Oxigenación tisular: mantener saturación de oxígeno lo más alta posible; ventilación mecánica precoz.
- Drenar la infección focal, si es posible.

-Tratamiento agudo:

- Control de la presión arterial:
 1. Hidratación endovenosa (ev)
 2. Tratamiento con vasopresores (p. eq. dopamina) si la presión arterial media de 70-75 mmhg no puede mantenerse sólo con la hidratación.
- Corrección de la acidosis

1. Bicarbonato e.v
2. Ventilación mecánica.

-Antibióticos:

1. Dirigidos hacia las fuentes más probables de infección.
2. En general deben cubrir un amplio espectro de bacterias grampositivas y gramnegativas.

3. Regímenes típicos:

- Frente a la septicemia adquirida en el hospital (pendiente de los resultados del cultivo): vancomicina más ceftazidima, imipenem, aztreonam, quinolonas o un aminoglucósido. La monoterapia con los fármacos adecuados parece ser tan eficaz como el tratamiento combinado en huéspedes inmunocompetentes.
- Frente a la infección adquirida en la comunidad en ausencia de granulocitopenia: el tratamiento anterior o monoterapia con una cefalosporina de tercera generación.
- Frente a la infección en el huésped granulocitopénico: el tratamiento anterior o uno con cobertura dual frente a gramnegativos (p. ej., cefalosporina y aminoglucósido)
- Tratamiento biológico: Recientemente ha sido aprobado el uso de la drotrecogina alfa, una forma de la vitamina C activada creada por ingeniería genética, en pacientes con sepsis grave; cuando se combina con el tratamiento convencional puede producirse una reducción de la mortalidad.
- Se ha debatido mucho el papel de los corticoides en el tratamiento agudo de la septicemia. Aunque la mayoría de los ensayos clínicos bien diseñados no han demostrado ningún beneficio, los datos recientes sugieren que los pacientes con una insuficiencia adrenal relativa pueden beneficiarse del tratamiento con dosis bajas de hidrocortisona (50 mg iv. cada 6 h) y fludrocortisona (50 mg al día v.o.) administradas

conjuntamente durante 7 días. Los últimos datos sugieren que las dosis fisiológicas de corticoides con una reducción gradual subsiguiente pueden mejorar la supervivencia en algunos pacientes sin insuficiencia adrenal demostrada.

Por otro lado, Roca (2008) sugiere el uso de otros fármacos y medidas generales que se utilizan con frecuencia en la sepsis, entre ellas están:

- Furosemida, en la sobrecarga circulatoria o la insuficiencia renal.
- Diálisis diaria en la insuficiencia renal avanzada.
- Transfusiones de concentrados de hematíes, en la anemia importante.
- Bicarbonato, en la acidosis metabólica.
- Plasma fresco congelado y transfusiones de plaquetas, en la CID.
- Nutrición enteral, suplementada con L-arginina, ácidos grasos esenciales n-3, L-glutamina, o aminoácidos de cadena ramificada en la sepsis prolongada.
- Profilaxis de la trombosis venosa profunda.
- Profilaxis de las úlceras de decúbito.

En el caso del sujeto objeto de la investigación fue tratado con antibióticos de amplio espectro incluyendo ampicilina/sulbactam, meropenem, voriconazol, amikacina, vancomicina, linezolid, minociclina, colistin, entre otros. Además recibió hidrataciones parenterales de solución salina al 0.9% y al 0.45%, ringer lactato, bicarbonato, correcciones de KCl, hidrocortisona, ácido valproico, albúmina humana y norepinefrina; también recibió concentrados globulares y furosemida además de la ventilación mecánica y nebulizaciones.

3.4.4.2 Píotorax. Para Medline (2023) el objetivo del tratamiento en el caso del píotorax o empiema es curar la infección, lo que implica:

- Colocar una sonda en el pecho para dejar salir el pus.
- Recibir antibióticos para controlar la infección.

Al respecto, Saez (2023) expresa que “uno de los tratamientos efectivos para empiema pleural es el drenaje del líquido pleural infectado o pus, a través de la inserción de un tubo pleural, con la ayuda guiada de ultrasonido. Para su curación se administrarán antibióticos intravenosos” (párr 10).

“El tratamiento terapéutico estará dirigido al control de la infección mediante antibióticos y a la valoración de la indicación de drenaje torácico por toracostomía. El antibiótico elegido tendrá el objetivo de proporcionar la mejor fuente de actividad antimicrobiana y disponer de una correcta penetración en el espacio pleural.” (párr 11).

“El ácido que contiene el líquido pleural de los derrames paraneumónicos y/o empiema disminuye la efectividad de los aminoglucósidos. El metronidazol no es efectivo en empiemas de este tipo dado que no reduce al metabolito activo al encontrarse en un entorno pobre de oxígeno y tampoco resulta efectivo ante *Streptococcus anaerobios* y microaerófilos” (párr. 12)

“El especialista médico elegirá el tratamiento antibiótico que se utilizará teniendo en cuenta el tipo de paciente y las características del líquido pleural. La duración del tratamiento podrá variar según las circunstancias clínicas. Normalmente se utilizan dosis altas junto con periodos de tratamiento de varios meses.” (párr. 13). Con respecto al sujeto de investigación el pitorax fue tratado con antibióticos de amplio espectro como ampicilina/sulbactan, meropenem, voriconazol, amikacina, vancomicina, linezolid y otros mencionados anteriormente, además de la realización de una toracocentesis mínima invasiva en la cavidad pleural derecha, el cual estaba conectado a un sistema de Pleuro-evac; adicionalmente de la ventilación mecánica.

3.4.4.3 Síndrome Postparada Cardíaca. De acuerdo con el Documento del ILCOR, la clasificación del síndrome post parada cardíaca se acoge a criterios fisiológicos en 5 fases:

1. Cuidado inmediato: Los primeros 20 min después de que el paciente recupera la circulación de manera espontánea.

2. Fase precoz: Desde los 20 min a las 6-12h, cuando es necesario instaurar las medidas protectoras y terapéuticas críticas para obtener un resultado exitoso.
3. Fase intermedia: Desde las 6-12h hasta las 72h; requiere una vigilancia estrecha y un tratamiento en la UCI de acuerdo con objetivos terapéuticos.
4. Fase de recuperación: Comprende el estado de la víctima a partir de las 72 h, cuando ya hay un pronóstico más definido y un resultado más predecible.
5. Fase de rehabilitación: Destinada a la recuperación plena de la víctima. En las fases 1 y 2 se deben corregir las anomalías electrolíticas, proporcionar soporte inotrópico y optimizar la oxigenación

Posteriormente, se planifican terapias dirigidas a metas en donde se posea un soporte ventilatorio evaluando que no ocurra una hiperventilación que perjudique la perfusión coronaria, el retorno venoso y la vasoconstricción cerebral. Evitar la hipoxia y la hiperoxia manteniendo una saturación arterial de oxígeno entre el 95 y 99% o Tensiones arteriales mayores de 100 mmHg. Seguidamente, un soporte hemodinámico al mantener la TA media entre 80 y 100 mmHg, adicional al uso de vasopresores como la norepinefrina o la dopamina. Como se ha mencionado en el apartado de tratamientos el sujeto objeto de investigación el paciente fue conectado a ventilación mecánica además de recibir vasopresores como la norepinefrina.

3.4.5 Fichas Farmacológicas

Para Vásquez et al de la Dirección de Medicamentos, Insumos y Tecnología (DMIT), definen las fichas farmacológicas como un formato ordenado, con información obtenida de diversas fuentes científicas, con el propósito de proveer información objetiva que no influya en las preferencias de uso de algún medicamento (2017, p. 3).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 13

Ficha farmacológica para el Omeprazol

Descripción	Inhibe la secreción de ácido en el estómago. Se une a la bomba de protones en la célula parietal gástrica, inhibiendo el transporte final de hidrógenos al lumen gástrico.
Indicación	Tratamiento de las úlceras gástricas y duodenal benignas y asociadas a AINES, erradicación de H. pylori en úlcera péptica, esofagitis por reflujo y del síndrome de Zollinger-Ellison.
Presentación	Cápsulas 20 mg y liofilizado y disolvente para solución inyectable
Posología	<ul style="list-style-type: none">- Úlcera gástrica y duodenal: 20 mg al día 2-4 semanas, asociadas a AINE hasta 4-8 semanas.- Erradicación de H. Pylori en úlcera péptica: 20 mg omeprazol + 1 g amoxicilina + 500 mg claritromicina 2 veces/día o 20 mg omeprazol + 250 mg claritromicina (o alternativamente 500 mg) + 400 mg metronidazol (o 500 mg o 500 mg tinidazol) 2 veces/día o 40 mg omeprazol 1 vez/día + 500 mg amoxicilina 3 veces/día + 400 mg metronidazol (o 500 mg o 500 mg tinidazol) 3 veces/día.- Esofagitis por reflujo: 20 mg al día por 4-8 sem; severa: 40 mg diarios, para el mantenimiento de esofagitis por reflujo cicatrizada: 10 mg 1 vez/día (si es preciso aumentar a 20 o 40 mg 1 vez/día).- Síndrome de Zollinger-Ellison: dosis inicial 60 mg una vez al día; ajustar después entre 20-120 mg/día, si la dosis sobrepasa los 80 mg diarios, debe dividirse y administrarse en dos tomas al día. Por vía intravenosa, inicial 60 mg/día, ajustar después individualmente; si es > 60 mg/24 h fraccionar y administrar en 2 veces/día.- Úlcera duodenal gástrica o esofagitis por reflujo: 40 mg diarios.
Vías de Administración	Oral e intravenosa.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a omeprazol, benzimidazoles. Concomitancia con nelfinavir. Úlcera gástrica maligna.

Fuente: VIDAL Vademécum (2016).

Cuadro 14

Ficha farmacológica para la Furosemida

Descripción	Diurético de asa. Bloquea el sistema de transporte Na ⁺ K ⁺ Cl ⁻ en la rama ascendente del asa de Henle, aumentando la excreción de Na, K, Ca y Mg.
Indicación	Edema asociado a insuficiencia cardíaca congestiva, cirrosis hepática y enfermedad renal, incluyendo síndrome nefrótico. Edemas subsiguientes a quemaduras. Hipertensión arterial leve y moderada.
Presentación	Cápsulas 20 mg/40mg y solución inyectable
Posología	<p><u>EV-IM Edema asociado a insuficiencia cardíaca congestiva crónica</u> La dosis oral inicial recomendada es de 20 a 80 mg diarios.</p> <p><u>Edema asociado a insuficiencia cardíaca congestiva aguda</u> La dosis inicial recomendada es de 20 a 40 mg administrados como inyección en bolo intravenoso.</p> <p><u>Edema asociado a insuficiencia renal crónica</u> En el tratamiento intravenoso, la dosis comienza con una perfusión intravenosa continua de 0,1 mg por minuto e incrementando luego gradualmente la velocidad cada media hora en función de la respuesta.</p> <p><u>Mantenimiento de la excreción en la insuficiencia renal aguda</u> La dosis inicial recomendada es 40 mg administrados en inyección intravenosa. Si esto no conduce al incremento deseado en la excreción de fluidos, deberá administrarse furosemida en perfusión intravenosa continua s. Si el tratamiento intravenoso es absolutamente necesario, la dosis inicial única será de 20 mg a 40 mg.</p> <p><u>Hipertensión / Crisis hipertensivas</u> La dosis oral de mantenimiento habitual es de 20 mg a 40 mg diarios.</p>
Vías de Administración	Oral e intravenosa.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a furosemida Hipovolemia o deshidratación. Hipopotasemia grave. Hiponatremia grave. Estado precomatoso y comatoso asociado a encefalopatía hepática. Lactancia.

Fuente: VIDAL Vademécum (2022).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 15

Ficha farmacológica para el Colistin

Descripción	Bactericida; surfactante que altera el componente lipídico de la membrana bacteriana.
Indicación	Enterocolitis por gram -, gastroenteritis, shigelosis, diarrea en niños y lactantes por E. coli.
Presentación	Solución inyectable 100mg
Posología	Colistina base (1 mg = 30.000 UI). Oral. Ads y niños mayores: 2,5-3,33 mg/kg/día, repartidos en 3-4 tomas. Gastroenteritis por Shigella: 5-15 mg/kg/día, en 3 tomas. Lactantes y 1ª infancia: 0,33-0,5 mg/kg/día, en 3-4 tomas.
Vías de Administración	Intravenosa.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a polimixinas.

Fuente: VIDAL Vademécum (2015).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 16

Ficha farmacológica para la Ampicilina/Sulbactam

Descripción	Asociación de bactericida inhibidor de biosíntesis de la pared bacteriana con inhibidor irreversible de β -lactamasas.
Indicación	Tto. de infecciones por microorganismos sensibles: del aparato respiratorio superior e inferior, urinario y pielonefritis, intraabdominales, septicemia bacteriana, de piel y tejidos blandos, óseas y articulares, gonocócicas, profilaxis quirúrgica: cirugía abdominal, pelviana, interrupción de embarazo o cesárea.
Presentación	Cápsulas y liofilizado y disolvente para solución inyectable
Posología	Ampicilina/sulbactam. IM/IV lenta (mín. 3 min) o a mayor dilución en iny. directa o en infus. IV (15-30 min). Ads. y niños > 8 años: 1/0,5-8/4 g/día, según gravedad, en dosis divididas cada 6-8 h. Dosis máx. de sulbactam: 4 g/día. En infección leve, usar pauta cada 12 h. Continuar hasta 48 h tras la desaparición de síntomas, normalmente 5-14 días. En caso de gravedad se puede prolongar o administrar dosis adicionales de ampicilina. Profilaxis de infección quirúrgica: 1/0,5-2/1 g en el momento de inducir anestesia. Puede repetirse cada 6-8 h. Se interrumpe tras 24 h de la intervención, excepto si está indicado mantenimiento. Niños < 8 años: 100/50 mg/kg/día; niños y recién nacidos: administrar cada 6-8 h. Gonorrea no complicada: 1/0,5 g IM, en dosis única + 1 g de probenecid oral. I.R.: Clcr \leq 30 ml/min: 1/0,5-2/1 g/6-8 h. Clcr 15-29 ml/min: 1/0,5-2/1 g/12 h. Clcr 5-14: 1/0,5-2/1 g/24 h.
Vías de Administración	Oral e intravenosa.
Contraindicaciones	Historia de reacción alérgica a penicilinas. Formas IM: alergia a anestésicos locales del grupo lidocaína.

Fuente: VIDAL Vademécum (2015).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 17

Ficha farmacológica para la Hidrocortisona

Descripción	Corticoide no fluorado de corta duración de acción y con actividad mineralocorticoide de grado medio.
Indicación	- Oral: terapia de reemplazo en insuf. adrenocortical 1 ^{era} o 2 ^{da} . Hiperplasia adrenal congénita. Artritis reumatoide, juvenil y psoriásica; espondilitis anquilosante; polimialgia reumática; fiebre reumática aguda; lupus eritematoso sistémico; dermatomiositis grave; periarteritis nudosa; arteritis craneal; granulomatosis de Wegener; esclerodermia; dermatomiositis. Eczema alérgico, pénfigo penfigoide bulloso, dermatitis exfoliativas y por contacto, eritema severo multiforme, eritema nudoso, psoriasis grave. - Parenteral: exacerbaciones agudas de asma. Shock anafiláctico y reacciones de hipersensibilidad inmediata (ej., angioedema, edema laríngeo). Insuficiencia suprarrenal aguda. Tto. del rechazo agudo del trasplante de órganos. Coma hipotiroideo. Vasculitis necrosante. Artritis reumatoide. Tenosinovitis y bursitis.
Presentación	Cápsulas y liofilizado, disolvente para solución inyectable
Posología	Dosis individualizada en función de la gravedad y respuesta. - Oral: 20-240 mg/día en varias tomas, según enfermedad. Tto. reemplazamiento en insuf. suprarrenal: 30 mg/día en 2 dosis. - IV, IM: ads.:100-200 mg/día dividido en varias dosis, pudiendo aumentarse en situación aguda de urgencia hasta 50-100 mg/kg, máx. 6 g/día. - Intraarticular y tejidos blandos: articulación grande: 25 mg, pequeña:10 mg; bursas serosas incluido hallux valgus: 25-37 mg; vainas tendinosas: 5-12,5 mg; infiltración tejidos blandos: 25-50 mg; gangliones: 12,5-25 mg. Niños: IV, IM o intraarticular: dosis proporcionales.
Vías de Administración	Oral, intravenosa e intramuscular.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad, úlcera péptica, tuberculosis activa, herpes simplex ocular, herpes zoster, varicela, infecciones micóticas sistémicas y en período pre y postvacunal. Además parenteral: inestabilidad emocional o tendencias psicóticas, glaucoma de ángulo cerrado o abierto, queratitis herpética, linfadenopatía consecutiva a BCG, infección por amebas, poliomieltis.

Fuente: VIDAL Vademécum (2020).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 18

Ficha farmacológica para el Irtofan

Descripción	Antagonista de receptores dopaminérgicos D ₂ de estimulación quimioceptora y en el centro emético de la médula implicada en la apomorfina - vómito inducido. Antagonista de receptores serotoninérgicos 5-HT ₃ y agonista de los receptores 5-HT ₄ implicados en el vómito provocado por quimioterapia.
Indicación	En ads.: prevención de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO), inducidos por radioterapia (NVIR) o retardados inducidos por quimioterapia (NVIQ) y tto. sintomático de náuseas y vómitos incluyendo los inducidos por migraña aguda; en niños y adolescentes de 1-18 años: como segunda línea de tto. en prevención de náuseas y vómitos retardados en quimioterapia (NVIQ) y en tto. de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) (sólo vía IV).
Presentación	Cápsulas y solución inyectable
Posología	Ads.: 10 mg hasta 3 veces/día. Niños: 0,1-0,15 mg/kg de p.c. hasta 3 veces/día. Duración máx. del tto. 5 días. Dosis máx. 0,5 mg/kg/día. I.R. o I.H. graves disminuir dosis.
Vías de Administración	Oral, intravenosa e intramuscular.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad. Hemorragia gastrointestinal, obstrucción mecánica o perforación gastrointestinal. Antecedente de discinesia tardía por neurolépticos o metoclopramida. Feocromocitoma. Epilepsia. Parkinson. Combinación con levodopa o agonistas dopaminérgicos. Antecedente de metahemoglobinemia con metoclopramida o deficiencia en NADH citocromo b5 reductasa. Niños < 1 año por aumento del riesgo de reacciones extrapiramidales.

Fuente: VIDAL Vademécum (2016).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 19

Ficha farmacológica para la Dipirona

Descripción	Pirazolona analgésica no acídica, no narcótica, con efectos analgésicos, antipiréticos y espasmolíticos.
Indicación	Dolor (posoperatorio o postraumático, tipo cólico o de origen tumoral) y fiebre graves y resistentes.
Presentación	Cápsulas y solución inyectable
Posología	Oral y EV: 3 ó 4 veces/día (cada 6 a 8 horas)
Vías de Administración	Oral, intravenosa
Contraindicaciones	Hipersensibilidad o agranulocitosis previa a pirazolonas; función de la médula ósea deteriorada o trastornos sistema hematopoyético; broncoespasmo o reacciones anafilácticas (p. ej. urticaria, rinitis, angioedema) por analgésicos; porfiria aguda intermitente; deficiencia congénita de G6PDH; niños < 3 meses o peso < 5 kg; 3 ^{er} trimestre de embarazo y lactancia.

Fuente: VIDAL Vademécum (2016).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 20

Ficha farmacológica para el Ácido Valproico

Descripción	Aumenta los niveles cerebrales de GABA, disminuye los de aminoácidos excitadores y modifica la conductancia del potasio.
Indicación	Epilepsias: generalizadas primarias: convulsivas, no convulsivas o ausencias y mioclónicas. Parciales con sintomatología elemental (comprendidas las formas Bravais-Jacksonianas) o compleja. Parciales secundariamente generalizadas. Formas mixtas y epilepsias generalizadas secundarias (West y Lennox-Gastaut). Reservar la vía IV para situaciones urgentes o si no es posible la vía oral. Además, la forma de liberación prolongada está indicada en el tto. de episodios maníacos asociados a trastorno bipolar cuando el litio está contraindicado o no se tolera.
Presentación	Comprimidos, solución oral, cápsulas, granulados de acción prolongada e intravenoso
Posología	I.R.: reducir dosis. Forma liberación prolongada: puede administrarse en 1 toma en epilepsias controladas, con dosis diaria 20-30 mg/kg; tto. Episodios maníacos en el trastorno bipolar (forma liberación prolongada): ads., dosis inicial: 750 mg/día (en ensayos clínicos 20 mg/kg/día han demostrado un perfil de seguridad aceptable). Dosis media diaria: 1.000 y 2.000 mg. Dosis diarias > de 45 mg/kg monitorizar. Las formulaciones de liberación prolongada pueden administrarse 1 ó 2 veces/día. La continuación del tratamiento debe ajustarse individualmente utilizando la dosis eficaz más baja. No establecida eficacia y seguridad en < 18 años. - IV: ads. y niños ≥ 12 años: pacientes con tto. Oral instaurado, en perfus. Continua, 4-6 h después de la toma oral, siguiendo la misma pauta posológica establecida, a ritmo de 0,5-1 mg/kg/h. Resto de pacientes, iny. Lenta (3-5 min): 15 mg/kg continuando después de 30 min con perfus. Continua a 1 mg/kg/h hasta máx. 25 mg/kg/día. Lactantes y niños (28 días-11 años): 20-30 mg/kg. Ancianos: 15-20 mg/kg. Pasar a vía oral lo antes posible.
Vías de Administración	Oral e intravenosa.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a ácido valproico, hepatitis aguda, hepatitis crónica, antecedente personal o familiar de hepatitis grave, porfiria hepática, hepatopatía previa o actual y/o disfunción grave del hígado o páncreas, trastornos del metabolismo de aminoácidos ramificados o del ciclo de la urea, trastornos mitocondriales conocidos provocados por mutaciones en el gen nuclear que codifica la enzima mitocondrial polimerasa gamma, como el s. de Alpers-Huttenlocher.

Fuente: VIDAL Vademécum (2019).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 21

Ficha farmacológica para el Cloruro de Potasio

Descripción	Controla la distribución del agua en el organismo y mantiene el equilibrio de líquidos.
Indicación	- 0,9%: reequilibrio iónico en estados de deshidratación con pérdida de sales. Estados de hipovolemia. Vehículo para la administración de medicamentos y electrolitos. Alcalosis débiles. - 5,84%: hiponatremia severa de diferentes causas. - 20%: como aditivo parenteral, en la prevención o tto. del déficit de iones sodio y cloruro.
Presentación	Solución
Posología	IV, IM o SC (estas 2 últimas solo en sol. 0,9 %): dosis según criterio médico, adaptadas a la necesidad clínica del paciente en función de la edad, peso, condición clínica, del balance de fluidos, de electrolitos y del equilibrio ácido-base.
Vías de Administración	Intravenosa.
Contraindicaciones	Edema, eclampsia, hipernatremia, hipercloremia; acidosis; estados de hiperhidratación; hipocaliemia; hipersensibilidad.

Fuente: VIDAL Vademécum (2015).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 22

Ficha farmacológica para el Fentanilo

Descripción	Analgésico narcótico complementario en anestesia general o local. Junto a un neuroléptico, como premedicación para inducción de la anestesia y como coadyuvante en el mantenimiento de anestesia general y regional. Anestésico con oxígeno en pacientes de alto riesgo sometidos a intervenciones quirúrgicas.
Indicación	En dosis bajas para proporcionar analgesia durante procedimientos quirúrgicos cortos. <ul style="list-style-type: none">• En dosis altas como analgésico/depresor respiratorio en pacientes que requieren ventilación asistida.• Para tratar el dolor intenso.
Presentación	Solución inyectable
Posología	Premedicación, IM: 0,05-0,10 mg. Inducción, IV: 0,05-0,10 mg inicialmente; repetir cada 2-3 min hasta conseguir el efecto deseado. Mantenimiento, IV o IM: 0,025-0,05 mg según tensión arterial durante la intervención. Postoperatorio, IM: 0,05-0,10 mg (sala de recuperación).
Vías de Administración	Intravenosa, intramuscular, intranasal, bucal y transdérmica.
Contraindicaciones	Dolor agudo postoperatorio. Fentanest está contraindicado en pacientes con intolerancia conocida al fármaco o a otros morfinomiméticos; Traumatismo craneoencefálico, aumento de la presión intracraneal y/o coma; Niños menores de 2 años.

Fuente: VIDAL Vademécum (2019).

Cuadro 23

Ficha farmacológica para el Midazolam

Descripción	Incrementa la actividad del GABA al facilitar su unión con el receptor GABAérgico.
Indicación	Efecto sedante y somnífero de intensidad pronunciada
Presentación	Solución inyectable
Posología	<p>- Inducción de la anestesia: IV: ads. < 60 años: 0-15-0,2 mg/kg (0,3-0,35 sin premedicación). Ads. ≥ 60 años/debilitados o con enf. crónicas: 0,05-0,15 mg/kg (0,15-0,3 sin premedicación).</p> <p>- Componente sedante en anestesia combinada: IV: ads. < 60 años: dosis intermitentes de 0,03-0,1 mg/kg o perfus. continua de 0,03-0,1 mg/kg/h. Ads. ≥ 60 años/debilitados o con enf. crónicas: dosis < a las recomendadas para ads. < 60 años.</p> <p>- Sedación en UCI:IV: ads.: inicial: 0,03-0,3 mg/kg en incrementos de 1-2,5 mg; mantenimiento: 0,03-0,2 mg/kg/h. Recién nacidos < 32 sem de edad gestacional: 0,03 mg/kg/h. Recién nacidos > 32 sem. y hasta 6 meses: 0,06 mg/kg/h. Niños > 6 meses: inicial 0,05-0,2 mg/kg/h; mantenimiento: 0,06-0,12 mg/kg/h.</p>
Vías de Administración	Intravenosa, intramuscular, intranasal, bucal y transdérmica.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a benzodiazepinas, miastenia gravis, insuf. respiratoria severa, síndrome de apnea del sueño, niños (oral), I.H. grave, tto. concomitante (oral) con ketoconazol, itraconazol, voriconazol, inhibidores de la proteasa del VIH incluyendo las formulaciones de inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir, para sedación consciente de pacientes con insuf. respiratoria grave o depresión respiratoria aguda.

Fuente: VIDAL Vademécum (2016).

3.5 Teoría y/o modelo de enfermería

Al paciente objeto de esta investigación se le aplicó un proceso enfermero sustentado en las teorizantes Marjory Gordon, Callista Roy, Merle Mishel y la teoría de George Gaskill, Mary Lerman y Mary Hainsworth ya que permitieron la evaluación de las conductas de los familiares y el proceso evolutivo del sujeto en el área de cuidados intensivos por la patología presentada a través de las intervenciones de enfermería. A continuación, se presentan los datos biográficos y teóricos de las teorizantes utilizadas en el proceso enfermero aplicado al paciente.

3.5.1 Marjory Gordon

3.5.1.1 Biografía. De acuerdo con lo que describen Gonzalez (2023) y León (2024), Marjory Gordon fue una enfermera norteamericana nacida en la ciudad de Cleveland el 10 de noviembre de 1931 y su deceso fue en Boston el 29 de abril de 2015; en su vida adulta se desempeñó como profesora y teórica por lo que llegó a ser muy reconocida en la carrera de enfermería, por el desarrollo de un método de valoración de enfermería que permitieran la obtención de datos amplios y precisos sobre los pacientes a través de 11 patrones funcionales; estos patrones facilitan el diagnóstico, planificación y posterior ejecución de cuidados personalizados.

Tuvo un gran desempeño dentro de la enfermería por su amplia formación académica al ser preparada en la Escuela de Enfermería del Hospital Monte de Sinaí y también en el Hunter Collage de la Universidad de New York donde logró la licenciatura y el máster respectivamente. Su formación académica no terminó allí, sino que posteriormente realizó un doctorado en el Boston Collage donde además ejerció como profesora de enfermería. Además, formó parte de la Academia Americana de Enfermería y contribuyó al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado mediante la autoría de cuatro (4) libros, entre los cuales se encuentra el Manual de Diagnósticos Enfermeros, y también como primera presidenta de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), asociación que se centra en la estandarización de los diagnósticos de enfermería (Gómez, 2015).

3.5.1.2 Fundamento Teórico. Marjory Gordon basó su teoría en su experiencia clínica y de observación en lo que denominó patrones recurrentes para el cuidado de los pacientes; su enfoque se centró en la valoración integral del paciente, describiendo que la salud no solo se limita a la ausencia de la enfermedad, sino, que implica abarcar múltiples dimensiones que se encuentran interrelacionadas en diferentes aspectos de su vida y su salud.

Esta valoración integral de un individuo une una serie de ámbitos que se evalúan, no sólo los aspectos físicos, abarcan también los emocionales, sociales y psicológicos, cognitivos, culturales y ambientales. Lo que permite obtener una visión holística del paciente al componerse de áreas como la percepción de la salud, la nutrición, la actividad física, las relaciones y el manejo del estrés ante situaciones de adaptación; y cómo estos impactan en su bienestar global. (Academia IFSES, 2024). Estos patrones se obtienen a través de la extracción de datos objetivos y subjetivos mediante la observación clínica directa y la anamnesis con la finalidad de definir diagnósticos de enfermería, guiar planes de cuidados y las acciones enfermeras; se describen a continuación según Rodríguez (2023) los patrones funcionales que esta autora plantea son:

- **Patrón I Percepción y Control de la Salud:** Busca evaluar la salud en general, especialmente la percepción positiva o errónea que se tiene sobre las propias conductas en la salud como hábitos de vida, capacidad de prevenir, existencia de enfermedades, acciones que representen un riesgo en la salud o contribuyan a complicaciones, entre otros.
- **Patrón II Nutrición y Metabolismo:** Se centra en la ingesta de alimentos para evaluar la cantidad de calorías y nutrientes e igualmente se considera la hidratación, lo cual es fundamental para mantener un estado nutricional óptimo y un metabolismo saludable, permitiendo identificar si hay consumos excesivos o deficientes que afecten el peso corporal, si existen problemas que condicionan la ingesta e hidratación, si se usa suplementos vitamínicos, entre otros.

- **Patrón III Eliminación:** Permite valorar la capacidad para eliminar los desechos del cuerpo de manera adecuada y regular a través de la diuresis, heces y transpiración, incluyendo si han ocurrido cambios en la frecuencia, color, consistencia u olor o si se ha llegado a recurrir a otros medios para lograr la eliminación, lo cual ayuda a prevenir problemas de salud.
- **Patrón IV Actividad y Ejercicio:** Describe el nivel de actividad física y ejercicio que promuevan la salud y el bienestar físico y mental, sin embargo no se limita a ellos sino que también permite conocer el grado de movilidad, la presencia de dolor u otras sintomatologías que acompañen el ejercicio físico como por ejemplo la disnea.
- **Patrón V Sueño y Descanso:** Es la calidad y cantidad del sueño y el descanso, siendo esencial para mantener un buen estado de salud y tener energía durante el día, se realizan preguntas en base al patrón del sueño, cambios en el mismo, alteraciones ambientales, emocionales, físicas, entre otras, que impidan el descanso.
- **Patrón VI Cognición y Percepción:** Permite indagar acerca de la habilidad de la persona de usar sus sentidos, la memoria, de pensar y poder procesar información, tomar decisiones y percibir elementos del entorno.
- **Patrón VII Autopercepción y Autoconcepto:** Es la forma en que se ve a sí mismo y cómo se valora, esto puede influir en la autoestima y el bienestar emocional.
- **Patrón VIII Rol y Relaciones:** Tiene en cuenta las relaciones interpersonales y el estado en el que se encuentra dicha relación lo cual puede generar cierto grado de satisfacción o no, influyendo al bienestar general.
- **Patrón IX Sexualidad y Reproducción:** Se refiere a todo lo relacionado con la sexualidad, no obstante, el enfermero debe tomar en cuenta la edad y si es necesario obtener datos en relación a la vida sexual. En este patrón

se incluyen datos del historial reproductivo, cambios, disfunciones, síntomas, enfermedades, entre otras.

- **Patrón X Adaptación y Tolerancia al Estrés:** Es la forma en que se maneja el estrés y las situaciones difíciles, desarrollando estrategias efectivas para afrontarlas, lo que puede ayudar a mantener un equilibrio emocional y físico.
- **Patrón XI Valores y Creencias:** Estudia cómo la persona enfrenta la vida, también se relaciona con los valores, creencias y principios que guían la vida de una persona y le da un sentido de propósito y significado.

3.5.2 Callista Roy

3.5.2.1 Biografía. Callista Roy nació en 1939 en los Ángeles, California; desde temprana edad sintió la inclinación por ayudar a los necesitados, influenciada por los valores cristianos los cuales fueron inculcados por sus padres. En su infancia pasó mucho tiempo en un hospital acompañando a su abuela la cual se encontraba enferma, lo que despertó su interés por la enfermería. Estudió en el Mount St. Mary's College en donde obtuvo la licenciatura en enfermería en el año 1963. Realizó su maestría en enfermería por la Universidad de California en los Ángeles (UCLA) en 1966; después obtuvo masters y doctorados en sociología por la UCLA en 1977.

Callista Roy es profesora y teórica de enfermería en la Escuela de Enfermería de William F. Connell, en el Boston College. En 1991, fundó la Boston Based Adaptation Research in Nursing Society (BBARNS), que más tarde renombró como Roy Adaptation Association (Asociación de Adaptación de Roy). Actualmente, estudia los efectos de las intervenciones en la recuperación cognitiva tras una lesión leve en la cabeza. (Vivas, 2024)

3.5.2.2 Fundamentos teóricos. Fue, precisamente, cuando estaba realizando el máster en enfermería, cuando recibió la orden de una de sus profesoras, Dorothy E. Johnson, la cual le encargó que desarrollara un modelo de enfermería novedoso. Mientras trabajaba como enfermera en la planta de

pediatría, fijándose en el entorno, notó la capacidad de los pequeños para adaptarse a los cambios, ya fueran físicos o mentales; esta constatación impactó tanto que utilizó esto como base conceptual para su proyecto.

De esta forma, Roy puso en marcha su modelo en 1968, el principio básico era que los seres humanos, ya sea de forma individual o como grupo, son sistemas holísticos, un complejo en el que influyen múltiples facetas adaptables. Su tesis doctoral introdujo el Modelo de Adaptación, que considera a los pacientes como sistemas holísticos que usan procesos innatos y adquiridos para adaptarse a los cambios en su salud; se basa en la Teoría General de Sistemas, la teoría de la Adaptación Fisiológica de Harry Helson y en los conceptos de estímulos, procesos de coping y niveles de adaptación. El Modelo de Adaptación parte de varios supuestos (Lidefer, 2022):

- Los pacientes son sistemas holísticos con partes que funcionan como un todo.
- La adaptación ocurre cuando las necesidades de los pacientes son satisfechas mediante la manipulación del entorno.
- La salud y la enfermedad son parte de un Continuo Salud-Enfermedad, donde la conducta de adaptación promueve la salud

Conceptos del Modelo de Adaptación

Adaptación. Es el proceso y resultado por lo cual las personas piensan y sienten, como grupos o individuos usando conscientemente conocimiento selecto para crear la integración humana y ambiental. Este concepto enfoca cinco dimensiones: supervivencia, desarrollo, reproducción, dominio o competencia, y transformación ambiental y personal.

Comportamiento. Son acciones y reacciones internas o externas bajo circunstancias específicas. Son todas las respuestas del sistema adaptativo humano incluyendo capacidades, recursos, conocimientos, habilidades, destrezas y responsabilidades. Este concepto engloba dos dimensiones:

1. Las respuestas adaptantes, que son las que promueven la integridad del sistema humano en los términos de las metas de la adaptación: supervivencia, crecimiento, reproducción, dominio, y transformaciones de la persona y del ambiente, sistema, o muerte, pues se relaciona con el individuo.
2. Las respuestas ineficaces, no promueven la integridad ni contribuyen a las metas de adaptación e integración de las personas con la tierra.

Roy define la adaptación como «el proceso y resultado por el cual los pensamientos y sentimientos de las personas como sistemas holísticos se usan como respuesta efectiva a las circunstancias cambiantes del entorno». Por lo que según este modelo define cuatro modos de adaptación:

1. Modo fisiológico. Pertenecen los aspectos físicos de sistemas humanos, El comportamiento en este modo es la manifestación de las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos finos, órganos, y sistemas que abarcan el cuerpo humano, tiene nueve componentes: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, protección, líquidos y electrolitos, sentidos, función neurológica y función endocrina.

2. Modo de autoconcepto. Se refiere específicamente al aspecto personal en el sistema humano; se centra concretamente en los aspectos psicológicos y espirituales de la persona, se divide en dos subáreas: el ser físico (sensación del cuerpo e imagen del cuerpo) y el ser personal (autoconsistencia, autoideal, ser espiritual, ético y moral).

3. Desempeño del Rol. Se centra específicamente en los roles que la gente ocupa en la sociedad. La necesidad básica subyacente en el modo de la función del rol se ha identificado como la integridad del rol social con claridad del individuo por sí solo y en sociedad.

Estos roles se dividen en tres; rol primario atribuido a la edad, sexo y etapa de desarrollo, el cual determina la mayoría de los comportamientos encontrados en una persona según su etapa de desarrollo, el rol secundario es aquel que una

persona asume ya sea padre, esposa, profesional y el rol terciario es aquel que se elige libremente por la persona, de naturaleza temporal, es una tarea de menor importancia dentro de su desarrollo actual como ser miembro de un club, ser integrante de un equipo de deporte.

4. El modo adaptativo de interdependencia. Se centra en relaciones cercanas con la gente, como individuos y grupos, más que roles en sociedad; en la cual la necesidad de la integridad más que asociarse al afecto, al desarrollo, a la maduración, y a recursos, se complementa. El modelo de adaptación de Roy se relaciona con los procesos afectivos, de desarrollo, y de recurso con los que el individuo continúa creciendo como persona y como miembro que contribuye a la sociedad.

Las relaciones interdependientes se dividen en dos categorías: significativas y sistemas de ayuda: las significativas son los individuos a los cuales se les da la mayoría del significado o importancia, pueden ser los padres, parejas, amigos, Dios, miembros de la familia o animales; donde estos impliquen amarse, respetarse, valorarse, y alternadamente, ellos aman, respetan, y valoran un grado mayor que en otras relaciones.

Los sistemas de ayuda incluyen a la gente, grupos, y las organizaciones con las cuales uno se asocia para lograr metas o alcanzar un cierto propósito. Los significados de las relaciones con los sistemas de ayuda no llevan generalmente la misma intensidad que las de relaciones con los significativos. Ocasionalmente la enfermera puede ocupar una posición en un sistema de ayuda para un individuo que requiera cuidado, los factores que intervienen en la interdependencia son el contexto que es un sistema particular de estímulos externos e internos que influyen la relación

En el modelo, Roy define los estímulos como "todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente". Clasificándolos:

- Estímulo focal. "Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona". Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación.
- Estímulos contextuales. Son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación.
- Estímulos residuales. Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual.

Roy también identifica unos estímulos comunes a todas las personas, que en un momento dado pueden ser focales, contextuales o residuales. Entre estos se encuentran:

- Los estímulos culturales, que comprenden el nivel socioeconómico, la etnicidad y el sistema de creencias.
- Los estímulos familiares, que involucran la estructura y las tareas del grupo familiar.
- Los estímulos relacionados con la etapa de desarrollo.
- Los estímulos relacionados con la integridad de los modos adaptativos, con la efectividad del mecanismo cognitivo y el nivel de adaptación.
- Los estímulos relacionados con el ambiente, tales como los cambios en el ambiente interno y externo, el manejo médico, el uso de drogas, el alcohol, el tabaco, la situación social, política y económica.

3.5.3 Merle Mishel

3.5.3.1 Biografía. Lopez (2024, p. 133) señala que Mishel nació en Boston en 1936; en 1961 obtuvo su licenciatura en enfermería en la Universidad de Boston y cinco (5) años después un máster de enfermería especializada en la atención psiquiátrica por la Universidad de California; en 1976 obtuvo otro máster

y posteriormente en 1980 obtuvo el doctorado en psicología social en la Claremont Graduate School, esta tesis se basó en el desarrollo y en la evaluación de una escala de ambigüedad percibida frente a la enfermedad, posteriormente conocida como la escala de Michel de la incertidumbre frente a la enfermedad.

Al principio de su carrera, Mishel trabajó como enfermera especializada en atención psiquiátrica en centros de enfermos agudos y ámbitos comunitarios. Tras finalizar su doctorado en psicología social, en 1981 se trasladó al College of Nursing de la Universidad de Arizona como profesora adjunta, y en 1988 obtuvo la plaza de profesora. De 1984 a 1991 fue jefa de enfermeras de la división del área de salud mental. En 1990 fue nombrada miembro de la American Academy of Nursing. Actualmente es la directora de los programas doctorales y posdoctorales en la escuela. Mishel también dirige un programa productivo en el que se investigan las intervenciones de la enfermería en varios grupos de personas con cáncer diferentes entre sí.

3.5.3.2 Fundamentos Teóricos. Lopez (2024) explica que cuando Mishel comenzó a investigar acerca de la incertidumbre, este concepto aún no se había usado en el contexto de la salud y de la enfermedad. Su teoría sobre la incertidumbre frente a la enfermedad se basaba en modelos ya existentes de procesamiento de información de Warburton y en el estudio de la personalidad de Budner, procedentes de la psicología, que identificaban la incertidumbre como un estado cognitivo resultante de una serie de impulsos o señales que no son suficientes para formar un esquema cognitivo o una representación interna de una situación o un hecho.

Mishel atribuye el marco subyacente del estrés, la valoración, el afrontamiento y la adaptación de su teoría original al trabajo de Lazarus y de Folkman. Lo que sí es exclusivo de Mishel es la aplicación como factor estresante en el contexto de la enfermedad, lo que hace que este marco resulta de gran valía para las enfermeras.

La teoría se desarrolló a raíz de la tesis doctoral que realizó con pacientes hospitalizados, por lo que utilizó tanto datos cualitativos como cuantitativos y, de esta forma, creó la primera conceptualización de la incertidumbre en el contexto de la enfermedad. Se han recogido pruebas empíricas significativas que confirman el modelo teórico de Mishel en las personas adultas que padecen enfermedades crónicas o que amenazan la vida; por que se ha demostrado el efecto negativo que provoca la incertidumbre en las consecuencias psicológicas como la ansiedad, la depresión y la desesperación.

En 1990, Mishel conceptualizó de nuevo la teoría de la incertidumbre para adaptar las reacciones frente a la incertidumbre con respecto al concepto de tiempo en personas con enfermedades crónicas. Se amplió la teoría original para aportar la idea de que puede que no haya una solución contra la incertidumbre, pero el individuo tiene que aceptarla como parte de la realidad en que vive; con el fin de adoptar este nuevo modo de ver la vida, el paciente debe confiar en los recursos sociales y el personal sanitario, los cuales también deben optar por la creencia en la probabilidad. En su tesis doctoral, se centró en el desarrollo y en la evaluación de la escala de la ambigüedad percibida frente a la enfermedad (Perceived Ambiguity in Illness Scale), posteriormente conocida como la escala de Mishel de la incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel Uncertainty in Illness Scale). La escala original se ha usado como base para otras tres escalas:

- Una versión comunitaria para enfermos crónicos que no están hospitalizados o que reciben atención médica de forma activa.
- Una medición de la percepción de la incertidumbre que tienen los padres con respecto a la experiencia vivida por la enfermedad de sus hijos.
- Una medición de la incertidumbre que sufren las parejas u otros familiares cuando un miembro de la familia se halla gravemente enfermo.

Los elementos teóricos que maneja Mishel (1998) en su teoría son:

-Incertidumbre: La incertidumbre es la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece cuando la

persona de la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir qué resultados se obtendrán

-Esquema cognitivo: Es la interpretación subjetiva de la persona con respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización.

-Marco de los estímulos: Constituye la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe una persona; dentro de un esquema cognitivo

-Tipología de los síntomas: Es el grado en que los síntomas se presentan con la suficiente consistencia como para ser percibidos como un modelo o configuración

-Familiaridad de los hechos: Supone el grado en que una situación se antoja habitual y repetitiva, o el grado en que las claves son reconocibles

-Coherencia de los hechos: Se refiere a la coherencia existente entre lo esperado y lo experimentado en los hechos que resultan de la enfermedad

-Fuentes de la estructura: Representan los recursos existentes para atender a la persona en la interpretación del marco de estímulos

-Autoridad con credibilidad: Es el grado de confianza que la persona tiene en el personal sanitario que le atiende

-Apoyo social: El apoyo social que se recibe influye en el nivel de incertidumbre cuando se ayuda a la persona en su interpretación del significado de los hechos

-Capacidades cognitivas: Son las habilidades de la persona para procesar la información y reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación

-Inferencia: Se refiere a la evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias relacionadas

-Ilusión: Se refiere a las creencias que nacen de la incertidumbre

-Adaptación: Refleja el comportamiento biopsicosocial mostrado dentro de la variedad de comportamientos comunes de la persona, definido de manera individual

-Nueva perspectiva de la vida: Representa la reformulación de un nuevo sentido del orden de las cosas, que resulta de la integración de una continua incertidumbre en la estructura de un mismo individuo, en la que se acepta la incertidumbre como si se tratase de un ritmo natural de la vida.

-Pensamiento probabilístico: Se refiere a la creencia en un mundo condicional, en el que se dejan de lado el deseo de un estado de continua certeza y la previsibilidad.

3.5.4 Georgene Eakes, Mary Lermann y Margaret Haynsworth

3.5.4.1 Biografías. Martinez y Alligod (2011) expresan que Georgene Gaskill Eakes nació en New Bern, California del norte. Se diplomó en enfermería en el Watt Hospital School of Nursing en Durham California en 1966. Al inicio de su carrera profesional, Eakes trabajó en el entorno de la salud mental y psiquiátrica de la comunidad. El interés de Eakes por temas relacionados con la muerte, el moribundo, la pena y la pérdida empezó en la década de 1970, cuando sufrió lesiones potencialmente mortales como consecuencia de un accidente automovilístico. Su experiencia próxima a la muerte potenció su concienciación de la deficiente preparación de los profesionales sanitarios y de las personas en general para tratar con individuos que hacen frente a la muerte, y la ausencia general del conocimiento de las reacciones de pesar experimentadas en respuesta a situaciones de pérdida. Motivada por esta perspectiva, dirigió sus primeros esfuerzos de investigación al estudio de la ansiedad por la muerte entre personal de enfermería en casos de cuidados prolongados, y a la exploración de la resolución de la pena entre las enfermeras de hospitales para enfermos terminales.

Mary Lermann Burke nació en Sandusky (Ohio), y allí completó sus estudios de primaria y secundaria. Recibió su primer diploma en enfermería en el Good Samaritan Hospital School of Nursing en Cincinnati en 1962. Al principio

de su carrera, Burke ejerció la especialidad de enfermería pediátrica en el campo de atención primaria y el paciente agudo. Burke se interesó por el concepto de duelo disfuncional durante su programa de doctorado tras una práctica clínica en el Child Development Center del Rhode Island hospital. Mientras trabajaba allí con niños con espina bífida y sus padres, tuvo la intuición clínica de que las emociones manifestadas por los padres coincidían con el duelo disfuncional descrito por primera vez por Olshansky (1962).

Su tesis, *The concerns of mother of preschool children with myelomeningocele*, identificó emociones similares a las del duelo disfuncional. Luego desarrolló el Burke Chronic Sorrow Questionnaire para realizar el trabajo de su tesis doctoral, *Chronic Sorrow in Mothers of school-Age Children with Myelomeningocele*. En junio de 1989 presentó su tesis en el congreso de investigación de las Sigma theta tau international en Taipéi (Taiwán), donde entró en contacto con la doctora Eakes de las East Carolina University y la doctora Hainsworth del Rhode Island College, posteriormente este grupo constituyó el NCRCS, en el que participó durante un breve periodo la doctora Carolyn Lindreg de las Wayne State University.

Juntas desarrollaron un cuestionario de duelo disfuncional de Burke/NCRCS modificado, y realizaron individualmente una serie de estudios que fueron analizados conjuntamente. Los estudios individuales de Burke en esta serie se centraron en el duelo disfuncional en parejas estériles, en niños de padres con trastornos disfuncionales y en padres que habían sufrido la pérdida de un ser querido. Los estudios analizados conjuntamente dieron lugar al desarrollo de una teoría intermedia de duelo disfuncional publicada en 1998.

Margaret A. Hainsworth nació en Brockville, en Ontario (Canadá) en 1959 emigró a Estados Unidos para asistir al George Peabody College for Teachers en Nashville, en Tennessee, donde se diplomó en enfermería en salud pública. Ha ejercido la enfermería en las especialidades de salud pública y enfermería psiquiátrica y de salud mental. Su interés por la enfermedad crónica y su relación con la aflicción se inició durante su trabajo como orientadora de un grupo de

apoyo para mujeres con esclerosis múltiple. Esta práctica la llevó a su tesis: *An ethnographic study of women with multiple sclerosis using a symbolic interaction approach*. Esta tesis se aprobó para una ponencia en el congreso de investigación de la sigma theta tau en Taipéi (Taiwán) en 1989. En esta conferencia, se familiarizó con la investigación sobre el duelo disfuncional después de asistir a una presentación de Burke. A partir del trabajo de Burke, se fundó el NCRCS en 1989 para ampliar los conocimientos sobre el duelo disfuncional. Hainsworth fue una de las cuatro fundadoras y miembro activo hasta 1996. La investigación se inició con cuatro estudios centrados en el duelo disfuncional en individuos con situaciones vitales crónicas y los miembros del consorcio analizaron conjuntamente los datos.

3.5.4.2 Fuentes y Fundamentos Teóricos. Las bases teóricas para el desarrollo de la teoría tienen dos fuentes principales: el trabajo de Olshansky (1962), que fue citado como base para el concepto de duelo disfuncional, y el modelo de Lazarus y Folkman (1984), sobre el estrés y la adaptación para el desarrollo de la conceptualización de cómo las personas hacen frente al duelo disfuncional.

Las teóricas del NCRCS citan las observaciones de Olshansky sobre los padres con hijos con retraso mental, que indicaban que estos padres experimentaban una tristeza recurrente, y acuñan el término duelo disfuncional como “una descripción amplia y sencilla de la reacción psicológica ante una situación trágica”. De igual forma, las investigaciones del NCRCS no se limitó solamente a la existencia del duelo disfuncional, sino en buscar una respuesta a este; y es ahí donde entra el modelo de Lazarus y Folkman, sobre el estrés y la adaptación como base para los métodos de gestión eficaces descritos en su modelo, gracias al cual las teorizantes analizaron que la disparidad encontrada y la respuesta al duelo estimulan los mecanismos de afrontamiento individual y que las estrategias internas de afrontamiento incluyen conductas orientadas a la acción, de revalorización cognitiva e interpersonales.

Gracias a esto, las teorizantes pudieron desarrollar sus propios fundamentos teóricos:

1. El duelo disfuncional es una respuesta humana normal relacionada con la discrepancia continua creada por una situación de pérdida.
2. El duelo disfuncional es de naturaleza cíclica.
3. Los desencadenantes internos y externos predecibles de un duelo intenso pueden clasificarse y anticiparse.
4. Los seres humanos tienen estrategias de afrontamiento inherentes y aprendidas que pueden o no ser eficaces para recuperar el equilibrio normal cuando se experimenta un duelo disfuncional.
5. Las intervenciones de los profesionales sanitarios pueden o no ser eficaces para ayudar al individuo a recuperar el equilibrio normal.
6. Un ser humano que experimenta una pérdida única o continuada percibirá una discrepancia entre el ideal y la realidad.
7. La discrepancia entre lo real y lo ideal conduce a sentimientos generalizados de tristeza y duelo.

3.5.2.3 Principales Conceptos y Definiciones.

-Duelo disfuncional: Es la discrepancia continua resultante de una pérdida, caracterizada por su omnipresencia, que quiere decir que el dolor está siempre presente; y permanencia, donde no hay un alivio claro o resolución del duelo. Los síntomas del duelo se repiten periódicamente y son potencialmente progresivos.

-Pérdida: Se produce como resultado de la discrepancia entre la situación que se desea y la realidad que se enfrenta. Por ejemplo, un padre puede desear tener un hijo sano y feliz, pero si su hijo padece de alguna patología crónica, esta discrepancia entre lo que desea y la realidad, puede generar un sentimiento de pérdida.

-Situaciones desencadenantes: Son situaciones, circunstancias y condiciones que ponen de relieve la discrepancia o la pérdida recurrente y que inician o exacerbaban los sentimientos de duelo. Es decir, son eventos que provocan la reactivación de los sentimientos del duelo, lo que puede ser o no fue.

-Métodos de gestión: Son medios por los que los individuos se enfrentan al duelo disfuncional. Pueden ser internos (estrategias personales de afrontamiento) o externos (intervenciones del profesional sanitario o de otras personas).

-Gestión ineficaz: Es el resultado de estrategias que aumentan el malestar del individuo o agudizan los sentimientos de duelo disfuncional, dificultando mucho más el proceso de duelo.

-Gestión eficaz: Es lo contrario a la gestión ineficaz. Este es el resultado de estrategias que conducen a un mayor bienestar del individuo afectado, ofreciendo soluciones de manera constructiva y mejorando el proceso de duelo.

3.5.5 La intervención del Profesional de Enfermería en la Aplicación de las teorías de enfermería con la investigación

El presente caso en estudio está fundamentado en la combinación de cuatro (4) teorías de enfermería las cuales se conjugan al momento de la intervención como base de la práctica profesional, de los cuales se utilizará el modelo establecido por Marjory Gordon para el proceso de valoración de enfermería al paciente a través del estudio de los 11 Patrones Funcionales de la Salud mediante una relación terapéutica, ya que estos permiten obtener datos del estado de salud en una visión holística o amplia, es decir, no solo se basa en la observación clínica, sino también en la información subjetiva proporcionada por los familiares durante la anamnesis en las diferentes prácticas profesionales, lo cual compone el razonamiento lógico para así llegar a conocer los patrones alterados, la etiología de la enfermedad y aquellos factores que condicionan o influyen en la enfermedad del paciente, de modo que facilite el diagnóstico enfermero y permita la elaboración de los planes de cuidado con intervenciones adecuadas a las alteraciones del paciente.

Seguidamente se aplicará la teoría de adaptación desarrollada por Callista Roy, el cual proporciona un marco conceptual que permite planificar cuidados individualizados y centrados en la persona, esto al identificar los modos adaptativos afectados, los estímulos y las respuestas del paciente; además se evalúa las relaciones interpersonales, las responsabilidades familiares y los sistemas de apoyo social del paciente y cómo estas influyen en la adaptación, lo que permite establecer objetivos claros y seleccionar las intervenciones más adecuadas para promover la adaptación y mejorar la calidad de vida.

Así como también, se relaciona con la teoría de la la incertidumbre ante la enfermedad de Merle Mishel por que se describe y explica el cómo este puede ser un factor que genera mucho estrés, afectando tanto al paciente como al entorno familiar, ya que aunque el sujeto de investigación curso con patologías limitantes desde su nacimiento que fueron resueltas rápidamente; desde ese entonces no se habían encontrado en una situación como la actual, por lo que no tienen certeza de lo que sucederá experimentando incertidumbre según es descrito por Mishel.

Los padres reflejaban un gran nivel de inquietud y miedo a lo desconocido con respecto a la enfermedad que actualmente presenta su hijo, manteniéndose siempre pendiente de todos los procedimientos e intervenciones que fueron realizadas, con la inquietud de las complicaciones que esto acarreará posterior a la salida del área al desconocer el pronóstico de la enfermedad; el proceso enfermero fue de forma holística, donde se brindó apoyo a los padres y demás familiares, ante la angustia de tener a un hijo en un área de cuidados intensivos, se orientó de manera clara la evolución de la enfermedad y la posible nueva realidad.

Por último, será aplicada la teoría del duelo disfuncional por ser una teoría de rango medio que busca comprender y explicar el desarrollo del duelo disfuncional frente a una experiencia de pérdida, lo que permite plantear modos de gestión que tienen en cuenta los desencadenantes internos y externos del propio proceso del duelo, en situaciones de alto impacto las personas, en el caso de la presente investigación, se relaciona a los padres los cuales experimentan un afrontamiento deficitario y que se presume se mantendrá a largo plazo, generando

lo que se conoce como un duelo complicado; llegando a expresarlo como un fracaso, evidenciando ansiedad por la alta carga emocional que llega a suponer, presentando respuestas que van desde el llanto, tristeza, dolor, rabia e incluso miedo a la rutina sin su familiar

CAPÍTULO IV ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

En el presente capítulo se describe el caso clínico seleccionado en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos del Hospital Dr. Luis Ortega, donde se visualizará el título del caso y el resumen del mismo, así como los objetivos que guiarán la aplicación del proceso enfermero utilizando la valoración subjetiva mediante las teorizantes Marjory Gordon, Callista Roy, Merle Mishel y Eakes et al; la valoración objetiva mediante el examen físico céfalo-caudal, obteniéndose las alteraciones que servirán para formular los diagnósticos según la NANDA (2021-2023) y los resultados esperados con el NOC (2018) para de esta forma establecer las intervenciones de enfermería según la NIC(2018) creando planes de cuidados que nos permitan contribuir a la atención del paciente.

4.1 Título del caso

Proceso Enfermero A Paciente Adulto Joven Masculino De 20 Años De Edad Con Diagnóstico Médico De Sepsis Punto De Partida Pulmonar Ingresado En La Unidad De Cuidados Intensivos Adultos Del Hospital Dr. Luis Ortega De Porlamar

4.2 Resumen del caso

Se trata de paciente adulto joven masculino de 20 años de edad, oriundo de la localidad de Bella Vista / Los Delfines Municipio Mariño, Edo. Nva. Esparta con antecedentes patológicos personales de Mielomeningocele, Hidrocefalia con Válvula ventrículo-peritoneal, escoliosis severa. Inicia enfermedad actual el 08 de octubre del año 2024 al presentar diarrea color amarilla, fétida; luego el 09 de octubre en horas de la noche presentó disnea de leve a moderado esfuerzo concomitantes de palidez cutánea. Para el día 11 de octubre se dirige en compañía familiar al Hospital Central Regional Dr. Luis Ortega de Porlamar y posterior su evaluación por médico de guardia se decide su ingreso, con un primer diagnóstico de Enterocolitis aguda y anemia moderada (Hg 8gr/dl)

El 13 de octubre y debido a la intensificación de las manifestaciones clínicas se realizan paraclínicos y rayos x de tórax evidenciando alteraciones compresivas en la pleura modificando el diagnóstico médico a Píotorax por lo que se decide la realización de una toracotomía mínima invasiva conectada a sistema Pleuro-evac por Píotorax, el día 13 de octubre donde se evidenció abundante salida de secreciones purulentas.

Una semana después a su ingreso hizo paro cardiorespiratorio, por lo que posterior a la reanimación efectiva se decide conectar a ventilación mecánica para el día 18 de octubre, posterior a mejoras clínicas se le realizan dos destetes ventilatorios uno el 28-10 y el otro el 12-11 siendo estos insatisfactorios al presentar clínica de desaturación de oxígeno y pérdida de consciencia, por lo que se decide nuevamente su conexión a ventilación mecánica.

Posterior a 96 horas sin evidenciarse salida de secreciones purulentas se decide retiro de tubo conectado a sistema Pleuro-Evac, ya para el día 03 de diciembre posterior a interconsulta con especialistas se toma la decisión de realizarle un procedimiento de traqueostomía la cual posterior al acto quirúrgico mantuvo, hasta que el 07 del mismo mes falleció por complicaciones hemodinámicas que lo conducen nuevamente a un paro cardiorespiratorio donde se le realiza RCP por 15 min siendo este inefectivo.

Es por ello que se presentan los Dominios del NANDA afectados, los cuales guiaron los diagnósticos e intervenciones del proceso enfermero.

- **Dominio 1.** Promoción de la Salud
- **Dominio 4.** Actividad y Descanso
- **Dominio 7.** Relación de los Roles Familiares
- **Dominio 9.** Afrontamiento/Tolerancia al Estrés
- **Dominio 11.** Seguridad/Protección

4.3 Objetivos

4.3.1 Objetivo general

Aplicar Proceso Enfermero a Paciente Adulto Joven Masculino de 20 Años de Edad con Diagnóstico Médico de Sepsis Punto de Partida Pulmonar Ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar

4.3.2 Objetivos específicos

1. Valorar objetivamente a través del examen físico céfalo-caudal y subjetivamente mediante los conceptos y elementos teóricos de Gordon, Mishel y Eakes et al. que permitan la atención del paciente y familia.
2. Formular diagnósticos de enfermería de acuerdo a los conceptos y elementos teóricos alterados de Gordon, Roy, Mishel y Eakes et al. tomando como referencia la taxonomía NANDA (2021-2023)
3. Identificar los criterios de resultados esperados de acuerdo a la taxonomía NOC (2018) que permita la evolución del paciente y familia.
4. Planificar las intervenciones de enfermería de acuerdo con la taxonomía NOC (2018) para la atención del paciente y familia tomando como referencia los conceptos y elementos teóricos alterados de Gordon, Roy, Mishel y Eakes et al.
5. Ejecutar intervenciones de enfermería de acuerdo con la taxonomía NIC (2018) para la atención del paciente y familia tomando como referencia los conceptos y elementos teóricos alterados de Gordon, Roy, Mishel y Eakes et al.
6. Evaluar la evolución del paciente y familia por medio de los criterios establecidos en la taxonomía NOC (2024).

4.4 Historia de Enfermería

La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, obteniendo la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente. (Boletín Oficial del Estado, 2002)

4.4.1 Anamnesis

La anamnesis es un procedimiento de exploración que se realiza a través de la entrevista inicial con el objetivo de identificar al paciente, averiguar su enfermedad, su historial y aquellas cuestiones ambientales, familiares y personales más destacables. (Universidad Internacional de La Rioja, 2025)

Datos Personales.

- Nombre: “Superhéroe”
- Fecha de nacimiento: 08/07/2004
- Edad: 20 años.
- Sexo: Masculino.
- Estado civil: Soltero.
- Dirección: Los delfines, Bella Vista, Municipio Mariño, Estado Nueva Esparta.
- Nacionalidad: Venezolana.
- Religión: Creyente..
- Grupo sanguíneo: A RH +
- Fecha de ingreso: 11 de octubre del 2024.
- Número de historia: 284781

Antecedentes Personales.Mielomeningocele, hidrocefalia, escoliosis severa.

Antecedentes Familiares. Padres vivos aparentemente sanos; 2 hermanos (femeninas) aparentemente sanas.

Antecedentes Quirúrgicos. Reparación de mielomeningocele (24hrs postnatal), derivación ventriculoperitoneal (15 días postnatal), corrección de escoliosis instrumentación sin fusión (11 años)

Hábitos psicosociales: tres tazas de café diarias.

4.4.2 Valoración de la Paciente.

4.4.2.1 Valoración Objetiva: Examen Físico Céfalo-Caudal.

- Cuero Cabelludo:** Limpio, se observa alopecia en zona parietal-occipital.
- Cabeza:** Cabello corto, liso, color castaño oscuro, limpio, con posición anatómica normal, sin presencia de lesiones ni tumoraciones a la palpación.
- Cara:** Piel limpia, de color morena, sin presencia de lesiones.
- Cejas:** Color negras, simétricas sin ningún tipo de lesiones ni cicatrices.
- Ojos:** Color marrón claro, pupilas midriáticas, con respuesta a luz, en condiciones normales, sin presencia de cataratas.
- Oídos:** Pabellón auricular normoimplantado. Sin presencia de lesiones en ambos lóbulos.
- Nariz:** De configuración y aspecto normal, fosas nasales permeables, simétricas, sin presencia de secreción nasal, sin desviaciones en el tabique nasal.
- Boca:** Labios delgados, presencia dentaria completa y sin presencia de caries ni prótesis.
- Cuello:** sin tumoraciones, ni ganglios linfáticos inflamados.
- Extremidades Superiores:** Ambos brazos simétricos, edematizados, piel hidratada y uñas de ambas manos cortas.

-Tórax: asimétrico, expansible, se observa vía central en zona subclavia derecha, con presencia de cicatriz en la zona lateral derecha por intervención quirúrgica de corrección de escoliosis, además de evidencia de toracotomía conectada a sistema pleuroevac, ruidos respiratorios presentes en ambos hemitórax; posterior se evidencia cicatriz desde zona superior de la espalda hasta zona lumbar.

-Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, no se evidencia visceromegalia.

-Genitales: se evidencia de hidrocele severa, úlcera por presión grado dos en zona glútea, ano permeable

-Miembros inferiores: atrofia muscular a nivel de muslos y pantorrillas, edema en pies, sin presencia de lesiones, piel hidratada y uñas limpias.

Signos Vitales

- Tensión Arterial: 99/58 mmHg.
- Frecuencia Cardíaca: 130 Lpm.
- Frecuencia Respiratoria: 32 Rpm.
- SpO₂: 97%
- Temperatura: 37 °C

4.4.3 Valoración Subjetiva

4.4.3.1 Valoración Subjetiva: Elementos teóricos de Marjory Gordon.

Ahora bien, se valorará este concepto a través de los once (11) patrones funcionales de Marjory Gordon que seguidamente se describirán y luego serán analizados.

Patrón 1 Percepción de la Salud. Este patrón pretende determinar, la percepción del individuo sobre su estado de salud, el manejo de su enfermedad y las acciones preventivas.

Familiares refieren: *“con respecto a las patologías de nacimiento sabíamos que tenían complicaciones, cuando comenzó la diarrea y la dificultad respiratoria, no sabíamos qué pasaba y nos generó mucha angustia”. los mismos también refieren “tengo sentimientos encontrados pero sabemos que él es muy fuerte”.*

Análisis: Este patrón se encuentra alterado por que a pesar de estar informados sobre las complicaciones de las patologías, tienen miedo lo que le causa estrés, los cuales afectan su cuidado y por ende su evolución.

Patrón 2. Nutrición y Metabólico. Este patrón pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, los posibles problemas en su ingesta.

Familiares refieren: *“que ha visto como superhéroe ha bajado de peso al tener una dieta a base únicamente de soluciones o alimentos líquidos y por que al estar conectado no puede comer como lo hacía en casa ”.*

Análisis: Este patrón se encuentra alterado debido a que el paciente presenta una pérdida progresiva de peso a causa de las limitaciones al consumir ciertos alimentos y líquidos que antes eran comunes en su dieta.

Patrón 3 Eliminación. Patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella.

Familiares refieren: *“orina mucho más debido a todo lo que recibe por la vía y hay veces que tenemos que colocarle laxantes por que no evacua normalmente lo cual me preocupa”.*

Análisis: Este patrón se encuentra alterado debido a que el paciente no tiene la capacidad de realizar su función excretora a través lo cual es un factor preocupante para los familiares.

Patrón 4 Actividad y Ejercicio. Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicio. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Familiares refieren: *“en casa la tenía toda la libertad de moverse, a pesar de que, aunque lo intentamos todo no pudo caminar, pero era bastante independiente para hacer sus cosas, en algunas obviamente era necesario que lo ayudáramos, pero desde que está acá, no lo podemos mover y simplemente permanece acostado ”.*

Análisis: Este patrón se encuentra alterado dado que el paciente no es capaz de realizar lo que realizaba antes, debido a las restricciones y las dificultades que le ha ocasionado la patología y la conexión respiratoria.

Patrón 5 Sueño y Descanso. Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

Familiares refieren: *“ahora se encuentra más aletargado y hay días que duerme mucho y otros que pelea mucho por que se encuentra abrumado y no duerme en toda la noche ”.*

Análisis: Este patrón se encuentra alterado dado que el paciente no logra conciliar el sueño por encontrarse en un ambiente que no cumple con sus estándares de comodidad haciendo que se encuentre alterado su ciclo circadiano.

Patrón 6 Cognición y Percepción. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección. También se determina la existencia o no de dolor.

Padre refiere: *“que superhéroe a pesar de su condición, era capaz de comunicarse con nosotros a través de señas con los ojos o las manos, él está consciente de todo, cuando no está tan dormido por la droga ”.*

Análisis: Este patrón no está alterado debido a que el paciente es capaz de estar consciente de todos sus sentidos y tiene la capacidad de entender estímulos recibidos.

Patrón 7 Autopercepción y Autoconcepto. Patrón del concepto y percepción de uno mismo. Incluye la actitud del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad.

Paciente Refiere: *“sonriendo a la pregunta de ser un superhéroe, además asintió a las preguntas realizadas por los familiares y la investigadora”.*

Análisis: Este patrón no está alterado ya que el paciente tiene un pensamiento y definición de sí mismo adecuada y muy positiva al verse como un luchador.

Patrón 8 Rol y Relaciones. Papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Es importante valorar la existencia de problemas en las relaciones familiares o sociales.

Familiares refieren: *“que aunque no salía mucho de casa, está siempre saludando y sonriendo ante las enfermeras, enfermeros, familiares, doctores y personal de limpieza que siempre estaban atentos a él”.*

Análisis: Este patrón no está alterado dado que el paciente mantiene una buena relación con su entorno social.

Patrón 9 Sexualidad y Reproducción. Describe la satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, el patrón reproductivo, y todo lo relacionado con él.

Madre refiere: *“no posee”.*

Análisis: Este patrón se encuentra afectado ya que el paciente no mantiene una vida sexual activa.

Patrón 10 Adaptación al Estrés. Patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye las formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

Familiar refiere: *“en ocasiones creo que la situación lo abruma de tal manera que se altera y no colabora al realizar los procedimientos”.*

Análisis: Este patrón se encuentra alterado dado que el paciente necesita de sus familiares para poder mantenerse calmado y no dejarse llevar por el estrés y la situación en la que se encuentra.

Patrón 11 Valores y Creencias. Patrón de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

Madre refiere: *“son una familia creyente, pero no van mucho a la iglesia”.*

Análisis: Este patrón no está alterado debido a que el paciente y su familia tienen una creencia y valores que los ayudan a tener expectativas de salud.

4.4.3.2 Valoración Subjetiva: Elementos teóricos de Callista Roy.

Estímulos Focales: Son los estímulos que más afectan al individuo en un momento dado y requieren una respuesta inmediata. Generalmente, son los estímulos que se presentan más evidentes o inmediatos.

Paciente manifiesta: *“dolor, fiebre, incomodidad, ansiedad, edematización”.*

Análisis: este estímulo se encuentra afectado ya que el paciente requiere en todo momento algún tipo de atención, bien sea por medios físicos para la disminución de la fiebre o para la inflamación en las zonas inguinales, además de fármacos que ayuden con su padecimiento.

Estímulos Contextuales: Son todos los otros estímulos presentes en el entorno que contribuyen o dificultan la adaptación del individuo. Pueden ser factores físicos, sociales, culturales, etc.

Madre refiere: *“lastimosamente las instalaciones hospitalarias no permiten una correcta atención y ambiente para los pacientes en estas condiciones, además no tenemos apoyo social con respecto a esta situación por que no aceptamos visitas y por ende no hay alguien externo apoyándonos y de paso cada dia se nos van agotando los recursos, los ahorros ya no están y no queremos estar pidiendo dinero, pero esto también retrasa los tiempos”*

Análisis: este estímulo se encuentra afectado ya que los medios no están dados para una correcta atención y limita el proceso de adaptación que pueda presentar el individuo.

Estímulos Residuales: Son aquellos factores que pueden influir en la adaptación, pero cuyos efectos no están del todo claros. Estos pueden ser experiencias previas, predisposiciones genéticas, etc.

Padre refiere: *“ el era muy pequeño cuando pasó por todas las operaciones, menos la de la espalda ya que en esta estaba mas grande, pero de ellas salió victorioso y sus recuperaciones fueron rápidas, en este proceso es que más hemos tardado; en la familia no hay casos similares por lo que estamos a la deriva y mi esposa se cuidó todo el embarazo”*

Análisis: este estímulo se encuentra afectado por que el paciente tiene antecedentes personales patológicos que afectan directamente la situación actual de salud.

Modo Fisiológico: Involucra las necesidades físicas fundamentales del individuo, como la oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo, protección, etc.

- **Oxigenación:** Evalúa la capacidad respiratoria, oxigenación y presencia de alteraciones.

Paciente manifiesta: incapacidad para respirar por sí solo, alteración en la saturación de oxígeno, alteración en la capacidad de expansión pulmonar.

- **Nutrición:** Valora el apetito, la ingesta, la digestión, la hidratación y el estado nutricional.

Paciente manifiesta: estado nutricional deteriorado por el cambio de dieta, digestión alterada y pérdida de peso.

- **Eliminación:** Evalúa la función intestinal y urinaria.

Paciente manifiesta: alteración en la motilidad gastrointestinal expresado en diarrea y estreñimiento, eliminación urinaria abundante.

- **Actividad y Reposo:** Determina el nivel de actividad física, patrones de sueño y descanso.

Paciente manifiesta: inmovilidad y patrón de sueño alterado.

- **Protección:** Valora la integridad de la piel, la presencia de heridas o infecciones.

Paciente manifiesta: Úlceras por presión en diferentes zonas del cuerpo, alopecia y lesiones bucales mínimas por tubo.

- **Sentidos:** Evalúa la función sensorial, como la vista, el oído, el gusto, el olfato y el tacto.

Paciente manifiesta: expresiones ante preguntas, expresiones de disgusto, dolor e incomodidad.

- **Neurológico:** Evalúa el nivel de conciencia, la función motora y sensorial.

Paciente manifiesta: alteración de conciencia por sedación, función motora en miembros superiores completa.

- **Endocrino:** Identifica alteraciones hormonales.

Paciente no manifiesta.

Análisis: el modo adaptativo es ineficaz por todas las alteraciones fisiológicas básicas que permiten un proceso de adaptación a la enfermedad y por ende complica la evolución y mejoría de la misma.

Modo de Autoconcepto: Se refiere a las creencias y sentimientos que el individuo tiene sobre sí mismo, incluyendo su identidad personal, corporal, ética y espiritual.

- **Yo Físico:** Valora la imagen corporal, la percepción de la apariencia física.

No es referido por el paciente este elemento

- **Yo Personal:** Evalúa la identidad, los valores, las creencias y la autoestima.

Paciente refiere: *“sentirse como un luchador y un superhéroe”* **Madre refiere:** *“ser una familia creyente y que nunca excluyeron a su hijo por sus condiciones, sino que le inculcaron la independencia dentro de las actividades que podía realizar”*

Análisis: El individuo responde efectivamente a los estímulos, logrando un estado de equilibrio y bienestar.

Modo de Función del Rol: Involucra los roles que el individuo desempeña en la sociedad, como el rol de padre/madre, empleado, estudiante, etc.

La madre refiere: *“ el dentro de casa era hijo, hermano, sobrino, nieto y amigo y bueno actualmente es paciente.”*

Análisis: este proceso adaptativo es positivo porque el sujeto de investigación cumple con los roles permitidos dentro de sus capacidades correctamente.

Modo de Interdependencia: Se refiere a las relaciones del individuo con los demás, incluyendo el dar y recibir amor, respeto, y apoyo.

Familiares refieren: *“ superhéroe es un chico bastante amoroso y comprensivo, no le da pena mostrar y que le muestren afecto, hemos sido respetuosos con cada una de las decisiones que tomaba en casa, acá en ocasiones es muy colaborativo, menos cuando está de malas por las molestias que no coopera, se ha sabido ganar el corazón de aquellos que lo han atendido y no se*

niega al apoyo ofrecido, más bien es agradecido al siempre dar la mano ya que es el único gesto táctil que puede hacer”

Análisis: el modo adaptativo es eficaz ya que el superhéroe se interrelaciona de manera efectiva y es receptor de los mismos sentimientos que es capaz de expresar.

4.4.3.3 Valoración Subjetiva: Elementos teóricos de Merle Mishel.

Incertidumbre: Es la capacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados obtendrá

La madre refiere: *“estoy muy preocupada, confío en Dios y sé que todo estará bien, de igual forma esto causa en nosotros un gran sentimiento de agobio, porque superhéroe nunca se enfermó en su niñez o adolescencia a esta magnitud, solo cuando nació me senti de esta manera, ya que nunca me dijeron que el tenía un problema”.*

Análisis: Este elemento se encuentra afectado dado que, a pesar que la madre se siente confiada que todo saldrá bien y que su hijo es fuerte, tiene mucha preocupación y estrés por lo humano y económico.

Esquema Cognitivo: Es la interpretación subjetiva de la persona con respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización

Familiares refieren: *“hemos entendido con el pasar de los días sobre el estado de salud del superhéroe y que requiere estar hospitalizado unos días más, hasta que el pueda dejar el ventilador, o bien tenerlo en casa con oxígeno”.*

Análisis: Este elemento no se encuentra afectado, ya que la madre está consciente que el necesita estar hospitalizado por su diagnóstico médico, pero desea que no se extienda más.

Marco de los Estímulos: Constituye la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe una persona y que se estructuran dentro de un esquema cognitivo.

Madre y padre refieren: *“Quisiéramos poder quedarnos al lado él, pero los horarios de visita son cortos y muy poco podemos estar los dos junto a él, siempre es uno o el otro; cuando estamos los dos todo se altera y nos sacan de la sala, lo que nos angustia más ya que no hay nadie al pendiente”.*

Análisis: Este elemento se encuentra afectado, debido a que esta situación aumenta el nivel de estrés de los padres por no poder compartir tiempo de calidad generando angustias al no poder estar siempre junto a su hijo.

Tipología de los síntomas: Es el grado en que los síntomas se presentan con la suficiente consistencia como para ser percibidos como un modelo o configuración.

Madre refiere *“no imagine nunca que tuviera que llegar a los extremos de necesitar una máquina que hiciera el trabajo de sus pulmones y que de allí se implicarán aún más otra serie de cosas que no pudimos controlar y que lo mantienen aún sin poder sacarle eso para irnos a descansar a casa”.*

Análisis: Este elemento teórico se encuentra afectado debido a que, a que la madre no tenía previsto que un simple malestar se complicara tanto y que la instancia hospitalaria se prestara para agregar más complicaciones desalentadoras.

Familiaridad de los hechos: Supone el grado en que una situación se antoja habitual y repetitiva, o el grado en que las claves son reconocibles.

Familiares refieren *“que después de haber solucionado de manera rápida y efectiva todas las condiciones en las que nació, sin complicaciones mayores más que no poder caminar, jamás se habían visto en una situación donde su hijo no tuviera una fecha de salida del hospital, ni mucho menos de las condiciones en las que saldría, ya que él siempre fue un niño sano que lo más que se enfermaba era se una gripe o malestar que se resolvía con los días ”.*

Análisis: Este elemento teórico se encuentra afectado ya que los familiares indican que no había pasado por una situación similar, a pesar de que en sus primeros días de vida estuvo hospitalizado y luego cuando se le diagnosticó la escoliosis igual sabían todos los tiempos de respuesta y esta situación con el pasar de los días aumentaba su incertidumbre.

Coherencia de los hechos: Se refiere a la coherencia existente entre lo esperado y lo experimentado en los hechos que resultan de la enfermedad.

Los padres refieren *“nos comentaron que hacerle una traqueotomía será mejor para él por qué tendría libertad de movimiento he hipotéticamente así sería mas rapido el llevarlo a casa”*.

Análisis: Este elemento teórico no está afectado debido a que, ambos sabían los riesgos de someterle a una intervención quirúrgica mas decidieron poner sus miedos a un lado y confiar en su doctor, el cual les dio las herramientas y la información correspondiente.

Fuente de Estructura: Representan los recursos existentes para atender a la persona en la interpretación del marco de estímulos.

Padres refieren *“todo el personal que han atendido a nuestro superhéroe han sido de gran ayuda, nos han brindado toda la información, atención y consideración respecto a la patología y cuidados para con el, de alguna u otra forma nos han ayudado a estar más tranquilos y sentirnos apoyados”*.

Análisis: Este elemento teórico no se afectó debido a que, los padres han recibido información respecto al estado de salud y apoyo con la situación en la que se encontraban.

Autoridad con credibilidad: Es el grado de confianza que la persona tiene en el personal sanitario que le atiende.

Padres refieren *“la mayoría del personal médico y de enfermería son capacitados y considerados con nosotros, nos mantienen al tanto de su estado de salud”*.

Análisis: El elemento teórico no se encuentra afectado debido a que confían en el personal de salud para la atención de su hijo.

Apoyo Social: El apoyo social que se recibe influye en el nivel de incertidumbre cuando se ayuda a la persona en su interpretación del significado de los hechos.

Padre refiere *“que se sienten un poco solos a pesar de que hay gente apoyándolos, ya que no tienen a alguien que les pueda hacer los relevos cuando hay que salir hacer los exámenes por ejemplo, entonces siente que el proceso es más tardado y ralentiza la atención que pueda recibir superhéroe ”*

Análisis: Este elemento se encuentra afectado, ya que no ha contado con el apoyo logístico para relevar tareas , además que no les gusta pedir a sus familiares en el extranjero el dinero que requieren.

Capacidades cognitivas: Son las habilidades de la persona para procesar la información y reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación.

Padre refiere *“esta situación ha sido muy estresante y desalentadora, no puedo evitar tener pensamientos negativos por la operación, el pronóstico y el tiempo de salida del hospital”.*

Análisis: Este elemento teórico se encuentra afectado debido a que el padre tiene miedo respecto a la intervención quirúrgica, el pronóstico y los tiempos de espera.

Inferencia: Se refiere a las evaluaciones de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias relacionadas.

Madre refiere *“esta situación me hizo recordar cuando en ningún momento de mis controles prenatales me hicieron saber qué superhéroe venía con una condición fácilmente detectable en el embarazo, sino que cuando estoy en quirófano con mi cesárea el médico me dice; señora tenemos que operarlo de inmediato por que tiene una condición que si no se opera va a fallecer antes de los dos años de vida ”.*

Análisis: Este elemento teórico está afectado debido a que la madre no esperaba el hilo de complicaciones que traería una dificultad respiratoria.

Ilusión: Se refieren a las creencias que nacen de las incertidumbres.

Madre refiere *“me preocupa que esto conlleve a complicaciones más severas que requieran más intervenciones quirúrgicas y mayor tiempo de permanencia aquí”*.

Análisis: Este elemento teórico se encuentra afectado debido a pensamientos generados por la incertidumbre y el temor.

Adaptación: Refleja el comportamiento biopsicosocial mostrado dentro de la variedad de comportamientos comunes de la persona, definido de manera individual.

Padres refieren *“estamos en un constante aprendizaje de los cuidados que requerirá superhéroe para las actividades cotidianas que serán modificadas, si Dios quiere salimos de acá ”*.

Análisis: Este elemento teórico se encuentra afectado debido a que la familia debe adaptarse a los cuidados ahora después de 12 años siguiendo una rutina.

Nueva Perspectiva de Vida: La nueva perspectiva de la vida representa la reformulación de un nuevo sentido del orden de las cosas, que resulta de la integración de una continua incertidumbre en la estructura de un mismo individuo, en la que se acepta la incertidumbre como si se tratase de un ritmo natural de la vida.

Familiares refieren *“apoyarán y tratarán que la vida de superhéroe sea tan parecida a lo que hacían antes, aunque siguiendo las recomendaciones que esperan no sean tan limitantes para la vida de su hijo”*.

Análisis: Este elemento teórico no se encuentra afectado debido a que la familia tiene una buena expectativa de vida hacia su hijo.

Pensamiento probabilístico: Se refiere a la creencia en un mundo condicional, en el que se dejan de lado el deseo de un estado de continua certeza y la previsibilidad.

Familiares refieren: “ *estamos confiando que él saldrá de acá no importa la condición, pero deseamos estar en casa nuevamente, esperamos que al realizarle la traqueotomía definitivamente sea para su bien y su alta médica* ”.

Análisis: Este elemento teórico no se encuentra afectado debido a que la madre se mantiene positiva ante la vida y el retorno a su casa.

4.4.3.4 Valoración Subjetiva: Elementos teóricos de Georgene Eakes, Mary Lermann y Margaret Hainswoth.

-Duelo disfuncional: Es la discrepancia continua resultante de una pérdida, caracterizada por su omnipresencia, que quiere decir que el dolor está siempre presente; donde no hay un alivio claro o resolución del duelo.

Padres refieren: “ *el vacío es tan grande que no sabemos como imaginarnos un futuro sin nuestro hijo, él era nuestro centro y aunque nuestras hijas están presentes, no se siente bien solo ser cuatro y no cinco, aunque era una posibilidad, habíamos hecho todo lo que se nos dijo para que se restableciera su salud; no sabemos que depara el futuro, pero este dolor es muy grande.*”

Análisis: este elemento se encuentra alterado ya que los familiares no entienden que ha pasado y tienen dudas de como será su vida a partir de ahora, lo que afecta su relación familiar

-Pérdida: Se produce como resultado de la discrepancia entre la situación que se desea y la realidad que se enfrenta.

Madre refiere: “*nuestro miedo fue en aumento desde que superheroe no era capaz de dejar de usar la máquina para respirar, pero siempre estuvimos confiando en Dios que todos los esfuerzos iban a ser positivos para salir del hospital, pero no fue así por lo que aun en mi hay sentimientos encontrados que no me dejan entender las situaciones.*”

Análisis: este elemento está afectado ya que el sentimiento de incertidumbre ante lo que hubiese pasado si todo hubiera transcurrido de otra manera y su fe se encuentra afectada al no entender como Dios permitió que todo terminara así.

-Situaciones desencadenantes: Son situaciones, circunstancias y condiciones que ponen de relieve la discrepancia o la pérdida recurrente y que inician o exacerban los sentimientos de duelo.

Padre refiere: *“pensar que los últimos meses de mi hijo fueron en un hospital me generan sentimientos de culpa e ira, por que como te he mencionado anteriormente todo era resuelto con éxito y mi mente no concibe que hubo de diferencia en este proceso con los otros, no hemos podido pegar el ojo desde ese dia, mi esposa está cerrada en el duelo; todo está siendo muy duro para nosotros, nuestro amor siempre sera inmenso, pero ahora no se cual es el sentido de nuestra vida y nuestra rutina familiar”*

Análisis: todas las circunstancias se encuentran afectadas, ya que renuevan constantemente el sentimiento de perdida, dolor y duelo; esto debido a toda conexión intrafamiliar entre ambas partes, disminuyendo la capacidad de comprensión y superacion de la falta fisica de su hijo.

-Métodos de gestión: Son medios por los que los individuos se enfrentan al duelo disfuncional. Pueden ser internos (estrategias personales de afrontamiento) o externos (intervenciones del profesional sanitario o de otras personas).

Padre refiere *“ aun no he encontrado un modo de superar esto, pero siempre vamos al cementerio, no tenemos un dia especifico, siempre que podemos vamos a llevarle flores y hablar con el”*

Análisis: la gestión es altamente ineficaz ya que el resultado de estrategias aumentan el malestar del individuo o agudizan los sentimientos de duelo disfuncional.

4.4.4 Cuadros Análíticos y Planes de Cuidados

Según el Blog de Enfermería (2025) los planes de cuidados de enfermería son un sistema de intervenciones que involucran desde la situación actual, los resultados que se esperan, estrategias, indicaciones y resultados que se adaptan a las necesidades de cada paciente; desde un punto de vista individualizado, estandarizado, modificables y computarizado. Todo el proceso es registrado o documentado en un formato para así permitir a todos los miembros de enfermería llevar a cabo el cuidado acordado, realizar intervenciones adicionales o cualquier posible cambio.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 24

Cuadro Analítico para regular el patrón respiratorio

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Patrón de Gordon	Diagnóstico Real
Familia: “ <i>cuando comenzó con la (...) y la dificultad respiratoria no sabíamos que pasaba</i> ” “ <i>nunca imagine que tuviera que llegar a los extremos de necesitar una máquina para respirar después del paro</i> ”	-Esfuerzo respiratorio Taquipnea (40 rpm). -Taquicardia (130 lpm) -Saturación de oxígeno (81%) -Hipercapnia (50 mmHg)	Intercambio gaseoso inadecuado.	4. Actividad y Ejercicio	Deterioro del intercambio gaseoso (00030) R/C aumento de dióxido de carbono en sangre M/P parada cardiorrespiratoria
		Necesidad	Modo adaptativo de ROY	
		Regular patrón respiratorio	1. Modo fisiológico: oxigenación	
			Incertidumbre Merle	
			Tipología de los síntomas	

Fuente: entrevista a la familia (2024), examen físico al paciente (2024), historia clínica (2024) y la Taxonomía NANDA (2021-2023)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 25

Plan de Cuidado para Deterioro del intercambio gaseoso

Diagnóstico Real: Deterioro del intercambio gaseoso (00030) R/C aumento de dióxido de carbono en sangre M/P parada cardiorrespiratoria				
Dominio: 4. Actividad y descanso			Clase: 4. Respuestas cardiovasculares/ pulmonares	
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación (CRE)
<p><u>PATRÓN DE GORDON</u> Patrón 4 Actividad y Ejercicio. Describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicio</p> <p><u>MODO DE ADAPTACIÓN DE ROY</u> Modo Fisiológico: Involucra las necesidades físicas fundamentales del individuo, como la oxigenación,</p> <p><u>INCERTIDUMBRE ANTE LA ENFERMEDAD DE MERLE</u> Tipología de los síntomas: Es el grado en que los síntomas se presentan.</p>	<p>(0415) Estado respiratorio</p> <p>(0402) Estado respiratorio: intercambio gaseoso</p> <p>Dominio Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase cardiopulmonar (E)</p>	<p>-Realizar reanimación cardiopulmonar; evitando una ventilación excesiva. -Evaluar la respuesta del paciente a los esfuerzos de reanimación. -Administrar ventilación manual. -Asistir procedimiento de inserción de tubo endotraqueal. -Evaluar sonidos respiratorios garantizando que el tubo esté en una posición adecuada. -Dar la ventilación y la oxigenación -Controlar la presión arterial y el gasto cardiaco. -Proteger la función neurológica. -Monitorizar niveles de saturación de oxígeno. -Monitorizar las lecturas del ventilador mecánico (Presión inspiratoria y disminución del volumen corriente)</p>	<p>- Cuidados cardiacos (4044).</p> <p>Dominio Fisiológico complejo (II)</p> <p>Clase Control de la perfusión tisular</p> <p>-Monitorización respiratoria (3350).</p> <p>Clase Control respiratorio (k)</p>	<p>Se logró realizar un RCP exitoso, donde se decide su conexión a ventilación mecánica invasiva y posterior a las muestras de gases arteriales se corrigió con esta intervención la hipercapnia</p>

Fuente: Guía Estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Enfermería NIC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 26

Cuadro Analítico para Lograr destete ventilatorio

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Patrón de Gordon	Diagnóstico Real
<i>Madre: superhéroe no era capaz de dejar de usar la máquina para respirar, se intentaron tres destetes y ninguno fue efectivo”</i>	-Saturación de oxígeno inferior a 85% -Alteración de conciencia (glasgow 8) -Respiración superficial (32 rpm) -Diaforesis.	Adaptación respiratoria	10. Adaptación al estrés	Respuesta de destete ventilatorio disfuncional (00034) R/C debilidad de músculos respiratorios M/P alteración respiratoria
		Necesidad	Modo adaptativo de ROY	
		Lograr destete ventilatorio	1. Modo Fisiológico	
			Incertidumbre Merle	
			Familiaridad de los hechos	

Fuente: entrevista a la madre (2024), examen físico al paciente (2024), historia clínica (2024) y la Taxonomía NANDA (2021-2023)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 27

Plan de cuidados para Respuesta de destete ventilatorio disfuncional

Diagnóstico Real: Respuesta de destete ventilatorio disfuncional (00034) R/C debilidad de músculos respiratorios M/P alteración respiratoria.				
Dominio:4. Actividad/Descanso			Clase: 4.Respuestas cardiovasculares/pulmonares	
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación (CRE)
<p>PATRÓN DE GORDON Patrón 1 Percepción de la Salud. Este patrón determina la percepción del individuo sobre su estado de salud, el manejo de su enfermedad y las acciones preventivas.</p> <p>MODO DE ADAPTACIÓN DE ROY Modo Fisiológico de Oxigenación: Evalúa la capacidad respiratoria, oxigenación y presencia de alteraciones.</p> <p>INCERTIDUMBRE ANTE LA ENFERMEDAD DE MERLE Capacidades cognitivas: habilidades de la persona para procesar la información y reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación.</p>	<p>(0403) Estado respiratorio: ventilación Dominio Salud fisiológica (II) Clase Cardiopulmonar (E)</p> <p>(2303) Recuperación posterior al procedimiento Clase Respuesta terapéutica (AA)</p>	<p>- Monitorizar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones, la saturación de oxígeno (SpO2) continua -Monitorizar los gases en sangre arterial. -Evaluar la preparación del paciente para el destete (función respiratoria adecuada, resolución de la causa subyacente de la ventilación mecánica). -Seguir un protocolo de destete establecido (ej., prueba de respiración espontánea, ventilación con presión de soporte [PSV]). -Colocar al paciente en una posición que facilite la respiración -Proporcionar aliento al paciente durante el destete.</p>	<p>(3350) Monitorización respiratoria (3310) Destete de la ventilación mecánica Dominio Fisiológico complejo (II) Clase Control respiratorio (K)</p>	<p>Aunque los procedimientos fueron realizados satisfactoriamente, posterior al destete el paciente presentaba problemas para mantener una respiración espontánea, resaltando que este destete se realizó en tres oportunidades siendo insatisfactorias.</p>

Fuente: Guía Estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y Clasificación de Enfermería NIC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 28

Cuadro Analítico para Colaboración y entendimiento de los procedimientos.

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Patrón de Gordon	Diagnóstico Real
<p><i>Madre: “él está consciente de todo, cuando no está tan dormido por la droga”</i></p> <p><i>“en ocasiones creo que la situación lo abrumba de tal manera que se altera y no colabora al realizar los procedimientos”.</i></p>	<p>-Aumento de tensión arterial (130/90 mmHg).</p> <p>-Movimientos de negación</p> <p>-Mordedura de sonda de aspiración.</p> <p>-Nula colaboración.</p>	Dificultad para seguir pautas	10. Adaptación al estrés	<p>Autogestión ineficaz de la salud (00276) R/C procedimientos invasivos M/P irritabilidad</p>
		Necesidad	Modo adaptativo de ROY	
		Colaboración y entendimiento de los procedimientos	Estímulos focales	
			Incertidumbre Merle	
			Marco de estímulos	

Fuente: entrevista a la madre (2024), examen físico al paciente (2024), historia clínica (2024) y la Taxonomía NANDA (2021-2023)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 29

Plan de cuidados para Autogestión ineficaz de la salud.

Diagnóstico Real: Autogestión ineficaz de la salud (00276) R/C procedimientos invasivos M/P irritabilidad				
Dominio: 1. Promoción de la salud			Clase: 2. Gestión de la salud	
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación (CRE)
<p>Patrón de Gordon Patrón 10 Adaptación al Estrés. Incluye las formas de manejar el estrés y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.</p> <p>Modo de Adaptación de Roy Estímulos Focales: Son los estímulos que más afectan al individuo en un momento dado y requieren una respuesta inmediata.</p> <p>Incertidumbre ante la Enfermedad de Merle Marco de los Estímulos: Constituye la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe una persona</p>	<p>(1809) Conocimiento: seguridad personal</p> <p>Dominio Conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p>Clase Conocimientos sobre la promoción de salud (S)</p> <p>(1214) Nivel de agitación</p> <p>Dominio Salud psicosocial (III)</p> <p>Clase Bienestar psicológico (S)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Tener una compenetración y relación de confianza básicas con el paciente -Limitar el acceso a situaciones frustrantes. -Establecer controles externos para calmar al paciente. -Ofrecer apoyo emocional. -Comunicarse de manera clara y sencilla. -Evaluar el nivel de conciencia. -Evaluar la función motora y sensorial. -Explicarle al paciente la importancia de la realización de procedimientos. -Ignorar conductas inadecuadas. -Colocar cánula de Mayo. -Monitorización de signos de alarma a través de los signos vitales. 	<p>Manejo de la Conducta (4350)</p> <p>Dominio Conductual(III)</p> <p>Clase Terapia conductual (O)</p> <p>Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618)</p> <p>Clase Educación de los pacientes (s)</p>	<p>Posterior a las intervenciones se disminuyó un porcentaje de la irritabilidad y se aumentó la colaboración con el procedimiento, pero se tuvo que colocar una cánula de Mayo ya que el paciente seguía negándose a la aspiración</p>

Fuente: Guía Estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y Clasificación de Enfermería NIC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 30

Cuadro Analítico para la Restitución de la integridad cutánea

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Patrón de Gordon	Diagnóstico Real
Padre refiere: “ <i>tiene unas llagas que nos preocupan</i> ”	-Úlceras por presión grado II en región escapular, hombro, sacra y talón.	Integridad de la piel	4. Actividad y Ejercicio.	Integridad del tejido deteriorada (00044) R/C disminución de la actividad física M/P úlceras por presión grado II
		Necesidad	Modo adaptativo de ROY	
		Restitución de la continuidad cutánea	1. Modo Fisiológico de Protección	
			Incertidumbre Merle	
			Tipología de los síntomas	

Fuente: entrevista al padre (2024), examen físico al paciente (2024), historia clínica (2024) y la Taxonomía NANDA (2021-2023)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 31

Plan de cuidados para Integridad del tejido deteriorada

Diagnóstico Real: Integridad del tejido deteriorada (00044) R/C disminución de la actividad física M/P úlceras por presión grado II				
Dominio: 11. Seguridad/Protección			Clase: 2. Lesión física	
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación (CRE)
<p><u>PATRÓN DE GORDON</u> Patrón 4 Actividad y Ejercicio. Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicio. <u>MODO DE ADAPTACIÓN DE ROY</u> Modo Fisiológico de Protección: Valora la integridad de la piel, la presencia de heridas o infecciones. <u>INCERTIDUMBRE ANTE L ENFERMEDAD DE MERLE</u> Tipología de los síntomas: el grado en que los síntomas se presentan como para ser percibidos como un modelo o configuración.</p>	<p>(1103) Curación de la herida por segunda intención</p> <p>(1101) Integridad de la piel y membranas mucosas.</p> <p>Dominio Salud fisiológica (II) Clase Integridad tisular (L)</p>	<p>-Inspeccionar la piel y las membranas mucosas. -Colocarle al paciente una cama o colchón terapéutico, antiescaras. -Girar según disponibilidad al paciente. -Valorar la úlcera por presión, observando su localización, tamaño (longitud, anchura, profundidad), estadio, presencia de tunelización, cantidad y tipo de exudado, tejido de granulación, epitelización, tejido necrótico, eritema perilesional, dolor y estado de la piel circundante. -Aplicar el apósito adecuado -Minimizar la presión sobre la zona afectada. -Asegurar una técnica aséptica durante los procedimientos invasivos (cuidado de heridas). -Administrar antibióticos según lo prescrito. -Utilizar equipo de protección personal (EPP) adecuado.</p>	<p>(3520) Cuidados de las úlceras por presión. Dominio Fisiológico complejo (II) Clase Control de la piel/heridas (L)</p> <p>(6540) Control de infecciones. Dominio Seguridad (IV) Clase Control de riesgos (V)</p>	<p>Se logró controlar los factores que intervienen en la formación de las úlceras por presión, al informar de la importancia de las curas y el cambio frecuente de pañales, además del uso de aislantes en las zonas de mayor presión.</p>

Fuente: Guía Estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y Clasificación de Enfermería NIC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 32

Cuadro Analítico para la favorecer la movilidad

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Patrón de Gordon	Diagnóstico Real
Familiares refieren: <i>“en casa tenía toda la libertad de moverse pero desde que está acá, no lo podemos mover y simplemente permanece acostado”</i>	-Sedación	Movilidad	4. Actividad y Ejercicio.	Movilidad de la cama alterada (00091) R/C conexión a ventilación mecánica y toracotomía conectada a PLEURO-EVAC M/P edematización de los miembros
	- Conexión a ventilación mecánica	Necesidad	Modo adaptativo de ROY	
	-Toracotomía conectada a PLEURO-EVAC	Favorecer la movilidad	1. Modo Fisiológico de Actividad y reposo	
	-Edema		Incertidumbre Merle Coherencia de los hechos	

Fuente: entrevista a la familia (2024), examen físico al paciente (2024), historia clínica (2024) y la Taxonomía NANDA (2021-2023)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 33

Plan de cuidados para Movilidad de la cama alterada.

Diagnóstico Real: Movilidad de la cama alterada (00091) R/C conexión a ventilación mecánica y toracotomía conectada a PLEURO-EVAC M/P edematización de los miembros				
Dominio: 4. Actividad/Descanso			Clase: 2. Actividad/ejercicio	
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación (CRE)
<p><u>PATRÓN DE GORDON</u> Patrón 4 Actividad y Ejercicio. Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicio. <u>MODO DE ADAPTACIÓN DE ROY</u> Modo Fisiológico de Actividad y reposo: determina el nivel de actividad física, patrones de sueño y descanso. <u>INCERTIDUMBRE ANTE LA ENFERMEDAD DE MERLE</u> Coherencia de los hechos: Se refiere a la coherencia existente entre lo esperado y lo experimentado que resultan de la enfermedad.</p>	<p>(0208) Movilidad</p> <p>(0207) Movilidad articular pasiva</p> <p>Dominio Salud funcional (I) Clase Movilidad (C)</p>	<p>-Enseñar ejercicios en cama, según corresponda. -Facilitar pequeños cambios del peso corporal. -Realizar ejercicios de rango de movimiento pasivos o activos. -Enseñar al familiar a realizar de forma sistemática los ejercicios pasivos o de ámbito de movimientos. -Realizar ejercicio asistidos de rango de movimiento - Ayudar e instruir en el movimiento articular regular y rítmico dentro de las limitaciones del dolor, resistencia y movilidad articular</p>	<p>(0740) Cuidados del paciente encamado. Dominio fisiológico básico (I) Clase Control de la inmovilidad (C)</p> <p>(0224) Terapia de ejercicios: movilidad articular Clase Control de la actividad y ejercicio (A)</p>	<p>Se logró explicar a los padres la importancia de movilizar al paciente, además de explicar la mecánica con la que se harían los ejercicios de movilidad; pero no pueden cumplirse en su totalidad por que el paciente tenía un rango de movimiento muy limitado.</p>

Fuente: Guía Estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y Clasificación de Enfermería NIC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 34

Cuadro Analítico para Mejorar procesos familiares.

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Patrón de Gordon	Diagnóstico Real
<p>Familiares refieren: <i>“Quisiéramos poder quedarnos al lado él, no podemos estar los dos junto a él. no tenemos apoyo social con respecto a esta situación porque no aceptamos visitas”.</i></p>	<p>-Comunicación alterada. -Apoyo emocional disminuido. -Aislamiento familiar. -Alteración en toma de decisiones -Alteración en la resolución de problemas</p>	Ruptura del funcionamiento familiar	8 Rol y Relaciones.	<p>Procesos familiares interrumpidos (00060) R/C rol familiar alterado M/P expresiones de conflicto familiar</p>
		Necesidad	Modo adaptativo de ROY	
		Mejorar procesos familiares	Modo de Función del Rol	
			Incertidumbre Merle	
			Apoyo social	

Fuente: entrevista a la familia (2024), examen físico al paciente (2024), historia clínica (2024) y la Taxonomía NANDA (2021-2023)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 35

Plan de cuidados para Procesos familiares interrumpidos

Diagnóstico Real: Procesos familiares interrumpidos (00060) R/C rol familiar alterado M/P expresiones de conflicto familiar				
Dominio: 7. Relación de roles familiares			Clase: 2. Relaciones	
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación (CRE)
<p><u>PATRÓN DE GORDON</u> Patrón 8 Rol y Relaciones. Papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. <u>MODO DE ADAPTACIÓN DE ROY</u> Modo de Función del Rol: Involucra los roles que el individuo desempeña en la sociedad, como el rol de padre/madre, empleado, estudiante, etc. <u>INCERTIDUMBRE ANTE LA ENFERMEDAD DE MERLE</u> Apoyo Social: El apoyo social que se recibe influye en el nivel de incertidumbre cuando se ayuda a la persona en su interpretación del significado de los hechos.</p>	<p>(2602) Funcionamiento de la familia (2604) Normalización de la familia Dominio Salud familiar (VI) Clase Bienestar familiar (x)</p>	<p>-Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad. -Ofrecer esperanza realista. -Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas. -Identificar factores estresantes situacionales. -Ayudar a los miembros a identificar y resolver los conflictos. -Animar a la familia a mantener las relaciones familiares. -Facilitar la flexibilidad de las visitas. -Ayudar a los miembros a utilizar los mecanismos de apoyo intrafamiliar. -Enseñar a la familia técnicas de gestión de tiempo y organización</p>	<p>(7140) Apoyo a la familia (7110) Fomentar la implicación familiar (7130) Mantenimiento de procesos familiares Dominio Familia (V) Clase Cuidados durante la vida (X)</p>	<p>Se logró disminuir los niveles de hostilidad intrafamiliar posterior a la escucha activa y el resaltar la importancia que cumplen dentro de su dinámica familiar; además se instó a los padres a permitir la visita de otros familiares.</p>

Fuente: Guía Estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y Clasificación de Enfermería NIC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 36

Cuadro Analítico para Disipar pensamientos y emociones negativas.

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Patrón de Gordon	Diagnóstico Real
<p>Padre refiere: . <i>“esta situación ha sido muy estresante y desalentadora, no puedo evitar tener pensamientos negativos por la operación, el pronóstico y el tiempo de salida del hospital”.</i></p>	<p>-Padres se observan en estado de inquietud y repentinos cambios de humor.</p> <p>-Expresan miedo ante lo desconocido y a separarse de su ser querido</p>	Ansiedad y estrés	10. Adaptación al estrés.	<p>Ansiedad por la muerte (00147) R/C anticipación del impacto de la muerte en otros M/P inquietud.</p>
		Necesidad	Modo adaptativo de ROY	
		Disipar pensamientos y emociones negativas.	<p>Estímulos contextuales.</p> <p>Incertidumbre Merle</p> <p>-Incertidumbre.</p>	

Fuente: entrevista al padre (2024), examen físico al paciente (2024), historia clínica (2024) y la Taxonomía NANDA (2021-2023)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 37

Plan de cuidados para Ansiedad ante la muerte

Diagnóstico Real: Ansiedad por la muerte (00147) R/C anticipación del impacto de la muerte en otros M/P inquietud.				
Dominio: 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés			Clase: 2. Respuestas de afrontamiento	
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación (CRE)
<p><u>PATRÓN DE GORDON</u> Patrón 10 Adaptación al Estrés. Incluye las formas de manejar el estrés y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones. <u>MODO DE ADAPTACIÓN</u> <u>DE ROY</u> Estímulos Contextuales: Son todos los otros estímulos presentes en el entorno que contribuyen o dificultan la adaptación del individuo. <u>INCERTIDUMBRE ANTE LA ENFERMEDAD</u> <u>DE MERLE</u> Incertidumbre: Es la capacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece cuando la persona no es capaz de predecir con precisión qué resultados obtendrá.</p>	<p>(1300) Aceptación: estado de salud.</p> <p>Dominio Salud psicosocial (III)</p> <p>Clase Adaptación psicosocial (N)</p> <p>(1211) Nivel de ansiedad</p> <p>Clase Bienestar psicológico (M)</p>	<p>-Ayudar a los familiares a reconocer y expresar sentimientos de ansiedad, ira y tristeza. -Permanecer con los familiares y proporcionarles sentimientos de seguridad durante el episodio ansioso. -Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. -Utilizar comunicación terapéutica. -Compartir creencias y perspectivas espirituales y de propósito. -Comprender las perspectivas ante lo desconocido. -Ayudar a los familiares a realizar una descripción realista de sus sentimientos y de lo que se avecina.</p>	<p>(5270) Apoyo emocional</p> <p>Dominio conductual(III)</p> <p>Clase Ayuda para el afrontamiento (R)</p> <p>(5820) Disminución de la ansiedad.</p> <p>Clase Fomento de la comodidad psicológica (T)</p>	<p>Se logró disminuir el miedo de los padres, mejorando su autocontrol frente a la ansiedad, disminuyendo así los sentimientos de angustia e inquietud,</p>

Fuente: Guía Estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y Clasificación de Enfermería NIC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 38

Cuadro Analítico para Brindar soporte para un mejor afrontamiento

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Patrón de Gordon	Diagnóstico Real
<p>Padre refiere: <i>en mi hay sentimientos encontrados que no me dejan entender las situaciones.</i></p> <p><i>“me preocupa que esto conlleve a complicaciones más severas que requieran más intervenciones quirúrgicas y mayor tiempo de permanencia aquí”</i></p>	<p>-Padres evidencian metodos de afrontamiento.</p> <p>-Ausencia de modos adaptativos a las situaciones inesperadas.</p> <p>-Aislamiento social.</p>	Afrontamiento ineficaz	10. Adaptación al estres.	Afrontamiento ineficaz (00069) R/C confianza inadecuada para el afrontamiento M/P reducción en el uso del apoyo social.
		Necesidad	Duelo disfuncional	
		Brindar soporte para un mejor afrontamiento	Situaciones desencadenantes.	
			Incertidumbre Merle	
			Fuente de Estructura	

Fuente: entrevista al padre (2024), examen físico al paciente (2024), historia clínica (2024) y la Taxonomía NANDA (2021-2023)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 39

Plan de cuidados para Afrontamiento ineficaz

Diagnóstico Real: Afrontamiento ineficaz (00069) R/C confianza inadecuada para el afrontamiento M/P reducción en el uso del apoyo social.				
Dominio: 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés			Clase: 2. Respuestas de afrontamiento	
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación (CRE)
<p><u>PATRÓN DE GORDON</u> 10. Adaptación al Estrés. Incluye las formas de manejar el estrés y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.</p> <p><u>DUELO DE EIKES ET AL</u> Situaciones desencadenantes: Son situaciones, circunstancias y condiciones que ponen de relieve la discrepancia o la pérdida recurrente</p> <p><u>INCERTIDUMBRE ANTE LA ENFERMEDAD DE MERLE</u> Fuente de Estructura: Representan los recursos para atender a la persona en la interpretación de estímulos.</p>	<p>(1302) Afrontamiento de problemas</p> <p style="text-align: center;">Dominio Salud psicosocial (III)</p> <p style="text-align: center;">Clase Adaptación psicosocial. (N)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Disponer de intimidad y confidencialidad. -Determinar como afecta al paciente el comportamiento de la familia. -Favorecer el desarrollo de nuevos hábitos. -desaconsejar la toma de decisiones en momentos de mucho estrés. -Determinar las barreras en la situación familiar y red de apoyo. -Fomentar relaciones con personas en situaciones similares. -Valorar la comprensión del proceso de la enfermedad. -Proporcionar Información objetiva. -Apoyar el uso de mecanismos de adaptación . -alentar a verbalizar sus sentimientos por el familiar enfermo. 	<p>5230) Mejorar el afrontamiento</p> <p>(5240) Asesoramiento</p> <p>(5440) Aumentar sistemas de apoyo.</p> <p style="text-align: center;">Dominio Conductual (III)</p> <p style="text-align: center;">Clase Ayuda para el afrontamiento (N)</p>	<p>Posterior a los asesoramientos ofrecidos y la constante comunicación, los padres fueron comprendiendo la situación de salud de su hijo, permitieron la visita de familiares mas cercanos y les aceptaban el relevo en algunas tareas.</p>

Fuente: Guía Estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y Clasificación de Enfermería NIC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 40

Cuadro Analítico de Estabilidad emocional.

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Modo de Roy	Diagnóstico Real
<p>Padre refiere: <i>el vacío es tan grande que no sabemos como imaginarnos un futuro sin nuestro hijo, él era nuestro centro.</i></p> <p><i>no sabemos que depara el futuro, pero este dolor es muy grande.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Incredulidad -Culpa -Expresiones de vacío. -Desconfianza del entorno. -Llantos y gritos. 	Aceptación	Modo de interdependencia	Duelo inadaptado (00301) R/C gran ansiedad por apego M/P no aceptación de la muerte.
		Necesidad	Duelo disfuncional	
		Estabilidad emocional.	Perdida.	
			Incertidumbre Merle	
			Fuente de Estructura	

Fuente: entrevista al padre (2024), examen físico al paciente (2024), historia clínica (2024) y la Taxonomía NANDA (2021-2023)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 41

Plan de cuidados para Duelo inadaptado.

Diagnóstico Real: Duelo inadaptado (00301) R/C gran ansiedad por apego M/P no aceptación de la muerte.				
Dominio: 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés			Clase: 2. Respuestas de afrontamiento	
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación (CRE)
<p><u>MODO DE ROY</u> Modo de interdependencia. Se refiere a las relaciones del individuo con los demás, incluyendo el dar y recibir amor, respeto, y apoyo.</p> <p><u>DUELO DE EIKES ET AL</u> Pérdida. Se produce como resultado de la discrepancia entre la situación que se desea y la realidad que se enfrenta.</p> <p><u>INCERTIDUMBRE ANTE L ENFERMEDAD DE MERLE</u> Nueva Perspectiva de Vida: La nueva perspectiva de la vida representa la reformulación de un nuevo sentido del orden de las cosas.</p>	<p>(1304) Resolución de la aflicción</p> <p>Dominio Salud psicosocial (III)</p> <p>Clase Adaptación psicosocial. (N)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Conceder de intimidad. -Ayudar al familiar identificar la naturaleza de apego de la persona que ha fallecido -Fomentar la expresión de sentimientos acerca del duelo. - Apoyar la progresión a través de los estadios personales del duelo. -Ayudar al familiar a identificar estrategias personales de afrontamiento. -Instar a buscar fuentes de apoyo comunitario o familiar -Apoyar los progresos conseguidos posterior al duelo -Explicar las consecuencias de no abordar los sentimientos. 	<p>(5290) Facilitar el duelo</p> <p>(5270) Apoyo emocional</p> <p>Dominio Conductual (III)</p> <p>Clase Ayuda para el afrontamiento (N)</p>	<p>Se logro que los padres expresaran sus sentimientos de manera abierta, pero no se concreto la disminucionde de sentimientos de culpa, desconfianza y desesperanza, por lo que se les insta a buscar consuelo familiar.</p>

Fuente: Guía Estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y Clasificación de Enfermería NIC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 42

Cuadro Analítico Reducir niveles de temor por cuidados

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Patrón de Gordon	Diagnóstico Real
Familiares refieren: <i>“habíamos hecho todo lo que se nos dijo para que se restableciera su salud. pensar que los últimos meses de mi hijo fueron en un hospital me generan sentimientos de culpa e ira”</i>	-Expresiones verbales con respecto a la atención post mortem. -Expresiones de temor. -Estado de alerta.	Temor a cuidados post mortem	Tolerancia al estrés	Temor (00148) R/C cuidados post mortem M/P expresiones verbales de atención
		Necesidad	Modo adaptativo de ROY	
		Reducir niveles de temor.	Estímulos contextuales.	
			Duelo disfuncional	
			Métodos de gestión	

Fuente: entrevista a la familia (2024), examen físico al paciente (2024), historia clínica (2024) y la Taxonomía NANDA (2021-2023)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 43

Plan de cuidados para Temor

Diagnóstico Real: Temor (00148) R/C cuidados post mortem M/P expresiones verbales de atención				
Dominio: 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés			Clase: 2. Respuestas de afrontamiento.	
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación (CRE)
<p><u>PATRÓN DE GORDON</u> Patrón X Adaptación y Tolerancia al Estrés Es la forma en que se maneja el estrés y las situaciones difíciles. <u>MODO DE ROY</u> Estímulos Contextuales: Son todos los otros estímulos presentes en el entorno que contribuyen o dificultan la adaptación del individuo. <u>DUELO DE EIKES ET AL.</u> Métodos de gestión: Son medios por los que los individuos se enfrentan al duelo disfuncional</p>	<p>(1307) Muerte digna</p> <p>Dominio III Salud Psicosocial</p> <p>Clase Adaptación psicosocial (N)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Retirar los objetos externos del cuerpo. - Limpiar el cuerpo. - Cerar los ojos. - Movilizar el cuerpo de manera respetuosa. - Evitar restringir el número de visitas. - Facilitar y apoyar que la familia vea el cuerpo . - Permitirles despedirse de su familiar. - Disponerles de intimidad. - Apoyar a los miembros de la familia - Evitar menospreciar sentimientos. - Brindar consuelo si es permitido. - Indicar los pasos a seguir posterior al fallecimiento. 	<p>(1770) Cuidados post mortem</p> <p>Dominio Fisiológico básico (I)</p> <p>Clase Facilitación del autocuidado.</p>	<p>Se permitió realizar unos cuidados acordes a lo esperado por los familiares, concediéndoles un momento de intimidad para posterior realizar los cuidados propios de enfermería post mortem.</p>

Fuente: Guía Estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y Clasificación de Enfermería NIC (2018)

CAPÍTULO V

EXPERIENCIA PROFESIONAL: DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS EJECUTADAS DURANTE EL PROCESO DE PASANTÍAS

En este capítulo el investigador describe la experiencia profesional durante el Proceso Enfermero en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, Pediátrica y Adultos del Hospital Luis Ortega, abarcando un conjunto de aspectos significativos donde se incluye el Proceso Enfermero, Principios, Objetivos, Etapas y Funciones realizadas para el desarrollo del caso clínico; y por último se describirán los retos, desafíos y perspectivas del profesional de enfermería en el contexto actual desde el punto de vista del personal que labora en la unidad en estudio y de la Interna de Pregrado autora de la investigación. La información fue recopilada gracias al trabajo de campo, complementada con una investigación documental que permitió la obtención de datos secundarios extraídos de fuentes electrónicas.

5.1 Proceso Enfermero

Para el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO) representa el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud. Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. (2013, p. 41)

El proceso de atención de enfermería es una herramienta que permite organizar el trabajo de los profesionales, a través de una determinada manera de proceder que nos es propia, sino que está constituido por una serie de pasos o etapas, íntimamente interrelacionadas, basadas en un conocimiento científico y bajo una serie

de aptitudes personales que le permitan al enfermero restituir la salud de todo aquel que este bajo su cuidado.

5.1.1 Objetivos

Según el Hospital Provincial de Neuquen (2020) el objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente , familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales , familiares o comunitarios .
- Actuar para cubrir y resolver los problemas , prevenir o curar la enfermedad .

Por otra parte para el blog digital yo amo enfermería (2025) clasifica los objetivos de la siguiente manera:

- Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.
- Imprimir a la profesión un carácter científico.
- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Traza objetivos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.
- Proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad.
- El profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta.

- Ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada

Este proceso debe asegurar que el profesional de enfermería, cuente con características, conocimientos y habilidades necesarias que lo impulsen en el momento de empezar y de esta forma mejorar el proceso enfermero. Mitja (2024) señala:

- Habilidades cognitivas o intelectuales, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del cliente. Incluidas entre estas habilidades están las de identificar y diferenciar los problemas de salud actuales y potenciales a través de la observación y la toma de decisiones, al sintetizar el conocimiento de enfermería previamente adquirido.
- Habilidades interpersonales, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, así como la obtención ética de información necesaria y relevante del cliente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.
- Habilidades técnicas, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el cliente al realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos.

5.1.2 Etapas

El portal web saludPlay describe las etapas del proceso enfermero de la siguiente manera:

1. Valoración

Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos de la persona, su familia y entorno. Bajo el prisma del modelo de cuidados adoptado, la enfermera/o recoge y procesa estos datos para convertirlos en información y la organiza en categorías significativas de conocimiento o diagnósticos enfermeros.

2. Diagnóstico

En función de los datos recogidos en la valoración, se procede a su análisis y síntesis, identificando respuestas a los problemas de salud y formulando los diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración. Los diagnósticos enfermeros tratan de delimitar los fenómenos de competencia exclusiva de enfermería porque se refieren a problemas identificados, valorados y tratados por enfermeros/as y de los que es responsable de alcanzar los resultados planteados.

3. Planificación

Es la etapa de elaboración de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, determinar resultados e intervenciones enfermeras, plasmando este plan de actuación de forma escrita en un plan de cuidados.

4. Ejecución

Es el momento de la puesta en práctica de los cuidados planificados, revalorando a la persona y evaluando su respuesta. Es la operacionalización del planteamiento de los cuidados enfermeros. En esta etapa se valida el plan de cuidados, se documentan todos los cuidados, se suministran los mismos y se continúa con la recogida de datos de la persona manteniendo el plan siempre actualizado.

5. Evaluación

Se trata de comprobar la eficacia del plan de cuidados, el grado de consecución de los resultados planteados y de acuerdo con ello, realizar los cambios oportunos. La evaluación se hace a tres niveles: por una parte, se evalúa el logro de resultados, por otra se evalúa el plan de cuidados y en tercer lugar, también la satisfacción de la persona.

5.1.3 Funciones de enfermería

Al ser un sistema consecutivo, especializado e individualizado, implica que los profesionales de enfermería ejerzan una serie de funciones que le permitan cumplir con las diferentes etapas del Proceso enfermero; es por ello que para el portal web para enfermeros [yoamoenfermeria](http://yoamoenfermeria.com) en el 2019, describe 4 tipos de funciones necesarias en el personal, que son asistencial, docente, administrativa e investigadora, los cuales son explicados a continuación:

- **Función Asistencial:** Hace referencia a todas aquellas actividades que es realizada sobre los pacientes, familias o comunidades con el fin de preservar, potenciar y recuperar la salud en cualquier nivel de atención, ser parte del equipo multidisciplinario que provee atención médica oportuna, la participación en programas de vigilancia epidemiológica, determinar las necesidades de todo este complejo de salud y accionar para la resolución de los mismos, entre otras funciones.
- **Función Docente:** Consiste en proporcionar los conocimientos adquiridos durante la formación académica y la experiencia profesional, siendo imprescindible en la formación de nuevos profesionales y la educación de los pacientes, familias y comunidades, por lo que diseña, planifica y participa en programas de educación para la salud, se desempeña como docente universitario, participa en el proceso enseñanza-aprendizaje, busca constantemente ideas innovadoras para la divulgación de buenos hábitos y creencias erróneas en salud, entre otros.

- **Función Administrativa:** La administración en enfermería aprovecha todas las capacidades para dirigir y lograr la mejor atención posible hacia los usuarios, procurando el menor gasto y aumento de eficacia. De esta manera, ejerce esta función en cargos directivos, asistenciales o docentes ya que comprende planificar y controlar los cuidados de enfermería, velar por la organización del trabajo de enfermería, supervisar el desempeño profesional para mantener y mejorar los servicios, entre otros.
- **Función Investigadora:** Con finalidad de generar nuevos conocimientos para mantenerse actualizado ya que la salud es diariamente cambiante y mejorar la práctica profesional, lo cual puede ser impartido sobre la comunidad, los procedimientos de enfermería y otros, por lo que se relaciona con las otras 3 funciones del enfermero. El realizar o participar en investigaciones de enfermería para el desarrollo profesional y mejoramiento de la atención de la salud.

Cabe destacar, que las actividades planificadas se ubicaran ordenadamente en un formato práctico denominado Diagrama de Gantt (ver cuadro 43), definido por Concepto como “es un organizador gráfico que representa visualmente la duración de cada tarea o etapa de un proyecto, una meta o un proceso productivo de una empresa o una institución” (parr 1). Este tipo de herramientas permite a los investigadores la planificación necesaria para la consecución de objetivos trazados a través de la planificación. A continuación, se presenta un diagrama de Gantt, donde se muestra la evidencia cronológica de las distintas actividades realizadas en el periodo de pasantías, de manera simple y fácilmente entendible para una mejor comprensión

Cuadro 44

Diagrama de Gantt para visualización de actividades

Funciones	Meses	Octubre					Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero			
	Semanas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Asistenciales																						
Docentes																						
Administrativas																						
Investigativas																						

5.2 Descripción de Actividades y Tareas Asistenciales

Como se ha mencionado anteriormente otro autor Cardenas (2015) define las funciones de enfermería asistenciales como la que está relacionada en apoyar al paciente en la conservación de su salud y le ayuda a incrementar esa salud y se encarga de apoyar en la recuperación de procesos patológicos

- Formar parte del equipo interdisciplinario e intersectorial participando en el cuidado integral de las personas, familias y comunidades.
- Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continúa teniendo en cuenta sus necesidades y respetando sus valores, costumbres y creencias.
- Cumplir los principios de asepsia, antisepsia y bioseguridad según los contextos de desempeño.
- Evaluar las respuestas del individuo, familia o comunidad al tratamiento y los cuidados de enfermería, registrarlos en la historia clínica.
- Realizar acciones encaminadas a mantener la vigilancia en salud y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Planificar y ejecutar acciones encaminadas al control del medio ambiente y al logro de un entorno saludable.
- Planificar, controlar y ejecutar acciones de enfermería en situaciones de emergencias y catástrofes.
- Garantizar las condiciones óptimas para la recepción y traslado del paciente.
- Realizar la recepción del paciente revisando en la historia clínica antecedentes personales y familiares, demas complementarios en correspondencia con motivo de ingreso.

- Realizar la preparación física preoperatorio del paciente, según el tipo de intervención y las normas del servicio.
- Preparar a los pacientes para las clínicas de laboratorio (hemograma, glicemia, hemocultivo, orina, heces fecales, cultivo de secreciones, exudados, hemogasometría, hemograma, creatinina, leucograma) e investigaciones clínicas especiales (colon por enema, urograma, Rx, rectosigmoidoscopia, colonoscopia, mielografías, laparoscopia, arteriografía, punción lumbar, ultrasonido ginecológico, punción del saco Douglas, amniocentesis y otros).
- Cumplir tratamiento médico.
- Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferentes vías.
- Realizar cuidados post mortem.
- Identificar reacciones adversas de los fármacos y otras sustancias, detener la aplicación.
- Identificar signos y síntomas en emergencias quirúrgicas tales como: evisceración, sangramiento o shock hipovolémico.
- Identificar signos y síntomas del trabajo de parto y complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio.
- Identificar, signos y síntomas de complicaciones, Ej.: hiperglucemia o hipoglucemia, shock, convulsiones, infecciones y paro cardiorespiratorio.
- Canalización de vías venosas periféricas.
- Administrar oxigenoterapia.
- Colocar al paciente de acuerdo a los tipos de posición.
- Medición de constantes vitales.

- Preparar, conectar y controlar funcionamiento del equipo de over hott y otros drenajes pleurales.
- Controlar, tomar decisiones y brindar atención a pacientes con pleurotomía, colostomía, traqueotomía, abdomen abierto y otros procederes de alta complejidad.
- Definir las soluciones y otros elementos a utilizar durante las curas de heridas, desinfecciones concurrentes y terminales.
- Evaluar, controlar y realizar curas húmedas y secas, incluyendo las de alta complejidad como por ejemplo abdomen abierto.
- Identificar signos y síntomas de alteraciones del equilibrio hidromineral y ácido básico.
- Participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.
- Identificar signos y síntomas de intoxicación alimentaria o medicamentosa.
- Tomar decisiones, controlar y/o ejecutar la administración de analgésicos y antipiréticos.
- Identificar alteraciones en las cifras de los parámetros vitales.
- Evaluar suspender y comenzar vía oral en caso de síntomas y signos del sistema digestivo.
- Ejecutar acciones, evaluar, tomar decisiones ante la presencia de secreciones nasofaríngeas y endotraqueales.
- Ejecutar fijación, mantenimiento y control de drenajes quirúrgicos, evaluar el momento oportuno para retirarlos.

- Planificar, controlar, y/o ejecutar la necesidad de la alimentación del paciente por diferentes métodos (gastrostomía y yeyunostomía).

Por lo antes planteado , las actividades y tareas asistenciales llevadas a cabo por parte del investigador durante las prácticas profesionales al paciente objeto de estudio dentro de la Unidad de Terapia Intensiva Adultos del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar fueron en función de una atención enfocada en los planes cuidados realizados.

-Evaluar el estado clínico de Superheroe a través de la observación constante y la medición de signos vitales (frecuencia cardíaca, respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y tensión arterial).

-Realizar baños en cama, bajo la supervisión de un enfermero a cargo.

-Realizar asepsia y antisepsia para toma de muestra para hemogramas u hemocultivos.

-Preparar y administrar medicamentos según las órdenes médicas, asegurando los correctos.

-Realizar tratamientos como la terapia de oxígeno, ventilación mecánica, nebulizaciones.

-Mantener catéter central para la administración de medicamentos, líquidos (sangre) y soluciones.

-Monitorizar el sitio de punción para prevenir complicaciones como infecciones o trombosis.

-Realizar cuidados específicos para prevenir lesiones cutáneas.

-Implementar medidas de control de infecciones.

-Monitorear signos de infección y notificar al equipo médico ante cualquier cambio.

-Registrar todos los datos relevantes sobre el estado del paciente, intervenciones realizadas y respuestas a tratamientos en la historia clínica.

-Asegurar que toda la documentación cumpla con los estándares legales y éticos.

5.3 Descripción de Actividades y Tareas Docentes

Siguiendo la ideología de Cardenas, la enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de transmitirla. Por una parte la formación de los futuros profesionales en los niveles de planificación, dirección, ejecución, control de la docencia y educación para la salud. Actividades necesarias para cumplir la función docente dentro de institución:

- Educación sanitaria a personas, familias, núcleos sociales y comunidad.
- Educación del equipo sanitario, capacitando como todos los integrantes para cumplir las actividades de su competencia en las diferentes areas de atención.
- Formación continuada, favoreciendo un alto nivel de conocimientos de todo el personal sanitario mediante cursos, charlas, conferencias, congresos, etc.
- Educación permanente, es la obligación que tienen todos los profesionales para seguir educándose siguiendo el avance de la ciencia.

Las actividades y tareas docentes llevadas a cabo por el investigador durante las prácticas profesionales dentro de la Unidad de Terapia Intensiva Adultos del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar fueron monitoreadas constantemente por profesionales de Enfermería que laboran en dicha Unidad Clínica, las cuales se mencionan a continuación:

- Proporcionar información y educación a los padres sobre el estado de salud de su hijo, procedimientos realizados, cuidados necesarios y posibles métodos de vida en casa .
- Ofrecer apoyo emocional a los padres, cuando se encontraban en situaciones estresantes donde no podían razonar con lo que era expresado por el médico.
- Participar en rondas clínicas y discusiones sobre el paciente.
- Orientar a la familia los hábitos de higiene corporal, terapias para evitar la retención de líquido y movilización adecuada para prevenir complicaciones y mantener la salud.

-Instruir a otros estudiantes de enfermería en las actividades propias de la Unidad, según lo aprendido dentro del pensum académico.

5.4 Descripción de Actividades y Tareas Administrativas

Por definición administrar es actuar conscientemente sobre un sistema social y cada uno de los subsistemas que lo integran, con la finalidad de alcanzar determinados resultados; es una actividad vinculadora que permite aprovechar la capacidad y esfuerzos de todos los integrantes de una organización dirigiéndose racionalmente hacia el logro de unos objetivos comunes. (Yoamoenfermería, 2019)

Tales como:

- Planificar y controlar los cuidados de enfermería.
- Asesorar en materia de planificación sanitaria en los ámbitos institucional, de servicio, municipal, provincial y nacional.
- Administrar unidades y/o servicios de salud en los distintos niveles de atención.
- Dirigir el equipo de enfermería en unidades de atención comunitaria.
- Establecer políticas de atención, educación e investigación en enfermería.
- Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Ejecutar y controlar el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos.
- Participar y/o dirigir las reuniones del servicio de enfermería
- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.
- Participar en la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.

Teniendo esto en cuenta, las actividades y tareas administrativas llevadas a cabo por el investigador durante las prácticas profesionales dentro de la Unidad de Terapia Intensiva Adultos del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar fueron monitoreadas constantemente por profesionales de Enfermería que laboran en dicha Unidad Clínica, como:

-Mantener la unidad limpia y ordenada, respetando siempre la organización ya establecida.

-Verificar el funcionamiento de los equipos y los materiales de la unidad.

-Contabilizar los insumos de la unidad o deposito y hacer pedidos.

-Organizar estructuras del cuidado, generando informes y registros de enfermería para dejar constancia de las acciones realizadas y procedimientos médicos cumplidos.

5.5 Descripción de Actividades y Tareas Investigativas

Según Córdor (2015) las funciones investigativas de enfermería son el conjunto de actividades que desarrolla el personal de enfermería con el objetivo de seguir avanzando en la solidificación de su identidad profesional a través de la investigación de los problemas de salud de la población dentro del equipo multidisciplinario. Entre estas actividades investigativas podemos mencionar:

- Realizar y/o participar en investigaciones en enfermería y otras áreas con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y al mejoramiento de la salud de la población.
- Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones, a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.
- Coordinar, controlar y participar en la ejecución de ensayos clínicos en centros de investigación.

- Participar en investigación en enfermería y otras áreas con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población.

Dentro de la unidad donde fue seleccionado el caso objeto de estudio el pasante realizó una serie de actividades de función investigativa para la recolección de datos de forma sistemática para conocer el área y el personal que labora en ella. Las actividades realizadas con el fin de esta función dentro del HDLO fueron:

-Se recolectó información de la Unidad de Terapia Intensiva Adultos acerca de su visión, misión, objetivos, su estructura organizativa.

-Se realizó entrevistas al personal técnico acerca de la forma de trabajo del Hospital.

-Se recolectó información acerca de la patología del paciente objeto de la investigación con el personal médico y de enfermería.

-Se realizó entrevista a los familiares del paciente acerca de la enfermedad e información pertinente para la realización de esta investigación.

-Se verificó la historia clínica de la paciente para obtener una información más detallada de su patología, tratamiento, antecedentes, exámenes, entre otros.

-Se realizaron reuniones con los médicos tratantes a forma de debate para actualizar constantemente el diagnóstico y posibles tratamientos.

5.6 Retos, Desafíos y Perspectivas del Profesional de Enfermería en el Contexto Actual

De acuerdo con Barboza et al (2014) el proceso de trabajo de enfermería, por división social y técnica del trabajo, realizan un cuidado fragmentado donde existe la necesidad de comunicación y articulación de estos trabajadores para la prestación asistencial a los individuos que necesitan de cuidados. En el conjunto de las acciones de salud es preciso considerar que el proceso de trabajo en enfermería es complementario e interdependiente, influyendo y estando influido en todo momento

por los miembros del equipo de enfermería; de esta forma, se evidencia que el enfermero puede tomar la iniciativa en la organización del trabajo en salud y en la elaboración de la planificación de acciones, teniendo como foco el establecimiento de vínculos profesionales, los cuales pueden ser comprendidos como vínculos afectivos y sociales, con énfasis en la interrelación.

Ahora bien, la gestión de los servicios de salud también cuenta con un grupo de talento humano que tiene la finalidad de atención en la prevención y cuidado dentro de los centros hospitalarios, y en la atención primaria de salud, es decir, los médicos, enfermería, administrativos, camareros, mantenimiento, trabajo social, farmaceutas, entre otros; los cuales permiten el buen funcionamiento de los centros asistenciales de salud.

Por lo tanto, para desarrollar recursos humanos viables en la educación de futuros profesionales de enfermería, es necesario un alto nivel de competencia, exigencia y desempeño profesional que satisfaga los requisitos de salud actual. Los constantes avances provocados por el desarrollo científico y tecnológico desafían a los enfermeros de hoy; es por ello que la educación en enfermería se enfrenta a encontrar formas actualizadas e innovadoras para mantener y ampliar los conocimientos, técnicas y procedimientos, creando modelos educativos para fomentar la formación de enfermeras/os competentes, con una perspectiva ética y holística, utilizando una perspectiva interdisciplinaria e integradora.

La enfermería es fundamental para cumplir la promesa de no dejar el pasado solo en el tiempo, sino utilizarlo para lograr las metas trazadas que favorezcan el futuro; ya que estas contribuciones fomentan la consecución de los objetivos en todos los niveles de atención a nivel mundial, nacional, regional y estatal relacionados con las prioridades de salud, incluidas la salud integral, la salud mental y las enfermedades endémicas, la preparación y respuesta ante emergencias, la seguridad del paciente y la prestación de atención universal centrada en la persona.

El cuidado profesional de Enfermería centra su atención principalmente en el diagnóstico y el tratamiento mediante estudios sistemáticos y cambiantes, a través de la contemplación del conocimiento científico y este debe analizarse desde una perspectiva holística que pueda articularse con el contexto social, económico y legal, favoreciendo la adopción de decisiones sobre el cuidado que se brinda a pacientes, familias y comunidades.

Sabiendo esto, los profesionales de la enfermería actualmente deben ser excelentes cuidadores, perceptivos y receptivos con respecto a los estados de bienestar y enfermedad de la población; y deben ser capaces de ofrecer cuidados en los diferentes contextos socioculturales empleando siempre el pensamiento crítico, la comunicación y otros aspectos importantes como la ética, que siempre requerirán de la perspectiva que tengan los profesionales hacia la labor que realizan, para lograr así adaptarse a los cambios futuros que se presenten.

En resumen, la enfermería enfrenta desafíos monumentales y aún más a nivel nacional que requieren soluciones urgentes y un compromiso renovado con la defensa de los derechos de los profesionales de la salud y el acceso a una atención de calidad para toda la población, esto representa una situación que exige resiliencia, valentía y un fuerte sentido de vocación. Además, la unión y la acción colectiva a través de los colegios de enfermería y otras organizaciones gremiales son fundamentales para defender los derechos laborales, exigir mejores condiciones y denunciar las injusticias, es crucial mantener el profesionalismo, la ética y el compromiso con el cuidado; buscando siempre oportunidades de capacitación y actualización profesional, ya sea a través de cursos en línea o programas ofrecidos por organizaciones no gubernamentales, puede ayudar a mantener las competencias y mejorar la atención de salud.

5.7 Opinión del Profesional de Enfermería en la Unidad Clínica

En este apartado se presenta la opinión de una profesional de enfermería perteneciente a la Unidad de Terapia Intensiva Adultos del Hospital Dr. Luis Ortega, de Porlamar del Estado Nueva Esparta; donde se pudo conocer su perspectiva respecto al campo laboral, y los retos que presenta en el día a día como profesional del área de la salud, con el fin de obtener información útil que muestre la capacidad de adaptación de los profesionales. De esta manera se desglosa a continuación la entrevista realizada.

Dificultades

“Los enfermeros están trabajando, dentro de lo que cabe haciendo milagros con lo poco que reciben, eso genera descontento; no hay un estímulo para uno poder ejecutar su trabajo más satisfactoriamente debería haber más recompensa en la parte económica, laboral, institucional y estructural”.

“las universidades no están formando correctamente a estudiantes, por ende, sobrecargan el trabajo de los pocos enfermeros dedicado, también hay dificultades a nivel del trabajo por la falta de insumos, las carencias económicas que presentan los familiares para la atención de un familiar enfermo”

Fortalezas

“El emprendimiento para el trabajo y la ganas que le ponemos para poder hacer las cosas bien, tener vocación, el amor por la carrera, el amor al prójimo, instruir en la salud, en la prevención en el fortalecimiento de esas redes de apoyo, la resiliencia que están teniendo aquellos que estudian enfermería como parte de su ser y no sólo como una carrera, las oportunidades que se están dando en especializaciones en postgrado”

5.8 Opinión del Investigador sobre la Experiencia Profesional Desarrollada

En el siguiente apartado se expresará de manera narrativa la experiencia profesional vivida por el autor de la investigación durante las prácticas en las áreas de cuidados intensivos de Adulto, Pediátrico y Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega:

Oportunidades y Fortalezas:

“Esta oportunidad como interna de pregrado dentro de las diferentes unidades de cuidados intensivos fueron de suma gratificación personal para el conocimiento de la dinámica dentro de las mismas, además de la puesta en práctica de procedimientos relacionados a la atención de pacientes conectados a ventilación mecánica que requieren atenciones y procedimientos invasivos; esto también permitió ampliar el conocimiento mezclado con el razonamiento científico lógico para comprender los fenómenos existentes dentro de estas unidades, aun mas con la importancia de tener el contacto directo y realizar una relación exitosa con los familiares del sujeto de investigación, el cual a pesar de fallecer permitieron seguir el contacto continuando con ayuda emocional descrita dentro de los planes de cuidado”

Limitaciones y dificultades:

“El Hospital Dr. Luis Ortega no escapa de la realidad que vive nuestro país, donde las instituciones públicas presentan carencias de insumos y deterioro en su infraestructura, así mismo un atraso en cuanto a los avances tecnológicos; lo que limita grandemente las tasas de éxito a estos pacientes ya que no hay un área restringida que permita su atención y disminuya los riesgos de complicaciones asociadas a la ventilación mecánica, también está, la no unificación de criterios para la toma de decisiones retrasando los tiempos de espera y aumentando los índices de morbi-mortalidad dentro de las UCI”.

Resolución de problemas encontrados

“Agradezco enormemente el haber compartido y estar bajo la tutela de profesionales comprometidos con la profesión y que además, están dispuestos a explicar las cosas de una manera educativa y no discriminatoria e intimidante; esto permitió que la resolución de problemas fueran efectivos y que a su vez se redujeran los niveles de aparición de los mismos por el ambiente de trabajo agradable y adecuado”.

Experiencia trabajando con tutores directos

“En relación a los tutores académicos, tuve la suerte de poder contar con sus asesorías y aportación de conocimientos o experiencias que son de suma relevancia dentro de las UCI y consejos que serán útiles a futuro si me desenvuelvo dentro de una unidad clínica tan importante; con la tutora metodológica extremadamente agradecida por toda la paciencia y amor que le tiene a la parte de estructuración de todo este trabajo, agradecida por siempre estar pendiente y hacernos aterrizar”.

CONCLUSIONES

Las experiencias facilitaron conocer, englobar, practicar y aportar el proceso enfermero a través de planes de cuidados, las cuales permitieron dar respuesta a las necesidades o la insatisfacción observadas y detectadas en el sujeto estudio de investigación y su estrecha relación familiar con sus padres; aplicando las técnicas y conocimientos a través de todos los datos tanto objetivos, como los subjetivos sobre lo expresado a la situación de salud y roles del paciente permitiendo al investigador involucrarse estrechamente en la práctica asistencial.

Así como también, por medio del internado estar bajo la tutela de profesionales prestadores de servicios, donde fueron ampliados, desarrollados y aplicados los conocimientos con respecto a pacientes con dichas patologías: Mielomeningocele, Hidrocefalia, Escoliosis Severa y la enfermedad actual Sepsis punto de partida Pulmonar, que requirió toracotomía con conexión a sistema Pleuro-Evac, además de todas aquellas complicaciones intrahospitalarias; esta guía permitió adquirir habilidades técnicas y prácticas para la atención y aplicación de procedimientos invasivos a pacientes que requieren conexión a ventilación mecánica, posterior a los múltiples acercamientos con los familiares y conocer la dinámica, se contribuye a disminuir los niveles de incertidumbre, estrés, ansiedad, irritabilidad, desesperanza y duelo.

Es de suma importancia destacar que todo ese intercambio concedió las pautas necesarias para detectar las necesidades principales de las patologías y posteriormente planificar los cuidados a través de los diagnósticos NANDA (2021-2023), las intervenciones del NIC (2018) y los criterios de resultados del NOC (2018); consiguiendo poner en práctica los mismos hasta el momento de su fallecimiento y posterior hacia la estabilidad psicoemocional requeridas por los familiares desde el respeto y el entendimiento propio del sentir profesional de enfermería .

Así mismo y en concordancia con lo establecido anteriormente, se trabajaron con las diferentes teorizantes de enfermería Marjory Gordon (los 11 patrones funcionales de salud), Callista Roy (Modelo de adaptación), Merle Mishel (Teoría de la incertidumbre ante la enfermedad) y Georgene Eakes, Mary Lermann y Margaret Hainswoth (Teoría del duelo disfuncional); teorizantes y postulados útiles para aplicar los planes y cuidados, además que las mismas permiten valorar subjetivamente a los pacientes, familiares y entorno, al desglosar todos sus conceptos, elementos, modos adaptativos, entre otros.

Generando la visión de el paciente como un ser integral y el núcleo central de atención, comprensión y permitiendo crear un vínculo de confianza y soporte para los familiares, al permitirle una charla, un brazo donde apoyarse, una guía con respecto a aspectos que no entendían, la presencia o hasta las últimas instancias un hombro donde llorar; por lo que se puede afirmar que el Proceso enfermero es de suma importancia para ofrecer atención óptima y de calidad ante cualquier condición de salud y proceso de duelo

RECOMENDACIONES

A la Familia

- Buscar apoyo en los demás familiares.
- Encontrar actividades que les permita despejar la mente.
- Buscar consuelo en Dios.
- Buscar apoyo psicológico.
- Realizar actividades recreativas.
- Alcanzar los sueños y promesas realizadas.

Al Personal de Enfermería

- Participar en jornadas educativas de actualización en las diferentes áreas del hospital para ofrecer una atención de calidad.
- Promover proyectos de investigación que permitan al personal formar parte de los avances médicos y tecnológicos en salud.
- Preservar el trato humanizado tanto a paciente como a los familiares que les permita sobrellevar su estadía en la institución hospitalaria.
- Ser más solidarios, comprensivos y colaboradores al momento de establecer contacto con los pasantes de pregrado de enfermería, quienes necesitan de su cooperación para disipar dudas y mejorar la práctica.
- Planificar planes de cuidados estandarizados para cada turno.

A la Unidad de Cuidados Intensivos Dr “Pablo Agreda”.

- Mejorar las instalaciones de la misma, incorporando los recursos necesarios para la atención de los pacientes.
- Incorporar mayor cantidad de talento humano especializado en la atención de pacientes críticos.

Al Hospital "Dr. Luis Ortega"

- Gestionar los recursos necesarios para la reapertura de la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda".
- Mejorar las instalaciones del servicio de Observación Adulto para una mejor atención de los pacientes críticos.
- Ofrecer en el laboratorio exámenes de rutina y especializados a los pacientes que lo requieren.
- Dotar de los insumos que los mismos ameriten.
- Planificar y ejecutar el mantenimiento de las áreas de hospitalización (Trauma shock y Observación) actualmente la Unidad de Cuidados Intensivos
- Gestionar la dotación de equipos para estudios imagenológicos especializados.
- Capacitar continuamente al personal.
- Ofrecer nuevos turnos de trabajo.
- Supervisar constantemente las áreas
- Gestionar correctamente la institución y los servicios ofertados.

A la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta.

- Incrementar las horas de cumplimiento para la realización de las pasantías.
- Ampliar a diferentes áreas los Cursos Especiales de Grado e incorporar más profesores tutores por la gran demanda de estudiantes que cursan el mismo.
- Concretar convenios con otras instituciones con el fin de desarrollar postgrados generadores de otros conocimientos y mayores competencias en áreas específicas.
- Incluir al pensum electivas relacionadas a pacientes críticos, procedimientos de enfermería invasivos, interpretación de paraclínicos, primeros auxilios, etc.
- Hacer cumplir el reglamento con respecto a la nota mínima aprobatoria o la repetición de materias.

- Aumentar el promedio de notas para ingresar a la carrera.
- Dotar los laboratorios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abad Cerúlea, C., Santana Santana, J. A., González-Chávez, A. S., Hernández Rodríguez, N., Rodríguez Tapanes, L., & Gutiérrez Hidalgo-Gato, D. (2005). Empiema pleural.. *MediSur*, 3(5), 35-40.
- Acosta Gutiérrez, E., Alba Amaya, A., Roncancio Rodríguez S., & Navarro Vargas J. (2022). Post- cardiac arrest syndrome in adult hospitalized patients. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 50(1), e300.
<https://doi.org/10.5554/22562087.e972>
- Alejo, M. (2016). *Definición de Observación Acción Participante*. Reseachgate.
https://www.researchgate.net/publication/337428362_El_informante_como_persona_clave_en_la_investigacion_cualitativa#:~:text=El%20informante%20es%20el%20centro,estudiar%20la%20%E2%80%9Crealidad%E2%80%9D%20social
- Alvarado, F., Vargas, A., & Acón Ramirez, J. A. (2021). *Mielomeningocele*. *Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos*, 5(4).
<https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i4.326>.
- Alvares, M. (2010). *Hospital Historia MA*.
<https://es.scribd.com/document/215717782/Hospital-Historia-MA-1>
- Alvarez, O. (2012). *Significado de la Enfermera Intensivista Como Ser Cuidador de un Paciente Críticamente Enfermo*. [Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo]. Archivo digital.

- Anderson E, & Mace S.E. (2013). Empiema y absceso pulmonar. Tintinalli J.E., & Stapczynski J, & Ma O, & Cline D.M., & Meckler G.D., & Cydulka R.K.(Eds.), Tintinalli. Medicina de urgencias, 7e. McGraw-Hill Education. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1532§ionid=101540398>
- Anes, C. (2023) *Proceso Enfermero A Paciente Femenina Con Enfermedad Renal Cronica Secundaria A Nefropatia Diabetica En Tratamiento Sustitutivo En La Unidad Bolivariana De Hemodialisis Dr Edgar Mogilia*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.
- Arias, F. (2016). *Investigación Documental*. <https://filosofia.co/consulta/concepto-deinvestigacion-documental-segun-autores/>
- Ávila, G. (2021). Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con sepsis respiratoria y neumonía del Servicio de Emergencia de un hospital de Lima, 2021. [Tesis de Post Grado, Universidad Peruana Unión] <https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b7425c5d-acb9-4a14-861d-f820e940426e/content>
- Azuero, A. (2019). Significatividad del marco metodológico en el desarrollo de proyectos de investigación. FUNDACIÓN KOINONIA (F.K). Santa Ana de Coro. Venezuela. DOI: <http://dx.doi.org/10.35381/r.k.v4i8.274>
- Baena, G. (1985). *Instrumentos de investigación: Manual para elaborar trabajos de investigación y tesis profesionales* (4.^a ed.). México: Editores Mexicanos Unidos.
- Bergamo P, Puigdevall M, lamprópulos M. Mielomeningocele. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol 1970: 269-283. definición MMC

- Bonvecchio, A., Becerril, V., Carriedo, A. y Landaeta, M. (2011). Sistema de Salud de Venezuela. *Scielo* (53). <https://scielosp.org/pdf/spm/v53s2/22.pdf>
- Bosio, S.; Puigdevall, M.; Maenza, R. (2023) Cirugía de escoliosis en pacientes con mielomeningocele.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022021000500399
- Brenda Vivas. (2024, febrero 6). Callista Roy, la enfermera que revolucionó los cuidados con su Modelo de Adaptación. Recuperado de <https://estudiarenfermeria.com/callista-roy-la-enfermera-que-revoluciono-los-cuidados-con-su-modelo-de-adaptacion/>
- Buznego M. Caracterización clínica y epidemiológica de la sepsis adquirida en la comunidad. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda Boletín Médico de Postgrado 2022; 38(1): 49-54. DOI: 10.5281/zenodo.6468883 ISSN: 0798-0361.
<https://revistas.uclave.org/index.php/bmp/article/view/3832/2456>
- Campos, S., & Salazar, B. (2021). *Proceso Enfermero a Paciente Adulto Femenino con Diagnóstico Médico Enfermedad Vascul ar Cerebral de Origen Cardioembólico, Ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar*. Tesis de pregrado, Universidad de Oriente.
- Cárdenas, A. (2015). Función Asistencial en Enfermería.
[https://www.clubensayos.com/Ciencia/Funcion Asistencial EnEnfermeria/2597510.html](https://www.clubensayos.com/Ciencia/Funcion%20Asistencial%20EnEnfermeria/2597510.html)
- Carreño, L. (2024) *Proceso Enfermero A Sexagenaria Con Diagnóstico De Neumonía Adquirida En La Comunidad*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.

- Carreño, L. (2024) *Proceso Enfermero A Sexagenaria Con Diagnóstico De Neumonía Adquirida En La Comunidad*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.
- Castel, L.; Cabello, M.; Sanz, S.; Maza, A.; Alamán, L. & Olacia, C. (2023). Caso clínico: plan de cuidados en paciente con sepsis de origen pulmonar. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-plan-de-cuidados-en-paciente-con-sepsis-de-origen-pulmonar/>
- Cérulea, A.; Santana, J.; González, A.; Hernández, N.; Rodríguez, L. & Guitiérrez, D. (2005). Empiema pleural. *MediSur*, vol. 3, núm. 5, pp. 35-40. <https://redalyc.org/pdf/1800/180019795007.pdf>
- Clínica Universidad de Navarra. (2024). *UCI*. Diccionario Medico. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/uci>
- Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela. (2008). Artículos 2, 3, 5, 7, 13, <https://laenfermeriavenezolana.blogspot.com/p/ley-del.html>.
- Cóndor, N. (2015). *Funciones de enfermería*. <https://sites.google.com/site/funcionesdeenfermeria/home/funcion-investigativa>
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999, 30 de diciembre). Artículos 83, 84, 86. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 36.860. https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_venezuela.pdf.
- Coyago, J.; Abad, E.; Castillo, J.; Chamorro, M.; Ortíz, R. & Sarmiento, C. (2023) Revisión del Síndrome Post Parada Cardíaca. *LATAM Revista*

Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades4(1), 475–493.
<https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.266>

Daft, R. (2014). Organizaciones: Teoría Y Diseño Organizacional (10ma ed.). Cengage Learning.

Dalessio L. (2020). Post-Cardiac Arrest Syndrome. AACN advanced critical care, 31(4), 383-393. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2020535>

Daud, G. (Agosto, 2020). El Propósito Organizacional, El Camino Que Inspira, Alinea Y Conecta <https://es.linkedin.com/pulse/el-propósito-organizacional-camino-que-inspira-alinea-guillermo-daud>

Euroinnova, International online Education (s.f.), Objetivos Institucionales
<https://www.euroinnova.com/blog/que-son-objetivos-institucionales>

Euroinnova, International online Education (s.f.), Qué Es Filosofía Organizacional
<https://www.euroinnova.com/blog/que-es-filosofia-organizacional#:~:text=La%20filosof%C3%ADa%20institucional%20es%20un,sitios%20identificativos%20de%20tu%20empresa.>

Ferri, F. (2021). Consultor Clínico de Medicina Interna, Claves diagnósticas y tratamiento. MMVII Editorial Oceano. Milanesat, 21-23.

Figueroa, D. (2020). *“Proceso Enfermero A Paciente Escolar Masculino Con Diagnóstico Médico Síndrome Post Paro Cardíaco Internada La Unidad De Cuidados Intensivos Pediátrica Del Hospital Doctor Luis Ortega De Porlamar” [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente].*

Fleitman, J. (2001). Negocios Exitosos. Mc Graw Hill.

- Forrester, J. (2024). Sepsis y shock séptico. *MD, MSc, Stanford University*
<https://www.msmanuals.com/es/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/sepsis-y-shock-s%C3%A9ptico/sepsis-y-shock-s%C3%A9ptico>
- Franco, Y (2011) Research Thesis. Methodological framework. Venezuela. Available at: Available: <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2011/06/marco-metodologico-defuncion.html>
- Gerring, John (2017). Investigación de estudios de caso: Principios y prácticas (Estrategias para la investigación social). Cambridge University Press.
- Gomez, H.; Rugeles, M.; Jaimes, F. (2014). Características inmunológicas claves en la fisiopatología de la sepsis. <https://www.elsevier.es/es-revista-infectio-351-articulo-caracteristicas-inmunologicas-claves-fisiopatologia-sepsis-S0123939214000228>
- Gómez, Y. (2024). *Proceso Enfermero a Paciente Masculino Politraumatizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital "Dr. Luis Ortega"*. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente].
- González, M. (enero de 2023). *Biografía de Marjory Gordon, Apuntes de Biología*. Obtenido de <https://www.docsity.com/es/biografia-de-marjory-gordon/9414224/>
- González, S. (2013). *Funciones de las enfermeras/os profesionales y su relación con el desempeño laboral actual en los centros de atención permanente del área de salud de quiche*. [previo a optar el título profesional que la acredita como Maestra en administración de recursos Humanos]. Material digital. <https://www.postgrados.cunoc.edu.gt/tesis/f70e61c5df34f086df6aa1f5c1d3b16725502d91.pdf>

- Google (s.f). [Ubicación del Hospital “Dr. Luis Ortega]. Recuperado el 01 de Noviembre de 2024. <https://www.google.com/maps/@10.9606904,-63.8478052,18z>.
- Hospital Provincial Neuquen. (2020). El proceso de atención de enfermería. <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>
- Ifses. (2024). *Todo lo que necesitas saber sobre los Patrones Funcionales de Gordon*. <https://ifses.es/patrones-funcionales-de-gordon/>
- Kumar, P., & Clark, M. (2019). *Clinical Medicine*. Elsevier.
- Leon, E. (2020) *Proceso Enfermero Aplicado A Paciente Masculino Sexagenario Con Diagnostico Medico De Enfermedad Cronica Estadio V/V Secundario A Hipertencion Arterial En Tratamiento De Reemplazo Renal (Hemodiafiltración)*[Tesis de Pregrado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.
- Leon, E. (2020) *Proceso Enfermero Aplicado A Paciente Masculino Sexagenario Con Diagnostico Medico De Enfermedad Cronica Estadio V/V Secundario A Hipertencion Arterial En Tratamiento De Reemplazo Renal (Hemodiafiltración)*[Tesis de Pregrado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.
- León, E. (2024). *Proceso Enfermero a Septuagenaria con Cardiopatía Mixta: Hipertensiva vs Isquémica Ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr. Pable Agreda” del Hospital “Dr. Luis Ortega”* [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta]. Archivo digital.
- Ley de Autonomía del Paciente y los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. (2002). *Boletín oficial del Estado*

básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
<https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41>

Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería. (2005, 1 de septiembre). Artículos 2, 3, 13, 14. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.263.
<https://docs.venezuela.justia.com/federales/leyes/ley-del-ejercicio-profesional-de-la-enfermeria.pdf>.

Ley Orgánica de Salud. (1998, 11 de noviembre). Artículos 1, 3, 69, Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36.579.
<https://espromedbio.gob.ve/wp-content/uploads/2019/05/Ley-organica-de-salud.pdf>.

Ley Orgánica para la Inclusión, Igualdad y Desarrollo Integral de las Personas con Discapacidad. (2024). Artículos 12, 26,27. Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela N°6817. http://spgoin.imprentanacional.gob.ve/cgi-win/be_alex.cgi?Documento=T028700049546/0&Nombrebd=spgoin&CodAsocDoc=3799&TipoDoc=GCTOF&Sesion=1582339721

Lifeder. (diciembre de 2022). Callista Roy. Recuperado de:
<https://www.lifeder.com/callista-roy/> .

Lopez, R. (2024) *Proceso Enfermero A Paciente Neonato Femenino Con Diagnostico Medico De Malformacion Del Sistema Nervioso: Mielomeningocele+Arnold Chiari Tipo 2, Ubicado En La Unidad De Terapia Intensiva Neonatal Del Hospital “Dr. Luis Ortega”* [Tesis de Pregrado, Universidad de Oriente].
Archivo digital.

Marcano, A. (2022). *Proceso Enfermero A Adulto Joven Masculino Con Diagnóstico Médico Enfermedad Cerebro Vascular (EVC) Hemorragico Ingresado En La*

Unidad De Cuidados Intensivos Del Hospital Dr. Luis Ortega. . [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente].

Marín, V. (2022). *Proceso Enfermero a Adulto de Sexo Femenino, con Diagnóstico Médico de Autolisis por Opioides, Ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Luis Ortega.* [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente].

Martínez, A. y Alligood, R. (2011) Modelos y teorías en enfermería, séptima edición, madrid, Elsevier España.

Martinez, Y. (2020). *Proceso Enfermero Paciente Lactante Mayor Masculino Con Diagnóstico Médico De Sepsis Punto De Partida Enteral Hospitalizado En La Unidad De Cuidado Intensivo Pediátrico Del Hospital Doctor Luis Ortega De Porlamar.* [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente].

Martins, J. (2022). *Cómo redactar la visión de una empresa y ejemplos.* Obtenido de <https://asana.com/es/resources/vision-statement>

Mayo Clinic. (febrero, 2023). *Septicemia.* <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/sepsis/symptoms-causes/syc-20351214>

Mayo Clinic. (Marzo, 2023). *Paro cardíaco repentino.* <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/sudden-cardiac-arrest/symptoms-causes/syc-20350634>

McLone DG, Knepper PA.. La causa de la malformación de Chiari II: una teoría unificada. *Pediatr Neurosurg* . 1989; 15(1): 1– 12. [DOI] [PubMed] https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/articles/PMC5108507/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=rq#:~:text=An%20obstruction%20in%20the%20normal,level%20of%20the%20Sylvian%20aqueduct

MedlinePlus en español. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [agosto 2019]. Paro cardíaco. [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/suddencardiacarrest.html#:~:text=Algunas%20personas%20pueden%20tener%20latidos,de%20tener%20un%20paro%20cardiaco.>

MedlinePlus en español. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [agosto 2023]. Empiema. [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000123.htm>

MedlinePlus en español. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [agosto 2023]. Desarrollo Fetal. [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002398.htm>

MedlinePlus en español. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [noviembre 2023]. Sepsis . [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/sepsis.html>

Méndez Álvarez, C. E. (2001). *Metodología*. McGraw-Hill.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos del Perú (2024), Manual de Valores Institucionales. https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fcdn.www.gob.pe%2Fuploads%2Fdocument%2Ffile%2F3169850%2FVALORESINSTITUCIONALES.pdf&psig=AOvVaw3xkgSukFOJDTv8RTa_4U2i&ust=1728847441250000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CAQQn5wMahcKEwjw85egyYmJAxUAAAAAHQAAAAAQBA

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia. (2013). *Proceso de Atención de*

Enfermería (PAE). Rev. Salud Pública Parag. 3 (1). Pag 41-48.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2020). *Normas que Establecen la Clasificación de los Espacios o Establecimientos de Salud de la Red de Atención Integral del Sistema Público Nacional de Salud*
<https://pandectasdigital.blogspot.com/2020/02/normas-que-establecen-la-clasificacion.html>

Mitjà, J. (2024). PAE. <https://enfermeriablog.com/pae/>

Navarro, J. (marzo, 2017). Definición de Reseña Histórica. Significado.com. Desde <https://significado.com/resena-historica/>

Navarro, J.; Díaz, J. (2014). Síndrome posparo cardiaco. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-anestesiologia-341-articulo-sindrome-posparo-cardiaco-S0120334714000203#bib0010>

Noe, R. A., Hollenbeck, J. R., Gerhart, B., & Wright, P. M. (2017). *Human resource management: Gaining a competitive advantage*. McGraw-Hill Education.

Noriega, E. (2021). Conocimientos de los profesionales de Enfermería sobre el cuidado al paciente con disfunción multiorganica por sepsis. NPunto Vol. IV Número 41. <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6114ec753c7e4art7.pdf>

Nuñez, L. (2019). La Observacion Participante.
https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/147145/5/MetodosDeInvestigacionCualitativaEnElAmbitoLaboral_Modulo2_LaObservaconParticipante.pdf

Ordaz, V. (2022). *Proceso Enfermero Aplicado a Paciente Masculino con Enfermedad Renal Crónica, Secundario a Hipertensión Arterial, que Acude a*

la Unidad de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar [Tesis de Pregrado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.

Organización Mundial de la Salud.(2018). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Organización mundial de la salud . p. 14-5.

Organización Panamericana de la salud (2024). Sepsis.

<https://www.paho.org/es/temas/sepsis>

Ortega, C, (2024). Grupos de discusión: Qué son, cómo crearlos y tipos que existen.

<https://www.questionpro.com/blog/es/grupos-de-discusion/#:~:text=Un%20grupo%20de%20discusión%20es,que%20discuten%20un%20tema%20determinado.>

Palella, S. y Martins, F. (2017). Metodología de la Investigación.

<http://virtual.urbe.edu/tesispub/0105003/cap03.pdf>

Pinto, Y. (2022). *Proceso Enfermero a Paciente Femenina con Enfermedad Cerebrovascular Isquémico (EVC) Temporal Derecho, Internada en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. Luis Ortega*. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta]. Archivo digital.

Portal de Revistas Universidad Nacional de Córdoba. (2025). *Aproximación*

diagnóstica. <https://revistas.unc.edu.ar>

Portugal, J. (2021). La Importancia De La Unidad De Cuidados Intensivos Y Sus

Especialistas. <https://acp.org.pe/noticlinicas/la-importancia-de-la-unidad-de-cuidados-intensivos-y-sus-especialistas/>

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2019). Fundamentos De Enfermería (10.^a ed.). Elsevier.

- Radeschi G, Mina A, Berta G, Fassiola A, Roasio A, Urso F, et al. Incidence and outcome of in-hospital cardiac arrest in Italy: a multicentre observational study in the Piedmont Region. *Resuscitation* . 2017;119:48-55. doi: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2017.06.020>
- Ramos, S. (2018). *La Observación Participante: Fases, Ventajas y Desventajas. Psico-Educación Comunitaria*.
<http://saulmirandaramos.blogspot.com/2018/06/la-observacion-participante-fases.html>
- Remenyi, D. (2012). *Case Study Research*. Academic Publishing International.
- Roca, B. (2008). Sepsis y síndromes relacionados *Rev Med Univ Navarra/Vol 52, N° 4, 2008, 3-1* <https://revistas.unav.edu/index.php/revista-de-medicina/article/view/7728/6765>
- Rodríguez Puerta, A. (01 de enero de 2023). *Marjory Gordon y los Patrones Funcionales (Enfermería)*. Obtenido de <https://www.lifeder.com/marjory-gordon/>
- Rodríguez, L. (2007). *Hospital "Dr. Luis Ortega" 50 años*. Porlamar, Nueva Esparta.
- Rosales, Y.; Reyes, E.; Canelón, G.; Martínez, L. & Vásquez, R. (2024). Mielomeningocele lumbar y neuroinfección en recién nacidos. Aspectos epidemiológicos. Instituto autónomo hospital Universitario de Los Andes Merida – Venezuela. *Rev. Chil. Neurocirugía*; 50 (1): 8-15.
<https://revistachilenadeneurocirugia.com/index.php/revchilneurocirugia/article/view/391/252>
- Saez, G. (2023). ¿Qué es el empiema pleural?. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/empiema-pleural/>

- SalusPlay (2019). El proceso enfermero como proceso de gestión de los cuidados en la asistencia. <https://www.salusplay.com/blog/proceso-enfermero-gestion-cuidados-asistencia/>
- Sánchez. (2019). *Entrevista*. <https://conceptodefinicion.de/entrevista/>
- Santander <https://www.santanderopenacademy.com/es/blog/cualitativa-y-cuantitativa.html>
- Sector Público. (2023). *Fundamento legal: ¿Qué es y cómo identificar uno que esté bien redactado?*. <https://sectorpublico.softplan.com.br/blog/fundamento-legal/#:~:text=Es%20el%20conjunto%20de%20principios,conducta%20humana%20en%20una%20sociedad.>
- Significados, Equipo (noviembre 2023). "Ubicación Geográfica". <https://www.significados.com/ubicacion-geografica>
- Thompson, A. A., & Strickland, A. J. III. (2001). *Administración Estratégica: Conceptos Y Casos* (11.a ed.). McGraw-Hill. , 2001.
- Thompson, I. (2020). Definición de Misión <https://www.promonegocios.net/mercadotecnia/mision-definicion.html>.
- Toro, M. (2024) *Proceso Enfermero A Paciente Sexagenario Con Evento Cerebrovascular Hemorrágico Ingresado En La Unidad De Cuidados Intensivos “Dr. Pablo Agreda” Del Hospital “Dr. Luis Ortega”*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.
- UCIHonda (2024), *Misión y visión*. Medicina Intensiva del Tolima S.A. <http://www.ucihonda.com.co/Site/index.php/es/nosotros/misionyvision#:~:text=Ofrecer%20servicios%20de%20salud%20integral,usuarios%20familia%20cuidadores%20y%20comunidad.>

- Universidad de Concordia. (2020). *Definición de Técnicas de Investigación*.
<https://universidadlaconcordia.edu.mx/blog/index.php/tecnicas-de-investigacion/#:~:text=Las%20t%C3%A9cnicas%20de%20investigaci%C3%B3n%20son,conocimiento%20para%20resolver%20nuestras%20preguntas>
- Universidad Internacional de la Rioja. (2025). La anamnesis clínica: qué es, objetivos y procedimiento de elaboración.
<https://www.unir.net/revista/salud/anamnesis-clinica/#:~:text=La%20anamnesis%20cl%C3%ADnica%20es%20el,familiares%20y%20personales%20m%C3%A1s%20destacables>.
- Vásquez, R.; Delgado, F; Salgado, H y Kai, J (2017). Las Fichas Técnicas como Sistema de Información Farmacológica. Boletín CIM (3).
https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/2018-2024/medicamentos/FICHAS%20TECNICAS/BOLETINES%20USO%20RAZIONAL%20MEDICAMENTOS/2017/boletin_3_2017.pdf
- Velasquez, J. (2021). *Proceso Enfermero a Paciente Masculino de 78 Años de Edad con Diagnóstico Médico de Trauma Cráneo Encefálico (TCE) Internado en el Servicio de Observación Adulto del Hospital Dr. Luis Ortega*. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente].
- Vicent, A. (2022). *Proceso Enfermero Aplicado A Paciente Femenina Adulta Con Enfermedad Renal Crónica Secundario A Hipertensión Arterial + Diabetes Mellitus+ Nefritis Lúpica En Tratamiento Dialítico En La Unidad Bolivariana De Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.
- VIDALVademecum (2016). *Omeprazol*.
<https://www.vademecum.es/mexico/medicamento/1144067/omeprazol-polvo-para-solucion-inyectable-con-solvente-40-mg-10-ml>

VIDALVademecum (2017). *Colistin*. <https://www.vademecum.es/principios-activos-colistina-j01xb01-us>

VIDALVademecum (2022). *Furosemida*. <https://www.vademecum.es/estados-unidos/medicamento/28008875/furosemide-solution-for-injection-40-mg-4-ml>

VIDALVademecum. (2015). *Ampicilina/Sulbactam*.
<https://www.vademecum.es/principios-activos-ampicilina+%2B+sulbactam-j01cr01+p1-us>

VIDALVademecum. (2015). *Cloruro de Potasio*.
<https://www.vademecum.es/venezuela/medicamento/77002265/cloruro-de-sodio-behrens-solucion-para-perfusion-20-g-usp-100-ml>

VIDALVademecum. (2016). *Midazolam*. <https://www.vademecum.es/principios-activos-midazolam-n05cd08>

VIDALVademecum. (2018). *Irtopan*.
<https://www.vademecum.es/venezuela/medicamento/77006832/irtopan-solucion-inyectable-10-mg-2-ml>

VIDALVademecum. (2019). *Acido Valproico*.
<https://www.vademecum.es/principios-activos-valproico+acido-n03ag01>

VIDALVademecum. (2019). *Dipirona*.
<https://www.vademecum.es/colombia/medicamento/1537756/dipirona-1-g-2-ml-sol-iny->

VIDALVademecum. (2019). *Fentanilo*.
https://docs.google.com/document/d/1kWfQuevNruG3BWQKvD_JM3hyY_3SHaUGJc-Yh7zoSM/edit?tab=t.0

VIDALVademecum. (2020). *Hidrocortisona*.

<https://www.vademecum.es/mexico/medicamento/1140149/hidrocortisona-solucion-inyectable-100-mg-2-ml>

Vyas , J. (2023). Empiema.

<https://ssl.adam.com/content.aspx?productid=83&pid=5&gid=000123&site=alliantplans.adam.com&login=ALLI5730>

Wolfsdorf, J. (2022). Empiema. Updates in Pediatrics, formerly International Pediatrics, Nicklaus Children's Hospital, 2004-present.

<https://www.nicklauschildrens.org/condiciones/empiema>

Yo Amo Enfermería Blog. (2019). *Funciones o roles de enfermería*. Obtenido de

<https://yoamoenfermeriablog.com/2019/05/21/funciones-o-roles-de-enfermeria/>

Zanotti, M.; Salas, B & Diana, C. (2014). *Cuidados de Enfermería al Paciente con Sepsis de Punto de Partida Respiratorio. Un Enfoque desde el modelo de Virginia Henderson*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-sepsis-respiratoria-virginia-henderson/7/>

Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso

Título	Proceso enfermero a paciente adulto joven masculino de 20 años de edad con diagnóstico médico de sepsis punto de partida pulmonar ingresado en la unidad de cuidados intensivos adultos del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar
Subtítulo	

Autor (es):

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e- mail
Mago Marcano Sarayh Andreina	ORCID:
	e-mail: sarayhandreina@gmail.com
	e-mail:
	ORCID:
	e-mail:
	e-mail:
	ORCID:
	e-mail:
	e-mail:

Palabras o frases claves

sepsis punto de partida pulmonar

cuidados intensivos

proceso enfermero

relación padres-hijo

Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso

Área	Subárea
Ciencias de la Salud	Enfermería

Resumen (abstract):

La sepsis es una complicación que tiene lugar cuando el organismo produce una respuesta inmunitaria desbalanceada, anómala, frente a una infección, suele ser un síndrome de carácter inflamatorio, ya que el sistema responde de manera excesiva a una infección, ocasionando que se lesionen sus propios tejidos, órganos y sistemas. El presente trabajo de investigación nos muestra el estudio de un caso clínico cuyo objetivo principal es aplicar el proceso enfermero a paciente adulto joven masculino con diagnóstico médico de Sepsis punto de partida pulmonar ingresado en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos del Hospital Dr. Luis Ortega. Esta investigación tiene un enfoque cuali-cuantitativo donde se utilizaron los métodos de investigación acción participante y estudio de caso, a través de técnicas como la observación directa, encuesta y entrevista. Desde el punto de vista teórico-metodológico el proceso enfermero estuvo sustentado en la conjugación de Marjory Gordon, Callista Roy, Merle Mishel y Georgene Eakes, Mary Lermann y Margaret Hainswoth, lo cual sirvió para la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de la evolución del paciente, la estrecha relación padres- hijo y familiares, a través de la taxonomía NANDA (2021-2023) NOC (2018) y NIC (2018). Se concluye que el proceso enfermero basado en las intervenciones de patrones funcionales y modos adaptativos alterados, constiuyen elementos significativos para la atención de la incertidumbre ante la enfermedad y el duelo generado por la pérdida física de “Superhéroe”.

Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso

Contribuidores:

Apellidos y Nombre	ROL / CÓDIGO ORCID / E_MAIL								
Lárez Julioscar	ROL	CA		AS		TU		JU	X
	ORCID								
	E_MAIL	julioscarlarez@gmail.com							
	E_MAIL								
Sulbarán Carlos	ROL	CA		AS		TU		JU	X
	ORCID								
	E_MAIL	ysabelvelasquez2018@gmail.com							
	E_MAIL								
Narváez Yulitza	ROL	CA		AS		TU		JU	X
	ORCID								
	E_MAIL	andreinamilagrosnoriega@gmail.com							
	E_MAIL								

Fecha de discusión y aprobación:

AÑO	MES	DÍA
2025	03	07

LENGUAJE. SPA

Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso

Archivo (s):

Nombre del Archivo	Tipo MIME
NNECTG_MMSA2025	.docx
NNECTG_MMSA2025	.pdf

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F
G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v
w x y z. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9.

Alcance

Espacial: Hospital General Dr. Luis Ortega Porlamar

Temporal: Octubre 2024- Febrero 2025

Título o grado asociado con el trabajo:

Licenciada en Enfermería

Nivel asociado con el trabajo:

Licenciatura

Área de Estudio:

Ciencias de la Salud

Institución:

Universidad de Oriente



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda "SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009".

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE	
SISTEMA DE BIBLIOTECA	
RECIDIDO POR	<i>[Signature]</i>
FECHA	5/8/09
HORA	5:30

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Signature]
JUAN A. BOLAÑOS CUMBELO
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YOC/manja

Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso,

Derechos

Artículo 41 del reglamento de trabajo de pregrado (Vigente a partir del II semestre 2009, Según comunicado CU-034-2009). "Los Trabajos de Grado son Propiedad exclusiva de la Universidad y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien lo participará en Consejo Universitario"

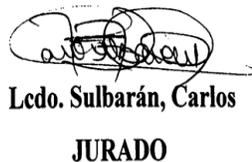


Mago Marcano, Sarayh Andreina

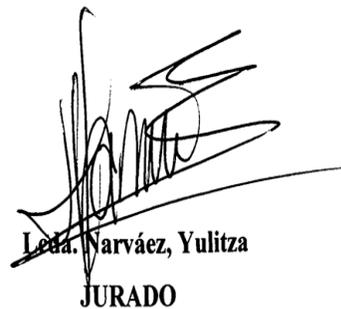
AUTOR



Lda. Lárez, Julioscar
JURADO



Ldo. Sulbarán, Carlos
JURADO



Lda. Narváez, Yulitza
JURADO

Por la comisión de trabajo de grado
