

**PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO
DE ENFERMERÍA DE LOS PACIENTES CON HERIDA DE ABDOMEN
ABIERTO QUE ASISTEN A UNA CLÍNICA DE HERIDAS EN UNA
INSTITUCIÓN DE CUARTO NIVEL DE BOGOTÁ**

LINA MARIA OSORIO HERNÁNDEZ

KAREN MELISSA RODRÍGUEZ CRUZ

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

BOGOTÁ D. C.

2010

**PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DEL CUIDADO HUMANIZADO
DE ENFERMERÍA DE LOS PACIENTES CON HERIDA DE ABDOMEN
ABIERTO QUE ASISTEN A UNA CLÍNICA DE HERIDAS EN UNA
INSTITUCIÓN DE CUARTO NIVEL DE BOGOTÁ**

LINA MARIA OSORIO HERNÁNDEZ

KAREN MELISSA RODRÍGUEZ CRUZ

Trabajo de grado para obtener el título de Enfermera

ASESORAS

ALIDA MIREYA CHAVES REYES

PRISCILA GONZÁLEZ SALCEDO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

BOGOTÁ D. C.

2010

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del jurado

Firma de jurado

Firma de jurado

Ciudad y fecha _____

DEDICATORIA

(Lina María Osorio Hernández)

Siempre es necesario agradecer a Dios por habernos dado la oportunidad de culminar satisfactoriamente una etapa de nuestras vidas, y encomendarnos a él para que nos guíe en todas las nuevas experiencias que llegan a nuestras vidas, dedico este trabajo a mis padres y especialmente a mi mamá quien fue, es y será mi compañera incondicional, a mis profesoras quienes con su sabiduría y paciencia han hecho de mí la profesional que soy hoy en día. Esperando que este sea el primer de los muchos frutos en mi vida profesional.

(Karen Melissa Rodríguez Cruz)

Doy gracias a Dios por permitirme culminar una etapa de vida y por demostrarme que con su compañía y bendición puedo crecer como persona y como una gran profesional, Enfermera. Por eso le dedico este logro a él y a su gran amor.

A mis padres, por ser esa compañía incondicional, por darme la fuerza y el apoyo que necesite durante este proceso. Les dedico este logro porque son ellos los que han luchado por brindarme la mejor educación y hacer de mí la persona que soy hoy día.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la orientación, el seguimiento, la preocupación y el apoyo que nos brindaron nuestras asesoras, Alida Mireya Chaves Reyes y Priscila González Salcedo, durante el desarrollo de nuestro trabajo de grado.

Un agradecimiento especial a la Jefe Johanna Catalina Blanco de la Clínica de heridas del HUSI, por su colaboración en la recolección de la muestra y por su gran interés en este trabajo de grado.

Agradecemos también por la orientación y tiempo que dispuso la profesora Sandra Liliana Acosta Huertas para asesorarnos en determinados momentos, y finalmente a nuestras jurados, profesoras Luisa Achury y Fanny Acevedo quienes con sus correcciones enriquecieron este trabajo.

CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCIÓN	8
1. PROBLEMA	15
2. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TERMINOS	18
3. JUSTIFICACIÓN	22
4. OBJETIVOS	26
4.1 Objetivo general	26
4.2 Objetivos específicos	26
5. PROPÓSITOS	28
6. MARCO TEÓRICO	29
7. METODOLOGÍA	73
7.1 Diseño de estudio	73
7.2 Muestreo y muestra	73
7.3 Descripción de la toma de muestra	74
7.4 Procesamiento y análisis de datos	74
7.5 Aspectos éticos	87
7.6 Descripción del instrumento	87
8. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS	91
9. CONCLUSIONES	123

10. RECOMENDACIONES	127
ANEXOS	128
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	139

INTRODUCCIÓN

El cuidado de enfermería brindado a los pacientes según la situación de salud – enfermedad en que se encuentren, genera una percepción que es importante identificar con el fin de brindar cuidado.

En la presente investigación se abordó a los pacientes que presentaban herida de abdomen abierta y que asisten a una clínica de heridas, para conocer cuál era su percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. Para esto, fue necesaria una contextualización que permitió identificar y tener claros los conceptos que facilitaron la comprensión del cuidado del paciente como un proceso complejo y que con su realización dio origen a su propia percepción.

Existen diversas definiciones de herida, se cita la siguiente debido a que facilita la contextualización del problema que se abordó en el presente estudio, la herida es: “Toda lesión traumática de la piel y mucosas con solución de continuidad de las mismas y afectación variable de estructuras adyacentes.”²

² GOMEZ GARCIA, Marta. Heridas. Enfermería quirúrgica. Apuntes de Enfermería. En: Portal medico.com [en línea] Diciembre. 2007. On line. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/409/1/Heridas-Enfermeria-quirurgica-Apuntes-de-enfermeria.htm>. [Citado en 2 de Agosto 2010]

La causa de estas heridas puede ser derivada de traumatismos, intervenciones quirúrgicas o trastornos médicos subyacentes; sin embargo en el caso específico de las heridas generadas por intervenciones quirúrgicas, se encuentra la herida de abdomen abierto, la cual se define como la técnica quirúrgica en la cual la cavidad abdominal es dejada abierta para tratamiento, secundario a diferentes entidades patológicas³, esta herida debido a su complejidad, estricto control y manejo al que debe ser sometida, necesita de un cuidado especial, brindado por profesionales de enfermería los cuales deben realizar seguimiento y valoración constante de su evolución.

Hace algunos años, cuando se abordó el tema del cuidado de heridas se llegó a la decisión que el tratamiento lo darían solo las enfermeras con experiencia en el manejo de estas, debido a que se realizaba en forma indiscriminada, es decir todas las heridas eran tratadas de la misma forma, lo cual no generaba beneficios sino por el contrario ocasionaba mayores complicaciones, tales como: aumento en la estancia hospitalaria e incremento de los gastos tanto para la institución como para el paciente. Además las jefes actuales de Clínica de Heridas tal y como la jefe de la Clínica de Heridas de la Clínica del Country, refieren la creación de las

³ BORRÁEZ, Oswaldo Alfonso. Abdomen abierto: La herida más desafiante. En: Revista Colombiana de Cirugía [en línea]. Vol. 23 No 4. Oct/Dic. 2008. Bogotá. http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S201175822008000400004&script=sci_arttext [citado en 20 de agosto de 2010]

clínicas de heridas como una necesidad, debido al aumento en el índice de infección de las heridas, por la petición de realizar un seguimiento epidemiológico a pacientes con heridas infectadas, y por la aparición de lesiones más complicadas que requieren tiempo y manejos complejos, lo cual hace que se aumenten las necesidades de personal entrenado y capacitado; lo cual se reúne en estos servicios creados y abanderados por profesionales de enfermería.

Es así como actualmente según el conocimiento, experiencia y fundamento del cuidado de enfermería, surgen las Clínicas de Heridas, generando un costo beneficio de efectividad significativo para las partes involucradas en el cuidado.

Debido a la importancia que tiene el cuidado de enfermería, las Facultades de Enfermería se han encargado de interpretar el cuidado de enfermería; haciendo referencia a la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, ésta interpreta el cuidado de enfermería “como el conjunto de funciones desarrolladas para mantener la vida de los seres vivos, mediante la práctica cotidiana de asistencia en la interacción, la comunicación, la información y la atención espiritual y social, dimensiones que deben caracterizar el cuidado integral brindado a los pacientes hospitalizados”⁴, es decir, que el cuidado de

⁴ ARIZA OLARTE, Claudia; DAZA DE CABALLERO, Rosita. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado en un hospital de tercer nivel de Bogotá: Resultados y discusión. En: Actualizaciones en Enfermería: Trabajos originales [en línea]. Vol. 5 No. 2, Junio 2002. ISSN 0123-5583 <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8305-Calidad2.htm> [citado en 18 de Agosto de 2010]

enfermería ofrecido en todos los servicios que conforman una institución, busca una intervención orientada al sostenimiento de la salud y a la recuperación de los pacientes.

Siendo el cuidado, un proceso que identifica las necesidades presentes en el paciente por medio de la competencia que domina el profesional de enfermería, y con el cual se logra que el paciente perciba un cuidado humanizado de parte del profesional de enfermería respecto a los servicios recibidos, se debe tener en cuenta que “cada sujeto de cuidado tiene una serie de características diversas que lo hacen único, pero donde el cuidado que se entrega debe reunir ciertas condiciones de humanización, además de conocimientos científicos, psicológicos y sociales que provee la formación profesional en enfermería”⁵.

La unión de los anteriores elementos del cuidado propios del profesional de enfermería, hace que se genere la caracterización de un servicio dentro de una institución hospitalaria, dada por los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, lo cual genera reconocimiento del mismo en la población objeto.

⁵ REINA GAMBA, Nadia Carolina; VARGAS ROSERO, Elizabeth. Validez de contenido y validez facial del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado" [en línea]. En: Avances en Enfermería ISSN 0121-4500 *versión on-line*. Av.enferm. v.26 n.2 Bogotá jul./dic. 2008. http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0121-45002008000200008&script=sci_arttext. [Citado en 18 de Agosto de 2010].

Es fundamental conocer el significado del cuidado y la importancia que tiene en la atención del profesional de enfermería, con el fin de interpretar el impacto de un determinado servicio según la percepción del paciente, el cuidado se considera como el grado de satisfacción del mismo ante los servicios recibidos, de igual manera es un indicador para aportar a la toma de decisiones, identificando el desempeño del profesional de enfermería y también los logros alcanzados por la institución frente a las personas que la conforman, dando prioridad a la organización y al funcionamiento de un proceso, incluyendo los indicadores subjetivos y objetivos de los fenómenos psíquicos, físicos y fisiológicos que vive el paciente.

Con la justificación anterior se presenta este trabajo cuyo objetivo es: Determinar la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería de los pacientes con herida de abdomen abierto que asisten a una clínica de heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá en el mes de septiembre de 2010.

Con el propósito, de identificar los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería que los usuarios de la clínica de heridas perciben como “siempre”, mostrando así que los cuidados en estos servicios no son únicamente en la esfera física, sino que el abordaje integral logra como beneficio la recuperación óptima del paciente.

Lo anterior se determinó mediante el uso del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería, el cual tiene 50 ítems

reunidos en 9 categorías; la aplicación de este instrumento se realizó de forma individual en donde el paciente escuchaba los ítems que se le preguntaban y daba su respuesta guiada por una escala likert, la aplicación se llevó a cabo en un lugar diferente a la Clínica de Heridas con el fin de tener la menor influencia posible de agentes relacionados con la misma y así evitar sesgos relacionados con la confiabilidad de la respuesta.

Teniendo en cuenta la realidad física, emocional y el tiempo que se requiere para la recuperación de éstos pacientes, es fundamental evaluar la percepción que éstos tienen de la atención brindada durante ese periodo, considerando la presencia de varios elementos como el apoyo físico, el apoyo emocional, los sentimientos del paciente, la empatía, las características del profesional de enfermería, las cualidades del hacer del profesional de enfermería, el priorizar al ser de cuidado, la disponibilidad para la atención y la proactividad; lo cual, permite que el paciente genere una opinión o un concepto general acerca del cuidado que recibe cuando asiste a una Clínica de Heridas, lo que se entendería como la percepción adquirida y establecida, que la caracteriza de manera directa en una institución de cuarto nivel de Bogotá.

Al conocer los resultados y realizar el análisis de los mismos, se plantearon conclusiones que permiten la optimización del cuidado de enfermería, brindado a un paciente con herida de abdomen abierto en una Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel en Bogotá, favoreciendo el proceso entre las expectativas del paciente y las medidas sociales y profesionales en las que se

desarrolla la prestación del servicio, con el fin de optimizar la atención y así mismo la percepción de los pacientes que asisten a Clínica de Heridas.

1. PROBLEMA

De acuerdo a las revisiones realizadas, se evidenció que la herida de abdomen abierto es la que se presenta con mayor frecuencia en los pacientes que asisten a una Clínica de Heridas.

A nivel internacional se encuentra que esta herida es causada principalmente para el manejo de la sepsis abdominal, en EE.UU esta causa se da en 3 casos por cada 1000 pacientes y en Europa el 22% de los pacientes han tenido sepsis abdominal.⁶

A nivel nacional, se evidenciaron dos causas siendo las principales, la sepsis abdominal que se origina tanto por una perforación apendicular como del colon o trauma abdominal penetrante, generando el 1% y el 20% de mortalidad respectivamente, y como segunda causa de la herida de abdomen abierto, se menciona el trauma de abdomen que ocasiona un poco más de 30.000 muertes al

⁶ IÑAGUAZO, Darwin. ASTUDILLLO, Maria. Abdomen abierto en la sepsis intraabdominal severa. ¿Una indicación beneficiosa?. En: Rev. Chilena de Cirugía. Vol 61 - N° 3, Junio 2009; pág. 294-300. On line. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262009000300014&script=sci_arttext. [citado en 5 de Agosto de 2010]

año.⁷ Las dos terceras partes ocurren como consecuencia de homicidio (2, 3) y 75% de las muertes son ocasionadas por heridas penetrantes. En el 32% de los muertos por trauma se registra compromiso abdominal. Un ejemplo de los mecanismos penetrantes como indicación de laparotomía que llegan al servicio de urgencias, se da en Cali con un el 89% y un 97% en Manizales⁸.

En la ciudad de Bogotá el número de pacientes con Herida de Abdomen Abierto que asisten a una Clínica de Heridas, es similar en tres instituciones tales como, la Fundación Santafé, Hospital Universitario Clínica San Rafael, Hospital Central de la Policía Nacional.

En el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI), se atendió 48 pacientes con Herida de Abdomen Abierto entre enero y septiembre del 2009, y de junio a agosto del año 2010 se atendieron 25 pacientes con Herida de Abdomen Abierto incluyendo los que son atendidos en el servicio de hospitalización, así como los que son atendidos en consulta externa de la misma institución. Éste dato evidencia la importancia de esta herida de abdomen abierto en el medio hospitalario.

⁷ GUIAS DE PRACTICA CLINICA BASADAS EN LA EVIDENCIA, trauma de abdomen, ministerio de salud.

⁸ Ferrada D, Ricardo; GARCÍA M, Alberto. PROYECTO ISS – ASCOFAME. GUIAS DE PRACTICA CLINICA BASADAS EN LA EVIDENCIA . Trauma de Abdomen [en línea]. p.57. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Trauma%20Abdomen.pdf>. [citado en 10 de Noviembre de 2010].

Específicamente la Clínica de Heridas y ostomías del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO** “pretende educar y capacitar al paciente y a su familia para el manejo consciente de su patología, para que la familia sea un apoyo constante y así se logre una rehabilitación y recuperación en el menor tiempo posible; además de brindarle al paciente y su familia un lugar donde se sienta comfortable, atendido de forma integral.”⁹

Es por esta razón y por la reciente creación de las clínicas de heridas, que es necesario estar evaluando la calidad de sus servicios y justificando con hechos los beneficios de su creación, todo esto por medio de estudios de investigación; lo que deriva el planteamiento de la pregunta de estudio ¿Cuál es la percepción de comportamiento de cuidado Humanizado de enfermería de los pacientes con herida de abdomen abierto que asisten a una clínica de heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá? durante el mes de septiembre de 2010.

⁹ Clínica de heridas y ostomías HUSI

2. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

- **Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería:**

Es definida como el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción en el cuidado¹⁰.

Para esta investigación la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, permitirá identificar los comportamientos habituales y trascendentales en la interacción cuidador - ser cuidado y así enriquecer el sentido del cuidado, entendiendo la grandeza y autonomía del ser humano.

- **Percepción del cuidado de enfermería:**

La percepción es definida como un proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de si mismo, todo aquello que obtiene del exterior para poder tener conciencia de

¹⁰ RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Álvaro. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country [en línea]. Bogotá, 2007. P. 13. http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf [citado en 20 de Agosto de 2010]

lo que lo rodea, en la relación enfermera – ser - cuidado, esta percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería hace referencia a la impresión que subyace de esta interrelación en el momento de **“cuidar al otro”**, y como se interiorizan y clasifican los momentos y acciones intencionales de la persona cuidada y de aquella denominada cuidadora.¹¹

Esta investigación permitirá determinar cuál es la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería de los pacientes con herida de abdomen abierto que asisten a una clínica de heridas; aplicando el instrumento de “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería” (PCHE) teniendo en cuenta sus nueve categorías:

1. Sentimientos del paciente
2. Características de la enfermera
3. Dar apoyo emocional
4. Dar apoyo físico
5. Cualidades del hacer de la enfermera
6. Productividad
7. Empatía

¹¹ Ibid., p. 58.

8. Priorizar al ser de cuidado
9. Disponibilidad para la atención.

- **Herida de abdomen abierto:**

Es la técnica quirúrgica en la cual la cavidad abdominal es dejada abierta, secundario a diferentes entidades patológicas.¹² Esto con el fin de mejorar el tratamiento y el pronóstico de los pacientes con infección intraabdominal severa.

- **Clínica de heridas:**

Es el servicio de referencia en las instituciones de tercero y cuarto nivel, que tiene por objetivo el cuidado de las heridas y la recuperación de la piel de los pacientes, facilitando el proceso biológico de la cicatrización de estas, reduciendo la estancia hospitalaria, el tiempo de tratamiento y costos.

¹² BORRÁEZ, Oswaldo Alfonso. Abdomen abierto: La herida más desafiante. En: Revista Colombiana de Cirugía [en línea]. Vol. 23 No 4. Oct/Dic. 2008. Bogotá. http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S201175822008000400004&script=sci_arttext [citado en 20 de agosto de 2010]

- **Institución de cuarto nivel:**

Las instituciones con el mayor nivel de complejidad son las de tercero y cuarto nivel de atención, en donde se atienden los casos más delicados, que no pueden ser atendidos en las instituciones del segundo nivel de atención y que requieren el concurso de varios médicos especialistas y equipos de alta tecnología.¹³ Por esta razón se trabajará en una institución de cuarto nivel de complejidad donde los pacientes con heridas de abdomen abierto requieren de un trabajo interdisciplinario, para brindar cuidado integral y garantizar el restablecimiento en un porcentaje considerable y/o la totalidad del tejido, así como la funcionalidad del mismo.

¹³ ARISTIZÁBAL, Gustavo; AWAD, Carlos; ALVAREZ, Martha; MARIÑO, Ana; CORTÉS, Jorge. Guía de estudio y manejo de casos y sus contactos para enfermedad similar a influenza, incluyendo el diagnóstico, manejo clínico y terapéutico. Versión abril 30 de 2009, adaptación a influenza de origen porcino. En: República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Dirección General de Salud Pública [en línea]. Bogotá D. C, Abril 2009. 13p.
<http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/AlcaldiaMedellin/SecretariaSalud/SitioTemporalSalud/descargables/NoticiasCentro/Guia%20de%20manejo.pdf>. [citado en Abril 16 de 2010]

3. JUSTIFICACIÓN

Las heridas de abdomen abierto requieren de un manejo complejo, lo cual incrementa los recursos económicos que son utilizados para el tratamiento de estas y además por su creciente incidencia en las instituciones de salud cada vez más se exigen áreas especializadas y personal de enfermería cualificado.

En Colombia las causas de la implementación de abdomen abierto tienen cifras alarmantes, la primer causa es la sepsis abdominal de la cual su mortalidad puede oscilar desde 1% en pacientes con perforación apendicular hasta 20% en los que sufren una perforación del colon o han presentado una infección derivada de un trauma abdominal penetrante¹⁴, el trauma de abdomen como segunda causa más importante de abdomen abierto, ocasiona anualmente un poco más de 30.000 muertes cada año en Colombia¹⁵.

Las heridas de abdomen abierto por el valor epidemiológico que tienen, han sido recientemente manejadas en los hospitales por las Clínica de Heridas, ya que en

¹⁴ NIETO, Julio Alberto. Sepsis abdominal. En: Revista Colombiana de Cirugía [en línea]. Bogotá 2000. <http://www.encolombia.com/cirugia15300-sepsis.htm>. [citado en Abril 21 de 2010].

¹⁵ GUIAS DE PRACTICA CLINICA BASADAS EN LA EVIDENCIA, trauma de abdomen, ministerio de salud.

el pasado el manejo se daba por parte de todo el personal de enfermería lo cual impedía la realización de un seguimiento riguroso, no permitía brindar un cuidado personalizado a cada paciente, y no era viable para la realización de evaluaciones que orientaran de forma más efectiva el cuidado de enfermería a pacientes con herida de abdomen abierto. Por lo tanto, es indispensable reconocer la percepción que según Hermann L. F. Helmholtz, “es el resultado de la capacidad del individuo de sintetizar las experiencias del pasado y las señales sensoriales presentes”¹⁶.

La percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, que genera la Clínica de Heridas en estos pacientes, está representado en el cuidado que le brinde enfermería, el cual se basa fundamentalmente en las necesidades biopsicosociales, culturales y espirituales del paciente¹⁷. También, es importante incluir el término de “calidad” como un elemento que facilita el proceso de brindar cuidado, ya que como menciona el médico y académico Avedis Donabedian, fundador del estudio de la calidad de la atención de salud, la calidad en la atención es considerada como “la efectividad del cuidado para lograr y producir salud y satisfacción, definidas por los miembros individuales de una sociedad o subcultura particular; es el valor último de la calidad del cuidado”¹⁸, es decir, que es

¹⁶ HELMHOLTZ, Herman. Microsoft Corporation. Percepción. En: Enciclopedia Microsoft Encarta 2000.

¹⁷ FAWCETT J. Analysis and Evaluation of contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories. USA: Davis Company; 2000.

¹⁸ CABRERO GARCIA, Julio; MARTINEZ, Miguel R. Adaptación española de una escala para medir la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería. Primeros resultados [en línea].

importante tener en cuenta el cuidado humanizado de enfermería como un indicador de la calidad de la atención brindada. Es por esto, que se debe conocer la experiencia subjetiva del paciente y así poder determinar el cuidado humanizado de enfermería en una Clínica de Heridas.

Adicionalmente, para reafirmar la importancia de estas clínicas de heridas debemos tener en cuenta el aspecto político que rige la prestación de servicios de salud expresado en el decreto 1011/2006 del Ministerio de la Protección Social el cual busca garantizar la calidad de la prestación de los servicios de salud generando procesos de mejoramiento continuo y define la calidad de la atención como “La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”¹⁹. Sus características son: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad y la Ley 266/1996²⁰ incluye la calidad como uno de los principios superiores en el cuidado

http://departamento.enfe.ua.es/profesores/miguel/documentos/adaptacion_esp_satisfaccion_pacientes_cuidados_enfermeria..pdf. [citado en 21 de Abril de 2010]

¹⁹ Ley 266 de 1996. Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. El congreso de Colombia. Decreta: Capítulo I [en línea]. En: El derecho del bienestar familiar. http://www.icbf.gov.co/transparencia/derechobienestar/ley/1996/ley_0266_1996.html. [citado en 21 de Abril de 2010]

²⁰ Ibid., p.7

de enfermería, definiéndola como una ayuda eficiente en términos de oportunidad y uso adecuado de recursos, y efectiva en cuanto a producción del impacto deseado para los sujetos receptores del cuidado. Esto se logra, realizando una continua evaluación de los procesos y los servicios que se les brinda a los pacientes identificando sus necesidades. Ya que de esta forma, se le da la oportunidad al paciente con herida de abdomen abierto, para que manifieste su percepción acerca del cuidado recibido en Clínica de Heridas, y así reafirmar la importancia de la Clínica de Heridas al interior de una institución de cuarto nivel, cumpliendo con los objetivos de la misma, siendo relevante que el profesional de enfermería tenga identificadas sus practicas para brindar un cuidado de calidad e identifique esta práctica como una acción valiosa, para lograr una mayor satisfacción personal y profesional que estará dirigida a una atención integral y necesaria que compromete las necesidades de los pacientes con herida de abdomen abierto; con el fin de cumplir con las necesidades de los pacientes, y así generar calidad de vida en los mismos, consiguiendo de esta manera un reconocimiento en cuanto a la calidad de los servicios en una comunidad que requiere de los mismos.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería de los pacientes con herida de abdomen abierto que asisten a una clínica de heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá en el mes de septiembre de 2010.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar socio demográfica y clínicamente la población de estudio.
- Describir en cada categoría la percepción de comportamiento de cuidado humanizado de enfermería de los pacientes con herida de abdomen abierto que asisten a una clínica de heridas en una institución de cuarto nivel de la ciudad de Bogotá.
- Describir la categoría en la cual los pacientes con herida de abdomen abierto que asisten a una clínica de heridas en una institución de cuarto nivel de la ciudad de Bogotá , perciben los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería como “siempre”, con puntaje más elevado.

- Describir la categoría en la cual los pacientes con herida de abdomen abierto que asisten a una clínica de heridas en una institución de cuarto nivel de la ciudad de Bogotá, perciben los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería como “casi siempre, algunas veces o nunca”, con puntaje más bajo.

5. PROPÓSITOS

- Fomentar en los estudiantes y en el personal de la institución, la investigación sobre temáticas relacionadas con servicios de apoyo (clínica de heridas) que permitan brindar un cuidado de enfermería de calidad.
- Dar la oportunidad al paciente con herida de abdomen abierto, para que manifieste su percepción acerca del cuidado de enfermería recibido en Clínica de Heridas.
- Reafirmar la importancia de una clínica de heridas en un hospital de cuarto nivel, desde la percepción de comportamiento y cuidado humanizado de enfermería.
- Brindar pautas para mejorar la evaluación de los pacientes en los ítems en los que no se llega a percibir como “siempre” el comportamiento y cuidado humanizado de enfermería en la Clínica de Heridas.

6. MARCO TEÓRICO

El cuidado es la esencia de Enfermería, ya que es la profesión dentro del área de la salud que lo aplica prioritariamente en todas sus acciones, es decir, que representa el quehacer del profesional de Enfermería. Al representar el eje del cual se derivan todas las acciones y funciones de Enfermería, el cuidado se va a ver sometido a un proceso donde continuamente estará siendo calificado o juzgado de manera positiva o negativa según la percepción de la experiencia del paciente que lo recibe; dicho proceso se genera de manera espontánea, debido a que, el ser humano desarrolla conceptos durante el transcurso de su vida por medio de los sentimientos, pensamientos, creencias, costumbres, etc. Lo que quiere decir, que este proceso de conceptualización está orientado a obtener o alcanzar la calidad de un servicio brindado, entendiéndolo como el nivel más alto de disponibilidad y eficacia del servicio que se brinda y por ende, que se recibe.

La calidad del cuidado de enfermería se puede medir a través de indicadores que reflejan la forma como se está brindando este cuidado, conocido también como “monitoria del cuidado”. Natividad Pinto Afanador, *Profesora Asistente Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia*, presenta en su artículo los indicadores de calidad de la atención de enfermería, con los cuales se pretende:

1. Establecer los indicadores de la calidad del cuidado: Indican acciones que se realizan dentro de los parámetros que definen el cuidado como la atención cuidadosa, dedicada, respetuosa y que pone siempre en primer lugar al paciente.

2. Medir la satisfacción del paciente: Se analiza por medio de las actitudes de cuidado a partir de las características del profesional de Enfermería, tales como las cualidades en el quehacer cuando brinda cuidado, apoyo emocional, físico y cuando logra empatía en la interacción con el paciente, sujeto de cuidado.

La satisfacción del paciente también se mide por medio de la percepción del cuidado, es decir, que la percepción resulta ser la fase final y más importante de un gran proceso, dado que, recoge un concepto final que define la satisfacción desde el momento en que se da inicio a la acción de cuidar y a través de las experiencias vividas y los sentimientos que el profesional de enfermería genera en el paciente, lo cual, en últimas evidencia un resultado que califica directamente al ser de Enfermería respecto al cuidado brindado, ya que el cuidado, al ser la esencia de enfermería, va a ser el primer elemento que se espera encontrar en la atención por parte del profesional de enfermería y consigo, será el primer elemento expuesto a diferentes percepciones o calificaciones. Lo cual, sería muy útil para este trabajo de investigación porque permite medir la satisfacción del paciente con herida de abdomen abierto por medio de la percepción que tiene acerca del cuidado humanizado de enfermería brindado en el servicio de Clínica de Heridas (CH) y así evaluar el cuidado del profesional de Enfermería para ofrecer siempre bienestar al paciente.

Es así como la percepción adquiere una gran connotación en el cuidado que brinda enfermería, puesto que “en la relación enfermera - ser - cuidado, la percepción del cuidado, hace referencia a la impresión que subyace de esta interrelación en el momento de **“cuidar al otro”**, y como se interiorizan y clasifican los momentos y acciones intencionales de la persona cuidada y de aquella denominada cuidadora”²¹. La percepción hace parte de un proceso nervioso que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno, es decir, que todo ser humano, en cualquier situación o circunstancia expresará espontáneamente su percepción acerca de lo vivido, ya que es el reflejo directo de la respuesta de sus sentidos. En Enfermería, obtener la percepción del paciente es de suma importancia porque es recibir la interpretación que haga el paciente, su familia y/o cuidador acerca del cuidado recibido, que en últimas se traduce en la calidad del trabajo que el profesional de Enfermería realiza y que, por consiguiente, permite modificar o perfeccionar la acción de cuidar para actuar en función de la satisfacción del paciente respecto a su condición de salud.

Para el profesional de enfermería se convierte en un reto la prestación del servicio de CH a todos los pacientes con diferentes tipos de heridas y especialmente con aquellos que tienen herida de abdomen abierto ya que, por su estado y características, ésta herida requiere un tratamiento ordenado, consecutivo y

²¹ RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Álvaro. Op. Cit., p.3.

complejo de tiempo prolongado (meses), donde es indispensable la intervención del Médico especialista y del profesional de Enfermera que está en el servicio de CH para lograr la recuperación o cierre total del abdomen. Por eso, es de vital importancia el conocimiento y la experiencia del profesional de Enfermería, lo cual garantiza que el cuidado sea de calidad, pertinente, de fácil acceso y confiable ya que, de una adecuada actitud de apoyo y colaboración, se da origen a un ambiente de armonía y empatía entre el paciente y el profesional, logrando identificar y establecer parámetros que brinden bienestar al paciente en la prestación del servicio en la CH.

De esta manera y después de ejercer la atención desde el cuidado por parte del profesional de Enfermería, el paciente tendrá la capacidad de evaluar la atención recibida por medio de lo que ha percibido, ya que solo él, es quien tiene una visión de los elementos que interactuaron y que hicieron de este proceso, un hecho satisfactorio o no, en su condición de salud donde apreciará el trato cordial, valorará que se le explique su situación clínica, sobre los cuidados especiales que debe tener, valorará ser escuchado, que le respondan sus inquietudes, que le respeten sus decisiones, que pueda expresar sus emociones, que involucren a la familia en su cuidado, entre otras.

El diccionario define cuidado “como la atención o protección que se da a alguien, como también es el interés, precaución y atención que se tienen al hacer bien

algo”²². Además de esta definición a nivel general, desde hace muchos años el cuidado es identificado como el principal elemento que se le atribuye a la esencia del accionar del profesional de enfermería. Por lo tanto, surge la necesidad de definir el cuidado o la acción de cuidar y en busca de esto; las diferentes teoristas que dieron su aporte a la profesión de Enfermería, dan diversos significados pero todos enfocados a mejorar la calidad de vida del ser humano. Como por ejemplo, Florence Nightingale definía el cuidado como un arte ya que las acciones de cuidado sobre la persona y su entorno, se desarrollaban a partir de habilidades tales como las observaciones inteligentes, la perseverancia y el ingenio. Para Virginia Henderson el cuidado de enfermería se basa en el logro de las 14 necesidades básicas para adquirir el cuidado individualizado de la persona, buscando la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas. Dorothea Orem, define el cuidado como la acción de “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”²³. Leninger lo define como “aquellos actos de asistencia, de soporte o

²² Diccionario Sensagent. Definición de cuidado [en línea]. <http://diccionario.sensagent.com/cuidado/es-es>. [Consultada en 19 de septiembre de 2010]

²³ MARRINER-TOMEY, Ann. Modelos y teorías en enfermería. 5ª edición. Madrid España.2003.

facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana”²⁴.

Sin embargo, autores de otras ciencias también contribuyen a la construcción del significado de cuidado. Martin Buber, filósofo y teólogo, dice que: “cuidar es una forma de diálogo que surge de una disposición para ser solicitado por el otro, cuidar requiere ir más allá de los actos de observar y mirar, requiere un nivel de alerta e inmersión en la situación presente, cuidar es más que una acción, es una forma de ser”. Lo califican como una acción concreta que se relaciona con un determinado contexto y que pretende conocer integralmente al ser de cuidado para lograr su crecimiento personal, es decir, cuidar demanda la incorporación y entrega del profesional hasta el punto de percibir la misma realidad del paciente²⁵.

La Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, interpreta el cuidado de enfermería “como el conjunto de funciones desarrolladas para mantener la vida de los seres vivos, mediante la práctica cotidiana de asistencia en la interacción, la comunicación, la información y la atención espiritual y social,

²⁴ MARRINER-TOMEY, Ann. Modelos y teorías en enfermería. 5ª edición. Madrid España.2003.

²⁵ PINTO AFANADOR, Natividad. Asistente Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Indicadores del cuidado. El aseguramiento de la calidad centrada en el cliente [en línea]. En: Revista de Enfermería, Actualizaciones de Enfermería. <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4101-indicadores.htm>. [citado en 21 de Agosto de 2010]

dimensiones que deben caracterizar el cuidado integral brindado a los pacientes hospitalizados”²⁶.

La Doctora en Enfermería, Claudia Ariza, en su libro *Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado*, dice que “la conciencia y el conocimiento sobre la propia necesidad de cuidado, la intención de actuar y las acciones basadas en el conocimiento y el cambio positivo como resultado del cuidado, son también las condiciones necesarias y suficientes para que se dé el cuidado mejorando las condiciones de salud. Incluye también, la comunicación dentro del cuidado como un elemento que permite establecer una relación verbal y no verbal entre el paciente o familia del paciente y el cuidador (profesional de Enfermería), donde se pueden expresar pensamientos, sentimientos, sensaciones, etc., teniendo en cuenta que la identificación de las características personales del profesional de Enfermería como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo, será primordial para facilitar el encuentro ya que, el desarrollo de estas características dará origen a la que es catalogada como la esencia del cuidado, la empatía; la cual establece la excelencia personal y profesional que no es otra cosa que la calidad aplicada al cuidado de Enfermería”²⁷.

²⁶ ARIZA OLARTE; DAZA DE CABALLERO. Op. Cit., p.2.

²⁷ ARIZA OLARTE, Claudia. DAZA DE CABALLERO, Rosa Leticia. *Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado*. 1ª ed. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2008. 99p. ISBN: 9789587161199.

Todas las definiciones de cuidado presentadas anteriormente por las teoristas de Enfermería, refieren que la acción de cuidar implica el interés y el deseo de brindar acciones de cuidado, es decir, que interfiere el sentido que le da la persona (profesional de Enfermería) cuando brinda cuidado, lo que significa para ella cuidar a otro teniendo en cuenta, que esta acción se puede dar de diferentes formas, ya que el ser humano, es un ser multidimensional por su cultura, sus creencias, costumbres, etc, y por ello el cuidado se da en relación a todo lo que conforma a la persona para lograr así la satisfacción de la misma. Lo cual indica que del interés que el profesional de Enfermería tenga para brindar el cuidado en cualquier área, depende de la capacidad de interacción con cada paciente, lo que implica el conocimiento de sí mismo y del paciente porque ello permite identificar sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones.

Este proceso en Enfermería se resume en la inmersión de sí mismo en beneficio de otro (paciente), es desarrollar todas las cualidades y habilidades humanas para promover un buen cuidado de enfermería. Según la revista de enfermería que habla acerca de la medición de las actitudes de cuidado en enfermería, considera el cuidado en cuatro niveles²⁸

Reconocimiento

²⁸ PINTO AFANADOR, Op. cit., p. 3

Es el primer estado, es reconocer la necesidad que se va a cuidar, envuelve la conciencia de la experiencia humana del otro desde una perspectiva existencial, es describir el YO-TU, de modo que no se disminuya el potencial de cuidar.

Decisión

Es el criterio de la enfermera para la toma de decisiones en la selección de las prioridades del cuidado, es la valoración de la persona al interior de la enfermera. También es buscar el momento oportuno para brindar el cuidado al paciente.

Acción de cuidado

Incluye las acciones y actitudes del profesional de enfermería intentando promover el bienestar del otro.

Actualización

La experiencia del cuidado de enfermería es el último resultado del proceso del cuidado al paciente. La realización de cuidado es promover el crecimiento y satisfacción de ambos, la enfermera(o) y el otro (el paciente). Cuando se quiere medir el proceso de cuidado de Enfermería específicamente, se pueden usar instrumentos validados y probados por otros, que permitan monitorear las actitudes de cuidado.

TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

Para Watson el objetivo del cuidado de enfermería consiste en “facilitar la consecución a una persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo autocuración y autocuidado al tiempo que alienta un aumento de la diversidad, protección y preservación de la dignidad humana”²⁹.

Según Watson, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana-humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo –todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al

²⁹ RIVERA A.; TRIANA. Op cit. P 3.

tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.³⁰

Supuestos de Watson Relacionados con los Valores del Cuidado Humano

1. El cuidado y el amor son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal.
2. La asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. La cobertura de estas necesidades satisface nuestra humanidad.
3. Desde que enfermería es una profesión que cuida, sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado en la práctica profesional afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad.
4. En principio nosotros debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y debemos tratarnos a sí mismos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros con delicadeza y dignidad. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.

³⁰ WATSON, Jean. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua [en línea]. http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. [citado en 24 de septiembre de 2010]

5. Tradicionalmente la enfermería ha mantenido una postura de cuidado humano y atención hacia las personas en los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad.
6. El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería – la esencia de la enfermería-.
7. El cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario.
8. Los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales.
9. Una cuestión trascendental para la enfermería actual y futura es la preservación y evolución del cuidado humano.
10. El cuidado humano puede ser efectivamente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos intersubjetivos mantienen vivo un sentir común de humanidad, la identificación de sí mismo con los otros.

11. Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y la investigación³¹.

Estos supuestos sustentan aún más la necesidad de conocer como los procesos humanos intersubjetivos son aplicados en enfermería, teniendo en cuenta que según Watson son estos procesos, el cuidado, la asistencia y el amor los que mantienen vivo un sentir común de humanidad y que permite la identificación de los pacientes y profesionales de enfermería con los otros.

Teniendo en cuenta que los pacientes que fueron partícipes de la investigación tenían herida de abdomen abierto, es pertinente ampliar la información sobre ésta, la cual se define como la técnica quirúrgica en la cual la cavidad abdominal es dejada abierta para tratamiento, secundario a diferentes entidades patológicas. Esto con el fin de mejorar el tratamiento y el pronóstico de los pacientes con infección intraabdominal severa³².

³¹ RIVERA A, Luz Nelly; TRIANA, Álvaro. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country [en línea]. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/CUIDADO%20HUMANIZADO%20DE%20ENFERMERIA%20VISIBILIZANDO%20LA%20TEORIA%20Y%20LA%20INVESTIGACION%20EN%20LA%20PRACTICA.pdf> [citado en 24 de septiembre de 2010]

³² OSWALDO, Alfonso. Abdomen abierto: la herida más desafiante [en línea]. En: Revista colombiana de cirugía. Vol 23 no. 4 octubre - diciembre 2008. Disponible en: www.encolombia.com/medicina/cirugia/Cirugia230408/Abdomenabierto.htm. [citado en 12 de Agosto de 2010]

Cuando la cavidad peritoneal es contaminada, se desarrolla un proceso inflamatorio y se ponen en marcha los mecanismos de defensa abdominal, si estos consiguen contener el proceso inflamatorio, dará lugar a la formación de un absceso, si no, dará lugar a la formación de una peritonitis difusa. Aunque los mecanismos de defensa consigan localizar la infección mediante la formación de un absceso evitando la sepsis sistémica, la capa de fibrina que forman las paredes, progresivamente más gruesa forma una barrera cada vez mayor entre el microorganismo infectante, las células fagocíticas y los antibióticos³³. La repetición de cirugías para la erradicación de un foco séptico o la complicación de la misma, da origen a una sepsis intrabdominal persistente y consigo se puede generar un Fracaso Multiorgánico (FMO).

Por lo tanto, esta herida genera compromiso sistémico y que puede en algún momento de la evolución del paciente no permitir el cierre de la cavidad abdominal, el abdomen abierto evita la hipertensión abdominal que se caracteriza por: elevación de la presión intraabdominal por encima de 20 - 25 cm de agua, disminución del flujo sanguíneo a los órganos intraabdominales (afectando entre otros al riñón, hígado y genera también fallo respiratorio), caída del gasto cardíaco por disminución del retorno venoso, elevación de la presión al final de la

³³ GIL CEBRIÁN; DIAZ ALERSIROSETY; COMA, M^a. Jesús; GIL BELLO. Capítulo 3. 6. Atención al postoperatorio abdominal y sus complicaciones. TRATAMIENTO DE LA SEPSIS ABDOMINAL POSTQUIRÚRGICA [en línea]. En: Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Disponible en: <http://www.uninet.edu/tratado/c030605.html> [citado en 28 de Noviembre de 2010].

inspiración por elevación de los hemidiafragmas y compresión del parénquima pulmonar, elevación de la presión intracraneana y a nivel de la pared abdominal se puede presentar dehiscencia, necrosis y aun fascitis.

Por esta razón, el proceso de esta técnica ha sido estudiado desde hace años atrás para hacer de esta técnica un proceso eficaz y efectivo en la recuperación del paciente. Históricamente desde 1905, Price, y en 1906 Torek, utilizaron su técnica de desbridamiento y lavado de la cavidad, en 1960 Artz propuso la irrigación con antibióticos en el transoperatorio y Schumer la irrigación continua posoperatoria, en 1975 Huspeth inició la técnica del desbridamiento radical peritoneal. Solamente en el año 1979 Steimberg manejó la cavidad abdominal como un absceso, abierto y en 1980 Teichmann y Wittmann utilizando el principio anterior del abdomen abierto, utilizaron una malla con cremallera para abordar la cavidad abdominal drenando y lavándola periódicamente³⁴. Lo que demuestra que año tras año se ha venido mejorando esta técnica con el fin de recobrar al 100% la calidad de vida del paciente con herida de abdomen abierto.

³⁴ OSWALDO, Alfonso. Abdomen abierto: la herida más desafiante [en línea]. En: Revista colombiana de cirugía. Vol 23 no. 4 octubre - diciembre 2008. Disponible en: www.encolombia.com/medicina/cirugia/Cirugia230408/Abdomenabierto.htm. [citado en 28 de Noviembre de 2010]

Debido a la complejidad y tratamiento que comprende un paciente con herida de abdomen abierto, “El estado del arte del manejo de los pacientes con estas patologías recomienda una atención por un grupo interdisciplinario que interactúe permanentemente con el paciente y su familia.”³⁵

Se evidencia la importancia de conocer la percepción de estos pacientes que tienen herida de abdomen abierto porque éstos requieren de un manejo especializado en la Clínica de Heridas la cual es un servicio de referencia en las instituciones de tercero y cuarto nivel, que tiene por objetivo el cuidado de las heridas y la recuperación de la piel de los pacientes, facilitando el proceso biológico de la cicatrización de estas, reduciendo la estancia hospitalaria, el tiempo de tratamiento y costos. En donde reciben cuidado los pacientes con herida de abdomen abierto, debido a su gran incidencia en el medio clínico.

Estas razones motivaron a las clínicas y hospitales de alto nivel de complejidad (instituciones de IV nivel), aquellas donde se atienden los casos más delicados, que no pueden ser atendidos en las instituciones de más bajo nivel de atención y que requieren de un cuidado interdisciplinario y de equipos de alta tecnología, a crear lo que hoy en se llama Clínica de Heridas, con el fin de manejar a los pacientes con lesiones de piel (ostomías, úlceras por presión, heridas de abdomen abierto y demás), y garantizar el restablecimiento en un porcentaje considerable y/o la totalidad del tejido, así como la funcionalidad del mismo.

³⁵ Clínica de heridas y ostomías HUSI.

Cabe resaltar que para el cuidado de las heridas y la recuperación de la piel de los pacientes reduciendo el tiempo de tratamiento, es necesario que el profesional de enfermería vea al paciente como una persona integral donde incluya todas sus dimensiones para hacer de este tratamiento, un proceso completo y rápido ya que el proceso de recuperación no es el mismo en todos los individuos y se esperaría que se llevara a cabo un estudio conciso de la situación clínica y personal actual del paciente, para que por medio de este estudio oportuno, se identifiquen las principales necesidades que demandara el paciente en el transcurso de su tratamiento. Para ello, se deben tener en cuenta las diferentes teorías que hablan acerca de las expectativas, metas, desarrollo cognitivo y comportamientos según el estado civil y los diferentes ciclos vitales por los que pasa una persona.

Según las etapas del desarrollo psico-social de Erikson, solo las últimas tres crisis se tendrán en cuenta para estos pacientes ya que son las que representan los grupos de edades en los que más prevalece la herida de abdomen abierto (Adulto joven, medio y mayor).

De los 20 – 40 años (Adulto joven) según Erikson, se cursa la crisis VI: Intimidad vs aislamiento. Allí se busca que el joven pueda iniciar y mantener relaciones de pareja que le permitan formar una familia y cumplir la tarea más importante en esta etapa, que es el logro de la intimidad. El aislamiento puede presentarse por falta de éxito en la resolución de las etapas anteriores respecto a la incapacidad para entregarse al otro.

Dentro de los eventos normativos en esta etapa está el matrimonio, la paternidad, la viudez y la jubilación y como evento no normativo se encuentra el tener accidentes que incapacitan y la pérdida de trabajo. Este grupo considera que es importante tener hábitos básicos como el desayunar, almorzar y comer muy bien parte de realizar actividad física ya que por medio de este pueden mantener su peso, tonificar músculos y aliviar la ansiedad y la depresión.

De los 45 – 59 años (Adulto medio), el adulto pasa por la crisis VII: Generatividad vs estancamiento, en la cual según Erikson, el adulto tiene la necesidad de guiar a las nuevas generaciones por medio de la formación en colegios, universidades y centros de formación, lo que quiere decir que ellos sienten la capacidad de entregar a otros lo que saben. El estancamiento se da cuando no hay estabilidad económica, un sitio donde vivir y cuando se tiene ayuda financiera de los hijos, lo cual les genera una presión o situación de estrés en esta etapa.

Físicamente, llega la menopausia, se disminuye la inteligencia fluida y hay un deterioro físico porque la fortaleza y la tonicidad muscular disminuyen.

Respecto a los aspectos sociales que caracterizan esta etapa, frente a la paternidad, los padres de adolescentes sufren conflictos familiares esporádicos ya que éstos buscan acercarse a sus hijos cuando ellos están en plena fase de autonomía y búsqueda de identidad. Cuando las personas están casadas tienden mayores niveles de salud física y mental que los solteros y divorciados; después de los 50 predominan los problemas de comunicación en la pareja y los de la

distribución de tiempo y de actividades de ocio. Laboralmente, las personas llegan a la etapa de mantenimiento, en la que prefieren un trabajo conocido y en el que mejor se desempeñan. Este ciclo, es un periodo de recogimiento donde la opción es descansar y disfrutar de lo que se ha logrado, trabajando sólo para conservarlo.

Respecto al adulto mayor (60 años y más) según Erikson, el adulto evalúa su vida, tanto en el aspecto laboral como en el de sus relaciones interpersonales. Si es positivo puede dedicarse a vivir tranquilo y sentirse satisfecho. Si es negativo siente que ya no tiene tiempo de corregir errores y vivir los últimos años con amargura y tristeza.

La principal tarea de las personas mayores es la de utilizar su gran experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdidas; han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación y adaptarse a su propia muerte. La transición del trabajo a la jubilación es un cambio muy importante debido a que la persona puede suponer la pérdida de ingresos, la identidad profesional, el estatus social. La jubilación es un periodo de progreso en el cual se experimenta la satisfacción de haber alcanzado las metas personales relacionadas con el aspecto laboral y que aportó algún elemento nuevo a la vida.

Las personas mayores son propensas a sentir una gran carga de estrés, ya que lo pueden generar varias situaciones negativas, tales como: deterioro de la salud o riesgo de enfermarse por el debilitamiento del sistema inmunológico, bajos ingresos, muerte de un cónyuge, lo cual indica que estos los acontecimientos

pueden lastimar el autoestima de la persona y favorecer su deterioro mental y físico. Sin embargo la teoría de la actividad dice que cuanto más activa permanezca una persona mayor, más satisfactoriamente envejecerá, y los papeles que constituyen principalmente su satisfacción son: trabajo, cónyuge, padre, madre.

Otro autor que hace referencia al desarrollo cognitivo es Shaie³⁶ quien plantea un modelo de desarrollo cognitivo donde identifica cinco etapas por las que pasa la gente para adquirir conocimiento, luego lo aplica a su vida. Este modelo incluye las siguientes etapas: etapa de adquisición (de la infancia a la adolescencia), etapa de logro (desde el final de la adolescencia a los 30 años), etapa de responsabilidad (final de los 30 hasta inicio de los 60), etapa ejecutiva (también tiene lugar durante los 30 a 40 años), etapa reintegrativa (vejez). Según el modelo de Shaie el adulto joven se encuentra en las etapas de logro, de responsabilidad y ejecutiva.

Etapa de logro: el individuo reconoce la necesidad de aplicar el conocimiento adquirido durante la etapa anterior para alcanzar metas a largo plazo.

Etapa de responsabilidad: el individuo utiliza sus capacidades cognitivas en el cuidado de su familia, personas de su trabajo y comunidad.

³⁶ K. Warner Schaie. profesor de el desarrollo humano y psicología phd en psicología. Estudio del desarrollo cognitivo desde el adulto joven hasta la vejez avanzada.

Etapa ejecutiva: desarrollan la habilidad de aplicar el conocimiento complejo en distintos niveles, por ejemplo: Instituciones Académicas, Iglesia, Gobierno, entre otras.³⁷

Cuando nos referimos a las etapas del adulto joven, es pertinente referirse al estado civil más común en esta etapa, el cual es la soltería, y es allí donde Stein³⁸ en 1981, plantea cuatro tipologías de solteros: voluntarios temporales o estables e involuntarios temporales o estables.

Ventajas de la soltería: mayores oportunidades de autodesarrollo, satisfacción y desarrollo personal; conocer gente distinta; independencia y autosuficiencia económica; mayor experiencia sexual; libertad y control sobre la propia vida; expansión y cambio de carácter.

Desventajas de la soltería: soledad y falta de compañía; penurias económicas; incomodidad en ciertas situaciones sociales; frustración sexual; presión por prejuicios, entre otros.

³⁷ LARA , Elena; MARTÍNEZ F, Cecilia; PANDOLFI P, Ma. Paola; PENROZ C, Karin; PERFETTI M, Romina; PINO H, Gabriela. Universidad de Concepción. Psicología del desarrollo. Adulto Joven [en línea]. En: Apsique. <http://www.apsique.com/wiki/DesaJoven>. [citado en 12 de Octubre de 2010].

³⁸ Martin H. Stein, psicoanalista graduado en 1932 del College de Nueva York y como medico en 1936 y fue fellow en investigacion en neuropsiquiatria en 1939 y 1940.

Profesional, social, individualista, activista, pasivo o de apoyo, son algunos de los estilos de vida que un soltero podría adoptar.³⁹

Luego de reunir las características más importantes de los diferentes ciclos vitales, desarrollo cognitivo y las características de los sujetos solteros, es fundamental integrarlas en el momento en que se brinde atención al paciente con herida de abdomen abierto que asiste a una CH, para que en el momento de aplicar dichos conocimientos se haga una adecuada caracterización que permita llevar a cabo acciones que reúnan elementos específicos y así lograr que en su atención, el profesional de enfermería brinde un total cuidado humanizado.

Es por esta razón, que la creación de estos servicios dedicados al cuidado de la piel (Clínica de Heridas), hace que se conviertan en los servicios pioneros y líderes en el manejo y cuidado de las heridas de los pacientes que demanden este cuidado; siendo estos servicios guiados por profesionales de enfermería entrenados en brindar adecuadamente este cuidado, quienes gracias a su entrenamiento y conocimiento permiten identificar y profundizar en aquellas heridas que ameriten especial cuidado, además de ser un servicio en el cual debido a su reciente creación es de gran importancia la realización de investigaciones que beneficien a estos pacientes en cuanto a percepción del

³⁹ LARA , Elena; MARTÍNEZ F, Cecilia; PANDOLFI P, Ma. Paola; PENROZ C, Karin; PERFETTI M, Romina; PINO H, Gabriela.Op Cit p 63 [en línea]

cuidado que se le brinda, y tratamientos novedosos, ya que el mercado muestra una amplia gama de productos dirigidos a el cuidado de la piel.

Específicamente la Clínica de Heridas y ostomías del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO** “pretende educar y capacitar al paciente y a su familia para el manejo consciente de su patología, para que la familia sea un apoyo constante y así se logre una rehabilitación y recuperación en el menor tiempo posible; además de brindarle al paciente y su familia un lugar donde se sienta confortable, atendido de forma integral.”⁴⁰, lo cual se evalúa en esta investigación determinando la percepción que el paciente adquiere en esta Clínica de Heridas.

Estas Clínica de Heridas han recibido diferentes definiciones de parte de las instituciones en donde se han creado, todas guiadas a enfocar el objetivo de este servicio en brindar una atención integral básica y especializada a los pacientes con heridas de difícil manejo.

En el Hospital Universitario San Ignacio la misión de este servicio es “Brindar servicios especializados en cuidado de heridas avanzadas, con profesionales de enfermería calificados para manejar pacientes con heridas simples y complejas en la parte de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”⁴¹.

⁴⁰ Clínica de heridas y ostomías HUSI

⁴¹ Clínica de heridas y ostomías HUSI

Como visión de esta Clínica de Heridas el Hospital Universitario San Ignacio plantea “Prestar un servicio especializado e interdisciplinario que brinde al paciente atención integral con programas de promoción, tratamiento, prevención y educación tanto a él como a su familia. Disminuir costos tanto para la institución como para el paciente, disminuyendo estancia hospitalaria y los gastos que esta genera”⁴².

Para la Clínica del Country, la Clínica de Heridas y ostomías “Es un centro de referencia con estándares de calidad, para la atención integral básica y especializada de personas con lesiones de piel y con estomas”⁴³.

La creación de estas Clínica de Heridas tiene innumerables ventajas ya que disminuye estancia hospitalaria, complicaciones, reduce riesgo de infección, lo cual a su vez genera disminución de costos por parte de la institución ya que disminuye gastos en material y tiempo de parte de enfermería. Permite un conocimiento y seguimiento amplio del paciente lo que permite realizar un manejo específico e individual, genera facilidad de acceso a especialidades dada cualquier urgencia que se presente, permite llevar registros institucionales de incidencia y prevalencia de estas heridas.

⁴² Clínica de heridas y ostomías HUSI

⁴³Clínica de heridas Clínica del Country [en línea]. http://www.clinicadelcountry.com/nuestros_servicios/terapia_enterostomal_2.php. [citado en 27 de noviembre de 2009]

Al hacer referencia al servicio de Clínica de Heridas, estamos teniendo una aproximación a los servicios que caracterizan a algunas instituciones prestadoras de salud de cuarto nivel de complejidad, ya que es un servicio especializado del departamento de cirugía y efectúa una atención cuidadosa, específica, responsable y periódica por parte de los prestadores del servicio que cumple con las condiciones mínimas, de forma tal, que los servicios ofertados revelan la capacidad de respuesta de cada institución y por consiguiente la capacidad de ésta para disminuir el riesgo en estos pacientes que por lo general tienen comprometida su salud de manera significativa.

El fundamento del ordenamiento de las dimensiones en las Instituciones Prestadoras de Salud, es el concepto de calidad, que se toma como las condiciones básicas que deben cumplir los prestadores con el fin único de disminuir el riesgo en la prestación de servicios, proteger la vida y la salud del usuario, cumpliendo o llevando a cabo un proceso adecuado que desempeñe los requisitos o normativas del Sistema Único de Habilitación. Dentro de estas dimensiones, se encuentra la: Complejidad, Complementariedad, Integralidad y Riesgo; el cumplimiento de estas cuatro dimensiones, caracterizan el funcionamiento de las diferentes instituciones, sin embargo, el sistema único de habilitación refiere que la complementariedad y la integridad deben entenderse, ambas, como necesarias, para incrementar y mejorar la capacidad de respuesta frente a una complicación o evento adverso

dentro de una institución hospitalaria, ya que, “la complementariedad es la capacidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud de perfeccionar su oferta de servicios dentro de un nivel de complejidad, y la integralidad es la capacidad de las instituciones de acumular y articular recursos, conocimiento y tecnología (servicios en este caso) para la prestación del servicio”⁴⁴.

La clasificación de las instituciones debe hacerse según el nivel de complejidad de los servicios que prestan, siguiendo los criterios de complementariedad (como los servicios de un mismo nivel) e integralidad (como los servicios intermedios y de apoyo). Lo que quiere decir que las instituciones de cuarto nivel (Alta complejidad) cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc., con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Un estudio que realizó el Ministerio de Protección Social, el Centro de Investigación para el Desarrollo de la Universidad Nacional de Colombia y la Fundación para la Investigación y desarrollo de la salud y la seguridad social – FEDESALUD, señalan las 20 instituciones de Alta Complejidad que hay a nivel

⁴⁴ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Documento Técnico de Construcción del Ordenamiento (Ranking) de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, basado en el Sistema Único de Habilitación y la incorporación de indicadores financieros y de resultado [En línea]. <http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Documento%20Sintesis%20Ordenamiento%201.pdf>. [citado en 6 de Septiembre de 2010].

Nacional, dentro de las cuales encontramos: la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul en Medellín, Fundación Santa Fe de Bogotá, Hospital Universitario de San Ignacio, Hospital el Tunal, Fundación Cardio Infantil Instituto de Cardiología en Bogotá D.C, Hospital Departamental de Villavicencio ESE en Villavicencio, entre otras.

El cuidado de la piel es la razón de ser de las CH presentes en las instituciones de cuarto nivel por lo cual a continuación se realiza un breve repaso a este órgano, y sus componentes de la misma.

LA PIEL

La piel es el órgano más extenso del cuerpo humano, constituye el 7% del peso corporal y su espesor y longitud varía en cada persona y parte del cuerpo, es el principal sistema de protección del cuerpo humano frente a la invasión de microorganismos, además de ser el órgano encargado de recibir las sensaciones provenientes del exterior y mantener la temperatura corporal, por tal motivo cuando la piel se ve afectada por lesiones o enfermedades la homeostasis del cuerpo se ve afectada, he ahí la importancia de velar por su integridad.

La piel se compone de la epidermis avascular y de la dermis, tejido conjuntivo vascularizado y con abundantes terminaciones nerviosas. A continuación se les une el tejido subcutáneo o hipodermis, compuesto por tejido conjuntivo laxo y tejido adiposo.

Desde el exterior hacia el interior podemos distinguir tres capas de tejidos: la epidermis, la dermis o corion y el tejido subcutáneo o hipodermis. La epidermis y la dermis conforman el cutis, o lo que se entiende por la piel propiamente dicha. También se consideran parte de la piel el pelo, las uñas y las glándulas.

La epidermis

La epidermis es un epitelio plano, que se compone de cinco capas celulares diferentes, siendo en los dos estratos celulares inferiores donde tiene lugar la regeneración. Dependiendo de las condiciones fisiológicas, la renovación de la epidermis abarca un período de 30 días, desde que se produce la división celular hasta llegar al desprendimiento de las células cornificadas.

La epidermis es avascular y su cuidado y mantenimiento se realiza por medio de la difusión de sustancias nutritivas desde el lecho capilar de la dermis. La epidermis está constituida principalmente por queratinocitos, que reciben esta denominación debido a su capacidad para llevar a cabo la síntesis de la queratina.

Las queratinas son proteínas estructurales insolubles con una gran resistencia a las altas temperaturas y al pH, las cuales muy difícilmente son susceptibles a sufrir procesos de catabolización enzimática.

Otras unidades funcionales de la epidermis de gran importancia son las células de Langerhans (esenciales para la inmunorreacción de la piel), las células sensoriales

de Merkel y los melanocitos. Estos últimos elaboran y almacenan la melanina, sustancia que da color a la piel.

La dermis

A la cara interna de la membrana basal de la epidermis se le une la dermis. Ésta es un tejido conjuntivo vascularizado y con abundantes terminaciones nerviosas, que histológicamente se subdivide en dos capas diferentes: en la capa papilar exterior y en la capa reticular interior. Ambas capas se diferencian entre sí por su grosor y la disposición de sus fibras de tejido conjuntivo, sin embargo a pesar de esta diferenciación no se encuentran separadas una de otra.

El estrato papilar se encuentra estrechamente unido a la epidermis por medio de pequeñas prominencias cónicas de tejido conjuntivo, que reciben el nombre de papilas. En la zona de las papilas se encuentran las asas capilares que aseguran el abastecimiento nutritivo de la epidermis avascular, así como también las terminaciones nerviosas independientes, receptores sensoriales y vasos linfáticos. El propio tejido conjuntivo se compone de una estructura de fibrocitos (estado de reposo de los fibroblastos) y es atravesado por un entramado de fibras colágenas elásticas. Los espacios intercelulares situados entre las tramas de las fibras están rellenos con una sustancia amorfa que recibe el nombre de sustancia fundamental (matriz extracelular), en la cual se pueden desplazar las células sanguíneas y las células del tejido que se encuentran en movimiento.

El estrato reticular está compuesto por resistentes fascículos de fibras colágenas unidas entre sí, las cuales se encuentran incrustados entramados fibrilares elásticos. Esta estructura es la que le otorga elasticidad a la piel, para que de esa manera pueda adaptarse a los diferentes movimientos y fluctuaciones de volumen del organismo. Además se encuentra capacitada, dentro de un proceso dinámico, para absorber agua y volver a expelerla.

Las fibras colágenas se distribuyen en todas las direcciones, sin embargo se orientan preponderantemente en dirección oblicua a la epidermis o paralelas a la superficie corporal. Las líneas naturales de tensión cutánea que discurren en el sentido de la menor elasticidad de la piel, perpendiculares a las líneas de distensión cutánea, se denominan líneas de tensión cutánea de Langer. Estas líneas de tensión deben ser tenidas en cuenta en lo posible al realizar incisiones. Los cortes de la piel realizados a lo largo de estas líneas de tensión cutánea no queda mal unidos entre sí y dejan cicatrices casi imperceptibles, en tanto que las incisiones que discurren de manera transversal dejan cicatrices considerablemente mayores.

El fibrocito es el tipo de célula característico, que en su estado activado como fibroblastos proporciona un conjunto de sustancias para la creación de nuevo tejido. Los fibroblastos sintetizan y liberan los precursores del colágeno, elastina y proteoglucanos, los cuales maduran fuera de las células hasta convertirse en

fibras colágenas y de elastina, y en estado no fibroso conforman la substancia básica gelatinosa de la matriz extracelular.

En la dermis se encuentra además las células cebadas, cuyos gránulos contienen entre otras sustancias heparina e histamina, los macrófagos (que tienen su origen en los monocitos de la sangre), así como también los linfocitos. Las células están implicadas en los mecanismos específicos y/o no específico de defensa del cuerpo (en la fagocitosis bien en las reacciones de inmunidad celular o humoral), pero también liberan substancias bioquímicamente activas, que tienen una función mediadora y reguladora de tal modo que por ejemplo son indispensables para el progreso de los procesos de reparación en el tratamiento de heridas.

La hipodermis

La hipodermis es el estrato más profundo de la capa corporal exterior. Está compuesto por tejido conjuntivo laxo y no representa una delimitación pronunciada con el cutis. En las profundidades se une a las fascias musculares o bien al periostio. Dejando de lado algunos pocos lugares del cuerpo, en la totalidad de la hipodermis se puede almacenar tejido adiposo, el cual cumple funciones aislantes, de almacenamiento y modeladoras.

Después de haber identificado la composición y organización de la piel, se reconoce que cuando ésta, pierde su continuidad lo denominamos herida; las

heridas tienen distintas clasificaciones a continuación se muestran las más comunes y utilizadas.

CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS

- Según El Estado De La Herida

Heridas abiertas: En este tipo de heridas se observa la separación de los tejidos blandos. Son las más susceptibles a la contaminación.

Heridas cerradas: Son aquellas en las que no se observa la separación de los tejidos, generalmente son producidas por golpes que generan hematomas.

- Según Proceso De Cicatrización:

Agudas – crónicas

- Según Profundidad De La Herida:

Epidérmicas, Dérmicas, tejidos profundos

- Según El Agente Causal:

Heridas Incisas: Se denomina a las soluciones de continuidad nítidas, de bordes regulares y bien delimitados. En la herida incisa encontramos dos dimensiones:

Extensión y profundidad. Sus bordes son limpios, con mínima desvitalización de los tejidos y están bien irrigados.

Heridas contusas: Se producen por piedras, palos, golpes de puño o con objetos duros. Hay dolor y hematoma, estas heridas se presentan por la resistencia que ofrece el hueso ante el golpe, ocasionando la lesión de los tejidos blandos.

Punzantes o penetrantes: Se producen como consecuencia del impacto violento de un objeto punzante y suelen ser de pequeño tamaño.

Quemaduras: Las quemaduras térmicas se producen por el contacto con llamas, líquidos calientes, superficies calientes y otras fuentes de altas temperaturas; aunque el contacto con elementos a temperaturas extremadamente bajas, también las produce. También existen las quemaduras químicas y quemaduras eléctricas.

Quemaduras de primer grado: Afectan sólo la capa exterior de la piel y causan dolor, enrojecimiento e inflamación.

Quemaduras de segundo grado (espesor parcial): Afectan tanto la capa externa como la capa subyacente de la piel, produciendo dolor, enrojecimiento, inflamación y ampollas.

Quemaduras de tercer grado (espesor completo): Se extienden hasta tejidos más profundos, produciendo una piel de coloración blanquecina, oscura o carbonizada que puede estar entumecida.

Heridas avulsivas: Son aquellas donde se separa y se rasga el tejido del cuerpo de la víctima. Una herida cortante o lacerada puede convertirse en avulsiva. El sangrado es abundante, ejemplo: mordedura de perro.

Raspaduras, excoriaciones o abrasiones: Producida por fricción o rozamiento de la piel con superficies duras. Hay pérdida de la capa más superficial de la piel (epidermis), dolor tipo ardor que cede pronto, hemorragia escasa. Se infecta con frecuencia.

- **Según Los Planos Afectados:**

Superficial y Profunda.

- **Según El Grado De Complicación:**

Heridas simples: Son heridas que afectan la piel, sin ocasionar daño en órganos importantes.

Heridas complicadas: Son heridas extensas y profundas con hemorragia abundante; generalmente hay lesiones en músculos, tendones, nervios, vasos sanguíneos, órganos internos y puede o no presentarse perforación visceral.

- **Según El Riesgo De Contaminación:**

Herida limpia: Herida quirúrgica no infectada en la que no se encuentra inflamación y en la que no se penetra el tracto respiratorio, digestivo, genital o urinario. En adición, las heridas limpias se cierran primariamente y, si es necesario, se drenan con sistemas de drenaje cerrados. Las heridas incisionales que ocurren en el trauma no penetrante se deben incluir en esta categoría si cumplen con estos criterios.

Herida limpia - contaminada: Herida quirúrgica en la cual se penetra el tracto respiratorio, digestivo, genital o urinario bajo condiciones controladas y sin contaminación inusual. Específicamente, operaciones que comprometen el tracto biliar, el apéndice, la vagina y la oro faringe, se incluyen en esta categoría, teniendo en cuenta que no haya evidencia de infección o mayor rotura de la técnica quirúrgica.

Herida contaminada: Heridas abiertas, frescas y accidentales. En adición, cirugías con falla mayor de la técnica quirúrgica estéril (ej. masaje cardíaco abierto) o derrame abundante de líquido intestinal. Aquellas heridas en las cuales se encuentran signos de inflamación aguda no purulenta, se deben incluir en esta categoría.

Herida sucia: Heridas traumáticas viejas con retención de tejido desvitalizado o aquéllas que tienen infección clínica o víscera perforada. Esta definición sugiere que los organismos causantes de la infección postoperatoria estaban presentes en el campo operatorio antes de la cirugía.

Al referirse a heridas es muy importante hablar sobre las etapas de cicatrización de las heridas, que se dividen en tres, fase temprana, intermedia y tardía y final, las cuales se profundizan a continuación.

FASES DE LA CICATRIZACIÓN

FASE TEMPRANA

1. Hemostasis

En esta fase se da paso a la formación del coágulo, este coágulo está formado de una malla de fibrina, con plaquetas y glóbulos rojos. La vía intrínseca no es esencial, pero si lo es la extrínseca que necesita del factor tisular. Cualquiera que sea la vía de iniciación, ambas llega a la formación de trombina, que cataliza la conversión del fibrinógeno en fibrina.

Después de esto, se cubre con fibronectina y vitronectina, las cuales facilitan la unión de las células en migración.

Las plaquetas se agregan cuando se exponen a colágeno extravascular. La adhesión plaquetaria entre sí y con colágeno y fibrina incluye receptores de integrina en la superficie de las plaquetas y este proceso es mediado por cuatro glicoproteínas adhesivas: fibrinógeno, fibronectina, trombospondin y factor de von Willerbrand, todos los anteriores derivados del suero y los gránulos alfa de las plaquetas.

La agregación plaquetaria también lidera la liberación de citoquinas de los gránulos alfa en el citoplasma de las plaquetas. Estas citoquinas incluyen PDGF, TGF beta y alfa, bFGF, PDEGF y PDECGF.

Además de estos gránulos, las plaquetas tienen lisozimas y gránulos densos en su citoplasma. Las lisozimas contienen proteasas (metabolismo celular) y los gránulos densos contienen ácido araquidónico, calcio, nucleótidos de adenina y serotonina. Los metabolitos del ácido araquidónico junto con el factor de Hageman (de la vía intrínseca) estimulan la bradiquinina y con esto se inicia la cascada del complemento.

La estimulación de los mecanismos de hemostasis está limitada al sitio de la herida. El proceso de coagulación y agregación plaquetaria terminan cuando el estímulo para la iniciación del coágulo cesa, y la lisis del mismo por la plasmina es iniciada.

2. Inflamación

Los signos clásicos de la inflamación, son el resultado de cambios que ocurren en la microcirculación (microvenulas).

Inmediatamente luego de la injuria, hay una intensa vasoconstricción que contribuye a la hemostasia. Esta es mediada por catecolaminas circulantes y el sistema nervioso simpático y por prostaglandinas liberadas de células lesionadas. Luego de 10- 15 minutos es reemplazada por vasodilatación, con eritema y calor,

además. Las prostaglandinas y la histamina inducen la formación de espacios entre las células endoteliales de los capilares, espacios por entre los que se escapa plasma lo que genera el edema. Ahora llegan leucocitos que se juntan con albúmina y globulinas para formar la matriz provisional.

La vasodilatación, también esta comandada por histamina y prostaglandinas además de leucotrienos y productos de células endoteliales. El aumento de la permeabilidad favorece la migración de neutrofilos y monocitos al sitio de la lesión.

Las prostaglandinas que induce vasodilatación, son la PGE1 y PGE2, las cuales actúan activando la adenil ciclasa y la subsecuente producción de cAMP. La actividad de la fosfolipasa induce la síntesis de las prostaglandinas.

Los neutrofilos son las primeras células en llegar para defender limpiando cuerpos extraños y digiriéndolo mediante la acción de enzimas hidrolíticas y radicales de oxígeno. Luego de esta fagocitosis los neutrofilos son fagocitados por macrófagos.

Las alteraciones en el pH(bacterias), el edema y la disminución en la oxigenación tisular, causan el dolor.

Los neutrofilos producen citoquinas proinflamatorias, algunas de las primeras estimulantes de fibroblastos locales y queratinocitos. Los neutrofilos se doblan en número entre las 24 y 48 horas luego de la injuria.

Así cómo los monocitos migran al espacio extravascular, también son transformados en macrófagos por factores séricos y fibronectina. Factores específicos que median la migración de los macrófagos son fragmentos de colágeno, fibronectina y elastina (derivados de la matriz lesionada) elementos del complemento, trombina enzimáticamente activa y TGF beta. Los monocitos se van adhiriendo poco a poco a las células endoteliales hasta estar firmemente adheridos, entonces pasan entre las células endoteliales y migran al sitio de la lesión.

Una vez en la matriz provisional, los macrófagos son activados por IL2, INF sigma (de linfocitos T) y PDGF.

Los macrófagos son muy importantes en el proceso normal de cicatrización, ya que fagocitan bacterias y tejido muerto, además producen elastasas y colagenasas que rompen la matriz dañada. Cuando son estimulados por endotoxinas bacterianas, promueven el reclutamiento de otras células de la inflamación. Son la primera fuente de citocinas que estimulan la proliferación de fibroblastos, síntesis de colágeno y otros procesos de cicatrización. Entre estas se encuentran TNF alfa, PDGF, TGF beta y alfa, IL1, IGF 1 y FGF.

La última célula de la inflamación en aparecer es el linfocito, el cual produce factores esenciales para la cicatrización normal (HBEGF y bFGF), además de ser inmunoreguladores mediante inmunidad celular y humoral.

Luego de 5 a 7 días, sólo pocas células de la inflamación están presentes en heridas con cicatrización normal y los fibroblastos llegan a ser la célula predominante. Después de la muerte de los neutrofilos, hay liberación de enzimas proteolíticas y radicales libres de O₂ que con productos finales del complemento forman el complejo citotóxico de ataque de membrana, el cual perpetúa el daño tisular.

FASE INTERMEDIA

Los procesos envueltos aquí incluyen la angiogenesis y la epitelización y proliferación de fibroblastos. Procesos comprendidos entre los 2 a 4 días.

Estos tres procesos necesitan de energía, síntesis proteica y anabolismo.

1. Angiogénesis

Los bordes de las heridas, son isquémicos y sin la restauración de los vasos no hay O₂ y nutrientes suficientes. Esta fase empieza en los primeros días y es gracias a la liberación del factor angiogénico por parte de los macrófagos. Inicia con formación de cúmulos de células endoteliales que forman yemas y poco a poco estas se van uniendo entre sí y con células mesoteliales formando nuevos capilares.

Este proceso se altera si hay exceso de inflamación, muerte tisular, exudado, mala perfusión o corticoides.

2. Epitelización

Con pérdida de la epidermis, las células basales empiezan su diferenciación y migración. Inicialmente forman una sola capa. Los factores de crecimiento epidérmico liberados por los macrófagos y plaquetas inician éste proceso, pero dicho proceso es limitado y la muerte tisular lo retarda. La máxima distancia que viaja la célula desde el borde es de 3 cm y es un proceso que puede demorar desde 3-5 días hasta meses o años. Una vez se forma una sola capa el resto se produce por mitosis. Esta sola capa se debe proteger de desecación ó destrucción por liberación de las proteasas de los neutrófilos en infección local u otro proceso inflamatorio.

3. Proliferación de fibroblastos

Dos días luego de la herida los primeros fibroblastos vienen de tejidos adyacentes, posteriormente por factores de crecimiento.

Los fibroblastos se deslizan por filamentos de fibrina del coágulo y de colágeno. Este proceso depende de un buen aporte de O₂ y se ve afectado por mala perfusión, pocos nutrientes, disminución en la actividad anabólica y los corticoides.

FASE TARDÍA

1. Síntesis de colágeno y matriz

Fase caracterizada por la síntesis proteica con formación de colágeno y matriz. Los fibroblastos han sido activados para producir factores de crecimiento.

La producción de colágeno es iniciada por activación del factor de crecimiento estimulante de fibroblastos. La rata de producción del colágeno depende de varios factores : aá, hierro ferroso, Vitaminas C y A, Zinc, Cobre y O2.

La síntesis se realiza en el fibroblasto y la molécula luego de adquirir su estructura terciaria es liberada en forma de procolágeno.

La vitamina A, mantiene y restaura el estímulo inflamatorio para generar factores de cicatrización. La rata de producción de colágeno es máxima a las primeras dos semanas y el pico de su depósito es de 3- 4 semanas.

La matriz intresticial es producida por los fibroblastos y otras células. Los proteoglicanos(principal componente de la matriz) son compuestos de glucosaminoglicanos y proteínas. Esto dá una matriz más rígida en los estadios iniciales de la cicatriz, con la maduración de la misma disminuye su concentración con la consiguiente pérdida de rigidez.

Disminución en la irrigación y malnutrición alteran este proceso.

2. Contracción

Es el proceso de cierre por movimiento de los bordes de la herida(no solamente epitelio) hacia el centro, esto encoge la herida. El mecanismo es por generación

de fuerzas por parte de elementos contráctiles de los fibroblastos (miofibroblastos) hacia el centro. Con esta contracción de fibroblastos, es liberado colágeno y proteoglicanos, asegurando un nuevo tejido en el lugar afectado.

FASE FINAL

1. Remodelación

Empieza a las tres semanas y va hasta meses, incluso años, es el resultado de:

- Aumento de uniones colágenas: dá fuerza tensil.
- Acción de colagenasa: rompe exceso de colágeno, creando un equilibrio.
- Regresión de red exhuberante de capilares en la superficie.
- Disminución de proteoglicanos y por consiguiente disminuye la concentración de agua.
- La disminución del flujo sanguíneo o la infección aumentan la pérdida de colágeno, con la consiguiente debilidad de la cicatriz.
- El aumento en la fuerza tensil continua por un año, sin embargo la piel y la fascia nunca recuperan la totalidad.
- El exceso en los depósitos de la cicatriz lleva a la hipertrofia, la cuál impide los movimientos del tejido y produce una cicatriz friable y dolorosa. El aumento en la producción del tejido conectivo conlleva a la formación del queloide.

Factores que alteran la cicatrización:

1. Locales

- Inadecuado aporte nutricional
- Hipoxia tisular
- Desecación tisular(necrosis)
- Exudados
- Infección
- Trauma

2. Sistémicos

- Inadecuado volumen sanguíneo
- Pérdida de proteínas corporales
- Inadecuado aporte nutricional
- Infección sistémica(aumenta catabolismo)
- Respuesta al estrés no controlada

7. METODOLOGÍA

7.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio de tipo descriptivo de corte transversal.

- **Descriptivo:** Se realizó la investigación en condiciones naturales y se buscó describir la percepción del paciente con herida de abdomen abierto, del comportamiento y cuidado humanizado de enfermería.
- **Transversal:** Es de corte transversal porque los datos se recolectan en una medición única, utilizando el instrumento PCHE, en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo.
- **Cuantitativo:** El estudio es cuantitativo ya que se recogieron y analizaron datos cuantitativos sobre variables específicas, en este caso las 9 categorías que tiene el instrumento PCHE.

7.2 MUESTREO Y MUESTRA

Población: Todos los pacientes que asistieron con Herida de Abdomen Abierto por consulta externa y/o son atendidos en el servicio de hospitalización por el

profesional de enfermería de la Clínica de Heridas de una Institución de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá, durante el mes de Septiembre de 2010.

Muestra: fueron los 10 pacientes que asistieron en el mes de septiembre a la Clínica de Heridas de un hospital de cuarto nivel de Bogotá, identificados con herida de abdomen abierto, por lo cual se tomó la muestra equivalente al 100% de la población.

7.3 DESCRIPCIÓN DE LA TOMA DE MUESTRA

1. El Marco Muestral por conveniencia que se tomó fue la población con Herida de Abdomen Abierto, que asistió a la clínica de heridas en el mes de septiembre de 2010.

Se realizó por conveniencia lo cual significa que debido a que el estudio es transversal, se realizó la recolección de datos en el mes de septiembre y se cubrió el 100% de la población que equivale a 10 pacientes.

7.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizaron medidas de resumen de estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes las cuales son medidas de tendencia central.

El instrumento PCHE, consta de 9 categorías y 50 ítems de una escala de Likert de 4 opciones (asignándosele a cada una un valor en puntos: nunca = 1 punto, algunas veces = 2 puntos, casi siempre = 3 puntos y siempre = 4 puntos), con un puntaje mínimo de 50 y máximo de 200 puntos.

LOS RANGOS PARA CLASIFICAR LA PERCEPCION GLOBAL SON:

a) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos de 163 a 200 puntos se clasificará como: Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, como “siempre”.

b) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 125 a 162 puntos se clasificará como: Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería como “casi siempre”.

c) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 88 a 124 puntos se clasificará como: los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería como “algunas veces”.

d) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 50 a 87 puntos se clasificará como: los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería como “nunca”.

En cada una de las categorías se clasificará la percepción del comportamiento y cuidado humanizado de enfermería así:

CATEGORÍA 1 SENTIMIENTOS DEL PACIENTE

a) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos de 16,28 a 20 puntos se clasificará como: Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, desde los sentimientos del paciente como “siempre”

b) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 12,52 a 16,27 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, desde los sentimientos del paciente como “casi siempre”.

c) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 8,76 a 12,51 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde los sentimientos del paciente como “algunas veces”.

d) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 5 a 8,75 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde los sentimientos del paciente como “nunca”.

CATEGORÍA 2 CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMERA

a) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos de 19,5 a 24 puntos se clasificará como: Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde las características de la enfermera como “siempre”.

b) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 15 a 19,49 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde las características de la enfermera como “casi siempre”.

c) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 10,5 a 14,99 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde las características de la enfermera como “algunas veces”.

d) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 6 a 10,49 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde las características de la enfermera como “nunca”.

CATEGORÍA 3 DAR APOYO EMOCIONAL

a) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos de 16,28 a 20 puntos se clasificará como: Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de un hospital de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010,

percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde el dar apoyo emocional como “siempre”.

b) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 12,52 a 16,27 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de un hospital de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde el dar apoyo emocional como “casi siempre”.

c) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 8,76 a 12,51 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la clínica de heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde el dar apoyo emocional como “algunas veces”.

d) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 5 a 8,75 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde el dar apoyo emocional como “nunca”.

CATEGORÍA 4 DAR APOYO FÍSICO

a) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos de 16,28 a 20 puntos se clasificará como: Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde el dar apoyo físico como “siempre”.

b) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 12,52 a 16,27 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde el dar apoyo físico como “casi siempre”.

c) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 8,76 a 12,51 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde el dar apoyo físico como “algunas veces”.

d) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 5 a 8,75 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde el dar apoyo físico como “nunca”.

CATEGORÍA 5 CUALIDADES DEL HACER DE LA ENFERMERA

a) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos de 19,5 a 24 puntos se clasificará como: Los pacientes que fueron atendidos por la clínica de heridas de HUSI en el mes de septiembre de 2010, siempre percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde las cualidades del hacer de la enfermera como “siempre”.

b) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 15 a 19,49 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde las cualidades del hacer de la enfermera como “ casi siempre”.

c) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 10,5 a 14,99 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los

comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde las cualidades del hacer de la enfermera como “algunas veces”.

d) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 6 a 9,75 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde las cualidades del hacer de la enfermera como “nunca”.

CATEGORÍA 6 PROACTIVIDAD

a) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos de 16,28 a 20 puntos se clasificará como: Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde la proactividad como “siempre”.

b) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 12,52 a 16,27 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la clínica de heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde la proactividad como “casi siempre”.

c) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 8,76 a 12,51 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde la proactividad como “algunas veces”.

d) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 5 a 8,75 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde la proactividad como “nunca”.

CATEGORÍA 7 EMPATÍA

a) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos de 19,5 a 24 puntos se clasificará como: Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde la empatía como “siempre”.

b) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 15 a 19,49 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde la empatía como “casi siempre”.

c) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 10,5 a 14,99 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde la empatía como “algunas veces”.

d) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 6 a 10,49 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde la empatía como “nunca”.

CATEGORÍA 8 PRIORIZAR AL SER DE CUIDADO

a) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos de 19,5 a 24 puntos se clasificará como: Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010,

percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde el priorizar al ser de cuidado como “siempre”.

b) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 15 a 19,49 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde el priorizar al ser de cuidado como “casi siempre”.

c) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 10,5 a 14,99 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde el priorizar al ser de cuidado como “algunas veces”.

d) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 6 a 10,49 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde el priorizar al ser de cuidado como “nunca”.

CATEGORÍA 9 DISPONIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN

a) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos de 19,5 a 24 puntos se clasificará como: Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde la disponibilidad para la atención como “siempre”.

b) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 15 a 19,49 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde la disponibilidad para la atención como “casi siempre”.

c) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 10,5 a 14,99 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde la disponibilidad para la atención como “algunas veces”.

d) Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos 6 a 10,49 puntos se clasificará como:

Los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde la disponibilidad para la atención como “nunca”.

7.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por la naturaleza de la investigación para los aspectos éticos se tuvo en cuenta el Decreto 8430; en donde se garantiza el respeto por las opiniones expresadas por los participantes, la protección de su identidad, de los que se obtendrá autorización por medio de un consentimiento informado que será previamente leído, entendido y aceptado por los pacientes participantes.

- **Criterio de inclusión:** Pacientes mayores de 18 años con herida de abdomen abierto que fueron atendidos en la Clínica de Heridas en el mes de septiembre de 2010 y tienen dos o más consultas en clínica de heridas, de forma intrahospitalaria ó por consulta externa, por parte de la jefe encargada, y que deseen participar voluntariamente en la investigación.

7.6 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Con el fin de evaluar el cuidado de enfermería y para tener una aproximación al accionar del profesional de enfermería, han surgido varios instrumentos para

medir la percepción del comportamiento de cuidado humanizado de enfermería, y la calidad de cuidado de enfermería brindado al paciente. Para esta investigación, el Instrumento que se utilizó fue el PCHE (percepción de comportamiento y cuidado humanizado de enfermería) que fue elaborado por Nelly Rivera⁴⁵ y Álvaro Triana⁴⁶, con el apoyo del Departamento de Enfermería y el aval de la Clínica del Country, dirigido a pacientes hospitalizados y/o a su cuidador permanente. Este instrumento surge de los resultados de un estudio de posgrado de tipo cualitativo fenomenológico de Alvis y colaboradores, que investigó el fenómeno de la experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización.

Nadia Carolina Reina Gamba⁴⁷ y Elizabeth Vargas Rosero⁴⁸ realizaron la Validez de contenido y validez facial del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado" 2008. La muestra fueron 12 pacientes hospitalizados y/o su cuidador permanente quienes evaluaron la validez facial del instrumento y 11

⁴⁵Enfermera, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Enfermería en Unidad de Cuidado Intensivo, Universidad de Navarra. Profesora asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Enfermera Jefe de la unidad de cuidado intensivo, Clínica del Country, Bogotá, Colombia.

⁴⁶ Enfermero, Universidad Nacional de Colombia. Enfermero Jefe de Urgencias, Clínica del Country. Bogotá, Colombia.

⁴⁷ Enfermera Magíster con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Enfermera Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario San Ignacio. Docente, Facultad de Salud, Programa de Enfermería, Universidad Manuela Beltrán. Bogotá, Colombia.

⁴⁸ Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Profesora asistente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

fueron expertos en enfermería, quienes evaluaron la validez facial y la validez de contenido del instrumento.

El instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería" de Rivera y Triana es válido porque con la realización y análisis de la validez facial y de la validez de contenido se demostró que alcanzó índices de aceptabilidad por encima de 0,8.

Los expertos concluyen que el instrumento es significativo para el quehacer del profesional de enfermería porque es derivado de la práctica del ejercicio profesional, específicamente del rol investigativo en el área asistencial.

Éste, consta de 9 categorías y 50 ítems de una escala de Likert de 4 opciones (asignándosele a cada una un valor en puntos: nunca = 1 punto, algunas veces = 2 puntos, casi siempre = 3 puntos y siempre = 4 puntos), con un puntaje mínimo de 50 y máximo de 200 puntos, y la exploración de una pregunta abierta. Los 50 ítems se enuncian de forma positiva, e involucran un comportamiento de cuidado por cada ítem, que a su vez conforman las nueve categorías establecidas por Alvis y colaboradores, el número de ítems por categoría es el expresado a continuación:

Sentimientos del paciente: ítem 1, 3, 4, 43, 44.

Características de la enfermera: ítem 2, 5, 7, 8, 9, 46.

Dar apoyo emocional: ítem 10, 11, 12, 45, 47.

Dar apoyo físico: ítem 6, 13, 14, 30, 48.

Cualidades del hacer de la enfermera: ítem 15, 16, 17, 18, 20, 42.

Proactividad: ítem 21, 22, 24, 34, 39.

Empatía: ítem 25, 26, 27, 28, 41, 49.

Priorizar al ser de cuidado: ítem 29, 32, 33, 35, 36, 50.

Disponibilidad para la atención: ítem 19, 23, 31, 37, 38, 40.

Nota: Es importante mencionar que la participación del paciente en esta investigación no afectó ni influyó la atención y el cuidado que le brindó en citas futuras el profesional de enfermería encargado de la clínica de heridas.

Adicionalmente, la información y datos que se recogieron en esta investigación fueron obtenidos en un espacio diferente al consultorio en el cual se brinda cuidado en clínica de heridas, con el fin de obtener datos más confiables.

8. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRAFICA

El instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería” (PCHE) fue aplicado a 10 pacientes que asistieron la Clínica de Heridas de un hospital de cuarto nivel; la recolección de datos se llevo a cabo en el mes de Septiembre de 2010.

Respecto a la descripción demográfica de la muestra, se abordó inicialmente la edad. El promedio (μ) de ésta, en los pacientes participantes fue de 48,9^a (DS 28-66,9^a). En cuanto al género, la incidencia de herida de abdomen abierto entre los pacientes del estudio, muestra que el 80% de los pacientes fueron de sexo masculino y el 20% de sexo femenino, lo que muestra una diferencia significativa, esto hace necesario remitirse a las causas de herida de abdomen abierto; en la caracterización clínica, de los participantes del estudio, es decir, la causa de la herida de abdomen abierto se encontró que el 20% fue secundario a cáncer de colon, otro 20% debido a complicación posquirúrgica de apendicectomía, 10% Enfermedad de Hirschsprung, 10% Enfermedad diverticulosa perforada, 10%

Infección después de cirugía por disparo, 10% pancreatoduodenectomía, 10% perforación de la bolsa biliar 10% yeyunectomía.

Siendo el cáncer de colon y el posoperatorio de apendicetomía las causas más frecuentes entre los pacientes incluidos en el estudio; refiriéndose a el cáncer de colon, a nivel internacional el cáncer de colon es el tercer cáncer más común que se diagnostica entre los hombres y las mujeres de los Estados Unidos⁴⁹, según estadísticas de la Sociedad Americana del Cáncer (ACS) (2000), el cáncer de colon es el segundo con mayor mortalidad entre los hombres hispanos, mientras que entre las mujeres del mismo grupo étnico ocupa el tercer lugar⁵⁰, y según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), "cada año, se detectan en España 25.000 nuevos casos de cáncer de colon, siendo los hombres quienes más padecen esta enfermedad, en proporción de seis a cuatro respecto a las mujeres, es decir, de cada diez pacientes, seis son hombres y cuatro mujeres"⁵¹. A nivel Colombia, según la liga contra el cáncer, éste cáncer es el sexto más frecuente, su tasa de mortalidad ha ido aumentando en los últimos 30 años y a

⁴⁹American Society for Gastrointestinal Endoscopy. ¿Qué es el Cáncer colorrectal? [en línea] <http://www.screen4coloncancer.org/espanol2.asp>. [citado en 27 de octubre de 2010].

⁵⁰ Monitor Hispano. Cáncer de colon: el segundo más mortal entre hombres hispanos [en línea]]. 26 de Marzo de 2004. MIAMI, Florida (EFE). <http://www.monitorhispano.com/noticia/230/cancer-de-colon-el-segundo-mas-mortal-entre-hombres-hispanos>. [citado en 27 de octubre de 2010].

⁵¹Eroski consumer. ANTÓN, Antonio, presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica. Cáncer de colon [en línea] http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2005/10/14/146146.php. [citado en 27 de octubre de 2010].

diferencia de otras regiones del mundo es un cáncer más frecuente en mujeres que en hombres en Colombia, en cuanto a la edad la probabilidad de desarrollar cáncer de colon aumenta a partir de los 50 años, además se reporta que 9 de 10 personas que tienen cáncer de colon son mayores de 50 años. Lo cual justifica los resultados que se obtuvieron, en donde el 10% de los pacientes que a consecuencia de cáncer de colon tiene herida de abdomen abierto son mujeres y el otro 10% hombres, estos pacientes se encuentran entre 47 y 66 años lo cual se relaciona con las estadísticas dadas por la liga contra el cáncer.

Al referirse al posoperatorio de apendicectomía, se evidencia que en estudios realizados en Cuba sobre el diagnóstico de apendicitis, sobresalen como resultados más importantes, el predominio de los hombres con un 65 % del total de la muestra.⁵² A nivel Colombia se sigue esta tendencia donde un poco más del 60% de los casos son de sexo masculino, el promedio de edad es de 19 años y casi la mitad de los pacientes con apendicitis aguda tienen entre 10 y 20 años⁵³, en otro estudio, publicado en la revista colombiana de cirugía, de los 197 pacientes, 134 (68%) fueron de sexo masculino y 63 (32%) de sexo femenino, con

⁵² RODRIGUEZ, Zenén. Consideraciones actuales sobre el diagnóstico de la apendicitis aguda [en línea]. En: Rev Cubana. Cir v.48 n.3. Ciudad de la Habana. jul-sep. 2009. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000300004. [citado en 27 de Octubre]

⁵³ FERRADA, Ricardo. Hospital Universitario Evaristo Garcia. Apendicitis Aguda [en línea]. <http://www.aibarra.org/Guias/5-3.htm> [citado en 27 de Octubre de 2010]

una relación aproximada de 2:1 y se encontró una mayor frecuencia entre los 9 y 23 años⁵⁴; lo cual se relaciona con los resultados de este estudio donde el 20% del total de los pacientes correspondiente a pacientes con herida de abdomen abierto secundaria a posoperatorio de apendicetomía son hombres, respecto a la edad los datos si varían ya que se encontró que este 20% de pacientes se encuentran en edades entre 57 y 76 años .

En el estado civil, el mayor porcentaje estuvo representado por la condición de casados (60%), lo cual explica el apoyo familiar durante el tratamiento y entre el 40% restante se encuentran en la condición de separados y solteros.

Respecto al nivel educativo, se encontró que el mayor porcentaje (50%) fue para los participantes con educación media (bachillerato completo).

El servicio donde fueron atendidos los pacientes participantes del estudio, se encontró que el 50% fueron en el servicio de hospitalización y el otro 50% en consulta externa de una institución de cuarto nivel de Bogotá.

En cuanto al número de consulta en clínica de heridas, se encontró que el (μ) de consultas de los pacientes participantes del estudio corresponde a 32,1 consultas

⁵⁴ PESTANA, Ramiro A.; MORENO BALLESTEROS, Luis Ramón. REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGIA. Apendicectomía transumbilical, Un nuevo abordaje quirúrgico [en línea]. <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/cirugia19104-apendicectomia3.htm>. [citado en 27 de octubre de 2010].

con una (DS 6-130 consultas), el 50% del total de los pacientes participantes, tienen entre 6 y 14 consultas en clínica de heridas.

Los pacientes que tuvieron entre 3 y 31 consultas tuvieron un promedio de 194 puntos lo cual indica que estos pacientes que fueron atendidos por la clínica de heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá durante el mes de septiembre de 2010, percibieron el cuidado humanizado de enfermería como “siempre”. Los pacientes que tuvieron entre 32 y 130 consultas en clínica de heridas tuvieron un promedio de 193 puntos lo cual indica que estos pacientes que fueron atendidos por la clínica de heridas de una institución de cuarto nivel en el mes de septiembre de 2010, percibieron el cuidado humanizado de enfermería como “siempre”. Con lo cual se puede demostrar que el número de consultas en clínica de heridas no modifica la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, sino que la percepción del paciente es producto de cada una de las interacciones que tiene con el profesional de enfermería.

Tabla No. 1 Distribución de frecuencia y porcentaje de las características socio demográficas y clínicas.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad	67 a 76,9 años	1	10%

	57 a 66,9 años	3	30%
	47 a 56,9 años	2	20%
	28 a 36,9 años	3	30%
	18 a 27,9 años	1	10%
Género	Femenino	2	20%
	Masculino	8	80%
Estado Civil	Casado	6	60%
	Separado	1	10%
	Soltero	3	30%
Nivel Educativo	Primaria	1	10%
	Bachillerato	5	50%
	Universitario	4	40%
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Causa de Abdomen Abierto	Cáncer de Colon	2	20%
	Enfermedad de Hirschsprung	1	10%
	Enfermedad diverticulosa perforada	1	10%
	Infección después de cirugía por disparo	1	10%
	Pacreatubodectomia	1	10%

	Perforación de la bolsa biliar	1	10%
	Posoperatorio de Apendicetomía	2	20%
	Yeyunectomía	1	10%
Servicio en el cual fue atendido	Hospitalización	5	50%
	Consulta Externa	5	50%
Número de consultas en clínica de heridas por herida de abdomen abierto.	6	2	20%
	11	1	10%
	14	2	20%
	27	1	10%
	31	1	10%
	42	1	10%
	60	1	10%
	130	1	10%

Fuente: Base de datos de la investigación.

Descripción de la percepción de comportamiento de cuidado humanizado de Enfermería

En esta investigación para cada una de las categorías se obtuvieron puntajes referentes a la percepción de comportamiento de cuidado humanizado de enfermería de los pacientes que asisten a una clínica de heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá, el instrumento tiene un máximo de 200 puntos posibles, las categorías 1, 3, 4 y 6 tienen un máximo de 20 puntos posibles dado que están compuestas por 5 ítems, cada uno con un puntaje máximo de 4 y un mínimo de 1 y las categorías 2, 5, 7, 8 y 9 tienen un máximo de 24 puntos posibles ya que están compuestas por 6 ítems, cada uno con un puntaje máximo de 4 y un mínimo de 1.

Los resultados de la percepción global del cuidado de enfermería de los pacientes con herida de abdomen abierto que asisten a una clínica de heridas de un hospital de cuarto nivel de Bogotá, indican que el 100% de los pacientes que fueron atendidos por la Clínica de Heridas durante el mes de septiembre de 2010, percibieron el comportamiento de cuidado humanizado de enfermería como “siempre” con un promedio (μ) de 193,9 puntos.

En general la muestra del estudio arrojó datos muy altos acerca de la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, en la mayoría de sus categorías como lo son: Priorizar al ser de cuidado, cualidades del hacer de la enfermera, dar apoyo emocional y características de la enfermera, entre otras; lo

cual evidencia que la integralidad del cuidado, como lo plantean las diferentes teoristas, está siendo abordado por el profesional de enfermería que lidera y brinda cuidado a estos pacientes participantes del estudio.

Es de resaltar que para este servicio, siguiendo con las actuales disposiciones para la atención de los pacientes de las diversas EPS que contratan con esta IPS, la **prioridad** es preocuparse por el ser de cuidado, tener respeto por las decisiones e intimidad del mismo, conservar su calidad de paciente y persona, resaltando la importancia de las **cualidades del hacer de la enfermera** realizadas con agrado y amabilidad, y del **apoyo emocional** que surge de un trato cordial y amistoso, evidenciando así las **características de la enfermera** amable, cálida y eficaz; que dieron lugar al reconocimiento por parte del paciente acerca de los comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera durante la experiencia de cuidado.

El conocer la percepción de los pacientes frente a cada una de las categorías, en la Clínica de Heridas, mostró que la atención brindada a éstos se dio con un cuidado humanizado, lo cual permite conocer tanto la identificación personal y profesional de la enfermera, como las necesidades propias de los pacientes con herida de abdomen abierto, lo cual fortalece el gran trabajo del profesional de enfermería para lograr la satisfacción del paciente.

Sin embargo, el estudio identifica dos categorías en las cuales los pacientes no percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería como

“siempre”, estas fueron la categoría **Proactividad y la Disponibilidad para la atención**, lo cual se analiza a lo largo del estudio.

Describiendo cada categoría, se analizaron los ítems en los cuales el 20% de los pacientes los habían evaluado como “casi siempre, algunas veces o nunca”, ó en los cuales el 10% de los pacientes lo evaluaban como “nunca”; los ítems que fueron evaluados sólo por el 10% de los pacientes como “casi siempre ó algunas veces“, no fueron analizados ya que no son representativos para este estudio.

Por lo cual, analizando la percepción de comportamiento de cuidado humanizado de enfermería de los pacientes con herida de abdomen abierto que asistieron a la clínica de heridas de un hospital de cuarto nivel de Bogotá, se encontró que:

CATEGORÍA 1 SENTIMIENTOS DEL PACIENTE:

Esta categoría evalúa “Los sentimientos positivos resultantes de la interacción enfermera – paciente tales como sentirse apoyado, acogido, atendido, cuidado, acompañado, informado, recibir calor humano y cariño, estar orientado, sentir afecto e incluso crecer como ser humano. Sentimientos que se constituyen en la oportunidad de sanación y crecimiento tanto de la enfermera como del paciente”⁵⁵

Específicamente esta categoría es evaluada por los ítems:

⁵⁵ ALVIS C, Tania y col. Op cit. P 46. Citado por RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Alvaro. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country [en línea]. *av. Enferm.*, XXV (1): 56-68, 2007. http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf [citado en 20 de Agosto de 2010]

Ítem 1: hacen sentir al paciente como ser individual

Ítem 3: cuando explican algo el paciente se siente informado.

Ítem 4: cuando se dirigen a usted, se siente atendido

Ítem 43: cuando me atienden me siento satisfecho

Ítem 44: me siento agradecido cuando me atienden

En esta categoría se encontró que el 100% de los pacientes participantes en este estudio, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde los sentimientos del paciente como “siempre”, con un promedio (μ) de 19,3 puntos, cuando fueron atendidos en la Clínica de Heridas de un hospital de cuarto nivel de Bogotá.

En esta categoría en el Ítem 1: hacen sentir al paciente como ser individual, fue percibido por el 10% de los pacientes como “nunca”, esta paciente es de sexo femenino quien estaba hospitalizada con edades entre 47-56 años y su estado civil era casada, es importante analizar por qué el 10% de los pacientes respondieron como nunca, es evidente que por la edad de la paciente, quien se encuentra en el ciclo vital de adultez media, edad caracterizada por los cambios físicos notorios, evidenciados por el deterioro en la fuerza, y el fin de la capacidad reproductiva, por la disminución en la producción de estrógenos; a nivel laboral se

puede estar en un momento de satisfacción o de frustración, por lo cual a nivel familiar necesitan una estabilidad, Silvestre ⁵⁶(1996) en su libro *Psicología Evolutiva: adolescencia, edad adulta y vejez*, afirma que existe un reforzamiento de la pareja en la edad adulta, producto de la libertad que otorga el alejamiento de los hijos, la renovación de intereses sexuales, un aumento en la intimidad y una valoración de la relación en base a lo invertido en ella. Las personas casadas tienen mayores niveles de salud física y mental que los solteros y divorciados, aunque parece ser más satisfactorio para los hombres que para las mujeres.⁵⁷

Todo esto agudiza la ansiedad de llegar a ser reconocido y exitoso en la parte sentimental, familiar, laboral, etc, lo cual permite que los pacientes que están en ésta edad, tengan la necesidad de sentirse como seres individuales, atendidos integralmente, por lo cual los profesionales de enfermería deben procurar brindar un cuidado óptimo que los haga sentir a los pacientes que están en la adultez media, como seres únicos y especiales.

⁵⁶ Catedrática del Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación de la Universidad Autónoma de Barcelona.

⁵⁷ LARA , Elena; MARTÍNEZ F, Cecilia; PANDOLFI P, Ma. Paola; PENROZ C, Karin; PERFETTI M, Romina; PINO H, Gabriela. Universidad de Concepción. *Psicología del desarrollo. Adultez media* [en línea]. En: Apsique. <http://www.apsique.com/wiki/DesaJoven>. [citado en 12 de Octubre de 2010].

CATEGORÍA 2 CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMERA:

Esta categoría evalúa “Aquellos comportamientos de la enfermera que durante la experiencia de cuidado el paciente reconoce y la caracteriza, siendo los más destacados: persona cálida, querida, especial, agradable que demuestra su simpatía, amabilidad y cordialidad en la atención; además se destaca su diligencia, eficacia, flexibilidad y atención”.⁵⁸

Específicamente esta categoría es evaluada por los ítems:

Ítem 2: hacen empatía con usted

Ítem 5 : son amables con el trato

Ítem 7 : son eficientes en el desempeño de sus tareas

Ítem 8 : son claras la comunicarse con usted

Ítem 9 :le dan estímulos positivos

Ítem 46 : su cuidado es comprometido y solidario

El 100% de los pacientes percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde las características de la enfermera como “siempre”, con un promedio (μ) de 23,5 puntos, de parte del profesional de

⁵⁸ ALVIS C, Tania y col. Op cit. P 47. Citado por RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Alvaro. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country [en línea]. *av. Enferm.*, XXV (1): 56-68, 2007. http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf [citado en 20 de Agosto de 2010]

enfermería encargada de la clínica de heridas de un hospital de cuarto nivel de Bogotá.

CATEGORÍA 3, DAR APOYO EMOCIONAL:

Ésta categoría evalúa “El apoyo percibido por el paciente en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través de un buen trato cordial y amistoso, con calor humano en una ambiente tranquilo, cómodo y de confianza, que deriva en sentimientos de bienestar para el paciente, aliento y le permite percibir un entorno familiar, alegre y entretenido”⁵⁹

Específicamente esta categoría es evaluada por los ítems:

Ítem 10: le inspiran confianza

Ítem 11: son una compañía durante los procedimientos médicos.

Ítem 12: le dan tranquilidad

Ítem 45: su cuidado es amoroso y dedicado

Ítem 47: su atención se fundamenta en el apoyo emocional

⁵⁹ ALVIS C, Tania y col. Op cit. P 46. Citado por RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Alvaro. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country [en línea]. *Enferm.*, XXV (1): 56-68, 2007. http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf [citado en 20 de Agosto de 2010]

Los diez pacientes participantes identifican que reciben apoyo emocional del profesional de enfermería de la clínica de heridas de un hospital de cuarto nivel de Bogotá “siempre”. Desde ésta categoría el 100 % de los pacientes percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería como “siempre”, con un promedio (μ) de 19,6 puntos.

CATEGORÍA 4 DAR APOYO FÍSICO:

Ésta categoría evalúa “El componente que el paciente percibe del personal de enfermería cuando entra en contacto con ellos, en actividades sencillas pero significativas, como son el mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor”⁶⁰

Específicamente esta categoría es evaluada por los ítems:

Ítem 6: hacen que el paciente se sienta bien físicamente

Ítem 13 : lo miran cuando le hablan

⁶⁰ ALVIS C, Tania y col. Op cit. P 47. Citado por RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Alvaro. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country [en línea]. *av. Enferm.*, XXV (1): 56-68, 2007. http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf [citado en 20 de Agosto de 2010]

Ítem 14: le ayudan a disminuir el dolor físico

Ítem 30: atienden sus necesidades básicas (baño, eliminación, alimentación)

Ítem 48: se esfuerzan por brindar comodidad física

Se encontró que el 100 % de los pacientes que fueron atendidos en la clínica de heridas de un hospital de cuarto nivel de Bogotá, en el mes de septiembre de 2010, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde el apoyo físico como “siempre” con un promedio (μ) de 19,3 puntos, durante su tratamiento.

En esta categoría en el Ítem 13: lo miran cuando le hablan, el 20% de los pacientes lo percibieron como “casi siempre”.

Los pacientes que dieron esta percepción, son de sexo masculino que están en el rango de edad entre los 18-30 años, son solteros y adicionalmente están en el servicio de hospitalización.

En este ciclo vital, según Rice 1997 ⁶¹ en su libro Desarrollo Humano, estudio del ciclo vital, plantea que es ideal tener un trabajo estable, realizar actividad física para el mantenimiento del peso, tonicidad de los músculos y para aliviar la ansiedad y la depresión. Tener hábitos básicos importantes relacionados directamente con la salud: desayunar, comer a horas regulares, comer

⁶¹ F. Phillip Rice Psicólogo quién recibió su Ed. en relaciones familiares y maritales de el Teachers College en la Universidad de Columbia. Es un profesor en la universidad de Maine-Orono

moderadamente, hacer ejercicio, dormir 7 u 8 horas en la noche, no fumar y beber moderadamente ya que "lo que las personas comen determina su apariencia física, como se sienten y, probablemente, que enfermedades pueden sufrir"⁶².

Es evidente que todo lo anteriormente mencionado, se resume en el apoyo físico que el paciente espera recibir del profesional de Enfermería de una Clínica de Heridas, llevando a cabo el modelo de Virginia Henderson, dado que el cuidado de enfermería se basa en el logro de las 14 necesidades básicas para adquirir el cuidado individualizado de la persona, buscando la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas.

Relacionando ésta teoría con el resultado que nos arrojó el instrumento PCHE y que por medio de la interpretación se sabe que tan solo el 20% de los pacientes perciben como "casi siempre" lo miran a los ojos, tiene que ver con la edad propia de su ciclo vital en el cual se espera elegir una pareja con el fin principalmente, de alcanzar el desarrollo social para su edad (Matrimonio) y consigo sentirse acompañado.

Estos pacientes al estar solteros, están en condición de exigir una atención y un acompañamiento más cercano por parte del profesional de enfermería debido a

⁶² LARA , Elena; MARTÍNEZ F, Cecilia; PANDOLFI P, Ma. Paola; PENROZ C, Karin; PERFETTI M, Romina; PINO H, Gabriela. Universidad de Concepción. Psicología del desarrollo. Adulto Joven [en línea]. En: Apsique. <http://www.apsique.com/wiki/DesaJoven>. [citado en 12 de Octubre de 2010].

que, se sienten vulnerables cuando están hospitalizados, experimentan la sensación de estancamiento ya que están en edad laboral, desean ser productivos y esperan desde luego que el cuidado que se les brinde, lleve consigo todos los elementos que menciona la Doctora en Enfermería Claudia Ariza y que caracterizan la calidad del cuidado como lo es la comunicación verbal y no verbal que se establece con el paciente, donde se pueden expresar pensamientos, sentimientos, sensaciones, etc. Lo que quiere decir que el acto específico de mirar a los ojos al paciente cuando le habla el profesional de enfermería, parece ser una acción muy importante porque permite identificar la capacidad de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo, que finalmente facilitará el encuentro entre el paciente con herida de abdomen abierto, soltero, hospitalizado y el profesional de enfermería que está a su cargo.

CATEGORÍA 5 CUALIDADES DEL HACER DE LA ENFERMERA:

Ésta categoría evalúa “Al óptimo desempeño del personal de enfermería identificado por el paciente, en rasgos que describen una enfermera que se porta bien, que es atenta, que hace las cosas con sencillez, humildad y agrado, que explica con amabilidad y propicia el diálogo, además su desempeño es profesional en cuanto al conocimiento que refleja en su trabajo, cumple con el deber profesional, reconoce sus debilidades, sigue las indicaciones del tratamiento, el

apoyo que brinda a sus compañeras (os), el trabajo en equipo y la capacidad de liderazgo que tiene frente al grupo”.⁶³

Específicamente esta categoría es evaluada por los ítems:

Ítem 15: Demuestra conocimientos y habilidades profesionales

Ítem 16: Lideran el equipo de trabajo

Ítem 17: Trabajan en equipo

Ítem 18: Facilitan el dialogo

Ítem 20: Le explican anticipadamente los procedimientos

Ítem 42: Todas sus acciones buscan excelencia en el cuidado

Desde las cualidades del hacer de la enfermera, se encontró que el 100 % de los pacientes con herida de abdomen abierto que fueron atendidos en la CH de un hospital de cuarto nivel de Bogotá, percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería como “siempre” con un promedio (μ) de 23,6 puntos.

⁶³ ALVIS C, Tania y col. Op cit. P 48. Citado por RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Alvaro. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country [en línea]. *av. Enferm.*, XXV (1): 56-68, 2007. http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf [citado en 20 de Agosto de 2010]

CATEGORÍA 6 PROACTIVIDAD:

Ésta categoría evalúa “Todos aquellos comportamientos del enfermero (a), que denotan atención anticipada, al abogar por el paciente darle información precisa y oportuna a él y a su familia acerca de la hospitalización y evolución, respondiendo preguntas y explicándole sobre procedimiento. La pro actividad contribuye a una atención oportuna que va más allá de las necesidades del paciente, que le concientiza y le hace más partícipe en el proceso de recuperación”⁶⁴

Específicamente esta categoría es evaluada por los ítems:

Ítem 21: Se identifican antes de realizarle los cuidados

Ítem 22: Responden a sus preguntas

Ítem 24: Dan instrucciones sobre su cuidado

Ítem 34: Le ayudan con la información para que pueda tomar decisiones

Ítem 39: Lo animan para que llame si tiene problemas

⁶⁴ ALVIS C, Tania y col. Op cit. P 48. Citado por RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Alvaro. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country [en línea]. *av. Enferm.*, XXV (1): 56-68, 2007. http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf [citado en 20 de Agosto de 2010].

Sólo el 80% de los pacientes que fueron atendidos en la clínica de heridas, percibieron una atención anticipada “siempre”, con un promedio (μ) de 20 puntos, al darle información oportuna y precisa frente a su evolución (proactividad) en el cuidado humanizado de enfermería. El 20% restante, percibieron la proactividad en el cuidado humanizado de enfermería de parte del profesional de enfermería encargado de la clínica de heridas de un hospital de cuarto nivel de Bogotá como “casi siempre” con un promedio (μ) de 13,5 puntos.

Los ítems que fueron mencionados y evaluados por los pacientes con casi siempre y nunca fueron:

Ítem 22: Responden a sus preguntas

Ítem 34: Le ayudan con la información para que pueda tomar decisiones

Ítem 39: Lo animan para que llame si tiene problemas

Siendo ésta la categoría en la cual los pacientes con herida de abdomen abierto que asisten a una Clínica de Heridas en una institución de cuarto nivel de la ciudad de Bogotá perciben como “casi siempre y nunca” los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería con puntaje más bajo.

Al analizar específicamente el ítem 22: Responden a sus preguntas, 34: Le ayudan con la información para que pueda tomar decisiones 39: Lo animan para que llame si tiene problemas, fueron percibidos como “casi siempre y nunca”; se

identifica que el 20% de los pacientes que no percibieron los comportamientos como “siempre” en esta categoría, se encontraban en el ciclo vital de adulto joven, lo cual según el modelo de Schaie⁶⁵ (Desarrollo cognitivo) sustenta por qué el adulto joven responde y evalúa esta categoría e ítems específicos de esa manera, ya que el adulto joven está cursando por las etapas de logro, de responsabilidad y ejecutiva, las cuales son descritas a continuación:

Etapa de logro: en donde el individuo reconoce la necesidad de aplicar el conocimiento adquirido durante la etapa anterior para alcanzar metas a largo plazo.

Etapa de responsabilidad: el individuo utiliza sus capacidades cognitivas en el cuidado de su familia, personas de su trabajo y comunidad.

Etapa ejecutiva: desarrollan la habilidad de aplicar el conocimiento complejo en distintos niveles, por ejemplo: Instituciones Académicas, Iglesia, Gobierno, entre otras⁶⁶.

⁶⁵ K. Warner Schaie. profesor de el desarrollo humano y psicología phd en psicología. Estudio del desarrollo cognitivo desde el adulto joven hasta la vejez avanzada.

⁶⁶ LARA , Elena; MARTÍNEZ F, Cecilia; PANDOLFI P, Ma. Paola; PENROZ C, Karin; PERFETTI M, Romina; PINO H, Gabriela. Universidad de Concepción. Psicología del desarrollo. Adulto Joven [en línea]. En: Apsique. <http://www.apsique.com/wiki/DesaJoven>. [citado en 12 de Octubre de 2010].

Además, se evidencia que este 20% de pacientes que no perciben siempre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en ésta categoría, corresponden a pacientes de sexo masculino con edades entre (18-30^a), solteros y hospitalizados, donde, por sus características del ciclo vital anteriormente descritas, la prioridad es lograr la independencia, asumiendo roles familiares y sociales y no estar en un servicio de hospitalización que les impide estas metas. Una de las formas de compensar el no cumplimiento de las metas, es querer ser dueños del conocimiento, para así lograr auto recuperarse y subyacer esta etapa lo más prontamente.

Por tanto, el periodo o ciclo de vida en el que se encuentran estos pacientes, demanda mayor avidez de conocimiento, debido al sentimiento de responsabilidad propio que desarrollan en esta etapa, por lo que, en esta edad el análisis y evaluación constante de enfermería para poder conocer si se le brinda toda la información que ellos requieren para auto cuidarse y tomar decisiones acertadas en cuanto a su salud, debe ser más continuo y profundo.

Es pertinente analizar además, que dentro de éste ciclo vital específico, el estado civil es un aspecto muy importante en los pacientes que dan estas respuestas en esta categoría, ya que otro de los objetivos de éste ciclo, es que la persona establezca un vínculo que genere satisfacción y apoyo emocional (pareja), o la conformación de una familia; al encontrarse solteros, ellos tienen la necesidad de preguntar, conocer y recibir una atención más profunda que les brinde seguridad, ya que no existe una pareja que esté al tanto de su cuidado, lo que los hace sentir

en soledad y faltos de compañía, por lo tanto esperan que la persona que esté al tanto(profesional de enfermería), lo mantenga informado de su estado de salud, con lo cual el paciente se siente más partícipe, seguro y acompañado en su proceso de recuperación.

Stein⁶⁷ (1981), plantea cuatro tipologías de solteros: voluntarios temporales o estables e involuntarios temporales o estables, donde se muestran las **desventajas de la soltería**: como lo son la soledad y falta de compañía; incomodidad en ciertas situaciones sociales; frustración sexual; presión por prejuicios, entre otros⁶⁸.

Al ser pacientes hospitalizados, demandan más tiempo de atención por parte del profesional de enfermería a su cargo, por lo tanto el paciente estará en una actitud más receptiva en la evaluación y análisis de cada acción que desarrolla el profesional de enfermería, lo que quiere decir que esta categoría representa la importancia del cuidado de enfermería desde la atención anticipada en la cual se brinda información y se mantiene al tanto al paciente de su situación clínica.

Los pacientes hospitalizados y especialmente en esta etapa del ciclo vital de adulto joven, se sienten vulnerables cuando están hospitalizados, experimentan la

⁶⁷ Martin H. Stein, psicoanalista graduado en 1932 del College de Nueva York y como medico en 1936 y fue fellow en investigacion en neuropsiquiatria en 1939 y 1940.

⁶⁸LARA , Elena; MARTÍNEZ F, Cecilia; PANDOLFI P, Ma. Paola; PENROZ C, Karin; PERFETTI M, Romina; PINO H, Gabriela. Universidad de Concepción. Psicología del desarrollo. Adulto Joven [en línea]. En: Apsique. <http://www.apsique.com/wiki/DesaJoven>. [citado en 12 de Octubre de 2010].

sensación de estancamiento ya que están en edad laboral y desean ser productivos, más sin embargo enfermedades y especialmente la herida de abdomen abierto genera incapacidad para realizar las actividades del día a día sumado al estrés que genera el estar hospitalizado, por estar en un ambiente diferente, compartiendo habitación con otros pacientes , adaptándose a horarios de higiene y alimentación distintos sumado al hecho de tener disminuida su independencia e intimidad lo cual es muy perturbador para los pacientes; ésta situación hace que el paciente tenga altas expectativas y niveles de crítica frente a la atención, especialmente cuando ésta atención le brinda herramientas para cuidar su salud y resolver sus dudas, proveniente de la enfermera de Clínica de Heridas, ya que su principal preocupación es el cierre de esta herida de gran magnitud que lo mantiene en estado de hospitalización.

CATEGORÍA 7 EMPATÍA:

Ésta categoría evalúa “Todas aquellas actitudes y acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado tales como escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar (transpersonalizar), estableciéndose una relación cálida, agradable y cercana. El enfermero (a) genera la facilidad y disponibilidad

para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática”.⁶⁹

Específicamente esta categoría es evaluada por los ítems:

Ítem 25: Mantienen una relación cercana con usted

Ítem 26: Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento

Ítem 27: Establecen una relación agradable con usted

Ítem 28: Le escuchan atentamente

Ítem 41: Se ponen en su lugar para comprenderlo

Ítem 49: Tienen facilidad para acercarse a usted

En esta categoría se encontró que el 100% de los pacientes participantes, percibieron la empatía que el profesional de enfermería encargado del servicio de clínica de heridas como “siempre”, con un promedio (μ) de 23,2 puntos.

En la categoría 7 EMPATÍA, el Ítem 25: Mantienen una relación cercana con usted, fue percibido como “algunas veces y casi siempre”, por el 20% de los pacientes de sexo masculino, el 10 % con edades entre 28 y 36 años atendidos en

⁶⁹ ALVIS C, Tania y col. Op cit. P 50. Citado por RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Alvaro. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country [en línea]. *av. Enferm.*, XXV (1): 56-68, 2007. http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf [citado en 20 de Agosto de 2010].

consulta externa y separados quienes evaluaron como algunas veces, y el otro 10% evaluados por pacientes con edades entre 18-27 años, hospitalizados y solteros quienes percibieron como “casi siempre”.

Esta categoría refleja la situación que se planteaba con anterioridad respecto a la situación que se da en los pacientes separados y solteros, éste ítem muestra la necesidad de una atención más cercana que demandan estos pacientes debido a su edad y estado civil, estos pacientes esperan de parte de enfermería además de una atención efectiva que traiga beneficios para su salud, una relación cálida, agradable y cercana que permita una comunicación terapéutica efectiva en la cual tanto enfermería como el paciente se sientan beneficiados; lo cual se verá reflejado en la motivación que le paciente tenga y las ganas de recuperarse.

CATEGORÍA 8 PRIORIZAR AL SER DE CUIDADO:

Ésta categoría evalúa “Al cuidado de enfermería que está orientado a priorizar la persona, donde hay una preocupación por ella y respeto por sus decisiones e intimidad, donde su calidad de paciente y persona se conserva mediante la identificación por el nombre”⁷⁰

⁷⁰ ALVIS C, Tania y col. Op cit. P 49. Citado por RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Alvaro. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country [en línea]. *av. Enferm.*, XXV (1): 56-68, 2007. http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf [citado en 20 de Agosto de 2010].

Específicamente esta categoría es evaluada por los ítems:

Ítem 29: Se muestran respetuosos

Ítem 32: Lo ponen en primer lugar

Ítem 33: Lo llaman por su nombre

Ítem 35: Respetan sus decisiones

Ítem 36: Le respetan su intimidad

Ítem 50: Ante cualquier eventualidad, primero la persona

El 100% de los pacientes que fueron atendidos en la Clínica de Heridas, percibieron la acción de priorizar al ser de cuidado en el cuidado humanizado del profesional de enfermería como “siempre”.

Siendo ésta la categoría en la cual los pacientes con herida de abdomen abierto que asisten a una clínica de heridas en una institución de cuarto nivel de la ciudad de Bogotá, perciben como “siempre”, con un promedio (μ) de 23,7 puntos, los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, con puntaje más elevado.

En ésta categoría, el Ítem 50: Ante cualquier eventualidad, primero la persona. Fue percibido como “casi siempre” por el 20% de los pacientes de sexo masculino que están entre los 18-30 años solteros y hospitalizados. Anteriormente, se habían mencionado las características del ciclo vital en el que se encuentran estos

pacientes, ciclo en el cual se presentan características que demandan más atención y cuidado del profesional de enfermería. En este ciclo de la vida y bajo las condiciones de hospitalización, el paciente espera que el cuidado de enfermería esté orientado a su priorización y preocupación como persona; según los resultados obtenidos en la investigación, de la percepción de los pacientes, los actos de asistencia y funciones desarrolladas para aliviar las condiciones de vida humana por medio de la comunicación y la acción rápida se da casi siempre ante cualquier eventualidad.

CATEGORÍA 9 DISPONIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN:

Ésta categoría evalúa “aquella actitud de disposición que tiene el enfermero(a) para identificar el momento de cuidado, al estar pendiente de su sentir, de su estado de ánimo, de su dolor, de sus necesidades de cuidado, para actuar y acudir al llamado, hacerlo con prontitud, cubrir sus necesidades y vigilar el tratamiento ordenado”.⁷¹

Específicamente esta categoría es evaluada por los ítems:

⁷¹ ALVIS C, Tania y col. Op cit. P 49. Citado por RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Alvaro. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country [en línea]. *av. Enferm.*, XXV (1): 56-68, 2007. http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf [citado en 20 de Agosto de 2010].

Ítem 19: Hacen seguimiento frecuente al paciente

Ítem 23: Le dedican tiempo

Ítem 31: Administran el tratamiento ordenado a tiempo

Ítem 37: Responden con rapidez al llamado

Ítem 38: Identifican sus necesidades

Ítem 40: Les importa su estado de animo

El 90% de los pacientes que fueron atendidos en la clínica de heridas de un hospital de cuarto nivel de Bogotá, percibieron disponibilidad para la atención en el cuidado humanizado de enfermería de parte del profesional de enfermería encargado de la clínica de heridas como “siempre” promedio (μ) de 23,6 puntos y el 10% de los mismos, percibieron disponibilidad para la atención en el cuidado humanizado de enfermería como “casi siempre”, promedio (μ) de 16 puntos.

En ésta categoría los ítems evaluados con algunas veces y casi siempre fueron:

Ítem 19: Hacen seguimiento frecuente al paciente

Ítem 37: Responden con rapidez al llamado

Ítem 38: Identifican sus necesidades.

En la categoría 9 DISPONIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN el Ítem 37: Responden con rapidez al llamado, fue percibido como “casi siempre y algunas veces” por el

20% de los pacientes de sexo masculino que están entre los 18-30 años, solteros y hospitalizados. Son pacientes que demandan una atención más integral porque se reúne su situación clínica con los requerimientos o necesidades propias de su edad ya que por su condición esperan encontrar más que un profesional de enfermería, encontrar una persona que le brinde apoyo total, estando pendiente de sus sentimientos o necesidades, lo cual depende de la inmersión propia del profesional de enfermería, de la capacidad y habilidades humanas de interacción en beneficio del paciente para identificar sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones.

En la categoría 9 DISPONIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN, el Ítem 19: Hacen seguimiento frecuente al paciente, fue percibido como “algunas veces y casi siempre” por el 20% de los pacientes de sexo masculino, solteros, el 10% de este porcentaje fue atendido en consulta externa y tiene una edad entre 18-27 años quienes evaluaron como algunas veces, y el 10% restante son pacientes que fueron atendidos en consulta externa con edades entre los 28 y 36 años quienes evaluaron como casi siempre.

Esta categoría evalúa la disposición del profesional de enfermería para estar pendiente del estado de ánimo del paciente en este caso se evidencia que los pacientes que percibieron esta categoría como “algunas veces y siempre” son pacientes solteros los cuales necesitan una atención más profunda ya que necesitan ser vigilados y satisfechos en sus necesidades terapéuticas, el motivo por el cual estos pacientes demandan y evalúan de forma más crítica esta

categoría es debido a que el hecho de ser solteros les genera una presión psicológica y social que acompañada del hecho de ser pacientes, genera en ellos un sentimiento de necesidad de atención profunda donde se sientan únicos, y atendidos de una manera especial para de cierta forma suplir la necesidad de afecto que en la situación en la que están se ve acrecentada.

10. CONCLUSIONES

- El estudio permitió caracterizar la población que asiste a la clínica de heridas (tanto en su ámbito de consulta externa como hospitalario). En la clínica de heridas de un hospital de cuarto nivel, la mayoría de los pacientes son de género masculino, se encuentran en edad laboral y tienen como estado civil casados; sin embargo el porcentaje restante se encuentran en condición de separados y solteros, éste grupo tuvo gran importancia en el análisis de resultados ya que fueron ellos quienes percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería como “casi siempre, algunas veces o nunca”, debido a que se encuentran en el ciclo vital de adulto joven con las características propias del mismo; como lo es una mayor demanda de atención y mayores expectativas frente al cuidado que les brinda el profesional de enfermería, por lo cual para éstos pacientes se hace determinante el cubrimiento por una EPS, y la continuidad en la asistencia a la Clínica de Heridas.

En cuanto al número de consultas en Clínica de Heridas, se evidenció que este no modifica la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, sino que la percepción del paciente es producto de cada una de las interacciones que tiene con el profesional de

enfermería.

- Se evidencia, que todos los pacientes con herida de abdomen abierto que asistieron a la clínica de heridas de un hospital de cuarto nivel, independientemente de su ciclo vital y estado civil, percibieron los comportamientos y cuidados humanizados de enfermería como “siempre” en las siguientes categorías: Sentimientos del paciente, Características de la enfermera, Dar apoyo emocional, Apoyo físico, Cualidades del hacer de la enfermera, Empatía y Priorizar al ser de cuidado.

Sólo dos categorías no obtuvieron en todos sus pacientes la clasificación percibieron los comportamientos y cuidado humanizado de enfermería, como “siempre”, estas categorías fueron Proactividad y Disponibilidad para la atención en los ítems 22, 34, 39 y 19, 37 respectivamente, se resalta que en la categoría Proactividad los pacientes que clasificaron estos ítems como nunca y casi siempre son de sexo masculino, con edades de 18-30 años (adulto joven), con estado civil solteros y hospitalizados. En la categoría Disponibilidad para la atención los pacientes que clasificaron estos ítems como algunas veces y casi siempre son pacientes de sexo masculino con edades entre 18-36 años y solteros.

- El estudio permite describir que en los pacientes con herida de abdomen abierto que asistieron a la clínica de heridas en una institución de cuarto

nivel de Bogotá, la categoría de percepción en la cual los pacientes percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería como “siempre”, con puntaje más elevado fue: **Priorizar al ser de cuidado** con un promedio (μ) de 23,7 puntos asignados por los pacientes que hicieron parte del estudio, mostrando la priorización del ser de cuidado como una fortaleza de ésta clínica de heridas ya que evidencia que el profesional de enfermería a cargo, demuestra preocupación y respeto por las decisiones e intimidad del ser de cuidado. Son todos aquellos comportamientos del enfermero (a), que denotan atención anticipada, al abogar por el paciente darle información precisa y oportuna a él y a su familia acerca de la hospitalización y evolución, respondiendo preguntas y explicándole sobre procedimiento.

- El estudio describe que en los pacientes con herida de abdomen abierto que asistieron a la clínica de heridas en una institución de cuarto nivel de Bogotá, la categoría de percepción en la cual los pacientes percibieron los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería como “casi siempre, algunas veces y nunca”, con puntaje más bajo fue: **Proactividad** con un promedio (μ) de 13,5 puntos asignados por los pacientes participantes del estudio, lo que muestra que se debe hacer énfasis en dar atención anticipada, brindar información precisa y oportuna al paciente y a su familia acerca de la hospitalización y evolución, respondiendo preguntas y explicando los procedimientos a los cuales es sometido el paciente, lo

cual influye en hacerlo partícipe de su recuperación. Se debe brindar especial atención a los pacientes separados o solteros.

RECOMENDACIONES

- Realizar estudios en los cuales se pueda llegar a profundizar en la categoría que tuvo percepción del comportamiento y cuidado humanizado de enfermería, como “casi siempre, algunas veces o nunca” con puntaje más bajo, porque esto genera disminución en la percepción y no genera beneficio alguno para el paciente.
- Llevar a cabo estudios similares en otras áreas clínicas de la institución que permitan conocer cuál es la percepción del cuidado humanizado y así optimizar la calidad de atención en los distintos servicios de la institución objeto de estudio.
- Dar a conocer y promover en los diferentes servicios, de la institución objeto de estudio, los comportamientos de cuidado humanizado que debe aplicar el profesional de enfermería en su plan de atención.
- Sugerir en el Departamento de Enfermería Clínica de la Facultad de Enfermería de la PUJ. que incentiven a los estudiantes a realizar más trabajos de investigación acerca de la percepción del cuidado humanizado de Enfermería.

ANEXOS

INSTRUMENTO A APLICAR AL PACIENTE

"Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería"

(PCHE)

SENTIMIENTOS DEL PACIENTE	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Ítem 1: hacen sentir al paciente como ser individual				
Ítem 3: cuando explican algo el paciente se siente informado.				
Ítem 4: cuando se dirigen a usted, se siente atendido				
Ítem 43: cuando me atienden me siento satisfecho				
Ítem 44: me siento agradecido cuando me				

atienden				
CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMERA				
Ítem 2: hacen empatía con usted				
Ítem 5 : son amables con el trato				
Ítem 7 : son eficientes en el desempeño de sus tareas				
Ítem 8 : son claras la comunicarse con usted				
Ítem 9 :le dan estímulos positivos				
Ítem 46 : su cuidado es comprometido y solidario				
DAR APOYO EMOCIONAL				
Ítem 10: le inspiran confianza				
Ítem 11: son una compañía durante los procedimientos médicos.				
Ítem 12: le dan tranquilidad				
Ítem 45: su cuidado es amoroso y dedicado				
Ítem 47: su atención se fundamenta en el				

apoyo emocional				
DAR APOYO FÍSICO				
Ítem 6: hacen que el paciente se sienta bien físicamente				
Ítem 13 : lo miran cuando le hablan				
Ítem 14: le ayudan a disminuir el dolor físico				
Ítem 30: atienden sus necesidades básicas (baño, eliminación, alimentación)				
Ítem 48: se esfuerzan por brindar comodidad física				
CUALIDADES DEL HACER DE LA ENFERMERA				
Ítem 15: Demuestra conocimientos y habilidades profesionales				
Ítem 16: Lideran el equipo de trabajo				
Ítem 17: Trabajan en equipo				
Ítem 18: Facilitan el dialogo				

Ítem 20: Le explican anticipadamente los procedimientos				
Ítem 42: Todas sus acciones buscan excelencia en el cuidado				
PROACTIVIDAD				
Ítem 21: Se identifican antes de realizarle los cuidados				
Ítem 22: Responden a sus preguntas				
Ítem 24: Dan instrucciones sobre su cuidado				
Ítem 34: Le ayudan con la información para que pueda tomar decisiones				
Ítem 39: Lo animan para que llame si tiene problemas				
EMPATIA				
Ítem 25: Mantienen una relación cercana con usted				
Ítem 26: Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el				

tratamiento				
Ítem 27: Establecen una relación agradable con usted				
Ítem 28: Le escuchan atentamente				
Ítem 41: Se ponen en su lugar para comprenderlo				
Ítem 49: Tienen facilidad para acercarse a usted				
PRIORIZAR AL SER DE CUIDADO				
Ítem 29: Se muestran respetuosos				
Ítem 32: Lo ponen en primer lugar				
Ítem 33: Lo llaman por su nombre				
Ítem 35: Respetan sus decisiones				
Ítem 36: Le respetan su intimidad				
Ítem 50: Ante cualquier eventualidad, primero la persona				
DISPONIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN				

Ítem 19: Hacen seguimiento frecuente al paciente				
Ítem 23: Le dedican tiempo				
Ítem 31: Administran el tratamiento ordenado a tiempo				
Ítem 37: Responden con rapidez al llamado				
Ítem 38: Identifican sus necesidades				
Ítem 40: Les importa su estado de animo				

El PCHE se destina a pacientes y/o su cuidador para ser diligenciado de forma autodirigida, y corresponde a una encuesta de 50 ítems de una **escala de Likert de 4 opciones (asignándosele a cada una un valor en puntos: nunca = 1 punto, algunas veces = 2 puntos, casi siempre = 3 puntos y siempre = 4 puntos), con un puntaje mínimo de 50 y máximo de 200 puntos**. Los 50 ítems se enuncian de forma positiva, e involucran un comportamiento de cuidado por cada ítem, que a su vez conforman las nueve categorías establecidas por Alvis y colaboradores.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DEPARTAMENTO DE SALUD DE LOS COLECTIVOS



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información para las personas a quienes se les ha pedido que participen en una investigación.

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de investigación de riesgo mínimo. Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada del estudio.

Título de la investigación: PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DE LOS PACIENTES CON HERIDA DE ABDOMEN ABIERTO QUE ASISTEN A UNA CLÍNICA DE HERIDAS EN UNA INSTITUCIÓN DE CUARTO NIVEL DE BOGOTÁ

Persona a cargo del estudio: Karen Rodríguez y Lina Osorio.

Dónde se va a desarrollar el estudio: El estudio se va a llevar a cabo en Bogotá, en un hospital de cuarto nivel que tienen en funcionamiento el servicio de Clínica de Heridas.

Información General del Estudio de Investigación

El estudio tiene como propósitos:

- Dar a conocer en la institución los resultados sobre el impacto de la clínica de heridas desde la percepción del cuidado de enfermería de los pacientes con herida de abdomen abierto que asisten a este servicio.
- Fomentar en los estudiantes y en el personal de la institución, la investigación sobre temáticas relacionadas con servicios de apoyo (clínica de heridas) que permitan brindar un cuidado de enfermería de calidad.
- Dar la oportunidad al paciente con herida de abdomen abierto y a su cuidador, para que manifiesten su percepción acerca del cuidado de enfermería recibido en Clínica de Heridas.
- Reconocer la importancia del rol del profesional de enfermería en la clínica de heridas y el impacto del cuidado de enfermería desde la percepción del paciente con herida de abdomen abierto que asiste a este servicio.

Plan del Estudio

El estudio se realizará llevando a cabo el desarrollo de los siguientes elementos:

Entrevistas a los usuarios de las clínicas de heridas para conocer su percepción del cuidado de enfermería por medio del instrumento PCHE (Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería).

Las entrevistas se realizarán planeando previamente las dudas e inquietudes, con el fin de cumplir con los objetivos y necesidades de nuestra investigación. La aplicación del PCHE incluye preguntas relacionadas con accesibilidad explicar, facilitar, confortar, anticipar, mantener relación de confianza, monitorear, hacer

seguimiento, la entrevista tendrá una duración de aproximadamente de 30 a 45 minutos. Las entrevistas serán grabadas y la investigadora escribirá las respuestas en cada formato de los instrumentos utilizados.

Beneficios de Participar en este Estudio

- Las enfermeras de la clínica de heridas, recibirán los resultados que arrojen la investigación, con el fin de conocer la percepción del cuidado que brindan a sus pacientes.
- Los pacientes tendrán la oportunidad de compartir sus dudas y sugerencias en relación al cuidado brindado, y se les brindará orientación sobre el cuidado de su salud.
- Las enfermeras de las clínicas de heridas podrán compartir sus inquietudes y participar en el desarrollo de la investigación.
- La institución conocerá los resultados sobre el impacto de la clínica de heridas desde la percepción y nivel de satisfacción del paciente con herida de abdomen abierto que asiste a este servicio.
- Los estudiantes y el personal de la institución se motivará por la investigación sobre temáticas relacionadas con servicios de apoyo (clínica de heridas) que permitan brindar un cuidado de enfermería de calidad.

Riesgos de Participar en este Estudio de Investigación

No se conoce de ningún riesgo físico o mental por el hecho de participar en esta investigación, ya que no habría ningún cambio sobre su atención sino que por el

contrario el proceso de cuidado sería igual al que se ha llevado comúnmente en la clínica de heridas.

Confidencialidad y Privacidad de los Archivos y Anonimato

La confidencialidad de los archivos se garantizará porque todo material será de uso y manejo exclusivo de las investigadoras al igual que la evaluación de los resultados, guardando privacidad antes de interactuar con el grupo a estudiar y solamente en el momento de participar en la actividad los participantes conocerán los instrumentos que serán estudiados posteriormente.

Participación Voluntaria

La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio así como de retirarse en cualquier momento. Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ningún castigo, ni tampoco perderán los beneficios que ya haya obtenido.

Nota: Es importante mencionar que la participación en esta investigación no afectará ni influenciará la atención ni el cuidado que le brinde en citas futuras el profesional de enfermería encargado de la clínica de heridas.

Adicionalmente, la información y datos que se recojan en esta investigación serán obtenidos en un espacio diferente al consultorio en el cual se brinda cuidado en clínica de heridas, con el fin de obtener datos más confiables.

Preguntas y Contactos

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse con
Lina María Osorio 3124668918 Karen Rodríguez 3174547259

CONSENTIMIENTO

**De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio.
Entiendo que esta es una investigación, he recibido copia de este
consentimiento informado.**

Declaración del Investigador

De manera cuidadosa he explicado al participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Firma de la investigadora

Fecha

Firma del responsable

Nombre del responsable

Fecha

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. ALVAREZ, Martha. MARIÑO, Ana. CORTÉS, Jorge. Guía de estudio y manejo de casos y sus contactos para enfermedad similar a influenza, incluyendo el diagnóstico, manejo clínico y terapéutico. Versión abril 30 de 2009, adaptación a influenza de origen porcino. Disponible en: <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/AlcaldiaMedellin/SecretariaSalud/SitioTemporalSalud/descargables/NoticiasCentro/Guia%20de%20manejo.pdf>. [citado en 22 de Agosto de 2010]
2. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. ¿Qué es el Cáncer colorrectal? [en línea] <http://www.screen4coloncancer.org/espanol2.asp>. [citado en 27 de octubre de 2010].
3. ARISTIZÁBAL, Gustavo; AWAD, Carlos; ALVAREZ, Martha; MARIÑO, Ana; CORTÉS, Jorge. Guía de estudio y manejo de casos y sus

contactos para enfermedad similar a influenza, incluyendo el diagnóstico, manejo clínico y terapéutico. Versión abril 30 de 2009, adaptación a influenza de origen porcino. En: Republica de Colombia. Ministerio de Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Bogotá D. C, Abril 2009. 13p. Disponible en: <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/AlcaldiaMedellin/SecretariaSalud/SitioTemporalSalud/descargables/NoticiasCentro/Guia%20de%20manejo.pdf>. [citado en Abril 16 de 2010]

4. ARIZA OLARTE, Claudia; DAZA DE CABALLERO, Rosita. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado en un hospital de tercer nivel de Bogotá: Resultados y discusión. En: Actualizaciones en Enfermería: Trabajos originales. Vol. 5 No. 2, Junio 2002 - ISSN 0123-5583 Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8305-Calidad2.htm>. [citado en 18 de Agosto de 2010]

5. ARIZA OLARTE, Claudia. DAZA DE CABALLERO, Rosa Leticia. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado. 1ª ed. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2008. 99p. ISBN: 9789587161199.

6. BORRÁEZ, Oswaldo Alfonso. Abdomen abierto: La herida más desafiante. En: Revista Colombiana de Cirugía [en línea]. Vol. 23 No 4. Oct/Dic. 2008. Bogotá. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S201175822008000400004&script=sci_arttext. [citado en 20 de agosto de 2010]

7. CABRERO GARCIA, Julio; MARTINEZ, Miguel R. Adaptación española de una escala para medir la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería. Primeros resultados. Disponible en: http://departamento.enfe.ua.es/profesores/miguel/documentos/adaptacion_esp_satisfaccion_pacientes_cuidados_enfermeria..pdf. [citado en 21 de Abril de 2010]

8. Causas de abdomen abierto en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071840262009000300014&script=sci_arttext.

9. Clínica de heridas Clínica del Country [en línea].
http://www.clinicadelcountry.com/nuestros_servicios/terapia_enterostomal_2.php. [citado en 27 de noviembre de 2009]
10. Diccionario Sensagent. Definición de cuidado. Disponible en:
<http://diccionario.sensagent.com/cuidado/es-es>. [Consultada en 19 de septiembre de 2010]
11. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Publicación Científica N.534.OPS. 1992.
12. Eroski consumer. ANTÓN, Antonio, presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica. Cáncer de colon [en línea]
http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2005/10/14/146146.php. [citado en 27 de octubre de 2010].
13. Fawcett J. Analysis and Evaluation of contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories. USA: Davis Company; 2000.
14. FELICIANO, D.; MOORE E, MATTOX K. Trauma, 4ª ed., 2000.

15. FERRADA, Ricardo. Hospital Universitario Evaristo Garcia. Apendicitis Aguda [en línea]. <http://www.aibarra.org/Guias/5-3.htm> [citado en 27 de Octubre de 2010].
16. Ferrada D, Ricardo; GARCÍA M, Alberto. PROYECTO ISS – ASCOFAME. GUIAS DE PRACTICA CLINICA BASADAS EN LA EVIDENCIA. Trauma de Abdomen [en línea]. p.57. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Trauma%20Abdomen.pdf>. [citado en 10 de Noviembre de 2010].
17. GIL CEBRIÁN; DIAZ ALERSIROSETY; COMA, M^a. Jesús; GIL BELLO. Capítulo 3. 6. Atención al postoperatorio abdominal y sus complicaciones. TRATAMIENTO DE LA SEPSIS ABDOMINAL POSTQUIRÚRGICA [en línea]. En: Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Disponible en: <http://www.uninet.edu/tratado/c030605.html> [citado en 28 de Noviembre de 2010].
18. GOMEZ GARCIA, Marta. Heridas. Enfermería quirúrgica. Apuntes de Enfermería. En: Portal medico.com [en línea] Diciembre. 2007. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/409/1/Heridas-Enfermeria-quirurgica-Apuntes-de-enfermeria.html>. [Citado en 2 de Agosto 2010]

19. GUIAS DE PRACTICA CLINICA BASADAS EN LA EVIDENCIA, trauma de abdomen, ministerio de salud.
20. HELMHOLTZ, Herman. Percepción. Microsoft Coporation. Percepción. En: Enciclopedia Microsoft Encarta 2000.
21. Herman L.F. Helmholtz (Microsoft Corporation. Percepción.) Enciclopedia Microsoft Encarta 2000.
22. IÑAGUAZO, Darwin. ASTUDILLLO, Maria. Abdomen abierto en la sepsis intraabdominal severa. ¿Una indicación beneficososa?. En: Rev. Chilena de Cirugía [en línea]. Vol 61 - N° 3, Junio 2009; pág. 294-300. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262009000300014&script=sci_arttext. [Citado en 22 de Agosto de 2010].
23. Ley 266 de 1996. Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. El congreso de Colombia. Decreta: Capitulo I. En: El derecho del bienestar familiar. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/transparencia/derechobienestar/ley/1996/ley_026_6_1996.html. [citado en 21 de Abril de 2010]

24. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Documento Técnico de Construcción del Ordenamiento (Ranking) de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, basado en el Sistema Único de Habilitación y la incorporación de indicadores financieros y de resultado [En línea]. <http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Documento%20Sintesis%20Ordenamiento%201.pdf>. [citado en 6 de Septiembre de 2010].
25. Monitor Hispano. Cáncer de colon: el segundo más mortal entre hombres hispanos [en línea]. 26 de Marzo de 2004. MIAMI, Florida (EFE). <http://www.monitorhispano.com/noticia/230/cancer-de-colon-el-segundo-mas-mortal-entre-hombres-hispanos>. [citado en 27 de octubre de 2010].
26. NIETO, Julio Alberto. Sepsis abdominal. En: Revista Colombiana de Cirugía [en línea]. Bogotá 2000. Disponible en: <http://www.encolombia.com/cirugia15300-sepsis.htm>. [citado en Abril 21 de 2010].
27. OSWALDO, Alfonso. Abdomen abierto: la herida más desafiante [en línea]. En: Revista colombiana de cirugía. Vol 23 no. 4 octubre - diciembre 2008.

www.encolombia.com/medicina/cirugia/Cirugia230408/Abdomenabierto.htm. [citado en 12 de Agosto de 2010]

28. PESTANA, Ramiro A.; MORENO BALLESTEROS, Luis Ramón. REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGIA. Apendicectomía transumbilical, Un nuevo abordaje quirúrgico [en línea]. [http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/cirugia19104-
apendicectomia3.htm](http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/cirugia19104-apendicectomia3.htm). [citado en 27 de octubre de 2010].

29. PINTO AFANADOR, Natividad. Asistente Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Indicadores del cuidado. El aseguramiento de la calidad centrada en el cliente. En: Revista de Enfermería, Actualizaciones de Enfermería. Disponible en: [http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4101-
indicadores.htm](http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4101-indicadores.htm). [citado en 21 de Agosto de 2010]

30. REINA GAMBA, Nadia Carolina; VARGAS ROSERO, Elizabeth. Validez de contenido y validez facial del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado". En: Avances en Enfermería [en línea] v.26 n.2 Bogotá jul./dic. 2008. ISSN 0121-4500. [http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0121-
45002008000200008&script=sci_arttext](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0121-45002008000200008&script=sci_arttext). [Citado en 18 de Agosto de 2010].

31. RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Álvaro. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. Bogotá. Av.enferm., XXV (1):56-68, 2007. P. 13. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf
[citado en 20 de Agosto de 2010]
32. RIVERA A. Luz Nelly; TRIANA. Álvaro. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://www.docentes.unal.edu.co/Inriveraa/docs/CUIDADO%20HUMANIZADO%20DE%20ENFERMERIA%20VISIBILIZANDO%20LA%20TEORIA%20Y%20LA%20INVESTIGACION%20EN%20LA%20PRACTICA.pdf>
[citado en 24 de septiembre de 2010]
33. RODRIGUEZ, Zenén. Consideraciones actuales sobre el diagnóstico de la apendicitis aguda [en línea]. En: Rev Cubana. Cir v.48 n.3. Ciudad de la Habana. jul-sep. 2009.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000300004. [citado en 27 de Octubre]
34. Tomado del libro "Metodología de la investigación" de Juan Luis Londoño.

35. VALLEJO, Nájera. Citado por el Grupo de cuidado Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos; 2000, p.

36. WATSON, Jean. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. [citado en 24 de septiembre de 2010]