



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.**



Proceso Atención de Enfermería

Basado en las 14 Necesidades de Virginia Henderson, Aplicado a una
Adulta con Fascitis Necrosante

Para Obtener el Título de:
Licenciado en Enfermería.

Presenta:

Bértiz Jiménez José Martin

No. Cuenta: 415001829

Director Académico:

LEO. Rigoberto Montoya Montes

Ciudad de México, Enero 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

AGRADECIMIENTOS.....	4
II. Introducción.....	5
III. Justificación	6
IV. Objetivos	7
4.1 Objetivo General	7
4.2 Objetivos Específicos	7
5. Metodología	8
VI. Marco teórico.....	9
6.1 Enfermería como profesión disciplinaria	9
6.2 El cuidado como objeto de estudio	13
6.3 Proceso de atención de enfermería.....	17
6.4 Modelo Teórico Utilizado Para la elaboración del PAE	18
6.2.1 Elementos Fundamentales del Modelo Utilizado	19
6.5 Etapas del Proceso de atención de Enfermería	23
6.5.1 Valoración.....	23
6.5.2 Diagnóstico.....	26
6.5.3 Planeación.....	27
6.5.4 Implementación.....	27
6.5.5 Evaluación	27
6.6.1 Problemática de salud de la persona	28
6.2.2 Diagnóstico y Tratamiento Del padecimiento.....	28
VIII. Desarrollo del Proceso Atención Enfermería.....	30
8.1 Valoración de las Necesidades	32
Puede comer ella misma.....	36
8.2 Diagnósticos de Enfermería.....	38
8.3 Planificación de Intervenciones	39
8.4. Ejecución de Intervenciones	39
IX. Plan de Alta	52
X. Conclusiones.....	55

XI. Bibliografía y Cibergrafía.....	56
XII. Glosario de Términos	60
XIII. Anexos	61
Necesidad Mayormente alterada	61
Instrumento de valoración basado en el modelo de necesidades humanas de Virginia Henderson	68
13.1 Descripción de la Patología	77

AGRADECIMIENTOS

A dios por permitiré lograr, este fruto de mi esfuerzo, que es un cumulo de días y noches sentado en el ordenador, buscando en bibliotecas para tener la mejor información posible.

A mí Querida Esposa

Gracias por estar a mi lado, dándome palabras de aliento, ayudándome en aquellos momentos en que lo necesitaba.

A mi profesor Rigoberto Montoya

Gracias por ayudarme, en este importante momento y guiarme en el mismo

A mi profesora Rocío

Fue de las primeras persona, en ver algo en mi como enfermero, le dedico parte de este trabajo profesora para que vea en lo que me convertido gracias a su ayuda.

A mis Padres

Por ayudarme y apoyarme en lo más importante el dinero sin eso hubiera sido muy difícil para mí llegar a este momento.

II. Introducción

El presente trabajo está realizado bajo la teoría de Virginia Henderson y sus 14 necesidades que dentro de su teoría ella las agrupa en necesidades biológicas y de desarrollo así mismo el trabajo abarca brevemente un resumen de su vía y obra, así como una descripción de lo que significa el modelo de Virginia Henderson, así como sus metas paradigmas y lo que estos significan en la enfermería

Siguiendo con el contenido del trabajo describo los pasos sistematizados que se necesita para la construcción de un proceso de atención de enfermería como lo son la recogida de datos, valoración, planeación, implementación y evaluación, describiendo también la enfermedad de la persona, así como su diagnóstico, su proceso, su tratamiento incluyendo también un plan de alta.

En el presente trabajo se utiliza un instrumento de valoración el cual me permite recabar todos los datos necesarios para conocer las necesidades alteradas de la paciente, permitiéndome establecer diagnósticos de enfermería precisos, siendo la necesidad de oxigenación, necesidad de alimentación, necesidad de higiene y protección de la piel y movilidad y postura aquellas alteradas.

En todo el contenido que presento a continuación detallo como fue que decidí escoger el caso, la recogida de información, el análisis de aquellos datos, los diagnósticos explicados y su enfermedad Fascitis Necrosante, explicando su definición, síntomas, tratamiento y epidemiología de la misma

III. Justificación

El cuidado enfermero se rige bajo un conocimiento científico haciendo posible que el personal enfermero se desempeñe con eficiencia en sus cuidados haciéndolos de calidad para cada individuo, pero este método es necesario llevarlo con la adecuada serie de pasos para hacer un proceso de atención de enfermería de calidad con el cual satisfacer las necesidades de cada individuo.

El proceso de atención de enfermería que presento se realizó por el motivo de la enfermedad que fue de mi interés debido a la rareza de la misma por epidemiología es ay pocos casos de la misma, además de que la paciente tiene una herida abdomino- genital de una extensión muy grande por lo cual el caso clínico de esta paciente sería un reto para empezar como control el proceso infeccioso que ella tenía la fascitis necrosante, así mismo como el tratamiento de la herida, y así mismo evitar que la paciente desarrollara escaras por la estancia hospitalaria extensa, por lo cual para su padecimiento debía de utilizarse todos los estudios de laboratorios disponibles, estudios de imagen y para el tratamiento de la herida se deben utilizar los dispositivos tecnológicos de vanguardia como el sistema VAC, la cura húmeda y la aplicación del acrónimo time para la valoración de la misma

IV. Objetivos

4.1 Objetivo General

Realizar proceso de atención de enfermería a una adulta mayor con fascitis necrosante priorizando las necesidades alteras e identificar los diagnósticos adecuados en ella, implementar planes de cuidados para restablecer la salud

4.2 Objetivos Específicos

- . Establecer prioridades de acuerdos a sus necesidades alteradas
- . Controlar la sepsis
- . Revertir el desequilibrio hidroelectrolítico de la paciente
- . Disminuir progresivamente el estado de dependencia de la paciente
- . Favorecer un estado de confort durante la estancia de la paciente
- . Favorecer la educación para la salud

5. Metodología

El actual proceso de atención de enfermería, está basado en el modelo de enfermería de las 14 necesidades de Virginia Henderson, aplicado a una adulta mayor de 65 años en proceso infeccioso y área cruenta abomino- genital

5.1 Elección de caso

Se debió al interés por el área de extensión de herida y el origen del proceso infeccioso.

5.2 Tiempo

La aplicación del proceso de atención de enfermería transcurrió en

- . Del 24 de mayo al 10 de junio
- . En el servicio de Cirugía General en el Hospital General Rubén Leñero
- . En el horario correspondiente de 8:00 a 2:00 pm

La recopilación fue mediante fuentes Indirectas como el expediente clínico y fuentes directas como el mismo paciente, todo esto apegado a las taxonomías establecidas por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)

VI. Marco teórico

6.1 Enfermería como profesión disciplinaria

Son múltiples las teorías que fomentan a la enfermería como arte y ciencia. Tratándose de un conjunto organizado de conocimientos, avalados por la investigación científica. Logrando así el proceso de atención de enfermería, dando paso a la aplicación de conocimientos, habilidades, desarrollar diagnósticos e intervenciones que permitan lograr un estado de salud normal, ya sea individual, familiar o comunitario. Para ello el profesional deberá evaluar cada aspecto que rodea a la persona, a su entorno, espiritualidad, características morales y sociales. Al desarrollarse como ciencia y profesión, la praxis debe ser validada bajo algunas de las teorías desarrolladas. (1)

La función profesional comenzó su desarrollo a partir de los años 50, pero es hasta 1955 que surge la teoría de Virginia Henderson, fomentando desarrollo de la ciencia enfermera.

Enfermería llega con la entrada de los españoles a América y la propagación de enfermedades traídas por ellos. En México la enseñanza de enfermería nació bajo la influencia de Eduardo Liceaga (1839-1920) y del General Porfirio Díaz (1830-1915) bajo el acuerdo presidencial en 1898, la primera escuela de enfermería fue Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeros en el Hospital de Maternidad e Infancia precedida por la Escuela de Enfermería del Hospital General de México en 1907.

En 1911 la Universidad de México aprueba la enseñanza de enfermería en la instalación de la Escuela Nacional De Medicina y se crea el primer plan de estudios para enfermería y parteras de la cual se independiza en 1945 y se crea la Escuela Nacional De Enfermería Y Obstetricia, 1948 se determina que se necesita

título y cedula para ejercer la enfermería y en 2003 se crea la Licenciatura En Enfermería en la FES Iztacala y la maestría en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia es implementada en el año 2002 y en 2005 se reconoce la enfermería como profesión.

Hoy en día la enfermería ha alcanzado a posicionarse como una de las carreras más demandadas e importantes, ya que hay múltiples campos de estudio, como: investigación, la docencia o los diferentes tipos de especialidades que se ha desarrollado.

“El Consejo Internacional de Enfermería la define como: La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación” (2)

Funciones de Enfermería:

- **Investigación de Enfermería**

Comienza en 1859, mediante los apuntes de enfermería de Florence Nigthingale, con la recolección de datos y su análisis demostró, el impacto de los factores ambientales en la salud.

En el año 1900 la investigación es impulsada por el Centro de Investigación de Enfermería. Es hasta el año 1970 que se comienza a formar base científica para la práctica.

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia durante el año 2003, comenzó la difusión de avances de investigación mediante la Revista Enfermería Universitaria, donde participan profesionales, comunidad universitaria y servicios de salud. En

2007 da comienzo la red de Unidades de Investigación en Enfermería (ENEO) institutos nacionales e instituciones de salud.

El campo de estudio para la investigación es extenso, desde el ambiente hospitalario inmediato de la persona, hasta los factores externos en los que convive día a día, es fundamental la investigación para la práctica profesional. (3)

- **Gestión de Enfermería**

Gestora en enfermería consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente los objetivos de la institución. Guía actividades a partir de los conocimientos de ciencias administrativas, la economía y la política.

Las teorías y los principios relativos a estas disciplinas son necesarias para la práctica administrativa del cuidado de enfermería, también la enfermera debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. (4)

- **Docencia en Enfermería**

En México durante el virreinato se inicia la educación de enfermeras, siendo impulsada por Ignacio Torres médico del Protomedicato.

Para 1908 la Escuela de Enfermería pasa a la Secretaría de Educación y el 30 de diciembre de 1911, la Universidad de México aprueba su integración a la Escuela de Medicina, siendo éste el antecedente de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es en esta institución académica donde se proyecta el primer Plan de Estudios para la Carrera de Enfermeras y Parteras.

Los docentes instruyen, estimulan a los estudiantes en la toma de decisiones, promuevan la reflexión de la experiencia, distribuyen tareas, supervisan y actúan como facilitadores del proceso de aprendizaje. (5)

La tarea de enseñanza comienza desde, la relación estudiante – persona cuidada, dentro de un ambiente hospitalario, ya que el docente puede transmitir las bases, conocimientos actuales, experiencia personal, apoyo necesario y confianza para el desarrollo de habilidades y actitudes, al futuro profesional,

6.2 El cuidado como objeto de estudio

La enfermería ha existido desde el inicio de la humanidad, debido a la incapacidad de los individuos por cuidarse de sí mismos.

El cuidado desde el inicio de la humanidad fue relacionado a la mujer por su capacidad de respuesta protectora. Siendo ellas encargadas de ayudar a las mujeres embarazadas, para traer a sus hijos al mundo y otras tantas (diaconisas o monjas) eran las encargadas de cuidar de los enfermos, estas con un poco de formación en dichos cuidados, los cuidados fueron practicados solo con conocimientos intuitivos de las sociedades y el mundo para poder preservar la vida. Las guerras fueron en aumento y por lo mismo los cuidados de estas mujeres fueron más necesitados.

“El significado de cuidar, proviene del término "cuidare/curare", se trata de un acto humano que busca mejorar el estado de salud y el crecimiento de la persona. En Enfermería son distintas acciones, aplicadas en las necesidades integrales de la vida, ya sean acciones temporales o definidas”. (6)

El único objeto de cuidado es el ser humano, individual o grupal, sus características fisiológicas, psicológicas, sociales, el cuidado está presente tanto en salud como enfermedad, siempre enfocado en la conservación de la vida, en el bienestar del ser humano.

Cuidar tiene tres sentidos:

1. Atención o Interés

En esta se expresa el sentido de la ayuda hacia los demás, con el fin de cubrir necesidades obvias o previstas, busca el bienestar o aliviar trastornos.

2. Profesional y Científico

Los cuidados son brindados basados en el conocimiento científico.

3. Humano

El profesional enfermero provee de cuidados, educa a la persona que se encuentra en estado de dependencia. Se trata de un acto caritativo, intuitivo, es una forma de compartir y participar con otro. Además, consiste en el respeto de la dignidad humana y sensibilidad ante un estado de vulnerabilidad.

Florence Nightingale

Nació en 1820 en Florencia Italia, es considerada pionera de la práctica profesional de Enfermería, también llamada madre de Enfermería Moderna.

En 1845 comenzó con el cuidado de enfermos. Mostró interés por los cambios sociales durante su época, en el año 1850 cuando inicia su formación enfermera en el Instituto de San Vicente de Paul Alejandría, Egipto.

En 1853 Turquía declara la guerra a Rusia, Nightingale organizó un grupo de enfermeras que se dirigirían a Constantinopla, por lo cual asume el cargo de inspectora de la Institución de Enfermería de los Hospitales Generales Ingleses de Turquía, durante su estancia adquirió el sobrenombre de “dama de la lámpara” debido a rondas nocturnas en donde se encontraban los enfermos, portaba una lámpara de aceite para iluminar su camino y a los enfermos. (7)

En 1853 regresó a Londres y ocupó, el cargo de Superintendente en el Establecimiento de damas.

En 1860 inicio con la primera Escuela de Entrenamiento y Hogar Nightingale para Enfermeras en el St. Thomas, esta fue financiada con recursos propios.

Entre sus obras escritas: “Notas sobre Enfermería” (1860), “Notas sobre hospitales” (1859), “Notas de Enfermería para las clases trabajadoras” (1861). Fue miembro honorífico de la American Statistical Association (1874).

Florence Nightingale falleció el 13 de agosto de 1910 en Inglaterra.

Teoría de Florence Nightingale.

Se centro en el entorno y sus características, como ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene, ruido.

Su preocupación por el entorno saludable una vez que conoció las condiciones de los soldados durante la guerra de Crimea, también con las visitas domiciliarias conoció condiciones precarias.

Para Nightingale la enfermedad es un proceso reparador, es una reacción a las condiciones en que se encuentra la persona.

La función de enfermería era evitar interrupción del proceso reparador y mejorar las condiciones del desarrollo del proceso.

Creía que todas las mujeres debían recibir formación enfermera para poder cuidar de los enfermos. (8)

Las enfermeras deben ser excelentes observadoras de los pacientes y entorno.

Dentro de su teoría define tres tipos de relaciones enfermera- paciente.

1. Entorno – Paciente
2. Enfermera – Entorno
3. Enfermera – Paciente

Propone la cooperación y colaboración de enfermera- paciente.

Principales conceptos:

Enfermería:

- Persona responsable de la salud de otra persona.
- Cuenta con principios éticos para la aplicación de su trabajo, tiene habilidad de observación e informa del estado de salud.
- Trata de controlar el entorno para favorecer el estado de salud de la persona.
- Cuenta con habilidad de observación inteligente, explorará y conocerá las preferencias de los pacientes, promoverá el autocuidado de la persona.

Persona

- Definida como paciente o persona pasiva.
- Es un componente físico, emocional, intelectual, espiritual.

Salud

- Se trata de la sensación de sentirse bien. Utiliza sus capacidades al máximo.

Enfermedad:

- Proceso reparador en que la naturaleza renovaba al todo (organismo). Solo se puede tener salud si se previenen las enfermedades, teniendo control del entorno y de responsabilidad propia.

Salud:

- Ausencia de enfermedad en que la persona utiliza plenamente sus capacidades.

Entorno:

- Mantener un ambiente terapéutico
- Son características externas e internas como: ventilación, luz, limpieza, calor, ruido, dieta, agua.

Cuidado:

- Es la responsabilidad de velar por alguien, es un servicio de humanidad que la enfermera provee. (9)

6.3 Proceso de atención de enfermería

Método científico, sistematizado, en que los cuidados son brindados a través del seguimiento de sus etapas, que son: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Datos Históricos del Proceso Enfermero:

- Durante 1269 Humberto de Romans De Officiis Ordinis Praedicatorum define el oficio enfermero, describiendo la figura del profesional
- El origen del proceso enfermero remonta en el año 1950.
- El diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry. Posteriormente Johnson y Abdellah definieron al diagnóstico como parte del proceso enfermero.
- Entre los años 1959, 1961 y 1963 Johnson, Orlando y Wiedenbach, consideraron que este proceso constaba de tres etapas; valoración, planeación y ejecución.
- En 1967 Yura y Walsh escribieron el texto donde se definen cuatro etapas del proceso enfermero: valoración, planificación, realización
- La American Nurse Association (ANA), anunció en 1973 el modelo disciplinar de la Enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, actuación y evaluación.
- En los años Bloch 1974, Roy en 1975, Mundinger y Jauronen en 1975, Aspinall en 1976, incluyeron la etapa del diagnóstico al definir y justificar la existencia de un juicio clínico de enfermería que hacía explícito el problema existente.
- Durante 1973 en México comenzó la Enseñanza del proceso de Atención de Enfermería, al ser un instrumento ideal del cuidado de la persona.

6.4 Modelo Teórico Utilizado Para la elaboración del PAE

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, falleció en marzo de 1996. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C, graduándose en 1921.

Inicia en docencia en 1922, impartiendo clases en Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Entra en el Teacher College de la Universidad de Columbia.

En 1929 trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York, y en 1953 ingresa a la Universidad de Yale, desarrollando colaboraciones en la investigación de enfermería.

Su obra más conocida fue *The Nature of Nursing* (1966), en la que identifica las fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería. Fue decana de Army School of Nursing.

Escribió tres libros considerados clásicos: *Textbook of the principles and practice of nursing* (1955), *Basic Principles of Nursing Care* (1960), *The nature of nursing* (1966).

“Durante el año de 1958 International Council of Nurses pidió escribiera su definición de enfermería: “la función específica de la enfermera es ayudar a la persona, sana o enferma, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a tener una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda, si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar independencia lo más rápido posible” (10)

Esta definición fue aceptada por el ICN, siendo utilizada mundialmente. En *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and Education*.

Su teoría ha servido como marco de la investigación. En *The Nature of Nursing: Reflections After 25 years* (1911) consideró incorporar cambios a su visión y opiniones.

6.2.1 Elementos Fundamentales del Modelo Utilizado

Para Henderson los cuidados brindados a la persona son universalmente los mismos, al ser derivados del análisis de las necesidades humanas, siendo estas “comunes” de la humanidad. El ser humano al ser complejo, resulta un reto para la enfermería, pues esta no lograría del todo entender a la persona, todos somos diferentes.

Necesidades de la teoría de Virginia Henderson

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas
5. Dormir y descansar
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, cuando la ropa y modificando el ambiente
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
10. Comunicarse con los demás expresados emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y usar los recursos disponibles (11)

“Los conceptos del Meta paradigma de enfermería surgen con base en la búsqueda de aspectos comunes en la práctica, de los cuales se han identificado cuatro constructos: la persona, la salud, la sociedad/ambiente o contexto y la enfermería”. (12)

El primer meta paradigma enfermero es el entorno este se refiere a todas las condiciones externas que puedan afectar al cliente y también en la institución en la que se presenta se entiende como entorno a el lugar de nacimiento al lugar de vivienda, al trabajo, estilo de vida, alimentación que afecte la salud de la persona tanto de forma positiva como negativa

La persona se define como aquel al que se le aplica todos los cuidados de enfermería y la persona abarca desde un lugar personal y dividido en cada etapa de la vida, bebés, prescolares, escolares, adolescentes, adultos, adultos jóvenes, adultos maduros, adultos mayores, cada cuidado es único para cada etapa de la vida además de que es aún

Más personalizado para cada individuo, debido a los otros metas paradigmas, y además la persona no solo es de forma personal si n también se aplica a las familias, a las comunidades, pueblos, ciudades donde la enfermería comunitaria marca los cuidados que deben de seguir

La salud es un meta paradigma que dice que la salud no solo es la ausencia de la enfermedad si no que explica que para enfermería debe de haber una búsqueda constante del mantenimiento de esa salud sin necesidad de que se recaiga en una enfermedad así mismo la salud tienen distintas esferas como la física las más perceptible, pero también la psicológica y la social.

La sociedad es algo cambiante siempre fluctuante y enfermería debe de adaptarse a ese cambio para dar los cuidados necesarios de acuerdo a la sociedad en la que se mueva teniendo en cuenta los demás factores ya mencionados pero esta adaptación ha sido paulatina y debe de estar acompañada de la profesionalización de la enfermería así mismo el ambiente junto a la sociedad son factores a tener en cuenta a la hora de brindar cuidados debido a que debe de ser individualizados para no caer en algo que puede ser no socialmente aceptado

El ser humano requiere conseguir su independencia, integridad del cuerpo y de la mente.

La enfermería tiene tres niveles de relación enfermería-paciente

1. Sustituta del paciente
2. Colaboradora del paciente
3. Compañera del paciente

Papel de la enfermería.

Suplirá la autonomía de la persona (hará por ella y hará con ella), desarrollara su fuerza, voluntad y conocimientos.

Enfermera como sustituta.

Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Realiza las actividades que no puede realizar la persona.

Enfermera como ayudante.

Apoya, ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma

Enfermera como acompañante.

Fomentara relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, educara con el autocuidado.

Fuente: Elaboración propia

La enfermera al tener su función propia, ayuda los individuos sanos o enfermos, a su vez tiene plena capacidad de compartir actividades con otros profesionales.

La persona es un ser integral, compuesta de características biológicas, psicológicas, socioculturales, espirituales que interactúan entre sí. La enfermería deberá cumplir el objetivo de satisfacción de las necesidades básicas. Solo la salud puede ser el máximo grado de independencia.

Objetivo de los cuidados: Satisfacer necesidades básicas de la persona.

Usuario del servicio: Individuo con déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Fuente de dificultad: También denominada área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza (física o psíquica) o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

Intervención de la enfermera: Son actuaciones dirigidas a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad. (13)

Cuidados básicos: Acciones para satisfacer las necesidades básicas de la persona, están basados en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera.

Dependencia: Estado de insuficiente del potencial de la persona, por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que le impide o dificulta satisfacer las necesidades básicas.

Autonomía: Capacidad de la persona para satisfacer las necesidades básicas por sí misma.

Manifestaciones de independencia: Conductas o acciones de la persona que resultan adecuadas, para satisfacer sus necesidades básicas.

Manifestaciones de dependencia: Conductas o acciones que resultan inadecuadas, erróneas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas.

6.5 Etapas del Proceso de atención de Enfermería

6.5.1 Valoración

Consiste en la obtención de datos objetivos y subjetivos, relevantes del estado de salud, utilizadas técnicas como la observación (desde el primer contacto con la persona), entrevista clínica (paciente, expediente clínico, profesionales del equipo multidisciplinario), exploración física (inspección, palpación, percusión, auscultación)

Tipos de datos:

Datos objetivos: Es toda aquella información que sea perceptible por las personas y sus sentidos. Características que puedan ser medidas.

Datos subjetivos: Información que solo la persona puede percibir y referenciarlos.

Datos históricos y de antecedentes: Todo aquel hecho ocurrido anteriormente que han afectado la salud de la persona (cirugías, fracturas, transfusiones sanguíneas, antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas).

La valoración puede ser realizada mediante exploración:

Céfalo caudal: sigue en orden la exploración de los órganos, comenzando desde la cabeza y terminando en pies.

Por sistemas o aparatos: la valoración de cada sistema que constituye el cuerpo humano, comenzando desde el aparato mayormente afectado.

Por patrones funcionales de salud: este es desarrollado por enfermería y es utilizado por North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Siendo los siguientes:

Patrón/ dominio 1: Promoción De La Salud.

Patrón/ dominio 2: Nutrición.

Patrón/ dominio 3: Eliminación/ Intercambio.

Patrón/ dominio 4: Actividad/ Reposo.

Patrón/ dominio 5: Percepción/ Cognición.

Patrón/ dominio 6: Auto percepción (Auto Concepto).

Patrón/ dominio 7: Rol/ Relaciones.

Patrón/ dominio 8: Sexualidad (Reproducción).

Patrón/ dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia Al Estrés.

Patrón/ dominio 10: Principios Vitales (Valores Y Creencias).

Patrón/ dominio 11: Seguridad / Protección.

Patrón/ dominio 12: Confort.

Patrón/ dominio 13: Crecimiento / Desarrollo

Exploración física

Es usada para determinar el estado físico de los órganos y tejidos, está conformado por una serie de técnicas. El examen físico se inicia con la inspección o examen visual

Inspección

Se lleva a cabo mediante la observación, para una inspección apropiada se requiere de iluminación adecuada. En la observación del paciente; son observadas las condiciones generales; estado de salud, edad, tipo constitucional o biotipo morfológico, estado general de nutrición, peso, talla, postura, posición y actitud, fascias y expresión, estado de conciencia y lenguaje

Se deben considerar variantes como

- Aspecto / simetría
- Color
- Forma

- Tamaño
- Movilidad

Palpación

Es utilizada para valorar: zonas de hipersensibilidad, simetría de la excursión torácica, vibraciones vocales.

Se palpa con firmeza con los dedos de la mano cualquier zona que presente hipersensibilidad dolorosa. En el caso de la excursión torácica se realiza, colocando las palmas de las manos sobre la espalda del paciente, con los pulgares paralelos a la línea media, a nivel de costillas, el paciente debe inhalar observando si el movimiento debe ser simétrico.

Las vibraciones vocales proporcionan información útil de la densidad del tejido pulmonar subyacente y la cavidad torácica.

Auscultación

Es la técnica utilizada para escuchar los sonidos generados en el cuerpo.

La auscultación del tórax se realiza con un fonendoscopio, la campana se utiliza para detección de los ruidos graves y el diafragma para detectar los ruidos más agudos. La campana y diafragma del fonendoscopio deben estar siempre, en contacto directo con la piel.

La Auscultación de los sonidos intestinales, nos brinda datos de movimientos de aire y líquido en el tubo digestivo, es útil para descartar soplos, obstrucción intestinal, roces peritoneales.

Percusión

Es la acción de percutir sobre una superficie para determinar estructuras subyacentes.

- La percusión sobre un órgano sólido, produce una nota apagada o mate, de baja amplitud y duración leve.
- En una estructura que contiene aire dentro de un tejido, produce una nota resonante o sonido claro pulmonar.

- Sobre una estructura hueca que contiene aire, produce una nota timpánica, de tono agudo y de cualidad hueca.
- En una masa muscular de gran tamaño produce una nota sorda, de tono agudo. (14)

6.5.2 Diagnóstico

Juicio clínico emitido por el profesional, expresara el problema real, de bienestar o de riesgo. La persona requiere de un trato integral de enfermería con el objetivo de atenuar o resolver el problema de salud en que se encuentra la persona.

Existen 3 tipos de diagnóstico:

Real: está compuesto por las características presentes de la persona

En la elaboración de los diagnósticos es utilizado el acrónimo PES:

P: problema

E: etiología (fuente de dificultad, causa del problema)

S: signos y síntomas (características definitorias)

De Bienestar: está compuesto por las respuestas de bienestar relacionadas con fortalezas de la persona/entorno.

De Riesgo (Potenciales): está compuesto por la situación potencial y es relacionado con factor de riesgo.

Para la realización de los diagnósticos es recomendable utilizar North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), esta taxonomía clasifica los diagnósticos, es compuesta por 3 niveles: dominio, clase y etiqueta, características definitorias, factores relacionados, factores de riesgo.

6.5.3 Planeación

Esta etapa del proceso consiste en determinar los cuidados o actividades que ayuden a mejorar el estado de salud de la persona. En esta etapa se fijan objetivos, que durante las intervenciones puedan ser cumplidos. Se planifican los cuidados necesarios, priorizándolos y registrándolos en un plan, este puede ser individual, grupal o comunitario. En esta etapa son utilizados N.I.C (Nursing Interventions Classification) y N.O.C (Nursing Outcomes Classification).

6.5.4 Implementación

Consiste en las series de pasos que sigue el profesional de enfermería en las que el realiza sus actividades ya planeadas y si estas tienen que ser ligeramente modificadas por algún factor no contemplado que necesite replantearse

6.5.5 Evaluación

Etapa en que serán “calificadas” cada una de las intervenciones, es comparada el estado de salud inicial con el estado en que se encuentra al momento de llegar al objetivo establecido durante la planeación. Es la etapa final del proceso enfermero.

6.6.1 Problemática de salud de la persona

Área cruenta se define como una herida que está abierta y que por ella puede haber salida de material purulento o sangrado que en su caso se originó por el procedimiento quirúrgico de desbridación.

6.2.2 Diagnóstico y Tratamiento Del padecimiento

Se utilizan pruebas como la química sanguínea, Biometría hemática, USG abdominal, pruebas de coagulación

El tratamiento para la sepsis es

- . Ministración de medicamento bactericida
- . Ministración de medicación para el dolor
- . Vigilancia y mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico
- . Ministración de electrolitos séricos si procede

Para el área cruenta

Se utiliza el acrónimo time que en ella

T: Por sus siglas en inglés, se traduce como control del tejido no viable, hay distintos tipos de tejidos: en los cuales los tejidos no viables son el tejido necrótico que tiene como característica el tono negro, el tejido esfacelar cuya característica es que es de color amarillo

T: Tejido inviable esfacelar: hay que desbridar el tejido con tratamiento autilitico con el estericide gel

I: Control de la inflamación e infección hay características que definen si una herida está infectada o no como lo son el calor, color, rubor, enrojecimiento, fiebre y pus o secreción, además de eso hay una clasificación de las heridas para saber que tan infectada esta se divide en limpia, limpia- contaminada, contaminada y sucia

I: En el caso de ella la herida se clasifica como contaminada por la patología que lo causo la sepsis

M: Mantenimiento de la humedad de la herida la cura húmeda de las heridas para la cicatrización de las mismas se debe de tener un ambiente húmedo

M: Se mantiene húmeda la herida con el gel dejándose 24 horas y cubriéndolo con gasas y apósitos

E: Los bordes de la herida cuando no avanzan más se convierten en tejido senescentes estos borden cansados ya sin memoria ay que estimularlos para que vuelvan a tener la memoria de crecer

E: Se estimula los bordes senescentes de la herida para ayudar a mantener la memoria celular

VIII. Desarrollo del Proceso Atención Enfermería

Paciente femenina que responde al nombre de AGS 65 años 1.56 mts de altura, estado civil viuda, de religión católica, originaria del Estado de México, se ocupa en el hogar y es comerciante de un pequeño puesto de dulces, con la primaria concluida, reside actualmente en la CDMX en la Colonia Peralvillo, con toxicomanías negadas ,que ingreso el día 14 de mayo de 2019 a la unidad de cirugía general con los diagnósticos de Fascitis necrosaste y área cruenta extensa de 22cm x 20 cm en el área infra umbilical y monte de venus, y diabetes mellitus tipo 2 no tratada.

Ingresa con los siguientes laboratorios

Leucocitos: $13.44 \cdot 10^3$

Neutrófilos: $9.77 \cdot 10^3$

Linfocitos: $2.0 \cdot 10^3$

Monocitos: $1.30 \cdot 10^3$

Eosifnofilos: $0.20 \cdot 10^3$

Basófilos: $0.20 \cdot 10^3$

Serie Roja

Eritrocitos: $3.40 \cdot 10^3$

Hemoglobina: 10.68 g/Dl

Hematocrito: 31.17%

Plaquetas $111.36 \cdot 10^3$

Proteínas Totales: 4.1 g/dl

Albumina: 1.1 g/dl

Globulina: 3.0 g/Dl

Creatinina: 0.4mg/Dl

K:3.3

Ca:4.3

Signos vitales de 119/65 TA, Fc: 80, T: 36.9, FR 18 puntas nasales a 3 litros por minuto logrando una saturación del 95%, glicemia capilar de 128 mg/dl, sonda

catéter venoso central tipo arrow trilumen funcional con las siguientes soluciones

Solución salina de 1000 ml para 24 horas

Y con los siguientes medicamentos

Clindamicina amp 300mg cada 8 horas

Linezolid 600 mg cada 12 horas

Imipenem 1mg cada 8 horas

Ambroxol 90 mg cada 8 horas

Estas indicaciones variaron siendo que el día 12 de mayo le suspendieron el imipenem el día 13 de mayo fue transfundida con un paquete globular por una hemoglobina de 9.4 hematocrito de 28.1 y plaquetas de 314 la transfusión se llevó sin contratiempos se transfundió 250ml

8.1 Valoración de las Necesidades

Necesidad de oxigenación paciente con puntas nasales a 3litros por minuto con frecuencia respiratoria de 18 satO₂ de 95%, con presencia de estertores, con secreciones espesas blanquecinas

Glucosa:128mg/dL en Química sanguínea

Necesidad de Alimentación e hidratación

Necesidad de Eliminación

Genitales externos con compromiso, uso de sonda Foley calibre #14, orina con sedimento de color paja

Necesidad de Movilidad y Postura

Inmovilidad por miedo y dolor debido a área cruenta mayormente acostada, aunque se moviliza a silla fija y ocasionalmente con ayuda de dos personas logra caminar por unos minutos, dificultad en la movilidad en pierna izquierda por violencia intrafamiliar.

Características de herida cruenta extensa de 22cm x 20 cm en el área infra umbilical y monte de venus, abierta, con signos de infección, al inicio de la valoración, tejido no viable esfacelar con un %100

Necesidad de Descanso y sueño

Pupilas isoricas, normoreflexicas con Glasgow de 15 no duerme sus 8 horas refiere dormir solo 6 debido al ruido ambiental y a la molestia causada por el área cruenta

Necesidad de Vestido

Alterada debido a que ella acostumbra a vestir con falda larga la mayor parte del día, aunque en sus palabras esto no significa nada

Necesidad de termorregulación

Temperatura de 36.9 se mantiene afebril

Higiene y protección de la piel

Se realiza baño en regadera con traslado y cambio de bata reglamentario aseo bucal con clorhexidina y cepillo de dientes. Sin úlceras por presión

Necesidad de Evitar peligros

Pos operada de lavado quirúrgico y desbridación en pared abdominal y genitales externos

Necesidad de Comunicación

Refiere Dolor matutino que desaparece con los analgésicos, también refiere la falta de sueño y en todo momento no se cierra al diálogo con el personal de enfermería

Necesidad de Creencias y valores

Es de religión católica ella tiene en su cama estampillas y con su hija ella reza de acuerdo a su religión lo que le hace estar en paz con sus creencias

Necesidad de Trabajo y realización

Ella trabajaba de vendedora informal vendiendo dulces y comida al ella estar internada no ha trabajado y generado recursos lo que le mantiene preocupada

Necesidad de Juego y recreación

Ella manifiesta no tener ánimos para jugar o distraerse

Necesidad de Aprendizaje

Concluyo la primaria, en educación para la salud se le explica su actual padecimiento, la dieta que lleva y aquellos cuidados que se debe de tener con ella

Ella refiere interés en conocer el proceso de su enfermedad el cuidado de su herida

Valoración De las 14 Necesidades

Exploración

Cabeza y cuello: Cráneo normo cefálico, orientada en sus 3 esferas con un Glasgow de 15

Cara

Cejas con arco regular, simétricas, con presencia de bolsas en los ojos, pupilas isocricónicas normoreflexivas

Nariz

Recta, Piel seca deshidratada,

Boca y oro faríngea

Palidez de mucosas orales

Paladar blando el piso de la lengua presencia de saburra

Oídos y Orejas

Simétricas, con presencia de cerumen, debilidad auditiva en el oído derecho

Tórax

Presencia de estertores en lóbulo superior de pulmón derecho, ruidos cardíacos de buena intensidad, secreciones espesas y blanquecinas que son expectoradas por palmopercusión

Abdomen

Peristalsis presentes postoperatoria de desbridación en pared abdominal, genitales externos y lavado quirúrgico

Extremidades Inferiores

Miembros inferiores izquierdo con dificultad en movilidad debido a violencia familiar hace 40 años, sin edema, piel morena, pulso pedio presente, tibial y posterior

Área Genital y perianal

Comprometidos labios exteriores y monte de venus comprometidos debido a cirugía herida en región infra umbilical y genital

Manifestaciones de dependencia	Manifestaciones de Independencia
<p>Requiere Puntas nasales a 3 Lt por minuto para mantener una sat del 95%</p> <p>Dieta para diabético de 1800 kcal</p> <p>Con evacuaciones de un Bristol tipo 3 Orina total por turno de 600 ml por turno</p> <p>Necesita ayuda para moverse en cama, reposit, silla</p> <p>Se conoce lesión de pierna que dificultaba ya previamente su movilidad</p> <p>Refiere dormir poco debido a el ruido del servicio y cuando las compañeras del turno de la noche la despiertan para su valoración</p> <p>Necesita ayuda para vestirse que es proporciona por el familiar y cuando este no se encuentra es realizada por el personal de enfermería</p> <p>Con uso de ropa hospitalaria</p> <p>Temperatura de 36.9 se mantiene</p> <p>Afebril durante todo el primer día los días posteriores a la primera semana se mantiene igual en 36.9 los días posteriores a la 2 semana se mantiene en 37.0,37.2, 37.3, 37.1, 36.9, 37.2, 37.3 y los días de la tercera semana se mantiene en 37.2,37.1,37.3,37.4,37.4,37.6,37.3</p> <p>Necesita ayuda para el baño diario</p> <p>Herida cruenta abdominal- genital con curaciones diarias terapia vac al inicio de la misma luego cambia a terapia húmeda con medios químicos</p> <p>Escala de Braden 14 puntos</p> <p>Escala de Glasgow de 15 , escala de Downton con 2 puntos, Escala de eva de 4 en las mañanas y posterior a la medicación de 2</p> <p>Refiere sentir desesperación por el tiempo prolongado de estadía, pero a la vez aliviada porque con el tiempo mira un avance en su herida</p>	<p>Puede comer ella misma</p> <p>No tiene problemas de audición y visión ay una buena relación con sus hijos,</p> <p>Religión Católica, fuerte creyente de la misma refiere estar en paz con dios y admite que no tiene problemas en que su hora llegue si el así lo quiere</p> <p>En su estancia se mantiene ocupada, orando y leyendo libros y resolviendo revistas de sopa de letras y crucigramas, interactúa de manera satisfactoria</p>

<p>No puede realizar su trabajo de vendedora debido a la estancia hospitalaria y a ella le preocupa más el no ser productiva porque refiere que así no se aburre es provista de todos los servicios básicos por una de sus hijas la menor de ellas</p> <p>Manifiesta abrimiento en su estancia hospitalaria</p> <p>Manifiesta el deseo de aprender sobre el proceso de su enfermedad y de los cuidados que se le brindan así como el proceso de avance de su herida</p>	
---	--

8.2 Diagnósticos de Enfermería

- 1-. Patrón respiratorio ineficaz R/c fatiga M/p Aleteo nasal

- 3-. Deterioro de la dentición R/c Falta de aseo bucal M/p Ausencia de dientes:
Necesidad Alimentación

- 3-. Deterioro de la integridad tisular R/c procedimiento quirúrgico M/p
Destrucción tisular: Necesidad mantener integra la piel

- 4-. Deterioro de la movilidad física R/c deterioro neuromuscular M/p Adoptar
posturas confortantes

- 5-. Desequilibrio electrolítico R/c compromiso de los mecanismos reguladores
M/p hipopotasemia e hipocalcemia

- 6-. Shock séptico/R/C Proceso infeccioso M/P Fasisis Necrosante

- 7-. Nivel de glucemia inestable R/c control inadecuado de la glucemia M/p
hiperglucemia de 190 mmhg

8.3 Planificación de Intervenciones

8.4. Ejecución de Intervenciones

Necesidad: De oxigenación

Diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz R/c fatiga M/p Aleteo nasal

Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada

Objetivo: Mantener Vías permeables y mantener sat por arriba del 90%

Planeación	Intervenciones de enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Manejo de la ventilación mecánica no invasiva	Colocar al paciente en posición semifowler Aplicar el dispositivo no invasivo (puntas nasales a 3 litros por minuto)	Posición fowler el paciente está sentado con la cabecera de la cama elevada cuando menos en un Angulo de 30- 45 grados, puede colocarse una almohada en la espalda apoyando la curvatura lumbar y otra en la cabeza y hombros esto mejora la oxigenación (15) Las puntas nasales son un dispositivo de bajo flujo la fio2 máxima es de 40 a 45% con un máximo de 6 litros por minuto (16)	La posición en semifowler y una correcta colocación de las puntas nasales durante el turno mantienen la saturación de la paciente a 93% Las colocaciones de las puntas nasales están aseguradas a la paciente en todo momento verifico cada 2 horas para ver si el dispositivo presenta fuga siendo negativa su sat se mantiene en 93% el primer día

			los días posteriores de la primera semana mejora a 94% y los días posteriores de la tercera semana mejora a 95 %
--	--	--	--

Necesidad: Alimentación

Diagnóstico: Deterioro de la dentición R/c acceso difícil al cuidado dental M/p Ausencia de dientes

Definición: Alteración de los patrones de desarrollo/erupción de los dientes o de la integridad estructural de cada uno de ellos

Objetivo: Evitar el daño a las piezas dentales que aún conserva

Planeación	Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Mantenimiento de la salud bucal	Aseo bucal	Para la técnica de Bass se recomienda un cepillo de cerdas suaves para evitar, primero, la abrasión de la estructura dental dura, y segundo, la lesión de la encía marginal por trauma. La técnica consiste en que el cepillo se coloca en un ángulo de 45 grados con respecto al eje longitudinal del diente (teniendo en cuenta que las cerdas van hacia la parte apical del diente); los filamentos del cepillo se introducen en los nichos interdientales y el surco gingival, al estar ahí se realizan pequeños movimientos vibratorios y después un movimiento de barrido hacia oclusal (17)	El aseo bucal se realiza 2 veces al día en el turno con la técnica de bass removiendo la placa dentobacteriana y mejorando el olor de la boca además de tener un sentimiento de

Manejo de la nutrición	Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios	<p>La ecuación de Harris y benedict se utiliza para determinar las calorías necesarias para una persona y son métodos estadísticos rigurosos que dieron como resultado las siguientes ecuaciones (18)</p> <p>Mujeres</p> $665.0955 + 9.5634 \times P + 1.8496 \times T - 4.6756 \times E$ $665.0955 + 9.5634 \times 79 \text{KG} + 1.8496 \times 1.61 - 4.6756 \times 65 \text{ años}$	1649.6905 kcal diarias es el requerimiento de la paciente que acepta la dieta con agrado
------------------------	---	--	--

Necesidad: Integridad de la Piel

Diagnóstico: Deterioro de la integridad tisular R/c procedimiento quirúrgico M/p Destrucción tisular

Definición: Lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema intertegumentario, fascia muscular, musculo, tendón, hueso, cartílago, capsula de la articulación y/o ligamento

Objetivo: Preparar el lecho de la herida para iniciar el procedimiento de cicatrización

Planeación	Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Cuidado de las heridas:	Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje color, tamaño y olor	Se aplica el acrónimo time que es control del tejido no viable, control de la inflamación y de la infección, control del exudado, Estimulación de los bordes epiteliales. El tejido no viable se considera al tejido Esfacelar sin inflamación, herida infectada, sin exudado, y se estimulan los bordes	El acrónimo time revela que tiene tejido no viable esfacelar y tiene datos de infección con un exudado medio que en las primeras 2 semanas de tratamiento sigue igual es hasta la 3 semana es cuando el exudado desciende a una menor cantidad
Cuidado de la herida: Ausencia	Aplicar una crema adecuada (estericide	Estericide gel antiséptico a base de solución electrolizada de supe oxidación,	Con el tratamiento de estericide gel se logró

de la cicatrización	gel) para la piel/lesión Colocar un dispositivo de drenaje vac uita en la herida abdominogenital con un tiempo de duración de 2 semanas	ofrece acción antimicrobiana local de amplio espectro contra bacterias Gram positivas y Gram negativas, virus y hongos eliminándolos eficazmente. La terapia de cierre asistido por vacío (VAC) es un sistema no invasivo y dinámico que ayuda a promover la cicatrización de las heridas mediante la aplicación de presión negativa controlada en el lugar de la herida. Proporciona un entorno húmedo y cerrado a la vez que elimina el exceso de fluidos que pueden inhibir la curación de la herida. A terapia «supra fascial» para el cierre de heridas complicadas. Aplicamos una terapia VAC a una presión de 125mmHg en el caso de la modalidad «suprafascial» con descanso de 2 horas y recambios de 48-78 horas (19)	reducir los signos de infección de la herida. En una semana se logró mejorar los bordes 0.5 cm de avance Con la terapia de VAC en 3 semanas el lecho de la herida hubo un avance de 3 a 4 cm, por falta de material solo se realiza durante 3 semanas
---------------------	--	--	--

Necesidad: Movilidad y Postura

Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física R/c deterioro neuromuscular M/p Adoptar posturas confortantes

Objetivo: Evitar las UPP con cambios de posición y estableciendo nivel en la ayuda de autocuidado

Planeación	Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Ayuda con el autocuidado baño	Proporcionar los objetos deseados para el aseo Mantener un ambiente privado, relajado a la hora de realizar el baño	Kolcaba definió la comodidad como "la satisfacción (activa, pasiva o cooperativa) de las necesidades básicas humanas de alivio, tranquilidad o trascendencia que surgen de las situaciones del cuidado de la salud que son estresantes (20)	Con la teoría del confort aplicada al baño se asegura de que el paciente sienta el alivio el confort al terminar la actividad el baño del paciente se realiza en la mañana como ella está acostumbrada a las 10am
Cambio de posición	Colocar al paciente un colchón adecuado Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos, talones)	Todos los artículos seleccionados sobre superficies de alivio de presión coinciden en que el uso de colchones que disminuyen la presión son una buena medida de prevención para las personas en riesgo de UPP, por lo que deben formar parte del plan	El cambio de posición el cama se realiza cada 2 horas posteriormente al terminar el baño esta se baja colocándola en un sillón especial el cambio de presiones junto al protocolo de cambio de posiciones y los dispositivos anti escaras hacen

		integral de prevención de UPP del paciente en riesgo, junto a el cambio de posición eso ayuda a la prevención de upp (21)	que la paciente no desarrolle UPP en la estadía
--	--	---	---

Necesidad: Seguridad

Diagnóstico: Desequilibrio Hidroelectrolítico R/c compromiso de los mecanismos reguladores Mp/ Hipopotasemia e hipocalcemia

Definición: Cambio en los niveles de electrolitos séricos que puede comprometer la salud

Objetivo: Reducir el riesgo de una futura alteración de electrolitos

Planeación	Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Identificación de niveles de electrolitos séricos Potasio de 3.3 Calcio de 4.3 md/dl	Administrar electrolitos suplementarios vía oral, nasogástricas e i.v según prescripción si correspondiera Mantener un acceso I.V permeable con una solución salina de 1000ml para 24 hrs	Las manifestaciones clínicas suelen aparecer cuando las cifras de potasio se encuentran por debajo de 3 mEq/l, con una hipopotasemia leve con un potasio de 3.3 Una concentración sérica de calcio ionizado < 4,7 mg/dl se considera hipocalcemia grave con niveles por debajo de 4.0mg/dl (22) En accesos periferos se recomienda mantener una	Después del tratamiento de 20 mEq de potasio en solución salina cada 24 horas de 5 días de duración los niveles de potasio se regularizan a 3.5 de igual manera 1 ampula de gluconato de calcio en sol salina cada 24 horas durante 5 días hace que en los niveles de calcio regresen a lo normal 4.5 El catéter se mantiene ocupado con el lumen de

		<p>solución a mío goteo para mantener la vía permeable, una limpieza de sitio de cada semana cambiando el apósito en el proceso y cambiando el circuito cada 72 horas conforme a la norma si es en catéteres venosos centrales se recomienda tener tapado el lumen y lumen con heparina al 1% con una mezcla de 1m de heparina por 9 de sol salina (23)</p>	<p>soluciones base con una salina de 1000 para 24 horas y otro lumen para medicación y el ultimo lumen para hemoderivados se utiliza solo 1 par de veces, se heparinizan lúmenes de Catéter central</p>
--	--	---	---

Necesidad: Seguridad

Diagnóstico: Shock séptico/R/C Proceso infeccioso M/P Fasis Necrosante

Objetivo: Evitar que la paciente caiga en shock debido a la patología

Planeación	Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Control de la Infección	Administración de antibióticos Clindamicina amp 300mg cada 8 horas Linezolid 600 mg cada 12 horas Imipenem 1mg cada 8 horas	<p>CLINDAMICINA es activa en contra de la mayoría de las bacterias grampositivas. Son sensibles <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>S. epidermidis</i>, <i>Streptococcus pyogenes</i>, <i>S. pneumoniae</i>, <i>S. viridans</i>, <i>S. durans</i>, <i>S. bovis</i>, <i>Clostridium tetani</i>, <i>C. perfringens</i> y <i>C. diphtheriae</i>. El <i>S. faecalis</i> es resistente.</p> <p>Linezolid es efectiva ante la mayoría de bacterias Gram positivas</p> <p>Imipenem es contra infecciones complicadas intraabdominales, del tracto urinario, y de piel y tejidos blandos; infección intraparto y</p>	<p>Al inicio del tratamiento la paciente contaba con leucocitos de 13.44 a las 3 semanas de tratamiento con los siguientes antibióticos sus leucos bajaron a $12.50 \cdot 10^3$</p>

		postparto; neumonía grave, incluidas nosocomial y asociada a ventilación	
--	--	--	--

Necesidad: Alimentación

Diagnóstico: Nivel de glucemia inestable R/c control inadecuado de la glucemia M/p hiperglucemia

Definición: Vulnerable a variaciones en la glucosa/azúcar de la sangre de la sangre respecto al rango normal, que pueden poner en peligro la salud

Objetivo: Evitar una descompensación de la glicemia

Planeación	Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Manejo de la hiperglucemia	Dextrosis en ayunas cada mañana Administrar hipoglucemiantes (Insulina de acción rápida) 2 ui si esta pasaba de 170 mg/dl y	El dextrosis es una técnica que mediante el medidor se puede saber los niveles de glucosa en la sangre del paciente como es paciente diabético se considera niveles seguros de glicemia a menores de 110 mg/dl- 140 mg/dl (24) La Insulina Lispro tiene un inicio de acción de 5 a 10 minutos, un efecto pico de 1 a 2 horas y una duración de acción de 4 a 6 horas	El primer día de contacto con la paciente en ayunas su glucosa fue de 190 mg/dl los días posteriores fueron de 170 ml/dl, 170 mg/dl, 150mg/dl,180 mg/dl 170 mg/dl, la segunda semana de 150 mg/dl, 160 mg/dl, 170 mg/dl, 145 mg/dl, 140 mg/dl, 150 mg/dl, 165 mg/dl, la tercera semana de 140 mg/dl, 170 mg/dl, 150 mg/dl, 165 mg/dl, 175 mg/dl, 180 mg/dl 155 mg/dl Se administra insulina solo los días en la que de acuerdo a su esquema lo indica 2 Ui si esta pasaba de 170 mg/dl los días en

	de 4ui si esta pasaba los 200 mg/dl		los que se administraba lograba bajar los niveles de insulina a 130 mg/dl
--	-------------------------------------	--	---

Necesidad: Eliminación

Diagnóstico: Riesgo de Infección de vías urinarias R/c Uso de catéter urinario de larga estancia

Objetivo: Evitar una infección de vías urinarias por el uso de catéteres

Planeación	Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Sondaje vesical	Explicar el procedimiento y fundamento del sondaje vesical Mantener una higiene correcta de manos antes durante y después del sondaje	Al explicar el procedimiento del sondaje vesical al paciente disminuye su ansiedad por el procedimiento en si La prevención de las infecciones es esencial, por lo cual deben tenerse en cuenta medidas particularmente simples y de acceso universal, entre las cuales figuran: determinar indicaciones muy precisas para el uso del catéter vesical, utilizar circuitos cerrados de drenaje, máxima asepsia en el manipulado de los catéteres y buen lavado de manos posteriormente (25) Una buena fijación a la piel evitara que con los movimientos del paciente el catéter pueda lastimar y tener el peligro de retirarse	La paciente entiende los motivos del sondaje vesical y acepta el procedimiento Se mantuvo en todo momento de la técnica de forma aséptica con lavado de manos según los 5 tiempos y de acuerdo a la técnica, posteriormente se comprueba que no allá fugas en la bolsa, que el tapón este funcional y que el globo este bien inflado y sin fugas. Se realiza cambio de sonda vesical a los 14 días con técnica correcta evitando una infección de vías urinarias
Cuidados del catéter Vesical	Realizar cuidados rutinarios	Para el aseo de meato urinario se debe de utilizar jabón de preferencia neutro y	

	del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario	hacer el aseo en forma de barrido, haciendo lo mismo para el perineo (26)	Se realiza aseo de zona genital con técnica adecuada evitando la infección de vías urinarias
--	---	---	--

IX. Plan de Alta

Comunicación

Urgente

Información

Dieta

Ambiente

Recreación y uso de Tiempo Libre

Medicamentos

Espiritualidad

Comunicación: La identificación por parte del (a) cuidador dentro del hogar para el apoyo de las Actividades Básicas de La vida Diaria. Se establece la comunicación con una de las hijas al parecer la única que está más pendiente de la información de su madre sobre su estado de salud actual

Urgente:

- Salida de líquido o material purulento abundante de la herida
- Olor intenso
- Sentimiento de falta de aire
- Labios, dedos de las manos con coloración azulada y/o pálida
- Dolor intenso en la zona quirúrgica
- Fiebre mayor a 37.8

Información

Para la Hija (A)

- Ayuda en el baño diario, previamente ay que cubrir la herida quirúrgica con una venda, luego cubrir la venda con plástico autoaderible para evitar una contaminación por el agua

- Se necesita que la paciente no se quite el tratamiento que se le pone estericide gel
- Utilizar de preferencia jabón neutro
- Cuidado de sonda Foley de silicón
- Lavar el área genital con jabón neutro
- Lavar la parte externa de sonda Foley
- Realizar lavado de manos antes y después de cada manipulación y cambio de fijación
- Mantener el sistema cerrado en todo momento no desconectar la sonda de la bolsa recolector
- Cuando se vaya a vaciar la sonda por llenado previamente lavar las manos y utilizar guantes para el vaciado de la orina
- Anotar la cantidad de orina cada vez que se vacía
- Estar atento a signos de alarma
- Sedimentación excesiva de la orina en la bolsa que se vea como arenilla
- Dolor en la zona genital intenso que no remite con medicación

Dieta:

- Evitar alimentos que causen inflamación intestinal: Col, coliflor, brócolis, cebollas, uvas
- Bebidas alcohólicas y Bebidas azucaradas
- Evitar alimentos demasiado duros para evitar un daño a la dentición
- Evitar carnes rojas
- Controlar el consumo de lácteos

Ambiente

Que se identifique aquellos lugares y/o factores de riesgo en su hogar como lugares elevados, como escalones o rampas

- Evitar el contacto con mascotas del hogar como perros, gatos

Recreación:

- Ayudar al paciente a evitar aburrirse o al estar largos periodos de tiempo sola

Medicamentos

- Analgésicos. Paracetamol 500 mg cada 8 horas
- Ciprofloxacino. 500mg cada 12 horas

Espiritualidad:

Ayuda a la paciente a no perder su espiritualidad a seguir en paz con el dios que ella crea

X. Conclusiones

El presente trabajo se realizo con satisfacción. La paciente GG permitió cada uno de los cuidados que brinde, así mismo su cuidador primario participo por lo cual mi función como docente fu satisfactoria para esta familia.

GG llegó por complicaciones de la área abomino- genital, como manejo inicial fue intervenida quirúrgicamente, momento en que yo puede abordar este caso, desde mi experiencia en Manejo de heridas, con el sistema vac durante su estancia avanzaron 0.5 cm en los bordes de la herida, disminuyendo el gasto de la herida, cuando se opto por la terapia húmeda se avanzo un total de 4 a 5cm en el tejido granular disminuyendo el tejido esfacelar, con la terapia bactericida se logro que sus glóbulos blancos disminuyeran de 13.44 a 12.50, en la movilidad se logro que no se produjeran Ulceras por presión, la paciente durante su estancia hospitalaria ,se logró corregir los niveles de saturación, con la terapia de oxigenación a un 97% antes de su egreso.

Sus niveles de glicemia mantuvieron en 150 mg/dl, con la enseñanza del esquema de insulina y la dieta correcta para su padecimiento.

Durante su estancia la familia, participó activamente en su recuperación, siendo las hijas quienes mostraron un apego a mis intervenciones y pidieron apoyo, constantemente solicitaban

Al concluir el proceso, en mi quedo el interés por la especialidad de Manejo de heridas.

XI. Bibliografía y Cibergrafía

(7) Amaro CMC. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev. Cubana Enfermer. [Internet] 2004 [Consultado 22 enero 2020]; 20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009

(12) Ariza Olarte Claudia. Desarrollo epistemológico de enfermería. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2019 Nov 15]; 8(2): 18-24. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-

(9) Attewell A. Florence Nightingale (1820 - 1910). Perspectivas: revista trimestral de educación comparada (París. UNESCO: Oficina Internacional de Educación). [Internet] 1998 [Consultado 22 enero 2020]; 28(1): 173-189. Disponible en: <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/nightins.PDF>

(5) Bentancourt L, Muñoz LA, Megiri BMA, Dos Santos MF. El docente de enfermería en los campos de práctica clínica: un enfoque fenomenológico. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2011 [Consultado 20 enero 2020]; 19(5). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_18.pdf

(20) Carvajal Carrascal, Gloria, Montenegro Ramírez, Juan David, Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Enfermería Global [Internet]. 2015;14(4):340-350. Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/365841636015>

Castellanos-Ramírez Diana Karina, Gonzalez-Villordo David, Gracia-Bravo Laura Josefina. Manejo de heridas. Cir. gen [revista en la Internet]. 2014 [citado 2019 Nov 15]; 36(2): 112-120. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992014000200112&lng=es

(13) Desarrollo epistemológico de enfermería. Enferm. univ [Internet] Abril- junio 2011 [Consultado 2019 noviembre 10]; 8(2): 18-24. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000200004&fbclid=IwAR3bpyuhAmaELcvgbFXRE0fqwuOkqtpJtHSEKjsJuuB32-TnqK7LcYSHV5E

Diario Federal de la Nación NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-003-SSA2-1993, "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos". [15 noviembre 2019]

Entidad del pensamiento de Florence Nightingale. Lescaille TM, Apao DJ, Reyes FMA, Mora MA. Etnicidad del pensamiento de Florence Nightingale. Revista Habanera de Ciencias Médicas. [Internet] 2013 [Consultado 22 enero 2020]; 12(4): 688-696. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1804/180429299021.pdf>

(14) Factores relacionados con la aplicabilidad del Proceso Atención de Enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia. Univ. Salud [Internet] junio 2014 [Consultado 2019 noviembre 10]; 16(1): 93-104. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072014000100009

(26) Ferrer Lozano Yovanny, Oquendo Vázquez Pablo, Asin Lázara, Morejón Trofimova Yanett. Diagnóstico y tratamiento de la fascitis necrosante. Medisur [Internet]. 2014 Abr [citado 2019 Nov 26]; 12(2): 365-376. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000200002&lng=es.

(24) Gil-Velázquez, Luisa Estela, Sil-Acosta, María Juana, Domínguez-Sánchez, Elia R., Torres-Arreola, Laura del Pilar, Medina-Chávez, Juan Humberto, Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2013;51(1):1-16. Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/457745487015>

(11)González-Castillo MG, Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. Enferm. univ [Internet] Abril-mayo 2016 [Consultado 2019 noviembre 10]; 13(2): 124-129. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200124

(22)J.M Fernández, & Cañada Sánchez M.A &, Muñoz G &, Clínica y Diagnostico de los Trastornos hidroelectrolíticos EN: Manuel A., Alteración de los Electrolitos en Urgencias, Hospital Cruz 2015 España córdoba P. 20-37

(2)(10)Lagoueyte Gómez, María Isabel. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Rev. Univ. Ind. Santander. 2015 mayo; 47(2).

Martín RA. Baéz- Hernández FJ, Nava -Navarro V, Ramos- Cedeño L, Medina-López O. El significado de cuidado de la práctica profesional de enfermería.

[Internet] 2009 [Consultado 20 enero 2020]; 9(2): 127-134. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>

(1)Matesanz SMA.Pasado, presente y futuro de la Enfermería: una aptitud constante. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI [Internet] abril 2009 [Consultado 2019 noviembre 10]; 7(2): 243-260. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-pasado-presente-futuro-enfermeria-una-13139761>

(6)Mazzo Alessandra, Bardivia Carolina Beltreschi, Jorge Beatriz Maria, Souza Júnior Valtuir Duarte, Fumincelli Laís, Mendes Isabel Amélia Costa. Cateterismo urinario permanente: práctica clínica. Enferm. glob. [Internet]. 2015 Abr [citado 2020 Ene 15]; 14(38): 50-59. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200003&lng=es.

Organización Panamericana de la Salud [Internet] Washington, D.C. 2003 EUA [actualizado 14 Feb 2019; citado 12 enero 2020]. Disponible en <https://hiss.paho.org/pahosys/pgc.php>

Perales-García Aránzazu, Estévez-Martínez Isabel, Urrialde Rafael. Hidratación: determinados aspectos básicos para el desarrollo científico-técnico en el campo de la nutrición. Nutr. Hosp. [Internet]. 2016 [citado 2019 Nov 15]; 33(Supl 4): 12-16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016001000004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.338>.

(21)Peris Armero & Gonzales Chorda M, Prevención de úlceras por presión el paciente encamado: Nuevas evidencias, Rev. Científica Enf, [Internet], 2018 [Noviembre 15 2019], 16 (2) 36-54, Disponible en https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/85235/1/RECIEN_16_04.pdf

(18) Raquel B.R, Gasto energético en reposo. Métodos de evaluación y aplicaciones Nutri Com [Internet], 2015 [Noviembre 15 2019], 21 (1) 243-251, Disponible en <http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC2015supl1GER.pdf>

(3)Riviño VZ, Sanhueza AO. Paradigmas de Investigación en Enfermería. Ciencia y Enfermería [Internet] 2005 [Consultado 20 enero 2020]; 11(1): 17-24. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532005000100003&script=sci_arttext&tlng=en

(17)Rizo LM &, Torres C.A, & Martínez D, Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal, CES Odont [Internet], 2016 [Noviembre 15 2019], 29 (2) 52-64, Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v29n2/v29n2a07.pdf>

Roje Z, Roje Z, Matic D, Librenjak D, Dokuzovic S, Varvodic J. Necrotizing fasciitis: literature review of contemporary strategies for diagnosing and management with three case reports: torso, abdominal wall, upper and lower limbs. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2011 Nov [citado 27 Mar 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3310784/>

(15)(16) Romero S & Yaneth V& Rizo V& Alejandro D, Proceso de enfermería aplicado a paciente en Estado Crítico con Neumonía, *INNN* [Internet] 2018, [15 Noviembre 2019]; 23 (2) 1-50, Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2018/ane182e.pdf>

(19) Sankalp Y & Gautam R. & Mudit B, Vacuum assisted closure technique: a short review, *Pan AMJ* [Internet]; 2017, [15 Noviembre 2019]; 28 (2) 24-28, Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5989194/>

(23) Véliz Elena, Vergara Teresa, Fica Alberto. Evaluación de las condiciones de manejo de catéteres vasculares periféricos en pacientes adultos. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2014 Dic [citado 2019 Nov 15]; 31(6): 666-669. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000600004&lng=es

(25) Virgen Fong Reyes, Susana, Porto Castellanos, Mercedes del Rosario, Navarro Rodríguez, Zadis, López Veranes, Felipa Nerys, Rodríguez Fernández, Zenén, Infección del tracto urinario por uso del catéter vesical en pacientes ingresados en cuidados intensivos. *MEDISAN* [Internet]. 2014;18(11):1502-1509. Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/368445169006>

(8)Young P, Hortis Sv, Chambi MC, Finn B. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Rev Med Chile* [Internet] 2011 [Consultado 22 enero 2020]; 139(6): 807-811. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v139n6/art17.pdf>

(26)Zarate-Grajales RA. La gestión del cuidado de Enfermería. *Índex Enferm* [Internet] 2004 [Consultado 20 enero 2020]; 13(44).Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009

XII. Glosario de Términos

Ventilación Mecánica No invasiva: Cualquier forma de soporte ventilatorio administrado sin necesidad de intubación endotraquea

Fasitis Necrosante: La fascitis necrosante es una infección poco común, rápidamente progresiva y de difícil diagnóstico en estadio temprano. Afecta la piel, tejido celular subcutáneo, fascia superficial y ocasionalmente la profunda, produce trombosis de la microcirculación subcutánea y necrosis hística con severa toxicidad sistémica

Imipenem: Antibiótico β -lactámico de amplio espectro, asociado a un inhibidor del metabolismo renal que aumenta su concentración.

Ketorolaco: Inhibe la actividad de la ciclooxigenasa, y por tanto la síntesis de prostaglandinas. A dosis analgésicas, efecto antiinflamatorio menor que el de otros AINE.

Sistema VAC: La terapia de cierre asistido por vacío (VAC) es un sistema no invasivo y dinámico que ayuda a promover la cicatrización mediante la aplicación de presión negativa en el lugar de la herida, favoreciendo la reducción del área de la herida, eliminando el exceso de fluidos y estimulando la cicatrización preparando el lecho de la herida para posteriormente utilizar otra terapia si procede.

Creatinina fosfoquinasa: La creatinfosfoquinasa es una enzima que se encuentra en concentraciones elevadas en el tejido muscular tanto esquelético como cardíaco y en menor concentración en otros tejidos y se la emplea tanto en el diagnóstico de infarto agudo de miocardio cuanto a modo de medida confiable de enfermedades inflamatorias musculares.

Proteína C Reactiva: Aumenta rápidamente en respuesta a una variedad de condiciones infecciosas o inflamatorias siendo un marcador útil en la sepsis y otras infecciones siendo que en las primeras 6-8 horas puede alcanzar hasta 30 veces su valor normal

XIII. Anexos

Necesidad Mayormente alterada

Mantener la Integrada de la Piel

Se define la Termorregulación como un complejo sistema encargado de mantener constante la temperatura (T^a) del medio interno. Dicho sistema se puede considerar constituido por tres componentes:

1. Vías Aferentes Termoceptivas: distintos tipos de sistemas de recogida de información térmica que la dirigen hasta los centros de integración.
2. Centros De Integración: centros coordinados encargados de integrar la información térmica aferente, elaborar un juicio sobre la situación de la temperatura corporal, y emitir respuestas que o bien modifican la T^a corporal (aumentándola o reduciéndola) o bien la mantienen intacta.
3. Vías Eferentes Termoefectoras: distintos tipos de sistemas que permiten elevar o reducir temperatura corporal según el dictado de los centros reguladores.

Dicho sistema de termorregulación se basa en la interrelación y cooperación de varios sistemas aparentemente independientes entre sí: sistema nervioso, sistema inmunitario, sistema cardiovascular, sistema muscuoesquelético, tejido adiposo, sistema endocrino, piel y anejos...

La amplia distribución de los receptores termo sensibles en todo el cuerpo garantiza la instauración de un complicado sistema de control informativo capaz de tomar en cuenta el estado térmico total del organismo. Los termo sensores cutáneos se localizan en la dermis; los del frío son más numerosos y presentan una distribución más regular en la piel que los termo sensores para el calor

Las capas de la piel

Capas De La Piel 1. Epidermis: capa externa, compuesta de epitelio escamoso estratificado queratinizado, derivado del ectodermo.

2. Dermis: justo por debajo, interdigitada con la epidermis. Se deriva del mesodermo y está compuesta de tejido conjuntivo denso, irregular y colagenoso

Epidermis Capas

1. Estrato Basal (Germinativo): Compuesto por células cúbicas a cilíndricas bajas con actividad mitótica. También se encuentran células de Merkel y melanocitos. Separada de la capa papilar de la dermis por una membrana basal. Son comunes figuras mitóticas ya que se encarga esta capa de la renovación de las células del epitelio (sobre todo durante la noche).
2. Estrato Espinoso: Capa más gruesa de la epidermis. Compuesta por células poliédricas o aplanadas. Sus células tienen actividad mitótica.
3. Estrato Granuloso: Compuesto por 3 a 5 capas de queratinocitos aplanados que contienen en su citoplasma gránulos de queratohialina. Es la capa más superficial en la cual las células aún tienen núcleo.
4. Estrato Lúcido (*Sólo piel gruesa): Sus células (queratinocitos) carecen de organelos y núcleos.
5. Estrato Córneo: Capa más superficial de la piel.

Capas de la Dermis

Capa Papilar: Es la capa más superficial de la dermis, la cual se interdigita en forma directa con la epidermis y forma los rebordes dérmicos (papilas), pero está separada de ella por la membrana basal.

Capa Reticular: Capa más profunda de la piel

Escalas Utilizadas

Comer

0 = incapaz

5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

Trasladarse entre la silla y la cama

0 = incapaz, no se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente

Aseo personal

0 = necesita ayuda con el aseo personal.

5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

Uso del retrete

0 = dependiente

5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.

10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

Bañarse/Ducharse

0 = dependiente.

5 = independiente para bañarse o ducharse.

Desplazarse

0 = inmóvil

5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.

10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).

15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

Subir y bajar escaleras

0 = incapaz

5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.

10 = independiente para subir y bajar.

Vestirse y desvestirse

0 = dependiente

5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.

10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc

Control de heces:

0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)

5 = accidente excepcional (uno/semana)

10 = continente

Control de orina

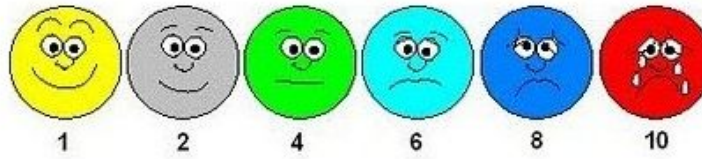
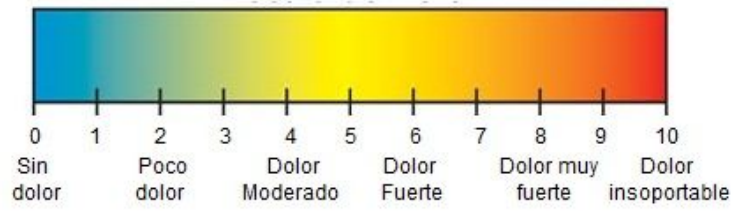
0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.

5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

10 = continente, durante al menos 7 días.

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

Escalas de dolor



Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON 1993)		
Riesgo de caída > 2 puntos		
Caídas previas	No	0
	Sí	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

TABLA DE LA ESCALA DE COMA GLASGOW		
 APERTURA DE OJOS	CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
Abre antes del estímulo	Espontánea	4
Tras decir o gritar la orden	Al sonido	3
Tras estímulo en la punta del dedo	A la presión	2
No abre los ojos, no hay factor que interfiera	Ninguna	1
Cerrados por un factor a nivel local	No valorable	-
 RESPUESTA VERBAL	CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
Da correctamente nombre, lugar y fecha	Orientado	5
No está orientado pero se comunica coherentemente	Confuso	4
Palabras sueltas inteligibles	Palabras	3
Sólo gemidos, quejidos	Sonidos	2
No se oye respuesta, no hay factor que interfiera	Ninguna	1
Existe factor que interfiere en la comunicación	No valorable	-
 MEJOR RESPUESTA MOTORA	CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
Obedece la orden con ambos lados	Obedece comandos	6
Lleva la mano por encima de la clavícula al estimularle el cuello	Localiza	5
Dobla brazo sobre codo rápidamente, pero las características no son anormales	Flexión normal	4
Dobla el brazo sobre el codo, características predominantemente anormales	Flexión anormal	3
Extiende el brazo	Extensión	2
No hay movimientos en brazos ni piernas. No hay factor que interfiera	Ninguna	1
Parálisis y otro factor limitable	No valorable	-

Figura 1. Escala de Braden

<i>Percepción Sensorial</i> Capacidad de respuesta a estímulos dolorosos	1. Limitado completamente	2. Muy limitado	3. Limitado levemente	4. Sin impedimento
<i>Humedad</i> Grado de humedad de piel	1. Constantemente húmeda	2. Muy húmeda	3. Ocasionalmente húmeda	4. Raramente húmeda
<i>Actividad</i> Grado de actividad física	1. Confinado a la cama	2. Confinado a la silla	3. Ocasionalmente camina	4. Camina frecuentemente
<i>Movilidad</i> Control de posición corporal	1. Completamente inmóvil	2. Muy limitada	3. Levemente limitada	4. Sin limitaciones
<i>Nutrición</i> Patrón de ingesta alimentaria	1. Completamente inadecuada	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
<i>Fricción y roce</i> Roce de piel con sábanas	1. Presente	2. Potencialmente presente	3. Ausente	

Se considera como riesgo de desarrollar úlceras un puntaje menor o igual a 16.



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de enfermería y obstetricia



Instrumento de valoración basado en el modelo de necesidades humanas de Virginia Henderson

Elaboró: Academia De Enfermería Fundamental

Datos De Identificación

Nombre: Angelica G.S Edad: 65 Sexo: F
 Ocupación: Comerciante Estado _____ Civil: Viuda
 Escolaridad: Primaria
 Religión: Catolica Domicilio: _____

Signos Vitales

Frecuencia Respiratoria: _____ Ritmo: _____ Expansión Torácica: _____
 Profundidad: _____ Pulso: _____ Frecuencia: _____ Ritmo: Regular _____
 Irregular _____ Intensidad: Fuerte: _____ Débil _____
 Temperatura: _____ Tensión Arterial: _____ mmhg
 Somatometria: Peso _____ Talla _____ Índice De Masa Corporal _____
 Perímetro Abdominal _____

Valoración De Necesidades

1. Oxigenación

¿Tiene Algún Problema Para Respirar? No _____ Sí _____ Describa: _____
 ¿Se ha expuesto al humo de la leña? No _____ Sí _____
 ¿Ha fumado en algún momento de su vida? No _____ Sí _____ ¿Cuántos cigarros al día? _____ ¿Convive con fumadores? No _____ Sí _____ ¿Ha convivido con aves? No _____ Sí _____ ¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina? No _____ Sí _____
 ¿Tiene la sensación de que le falta el aire al subir escaleras? No _____ Sí _____
 ¿Su casa está ventilada? No _____ Sí _____ ¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? No _____ Sí _____ ¿Tiene familiares con problemas para respirar? No _____ Sí _____ ¿Le han diagnosticado hipertensión? No _____ Sí _____ ¿Tiene problemas cardíacos? No _____ Sí _____ ¿Tiene familiares con problemas del corazón? No _____ Sí _____ ¿Toma algún medicamento? No _____ Sí _____

Especifique: _____

Explore: (Región Cardiopulmonar, Ruidos Cardíacos, Movimientos Torácicos)
 Dificultad Respiratoria: No__ Sí__ Fatiga: No__ Sí__ Expectoración: No__ Sí__
 Color De La Piel: _____ Llenado capilar: _____
 Observaciones: _____

2. Alimentación E Hidratación

¿Cuáles son los alimentos que acostumbran consumir durante el desayuno?
 cantidades _____ en _____ raciones _____
 ¿Cuáles son los alimentos que acostumbran consumir durante la comida?
 cantidades _____ en _____ raciones _____
 ¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena?
 cantidades _____ de _____ raciones _____
 ¿Come entre comidas? No__ Sí__ ¿Qué alimentos consume? _____
 ¿Donde acostumbra comer? _____ ¿Con quién acostumbra
 comer? _____ ¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación?
 ¿Cuáles son los alimentos que le agradan? _____
 ¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? _____
 ¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? _____
 ¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? _____ ¿Tiene
 problemas para masticar? _____ ¿Por qué? _____ ¿Tiene
 dentadura completa? _____ ¿Usa prótesis? No__ Sí__ ¿Tiene problemas con
 su peso? No__ Sí__ ¿Por qué? _____ ¿Considera que tiene adecuada
 digestión de los alimentos? _____ ¿Por qué? _____
 ¿Cuántos vasos de agua toma al día? _____ ¿Acostumbra tomar
 refrescos? _____ ¿Acostumbra tomar café? _____ ¿Acostumbra
 tomar alcohol? _____ ¿Toma suplementos
 alimenticios? _____

Explore:

Cavidad Oral: _____
 Región Torácica: _____
 Región Abdominal: _____
 Observaciones: _____

3. Eliminación

¿Cuántas veces evacua al día? _____ ¿Presenta alguno de estos signos o
 síntomas? Esfuerzo para evacuar: No__ Sí__ Dolor anal al evacuar: No__ Sí__
 Dolor abdominal al evacuar: No__ Sí__
 Características del dolor: _____
 Flatulencias: No__ Sí__ Tenesmo: No__ Sí__ Meteorismo: No__ Sí__

Incontinencia: No__ Sí__ Prurito: No__ Sí__ Hemorroides: No__ Sí__
 ¿Cuando presenta problemas para evacuar, qué recursos utiliza? _____
 ¿Qué hábitos ayudan a evacuar? _____ ¿Qué hábitos le dificultan la
 evacuación? _____ ¿Qué características tiene la evacuación? _____
 ¿Cuántas veces orina al día? _____ ¿De qué color es la
 orina? _____ ¿Qué olor tiene su orina? _____ ¿Presenta
 alguno de estos signos o síntomas?: Disuria: No__ Sí__ Poliuria: No__ Sí__
 Nicturia: No__ Sí__ Retención De Orina: No__ Sí__ Urgencia Para Orinar: No__
 Sí__ ¿Qué recurso se utiliza cuando tiene problemas para orinar? _____
 ¿Usted Suda? No__ Sí__ ¿Cómo es su sudoración? _____ ¿Bajo qué
 condiciones suda? _____

En Caso De Mujeres: Fecha De Última Menstruación: _____ ¿Cada
 Cuando Menstrua? _____ ¿Cuántos Días Dura Su Menstruación? _____
 ¿Presenta Alguno De Estos Signos Y Síntomas?: Dismenorrea: No__ Sí__
 Perdidas Intermenstruales: No__ Sí__ Flujo Vaginal: No__ Sí__
 ¿Qué Características Tiene? _____ ¿Qué hace para Controlar La
 Dismenorrea? _____

En Caso De Hombres: ¿Presenta alguna alteración de la eyaculación? _____
 Explore: _____
 Región Abdominal: _____
 Observaciones: _____

4. Movimiento y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulta la deambulación? No__ Sí__ Especifique:
 _____ ¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida
 diaria? No__ Sí__ ¿Cómo? _____ ¿Tiene dificultad para moverse?
 No__ Sí__ Especifique: _____ ¿Utiliza apoyo para desplazarse? No__ Sí__
 ¿Cual es la postura habitual relacionada con su ocupación? No__ Sí__
 ¿Cuántas horas al día pasa usted en esta postura? _____ ¿Presenta alguno de
 estos signos y síntomas?: Dolores Óseos, Musculares, Articulares, Contracturas,
 Presencia de Temblores. Especifique: _____ ¿Cuáles
 movimientos involuntarios? Describa: _____
 ¿Le falta fuerza o debilidad muscular? No__ Sí__ Describa: _____
 Edema, Ardor, Comezón o Hematomas en alguna parte del cuerpo. Describa:
 _____ Mareos: No__ Sí__ Pérdida Del Equilibrio: No__ Sí__
 Desorientación: No__ Sí__ Describa: _____
 ¿Realiza alguna actividad física? No__ Sí__ ¿Cuál? _____

Explore: Postura, Marcha, Movimiento, Flexibilidad, Resistencia Articular, Reflejos.

Observaciones: _____

5. Descanso y sueño

¿Usted descansa durante el día? _____ ¿Cómo se siente después de descansar? _____ ¿Cuántas horas duerme habitualmente? _____ ¿Presenta alguna de estas alteraciones del sueño?: Dificultad Para Conciliar El Sueño: No__ Sí__ Se Despierta Fácilmente: No__ Sí__ Sueño Agitado: No__ Sí__ Pesadillas: No__ Sí__ Nerviosismo: No__ Sí__ Se Levanta Durante La Noche: No__ Sí__ ¿por qué? _____ ¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? _____ ¿acostumbra tomar siestas? _____ ¿Qué hace para conciliar el sueño? _____

Explore: Ojeras, Atención, Bostezo, Concentración, Actitud De Desgano, Cansancio, Adinamia.

6. Vestido

¿Qué ropa utiliza? ¿Cuándo hace frío? _____ ¿hace calor? _____ ¿Cuando llueve su ropa le permite libertad de movimiento? _____ ¿expresa sentimientos a través de su ropa? _____ ¿la ropa que usa usted la elige es capaz de desvestirse y vestirse solo? No__ Sí__

Explore:

Características de la ropa de acuerdo a su género, edad, uso de distintivos, limpieza y aliño.

Observaciones: _____

7. Termorregulación

¿Sabe cómo medir la temperatura? No__ Sí__ ¿Presenta alteraciones de la temperatura? No__ Sí__ Especifique: _____ ¿Qué medidas toma para controlar la temperatura? _____

Explore: Signos y síntomas relacionados con hipertermia e hipotermia (bochornos)

Observaciones: _____

8. Higiene

¿Con qué frecuencia se baña? _____ ¿Cada cuándo se lava el cabello? _____ ¿Después del baño el cambio de ropa es parcial o total? _____ ¿Cada cuando lava sus manos? _____ ¿Cada cuándo se realiza el cuidado de las uñas pies manos? _____ ¿Cada cuándo cepilla sus dientes? _____ ¿para el aseo de sus dientes utiliza el hilo dental? _____ ¿Utiliza prótesis

dental? _____ ¿Cuándo realizó la última visita al dentista? _____ ¿Necesita ayuda para realizar su uso personal? _____

Explore: _____

Estado de la piel _____ mucosas _____ uñas _____ cabello _____ cavidad bucal _____ limpieza _____ coloración _____ estado de hidratación _____ presencia de lesiones _____

Observaciones: _____-

9. Evitar peligros

Prácticas sanitarias habituales: No__ Sí__ Esquema de inmunizaciones completo: No__ Sí__ toxoide diftérico: No__ Sí__ toxoide tetánico: No__ Sí__ hepatitis: No__ Sí__ neumocócica: No__ Sí__ influenza: No__ Sí__ rubéola sarampión: No__ Sí__ revisiones periódicas en el último año: No__ Sí__ exploración prostática: No__ Sí__ autoexploración mamaria: No__ Sí__ ¿Cada cuándo se realiza? _____ Mamografía: No__ Sí__ Papanicolau: No__ Sí__ Resultado _____ Inflamación: No__ Sí__ Miomatosis Uterina: No__ Sí__ Protección contra infecciones de transmisión sexual: uso de condón. No__ Sí__ Seguimiento del plan terapéutico prescrito: No__ Sí__ Automedicación: No__ Sí__ Nombre del medicamento: _____ Consumo de drogas de uso no médico: No__ Sí__ ¿Cuál? _____ Uso de medidas de seguridad cinturón de seguridad: No__ Sí__ uso de pasamanos: No__ Sí__ uso de lentes de protección: No__ Sí__ protectores para la audición: No__ Sí__ Percepción de su imagen corporal ¿cómo se? _____ ¿Es capaz de dar solución a sus problemas? No__ Sí__ ¿Es capaz de mantener su seguridad física? No__ Sí__ ¿Cuenta con las medidas de seguridad en el trabajo? No__ Sí__ las utiliza: No__ Sí__ escuela: las utiliza No__ Sí__ casa las utiliza: No__ Sí__ otros lugares: No__ Sí__

10. Comunicación

Idioma Materno: _____ alguna alteración de los órganos: _____ de los sentidos: _____ ¿Qué le impide comunicarse eficientemente? _____ ¿cuál? _____ Vista: No__ Sí__ oído: No__ Sí__ olfato: No__ Sí__ gusto: No__ Sí__ tacto: No__ Sí__ afectación verbal: No__ Sí__ especifique: _____ tipo de carácter: _____ autopercepción: optimista _____ pesimista _____ realista _____ introvertido _____ extrovertido _____

¿Se le dificulta comprender? No__ Sí__ ¿Aprender? No__ Sí__ ¿Concentrarse? No__ Sí__ ¿Lectoescritura? No__ Sí__ ¿Cómo es la comunicación con su familia?

Explore: _____

¿Características del lenguaje verbal, modelos, expresión, costumbres, cambios de expresión verbal, humor? ¿Apoyos como aparatos auditivos y estado de conciencia?

Observaciones: _____

11. Creencias y valores

¿Qué es importante para usted en la vida? _____ ¿además de ese valor que otras cosas son importantes? _____ ¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas? _____ Ejemplos ¿En Casos de desastre? _____ ¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella? _____ ¿Sus creencias sobre la vida o su religión le ayudan a enfrentar sus problemas? _____

Explorar datos subjetivos:

Observar coherencia entre lo que la persona dice, lo que realmente hace.

Ejemplo:

- Lee con frecuencia sus estampas
- Cuenta con crucifijos, escapularios
- Práctica oración y rezo
- Al hablar expresa peticiones, oraciones en voz alta a Dios o algún santo
- Dice ser ateo, no acepta que le hablé de nada espiritual, se ríe de creencias
- Solicita la presencia de sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual

Describe: _____

12. Trabajar y realizarse

¿Qué actividades realiza diferentes en su trabajo? _____ ¿tiene alguna ocupación no remunerada? No__ Sí__ ¿cuál? _____ ¿tiene alguna capacidad diferente o limitación? No__ Sí__ ¿cuál? _____ ¿necesita algún cuidado especial? No__ Sí__ ¿cuál? _____ ¿considera usted que tiene algún tipo de dependencia? No__ Sí__ ¿de qué tipo? _____ ¿a qué atribuye usted la dependencia? _____ ¿esto afecta su estado emocional? _____ ¿tiene dificultad para integrarse socialmente? (familia, amistades, compañeros, grupos o comunidad? _____ ¿requiere ayuda para realizar alguna actividad? _____ ¿requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente? _____ ¿con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? _____ ¿a que lo atribuye? _____ ¿Cuáles son las metas de su vida? _____

Explore: (actitud) _____

Observaciones: _____

13. Recreación

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse? Nunca__ Pocas veces _____ Siempre _____ ¿a qué atribuye usted este estado de ánimo? _____ ¿qué actividades recreativas acostumbra para

divertirse? Cine ___ Teatro ___ Lectura ___ Tv ___ Música ___ Baile ___ Fiesta ___ Reuniones con familiares, amigos ___ otros ___ ¿con qué frecuencia tiene usted cambios de ánimo, y fácilmente pasa de la risa al llanto o enojo? _____ ¿le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? _____ ¿qué medicamento le indicaron? _____ ¿su estado de ánimo influye para realizar alguna actividad recreativa? _____ especifique _____

14. Aprendizaje

¿Considera usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? No ___ Sí ___ ¿Por qué? _____ ¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender? Muy baja ___ no me cuesta trabajo ___ me cuesta trabajo pero si aprendo ___ regular ___ casi no me cuesta trabajo ___ ¿de qué fuente adquiere conocimiento? Lectura ___ otras personas ___ televisión ___ radio ___ cursos ___ conferencias ___ ¿lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? _____ ¿ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? _____

Explore: Expresión de deseo de aprender, manifestación del interés de aprender, estado de reciprocidad) _____

ESCALA DE BRISTOL

Tipo 1		Heces en forma de bolas duras y separadas que pasan con dificultad
Tipo 2		Heces en forma de salchicha compuesta por fragmentos
Tipo 3		Heces con forma de salchicha con grietas en la superficie
Tipo 4		Heces como una salchicha o serpiente, lisa y suave
Tipo 5		Bolas blandas con los bordes definidos, que son defecados fácilmente
Tipo 6		Trozos blandos y esponjosos, con bordes irregulares y consistencia pastosa
Tipo 7		Acuosa, sin trozos sólidos, totalmente líquida

13.1 Descripción de la Patología

Suele ser poli microbiana, aunque en ocasiones puede ser monomicrobiana. En estos casos, el germen aislado con mayor frecuencia es el *Streptococcus pyogenes*. Pueden aislarse habitualmente bacterias aeróbicas y anaeróbicas y se postula una acción sinérgica de las mismas que explica el curso habitualmente fulminante.

Tipo I: infección polimicrobiana por bacterias aerobias y anaerobias, generalmente afecta a pacientes inmunocomprometidos y suele debutar en el tronco y en el abdomen.

Tipo II: causada por estreptococos grupo A y *Staphylococcus aureus*, es menos frecuente que el grupo anterior y afecta con mayor probabilidad a individuos jóvenes e inmunocompetentes; se localiza, sobre todo, en las extremidades.

Tipo III: causada por *Vibrio vulnificus*. Se asocia a las heridas provocadas por la manipulación de marisco crudo; y, aunque esta es la forma menos frecuente, está asociada a fallo multiorgánico en las primeras 24 h.

Las lesiones más sobresalientes son la necrosis severa y extensa de la superficie fascial y del tejido celular subcutáneo, con destrucción y licuefacción de la grasa. En su fase inicial no compromete la piel suprayacente ni los músculos subyacentes.

Diagnóstico: Las pruebas que pueden ayudarnos son RX simple, USG de la zona si procede, cultivo de la zona afectada y pruebas de laboratorio complementarias como la PCR, la biometría hemática para saber si tiene leucocitosis

Fase inicial - Tratamiento de la infección: tratamiento antibiótico sistémico de amplio espectro y desbridamiento quirúrgico extenso. Se trata de una auténtica urgencia médico-quirúrgica, siendo la rapidez en el establecimiento del tratamiento uno de los principales condicionantes del pronóstico.

- El antibiótico de primera elección en infecciones de tejidos blandos es amoxicilina-clavulánico a altas dosis. Sin embargo, si la sospecha es de fascitis

necrosante debemos comenzar con carbapenem o piperacilina-tazobactam con o sin aminoglucósido, siendo alternativas las cefalosporinas de 3^a generación + metronidazol o quinolona + antianaeróbico (15)

Facitis Necrotizante

“La clasificación microbiológica más reciente distingue la FN en cuatro tipos:

Tipo I: poli microbiana sinergista (70-80 %)

Tipo II: monomicrobiana (20 %)

Tipo III: Gram-negativos, monomicrobiana, incluye vibrios marinos

Tipo IV: fúngica.

También puede ser clasificada de acuerdo a su evolución en

1. Hiperaguda o fulminante.

2. Subaguda o no fulminante.” (18)

Fisiopatogenia

Ocurre mayormente en pacientes inmunodeprimidos esta suele presentarse con dolor desproporcionado al grado de inflamación y en las formas hiperagudas evoluciona de forma rápida al fallo multiorganico.

Cuadro clínico

En general la FN se presenta como un proceso agudo. Las manifestaciones clínicas comienzan aproximadamente en una semana después de iniciado el evento

Diagnóstico

“Laboratorio: leucocitosis con desviación a la izquierda, hipoalbuminemia (<3g/dl), trombocitopenia, azoemia, hipocalcemia (por saponificación de la grasa), aumento de creatín fosfoquinasa (CPK), como marcador del compromiso infeccioso

muscular, aumento de bilirrubina, glucemia, creatinina, sodio, proteína C reactiva y anemia intensa, estudios microbiológicos positivos a EGA asociado o no a estafilococo aureus". (18)