



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

PROCESO CUIDADO ENFERMERO “INFECCIÓN DE HERIDA
QUIRÚRGICA OBSTÉTRICA PUERPERAL”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

BRENDA VINAJA JIMÉNEZ

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

PROCESO CUIDADO ENFERMERO “INFECCIÓN DE HERIDA
QUIRÚRGICA OBSTÉTRICA PUERPERAL”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

BRENDA VINAJA JIMÉNEZ

TUTORA: L.E.O. Claudia Patricia Pérez Hernández

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

CARTA DE ACEPTACIÓN DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO
ENFERMERO PARA LA TITULACIÓN DE LA LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Los suscritos miembros del proceso de titulación de
BRENDA VINAJA JIMÉNEZ

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo

**“Proceso cuidado enfermero Infección de Herida Quirúrgica Obstétrica
Puerperal”**

En visita de la cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo
sea sustentada en examen de grado en licenciatura en enfermería y
obstetricia.

L.E.O. Claudia Patricia Pérez Hernández

Asesora

L.E.O. Agripina García Gutiérrez

Presidenta

M.E.y.A.S. Clara Elena Infante Granja
Secretaria

L.E.O. Luz Esperanza Hernández Terrazas
Vocal

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

Primeramente le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencias y sobre todo felicidad.

Gracias Dios por haberme ayudado durante estos años, el sacrificio fue grande pero tú siempre me diste las fuerzas necesarias para continuar y lograr este triunfo también es tuyo mi Dios.

Les agradezco a mis padres por su apoyo incondicional en mis 5 años de estudio, estudiar la universidad era unas de mis más grandes sueños y puede hacerlo realidad. Con sus grandes consejos, me ayudaron a superar los momentos más difíciles en mi vida de estudiante y el trabajo que hicieron para que nunca me faltara nada es digno de reconocerlo muchas gracias papas.

A mis hermanos y hermanas quiero darles las gracias por creer siempre en mí y motivarme a ser un profesional, muchas veces pensé en dejarlo todo, pero ustedes me hicieron ver que no era el camino correcto, a hora soy graduada de la universidad y me siento lista para afrontar los retos de la vida y seguir aprendiendo cosas nuevas cada día.

Gracias a mi esposo por apoyarme en este proceso de titulación, siempre me brinda las herramientas y el apoyo necesario para lograr lo que me proponga muchas gracias.

Y por último agradezco a mi asesora L.E Rosa María Guadalupe Vázquez Sánchez por las enseñanzas, ideas y conocimientos compartidos durante este proceso de titulación y sobre todo por su gran paciencia y dedicación en estas semanas de trabajo, que Dios la bendiga siempre.

RESUMEN DEL TRABAJO

Introducción: La infección de herida quirúrgica se define como aquella infección que ocurre dentro de los primeros 30 días del procedimiento quirúrgico, involucra tejidos profundos en el sitio de incisión. La infección puerperal es una de las principales complicaciones de las pacientes obstétricas.

El rol de enfermería es de gran relevancia siendo los primeros profesionales en recibir y continuar el proceso de recuperación del paciente, como en las infecciones del sitio quirúrgico, aportando conocimiento especializado para fomentar soluciones para su pronta reinserción al entorno familiar.

Objetivo: Desarrollar un caso clínico que incluya un proceso cuidado enfermero que permita identificar las necesidades del paciente, así como lograr que el paciente llegue a un nivel de conocimientos óptimos para el desarrollo de su autocuidado y mejorar su calidad de vida.

Metodología: Se utilizó el modelo de Virginia Henderson, como punto de partida para ayudar al individuo sano o enfermo y lograr su recuperación e independencia a la mayor brevedad posible, se abordó el PCE en sus 5 etapas haciendo uso de las taxonomías *NANDA*, *NOC* y *NIC*, para concluir con la elaboración de un plan de alta.

Conclusión. En este PCE se evidenció una disposición por llevar a cabo tareas de cuidado, así como el interés de obtener información detallada de su enfermedad, obteniendo un paciente capaz de llevar a cabo tareas de autocuidado, del manejo de su enfermedad y tratamiento, mejorando así su estado de salud física, psicológica y social.

Palabras clave: Infección de herida quirúrgica, PCE, *NANDA*, *NOC*, *NIC*, Autocuidado.

I. ÍNDICE

	Pág.
II. INTRODUCCIÓN	2
III. JUSTIFICACIÓN	4
IV. OBJETIVOS	6
4.1 Objetivo general.....	6
4.2 Objetivos específicos.....	6
V. MARCO TEÓRICO	7
5.1 Enfermería como profesión disciplinaria.....	7
5.2 El cuidado como objetivo de estudio.....	9
5.3 Proceso de atención a enfermería.....	10
5.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PCE.....	13
5.4.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado.....	14
5.5 Etapas del proceso cuidado enfermero.....	16
5.5.1 Valoración.....	16
5.5.2 Diagnostico.....	17
5.5.3 Planeación.....	17
5.5.4 Implementación.....	17
5.5.5 Evaluación.....	18
5.5.6 Problemáticas de la salud de la persona (patología, concepto, epidemiología, aspectos fisiopatológicos, manifestaciones)	19
5.5.7 Diagnóstico y tratamiento.....	25
VI. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO	27
6.1 Valoración clínica según el modelo de (Virginia Henderson)	27
6.2 Diagnostico enfermero.....	34
6.3 Planificación (indicadores de resultado)	
6.4 Ejecución (NIC, GPC, fundamentación de cada intervención)	
6.5 Evaluación	
VII. PLAN DE ALTA	71
VIII. CONCLUSIONES	73
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ESTILO APA)	74
X. GLOSARIO DE TÉRMINOS	78
XI. ANEXOS	80

II. INTRODUCCIÓN

La enfermería es una profesión disciplinaria con un cuerpo de conocimientos científicos propios, desarrollados dentro de un marco conceptual destinado a promover la adquisición, mantenimiento o restauración de un estado de salud óptimo que permita la satisfacción de las necesidades básicas del individuo o de la sociedad. (Mildred 2011).

El personal de enfermería cuenta con conocimientos científicos y sentido humanístico, que le permite otorgar una atención holística al paciente afectado en conjunto con el personal multidisciplinario. (Harcourt, 2001).

El modelo a utilizar para el enfoque del PCE es el de Virginia Henderson que se ubica en los modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada. (Amezcuca, 2014).

Adquirir independencia lo más rápidamente posible. Resulta de interés, su particular visión sobre la función autónoma de la enfermera, esa parte independiente de su trabajo que ella inicia y controla. También el planteamiento de la colaboración con otros profesionales del equipo de salud, en la aplicación y seguimiento del programa terapéutico, ya sea para la mejora de la salud, la recuperación de la enfermedad o el apoyo a la muerte. Asimismo considera a la persona como centro del sistema, otorgándole un papel activo en su proceso de salud. (Colliere, 2009).

Se utilizara esta teoría para un PCE individualizado a través de los cuidados básicos de enfermería, que legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados. La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o

a una muerte placentera) y que él, llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

El modo de la intervención se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad. Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona. El grado hasta el cual las enfermeras ayudan a los pacientes a adquirir independencia es una medida de su éxito. (Tomey, 2011).

Para la valoración de la paciente se utilizó la teoría de Virginal Henderson ya que su sistema está diseñado para la realización de una valoración de enfermería eficaz, por lo que constituye una base teórica útil para la valoración de los patrones de salud permitiendo identificar alteraciones.

La utilización de las taxonomías *NANDA*, *NIC* y *NOC* facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como, un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones. (Herdman, 2018-2020).

El presente trabajo da a conocer el desarrollo y aplicación de un PCE individualizado a una mujer de 27 años de edad con una infección de herida quirúrgica (IHQ) obstétrica tardía. Fue elegido ya que se considera como uno de los problemas más importantes de infección en gineco obstetricia puerperal. Las IHQ dependen básicamente de la localización de la herida. Los gérmenes asociados a cada localización no han cambiado en los últimos 30 años entre los más comunes se encuentran *E. aureus*, y *E. coli*. (Gomez, 2016).

Se considera que la aplicación del PCE es de gran importancia ya que facilitará identificar los factores de riesgo post operatorios que se relacionan con las infecciones de las heridas quirúrgicas y como se pueden tratar, para dejar una serie de pautas que permitan realizar una guía, de protocolo y/o procedimientos como propósito de mejorar la calidad de atención y cuidados a la salud.

III. JUSTIFICACIÓN

En el 2015 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó el fallecimiento de 830 mujeres al día por complicaciones del embarazo, parto o puerperio en todo el mundo. El 75% de las muertes maternas se originan por hemorragias graves, infecciones posparto, hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones del parto y aborto. La incidencia de sepsis varía de 0.96 a 7.04% por cada 1000 mujeres de entre 15 y 49 años. Ante este panorama, es inminente la necesidad de colaborar desde el frente enfermero para incidir en estas estadísticas a partir del cuidado hacia los pacientes que sufren de esta complicación que afecta no solamente a su salud sino hasta la relación entre la madre y el recién nacido por la separación que ambos sufren para atender la situación de la paciente. (López, 2019).

Es por eso que se propone un PCE individualizado para un caso clínico de una paciente puérpera que presenta una IHQ tardía. La realización de un proceso de atención de enfermería PCE individualizado permitirá ofrecer al personal de enfermería una herramienta más para ofrecer el cuidado a las pacientes con esta patología.

El proceso de enfermería es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión con los años. Dicho proceso ha cambiado y evolucionado y, por ende, ha adquirido mayor claridad y comprensión. La enfermera juega un papel importante en el restablecimiento del enfermo; hay que incorporar el conocimiento acumulado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir intervenciones de enfermería y vincularse con la persona en el contexto de su mundo único para lograr su salud.

A partir de ello se pretende brindar un mejor cuidado y garantizar una mejor atención satisfaciendo las necesidades tanto reales como potenciales de cada uno de los pacientes; además de aplicar de manera racional el conocimiento teórico y práctico para establecer los cuidados oportunos en un determinado momento, lo cual además ayudará a reforzar los conocimientos aprendidos, dejando un aprendizaje verdaderamente

importante y significativo para la formación y operación del profesional cuidado enfermero. (Ferrer, 2000).

Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera distinta y se desarrollaran a través de un plan de cuidados elaborado de acuerdo a las necesidades de la paciente, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida, quien realizara acciones encaminadas a satisfacer las necesidades que requieren cierto grado de suplencia y compensar lo que le haga falta cuando se encuentra en un estado grave o crítico, para cubrir sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. (Mildred, 2011).

Virginia Henderson planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad. (Amezcuca, 2014)

El Proceso de Atención de Enfermería es considerado como un instrumento, cuya aplicación es indispensable para la actuación del profesional, ya que le permite a los profesionales enfermeros organizar, optimizar y priorizar los cuidados; hecho que con lleva a las enfermeras a disminuir notablemente el número de errores, al momento de brindar atención sanitaria a los usuarios que la requieren. Es por ello, que el propósito del presente trabajo es determinar la aplicación PCE por parte de la enfermería. (Jean, 2016). La meta para el paciente es mejorar su salud y para enfermería brindar servicios a la persona con mayor eficacia, fomentando el compromiso y la responsabilidad hacia la paciente considerado como ser biopsicosocial, por eso como profesionales de enfermería debemos preocuparnos por adquirir o tener una mejor educación, es decir prepararnos para corregir todas la deficiencias a fin de estar preparados para todo y de esta manera, realizar correctamente nuestras intervenciones. (Jean, 2016).

La novedad científica radica en la elaboración de un PCE individualizado para una paciente con estas características, que servirá como pauta de atención para estudiantes y profesionistas a partir de la incorporación del modelo de las 14 necesidades de V. Henderson, mismos que se obtuvieron de manera personal y profesional.

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVOS GENERALES

Desarrollar un proceso del cuidado enfermero, individualizado, actualizado, basado en la teoría de las 14 necesidades de V. Henderson incluyendo la valoración, la NANDA, las taxonomías NOC, NIC y las GPC, en una paciente con una infección tardía de herida quirúrgica por cesárea.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar la recolección de información que sustente la infección tardía de herida quirúrgica por cesárea.
- Elaborar la valoración del paciente acorde a las 14 necesidades de V. Henderson
- Desarrollar un PCE individualizado para el paciente con una infección tardía de herida quirúrgica por cesárea basada en la NANDA, las taxonomías NOC, NIC y las GPC.
- Elaborar un plan de alta para los cuidados de la paciente en casa.

V. MARCO TEORICO

5.1 ENFERMERIA COMO PROFESION DISCIPLINARIA

La Enfermería es mucho más que un oficio, es una ciencia en la que se conjugan el conocimiento, el corazón, la fortaleza y el humanitarismo. Su verdadera esencia reside en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente que constituyen el fundamento real de los cuidados de enfermería. (Meldried, 2011).

Actualmente, existe un nivel de desarrollo profesional y disciplinar, que está dando lugar a una corriente de opinión que se materializa en diferentes trabajos propuestas y acciones. Cuando más se profundice en el desarrollo profesional, este repercutirá en la mejora de los cuidados enfermeros y en la aportación a las mejoras de salud de las personas y grupos. Tanto la construcción del conocimiento enfermero como la adquisición, han estado condicionados por la concepción de salud y enfermedad y el tipo de atención que se ofrece a la persona y por los aspectos que han influido en el proceso de evolución de la Enfermería. (Meldried, 2011).

El inicio de la ciencia enfermera se puede situar en la década de los años cincuenta, es cuando se empieza a desarrollar la investigación en el campo de la enfermería. Los resultados de ellas se plasman en teorías enfermeras, modelos de cuidados, que ofrecen las explicaciones teóricas de las situaciones enfermeras y el método con el que deben ser aplicadas en la práctica, y con los resultados de la aplicación se validan los conocimientos expresados en las construcciones teóricas. Otro aspecto que se debe destacar y que contribuye a la ciencia de la enfermería es la creación de la Licenciatura en Enfermería por ser esta la que permite al enfermero iniciarse en la investigación y acrecentar el desarrollo disciplinar. (Tomy, 2011).

El reconocimiento de Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que lo fundamenta.

En la actualidad, la enfermería se ocupa del estudio en su dimensión humanística,

tratando de superar la racionalidad técnica que la práctica asistencial le ha impuesto en el concierto de las profesiones de la salud. (Tomy, 2011).

La construcción disciplinar de la enfermería implica definir su objeto de estudio, y es el cuidado a la salud y el bienestar de la persona en el proceso de vida, el más aceptado por la comunidad científica. En ese mismo sentido, se denomina persona al sujeto de los cuidados de enfermería. La comprensión del significado persona, como sujeto de estudio de la enfermería, implica entender la naturaleza humana en los procesos de vida-muerte, salud-enfermedad, crecimiento-desarrollo, que en interacción con la enfermera, se involucran en una relación de cuidado. Es necesario ese reconocimiento de lo humano en dicha relación, para que se exprese la ética del cuidado en el ejercicio profesional. Así mismo, esta profunda reflexión de dichos fenómenos, que lleva a cabo la propia comunidad científica, conduce a una auténtica identidad y autonomía profesional y disciplinar. (Mildred 2011).

Se entiende por profesión al ejercicio retribuido de una actividad para la que se requieren estudios previos. La enfermería, como actividad necesaria es una actividad universalmente intrínseca a cualquier forma de sociedad en el tiempo y en el espacio. Cuidar a los enfermos, heridos incapacitados, etc., ha representado en todas las sociedades un papel importante y presente. Por lo tanto, el origen de la enfermería como contribución necesaria para el grupo, no es otro que el origen de la misma humanidad, al igual que ocurre con otras profesiones. (Jean, 2016)

La disciplina mantiene y honra la ontología de la persona integralmente: la unidad de la mente y el espíritu y una visión del mundo unitaria. Se adhiere a la orientación filosófica de la enfermería hacia la humanidad y el compromiso ético global de la enfermería con la humanidad para sustentar el cuidado humano, la curación y la salud para todos.

Mantiene las teorías, la orientación hacia el desarrollo del conocimiento, y lo que cuenta como conocimiento: la expansión de la ciencia occidental convencional y las epistemologías clínicas. Aborda metodologías y métodos expandidos, diversos, creativos e innovadores consistentes con cuidado-cura-salud humana, además de fenómenos y experiencias de enfermedad. (Mildred 2011).

Todas las teorías de enfermería toman una posición sobre el conocimiento disciplinario esta construcción colectiva conduce a la identidad profesional y a la visibilidad del conocimiento de enfermería. Sin identidad, claridad disciplinaria y compromiso para apoyar y promover el desarrollo sustantivo del conocimiento de enfermería, la enfermería no existirá. (Tomey, 2002).

5.2 CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. (Agustin, 2006).

Sin embargo, existen situaciones que influyen en el que hacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros. (Agustin, 2006).

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar en la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

En la actualidad la enfermera (o) puede realizar acciones hacia un paciente con el sentido de obligación o responsabilidad. Pero puede ser falso decir que ha cuidado al paciente si tenemos en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto: la integridad de la persona y la calidad de la atención. Cuidar a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su

dignidad y la conservación de su vida. (Campos, 2009).

Fue hasta la aparición de Florence Nightingale quién surge en la época moderna y marca por completo el sentido del cuidado ya que la práctica médica, nunca pudo conceptualizar el cuidado de los enfermos, al igual que no logró estructurarlo realmente para que pudiera tener un impacto significativo como terapéutica. Sin embargo, en los años noventa, el movimiento de reflexión sobre la conceptualización en enfermería, indagó los conceptos propios de este campo y se propuso precisar cuál es su objetivo o razón social, identificando el cuidado como la función histórica de los profesionales de enfermería. (Juárez Rodríguez, 2009).

Por lo anterior se considera, que los cuidados de enfermería son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer diario y por lo tanto su objeto de estudio.

El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera(o) y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la vida humana. Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) creativa(o) cuyo ser es trascendente. (Juárez Rodríguez, 2009)

5.3 PROCESO CUIDADO ENFERMERO

El Proceso Cuidado Enfermero (PCE) es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera.

Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud. Las teorías o modelos de enfermería están basadas en cuatro aspectos o elementos fundamentales: Persona, Salud, Entorno y Cuidado (Rol Profesional o de Enfermería). (Salud Pública, 2013)

La utilización de las taxonomías *NANDA*, *NIC* y *NOC* facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como,

un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones.

La enfermería tiene a su cuidado la vida, salud y enfermedad, por ello, debe ampliar su concepción de la vida en una dualidad con la muerte, ya que es en estos hechos, donde el cuidado de enfermería debe volcarse no sólo para el enfermo, sino también para el sano, donde la medida está en la calidad, estilo, condiciones y potencial de vida; elementos que desde el punto de vista filosófico se unen a la ciencia para respetar la vida como parámetro para medir la vida misma. (Herdman, 2018-2020, Wagner, 2019, Mass, 2019).

Es una ciencia que requiere destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, que se aplican a través de un método científico de actuación, con carácter teórico-filosófico, que guía y respalda cada uno de sus componentes, sustentado por investigaciones que regulan la práctica profesional. (Téllez O. & García F., 2012).

La relación del Método científico y el PCE permite a la enfermería contar con un sistema de conocimientos, que abarca leyes, teorías, y que se encuentra en un proceso continuo de desarrollo, lo que significa que ésta perfecciona continuamente su propio marco teórico y le permite describir, abordar, tratar y hasta predecirlos fenómenos que ocurren en la práctica. (Salud Publica, 2013).

Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación. (Harcourt, 2001).

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno.
- Diagnóstico de Enfermería: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

- Evaluación: Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. (Harcourt, 2001).

Para desarrollar el PCE, hace falta contar con una serie de capacidades por parte del personal de enfermería independientemente de la interacción enfermera paciente, entre las que se encuentran.

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

La aplicación del PCE tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

Como conclusión un proceso de atención de enfermería puede ser una herramienta potente para afrontar situaciones adversas del equipo de enfermería. Al igual que se

evalúan los pacientes, puede ser valorada la función laboral del equipo de enfermeras en situación de riesgo de deterioro profesional. (Ferrer E, 2000).

5.4 MODELO TEÓRICO UTILIZADO PARA LA ELABORACIÓN DEL PCE

La teoría de Virginia Henderson es considerada una filosofía de enfermería, ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud y su bienestar, recuperación o a lograr una muerte digna.

Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible.

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero (PCE), el método científico aplicado a los cuidados. Además de aplicar un método de trabajo sistemático, las enfermeras necesitan delimitar su campo de actuación. (Raile Alligood, 2011).

El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual. Disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios a las enfermeras, ya que muestra de forma más clara la filosofía e ideología; ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuye en el debate teoría/práctica, propiciando un mayor acercamiento entre ambas partes a través de la investigación y se fomenta el debate teórico, llena de contenido el trabajo asistencial. (Harcourt, 2002).

Son varias las razones que han propiciado su adopción y vigencia en nuestros días y que resultan de peso de manera particular a las enfermeras clínicas. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el PCE, cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un

determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada. (Amezcuca, 2014).

En su libro (La Naturaleza de la Enfermería) publicado en 1966, Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona. (Amezcuca, 2014).

El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados.

“El modelo que implemento Virginia Henderson fue que las enfermeras deben de alguna forma ponerse en la piel de cada paciente para conocer qué clase de ayuda necesita de ella. La enfermera es transitoriamente la conciencia del inconsciente, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del recién cegado, el medio de locomoción del recién nacido, el conocimiento y la confianza de la joven madre, la voz para los demasiados débiles para hablar y así sucesivamente”. (José Carlos, 2010)

5.4.1 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO UTILIZADO

Virginia Henderson menciona que la función de la enfermería es ayudar al individuo enfermo o sano para la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, o a su recuperación (o asistirle en los últimos momentos), actividades que llevaría a cabo por sí mismo si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario y buscar la forma de ayudarlo a independizarse lo más rápidamente posible.

Elementos fundamentales:

El objetivo de los cuidados: Ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades.

El usuario del servicio: Persona que presenta un déficit real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas. Suplir la autonomía de la persona o ayudarlo a lograr la independencia.

Conceptos nucleares:

- Salud: Definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por sí solo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia.
- Entorno: Todas las condiciones externas que influían en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano.
- Persona: Ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y Espirituales que interactúan entre si y tiende hacia la independencia.
- Enfermería: Ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia supliéndole en aquello que no pueda realizar por sí mismo (Alligood, 2011).

Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera: (Amezcu, 2014).

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, adecuando 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 expresando 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 a usar los recursos disponibles.

5.5 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO

EL PCE es un método de solución de problemas, consta de cinco fases que son: valoración, diagnóstico, planeación, implementación y evaluación en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para obtener los resultados esperados.

5.5.1 VALORACIÓN:

La primera etapa, es la Valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas.

El punto de partida para la etapa de Valoración por Virginia Henderson creados en el año 1973, que surgen de “la evolución entre el cliente y el entorno” , y son once (11): cognoscitivo-perceptual, actividad y ejercicio, nutricional-metabólico, eliminación, manejo de la salud, reproductivo-sexual, tolerancia y manejo del estrés, relaciones de rol, autopercepción y auto concepto, creencias y valores y descanso y sueño, que se valoran uno a uno, recolectando los datos en un formato específico, organizado por los patrones, donde se registra la valoración para realizar la historia de Enfermería desde la cual se identifican los patrones alterados para trabajar sobre ellos. (Rios SE, 2011).

5.5.2 DIAGNÓSTICO:

La segunda etapa, es el Diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.

Los diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de Enfermería, se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados. . (Herdman, 2018-2020, Wagner, 2019, Mass, 2019).

5.5.3 PLANEACIÓN

Una vez concluida la valoración e identificadas las complicaciones potenciales (problemas Interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al usuario a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. . (Jean, 2016).

5.5.4 IMPLEMENTACIÓN

Es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.

- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada. . (Jean, 2016)

5.5.5 EVALUACION

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según las siguientes áreas:

1. Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2. Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3. Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test)

4. Capacidad psicomotora (habilidades)

- Observación directa durante la realización de la actividad

5. Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6. Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

El proceso de enfermería es el método para brindar los cuidados necesarios, y debe aplicarse en forma mental y en todos los ámbitos de enfermería. No siempre en la percepción de unos buenos cuidados o de unos buenos resultados coinciden las opiniones del paciente y del profesional, porque cada uno puede tener diferentes expectativas.

(Jean, 2016)

5.5.6 PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LA PERSONA

Es el período desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación en el que se producen las transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas a su estado.

Este período se extiende convencionalmente hasta 45-60 días del posparto.

(Sayas, 2016)

ETAPAS DEL PUERPERIO

Puerperio inmediato: abarca las primeras 24 horas después de parto.

Puerperio mediato: se extiende desde el segundo al décimo día.

Puerperio tardío: concluye en torno a los 40-45 de postparto.

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, este período se extiende hasta los 364 días cumplidos debido a que no todos los órganos regresan a su estado basal en los 60 días post parto. (Sayas. 2016).

TIPOS DE LOQUIOS POSPARTO

Loquios rojos o rubra: Duran de 3 a 5 días y son de color rojo intenso porque contienen mucha sangre.

Loquios serosos: Van del 5º al 10º día aproximadamente.

Loquios blancos o alba: Pueden durar hasta el final de la cuarentena.

(Norma 007- 2016).

CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS EN EL PUERPERIO

Durante el puerperio, los órganos y sistemas maternos que sufrieron transformaciones durante el embarazo y parto, presentan modificaciones que los retornan o involucionan en gran medida a las condiciones pregestacionales como:

- Involución uterina
- Loquios
- Pared abdominal
- Mamas
- Aparato urinario
- Aparato digestivo
- Tensión arterial
- Pulso
- Cambios emocionales

Las complicaciones del puerperio inmediato son: atonía uterina, hipotonía uterina, desgarros, alumbramiento incompleto, anemia y mortalidad materna, los cuáles se pesquisaron de las historias clínicas según el criterio del equipo de médicos tratantes durante la evolución hospitalaria. (Sayas, 2016).

La aparición de una IHQ (Infección de Herida Quirúrgica) es el resultado de la interacción entre gérmenes patógenos existentes y el huésped. La contaminación de la herida quirúrgica es precursor necesario para la aparición de infección, dependiendo ésta de la respuesta del huésped. Factores dependientes del germen: las IHQ depende

básicamente de la localización de la herida. Los gérmenes asociados a cada localización no han cambiado en los últimos 30 años, y entre ellos destacan, por orden de frecuencia, *Staphilococcus aureus*, *Staphilococcus coagulasa* negativos, enterococos, *Escherichia coli*, anaerbios, etcétera. En cirugía ginecológica predominan *S. aureus*, *E. coli*. Además, el tipo de germen implicado puede depender de las características individuales del paciente. (López, 2019).

Factores de riesgo para infección de la herida quirúrgica:

1. Dependientes del paciente: estado inmunitario, enfermedades de base, hábitos nocivos, tratamientos habituales, estado nutricional, infecciones coexistentes.
2. Dependientes del acto quirúrgico: técnica quirúrgica, duración de la cirugía, localización y tipo de cirugía, uso de profilaxis antibiótica, asepsia y antisepsia del quirófano, personal e instrumental utilizado.
3. Otros: cuidados postoperatorios, duración de la estancia hospitalaria prequirúrgica, funcionamiento de los drenajes.

El estado inmunitario del paciente es un determinante fundamental de la susceptibilidad del huésped a desarrollar una IHQ. Estados de inmunodeficiencias, ya sean transitorias por tratamiento (corticoides, administración de inmunodepresores o quimioterápicos), predisponen a una mala respuesta a la colonización microbiana habitual de la herida quirúrgica y, por tanto, al desarrollo y extensión sistémica de una IHQ. (Galloa, F. Montoya, 2007).

CONCEPTO

Las infecciones de sitio quirúrgico, tiene varias definiciones, la más aceptada la define como aquella infección que ocurre dentro de los primeros 30 días del procedimiento quirúrgico, involucra piel y tejido profundo en el sitio de la incisión. Además presenta uno de los siguientes: secreción purulenta en el sitio de la herida, identificación del microorganismo por cultivo y datos clínicos de inflamación. Se debe señalar que no toda la salida de secreción cerca del sitio quirúrgico es infección ya que puede ser debida a

reacción de material quirúrgico. (López, 2019).

La infección es el resultado dinámico de los procesos de penetración, desarrollo y crecimiento de gérmenes dentro de los tejidos, así como sus consecuencias fisiopatológicas. Aunque no existe una neta diferenciación entre infecciones médicas y quirúrgicas, consideramos infecciones quirúrgicas aquellas que requieren tratamiento quirúrgico o resultan del mismo. (Gómez, 2016).

EPIDEMIOLOGIA

La cesárea es un procedimiento quirúrgico dirigido a conseguir el nacimiento de un feto vivo mediante una incisión en el hipogastrio, que permita acceder al útero. En el 2015 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó el fallecimiento de 830 mujeres al día por complicaciones del embarazo, parto o puerperio en todo el mundo. El 75% de las muertes maternas se originan por hemorragias graves, infecciones posparto, hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones del parto y aborto. La incidencia de sepsis varía de 0.96 a 7.04% por cada 1000 mujeres de entre 15 y 49 años. La endometritis posparto ocurre en 1-3%, infección de la herida quirúrgica en **2-16%** y dehiscencia de la herida en 0.7 a 23.5% de los casos que finalizan por cesárea. (López, 2019).

ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS

Las causas más frecuentes de fiebre puerperal devienen por infecciones pélvicas, provocadas por corioamnionitis, endometritis, infección de la herida quirúrgica, aborto séptico o infecciones del conducto genitourinario y tromboflebitis pélvica séptica. Este tipo de infecciones resultan de la coexistencia de bacterias en la vagina y el cuello uterino.

Hasta la fecha se han determinado diversos factores de riesgo de infección puerperal como: tiempo quirúrgico, obesidad materna, periodo del trabajo de parto, experiencia del cirujano, pérdida sanguínea durante el acto quirúrgico, ruptura prolongada de membranas amnióticas, cantidad de tactos vaginales, diabetes gestacional y nuliparidad. (GPC-

IMSS, 2018,)(Martínez, 2019).

El puerperio es el periodo desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. Las posibles patologías acontecidas en este tiempo son la causa más frecuente de mortalidad materna incluso en nuestro medio. (Presta,2021).

La infección puerperal es una complicación obstétrica frecuente aunque las pautas de profilaxis han disminuido mucho la incidencia de esta patología. Cualquier microorganismo patógeno puede causar una infección, sin embargo, un número reducido de gérmenes son los causantes habituales de las infecciones quirúrgicas. Para que tenga lugar una infección es necesario que los gérmenes alcancen el interior de los tejidos; esto es, precisan de una puerta de entrada solución de continuidad en la integridad anatómica y funcional de la piel o mucosas). (Garriga, 2016).

Una vez que el microorganismo alcanza el interior de los tejidos no se desarrollará una infección hasta que dicho germen sea capaz de adaptarse a su nuevo hábitat y, posteriormente, multiplicarse. Esta fase, en la que se dilucidará si se produce o no una infección depende de tres factores: el tipo de germen, virulencia la respuesta local y de las defensas del huésped (esto es, de la respuesta inmunitaria). Al diferenciar infección de contaminación se dice que contaminación se entiende la presencia de gérmenes dentro de los tejidos, pero sin originar daño alguno. En muchas ocasiones, transcurrido un tiempo determinado, estos gérmenes comenzarán a proliferar y a generar efectos indeseables dando lugar a una infección. (Dumville, 2016).

Una vez que los gérmenes han alcanzado el interior de los tejidos se producirá una respuesta defensiva local, el resultado entre la agresión y la respuesta fisiológica dependerá el establecimiento de una infección, la resolución de la misma o, en el peor de los casos, su generalización. Respuesta vascular se trata de una respuesta inespecífica caracterizada por una vasodilatación y un aumento de la permeabilidad de los vasos, causantes del enrojecimiento y edema característicos. Como mediadores de esta respuesta se han identificado a algunas aminas vaso activas (histamina y serotonina) que ejercen su acción a nivel de las células endoteliales, además coexiste un daño endotelial de base, esta respuesta vascular aumenta de intensidad y duración.

La respuesta intersticial como consecuencia de los fenómenos vasculares anteriormente descritos se va a producir una salida de líquido al espacio intersticial. Este líquido es rico en proteínas y en potasio, con tendencia al desarrollo de redes de fibrina.(Gamez.2016).

Como consecuencia de ello se desarrollará una tumefacción o induración, cuya intensidad dependerá, además, de las características locales del tejido conectivo.

Cuando este conjunto de respuestas locales no consiguen controlar la agresión, es decir, se produce un fracaso en los mecanismos de defensa ante dicha agresión, se establecerá una infección. Esta enfermedad será inicialmente una infección local, que dependiendo de los factores etiopatogénicos anteriormente descritos puede evolucionar de distintas maneras. Esta infección puede difundir a través del intersticio o del tejido linfático, convirtiéndose en una infección regional. (Parra, 2007).

Cuando los gérmenes consiguen alcanzar el torrente sanguíneo, bien desde un foco infeccioso a distancia como a través del sistema linfático, existen posibilidades de desarrollar una infección sistémica, en este sentido se debe distinguir entre bacteriemia (presencia de gérmenes en la circulación sanguínea de modo transitorio sin acompañarse de síntomas) y septicemia (presencia masiva de gérmenes de modo repetido en la circulación con importantes implicaciones clínicas). Finalmente, también se debe considerar que una infección puede convertirse en una formacrónica cuando, debido a la escasa agresividad del germen o a la ausencia de curación,se produce una permanencia exagerada del proceso infeccioso. (Dumville, 2016).

MANIFESTACIONES

Algunas de las manifestaciones comunes de una infección de sitio quirúrgico son:

- Fiebre mayor de 38°C
- Escalofríos
- Vomito
- Líquido o pus que proviene de la herida quirúrgica
- Mal olor proveniente de la herida

- Sitio de herida caliente al tacto
- Enrojecimiento
- Dolor o malestar al toser o tocar

5.5.7 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO

Diagnóstico etiológico puede apoyarse en gran medida en las pruebas de imagen, pero en la mayoría de los casos la anamnesis, la exploración física y la analítica de urgencias suelen ser suficientes para el diagnóstico de sospecha, y así iniciar con prontitud el tratamiento. En la evaluación inicial de un paciente postoperado son importantes la manifestaciones clínicas (fiebre postoperatoria, signos inflamatorios locales o supuración espontánea), en la exploración la presencia de dolor local o crepitación (sugestivos de una infección necrotizante). (Kably, 2019).

En la mayoría de los casos los signos locales de dolor, hinchazón, eritema y drenaje purulento proporcionan el diagnóstico más certero de IHQ. Sin embargo, en pacientes con obesidad mórbida o en heridas multicapa, como después de una toracotomía, los signos externos pueden estar retrasados.

En cuanto a la fiebre, muchos pacientes con un IHQ la desarrollarán, pero por lo general no ocurre inmediatamente después de la intervención quirúrgica, de hecho, la mayoría de las fiebres postoperatorias (dentro de las primeras 48 horas) no están asociadas con una IHQ. Tras 48 horas, la IHQ es la causa más común de fiebre. Cuatro días después de la intervención quirúrgica, es igual de probable que la fiebre sea causada por el sitio quirúrgico que por otra infección. El diagnóstico microbiológico debe iniciarse a la vez que el clínico, a partir de muestras tomadas de la lesión y de los hemocultivos. (Zayas, 2016).

Las muestras obtenidas mediante punción-aspiración o biopsia son preferibles a los frotis superficiales realizados con torundas o hisopos. En la celulitis, la punción-aspiración con aguja fina tiene un rendimiento diagnóstico bajo (20%), que aumenta si se realiza en el borde eritematoso de la lesión o en el punto de máxima inflamación. Por lo tanto, el manejo inicial de la infección de la herida quirúrgica se basa en el diagnóstico (mediante

manifestaciones clínicas y en la exploración de la herida) y en la recogida de muestras microbiológicas. (Zayas, 2016).

TRATAMIENTO

Una vez diagnosticada la infección o si existe una alta sospecha clínica, se debe instaurar tratamiento, a la par que, si procede, realizar técnicas complementarias de diagnóstico, como cultivos, hemocultivos o pruebas de imagen. Los 3 pilares fundamentales del tratamiento son la instauración de un tratamiento antibiótico adecuado, el drenaje quirúrgico y el soporte metabólico y hemodinámico del paciente, que evite la aparición de una segunda complicación. (Fortnam. M, 2016).

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

Hasta disponer de antibiograma específico, ante la sospecha fundada de IHQ, debe instaurarse tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro, considerando la naturaleza de los gérmenes que contaminan con más frecuencia la herida quirúrgica, según su localización. Para cirugía abdominal, en la que predominan las infecciones por gramnegativos y anaerobios, se recomienda, meropenem 1g c/8 h, gentamicina 3 mcg/kg amikacina 5mg más clindamicina 600-900 mg o metronidazol 500 mg. (Fortnam. M, 2016).

Tratamiento quirúrgico

Se debe proceder a la extracción del foco séptico mediante drenaje, que puede ser directo al exterior o a través de cavidades naturales. Se debe realizar un desbridamiento amplio de los tejidos, extrayendo los tejidos desvitalizados y demás detritus, destrucción de posibles puentes de fibrina que puedan formar compartimientos con colecciones purulentas, lavado con abundante agua oxigenada y suero, lo que tiene efecto dual (mecánico de arrastre y químico con el aporte de oxígeno que disminuye la proliferación de anaerobios). Por último, se debe dejar la herida abierta para que continúe drenando y evitar los primeros días su cierre, que se producirá por segunda intención. (Garriga,2016).

VI. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

6.1 VALORACIÓN CLÍNICA SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

HISTORIAL DE ENFERMERIA

Fecha de valoración: 18/07/2021

Nombre y apellidos: MDLMG.

Persona para contactar: Esposo

Teléfono: 844353

Domicilio: Soledad de Graciano Sánchez codorniz # 140 Hogares Populares Pavón.

Llegada al hospital: Por familiares.

Edad: 27 años.

Puesto: Ama de casa.

Motivo de hospitalización: Ingresa por fiebre, al servicio de urgencias con temperatura mayor de 38 grados, dolor abdominal intenso, con un Eva de 10/10, con evacuaciones diarreicas y secreciones purulentas en herida quirúrgicas, derivada de una cesárea, con dehiscencia de puntos.

Procedimientos realizados: Como parte del tratamiento indicado en urgencias se pasa al quirófano para realizar aseos quirúrgicos e histerectomía total con extracción de ovario derecho, laparotomía más sepsis.

Posteriormente es trasladada al servicio de hospitalización, se realiza la valoración para este caso el día 18 de junio, cuando la paciente contaba con 12 días después de su ingreso a piso en donde la sepsis ya había sido controlada.

Antecedentes: Sin enfermedades crónicas degenerativas.

Trasfusiones sanguíneas: si

Ultima hospitalización: 15/06/20 Motivo: cesárea.

1. RESPIRAR NORMALMENTE

Actual mente respira por nariz, respirando al aire ambiental de 18 a 20 respiraciones sin presencia de dificultad respiratoria, con valoración de campos pulmonares normales, no fuma, sin consumo de medicamentos respiratorios, con buena calidad de aire en el entorno doméstico y hospitalario, menciona paciente que le gusta mucho el aire ambiental.

2. ALIMENTARSE E HIDRATARSE ADECUADAMENTE

Paciente cuenta con dentadura incompleta de la cual le extrajeron dos molares por caries, sin dificultad para masticar ni beber ni deglutir la comida, mantiene una autonomía casi completamente independiente, habitualmente come en hospital acompañada por su esposo, con apetito disminuido con número de ingesta 3 comidas y dos colocaciones por indicación médica con horarios de desayuno 8:00 am, colación 10:30 am, comida 13:30 pm, colación 16:00 pm y cena 20:00 pm, con líquidos diarios de 2 a 3 litros al día de sabor o frutas naturales o agua pura, le gusta casi todo tipo de alimentos, lo único que le desagrada son hígado, pescado, carne de puerco, habas, quelites y toronja, con presencia de líquidos parenterales de 1000 ml Hartmann p/ 8 hrs, con vía periférica permeable funcional, se observa mucosa semi-deshidratadas con ligera palidez generalizada.

3. ELIMINACIÓN POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

Se valoran números de deposiciones 3 al día con características blandas heces formadas sin esfuerzo ni dolor para defecar, refiere que tuvo diarrea líquidas abundantes de coloración verdosas anteriormente por 5 días, la cual ya fue tratada no sufre de estreñimiento, no toma laxantes, micciones urinarias cuantificadas por sonda Foley de 500 a 700 ml por turno de características de orina amarilla ámbar, anteriormente mocionaba de 5 a 8 veces al día, sin presencia de infección urinarias, con presencia de drenajes Blake derecho 45 ml e izquierdo 35 ml seroso hemático sin mal olor.

Fecha de última menstruación fue el día 27-Ago-20 por embarazo, con inicio de menarca a los 13 años con sangrados normales mensuales con duración de 5 días, menciona que durante su periodo menstrual sufrió de cólicos con dolor moderado, sin alteraciones de pérdidas intermenstruales, sudoración vaginales normales (**Anexo 1**).

4. MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

Se encuentra paciente con poca movilidad y dificultad a la marcha con ayuda de familiares o enfermera le cuesta trabajo tener postura normal al permanecer de pie y se moviliza fuera de cama, tiene reposo relativo con presencia de fuerza muscular disminuida, deambulación dentro de la habitación, con presencia de dificultad para realizar actividades en la vida diaria por herida quirúrgica.

Actualmente no practica ningún deporte, solo realizaba limpieza en el hogar antes de hospitalizarse, con grado de actividad diaria bajo por IMC al ingreso de obesidad con un peso de 78 Kg, su peso actual es de 68 Kg, talla de 1.65 con IMC 24, bajando 10 kg por enfermedad. (**Anexo 2**).

5. DORMIR Y DESCANSAR

Menciona no tener dificultad para conciliar el sueño antes ni durante la hospitalización, con 8 horas de sueño, con patrón habitual del sueño nocturno, menciona no dormir durante el día al menos que se encuentre muy cansada, le cuesta trabajo despertarse por las mañanas por tener sueño pesado, comenta no tener pesadillas mientras duerme, sin presencia de insomnio,

En su rutina habitual con nivel de energía durante el día bueno sin presencia de cansancio al levantarse, sin ingesta de medicamentos para dormir, sin presencia de cambios de humor.

6.- ESCOGER ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Menciona paciente que su vestuario y calzado no resulta ser como por condiciones de que se encuentra en hospitalizada, ella quisiera tener puesta su pijama por qué se

siente más segura, requiere ayuda para cambiar bata del hospital y colocarse calzado, sin darle mucha importancia al usar bata, la cual menciona que por el tiempo que lleva hospitalizada ya se acostumbró.

7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, ADECUADO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE

Menciona paciente ser sensible a los cambios de temperatura frío y calor, la cual cuando hace frío su casa está acondicionada para este tipo de cambio climático, con calentador para el frío y para el calor ventilador con aire fresco, paciente sabe tomar la temperatura en su casa utiliza termómetro digital la cual sabe cuándo es febrícula o fiebre, y utiliza medicamento paracetamol pero antes consultándolo con su médico, utiliza medios físicos o baño en regadera para bajar la temperatura, con presencia de febrícula de 37.7..

A su ingreso al hospital refiere que llegó con temperaturas de mayores de 38 grados, lo cual fue tratada con medicamentos indicado por médico tratante paracetamol 1 gr c/ 6 hrs, metamizol gr c/ 8 hrs PRN si no cedía fiebre con paracetamol, la cual su evolución fue mejorando poco a poco, a la valoración presenta febrícula de 37.7 solo por las tardes, se observa habitación cálida la cual hace que suba la temperatura, manejando medios físicos y aire acondicionado.

8. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

Paciente con hábitos de higiene general baño diario hora de preferencia de bañarse en las noches con cambio de ropa interior y exterior diario, hábitos de cuidados bucodentales 3 veces al día, después del desayuno, comida y cena, dentadura incompleta por extracción de dos molares por caries, sin ayuda para la higiene bucal, lavado de manos antes y después de comer y después del uso del sanitario, dando mucha importancia a la higiene corporal. Con valoración de herida quirúrgica abdominal semi abierta, con características de secreción purulenta mínima, sin mal olor, con colocación de gasa limpia y vendaje abdominal.

9. EVITA LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LESIONAR A OTRA PERSONA

Esquema de vacunación completo comenta que lo llevaba por su centra de salud, con presencia de control ginecológico durante sus embarazos, con practica de autoexamen mamario cada 2 meses, con revisión de su ultimo Papanicolaou el día 10/05/ 2019, sin presencia de infecciones vaginales, con integridad de genitales externos, sin alteraciones ginecológicas, sin alteraciones de ETS, con nivel de seguridad en donde vive bajo, y en su casa adecuado, sin pérdida de algún familiar en estos últimos años, acepta su imagen corporal menciona que tuvo un poco de desagrado por su peso anterior la cual ya se siente mucho mejor por bajar 10 kilos, sus principales características como persona son tener siempre buena autoestima cuenta con valores morales como respeto, tolerancia, responsabilidad, generosidad, honestidad y humildad menciona que eso la hace ser mejor persona, la cual se siente capaz de seguir adelante y lograr la nuevamente la salud que necesita para sus hijos, refleja buena expresión ante su enfermedad, se observa positiva con buena aceptación, con estrategias habituales de adaptación adecuada al medio hospitalario, sin problemas de tabaquismo, alcoholismo ni consumo de sustancias nocivas para la salud.

Tratamiento actual

- 1000 de solución Hartmman p/8 hrs.
- Metronidazol 500 mg IV c/8 hrs.
- Meropenem 500 mg IV c/6 hrs.
- Omeprazol 40 mg IV c/24 hrs.
- Tigeciclina 50 mg IV c/12 hrs.
- Ketorolaco 30 mg IV c/8 hrs.
- Paracetamol 1 gr PRN si presenta fiebre > 38 C°.

10. COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, OPINIONES O TEMORES

Tiene buena comunicación y relación dentro de su comunidad y dentro del hospital, las personas más importantes de su vida primero es Dios, hijos, esposo, padres y hermanos con buena relación familiar se apoyan unos a otros, sin alteración familiar ni social menciona que esta situación los unió más como familia y conocidos, se considera extravertida por ser simpática y afectuosa, con la persona que suele compartir sus problemas es con amigas significativas para ella, la cual siempre disponen de tiempo para platicar, con buena integridad en su casa, no pertenece a ningún grupo de asociación, sin dificultad para pedir las cosas que necesita, con buena satisfacción en su relación sexual, con cambios y problemas en su vida pero menciona que han sabido afrontarlos siempre juntos como pareja, su método anticonceptivo utilizado anteriormente DIU, siempre valorado por su médico, con buena satisfacción de este preservativo.

11. VIVE DE ACURDO CON SUS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

Profesa la religión católica, la cual no influye en cómo vestirse o que comer ni en los cuidados de salud, con aceptación transfusiones sanguíneas, comenta que la religión le ayuda espiritualmente a estar más tranquila, comenta que Dios es importante en su vida siempre orar por sus hijos y por su estado de salud la cual no le cuesta tomar decisiones.

12. OCUPARSE EN ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL

Número de personas que viven en la casa son 5 esposo e hijos, la cual no presenta ningún problema en su vivienda, su trabajo laboral es ama de casa, la cual por su situación actual va a comprometer cambios en sus labores por su estado de salud, la cual menciona que no será mucho problema por su familia que la apoya incondicionalmente, la cual afrontara esta situación por sus hijos que la necesitan mucho y su esposo.

13. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Sus pasatiempos favoritos y habituales son ver televisión todos los días solo 1 hora, salir al parque o a comer con su esposo e hijos solo los sábados y domingos casi todo el día disfruta mucho en realizar sus actividades correspondientes dentro de su hogar menciona que no le aburre realizarlas, casi la mayor parte esta con sus hijos, le preocupa un poco por la situación en la que se encuentra menciona que una vez saliendo del hospital no podrá realizar por un tiempo estas actividades con sus familia, pero también menciona que no será un impedimento para realizarlas.

14. APRENDER, DESCUBRIR, O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A UTILIZAR LOS RECURSOS DISPONIBLES.

Nivel de escolaridad preparatoria terminada sabe leer y escribir, no presenta dificultad para el aprendizaje con expresiones faciales acorde a lo que está comunicando, cuando desea saber algo sobre el estado de su salud recurre a médico o enfermeras, la cual se ofrecen toda la información que necesita saber sobre su estado de salud y los cuidados y tratamientos que se están manejando y sobre todos los factores que pueden repercutir durante la estancia hospitalaria, la cual se observa que se queda satisfactoriamente satisfecha con la información. Existe un poco de preocupación por sus hijos por no poder estar con ellos, menciona que siente una gran impotencia, tristeza y desesperación por no poder estar con su bebe recién nacido, ella como madre lo que más anhela después del embarazo estar con él y no separarse de él, y estar pendiente de sus necesidades, lo cual le duele no poder hacerlo, pero eso la motiva a seguir adelante, comenta que anterior mente si le preocupaba su estado de salud, pero a hora que va evolucionando bien ya está más tranquila, se describe como persona alegre, lo que le ayuda a sentirse mejor en estos momentos es el apoyo de su esposo y familia.

6.2 DIAGNOSTICO ENFERMERO

6.3 PLANIFICACIÓN (INDICADORES DE RESULTADO)

6.4 EJECUCIÓN (NIC, GPC, FUNDAMENTACIÓN DE CADA INTERVENCIÓN)

6.5 EVOLUCIÓN



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
Patrón (es): Nutricional-metabólico Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Herida quirúrgica parcialmente cerrada • Fiebre • Diarrea • Drenaje Blake de 35 a 45 ml. Datos Subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Sed mínima • Debilidad 	Dominio 02: Nutrición Clase 05: Hidratación Etiqueta diagnóstica: RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LIQUIDO Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro del líquidos extravascular, intersticial y/ o intracelular que puede comprometer la salud. Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Obstrucción intestinal ➤ Sepsis Características definitorias:	CRITERIOS DE RESULTADO(NOC)			
		Dominio: 02 Salud Fisiológica		Clase G: Líquidos y electrolitos	
		Criterio de resultado: CONTROL DEL RIESGO: HIDRATACION			
		Indicador (es):	Puntuación inicial	Puntuación Diana	
		Hidratación	4	Aumentar a 5	
		Membranas mucosas húmedas	4	Aumentar a 5	
Diuresis	4	Aumentar a 5			
Disminución de la presión arterial	4	Aumentar a 5			
Ingesta de líquidos	4	Aumentar a 5			
Escala 1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno					



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo 02: Fisiológico: Complejo</p> <p>Clase N: Control de la perfusión tisular</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos, sepsis, hipotermia, terapia diurética, infección, estado postoperatorio, vómito y diarrea. • Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed. • Explorar el llenado capilar manteniendo la mano del paciente al mismo nivel que su corazón y presionando la uña del dedo medio durante 5 segundos, tras lo que se libera la presión y se mide el tiempo que tarda en recuperarse el color, en menos de 2 segundos. • Llevar un registro de entrada y salida como ingesta oral, infusión iv, antibióticos, sonda nasogástrica, drenajes, vómito y orina. • Monitorizar los niveles de electrolitos en suero y orina, según corresponda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez identificando los factores de riesgo de desequilibrio podemos dar al paciente una mejor atención a su enfermedad, y así poder manejar las partes afectadas. • Es un signo que nos ayuda a identificar la pérdida de líquido, de una deshidratación, por la diarrea, vómito, fiebre etc. • El relleno capilar valora la capacidad del sistema circulatorio, lo cual refleja de una manera indirecta el estado de perfusión tisular. • Es una práctica habitual en las diferentes unidades de enfermería, permite ajustar el tratamiento para optimizarlo y evitar posibles complicaciones. • Equilibrar la cantidad de agua en el cuerpo, equilibrar el nivel de ácido/base (pH) de su cuerpo y transportar nutrientes a sus células, monitorizar los niveles podemos identificar si están altos o bajos. 	Criterio de resultado: Balance hídrico neutro	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Turgencia cutánea	5
		Membranas mucosas húmedas	5
		Diuresis	5
Disminución de la presión	5		
Ingesta de líquidos	5		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	E
<p>Campo 02: Fisiológico: Complejo</p> <p>Clase N: Control de la perfusión tisular</p> <p>INTERVENCION: ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar las órdenes del médico, obtener la historia de transfusiones del paciente. • Obtener o comprobar el consentimiento informado del paciente. • Verificación de paciente correcto, el grupo sanguíneo, el grupo RH, el número de unidad y la fecha de caducidad, registrar según el protocolo del centro. • Enseñar al paciente los signos y síntomas de una reacción transfusión (prurito, mareo, disnea dolor torácico). Monitorizar signos vitales, estado nasal, durante y después de la transfusión. • Monitorizar y regular el flujo durante la transfusión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es obligatorio seguir estrictamente las indicaciones del médico • prevención de alguna complicación que pueda comprometer la vida del paciente. • Los códigos de barrera aseguran los 5 correctos para evitar errores de cualquier tipo de suministro de los pacientes. • Se considera importante que el paciente sepa los signos y síntomas de una transfusión para que inmediatamente los llegue a presentar, cancelar la transfusión y avisar a su médico. • La monitorización de los signos vitales es indispensable en la transfusión durante y termino, ya que estos signos dan un estado de salud del paciente en la transfusión. 	<p>C</p> <p>H</p> <p>Tu</p> <p>cu</p> <p>M</p> <p>m</p> <p>Di</p> <p>Di</p> <p>pr</p> <p>In</p> <p>liq</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo 04:</p> <p>Seguridad Clase V:</p> <p>Control de riesgo</p> <p>INTERVENCION: VIGILANCIA</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda. • Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud. • Preguntar al paciente por sus signos y síntomas o problemas recientes. • Controlar el estado emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el impacto de cada factor de riesgo. • La percepción del usuario sobre la atención de enfermería es un proceso mental que permite al paciente hacerse una idea significativa y clara en el interior de sí mismo para tener conciencia de lo que rodea en la relación enfermera-paciente. • Son señales de lesiones, enfermedad o dolencia; señales de su estado de salud. • El control emocional se lleva a cabo con el objetivo de entender y controlar las emociones a las que una persona se puede ver expuesta en su día a día y que genera respuesta por parte del cuerpo hacia ellos. 	Criterio de resultado: CONTROL DEL RIESGO: HIDRATACION	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Turgencias cutánea	5
		Membranas mucosas humedad	5
Diuresis	5		
Disminución de la presión arterial	5		
Ingesta de líquidos	5		



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo 01: Fisiológico - Básico Clase B: Control de la eliminación</p> <p>INTERVENCION: SONDAJE VESICAL</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje. • Reunir el equipo adecuado. • Implementar una iluminación adecuada para la visualización correcta de la anatomía. • Pre rellenar (inflar) el balón de la sonda para comprobar su permeabilidad y tamaño. • Mantener una técnica aséptica estricta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consiste en la introducción de un catéter o sonda en la vejiga, a través de la uretra, para vaciar la orina. • Tener el material adecuado nos facilita en realizar bien las cosas, para brindar al paciente seguridad para realizar dicho procedimiento. • Una adecuada iluminación nos garantiza un procedimiento correcto, visualizar anomalías anatómicas y signos que comprometen la salud. • Verificar si la sonda no tiene perforaciones antes de colocarla • Prevención de infecciones. 	Criterio de resultado: CONTROL DEL RIESGO: HIDRATACION	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Turgencia cutánea	5
		Membranas mucosas humedad	5
		Diuresis	5
Disminución de la presión arterial	5		
Integridad de líquidos	5		



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo 01: Fisiológico - Básico</p> <p>Campo 04: Seguridad</p> <p>Clase B: Control de riesgo</p> <p>INTERVENCION: PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantener la asepsia para el paciente de riesgo. Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en la zona edematosa. Obtener muestra para cultivo si es necesario. Fomentar ingesta de nutrientes suficientes. Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> Mantener siempre la asepsia para minimizar el riesgo de infecciones o enfermedades por parte de gérmenes, bacterias, virus y hongos. La principal prevención y eliminación de cuerpos extraños, así como evitar el contacto de la suciedad. Identificar tipo de bacterias causantes de las enfermedades infecciosas y los antibióticos a los que son sensibles esas bacterias. La cantidad de nutrientes que es necesario ingerir para mantener un óptimo estado nutricional que evita las enfermedades por carencia. Limpieza- seguimiento y fomento de la curación de una herida y sea abierta o cerrada. 	Criterio de resultado: CONTROL DEL RIESGO: HIDRATACION	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Turgencias de cutánea	5
		Membranas mucosas húmedas	5
		Diuresis	5
Disminución de la presión arterial	5		
Ingesta de líquidos	5		

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): 02 Nutricional-metabólico</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos vitales temperatura de 37.7 • Diaforesis • Rubicundez <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sed • Frio 	<p>Dominio 11: Seguridad/Protección</p> <p>Clase 06: Termorregulación</p> <p>Etiqueta diagnóstica: HIPERTERMIA</p> <p>Elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal.</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Deshidratación ➤ Uso de ropa inadecuada <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aumento de temperatura corporal por encima del rango normal. ➤ Escalofríos leves ➤ Palidez moderada ➤ Piel caliente al tacto 	CRITERIOS DE RESULTADO(NOC)			
		Dominio 02: Salud Fisiológica	Clase I: Regulación metabólica		
		Criterio de resultado: CONTROL DE TEMPERATURA			
		Indicador (es):	Puntuación inicial	Puntuación Diana	
		Temperatura cutánea aumentada	3	Mantener a 4	
Cambios de coloración cutánea	4	Mantener a 4			
Presencia de piel de gallina cuando hace frio	3	Mantener a 5			
Deshidratación	4	Mantener a 5			
Hipertermia	4	Mantener a 4			
			<p>Escala:</p> <p>1 Grave</p> <p>2 sustancial</p> <p>3 moderado</p> <p>4 leve</p> <p>5 ninguno</p>		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 02 Fisiológico:</p> <p>Complejo Clase: M:</p> <p>Termorregulación</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la temperatura al menos cada 2 hr según corresponda. • Observar el calor y la temperatura de la piel. • Favorecer una ingesta nutricional de líquidos adecuados. • Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. • Administrar medicamentos antipiréticos si está indicado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Termómetro. • Permite saber si el paciente tiene fiebre. • Evitar la deshidratación • Previene de que el paciente presente hipertermia o hipotermia • Nos ayuda a controlar la temperatura. 	Criterio de resultado: CONTROL DE TEMPERATURA	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Temperatura cutánea aumentada	5
		Cambios de coloración cutánea	5
		Presencia de piel de gallina cuando hace frío	5
Deshidratación	5		
Hipertermia	5		



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 01 Fisiológico: Básico</p> <p>Clase: F: Facilitación del autocuidado</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>BAÑO</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza el baño con el agua a una temperatura agradable. • Aplicar ungüentos y cremas hidratantes en la zona de piel seca. • Ofrecer lavados de manos después de ir al baño o antes de la comida. • Inspeccionar el estado de la piel durante el baño. • Controlar la capacidad funcional durante el baño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura adecuada es de 37 C y 38.5 C no más de 41 C. • Sirve para prevención de resequead de la piel y descamación. • Reduce el riesgo de enfermedades gastrointestinales de cualquier tipo. • Ayuda a identificar la lesión como el enrojecimiento, yagas en la piel. • Valorar la capacidad de dependencia funcional para el autocuidado. 	Criterio de resultado: CONTROL DE TEMPERATURA	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Temperatura cutánea aumentada	5
		Cambios de coloración cutánea	5
		Presencia de piel de gallina cuando hace frío	5
Deshidratación	5		
Hipertermia	5		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 04 Seguridad</p> <p>Clase: B: Control de riesgo</p> <p>INTERVENCION: MANEJO AMBIENTAL</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente seguro para el paciente. • Acompañar al paciente en las actividades realizadas fuera de la sala según corresponda. • Disponer dispositivos adaptativos. • Colocar los muebles en la habitación de manera que se acomoden mejor a la discapacidad del paciente o familiar. • Proporcionar una cama y un entorno limpio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un ambiente agradable organizado y limpio que proporcione confort y bienestar. • Acompañarlo para que se siente seguro y evitar una caída de supropia altura. • Colocación de barandales, freno de cama, banco de altura y andador para ayudar a la ambulación. • Para evitar que el paciente presente un riesgo y evitar cualquier accidente. • Evitar infecciones que puedan percutir al estado de salud del paciente. 	Criterio de resultado: CONTROL DE TEMPERATURA	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Temperatura cutánea aumentada	5
		Cambios de coloración cutánea	5
		Presencia de piel de gallina	5
Deshidratación	5		
Hipertermia	5		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 03 Conductual</p> <p>Clase: S: Educación de los pacientes</p> <p>INTERVENCION: PROCESO DE ENFERMEDAD</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. • Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología según cada caso. • Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad según corresponda. • Identificar cambios en el estado físico del paciente. • Dar seguridad sobre el estado del paciente según corresponda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una serie de preguntas para valorar el estado del conocimiento de su enfermedad. • Saber el grado de riesgo que se puedan llegar a una enfermedad. • Fiebre mayor a 38 C secreción purulenta, mal olor, dolor, enrojecimiento. • Estado emocional. • Ofrecer una buena atención y minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso. 	Criterio de resultado: CONTROL DE TEMPERATURA	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Temperatura cutánea aumentada	4
Cambios de coloración cutánea	5		
Presencia de piel de gallina cuando hace frío	5		
Deshidratación	5		
Hipertermia	5		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 03 Conductual</p> <p>Clase: S: Educación de los pacientes</p> <p>INTERVENCION: ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente allegados acerca de cuándo y donde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento según corresponda. • Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado, si es el caso. • Explicar el propósito del procedimiento /tratamiento. • Enseñar al paciente como cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento según corresponda. • Explicar la necesidad de ciertos equipos durante el procedimiento tratamiento según corresponda. 	<ul style="list-style-type: none"> • La orientación y la información clínica puede contribuir al manejo desarrollo y proceso existencial. • Hacer mención que está en buenas manos para que se sienta mejor y no este nervioso. • Consentimiento informado mejoramiento de la salud. • Técnicas de relajación y ser cooperadora al manejo clínico. • Informar por qué se le colocaron ciertos equipos durante el internamiento. 	Criterio de resultado: CONTROL DE TEMPERATURA	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Temperatura cutánea adecuada	5
		Cambios de coloración cutánea	5
		Presencia de piel de gallina cuando hace frío	5
Deshidratación	5		
Hipertermia	5		



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): 02 Nutricional- Metabólico</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Herida quirúrgica parcialmente cerrada Leve secreción purulenta Fiebre <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Malestar en su herida a la realización de la curación 	<p>Dominio 04:</p> <p>Seguridad/ protección</p> <p>Clase 02: Lesión física</p> <p>Etiqueta diagnóstica: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR</p> <p>Lesión de la membrana mucosa, corneal integumentaria o de los tejidos subcutáneos.</p> <p>Factor (es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lesión tisular, tejido tegumentario o subcutáneo. <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Destrucción tisular 	CRITERIOS DE RESULTADO(NOC)		
		<p>Dominio 02: Salud Funcional</p>	<p>Clase L Integridad tisular</p>	
		<p>Criterio de resultado: INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS.</p>		
		<p>Indicador (es):</p> <p>Perfusión tisular</p> <p>Integridad de la piel</p> <p>Lesión cutánea</p> <p>Palidez</p> <p>Tejido cicatricial</p>	<p>Puntuación inicial</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>	<p>Puntuación Diana</p> <p>Aumentar a 5</p> <p>Aumentar a 5</p> <p>Aumentar a 5</p> <p>Aumentar a 5</p> <p>Aumentar a 5</p>
		<p>Escala:</p> <p>1 Grave</p> <p>2 Sustancial</p> <p>3 Moderado</p> <p>4 Leve</p> <p>5 Ninguno</p>		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 02 Fisiológico: Básico</p> <p>Clase: L: Control de la piel/ herida</p> <p>INTERVENCION: VIGILANCIA DE LA PIEL</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema, drenaje en la piel y las mucosas. • vigilar el estado de la zona de incisión, según corresponda. • Documentar los cambios de la piel y las mucosas. • Observar si hay excesiva sequedad o humedad de la piel. • Instruir al familiar / cuidados acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nos ayuda a evaluar la zona de herida quirúrgica para identificar si hay alteraciones en la cicatrización. • Para evitar una nueva infección en el sitio de incisión. • Diaria mente tomar nota de los cambios de la piel para valorar si va presentando mejoría o alteraciones. • Mantener siempre piel limpia, hidratada, libre de humedad complicaciones. • Para que tengan el conocimiento, y puedan identificar los signos de alteración de integridad de la piel. 	Criterio de resultado: INTEGRIDAD TISULAR : PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Perfusión tisular	5
		Integridad de la piel	5
		Lesión cutánea	5
Palidez	5		
Tejido cicatricial	5		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 02 Fisiológico: Complejo</p> <p>Clase: H: Control de fármacos</p> <p>INTERVENCION: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguir las 5 reglas de la administración correcta de medicamento. • Verificar las indicaciones de medicamentos antes de administrar el fármaco. • Evitar la administración de medicamentos no etiquetados correctamente. • Observar los efectos secundarios en la medicación en el paciente. • Validar y registrar la comprensión de la paciente y familiar sobre las acciones esperadas y efectos adversos de la medicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las 5 correctos • Para prevención de errores y administras lo que está indicado • Conlleva no tener riesgo de que se produzcan errores de medicación. • Nos ayuda a identificar si el paciente presenta alergias o efecto adverso al medicamento. • Tomar nota si al ministrar el medicamento fue satisfactorio o si se presentó alguna reacción al administrarlo o después de administrar. 	Criterio de resultado: INTEGRIDAD TISULAR : PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	
		Indicador (es)	Puntuación final:
		Perfusión tisular	5
		Integridad de la piel	5
		Lesión cutánea	5
Palidez	5		
Tejido cicatricial	5		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo 02: Fisiológico:</p> <p>Complejo Clase L: Control de la piel/ heridas</p> <p>INTERVENCION: CUIDADOS DEL SITIO DE INCISION</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial. • Observar las características de cualquier drenaje. • Limpiar desde la zona más limpia hacia la zonamenos limpia. • Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje. • Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante explicar al paciente sobre todo procedimiento a realizar • para valorar la salida de líquido y determinar la coloración, olor y consistencia. • Conocer las técnicas de asepsia y antisepsia. • Prevenir infecciones nosocomiales utilizando la mayor asepsia posible y posición adecuada de cualquier tipo de drenaje. • Nos ayuda a que la paciente se sienta más segura a la movilización y prevenir infecciones. 	Criterio de resultado: INTEGRIDAD TISULAR : PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Perfusión tisular	5
		Integridad de la piel	5
		Lesión cutánea	5
Palidez	5		
Tejido cicatricial	5		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo 02: Fisiológico:</p> <p>Complejo Clase L: Control de la piel/ heridas</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>CUIDADOS DE LAS HERIDAS:</p> <p>DRENAJES CERRADOACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar el volumen de las características del drenaje color, consistencia y olor. • Ayudar al paciente a ponerse en posición adecuada. • Evitar la transferencia de microorganismos, lavarse las manos y utilizar guantes limpios desechables. • Monitorizar la presencia de signos de infección, inflamación y molestia alrededor del drenaje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante llevar registro del volumen de los drenajes ya que esto refleja si está eliminando un volumen adecuado. • Una postura adecuada ayuda al paciente a tener un mejor descanso. • Lavarse las manos previene enfermedades y la propagación de infecciones a otras personas. • Se presentan cuando una infección provoca la acumulación de pus en la piel. 	Criterio de resultado: INTEGRIDAD TISULAR : PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	
		Indicador (es)	Puntuación final:
		Perfusión tisular	5
		Integridad de la piel	5
		Lesión cutánea	5
Palidez	5		
Tejido cicatricial	5		



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo 01: Fisiológico:</p> <p>Básico Clase C: Control de inmovilidad</p> <p>INTERVENCION: CUIDADOS DE PACIENTE</p> <p>ENCAMODO</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar las zonas de reposo en cama • Colocar al paciente con una alineación adecuada. • Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. • Subir los barandales, según corresponda. • Colocar la luz de llamada al alcance de la mano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiendo del estado de salud del paciente, ayudar a recuperar fuerzas y mejorar sus signos vitales. • Una alineación corporal adecuada permite tener contracturas corporales. • Evita que pueda tener el paciente maceraciones. • Prevención de caídas • Dejar al alcance el timbre cerca del paciente, para lo que pueda necesitar. 	Criterio de resultado: INTEGRIDAD TISULAR : PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Perfusión tisular	5
		Integridad de la piel	5
		Lesión cutánea	5
Palidez	5		
Tejido cicatricial	5		



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): 04 Actividad-Ejercicio</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hospitalización de 26 días Llenado capilar de 2 a 4 segundos. Temperatura de 37.7 <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sed Dolor 	<p>Dominio 11: Seguridad / Protección</p> <p>Clase 02: Lesión Física</p> <p>Etiqueta diagnóstica: RETRASO EN LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA</p> <p>Aumento del número de días postoperatorio requeridos por una persona para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Infección postoperatoria de la zona quirúrgica. <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dificultad para moverse en el entorno. Necesita ayuda para completar el autocuidado. 	CRITERIOS DE RESULTADO(NOC)			
		Dominio 05: Salud percibida	Clase V: Sintomatología		
		Criterio de resultado: NIVEL DE MALESTAR			
		Indicador (es):	Puntuación inicial	Puntuación Diana	
Dolor	5	Aumentar a 5			
Sufrimiento	4	Aumentar a 5			
Miedo	3	Aumentar a 5			
Inquietud	4	Aumentar a 5			
Pérdida de apetito	3	Aumentar a 5			
	Escala:				
	1 Grave				
	2 Sustancial				
	3 Moderado				
	4 Leve				
	5 Ninguno				



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 01 Fisiológico: Básico Clase: F: Facilitación del autocuidado</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>AYUDA CON AUTOCUIDADO</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidado independiente. • Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado. • Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia. • animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. • Enseñar a los padres/familiar a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a observar si el paciente tiene la capacidad de realizar autocuidado sin ayuda. • El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicarse a cada individuo de forma de liberada con el fin de mantener su vida y ayudar en su estado de salud. • Son aquellas que tienen una capacidad reducida para poder realizar determinadas actividades cotidianas. • El apoyo emocional facilita a enfrentar mejor la enfermedad por parte de los pacientes ya que permite conocer las fases de adaptación que se producen en una enfermedad de larga duración para ajustar los niveles de su capacidad. • El fomentar el autocuidado y enseñar a los familiares para que solo intervengan, solo cuando el paciente no pueda realizar alguna actividad para ayudar a facilitar la independencia total más rápidamente. 	Criterio de resultado: AYUDAR AL AUTOCUIDADO Y NECESIDADES DEL PACIENTE	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>Dolor</p> <p>Sufrimiento</p> <p>Miedo</p> <p>Inquietud</p> <p>Pérdida de apetito</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 02 Fisiológico:</p> <p>Complejo Clase: F:</p> <p>Facilitación del autocuidado</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>ADMINISTRACIÓN DE</p> <p>MEDICACIÓN</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguir las 5 reglas de la administración correctade medicación. • Verificar la receta a la orden de medicación antesde administrar el fármaco. • Tomar nota de las alergias del paciente antes dela administración de cada fármaco y suspender los medicamentos si es necesario. • Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco. • Preparar los medicamentos utilizado el equipo ytécnicas apropiadas para la modalidad de administración de la medicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los 5 correctos • Nunca administrar un medicamento antes de verificar Indicaciones médicas y asegurar las condiciones del paciente. • Una alergia a un medicamento ocurre cuando tu sistema inmunitario identifica erróneamente un medicamento como unasustancia dañina como un virus o una bacteria. • Es la fecha que garantiza la estabilidad del fármaco en su envase o recipiente original, no abierto ni manipulado y conservado en condiciones adecuadas. • Utilizar antiséptico, jeringa y aguja, gasas o algodón, guantespara una técnica adecuada y presencia de una infección. 	Criterio de resultado: SEGUIR EL PROTOCOLO DEADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Dolor	5
		Sufrimiento	5
		Miedo	5
Inquietud	5		
Perdida de apático	5		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 01 Fisiológico: BásicoClase: D: Apoyo nutricional</p> <p>INTERVENCION: MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las alergias o intolerancia alimentariasdel paciente. • Determinar las preferencias alimentarias delpaciente. • Insistir al paciente sobre las necesidades nutricionales decir y comentar las directricesdietéticas y las pirámides de alimentos. • Asegurarse de que la comida se sirve de forma atractiva y la temperatura más adecuada para el consumo óptimo. <p>Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La identificación alérgica del paciente. • Están dadas por el gusto de cada paciente • Pirámide alimenticia • Ayuda a que visualmente y mentalmente le presente mayor interés al paciente, con ello se atrapa la idea de antojarlo, y porende generar una buena nutrición. • La monitorización las calorías va a depender de cada paciente para la pronta recuperación y cicatrización adecuada, como ayudante parte médica. 	Criterio de resultado: CUIDADO Y MANEJO DE LA NUTRICIÓN	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Dolor	5
		Sufrimiento	5
		Miedo	5
Inquietud	4		
Pérdida de apetito	5		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 02 Fisiológico: ComplejoClase: M: Termorregulación</p> <p>INTERVENCION: TRATAMIENTO DE LA FIEBRE</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Controlar la temperatura y otros signos vitales. Observar el calor y la temperatura de la piel. Fomentar el consumo de líquidos. Aplicar un bato tibio con esponja con cuidado (es decir, administrarlo a los pacientes con fiebre muyalta). Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre, de signos y síntomas dela afección causante de la fiebre. 	<ul style="list-style-type: none"> Los signos vitales reflejan funciones esenciales del cuerpo, incluso el ritmo cardiaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial, para observar medir y observar sus signos vitales yevaluar su nivel de funcionamiento físico. Se utiliza la inspección y la palpación y valorar la coloración de lapiel normal o anormal. La administración de los líquidos intravenosos, es un aspecto esencial en la atención de pacientes de enfermedades agudas, cuando no se pueden administrar suficientes líquidos por vía oral. Aplicación de medios físicos. Las complicaciones de una fiebre alta pueden causar difusión enlos órganos, deshidratación pérdida de apetito, dolor de cabeza,sudoraciones y dificultad para respirar entre otras. 	Criterio de resultado: CONTROL DE LA TERMORREGULACIÓN	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Dolor	5
		Sufrimiento	5
		Miedo	5
Inquietud	5		
Perdido de apetito	5		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 05 Familia</p> <p>Clase: X: Cuidados durante la vida</p> <p>INTERVENCION: APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimiento del cuidador. • Determinar la aceptación del cuidado de su papel. • Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. • Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso. • Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es indispensable que el cuidador debe ser evaluado por un equipo multidisciplinario de salud para determinar el nivel de conocimientos sobre el cuidador. • La persona que acepte asumir los cuidados básicos para el paciente, debe tener el papel, responsabilidad y la capacidad de aceptar todos los cuidados. • El personal de enfermería debe enseñar y practicar junto con el cuidador los procedimientos que se llevaran a cabo durante el cuidado, y saber las debilidades o puntos fuertes del cuidador. • Es importante decirle al cuidador que no va a ser nada fácil, pero que también es una gran satisfacción en ayudar a los seres que quiere. • Las técnicas del cuidador son aceptar las limitaciones, compartir las tareas y emociones, poner objetivos a corto plazo y sobre todo tener mucha paciencia. 	Criterio de resultado: PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Dolor	4
		Sufrimiento	5
		Miedo	5
Inquietud	4		
Pérdida de apetito	5		



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): 07: AUTOPERCEPCIÓN/ AUTO CONCEPTO</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Expresión de preocupación <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Paciente refiere sentirse incomoda por sobrepeso 	<p>Dominio: 06: AUTOPERCEPCIÓN</p> <p>Clase: 01 AUTOCONCEPTO</p> <p>Etiqueta diagnóstica: DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTO CONCEPTO</p> <p>Patrón de percepción o ideas uno mismo que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es)de riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Expresa deseos de reforzar el auto concepto <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Acepta sus fortalezas. Acepta sus limitaciones. Expresa confianza en su habilidad. 	CRITERIOS DE RESULTADO(NOC)		
		Dominio: 03 Salud psicosocial.	Clase: M: Bienestar psicológico	
		Criterio de resultado: Autoestima		
		Indicador (es):	Puntuación inicial	Puntuación Diana
Aceptación I de las propias limitaciones	4	Aumentar a 5		
Comunicación abierta	5	Aumentar a 5		
Nivel de confianza	4	Aumentar a 5		
Sentimiento sobre la propia persona	4	Aumentar a 4		
Autoestima	4	Aumentar a 5		
Escala:				
1 Grave				
2 Sustancial				
3 Moderado				
4 Leve				
5 Ninguno				



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 03 Conductual</p> <p>Clase: R: AYUDA PARA EL AFRONTAMIENTO.</p> <p>INTERVENCION: POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la confianza del paciente en su propio criterio. • Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. • Animar al paciente a evaluar su propia conducta. • Facilitar un ambiente y actividades que aumentela autoestima. • ayudar al paciente a encontrar el auto estima. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el afecto de la confianza en la relación pacienteproveedor de la salud en los diversos contextos. • Ayudar al paciente a conseguir el equilibrio a través de suscreencias. • Hablar simplemente con la verdad. • Capacitar al paciente para que conozca su enfermedad y sabercómo actúen le autocuidado. • Identificar la importancia de comunicación con la familia para fomentar y ayudar el estado de salud del paciente. 	Criterio de resultado: Autoestima	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Aceptación de las propias limitaciones	5
Comunicación abierta	5		
Nivel de confianza	5		
Sentimientos sobre la propia persona	5		
Autoestima	5		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 03 Conductual</p> <p>Clase: R: AYUDA PARA EL AFRONTAMIENTO.</p> <p>INTERVENCION: APOYO ESPIRITUAL</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática. • Tratar al individuo con dignidad y respeto. • Rezar con el individuo. • Estar abierto a las expresiones del individuo desoledad o importancia. • Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tener empatía es el elemento fundamental para lograr unacomunicación terapéutica constructiva. • Siempre tratar como queremos que nos traten. • La oración produce cambios significativos en la evolución de la enfermedad. • Demostrar siempre la importancia de escuchar cuando se sienta mal. • Tiene la función de aliviar tensiones, y resolver sus dudas y miedos que sienta apoyo emocional. 	Criterio de resultado: Autoestima	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Aceptación de las propias limitaciones	4
		Comunicación abierta	5
		Nivel de confianza	4
Sentimientos sobre la propia persona	5		
Autoestima	5		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 03 Conductual</p> <p>Clase: O: TERAPIA COONDUCTUAL.</p> <p>INTERVENCION: AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SÍMISMO</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos. • Ayudar la paciente a identificar una meta decambio especifica. • Identificar con el paciente las estrategias másefectivas para el cambio de conducta. • Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado. • Explorar con el paciente las barres potenciales al cambio de conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer sus valores y creencias nos ayudaran a conocer mejor alpaciente y poder saber cómo ayudarlo. • Tener siempre un objetivo para poder lograrlo. • Prevenir de más complicaciones y utilizar estrategias que lepermitan desenvolverse • Saber si está preparado para realizar el cambio para mejorar elestado de salud. • Promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas y poder desarrollarse potencialmente es su ambiente. 	Criterio de resultado: Autoestima	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Aceptación de las propias limitaciones	5
		Comunicación abierta	5
		Nivel de confianza	4
Sentimiento sobre la propia persona	4		
Autoestima	4		



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 01 fisiológico :</p> <p>Básico Clase: D: APOYO</p> <p>NUTRICIONAL</p> <p>INTERVENCION: MANEJO</p> <p>DEL PESO</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el individuo las condiciones médicas que puedan afectar el peso. • Comentar el riesgo asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso. • Determinar la motivación del individuo para cambiar hábito de la alimentación. • Ayudar en el desarrollo planes de comida bien equilibrados coherentes con el nivel de gasto energético. • Animar al individuo a registrar el peso semanalmente según corresponda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alimentos inadecuados. • Complicaciones en el estado de salud. • Prevención de enfermedades crónicas degenerativas. • Pirámide alimenticia y consultar una nutrióloga. • Motivación positiva 	Criterio de resultado: Autoestima	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Aceptación de las propias limitaciones	4
		Comunicación abierta	4
		Nivel de confianza	4
Sentimiento sobre la propia persona	5		
Autoestima	5		



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 03: CONDUCTUAL</p> <p>Clase: O: TERAPIA CONDUCTUAL</p> <p>INTERVENCION: FACILITAR LA AUTO RESPONSABILIDAD</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar responsable al paciente de su propia conducta. • Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud. • Determinar si el paciente tiene conocimiento adecuados a cerca del estado de los cuidados de salud. • Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente. • Fomentar la dependencia pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asumir responsabilidad • Dar a conocer lo que conlleva toda una enfermedad. • Valorar al paciente realizando una serie de preguntas acerca de su estado de salud. • Vigilancia continúa. • Autonomía y cuidado. 	Criterio de resultado: Autoestima	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>Aceptación de las propias limitaciones</p> <p>Comunicación abierta</p> <p>Nivel de confianza</p> <p>Sentimiento sobre la propia persona</p> <p>Autoestima</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): 04 Actividad-Ejercicio</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se mueve con dificultad Presencia de agitación mínima a la ambulación Dolor <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Debilidad Cansancio Miedo 	<p>Dominio 04:</p> <p>Actividad/Reposo</p> <p>Clase 02: Actividad</p> <p>/Ejercicio</p> <p>Etiqueta diagnóstica: DETERIORO DE LA AMBULACIÓN</p> <p>Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fuerza muscular insuficiente Miedo a las caídas <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Deterioro de la habilidad para subir escaleras. Deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas. 	CRITERIOS DE RESULTADO(NOC)			
		Dominio 01: Salud Funcional	Clase C: Movilidad		
		Criterio de resultado: MOVILIDAD			
		Indicador (es):	Puntuación inicial	Puntuación Diana	
Mantenimiento de la posición corporal	4	Aumentar a 5			
Realización del traslado	3	Aumentar a 5			
Ambulación	4	Aumentar a 5			
Marcha	4	Aumentar a 5			
Se mueve con facilidad	4	Aumentar a 5			
			<p>Escala:</p> <p>1 Grave</p> <p>2 Sustancial</p> <p>3 Moderado</p> <p>4 Leve</p> <p>5 Ninguno</p>		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 01 Fisiológico: Básico</p> <p>Clase: A: Control de actividad y ejercicio</p> <p>INTERVENCION: TERAPIA DE EJERCICIOS</p> <p>AMBULATORIOSACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vestir al paciente con prendas cómodas. • Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones • Colocar una cama de baja altura si resultaoportuno. • Animar la paciente a sentarse en la cama, a un ladode la cama o en una silla seg3n tolerancia. • Ayudar al paciente en el traslado cuando seanecesario. 	<ul style="list-style-type: none"> • La vestimenta del paciente debe permitir libertad de movimientos, facilitar el acceso de aquellas zonas del paciente que necesite unamanipulaci3n o proteger del frio o calor. • Un calzado adecuado que pueda moverse de un lugar a otro confacilidad. • Colocar una postura de altura de la cama para evitar que elpaciente pueda tener una ca3da. • Realizarlo en 3 tiempos. • Al trasladar un paciente siempre debemos asegurarnos el estado del paciente, lograr su confianza de tomarlo ya sea de la mano o de la manera que 3l se sienta m3s seguro para el traslado. 	Criterio de resultado: MOVILIDAD	
		Indicador (es)	Puntuaci3n final
		Mantenimiento de la posici3n corporal	5
		Realizaci3n del traslado	5
		Ambulaci3n	5
Marcha	5		
Se mueve con facilidad	5		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
Campo: 01 Salud FuncionalClase: C: Movilidad INTERVENCION: AMBULAR ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Camina con marcha eficaz • Camina a paso lento. • Camina a paso moderado • Camina a paso rápido. • Camina distancias cortas. 	<ul style="list-style-type: none"> • La identificación alérgica del paciente. • Están dadas por el gusto de cada paciente • Pirámide alimenticia • Ayuda a que visualmente y mentalmente le presente mayor interés al paciente, con ello se atrapa la idea de antojarlo, y por ende generar una buena nutrición. • La monitorización las calorías va a depender de cada paciente para la pronta recuperación y cicatrización adecuada, como ayudante 	Criterio de resultado: MOVILIDAD	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Mantenimiento de la posición corporal	5
		Realización del traslado	5
		Ambulación	5
Marcha	4		
Se mueve con facilidad	4		



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 05 Salud Percibida Clase: E: Satisfacción con los cuidados</p> <p>INTERVENCION: SATISFACCIÓN DEL PACIENTE/USUARIO: SEGURIDAD ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda en los traslados. • Ayuda en la deambulaci3n. • Ayuda con el ba1o o la ducha. • Estrategia de prevenci3n de caídas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a trasladarse de un lugar a otro, por seguridad. • Consiste en la necesidad de caminar de los enfermos. • Conjunto de actividades dirigidas en ayudar al paciente a realizarse corporal y comodidad del paciente en la higiene y la limpieza as3 como evitar caídas en el ba1o. • Colocaci3n de barandales arriba, freno de cama o silla de ruedas, zapatos adecuados para deambulaci3n signos vitales estables, verificaci3n de medicamentos que pueda causar un riesgo de caída, efectos anestésicos entre otros. 	Criterio de resultado: MOVILIDAD	
		Indicador (es)	Puntuaci3n final
		Mantenimiento de la posici3n corporal	5
		Realizaci3n del traslado	5
		Ambulaci3n	5
Marcha	5		
Se mueve con facilidad	5		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
Campo: 05 Salud Percibida Clase: V: Sintomatología INTERVENCION: NIVEL DE DOLOR ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Dolor referido. • Expresión facial de dolor. • Inquietud. • Presión arterial. • Intolerancia a los alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es un dolor propagado, difuso cuyo origen no está en la zona de aparición del mismo. • La expresión facial de este sufrimiento ofrece una oportunidad importante para una mejor comprensión, evaluación y control del dolor. • Estado de nerviosismo que se produce ante una determinada situación y que hay algo que le genera preocupación. • La presión arterial incluye dos mediciones presión arterial sistólica que mide durante el latido del corazón y la presión diastólica que mide durante el descanso entre dos latidos. • Problemas digestivos que se produce después de la ingesta de ciertos alimentos. 	Criterio de resultado: MOVILIDAD	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Mantenimiento de la posición corporal	4
		Realización del traslado	4
		Ambulación	5
Marcha	4		
Se mueve con facilidad	4		



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 01 Salud</p> <p>FuncionalClase:</p> <p>C: Movilidad</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>EQUILIBRIO</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene el equilibrio mientras está. • Mareo. • Tambaleo. • Postura. • Mantiene el equilibrio al levantarse desde laposición de sentado. 	<ul style="list-style-type: none"> • El equilibrio hace referencia a la capacidad para mantenerse erguido y firme al estar de pie, de rosillas, sentado o en canchillasesta se debe a los sistemas sensoriales del cuerpo. • La pérdida de equilibrio es la sensación del paciente de fuerte inestabilidad o mareo, que le hace sentir que va a caerse o quetiene su entorno se mueve sin control. • Dicho de una persona moverse a un lado a otro cuando está caminando como si fuera a caer; se debe que la persona se ponede pie muy rápido, presión baja, una lesión de la cabeza por medicamentos o una infección del iodo entre otros. • La posición que adopta cada parte del cuerpo en relación a los segmentos adyacentes y con respecto al cuerpo en su totalidad ya sea de pie, acostado y sentado. • El mantener un equilibrio al levantarse y sentarse nos percatamosque el paciente pueda tener una caída ya sea sentado o parado. 	Criterio de resultado: MOVILIDAD	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Mantenimiento de la posición corporal	5
		Realización del traslado	5
		Ambulación	5
Marcha	4		
Se mueve con facilidad	5		

VII. PLAN DE ALTA

NOMBRE DEL PACENTE: MDLMG
DX MEDICO: DLCOAO
EDAD: 27 años PESO: 68 kg TALLA: 1.65 IMC: 24
FECHA DE EGRESO O UTIMA VISITA AL MEDICO: 26/07/2021
S.V. AL EGRESO: T/A = 110/75 FC= 85X FR=18X T=36.1 SAT=96%

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	Esposo JRC 844353 Acudir a la "Bene"
URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)	Fiebre, secreción fétida por herida, mal olor, enrojecimiento en la zona de inserción, edema, dolor abdominal intenso, dehiscencia de la herida.
INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	La infección de herida quirúrgica si o es tratada a tiempo la puede llevar a la muerte. Protección del sitio de inserción, lavado de manos con técnica de asepsia, y utilizar técnica estéril, y seguir las recomendaciones médicas.
DIETA (Información relativa a la nutrición)	Tiene permitido todo tipos de alimentos, solo se recomienda, cocinar más saludable, menos grasas, comer más carnes blancas, pescado o pollo, también tomar de 2 a 3 litros de agua al día, ya sea de sabor o natural, menos pany consumir más frutas y verduras.
AMBIENTE (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)	Apoyo familiar es fundamental para sobrellevar cualquier enfermedad. Laboral: Tener en cuantas prescripciones técnicas realizadas por un profesional en salud como parte de su proceso terapéutico o de intervención clínicas. Social: No suministrar ningún tratamiento que no sea recomendado por su médico.

RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas recreativas saludables)	No levantar cosas pesadas, no acercarse tanto al fuego, evitar el polvo. Caminar a tolerancia de 10 a 20 minutos.
MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO NO	Cuidados de la herida quirúrgica diario hasta retiro de puntos en 7 días. Tratamiento: Ampicilina 1 gr c/12 x 5 días a las 8 y 20 hrs Omeprazol 40 mg 1 c/24 x 15 días 8 hrs Metoclopramida 10 mg 1 c/ 8 x 5 días a las 8 , 16 y 24 hrs Butilhiocina 10 mg 1 c/8 hrs x 5 días a las 8 , 16 y 24 hrs Paracetamol 500 mg PRN si presenta dolor.
ESPIRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)	Se le da una recomendación opcional de dar gracias a Dios por su recuperación y que sea un apoyo o aliento para las personas que llegaran a estar en su situación.

VIII. CONCLUSIONES

El presente trabajo se realizó con la finalidad de poner en práctica el proceso cuidado enfermero, fue de suma importancia para la atención del paciente ya que se favoreció utilizar el pensamiento crítico para efectuar diagnósticos de problemas de salud reales o potenciales, además de permitir brindar cuidados de enfermería oportunos y eficaces no solo al bienestar del paciente, sino también al cambio en el entorno en donde el paciente desempeña su propio cuidado.

Se logró cumplir con los objetivos planeados y deseados en este proceso cuidado enfermero además de obtener una gran satisfacción por el desarrollo profesional y laboral ya que el mismo proceso permite mejorar la continuidad de los cuidados de atención al paciente.

Reunir cada dato importante sobre los antecedentes personales, así como patológicos de la paciente para entender mejor su patología y poder intervenir en su tratamiento de una manera más rápida y eficaz.

Para finalizar, se obtuvieron diagnósticos de acuerdo al padecimiento de la paciente y realizando el proceso cuidado enfermero se adquirió intervenciones y resultados correspondientes que se van a llevar a cabo con el paciente para mejorar su estado de salud.

Es importante tomar conciencia sobre esta enfermedad, ya que a pesar de estar predispuesta a complicaciones y riesgos más graves. La prevención y vigilancia es un indicador que puede reducir las infecciones de herida quirúrgica y evita que los pacientes lleguen a un estado de salud grave.

La implementación de los cuidados favoreció la evolución y mejoría de la paciente de la manera en que se esperaba y permitió a la autora la motivación para seguir aprendiendo sobre el tema, a partir de las indagaciones realizadas.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. A New Benedetta WHO. (2016). recommendations on intraoperative and postoperative measures for surgical site infection prevention. 2021, de an evidence-based global perspective Lancet Infect Dis Sitio web: [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(16\)304002-9](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(16)304002-9)
2. Alligood, M Raile; Marriner-Tomey, A. Modelos y teorías en enfermería. 7ª edición. Madrid: Elsevier Science, 2011
3. A. Santallaa, MS. López-Criadoa, MD. Ruiza, J. Fernández-Parraa, JL. Galloa, F. Montoya. (Septiembre 2007). Infección de la herida quirúrgica. julio 2021, de Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia Sitio web: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/factores-obstetricos-implicados-aparicio>.
4. Benavent MA, Ferrer E, Francisco C. Fundamentos de enfermería. Madrid: DAE Grupo Paradigmas. Enfermería 21; 2000.
5. Bonilli de las Nieves Candela, Manuel Amezcua.(2014). Modelos de Cuidado de Enfermería, Virginia Henderson., 25 nov 2014; de Sitio Web: <https://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>.
6. Badia Jose Pérez, Xavier Guirao Garriga.(2016) Infección Quirúrgica; Cirugía clínica de infecciones quirúrgicas. 14-2016, de 2 edcc. en Sitio Web: [https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirugicas-2-edic\(1\).pdf](https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirugicas-2-edic(1).pdf)

7. Cabal E. Victoria Eugenia, Guarnizo T. Mildred (2011). Enfermería como disciplina. 15 julio 2021, Revista Colombiana de Enfermería Sitio web: <http://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/download/1436/1042>.
8. Colliere. Marie-Francoise (2009). Promover la vida. México: Mcgraw-Hill Interamericana Editores Marriner-Tomey A, Alligood-MR. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Harcourt, 2002.
9. García-Martín Caro C. Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Harcourt, 2001
10. Gómez Viana, Leticia; Zepeda Blanco, Cristina; Morán Álvarez, África; (2016). Manejo de las infecciones de la herida quirúrgica. 2021, de Manzano, Milagros FEA Anestesiología Sitio web: <http://clinicainfectologica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2018/03/Manejo-de-las-infecciones-de-la-herida-quir%C3%BArgica.pdf>.
11. Howard K. Butcher, Gloria M. Bulecherk, Joanne M. Dochterman y Cheryl M. Wagner Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), 7. Ed., 2019 Elsevier España, S.L.U.
12. Intervenciones de enfermería para la atención de la mujer con herida quirúrgica infectada post cesárea en los tres niveles de atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica, México, CENETEC; 2018, Disponible en <https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/>.
13. Juárez Rodríguez Paula Alina, María de Lourdes García Campos. (2009). la Importancia del Cuidado de Enfermería., de Facultad de Enfermería y Obstetricia de Sitio web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
14. Kably Ambe Alberto. (abr. 2019). Ginecol. Obstet. 07-Mayo-2021, de ISSN impreso 0300-9041 Sitio web: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-0412017000200053

15. Leo Roman Carlos Agustin. (2006). Enfermería ciencia y arte del cuidado. de revista cubana de enfermería: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007
16. Marriner-Tomey A, Alligood-MR. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Harcourt, 2002.
17. Martinez- Martinez C, Garcia- De la Torre JI, Cepeda- Nieto AC. (2018 Abril. Evaluacion del control de infección Poscesarea mediante la implantación de una programa preventivo. 2019 abril de gineco obstet. Mex. Sitio Web: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v87n4/0300-9041-gom-87-04-228.pdf>.
18. Norma Oficial Mexicana Nom-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. [Internet]. Mexico Secretaria de salud; (07/04/2016). Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#:~:text=NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM-007,de%20la%20persona%20reci%C3%A9n%20na
19. Norma Oficial Mexicana Nom-026-ssA2-1998 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones Nosocomiales [Internet]. Mexico Secretaria de Salud;(17)d Disponible en: https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco_juridico/normas/nom_17.pdf.
20. Pichardo González, Gabriela. Estudio de caso con el enfoque de Virginia Henderson a una persona con afección valvular aórtica. Rev Mex Enferm Cardiológica 2013; 21(1):24-29.
21. Presta Eduardo Gustavo (2021). Puerperio Normal y Patológico. Guía Práctica Clínica. de Sitio Web: https://www.sarda.org.ar/images/Guia_de_practica_clinica_de_puerperio_normal_y_patologico.pdf

22. Prevención y Diagnóstico de la Infección del sitio Quirúrgico.GPC-IMSS-827. México, del seguro social: (2018). Sitio Web:
http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/827%20GER_InfeccionSitioQuirurgico_2018.pdf.
23. Raile Alligood, M; Marriner-Tomey, A. Modelos y teorías en enfermería. 6ª edición. Madrid: Elsevier Science, 2011.
24. Ramírez Yamila Salinas, Armando Zayas, Solmary Infante del Rey. (ene-mar-2016). infección del sitio quirúrgico en puérperas con cesárea. 2016-07-13, de medicina perinatal y obstétrica Sitio web:
<http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/35>
25. Salud Pública y Bienestar Social. (2013). Proceso de Atención de Enfermería. 2018, de Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia Sitio web:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
26. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio de Prevalencia de las infecciones nosocomiales en España. Estudio EPINE-EPPS 2016. Resultados provisionales, [consultado Oct 2016]
27. Sue Moorhead, Elizabeth Swanson, Marion Johnson y Meridean L. Maas Clasificación DE Resultados de Enfermería (NOC), 6. ED., De 2019 Elsevier España, S.L.U
28. Tanner J, Dumville JC, Norman G, Fortnam M. Surgical hand antisepsis to reduce surgical site infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 1. Art. No. CD004288.DOI: 10.1002/14651858.CD004288.pub3.
29. T.Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020, 11. Edición. , de NANDA International, editado por todos los derechos reservados. Traducción autorizada de la versión original inglesa. Publicada por Thieme Medical Publisher Inc, New York U.S.
30. Watson Jean. (2016). Clarificando la disciplina de la enfermería como fundamental para el desarrollo de la enfermería profesional. 15-07-2021, de scielo Sitio web:
<https://www.scielo.br/j/tce/a/gsdWKvGVzYJVjVYkPjv8Lkq/?lang=es&format=pdf>

X. GLOSARIO DE TÉRMINO

Astigmatismo = Es un defecto ocular que se caracteriza porque existe una refracción diferente entre dos meridianos oculares, lo que impide el enfoque claro de los objetos.

Alitosis = Mal aliento bucal.

Bradycardia = Ritmo cardíaco anormalmente lento.

Bradipnea = Respiración anormalmente lenta.

Bacteria = Son organismos procariotas unicelulares, que se encuentran en casi todas las partes de la Tierra.

Corioamnionitis = Inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion), esto es, feto, cordón y líquido amniótico.

Celulitis = Inflamación aguda de los tejidos blandos de la piel.

Detritus = Desgastado

Etiopatogenico = Es el origen o causa del desarrollo de una patología.

Epistemología = Conocimiento, saber, ciencia Y logos.

Endometritis = Dentro del útero.

Flebitis = Inflamación (enrojecimiento, hinchazón, dolor y calor) en una vena.

Febrícula = Fiebre ligera.

Fluctuante = Abscesos, que consiste en que su área más próxima a la piel es la que más inflamada está externamente, y a causa de la desvitalización de la piel se deprime fácilmente, notándose que lo que hay debajo no es tejido sólido, sino contenido líquido.

Genitourinario = Órganos urinarios y genitales que estudia el riñón.

Hipoxia = Disminución del aporte o contenido de oxígeno en el organismo.

Hipertermia = Aumento de la temperatura del cuerpo por encima de lo norma.

Hongo = Son parásitos o viven sobre materias orgánicas en descomposición.

Hipotermia = Disminución de la temperatura corporal.

Isocoricas = Ambas presentan el mismo tamaño.

Miopía = Tiene dificultades para ver con claridad los objetos lejanos.

Menarca = Primera menstruación.

Nuliparidad = Nunca ha llevado a cabo un embarazo más allá de las 20 semanas.

Peristaltismo = Contracciones musculares

Pigmentación = coloración de la piel.

Patología = Parte de la medicina que estudia las enfermedades.

Sepsis = Es una complicación que tiene lugar cuando el organismo produce una respuesta inmunitaria desbalanceada, anómala, frente a una infección.

Tromboflebitis = Inflamación de las venas con coágulos.

Taquicardia = Ritmo cardíaco anormalmente alto.

Taquipnea = Respiración anormalmente rápida.

Visceromegalia = Es el aumento de tamaño de los órganos internos que se encuentran en el abdomen, tales como el hígado, el bazo, el estómago, los riñones o el páncreas.

Virus = Es un microorganismo muy simple que infecta células y puede causar enfermedades. Debido a que los virus solo se pueden multiplicar dentro de una célula infectada, se entiende que no tienen vida propia.

XI. ANEXOS

COLORACION DE ORINA Anexo 1 (pág. 28)



TABLA DE IMC Anexo (PAG 29)

Peso (kg)	Altura (cm)											
	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200	205
40	17,8	16,6	15,6	14,7	13,8	13,1	12,3	11,7	11,1	10,5	10,0	9,5
45	20,0	18,7	17,6	16,5	15,6	14,7	13,9	13,1	12,5	11,8	11,3	10,7
50	22,2	20,8	19,5	18,4	17,3	16,3	15,4	14,6	13,9	13,1	12,5	11,9
55	24,4	22,9	21,5	20,2	19,0	18,0	17,0	16,1	15,2	14,5	13,8	13,1
60	26,7	25,0	23,4	22,0	20,8	19,6	18,5	17,5	16,6	15,8	15,0	14,3
65	28,9	27,1	25,4	23,9	22,5	21,2	20,1	19,0	18,0	17,1	16,3	15,5
70	31,1	29,1	27,3	25,7	24,2	22,9	21,6	20,5	19,4	18,4	17,5	16,7
75	33,3	31,2	29,3	27,5	26,0	24,5	23,1	21,9	20,8	19,7	18,8	17,8
80	35,6	33,3	31,3	29,4	27,7	26,1	24,7	23,4	22,2	21,0	20,0	19,0
85	37,8	35,4	33,2	31,2	29,4	27,8	26,2	24,8	23,5	22,4	21,3	20,2
90	40,0	37,5	35,2	33,1	31,1	29,4	27,8	26,3	24,9	23,7	22,5	21,4
95	42,2	39,5	37,1	34,9	32,9	31,0	29,3	27,8	26,3	25,0	23,8	22,6
100	44,4	41,6	39,1	36,7	34,6	32,7	30,9	29,2	27,7	26,3	25,0	23,8
105	46,7	43,7	41,0	38,6	36,3	34,3	32,4	30,7	29,1	27,6	26,3	25,0
110	48,9	45,8	43,0	40,4	38,1	35,9	34,0	32,1	30,5	28,9	27,5	26,2
115	51,1	47,9	44,9	42,2	39,8	37,6	35,5	33,6	31,9	30,2	28,8	27,4
120	53,3	49,9	46,9	44,1	41,5	39,2	37,0	35,1	33,2	31,6	30,0	28,6

por debajo de 18,5 tienes bajo peso

entre 18,5 - 24,9 tu peso es normal

entre 25 - 29,9 tienes sobrepeso

entre 30-39,9 tienes obesidad

por encima de 40 tienes obesidad mórbida

(Anexo 3) (pág 30)

SIGNOS VITALES

TEMPERATURA

CATEGORIZACION	TEMPERATURA
NORMAL	36.2 Y 37
FIEBRE	MAYOR DE 38
FEBRICULA	MAYOR DE 37.5 a 37.9
HIPOTERMIA	MENOR DE 35