

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERIA**



PROCESO ENFERMERO SEGÚN MODELO DE DOROTEA OREM Y LA TAXONOMIA DE NANDA, NOC Y NIC, APLICADO A USUARIA, EN EL HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSE FERNANDEZ” ZACAMIL, DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR, EN EL PERIODO DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2024.

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

AUTORES:

BR. KENIA ALEXANDRA BOLAÑOS MARTINEZ

BR. CINDY JAZMÍN ORANTES CHÁVEZ

TUTORA

MSSR Y LICENCIADA TELMA LORENA DÍAZ MÉNDEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN SALVADOR, EL SALVADOR, NOVIEMBRE DE 2024

AUTORIDADES VIGENTES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

RECTOR

MSC. JUAN ROSA QUINTANILLA

VICERRECTORA ACADÉMICA

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

SECRETARIO GENERAL

LICDO. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA.

AUTORIDADES VIGENTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

DECANO DE FACULTAD DE MEDICINA.

DR. SAÚL DÍAZ PEÑA.

VICEDECANO.

LICDO. FRANKLIN ARNULFO MÉNDEZ DURÁN

SECRETARIO DE LA FACULTAD.

MSC. ROBERTO HERNÁNDEZ

DIRECTOR DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD.

MTRA. MÓNICA RAQUEL VENTURA DE RAMOS.

DIRECTOR DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

LICDO. JOSÉ ISMAEL LÓPEZ PÉREZ.

PROCESO DE GRADUACIÓN APROBADO POR

COORDINADORA DE PROCESO DE GRADO.

MSSR Y LICENCIADA TELMA LORENA DÍAZ MÉNDEZ.

DOCENTE ASESOR.

MSSR Y LICENCIADA TELMA LORENA DÍAZ MÉNDEZ

TRIBUNAL CALIFICADOR.

MSC y LCDO. JOSÉ ISMAEL LÓPEZ PÉREZ

MSSR y LICENCIADA TELMA LORENA DÍAZ MÉNDEZ

LICDA. KARLA GUADALUPE VIGIL

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a *Dios* quien me ha guiado y me ha fortalecido durante este camino, agradezco por haberme brindado muchas bendiciones, salud y sabiduría para poder culminar mi carrera universitaria, agradezco por permitirme vencer cada uno de los obstáculos que se presentaron se que sin su amor y ayuda todo esto no hubiera sido posible.

A mi Madre *Ana Otilia Chávez* quien ha sido mi apoyo incondicional, mi ejemplo y mi motivación en todo momento, quien me ha brindado todo su amor y ha creído en mi desde el primer día, agradezco su sacrificio y amor porque sé que sin eso no hubiera sido posible llegar hasta aquí.

A mi Padre *Leopoldo Orantes* quien también ha sido mi apoyo incondicional, mi ejemplo y mi motivación en cada momento agradezco su sacrificio y amor porque se que sin el no hubiera sido posible culminar este camino.

A mi hermano *Henry Orantes* y mi hermana *Yancy Orantes* quienes han sido los compañeros de mi vida, mis confidentes y mis mejores amigos, agradezco por siempre estar ahí para mí, por darme ánimos y hacerme sentir mejor en los momentos difíciles se que sin su apoyo incondicional esto no hubiera sido posible.

A mi Novio *Aaron Mejia* agradezco por todo el amor, cariño y comprensión que me ha brindado durante todo este camino, agradezco por motivarme a seguir adelante en los momentos difíciles, sin su amor y motivación constante esto hoy no sería posible.

A mi abuelo *Miguel Chávez* y mis tíos *Carlos Chávez* y *Miguel Chávez* quienes creyeron en mi y siempre me han brindado su apoyo incondicional y sus consejos motivándome a seguir adelante.

A mi amiga y compañera de Clases, *Josselyn Ortiz* con quien compartimos muchos momentos y experiencias a lo largo de este camino, gracias por estar ahí y superar juntas todos los obstáculos que se presentaron.

A mi compañera de trabajo de grado *Kenia Bolaños*, agradezco por estar juntas en esto, por cada uno de los momentos compartidos en la elaboración y ejecución de nuestro proceso.

Y últimamente quiero agradecer a mis docentes quienes me brindaron de sus conocimientos, enseñándome con paciencia y dedicación, contribuyendo a mi formación profesional. Especialmente

quiero agradecer a *Licda. Telma Lorena Diaz* por brindarnos sus conocimientos y orientación en este proceso, agradezco por todo el tiempo dedicado hacia nosotros para culminar este trabajo.

Gracias a cada uno de ustedes por ser parte fundamental de todo este proceso.

Licda. Cindy Jazmín Orantes Chávez

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, quien me ha guiado durante mis años de formación académica, con su amor incondicional, sus bendiciones y su luz en momentos difíciles. Agradeciendo profundamente por darme la salud, la perseverancia y discernimiento para superar cada obstáculo que se presentó.

A mi madre Silvia Martínez, le agradezco su apoyo incondicional, sus palabras llenas de sabiduría, su motivación para seguir superándome como profesional y su apoyo económico durante estos años de formación académica.

A mi hermana Andy Bolaños, le agradezco su apoyo emocional durante mis momentos difíciles, gracias por siempre escucharme.

A mi hermana Jennifer Bolaños, le agradezco su apoyo emocional y económico que me brindó durante mi formación, consejos que me ayudaron a mejorar como persona.

A mis compañeros de carrera, les agradezco su apoyo emocional, por enseñarme que no todo es una competencia entre profesionales de la salud y que aconsejándonos unos a otros podemos mejorar nuestro desempeño, por alegrarse en mis logros y estar en mis fracasos y a mis compañeros que se volvieron amigos sinceros durante estos años, Danny Ornelas, Brenda Bautista, Karla Maritza, gracias por siempre estar.

A mi compañera de trabajo de grado Jazmín Orantes, le agradezco por ser el pilar que ayudó con la elaboración de nuestro trabajo, con su apoyo emocional en momentos que ya no se quería, gracias por apoyarme.

Por último, pero no menos importante quiero agradecer a mis docentes de la carrera de enfermería y asesora de trabajo de grado, les agradezco el apoyo emocional que me brindaron, los consejos y la sabiduría que me transmitieron en estos años de formación y con esfuerzo se logró mis sueños que se veían tan lejos y hoy son una realidad.

Licda. Kenia Alexandra Bolaños Martínez.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I.....	14
1.1 JUSTIFICACION.....	14
1.2 OBJETIVOS	15
1.2.1 Objetivo General	15
1.2.2 Objetivos específicos.....	15
CAPITULO II	17
2.1 REVISION DE LA LITERATURA.....	17
2.1.1 Teorista: Dorothea Elizabeth Orem	17
2.1.2 La teoría del autocuidado.....	18
2.1.3 La teoría del déficit de autocuidado.	21
2.1.4 Teoría de los sistemas de Enfermería	24
2.1.5 Clasificación de Diagnósticos Enfermeros (NANDA)	24
2.1.6 Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)	26
2.1.7 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).....	27
2.2 PATOLOGIAS O NECESIDADES DE LA USUARIA	28
2.2.1 Condilomatosis.....	28
2.2.2 Cesárea baja transversa.....	30
2.2.3 Infección del sitio quirúrgico	32
2.3 FASE DE VALORACION	34
2.3.1 Cuadro de Identificaciones.....	34
2.3.2 Requisitos de valoración según el modelo de Dorothea Orem	35
2.3.3 Identificación de datos significativos	42
2.3.4 Organización, análisis e interpretación de datos	51
2.4 FASE DIAGNOSTICA.....	56
2.4.1 Elaboración de diagnósticos enfermeros (Área Hospitalaria).....	56
2.4.2 Listado de Diagnósticos enfermeros	59
2.5 FASE DE PLANIFICACION (AREA HOSPITALARIA)	60
2.5.1 Plan de cuidados N° 1.....	60

2.5.2 Plan de cuidados N° 2.....	64
2.5.3 Plan de cuidados N° 3.....	67
2.6 FASE DIAGNOSTICA (AREA COMUNITARIA)	69
2.6.1 Elaboración de diagnósticos enfermeros.....	69
2.6.2 Listado de Diagnósticos enfermeros.....	72
2.7 FASE DE PLANIFICACION (AREA COMUNITARIA)	74
2.7.1 Plan de cuidados N° 1.....	74
2.7.2 Plan de cuidados N°2.....	77
2.7.3 Plan de cuidados N° 3.....	81
2.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	84
CAPITULO III	86
3.1 DISCUSION DE RESULTADOS	86
3.2 CONCLUSIONES	89
3.3 RECOMENDACIONES.....	90
3.3.1 A las autoridades de la Universidad de El Salvador.....	90
3.3.2 A la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de El Salvador ...	90
3.3.2 A los profesionales y futuros profesionales de enfermería.....	90
3.4 FUENTES DE INFORMACION	91
ANEXOS.....	93

RESUMEN

Introducción: El siguiente documento presenta el desarrollo del proceso enfermero basado en la teoría de Dorothea Orem sobre el déficit de autocuidado la cual puede ser implementada tanto en el entorno hospitalario como en el comunitario es aplicado a usuaria C.M.S.M de 22 años de edad con diagnóstico médico de laparotomía exploradora por hematoma subaponeurotico más infección de sitio quirúrgico post cesárea baja transversa por posición podálica más prolapso de miembro inferior más condilomatosis. Teniendo como **objetivo** brindar intervenciones de enfermería basadas en la taxonomía NANDA, NOC y NIC que ayuden a mejorar la salud de la usuaria de una forma holística. **Metodología:** el estudio de caso es una investigación de tipo cualitativo ya que a través de la valoración con la anamnesis, examen físico e historia clínica se recolectan datos de la usuaria que nos llevan a poder brindar una atención individualizado acorde a las necesidades que ella presenta. **Discusión de Resultados:** El estudio de caso presentado en este documento consistió en la aplicación del proceso enfermero utilizando como base la teoría déficit de autocuidado de la teorista Dorothea Orem y la taxonomía de NANDA, NIC Y NOC, Tomando en cuenta cada una de las cinco fases del proceso enfermero, se identificaron problemas de salud y falta de conocimiento sobre el proceso de su enfermedad y los cuidados que debe de tener con su bebe por esta razón se implementaron los sistemas de enfermería parcialmente compensatorio y apoyo -educación, lo que ayudo a mejorar la salud de la usuaria y así mismo los conocimientos sobre su cuidado y el de su bebe. **Conclusión:** al realizar la recolección de datos de manera adecuada y pertinente se logró realizar los diagnósticos enfermeros correspondientes utilizando la taxonomía de NANDA de la misma manera se elaboró los planes de cuidados acorde a las necesidades de la usuaria basándonos en la taxonomía NOC y NIC logrando brindar un cuidado individualizado, con calidad y calidez a la usuaria generando un cambio significativo en su estado de salud.

ABSTRACT

Introduction: The following document presents the development of the nursing process based on Dorothea Orem's theory on self-care deficit which can be implemented both in the hospital and community environment. It is applied to a 22-year-old C.M.S.M user with a medical diagnosis of exploratory laparotomy for subaponeurotic hematoma plus surgical site infection after low transverse cesarean section due to breech position plus lower limb prolapse plus condylomatosis. The objective Aiming to provide nursing interventions based on the NANDA, NOC and NIC taxonomy that help improve the user's health in a holistic way. **Methodology:** The case study is a qualitative research since through the assessment with the anamnesis, physical examination and clinical history, data are collected from the user that lead us to be able to provide individualized care according to the needs that she presents. **Discussion of results:** The case study presented in this document consisted of the application of the nursing process using as a basis the self-care deficit theory of theorist Dorothea Orem and the taxonomy of NANDA, NIC and NOC, Taking into account each of the five phases of the nursing process, health problems and lack of knowledge about the process of her disease and the care that she should have with her baby were identified. For this reason, the partially compensatory nursing and support-education systems were implemented, which helped to improve the user's health as well as the knowledge about her care and that of her baby. In **conclusion:** by collecting data in an appropriate and pertinent manner, the corresponding nursing diagnoses were made using the NANDA taxonomy. In the same way, care plans were developed according to the user's needs based on the NOC and NIC taxonomy, managing to provide individualized care, with quality and warmth to the user, generating a significant change in their health status.

INTRODUCCION

El proceso enfermero es un método sistemático que brinda cuidados humanistas que permite crear condiciones adecuadas y eficientes para lograr el estado deseado en un paciente, familia y/o comunidad. La finalidad del Proceso Enfermero es mantener el nivel óptimo de bienestar al proporcionar los cuidados necesarios en cantidad y calidad

Es un método de atención profesional y su aplicación fundamenta la práctica diaria de enfermería, Está constituido por cinco fases interrelacionadas entre sí; Fase de Valoración, Fase Diagnostica, Fase de planificación y Fase de Ejecución, Intervención y Evaluación, Para realizar dicho proceso es necesario la utilización de diferentes modelos y teorías, así como también la Taxonomía de NANDA, NOC Y NIC.

En el presente estudio de caso se utilizó como base la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, con el objetivo de “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por si mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”.

El siguiente proceso enfermero es aplicado a usuaria C.M.S.M de 22 años de edad con diagnostico medico de laparotomía exploratoria por hematoma sub aponeurótico más infección de sitio quirúrgico post cesárea baja transversa por posición podálica más prolapso de miembro inferior más condilomatosis.

En el primer capitulo del presente documento se encuentran cada uno de los objetivos del estudio de caso siendo el objetivo principal brindar un cuidado individualizado, humanizado, con calidad y calidez a la usuaria, en este apartado también se encuentra la justificación que plasma la necesidad de llevar a cabo este proceso.

Como segundo capitulo se encuentra el marco teórico donde se realizó una revisión de la literatura y se colocó diversa información sobre la taxonomía de NANDA, NOC y NIC, la teoría del déficit de Autocuidado de Dorothea Orem y la teoría de Murray Atkinson. También se encuentran las patologías o necesidades de la usuaria como la infección por condilomatosis, cesárea baja transversa e infección de sitio quirúrgico. continuado con el capitulo dos se encuentra también cada una de las fases del proceso enfermero.

La primera fase es la valoración donde se realizó la recolección de datos a través de la anamnesis, examen físico y otras fuentes como el expediente clínico, así mismo se encuentra el cuadro de valoración familiar de Dorothea Orem, los formularios de los requisitos universales, del desarrollo y de desviación de la salud. Continuando siempre en el capítulo número dos tenemos el cuadro de identificación de datos. También el cuadro de organización análisis e interpretación de los datos en el cual se colocaron los datos más relevantes los cuales se utilizaron para la elaboración de los diagnósticos enfermeros.

La segunda fase es la Diagnóstica donde se elaboraron cada uno de los diagnósticos enfermeros utilizando la taxonomía de NANDA y los datos recolectados en la valoración, así mismo tenemos el listado de los diagnósticos enfermeros los cuales fueron priorizados según los requisitos de desviación de la salud, del desarrollo y por último los universales.

La tercera fase es la planificación en donde se elaboraron los planes de cuidados utilizando la taxonomía de NOC y NIC, en donde se colocaron cada una de las intervenciones que se implementaron con la usuaria para ayudar a mejorar su autocuidado. Luego tenemos la fase de ejecución donde se implementaron con la usuaria cada uno de los planes de cuidados elaborados.

La fase de evaluación es la última del proceso enfermero en donde se colocó cada una de las reacciones que presentó la usuaria en las actividades realizadas y así mismo se evaluó cada plan de cuidados con los indicadores presentados en la taxonomía NOC.

Como último apartado del capítulo dos tenemos las consideraciones éticas donde se encuentra el valor social, científico y respeto de los derechos así mismo el consentimiento informado y la Recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud.

Luego encontraremos el capítulo tres donde se presenta la discusión de los resultados obtenidos en el proceso enfermero realizado, también las conclusiones donde se plasma el logro de los objetivos de dicho proceso y así mismo las recomendaciones brindadas a las personas interesadas. Y como último apartado tenemos los anexos los cuales son un complemento del proceso enfermero realizado.

CAPITULO I

1.1 JUSTIFICACION

El siguiente proceso enfermero se realizó para aplicar intervenciones de enfermería en la usuaria, para ayudar a su pronta recuperación, con una trascendencia de atención individualizada, se valora al usuario y su educación, la cual permite enseñar sobre su enfermedad, se evalúan y se mejoran las intervenciones durante el proceso.

Esto nos permite ayudar durante el proceso de recuperación o cambiar hábitos alimenticios, mejorando la calidad de vida del paciente, ayuda a evitar omisiones y duplicaciones en la atención, garantiza el bienestar del paciente, promueve la prevención y el tratamiento de enfermedades contribuye a la salud pública; Donde los profesionales de la enfermería participan en programas de vacunación, detección temprana de enfermedades y educación comunitaria.

Con el proceso enfermero se apoya la teoría del autocuidado por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo de una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar, donde se espera que la información que se obtenga ayude a estudiantes de enfermería que se encuentren en su proceso de formación, que puedan mejorar las intervenciones y brindar una atención con calidad,

Los recursos con los que se disponen para llevar a cabo este proceso enfermero son: recursos humanos haciendo referencia al personal de salud, recursos tecnológicos como el acceso a dispositivos electrónicos (teléfono móvil, computadoras), acceso a internet, plataforma Google Meets, los cuales formaron parte del desarrollo y asesoramiento del trabajo, búsqueda de información científica y verídica, se cuenta con los recursos económicos para las visitas en casa.

Esto beneficia en primera persona a nosotros los estudiantes de enfermería que optamos por nuestro título universitario, en segunda persona a la usuaria ya que las intervenciones realizadas ayudan en su recuperación y aumentan su conocimiento sobre sus patologías.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

1.2.1.1 Desarrollar el proceso enfermero según el modelo de Dorotea Orem y la taxonomía de NANDA, NOC y NIC, aplicado a usuaria C.M.S.M con diagnóstico médico de laparotomía exploradora por hematoma sub aponeurótico más infección de sitio quirúrgico post cesárea baja transversa por prolapso de miembro inferior más condilomatosis, en el hospital nacional “Dr. Juan José Fernández” Zacamil, en el periodo de abril a septiembre del año 2024.

1.2.2 Objetivos específicos

1.2.2.1 Recolectar datos de la paciente a través de los requisitos de autocuidado de Dorotea Orem a usuaria C.M.S.M con diagnóstico médico de laparotomía exploradora por hematoma sub aponeurótico más infección de sitio quirúrgico post cesárea baja transversa por prolapso de miembro inferior más condilomatosis

1.2.2.1 Construir diagnósticos enfermeros utilizando la Taxonomía de NANDA para identificar los problemas que afectan a la usuaria con diagnóstico médico de laparotomía exploradora por hematoma sub aponeurótico más infección de sitio quirúrgico post cesárea baja transversa por prolapso de miembro inferior más condilomatosis basado en la valoración de los requisitos del autocuidado de Dorotea Orem.

1.2.2. Diseñar planes de cuidados, que den respuesta a los diagnósticos enfermeros, según la taxonomía NOC y NIC, eligiendo un sistema de enfermería adecuado para aplicar la usuaria con diagnóstico médico de laparotomía exploradora por hematoma sub aponeurótico más infección de sitio quirúrgico post cesárea baja transversa por prolapso de miembro inferior más condilomatosis

1.2.2.4 Ejecutar las intervenciones de enfermería priorizadas basados en la Taxonomía NOC y NIC con el fin de dar respuesta a las necesidades de la usuaria, basados en los sistemas de enfermería.

1.2.2.5 Evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería, por medio del puntaje de los indicadores de medición de las NOC, así como las reacciones de la usuaria durante la ejecución del proceso enfermero, según Murray Atkinson.

CAPITULO II

2.1 REVISION DE LA LITERATURA

2.1.1 Teorista: Dorothea Elizabeth Orem

Dorothea E. Orem (Baltimore 1914 – Savannah 2007) fue una de las enfermeras teóricas estadounidenses más destacadas.

Dorothea Orem fue una valiosa enfermera y teórica estadounidense reconocida mundialmente por sus contribuciones al campo de la enfermería. Dorothea se destacó por su enfoque en el autocuidado y la asistencia de enfermería los cuales se han convertido en una base fundamental para la práctica de enfermería en todo el mundo, y su legado perdura hasta el día de hoy.

En 1930, a los 16 años, se graduó en Enfermería en el Providence Hospital de Washington dirigido por las Hijas de la Caridad. En 1936, obtuvo el título de Ciencias en la Educación de Enfermería, y en 1946 realizó un máster en la misma área, ambos en la Universidad Católica de América.

Desempeñó su trabajo como profesional de enfermería en distintos ámbitos tanto públicos como privados en la atención de adultos y niños, realizando asistencia hospitalaria y domiciliaria.

A partir de 1940 se incorpora a la docencia como directora de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit, Michigan, durante 10 años. También fue profesora asistente y adjunta en la Universidad Católica de América, y Decana en 1966.

Fue asesora y consultora del Consejo de Salud del estado de Indiana, la Oficina de Educación de Estados Unidos, y el Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social.

También trabajó en el Centro de Experimentación y Desarrollo de la enfermería del Hospital Johns Hopkins y en la Dirección de Enfermería de Wilmer Clinic.

Desarrolló “Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado”. Es autora de varios libros, entre las obras publicadas destacan Modelo Orem y Normas prácticas de enfermería.

Fue distinguida con gran cantidad de premios, la Universidad de Georgetown le adjudicó el doctorado honorario en Ciencias en 1976. Y en 1980 obtuvo el Premio de la Asociación de Alumnos por la teoría desarrollada.

Fue nombrada socia de honor de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental y homenajeada el día 31 de mayo de 1989 en un acto celebrado en el Hospital de San Rafael de Madrid. En aquellos días de su estancia en España visitó el Hospital General y Docente de Guadalajara, el Hospital Psiquiátrico de San José de Ciempozuelos y participó como ponente en una Jornada de Enfermería de Salud Mental que tuvo lugar en Palencia. En todos los centros que visitó estuvo muy atenta a las necesidades de las enfermeras en general y de las enfermeras de salud mental, animando a todos y todas a seguir en la brecha de los cuidados enfermeros dando gran valor al método, al compromiso y al humanismo. Igualmente visitó el Ministerio de Sanidad y Consumo, así como otras instituciones oficiales.

Dorothea E. Orem, dio a conocer su modelo de autocuidado de Enfermería y menciona el trabajo de otras autoras que han contribuido a las bases teóricas de la Enfermería, entre ellas Faye Glenn Abdella, Virginia Henderson, Dorothy E. Johnson Imogene King Levine, Florence Nigthingale, Ida Jean Orlando, Hildegard E. Peplau, Martha E. Rogers, Sor Callista Roy y Virginia Wiedenbach.

El principal aporte teórico de Dorothea Orem es su Teoría General del Autocuidado, la cual se centra en la capacidad de las personas para cuidar de sí mismas. Según Orem, todas las personas tienen el potencial de participar en su propio cuidado y promover su bienestar.

Esta teórica presenta su Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

2.1.2 La teoría del autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que

existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar ⁸.

Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería⁹.

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica¹⁰.

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorotea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar¹¹.

Salcedo-Álvarez y colaboradores¹² plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de

autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

Según lo antes expuesto se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud.

Autores como Benavent, Ferrer ¹³ plantean que la teoría de Dorothea E Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado.

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Miriam Paula Marcos Espino¹⁴ en su artículo expone la importancia de conocer por los enfermeros(as) estos conceptos pues, permiten definir los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Así mismo, coincidimos con las definiciones elaboradas por Dorothea E Orem pues la persona debe ser vista holísticamente desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

2.1.3 La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros

individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita¹⁵.

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en si misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas manera¹⁶.

Las acciones de autocuidado interna y externamente orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda. Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son:

1. Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
2. Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
3. Acciones expresivas interpersonales.
4. Secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son:

1. Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.

2. Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo^{17,18}.

Por ello, la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para:

1. Asegurar información válida y fidedigna para describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos.
2. Analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente.
3. Emitir juicios de cómo pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se identifican las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, puede identificarse y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas.

Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo.

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Dorothea E Orem que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ejemplo: Cuadripléjico. Pero también valora aquellas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ejemplo: El baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda, ej. La atención a un paciente post operado de una cardiopatía congénita^{19,20}.

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros (as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

2.1.4 Teoría de los sistemas de Enfermería

Esta teoría se centra en la relación entre el paciente y el enfermero, y cómo el enfermero puede proporcionar un sistema de apoyo para ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades de cuidado.

- Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto, el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.
- Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. Ejemplo 1. Los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente. 2. Paciente encamado con reposo absoluto
- Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente, la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

2.1.5 Clasificación de Diagnósticos Enfermeros (NANDA)

NANDA comenzó como una organización norteamericana y sus primeros diagnósticos enfermeros se desarrollaron e implementaron en Estados Unidos y Canadá. Pero en los últimos 30 años se ha producido una implicación y participación creciente de enfermeras de todo el mundo; incluyendo a enfermeras de más de 40 países. Eso ha supuesto que se haya producido cambios como la inclusión de los diagnósticos en los currículos académicos, en la práctica clínica o en la investigación, entre otros.

Como reflejo de esta creciente actividad, contribución y utilización internacional, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) modificó su enfoque hacia una organización internacional en 2002, cambiando su nombre a NANDA Internacional (NANDA-I), desligándose de la NANDA que sigue trabajando con otros objetivos separados de NANDA-I.

Siguiendo la evolución histórica de la asociación:

- 1973: Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, impulsaron la creación de un grupo de trabajo para realizar una clasificación de los DE en la “I Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros” en la que se formó el “Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería” (*National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis*) con el objetivo de identificar y desarrollar el conocimiento de enfermería a través de los diagnósticos enfermeros; publicándose las actas y decidiendo reunirse de manera bienal.
- 1982: este grupo se convertiría en la “Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería” (N.A.N.D.A.), incorporando a los miembros norteamericanos y canadienses del grupo de trabajo. La primera presidenta electa de la NANDA fue Marjory Gordon, la cual fue reelegida en 1986, permaneciendo en el cargo hasta 1988. Durante este período se desarrolló la taxonomía I, con el objetivo de facilitar la formulación y la organización de los DE.
- 1997: se produce la primera reunión entre NANDA, NOC y NIC; dirigida por Warren, McClosky, Bulechek y Mass.
- 2002 la palabra NANDA se convirtió en una marca registrada, NANDA Internacional (NANDA-I), continuando como principal objetivo con el desarrollo y elaboración de una taxonomía de diagnósticos enfermeros. Durante ese año se crea la Taxonomía II, vigente en la actualidad.
- 2009 se celebra la International Think tank Meeting, con 86 representantes de 16 países, donde debatieron sobre las competencias enfermeras en los distintos países, dificultades en el uso y la investigación de los DE... para intentar buscar soluciones.

2.1.6 Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

En 1991 se formó en la Universidad de Iowa un equipo de investigación dirigido por Marion Johnson y Meridean Maas, con el fin de desarrollar una clasificación de resultados de los pacientes que se correlacionará con los cuidados de enfermería. El trabajo del equipo de investigación dio lugar a la *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*, una clasificación estandarizada y exhaustiva de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería y que fue publicada por primera vez en 1997.

Los resultados del paciente sirven como criterio contra el que se puede valorar el nivel de éxito de una intervención de enfermería. **Un resultado se define como «el estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo como respuesta a una o más intervenciones de enfermería».** Se acepta que hay muchas variables, además de la propia intervención, que influyen en los resultados del paciente. Esas variables van desde el proceso utilizado para proporcionar el cuidado, incluidas las acciones de otro personal sanitario, a las variables organizativas y del entorno que influyen en la forma en la que se seleccionan y proporcionan las intervenciones, así como las características del paciente, incluidas su salud física y emocional, y las circunstancias vitales por las que atraviesa. Dado que los resultados describen el estado del paciente, otras disciplinas pueden también encontrarlos útiles para evaluar sus intervenciones.

Cada resultado NOC consta de un nombre de etiqueta, una definición, una lista de indicadores que permiten evaluar el estado del paciente en relación con el resultado, una escala de cinco puntos de tipo Likert, destinada a evaluar el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas para el desarrollo del resultado. Las escalas permiten medir el estado del resultado en cualquier momento, siguiendo un criterio de valoración que va del más negativo al más positivo, así como identificar los cambios en el estado del paciente en distintos momentos. Al contrario de lo que sucede con la información proporcionada por una declaración de objetivos, que determina si el objetivo se ha cumplido o no, los resultados NOC pueden usarse para monitorizar el progreso, o su ausencia, durante un episodio de cuidados y entre diferentes servicios asistenciales.

2.1.7 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

La investigación destinada a desarrollar un vocabulario específico y una clasificación de las intervenciones de enfermería comenzó en 1987, con la formación de un equipo de investigación liderado por Joanne McCloskey (actualmente, Joanne Dochterman) y por Gloria Bulechek, de la Universidad de Iowa. El equipo desarrolló la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), una clasificación estandarizada y exhaustiva de las intervenciones de enfermería, que fue publicada por primera vez en 1992. A diferencia del diagnóstico de enfermería o del resultado del paciente, en los que la atención se concentra en el paciente, el centro de atención en las intervenciones de enfermería es la conducta enfermera, es decir, las acciones de los profesionales que ayudan al paciente a progresar hacia la consecución de un resultado deseado.

Una intervención se define como: Cualquier tratamiento basado en el juicio clínico y el conocimiento que una enfermera lleva a cabo para mejorar los resultados de un paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen cuidados tanto directos como indirectos, destinados tanto a los individuos como a las familias y la comunidad, e iniciados por la enfermera, el médico u otro profesional sanitario (Bulechek, Butcher y Dochterman, 2008, pág. xxii).

Cada intervención NIC está integrada por un nombre de etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y principios que constituyen la administración de la intervención, y una breve lista de lecturas de apoyo. El nombre de la etiqueta y la definición de la intervención son el contenido estandarizado y no deben, por tanto, modificarse cuando se usa un término NIC para documentar el cuidado. Sin embargo, el cuidado enfermero puede ser individualizado mediante la elección de las actividades. A partir de una lista que contiene entre 10 y 30 actividades por intervención, la enfermera seleccionará las actividades más apropiadas para el individuo, la familia o la comunidad en particular. Además, si es necesario, la enfermera puede añadir nuevas actividades, si bien todas las modificaciones y adiciones deben ser coherentes con la definición de la intervención.

2.1.8 Teoría según Murray y Atkinson

Validación del plan: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se deben dar respuestas a tres interrogantes esenciales. ¿El plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención? ¿Se apoya en conocimiento científico sólido? ¿Cumple con las reglas para la recolección de datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.

Documentación del plan de atención: según Murray y Atkinson esto se hace para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

2.2 PATOLOGIAS O NECESIDADES DE LA USUARIA

2.2.1 Condilomatosis

Las verrugas venéreas, también llamadas condilomas, constituyen una enfermedad de transmisión sexual (ETS) común, provocada por el virus del papiloma humano (VPH) que afecta la piel o las membranas mucosas.

Las verrugas genitales visibles son causadas usualmente por los tipos 6 y 11, los que también pueden producirlas en vagina, cuello uterino, uretra, ano y raramente se asocian a carcinoma invasivo de genitales externos. Los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56 y 58 ocasionando verrugas en región ano genital, están fuertemente asociados con displasia cervical y neoplasia intraepitelial o invasiva en vulva, vagina, cuello uterino, pene y ano.

Dependiendo del tamaño y localización, los condilomas pueden ser dolorosos, friables y/o pruriginosos. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples, localizadas o difusas y de tamaño variable.

Signos y síntomas

Estos son algunos de los síntomas más comunes y no comunes del condiloma acuminado:

- Lesiones vegetantes.
- Superficie genital granulosa, húmeda y blanda.
- Color de piel rosa o grisáceo (hiperpigmentada).
- Las verrugas pueden estar cubiertas de un exudado seroso o hemorrágico, pueden ser sésiles o pediculadas, algunas son puntiforme, pero pueden llegar a medir hasta 20 cm.
- En el hombre afecta órganos genitales y en algunos casos el canal anal.
- En la mujer aparecen en cualquier zona de los genitales exteriores y ano, pudiendo también afectar vagina y cerviz.
- En la mujer el virus que causa verrugas venéreas también se ha asociado con el cáncer cervical y de la vulva.
- En el varón homosexual se relaciona la infección de este virus con la aparición de carcinoma rectal.

Diagnóstico

El diagnóstico de condilomas es básicamente clínico, a través de la identificación de las típicas lesiones vegetantes.

La biopsia no está recomendada de rutina y solamente se justifica cuando:

- Se sospecha una neoplasia (lesiones pigmentadas, endurecidas, adheridas o ulceradas).
- No existe respuesta al tratamiento convencional.
- Las lesiones aumentan de tamaño durante o después del tratamiento.
- Pacientes con comprobada inmunodeficiencia.

Tratamiento

Incluye, tratamiento de podofilina aplicado por el paciente:

1. Aplicación al 0.5 % en solución o gel.

Los pacientes deben aplicarse la solución de podofilina con un aplicador de algodón o gel de podofilina con un dedo a las verrugas genitales dos veces al día por 3 días, Seguidos de 4 días de no aplicación. Este ciclo de tratamiento puede ser repetido, si es necesario, hasta por cuatro ciclos.

2. Crema de imiquimod al 5 %.

Los pacientes deben aplicarse la crema de imiquimod una vez al día a la hora de acostarse, tres veces a la semana hasta por 16 semanas. El área de tratamiento debe ser lavada con jabón y agua 6 a 10 horas después de la aplicación. No se recomienda este tratamiento a las mujeres en estado de embarazo.

Tratamiento aplicado por el médico:

1. Crioterapia con nitrógeno líquido.

Repetir la aplicación cada una o dos semanas si es necesario.

2. Ácido tricloroacético o ácido bicloroacético al 80-90 %.

Una pequeña cantidad se aplica directamente en las verrugas y se deja secar. Si un exceso de ácido es aplicado al área tratada empolvar con talco; aplicar bicarbonato de sodio (baking soda) o jabón líquido para eliminar el ácido. El tratamiento puede ser repetido cada semana si es necesario.

3. Remoción quirúrgica de las verrugas.

4. Aplicación de interferón intralesional

5. Remoción utilizando el láser.

2.2.2 Cesárea baja transversa

Es una intervención quirúrgica que permite el nacimiento de un bebé a través del abdomen de la madre.

casos en los que se realiza una cesárea

- El trabajo de parto no progresa: El trabajo de parto que no progresa es uno de los motivos más comunes por los cuales se recurre a la cesárea, los problemas con la evolución del trabajo de parto
- El bebé tiene sufrimiento fetal: La preocupación sobre los cambios en los latidos cardíacos de un bebé podría hacer que la cesárea sea la opción más segura.
- El bebé o los bebés se encuentran en una posición inusual. Una cesárea es la forma más segura de dar a luz a bebés cuyos pies o glúteos ingresan primero en el canal del parto (presentación podálica) o bebés cuyos costados u hombros ingresan primero (presentación transversa).
- Embarazo múltiple: Una cesárea podría ser necesaria para las mujeres embarazadas de mellizos, trillizos o más bebés. Esto es especialmente cierto si el trabajo de parto comienza demasiado pronto o si los bebés no están en posición de cabeza hacia abajo.
- Problema con la placenta: Si la placenta cubre la apertura del cuello del útero (placenta previa), es recomendable practicar un parto por cesárea.
- Prolapso de cordón umbilical: Podría recomendarse una cesárea si una parte del cordón umbilical se desliza a través del cuello del útero adelante del bebé.
- Cesárea anterior a otro embarazo.

Riesgos para la madre

Infección de sitio operatorio: Después de una cesárea, puede haber un riesgo de contraer una infección en el revestimiento del útero (endometritis), en las vías urinarias o en el lugar de la incisión.

Pérdida de sangre: Una cesárea podría provocar un sangrado intenso durante y después del parto.

Reacciones a la anestesia: Es posible que se presenten reacciones a cualquier tipo de anestesia.

Coágulos sanguíneos: Una cesárea puede aumentar el riesgo de desarrollar coágulos de sangre dentro de una vena, especialmente en las piernas o en la pelvis (trombosis venosa profunda).

Lesión quirúrgica: Aunque son poco frecuentes, pueden producirse lesiones quirúrgicas en la vejiga o los intestinos durante una cesárea.

Riesgos para el recién nacido

Problemas respiratorios si la cesárea se programa antes de las 39 semanas.

Bronco aspiración de líquido amniótico.

Laceración o corte con el bisturí.

Pasa más tiempo alejado de la madre durante los primeros días, lo cual dificulta crear un vínculo entre ambos.

2.2.3 Infección del sitio quirúrgico

La infección del sitio quirúrgico (ISQ) se define como una herida quirúrgica con síntomas y signos locales de infección que pueden acompañarse de un cuadro clínico agudo asociando fiebre y leucocitosis en casos de afectación sistémica.

Clasificación de las infecciones

Superficial: afecta a la piel y al tejido subcutáneo

Profundo: afecta a las capas fasciales y/o musculares

Órgano/espacio: afecta a órganos o espacios profundos a la incisión.

Fisiopatología

La contaminación de las heridas quirúrgicas se produce en algún grado en todos los procedimientos quirúrgicos. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los agentes infecciosos no superan las defensas del huésped. Para que se produzca una ISO, la colonización bacteriana debe desencadenar una respuesta inmunitaria.

Factores de riesgo

Factores relacionados con el procedimiento:

- Violaciones de la técnica estéril, inadecuada preparación de la piel, contaminación de los instrumentos, lavado de manos inadecuado.
- Profilaxis antibiótica inadecuada o inoportuna
- Tiempo prolongado del procedimiento
- Necrosis tisular local
- Formación de hematomas
- Uso de material extraño en las heridas (e.g., drenajes, mallas)
- Afeitado preoperatorio
- Estancia hospitalaria preoperatoria prolongada (↑ infección nosocomial)
- Contaminación con contenido intestinal

Factores del paciente:

- Edad avanzada (> 65 años)
- Infección quirúrgica previa
- Desnutrición
- Obesidad
- Diabetes mellitus
- Hipotermia
- Hipoxemia
- Hiperglucemia
- Inmunosupresión
- Terapia con corticosteroides
- Inflamación crónica
- Tabaquismo
- Insuficiencia renal
- Enfermedad vascular periférica (EVP)
- Anemia
- Irradiación previa del sitio quirúrgico
- Enfermedad crónica de la piel
- Estado de portador (e.g., portador crónico de *Staphylococcus*)

2.3 FASE DE VALORACION

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DIRECCION DE REGULACIÓN

UNIDAD DE ENFERMERIA

COMITÉ DE SALUD COMUNITARIA

2.3.1 Cuadro de Identificaciones

Valoración general familiar aplicando la teoría de Dorotea Orem

Vivienda N°: 2B	Encuestado: Cándida Mariela Segura Mendoza	Departamento: San Salvador
Familia: Segura Mendoza	Parentesco: Usuaría.	Municipio: Ciudad Delgado
Encuestador: Br. Orantes, Br. Bolaños	Edad: 22 años.	Comunidad El Despertar
Disciplina: Enfermería.	Fecha: 14 de junio de 2024	Dirección: comunidad El Despertar, carretera Troncal del Norte kilómetro 9 ½, sobre la línea férrea, casa número 2B

Objetivo: Identificar los aspectos generales de la familia.

INTEGRANTES DE LA FAMILIA

N	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Lugar de Nacimiento	Religion	Escolaridad	Parentesco	Ocupación	Recreación	Vicio	Enfermedad o discapacidad
1	Candida Mariela, Segura Mendoza	F	13/01/2002	22	San Salvador	Ninguna	Noveno grado	Usuaría	Mesera	Ninguna	No	No
2	Alicia Mendoza	F	12/10/1980	44	Chalchuapa	Ninguna	Quinto grado	Hermana	Comerciante	Ninguna	No	Ninguna

3	Nanci Sarai Mendoza	F	17/03/2007	17	Santa Tecla	Ninguna	Noveno grado	Hermana	Ama de casa	Ninguna	No	Ninguna
4	Evelyn mendoza	F	16/01/1998	26	Chalchuapa	Ninguna	Bachillerato	Sobrina	Mesera	Ninguna	No	ninguna
5	Kilmer Emanuel	M	9/07/2023	11 m	San Salvador	Ninguna		Sobrino		Jugar dentro del hogar	No	Ninguna
6	Jordan Caled	M	7/02/2024	5 m	San Salvador	Ninguna		Sobrino		Jugar	No	Ninguna
7	Fernanda Victoria	F	05/06/2024	9 d	San Salvador	Ninguna		Hija		Ninguna	No	Ninguna

2.3.2 Requisitos de valoración según el modelo de Dorothea Orem

2.3.2.1 Valoración de requisitos comunes universales

No	REQUISITOS	ASPECTOS A EVALUAR	observaciones
1	Mantenimiento de un aporte de oxígeno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espacio abierto en la vivienda ▪ Numero de ventanas ▪ Ubicación y tipo de cocina ▪ Presencia de animales domésticos y ubicación. ▪ Presencia de fumadores en el hogar. ▪ Vegetación, existencia de zonas verdes. 	No cuenta con espacio adecuado en la casa, ni con iluminación adecuada dentro de su vivienda lo que aumenta el riesgo de sufrir accidentes dentro del hogar, cansancio, dolor de cabeza, fatiga ocular y estrés, cuenta con cocina de gas propano ubicada dentro de la vivienda, no hay presencia de fumadores en el hogar, solo cuenta con vegetación enfrente de la vivienda.
2	Mantenimiento de un aporte de agua suficiente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abastecimiento de agua ▪ Medio de purificación del agua 	Usuaría refiere que ANDA es el encargado de realizar el abastecimiento de agua de su vivienda, pero dentro del hogar no utiliza un medio de purificación de agua, sin embargo, la institución ANDA cuenta con medios de purificación de agua por lo que está ya se encuentra lista para el consumo humano.

		<ul style="list-style-type: none"> Almacenamiento adecuado de agua para consumo humano 	
3	Mantenimiento de un aporte de alimentos suficientes	<ul style="list-style-type: none"> Higiene, preparación y conservación de alimentos. Disponibilidad para adquirir alimentos Presencia de huerto casero 	<p>Usuaría refiere no utilizar ningún método de desinfección de los alimentos refiere solo lavarlos con agua, se debe de recordar que la desinfección de los alimentos es de suma importancia para prevenir enfermedades causadas por el consumo de alimentos contaminados. Usuaría refiere que muchos de los alimentos que consume los compra en las tiendas de su comunidad ya que el mercado le quede un poco lejos de su vivienda y no posee huertos caseros. No cuenta con espacio adecuado en la casa, ni con iluminación adecuada dentro de su vivienda lo que aumenta el riesgo de sufrir accidentes dentro del hogar, cansancio, dolor de cabeza, fatiga ocular y estrés, cuenta con cocina de gas propano ubicada dentro de la vivienda, no hay presencia de fumadores en el hogar, solo cuenta con vegetación enfrente de la vivienda.</p> <p>Usuaría refiere que ANDA es el encargado de realizar el abastecimiento de agua de su vivienda, pero dentro del hogar no utiliza un medio de purificación de agua, sin embargo, la institución ANDA cuenta con medios de purificación de agua por lo que está ya se encuentra lista para el consumo humano.</p>
4	Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excreción	Existencia de servicio sanitario Tipo de servicio sanitario	Refiere cuenta con servicio sanitario de fosa séptica.
		<ul style="list-style-type: none"> Utilización adecuada del servicio sanitario. 	
5	Mantenimiento de un aporte del equilibrio entre actividad y el reposo	<ul style="list-style-type: none"> Presencia de espacios libres dentro de la vivienda para actividades recreativas Espacio adecuado para el reposo 	Señora refiere no tener espacios libres para actividades recreativas en su vivienda y menciona no realizar ningún tipo de actividad recreativa, sin embargo, refiere tener un espacio adecuado para el reposo.
6	Mantener el equilibrio entre la soledad y la interacción humana	<ul style="list-style-type: none"> Comparten alimentos, juegos, conversaciones en familia. Número de habitantes en la familia. Tiene grupo de amigos y sale y conversa con ellos. 	<p>Usuaría refiere compartir alimentos y conversaciones con los miembros de su familia.</p> <p>Refiere antes si salía a platicar y de fiesta con sus amigos, pero desde hace un tiempo ya no lo realiza.</p>

7	Previsión de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano	<ul style="list-style-type: none"> • Ubicación de • tóxicos en el hogar. Protección del gas propano • Tiene prácticas de riesgo (eléctricas, calor entre otros). • Maltrato • Presencia de pandillas 	Refiere que los productos tóxicos que tiene dentro de su hogar son la lejía y detergentes pero que no tiene un lugar específico donde estén ubicados, por lo que esto puede generar un riesgo para las personas que viven en el hogar, refiere no tener prácticas de riesgo, ni sufrir de maltrato y no presencia de pandillas en su comunidad.
8	Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento y las limitaciones humanas	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad a centros de estudio o talleres. • Colabora con algún comité del • establecimiento de salud Servicio en la comunidad, iglesia u otros. 	<p>Usuaría refiere hay dos centros escolares cerca de su comunidad, una unidad de salud que se llama Habitación confía, iglesias cristianas y cuenta con transporte público cerca.</p> <p>No cuenta con espacio adecuado en la casa, ni con iluminación adecuada dentro de su vivienda lo que aumenta el riesgo de sufrir accidentes dentro del hogar, cansancio, dolor de cabeza, fatiga ocular y estrés, cuenta con cocina de gas propano ubicada dentro de la vivienda, no hay presencia de fumadores en el hogar, solo cuenta con vegetación enfrente de la vivienda</p>

2.3.2.2 Requisitos de autocuidado del desarrollo

Requisitos	Aspectos para evaluar	Descripción del aspecto actual
<p>a) Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo, durante las etapas de la vida</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Estado Intrauterino de la vida y proceso del nacimiento □ Etapa neonatal: nacido a término o prematuro, nacido con peso normal o con bajo peso □ La persona adulta mayor (climaterio y menopausia) 	<p>Mujer en edad adulta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación ginecológica (toma de citología, toma de VPH, (autotoma) EVAA, Autoexamen de mama) • Utilización de servicios de anticoncepción • Consejería en la salud sexual y reproductiva. • Control y seguimiento de ITS. • Resultados de exámenes de control (exámenes de laboratorio y de gabinete) 	<p>Usuaría Candida de 22 años con infección de sitio quirúrgico quien consulto en el Hospital Nacional Zacamil al momento se encuentra ingresada cumpliendo tratamiento por dicha infección, refiere durante su embarazo se le detecto condilomatosis e infección de vías urinarias, menciona haber recibido tratamiento en una clínica privada por condilomatosis, pero haber interrumpido el tratamiento en el tercer periodo del embarazo porque el medico refirió que por su estado no se podía continuar, la infección de vías urinarias refiere ya está resuelta, también menciono haber realizado su última citología el años pasado.</p>
<p>B) provisión de cuidados relacionados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Ha tenido Problemas de adaptarse a grupos de personas: • Considera que ha tenido fracasos personales y de qué tipo: 	<p>Usuaría refiere no tener problemas para adaptarse a grupos de personas, ella considera que si a tenido fracasos en su vida y estos son respecto a sus estudios ya que no pudo continuar estudiando y solo llego hasta noveno grado y su deseo era continuar con el bachillerato, pero por su condición actual y la llegada de su bebe ya no puede continuar.</p>

-

<p>Provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ha tenido perdida de algún familiar o amigo(a) • Ha tenido perdida de dinero u otro tipo de posesión: 	<p>refiere haber tenido la pérdida de un amigo muy cercano</p>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • pérdida de trabajo: • se ha cambiado últimamente de residencia por algún problema: • ha tenido Problemas asociados con la mala salud o incapacidad: • ha sufrido violencia. • Ha tenido a usted o una persona cercana a usted una enfermedad terminal (No aplica a todos los grupos) 	<p>Perdió su trabajo debido a su embarazo ya que no pudo continuar</p> <p>No se a cambiado de residencia</p> <p>No ninguno</p> <p>No</p> <p>No</p>
--	---	--

2.3.2.3 Requisitos de desviación de la salud

Requisitos	Análisis e Interpretación
<p>Requisito #1 Buscar y asegurar la ayuda adecuada en el caso de exposición a agentes físicos biológicos específicos o a condiciones ambientales asociados con acontecimientos y estados humanos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patologías</p>	
<p>a) Ha buscado ayuda en centros de salud sean estos públicos y privados cuando ha estado expuesto algún agente físico:</p>	<p>Usuaría refiere no haber estado expuesta a ninguno de los agentes físicos antes mencionados</p>
<p>b) Ha buscado ayuda en centros de salud sean estos públicos y privados cuando ha estado expuesto algún agente biológico:</p>	<p>Usuaría refiere haber estado expuesta al virus del papiloma humano ya que durante su embarazo se le detecto condilomatosis infección de transmisión sexual producida por el virus del papiloma humano.</p>

<p>c) Ha buscado ayuda en centros de salud sean estos públicos y privados cuando ha estado expuesto alguna condición ambiental a tales como:</p>	<p>No hay exposición. No cuenta con buena iluminación dentro del hogar ya que refiere no cuenta con ventanas en su vivienda.</p>
<p>Requisito #2 Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo</p>	

<p>Busca información sobre la patología, signos y síntomas, complicaciones, medios de diagnóstico tratamiento, efectos adversos o condición de salud que está afectando su calidad de vida</p>	<p>Usuaría refiere busca información sobre su condición de salud y el tratamiento que se le está realizando pero que no comprende mucho sobre la información encontrada, refiere quisiera conocer más sobre su enfermedad y el tratamiento que se le está brindando.</p>
<p>Requisito #3 Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescrita, dirigida a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades</p>	
<p>Cumple con los exámenes de laboratorio, de gabinete, otro procedimiento, asiste a sus resultados, curaciones y terapias prescritas</p>	<p>Usuaría refiere le cuesta cumplir con los horarios establecidos para el consumo de los medicamentos prescritos, es importante que los usuarios cumplan con el horario para el consumo de sus medicamentos ya que si no se cumple no se lograra obtener los beneficios que estos tienen para la salud. Refiere no automedicarse cuando presenta enfermedades. También se le dificulta cumplir con las ordenes medicas prescritas ya que muchas veces le han dejado muchos medicamentos y le es difícil seguir con la indicación. Refiere si estuvo asistiendo a sus curaciones después que se le brindo el alta. Así mismo asistir a la hora establecida cuando tienen alguna cita médica o exámenes que realizarse. Refiere que muchas veces no le han explicado los procedimientos que se le van a realizar y que ella quisiera conocer. También se interesa por conocer los resultados de los exámenes que le realizan.</p>

<p>Requisito #4 Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico, que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos s sobre el desarrollo</p>	
---	--

<p>Cuando recibe o ha recibido algún tratamiento médico y/o quirúrgico y ha presentado algún efecto secundario y que medidas de cuidado ha realizado</p>	<p>Refiere a veces consultar los malestares que a presentado. Así Mismo no cambiar la dosis de los medicamentos, pero si le cuesta seguir el horario para el consumo de sus medicamentos. También refiere no conocer los efectos secundarios o complicaciones de los tratamientos que se le brindan, pero si desea conocer sobre ellos.</p>
<p>Requisito #5 Modificar el auto concepto y auto imagen para aceptarse a uno mismo como ser humano, con un estado de salud particular y con necesidades de formas específicas de cuidados de salud</p>	
<p>a) Cuando tiene o ha presentado algún problema de auto concepto y/o autoimagen a buscado ayuda de algún profesional</p>	<p>Usuaría refiere sentirse bien con su imagen como persona y no realiza actividades para fortalecer su auto imagen. También refiere que siempre trata de darse el valor que merece ante las diversas situaciones que se presentan en su vida así mismo refiere si se ha visto involucrada su autoestima ya que por la cirugía que se le realizo de pequeña le quedo una cicatriz que le hacía sentir que se miraba mal por lo que decidió realizarse un tatuaje para cubrirla y sentirse mejor.</p>
<p>Requisito #6 Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo del personal continuo</p>	
<p>a) Cuando ha presentado condiciones y estados patológicos y efectos de tratamiento médico – quirúrgico: cumple con la dieta prescrita, efectúa actividad física para mejorar estado de salud</p>	<p>Si busca ayuda ya que refiere que durante su estancia hospitalaria presento rash en casi todo el cuerpo, pero no sabe qué fue lo que le provoco esos efectos secundarios sin embargo se lo informo al personal médico quienes dieron respuesta a tal situación. Refiere si cumple con el tratamiento para mitigar los efectos secundarios que presento ya que le administraron clorfeniramina. También durante su estancia hospitalaria se le a dificultado ingerir la dieta que le han indicado ya que por su condición refiere no presentar mucho apetito. Refiere por el momento sentirse desanimada y no tener ánimos ni para deambular.</p>

2.3.3 Identificación de datos significativos

REQUISITOS AFECTADOS			DATOS DEL CUADRO DE VALORACIÓN GENERAL FAMILIAR
REQUISITOS UNIVERSALES	REQUISITOS DEL DESARROLLO	REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD	
<p>1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire</p> <p>Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto.</p> <p>Oxigenoterapia: No</p> <p>Ventanas dentro del servicio en que se encuentra: Si sin embargo el área se mantiene con aire acondicionado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espacio abierto en la vivienda: No cuenta con ventanas • Descripción y tipo de vivienda: de lamina paredes y techo, piso de cemento una parte y el área de lavado de tierra. Dos cuartos • Número de ventanas: No tiene • Ubicación y tipo de cocina: dentro de la casa, cocina de gas 	<p>1. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo durante las etapas de la vida</p> <p>Mujer en edad adulta</p> <p>Evaluación ginecológica (toma de citología, toma de VPH, (autotoma) EVAA, Autoexamen de mama)</p> <p>Utilización de servicios de anticoncepción</p> <p>Consejería en la salud sexual y reproductiva.</p> <p>Control y seguimiento de ITS.</p> <p>Resultados de exámenes de control (exámenes de laboratorio y de gabinete</p> <p>Usuaría Candida de 22 años con infección de sitio quirúrgico quien consulto en el Hospital</p>	<p>1. Buscar y asegurar la ayuda adecuada en el caso de exposición a agentes físicos biológicos específicos o a condiciones ambientales asociados con acontecimientos y estados humanos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patologías</p> <p>a) Ha buscado ayuda en centros de salud sean estos públicos y privados cuando ha estado expuesto algún agente físico tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiaciones: No • Exposición a ruidos, estridentes y fuertes: No • Exposición a fuentes de calor: No • Exposición a fuentes de frío: No • Exposición a fuentes eléctrica: No <p>b) Ha buscado ayuda en centros de salud sean estos públicos y privados cuando ha estado expuesto algún agente biológico tales como:</p>	<p>Cándida Mariela Segura Mendoza</p> <p>Edad: 22 años</p> <p>Fecha de nacimiento: 13/01/2002</p> <p>Lugar de nacimiento: Chalchuapa</p> <p>Sexo: Femenino</p> <p>Religión: Ninguna</p> <p>Escolaridad: Noveno Grado</p> <p>Ocupación: Mesera</p> <p>Vicio: No</p> <p>Enfermedad y/o</p> <p>Discapacidad: No</p> <p>Medicamentos que toma: Ninguno</p>

REQUISITOS AFECTADOS			DATOS DEL CUADRO DE VALORACIÓN GENERAL FAMILIAR
REQUISITOS UNIVERSALES	REQUISITOS DEL DESARROLLO	REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD	
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de animales domésticos y ubicación: un gato que no se encuentra vacunado • Presencia de fumadores en el hogar: No • Vegetación, existencia de zonas verdes: enfrente de la casa y arboles frutales 	<p>Nacional Zacamil al momento se encuentra ingresada cumpliendo tratamiento por dicha infección, refiere durante su embarazo se le detecto condilomatosis e infección de vías urinarias, menciona haber recibido tratamiento en una clínica privada por condilomatosis, pero haber interrumpido el tratamiento en el tercer periodo del embarazo porque el medico refirió que por su estado no se podía continuar, la infección de vías urinarias refiere ya está resuelta, también menciono haber realizado su última citología el años pasado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición a virus: Si (al virus del papiloma humano) <p>Tiene algún conocimiento sobre la infección que padece: No solo se que es una infección de transmisión sexual y me gustaría conocer sobre ella y lo que debo hacer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposición a bacterias: No • Exposición a parásitos: No • Exposición a Hongos: No <p>c) Ha buscado ayuda en centros de salud sean estos públicos y privados cuando ha estado expuesto alguna condición ambiental a tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expuesta a temperaturas ambientales muy calientes o frías: No • Cuenta con buena iluminación dentro del hogar: No (ya que no cuenta con ventanas). 	
<p>2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abastecimiento de agua: abastecimiento por ANDA ▪ Medio de purificación del agua: ninguno ▪ Almacenamiento adecuado de agua para consumo humano: Si 		<p>2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los</p>	
<p>3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos</p>			

REQUISITOS AFECTADOS			DATOS DEL CUADRO DE VALORACIÓN GENERAL FAMILIAR
REQUISITOS UNIVERSALES	REQUISITOS DEL DESARROLLO	REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD	
<p>Durante su estancia hospitalaria usuaria se muestra poco colaboradora para ingerir sus alimentos porque refiere no tiene apetito.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higiene, preparación y conservación de alimentos: solo lava con agua • Disponibilidad para adquirir alimentos: Si • Presencia de huerto casero: No 		<p>procesos patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo</p> <p>a) Cuando ha presentado un problema o condición de salud usted ha realizado las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buscar información sobre la patología o condición de salud que está afectando su calidad de vida: Si <p>¿Ha buscado información sobre el tratamiento prescrito por el médico: Si</p> <p>¿Sabe o ha conocido sobre los efectos secundarios, riesgos y beneficios del tratamiento que está recibiendo: Si</p> <p>¿Ha buscado información sobre los signos y síntomas, indicaciones y medio de diagnóstico sobre la patología o condición de salud que está afectando su calidad de vida: No</p> <p>Que conocimientos tiene sobre la infección de su herida operatoria: solo se lo que me han explicado los doctores y que por esa razón debo estar ingresada.</p>	
<p>4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación</p> <p>Durante su estancia hospitalaria a tenido dificultad en su eliminación urinaria o intestinal: No ninguno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de servicio sanitario: SI • Tipo de servicio sanitario: fosa séptica • Utilización adecuada del servicio sanitario: SI le hecha cal 			

REQUISITOS AFECTADOS			DATOS DEL CUADRO DE VALORACIÓN GENERAL FAMILIAR
REQUISITOS UNIVERSALES	REQUISITOS DEL DESARROLLO	REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD	
<p>5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante su estancia hospitalaria se ha levantado a caminar: a veces ya que no me dan ánimos de andar caminando. • Usuaría se muestra poco colaboradora para realizar sus cuidados higiénicos ya que refiere sentir frío. • Ha logrado descansar o dormir bien durante su estancia hospitalaria: No ya que a veces por el dolor o el ruido me cuesta conciliar el sueño • Presencia de espacios libres dentro de la vivienda para actividades recreativas: No ya que no cuenta con patio. • Espacio adecuado para el reposo: SI su cuarto 		<p>3. Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescrita, dirigida a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades</p> <p>a) Cuando recibe o ha recibido tratamiento médico y/o quirúrgico ha realizado las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante su hospitalización usuaria se muestra poco colaboradora al momento de la administración de medicamentos ya que refiere le sentir dolor. • Cumple con los horarios establecidos para el consumo de los medicamentos prescritos por el médico: No 	

REQUISITOS AFECTADOS			DATOS DEL CUADRO DE VALORACIÓN GENERAL FAMILIAR
REQUISITOS UNIVERSALES	REQUISITOS DEL DESARROLLO	REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD	
<p>6. Mantenimiento del equilibrio soledad y la interacción social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comparten alimentos, juegos, conversaciones en familia: SI • Número de habitantes en la familia: 4 adultos y 3 bebés • Como es la relación con sus padres: usuaria refiere que no tiene comunicación con sus padres ya que ella se crio en una casa hogar. • Como es la relación con su pareja: usuaria refiere que actualmente su pareja se encuentra detenido por el régimen de excepción. • Donde se encuentra su bebé: mi bebé está ingresada en el servicio de pediatría neonatos con diagnóstico por patología materna. 		<ul style="list-style-type: none"> • Alguna vez se ha auto medicado durante el proceso de la enfermedad: No • Cumple correctamente con las ordenes medicas prescritas: No • Asiste o ha asistido a su terapia de rehabilitación según orden medica: No • Asiste o ha asistido a curaciones de los sitios quirúrgicos según orden medica: Si <p>b) Cuando recibe o ha recibido prescripción para pruebas diagnósticas por el médico ha realizado las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiste a la hora establecida para la realización de las pruebas diagnósticas prescritas por el medico: Si • Conoce o ha conocido las condiciones previas y posteriores para la realización de las pruebas diagnósticas prescritas por el medico: No 	

REQUISITOS AFECTADOS			DATOS DEL CUADRO DE VALORACIÓN GENERAL FAMILIAR
REQUISITOS UNIVERSALES	REQUISITOS DEL DESARROLLO	REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD	
<ul style="list-style-type: none"> • Como se siente con la llegada de su bebe: “me siento alegre, pero a la vez preocupada ya que es mi primer bebe y no tengo mucho conocimiento sobre los cuidados que tengo que tener con ella y me gustaría conocer sobre esto para brindarle un mejor cuidado a mi hija” 		<ul style="list-style-type: none"> • Se interesa ha interesado por conocer los resultados de las pruebas diagnósticas realizadas: Si 	
<p>7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene grupo de amigos y sale y conversa con ellos: No • Ubicación de tóxicos en el hogar: No • Protección del gas propano: Si • Tiene prácticas de riesgo (eléctricas, calor entre otros): No • Maltrato: No • Presencia de pandillas: No 	<p>7. Provisión de cuidados relacionados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha tenido Problemas de adaptarse a grupos de personas: No • Considera que ha tenido fracasos personales y de qué tipo: Si en mis estudios • Ha tenido pérdida de algún familiar o amigo(a): Si de un amigo cercano • Ha tenido pérdida de dinero u otro tipo de posesión: No • Perdida de trabajo: No 	<p>4. Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico, que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo</p> <p>a) Cuando recibe o ha recibido tratamiento médico y/o quirúrgico y ha presentado algún efecto negativo ha realizado las siguientes acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta a su médico sobre algún malestar o deterioro de la salud cuando ha recibido tratamiento médico y/o quirúrgico: A veces 	

REQUISITOS AFECTADOS			DATOS DEL CUADRO DE VALORACIÓN GENERAL FAMILIAR
REQUISITOS UNIVERSALES	REQUISITOS DEL DESARROLLO	REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD	
	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha cambiado últimamente de residencia por algún problema: No • Ha tenido Problemas asociados con la mala salud o incapacidad: No • Ha sufrido violencia: No • Ha tenido a usted o una persona cercana a usted una enfermedad terminal: No • 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambia la dosis, y horarios de los medicamentos que recibe o ha recibido cuando presenta algún malestar o deterioro de su salud: No • Conoce sobre los efectos secundarios o complicaciones que producen al estar sometido a un tratamiento médico – quirúrgico: No 	
<p>8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento y las limitaciones humanas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad a centros de estudio o talleres: Si • Colabora con algún comité del establecimiento de salud: No • Servicio en la comunidad, iglesia u otros: Si 		<p>5. Modificar el auto concepto y auto imagen para aceptarse a uno mismo como ser humano, con un estado de salud particular y con necesidades de formas específicas o de cuidados de salud</p> <p>a) Cuando tiene o ha presentado algún problema de auto concepto y/o autoimagen ha realizado las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca o ha buscado ayuda para superar los problemas que están 	

REQUISITOS AFECTADOS			DATOS DEL CUADRO DE VALORACIÓN GENERAL FAMILIAR
REQUISITOS UNIVERSALES	REQUISITOS DEL DESARROLLO	REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD	
		<p>afectando o han afectado su concepto o imagen como persona: No</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza actividades para fortalecer su auto concepto o auto imagen: No • Siempre se ha valorizado como persona a pesar de los problemas o situaciones que han dificultado su vida: Si • Cuando ha tenido alguna enfermedad o proceso de recuperación quirúrgica se ha visto involucrado su autoestima: Si 	
		<p>6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo del personal continuo</p> <p>a) Cuando ha presentado condiciones y estados patológicos y efectos de tratamiento médico – quirúrgico ha realizado las siguientes acciones:</p>	

REQUISITOS AFECTADOS			DATOS DEL CUADRO DE VALORACIÓN GENERAL FAMILIAR
REQUISITOS UNIVERSALES	REQUISITOS DEL DESARROLLO	REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD	
		<ul style="list-style-type: none"> • Busca o ha buscado ayuda para controlar los efectos secundarios del tratamiento médico quirúrgico que está recibiendo: Si • Cumple con el tratamiento prescrito por el personal de salud calificado para mitigar los efectos secundarios producidos por el tratamiento médico: No • Ingiere alguna dieta para mejorar la condición de salud actual y/o efectos secundarios producidos por el tratamiento médico prescrito: No • Realiza alguna actividad física para mejorar la condición de salud actual y/o efectos secundarios producidos por el tratamiento médico indicado: No • Asiste a terapias de rehabilitación físicas o psicológicas para mejorar la condición de salud actual o mitigar los efectos negativos producidos por el tratamiento médico – quirúrgico recibido: No 	

2.3.4 Organización, análisis e interpretación de datos

NOMBRE DEL PACIENTE: Cándida Mariela Segura Mendoza		DIAGNÓSTICO MÉDICO: Laparotomía exploradora por hematoma sub aponeurótico más infección de sitio quirúrgico post cesárea baja transversa por posición podálica, más prolapso de miembro inferior más condilomatosis.	
SEXO: <i>Femenino</i>	EDAD: <i>22 años</i>	SERVICIO: Ginecología y obstetricia	CAMA No.: 20
		FECHA: 14 de junio de 2024	

ORDENAMIENTO DE DATOS POR REQUISITOS AFECTADOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
REQUISITOS UNIVERSALES	
DRU 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire	<p>Según la OMS (Organización Mundial de la salud) una vivienda saludable es aquel lugar confortable, seguro y armónico para vivir y convivir. Estas áreas proporcionan refugio, conexión con la naturaleza y oportunidades para actividades al aire libre. Desde momentos de relajación hasta reuniones sociales, los espacios exteriores en las residencias mejoran el bienestar físico y emocional.</p> <p>Usuaría no cuenta con espacio adecuado, ni con iluminación adecuada dentro de su vivienda, ya que su casa es de láminas paredes y techo, piso de cemento una parte y el área de lavado de tierra, dos cuartos lo que aumenta el riesgo de sufrir accidentes dentro del hogar, cansancio, dolor de cabeza, fatiga ocular y estrés, cuenta con cocina de gas propano ubicada dentro de la vivienda, no hay presencia de fumadores en el hogar, solo cuenta con vegetación enfrente de la vivienda.</p>
DRU 2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	<p>Según la OMS, se define como agua segura el agua apta para el consumo humano, de buena calidad y que no genera enfermedades. Es un agua que ha sido sometida a algún proceso de potabilización o purificación casera.</p> <p>Usuaría refiere que ANDA es el encargado de realizar el abastecimiento de agua de su vivienda, pero dentro del hogar no utiliza un medio de purificación de agua, sin embargo, la institución ANDA cuenta con medios de purificación de agua por lo que está ya se encuentra lista para el consumo humano</p>

ORDENAMIENTO DE DATOS POR REQUISITOS AFECTADOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
DRU 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	<p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que las enfermedades ocasionadas por no lavar o manipular de forma adecuada los alimentos, conforman uno de los problemas sanitarios más extendidos actualmente.</p> <p>Por lo que se recomienda lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón, antes de manipular cualquier alimento, lavar los utensilios de cocina con agua y jabón inmediatamente después de su uso y conservarlos en un lugar adecuado, mantener limpia y aireada la cocina, lavar las verduras y frutas antes de su manipulación.</p> <p>Durante su estancia hospitalaria usuaria se muestra poco colaboradora para ingerir sus alimentos porque refiere no tiene apetito.</p> <p>En su hogar, usuaria refiere no utilizar ningún método de desinfección de los alimentos, refiere solo lavarlos con agua, se debe de recordar que la desinfección de los alimentos es de suma importancia para prevenir enfermedades causadas por el consumo de alimentos contaminados. Usuaria refiere que muchos de los alimentos que consume los compra en las tiendas de su comunidad ya que el mercado le quede un poco lejos de su vivienda y no posee huertos caseros.</p>
DRU 5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	<p>La hospitalización es la permanencia de un paciente en un establecimiento asistencial público o privado (llámese hospital o clínica), donde usuario permaneció por diagnóstico de infección de sitio operatoria.</p> <p>Durante su estancia hospitalaria manifestó que ha levantado a caminar: a veces ya que no me dan ánimos de andar caminando.</p> <p>Usuaria se mostró poco colaboradora para realizar sus cuidados higiénicos ya que refiere sentir frío, no a logrado descansar o dormir bien durante su estancia hospitalaria ya que a veces por el dolor o el ruido le cuesta conciliar el sueño.</p> <p>Señora refiere no tener espacios libres para actividades recreativas en su vivienda y menciona no realizar ningún tipo de actividad recreativa, sin embargo, refiere tener un espacio adecuado para el reposo.</p>
DRU 6. Mantenimiento del equilibrio soledad y la interacción social	<p>Según la OMS el aislamiento social se considera como la falta de suficientes de relaciones sociales que provoca soledad y el dolor de no sentirse vinculado socialmente están muy extendidos. Contrariamente a la creencia de que el aislamiento y la soledad afectan principalmente a las personas mayores en los países de ingreso alto, ambos problemas están presentes en todas las personas de todo el mundo, independientemente de su edad, y afectan a la salud y el bienestar de estas.</p>

ORDENAMIENTO DE DATOS POR REQUISITOS AFECTADOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
	<p>Durante su hospitalización su bebe se encontraba ingresada en el servicio de pediatría neonatos con diagnostico por patología materna.</p> <p>Usuaría refería que se “siente alegre, pero a la vez preocupada ya que es mi primer bebe y no tengo mucho conocimiento sobre los cuidados que tengo que tener con ella y me gustaría conocer sobre esto para brindarle un mejor cuidado a mi hija”</p> <p>En su hogar no cuenta con presencia de espacios libres dentro de la vivienda para actividades recreativas.</p> <p>Usuaría refiere compartir alimentos y conversaciones con los miembros de su familia, manifiesta que no tiene una buena relación con sus padres y su pareja se encuentra detenida por el régimen.</p>
DRU 7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	<p>Según la OMS los productos tóxicos son aquellos con la capacidad de causar efectos adversos en un ser vivo.</p> <p>Refiere que los productos tóxicos que tiene dentro de su hogar son la lejía y detergentes pero que no tiene un lugar específico donde estén ubicados, por lo que esto puede generar un riesgo para las personas que viven en el hogar, refiere no tener prácticas de riesgo, ni sufrir de maltrato y no presencia de pandillas en su comunidad.</p>
REQUISITOS DEL DESARROLLO	
<p>DRD 1.</p> <p>A) Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo, durante las etapas de la vida</p>	<p>Usuaría Candida de 22 años con diagnóstico de laparotomía exploradora por hematoma sub aponeurótico más infección de sitio quirúrgico post cesárea baja transversa del 5 de junio la cual se realizó por presentación podálica más prolapso de miembro inferior más condilomatosis, quien consulto en el Hospital Nacional Zacamil al momento se encuentra ingresada cumpliendo tratamiento por dicha infección, refiere durante su embarazo se le detecto condilomatosis e infección de vías urinarias, menciona haber recibido tratamiento en una clínica privada por condilomatosis, pero haber interrumpido el tratamiento en el tercer periodo del embarazo porque el medico refirió que por su estado no se podía continuar, la infección de vías urinarias refiere ya está resuelta, también menciona haber realizado su última citología el años pasado.</p>
DRD 2.	<p>Usuaría refiere no tener problemas para adaptarse a grupos de personas, ella considera que si a tenido fracasos en su vida y estos son respecto a sus estudios ya que no pudo continuar estudiando y solo llego hasta noveno grado y su deseo era</p>

ORDENAMIENTO DE DATOS POR REQUISITOS AFECTADOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
<p>B) provisión de cuidados relacionados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones. ▪ Provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones 	<p>continuar con el bachillerato, pero por su condición actual y la llegada de su bebe ya no puede continuar, refiere haber tenido la pérdida de un amigo muy cercano.</p>
<p>REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD</p>	
<p>DRDs 1. Buscar y asegurar la ayuda adecuada en el caso de exposición a agentes físicos biológicos específicos o a condiciones ambientales asociados con acontecimientos y estados humanos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patologías</p>	<p>Usuaría refiere haber estado expuesta al virus del papiloma humano ya que durante su embarazo se le detecto condilomatosis infección de transmisión sexual producida por el virus del papiloma humano. Actualmente usuaria no se encuentra en tratamiento de dicha infección.</p> <p>No cuenta con buena iluminación dentro del hogar ya que refiere no cuenta con ventanas en su vivienda, y en la visita que se le realizo en su hogar se observó que vivienda de usuaria no tiene ventanas.</p>
<p>DRDs 2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo</p>	<p>Usuaría refiere busca información sobre su condición de salud y el tratamiento que se le está realizando pero que no comprende mucho sobre la información encontrada, refiere quisiera conocer más sobre su enfermedad y el tratamiento que se le está brindando durante su estancia hospitalaria.</p>
<p>DRDs 3. Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescrita, dirigida a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o la regulación del</p>	<p>Durante la estancia hospitalaria usuaria se mostraba poco colaboradora al momento de la administración de los medicamentos ya que refiere “le dolía”. En cuanto a cumplir los horarios establecidos para el consumo de los medicamentos prescritos en su vivienda usuaria refiere le cuesta cumplir con estos. Es importante que los usuarios</p>

ORDENAMIENTO DE DATOS POR REQUISITOS AFECTADOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades	cumplan con el horario para el consumo de sus medicamentos ya que si no se cumple no se lograra obtener los beneficios que estos tienen para la salud.
DRDs 4. Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico, que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo	Refiere a veces consultar los malestares que a presentado y no cambiar la dosis de los medicamentos, pero si le cuesta seguir el horario para el consumo de estos ya que a veces le han dejado muchos, también menciona no conocer los efectos secundarios o complicaciones de los tratamientos que se le brindan, pero si desea conocer sobre ellos.
DRDs 5. Modificar el auto concepto y auto imagen para aceptarse a uno mismo como ser humano, con un estado de salud particular y con necesidades de formas específicas o de cuidados de salud	Usuaría refiere sentirse bien con su imagen como persona, No realiza actividades para fortalecer su auto imagen, menciona que siempre trata de darse el valor que merece ante las diversas situaciones que se presentan en su vida y que si se ha visto involucrada su autoestima ya que por la cirugía que se le realizo de pequeña le quedo una cicatriz que le hacía sentir que se miraba mal por lo que decidió realizarse un tatuaje de una rosa para cubrirla y sentirse mejor.
DRDs 6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo del personal continuo	Refiere si buscar ayuda ya que durante su estancia hospitalaria presento rash en casi todo el cuerpo, pero no sabe qué fue lo que le provoco esos efectos secundarios sin embargo se lo informo al personal médico quienes dieron respuesta a tal situación. Refiere si cumple con el tratamiento para mitigar los efectos secundarios que presento ya que le administraron clorfeniramina. Refiere que durante su estancia hospitalaria se le a dificultado ingerir la dieta que le han indicado ya que por su condición refiere no presentar mucho apetito. Refiere por el momento sentirse desanimada y no tener ánimos para deambular.

2.4 FASE DIAGNOSTICA

2.4.1 Elaboración de diagnósticos enfermeros (Área Hospitalaria)

DIAGNOSTICO ENFERMERO DE RIESGO N° 1

PASO N° 1: VALIDACION Y CLASIFICACION DE DIAGNOSTICOS (NANDA)

1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:	Riesgo de recuperación quirúrgica tardía		
2. DEFINICION:	Susceptible a una extensión del número de días postoperatorios necesarios para iniciar y realizar actividades que mantengan la vida, la salud y el bienestar, que pueden comprometer la salud.		
3. FACTORES DE RIESGO:	DATOS RECOLECTADOS EN LOS FORMATOS	VALIDACIÓN (NANDA)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Gestos faciales de dolor • Infección de sitio quirúrgico • Herida abierta hasta aponeurosis • Laparotomía exploradora por hematoma subaponeurotico e infección de sitio quirúrgico post cesárea baja transversa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor persistente • Procedimientos quirúrgicos extensos • Duración prolongada de la infección perioperatoria de la herida quirúrgica 	
4. DOMINIO: 11	Seguridad / protección		
5. CLASE: 2	Lesión física		
6. CODIGO:	00246	7. N° DE PAG.	516

PASO N° 2: CONSTRUCCION DE DIAGNOSTICO: Utilice el método P + FR ; de la siguiente manera:

PROBLEMA (P)	FACTOR DE RIESGO
Riesgo de recuperación quirúrgica tardía	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor persistente • Procedimientos quirúrgicos extensos • Duración prolongada de la infección perioperatoria de la herida quirúrgica
Riesgo de recuperación quirúrgica tardía R/C Dolor persistente, Procedimientos quirúrgicos extensos y Duración prolongada de la infección perioperatoria de la herida quirúrgica	

DIAGNOSTICO ENFERMERO CENTRADO EN EL PROBLEMA N.º 2

PASO N.º 1: VALIDACION Y CLASIFICACION DE DIAGNOSTICOS (NANDA)

1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:	Regulación alterada del estado de ánimo		
2. DEFINICION:	Un estado mental caracterizado por cambios en el estado de ánimo o afectos y que está compuesto por una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas y / o fisiológicas que varían de leves a graves		
3. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:	DATOS RECOLECTADOS EN LOS FORMATOS	VALIDACIÓN (NANDA)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Poca colaboración al momento de ingerir su dieta • Poca colaboración al administrar medicamentos • Poca colaboración en sus cuidados higiénicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de apetito • Estado de ánimo irritable • Afecto triste 	
4. FACTORES RELACIONADOS:	DATOS RECOLECTADOS EN LOS FORMATOS	VALIDACIÓN (NANDA)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Poco apetito • Le cuesta conciliar el sueño • Refiere dolor en la herida operatoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclo de sueño-vigilia alterado • Dolor 	
5. DOMINIO: 9	Afrontamiento/ Tolerancia al estrés		
6. CLASE: 2	Respuestas de afrontamiento		
7. CODIGO:	00241	8. N.º DE PAG.	425

PASO N.º 2: CONSTRUCCION DE DIAGNOSTICOS: Utilice el método PES; de la siguiente manera:

PROBLEMA (P)	ETIOLOGIA (E)	SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S)
Regulación alterada del estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclo de sueño-vigilia alterado • Dolor 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de apetito • Estado de ánimo irritable • Afecto triste
<ul style="list-style-type: none"> • Regulación alterada del estado de ánimo R/C Ciclo de sueño-vigilia alterado y Dolor M/P Cambio de apetito, Estado de ánimo irritable y Afecto triste 		

DIAGNOSTICO ENFERMERO CENTRADO EN EL PROBLEMA N.º 3

PASO N.º 1: VALIDACION Y CLASIFICACION DE DIAGNOSTICOS (NANDA)

1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:	Insomnio		
2. DEFINICION:	Incapacidad para iniciar o mantener el sueño, lo que afecta el funcionamiento.		
3. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:	DATOS RECOLECTADOS EN LOS FORMATOS	VALIDACIÓN (NANDA)	
	<ul style="list-style-type: none"> Usuaría poco colaboradora con sus cuidados higiénicos Dolor en la herida operatoria Dificultad para conciliar el sueño 	<ul style="list-style-type: none"> Estado de ánimo alterado Estado de salud deteriorado Ciclo de sueño-vigilia no reparador 	
4. FACTORES RELACIONADOS:	DATOS RECOLECTADOS EN LOS FORMATOS	VALIDACIÓN (NANDA)	
	<ul style="list-style-type: none"> Dolor por herida operatoria Ruidos en el ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> Incomodidad Perturbaciones ambientales Estresores 	
5. DOMINIO: 4	Actividad/ Descanso		
6. CLASE: 1	Sueño/Descanso		
7. CODIGO:	00095	8. N.º DE PAG.	274

PASO N.º 2: CONSTRUCCION DE DIAGNOSTICOS: Utilice el método PES; de la siguiente manera:

PROBLEMA (P)	ETIOLOGIA (E)	SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S)
Insomnio	<ul style="list-style-type: none"> Incomodidad Perturbaciones ambientales Estresores 	<ul style="list-style-type: none"> Estado de ánimo alterado Expresa la necesidad de tomar siestas frecuentes durante el día. Estado de salud deteriorado Ciclo de sueño-vigilia no reparador
Insomnio R/C Incomodidad, perturbaciones ambientales y estresores, M/P Estado de ánimo alterado, expresa la necesidad de tomar siestas frecuentes durante el día, estado de salud deteriorado.		

2.4.2 Listado de Diagnósticos enfermeros

Nº	DIAGNOSTICO ENFERMERO CENTRADO EN EL PROBLEMA, DE RIESGO, DE PROMOCION PARA LA SALUD Y DE SINDROME	REQUISITOS AFECTADOS	CAPACIDADES	LIMITACIONES	SISTEMA DE ENFERMERIA	PLANES EJECUTADOS
1.	Riesgo de recuperación quirúrgica tardía R/C Dolor persistente, Procedimientos quirúrgicos extensos y Duración prolongada de la infección perioperatoria de la herida quirúrgica	Requisito de Desviación de la salud 4: Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico, que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo	Paciente con educación básica terminada	poca colaboración de la usuaria en su tratamiento.	Parcialmente compensatorio	Ejecutado en área hospitalaria
2.	Regulación alterada del estado de ánimo R/C Ciclo de sueño-vigilia alterado y Dolor M/P Cambio de apetito, Estado de ánimo irritable y Afecto triste	Requisitos universales Requisito 3: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos Requisito 5: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Paciente con educación básica terminada	Usuaría se observa triste y poco colaboradora al momento de ingerir sus alimentos.	Parcialmente compensatorio	Ejecutado en área hospitalaria
3.	Insomnio R/C Incomodidad, perturbaciones ambientales y estresores, M/P Estado de ánimo alterado, expresa la necesidad de tomar siestas frecuentes durante el día, estado de salud deteriorado.	Requisitos universales 5: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo		estado de ánimo de la usuaria, dolor en la herida operatoria.	Apoyo- Educación	Ejecutado en área hospitalaria

2.5 FASE DE PLANIFICACION (AREA HOSPITALARIA)

2.5.1 Plan de cuidados N° 1

PLAN DE CUIDADOS N.º 1

NOMBRE DEL PACIENTE: C.M.S.M		DIAGNÓSTICO MÉDICO: Laparotomía exploradora por Hematoma sub Aponeurótico más infección de sitio quirúrgico post cesárea baja transversa por posición podálica más prolapso de miembro inferior más condilomatosis.	
SEXO: <i>Femenino</i>	EDAD: <i>22 años</i>	SERVICIO: Ginecobstetricia	REQUISITOS AFECTADOS: Requisito de Desviación de la salud 4: Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico, que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo
SISTEMA DE ENFERMERIA: Parcialmente compensatorio		FECHA: 17 de junio de 2024	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de recuperación quirúrgica tardía R/C Dolor persistente, Procedimientos quirúrgicos extensos y Duración prolongada de la infección perioperatoria de la herida quirúrgica

N O C	<p>1. RESULTADO: Curación de la herida: por segunda intención</p> <p>2. DEFINICION: Magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta.</p> <p>Dominio II: Salud fisiológica</p> <p>Clase L: Integridad tisular</p> <p>Pag: 321</p>	<p>3. PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO Mantener: <u> 2 </u> Aumentar: <u> 5 </u></p> <p>4. INDICADORES:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Código</th> <th rowspan="2">Indicador (nombre del indicador)</th> <th colspan="5">Parámetros</th> </tr> <tr> <th>Extenso</th> <th>Sustancial</th> <th>Moderado</th> <th>Escaso</th> <th>Ninguno</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>110306</td> <td>Secreción serosanguinolenta</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>110317</td> <td>Mal olor de la herida</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Código	Indicador (nombre del indicador)	Parámetros					Extenso	Sustancial	Moderado	Escaso	Ninguno			1	2	3	4	5	110306	Secreción serosanguinolenta		X				110317	Mal olor de la herida		X			
	Código	Indicador (nombre del indicador)			Parámetros																														
			Extenso	Sustancial	Moderado	Escaso	Ninguno																												
		1	2	3	4	5																													
110306	Secreción serosanguinolenta		X																																
110317	Mal olor de la herida		X																																

	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES
<p style="text-align: center;">N I C</p>	<p>Intervención: Cuidados de las heridas</p> <p>Definición: Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación.</p> <p>Dominio II: Fisiológico: Complejo</p> <p>Clase I: Control de la piel/Heridas</p> <p>Pag: 131</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.. ✓ Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida. ✓ Reforzar el apósito, si es necesario. ✓ Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida. ✓ Cambiar el apósito según la cantidad de exsudado y drenaje. ✓ Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de vendaje. ✓ Comparar y registrar regularmente cualquier cambio en producido en la herida.
<p style="text-align: center;">N I C</p>	<p>Intervención: Vigilancia de la piel</p> <p>Definición: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas.</p> <p>Dominio II: Fisiológico: Complejo</p> <p>Clase I: Control de la piel/Heridas</p> <p>Pag: 438</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. ✓ Valorar el estado en la zona de incisión, según corresponda. ✓ Vigilar el color y la temperatura de la piel. ✓ Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de la integridad en la piel y las mucosas. ✓ Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. ✓ Documentar los cambios en la piel y las mucosas.

EJECUCION

se realiza la validación del plan el día 17 de junio de 2024, por la licenciada jefe del servicio de ginecoobstetricia, se documenta el plan el día 18 de junio en una reunión matutina con el personal de enfermería del servicio, no hay observaciones para el plan por lo cual se ejecuta ese mismo día.

EVALUACION**INTERVENCIONES ACTIVIDADES****REACCIONES DE LA PERSONA EN CADA ACTIVIDAD****Cuidados de las heridas**

Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.	Usuaría manifiesta que no siente que mejore, que el mal olor aumenta y que presenta un color como negro
Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida.	Se colocan apósitos limpios en cada curación, pero como mantiene herida abierta por salida de secreciones, usuaria manifiesta que se mancha menos el apósito
Reforzar el apósito, si es necesario.	Cuando se presenta abundante salida de secreciones el médico cambia apósitos, usuaria manifiesta que no suele ser necesario en la actualidad ya que se cambia en cada curación
Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.	se explica a usuaria que no se debe mojar durante el baño y se cubre con plástico y se sella, usuaria manifiesta que mantiene las indicaciones y cuidado de no mojar el apósito durante el baño
Cambiar el apósito según la cantidad de exsudado y drenaje.	Se orienta a usuaria que si observa apósito con mucha salida de secreción nos avise para notificar a doctor de turno para que realice cambio de apósito
Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de vendaje.	Se observa que usuaria pregunta a doctora de turno porque no mejora su herida, ya que se observa con mucha salida de secreciones y mal olor
Comparar y registrar regularmente cualquier cambio en producido en la herida.	Se explica a usuaria que si observa cambios en el olor

Vigilancia de la piel

Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.	Se explica a usuaria si siente calor extremo en los bordes de la herida, no se observan edemas, lo cual manifiesta que no
Valorar el estado en la zona de incisión, según corresponda.	Durante la curación se observa el progreso de recuperación y se motiva a usuaria, donde se observa más alegre cuando se indica que va recuperándose

Vigilar el color y la temperatura de la piel.	se toma la temperatura para vigilar
Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de la integridad en la piel y las mucosas.	No se observan zonas con decoloración, no hematomas lo cual se explica a usuaria que presenta una buena recuperación la cual reacciona con alegría
Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel	No se observa humedad ni sequedad
Documentar los cambios en la piel y las mucosas.	Se realiza anotaciones de enfermería en el sistema sobre como se observa la piel y como usuaria presenta mejor energía y se muestra mas colaboradora.
Se realizó el punteo de los indicadores de las NOC en fecha del 2 de septiembre en dos meses con 16 días tras comenzar el plan; en el puntaje se refleja que se logró aumentar el puntaje en tres puntos llegando a 5 lo que significa ninguno, logrando el éxito total para alcanzar la puntuación esperada de 5, durante el suministro del plan no se presentaron limitantes por lo tanto se ha decidido finalizar el plan.	

N I C	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES
	<p>Intervención: Control del estado de animo</p> <p>Definición: Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.</p> <p>Dominio III: Conductual.</p> <p>Clase R: Ayuda para el afrontamiento</p> <p>Pag: 115</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progrese el tratamiento. ✓ Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/Vigilia (Tiempos de reposo programados, técnicas de relajación). ✓ Ayudar a que el paciente asuma una mayor responsabilidad en el autocuidado a medida que pueda hacerlo. ✓ Proporcionar oportunidades de actividad física (caminar). ✓ Animar al paciente a que adopte un papel activo en el tratamiento. ✓ Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional.
EJECUCION		
<p>se realiza la validación del plan el día 18 de junio de 2024, por la licenciada jefe del servicio de ginecoobstetricia, se documenta el plan el día 19 de junio en una reunión matutina con el personal de enfermería del servicio, no hay observaciones para el plan por lo cual se ejecuta ese mismo día.</p>		
EVALUACION		
INTERVENCIONES ACTIVIDADES	REACCIONES DE LA PERSONA EN CADA ACTIVIDAD	
<p>Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progrese el tratamiento.</p>	<p>Usuaría presenta mejor estado de ánimo se muestra más alegre</p>	

Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/Vigilia (Tiempos de reposo programados, técnicas de relajación).	Usuaría se nota menos cansada con un estado de ánimo energético por las mañanas
Ayudar a que el paciente asuma una mayor responsabilidad en el autocuidado a medida que pueda hacerlo.	Usuaría presenta un progreso al momento de realizar su autocuidado, colaborando con su aseo personal
Proporcionar oportunidades de actividad física (caminar).	Usuaría se muestra más colaboradora en realizar una caminata en el pasillo para mejorar su movilidad
Animar al paciente a que adopte un papel activo en el tratamiento.	Durante sus primeros días de ingreso usuaria se mostraba poco colaboradora, se motivaba a comer sus alimentos, se explicaba la importancia de aseo personal, se explicó la importancia de cada medicamento recetado por el médico y porque era necesario que se dejara aplicar, la cual mostro más colaboración
Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional.	Se explica a usuaria que su estado de ánimo influye en su recuperación se motiva a usuaria con actividades de caminata donde usuaria presenta mejoras en su ánimo y muestra alegría al conversar sobre su bebe.
Se realizó el punteo de los indicadores de las NOC en fecha del 22 de junio 3 días tras comenzar el plan; en el puntaje se refleja que se logró aumentar un punto llegando a 4 lo que significa frecuentemente demostrado, logrando el éxito total para alcanzar la puntuación esperada de 4, durante el suministro del plan no se presentaron limitantes por lo tanto se ha decidido finalizar el plan.	

Dominio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. ✓ Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda. ✓ Iniciar/ llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.
Clase	
Pag: 333	

EJECUCION

se realiza la validación del plan el día 20 de junio de 2024, por la licenciada jefe del servicio de ginecoobstetricia, se documenta el plan el día 21 de junio en una reunión matutina con el personal de enfermería del servicio, no hay observaciones para el plan por lo cual se ejecuta ese mismo día.

EVALUACION

INTERVENCIONES ACTIVIDADES	REACCIONES DE LA PERSONA EN CADA ACTIVIDAD
Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (dolor/molestias) y/o (miedo o ansiedad) que interrumpe el sueño.	Usuaría expresa menos dolor, manifiesta que puede dormir con mas tranquilidad a pesar del ambiente que la rodea
Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.	Se explico a usuaria a dormir por las noches 8 horas para ayudar a su cuerpo a recuperarse, lo cual usuaria se observa colaboradora
Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.	Usuaría manifiesta que la luz apagada ayuda a conciliar el sueño con mayor facilidad
Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.	Usuaría se observa que deja su celular para poder conciliar el sueño durante la noche
Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda.	Se explica a usuaria que realizar caminatas durante el día y no solo realizar reposo ayuda a su recuperación la cual manifiesta que mejora su ánimo en el día
Iniciar/ llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso	Usuaría se muestra más alegre cuando se conversa con ella se motiva a seguir con el tratamiento y se habla sobre su bebe

Se realizó el punteo de los indicadores de las NOC en fecha del 24 de junio 3 días tras comenzar el plan; en el puntaje se refleja que se logró aumentar un punto llegando a 4 lo que significa leve, logrando el éxito total para alcanzar la puntuación esperada de 4, durante el suministro del plan no se presentaron limitantes por lo tanto se ha decidido finalizar el plan.

2.6 FASE DIAGNOSTICA (AREA COMUNITARIA)

2.6.1 Elaboración de diagnósticos enfermeros

2.6.1.1 Diagnostico enfermero de promoción de la salud n° 1

PASO N° 1: VALIDACION Y CLASIFICACION DE DIAGNOSTICOS (NANDA)

1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:	Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud		
2. DEFINICION:	Manejo de conocimientos, actitudes y prácticas de salud subyacentes a las acciones de salud que no es satisfactorio para mantener o mejorar el bienestar o prevenir enfermedades y lesiones.		
3. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:	DATOS RECOLECTADOS EN LOS FORMATOS		VALIDACIÓN (NANDA)
	<ul style="list-style-type: none"> No Cumple con los horarios establecidos para el consumo de los medicamentos. No Cumple correctamente con las ordenes medicas prescritas. A veces Consulta a su médico sobre algún malestar o deterioro de la salud cuando ha recibido tratamiento médico y/o quirúrgico. No Cumple con el tratamiento prescrito por el personal de salud. No se apuesto en control de de la infección por condilomatosis 		<ul style="list-style-type: none"> Compromiso inadecuado con un plan de acción Conocimiento inadecuado sobre las prácticas básicas de salud. Patrón de falta de comportamiento de búsqueda de salud.
4. DOMINIO: 1	Promoción de la salud		
5. CLASE: 2	Gestión de la salud		
6. CODIGO:	00292	7. N° DE PAG.	199

PASO N° 2: CONSTRUCCION DE DIAGNOSTICO: Utilice el método **P(etiqueta)+ SyS** (Características definitorias) ; de la siguiente manera:

PROBLEMA	SIGNOS Y SINTOMAS
Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud	Compromiso inadecuado con un plan de acción, Conocimiento inadecuado sobre las prácticas básicas de salud, Patrón de falta de comportamiento de búsqueda de salud
Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud M/P Compromiso inadecuado con un plan de acción, Conocimiento inadecuado sobre las prácticas básicas de salud, Patrón de falta de comportamiento de búsqueda de salud	

2.6.1.2 Diagnostico enfermero de promoción de la salud n° 2

PASO N° 1: VALIDACION Y CLASIFICACION DE DIAGNOSTICOS (NANDA)

1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:		Disponibilidad para mejorar el proceso de maternidad	
2. DEFINICION:		Un patrón de preparación y mantenimiento de un embarazo saludable, proceso de parto y cuidado del recién nacido para asegurar un bienestar que se puede fortalecer.	
3. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:		DATOS RECOLECTADOS EN LOS FORMATOS	VALIDACIÓN (NANDA)
		<ul style="list-style-type: none"> Refiere querer conocer más sobre los cuidados para su bebe 	<ul style="list-style-type: none"> Expresa el deseo de mejorar las técnicas de cuidado del bebé. Expresa el deseo de mejorar las técnicas de alimentación del bebé
4. DOMINIO: 8		Sexualidad	
5. CLASE: 3		Reproducción	
6. CODIGO:	00208	7. N° DE PAG.	391

PASO N° 2: CONSTRUCCION DE DIAGNOSTICO: Utilice el método **P(etiqueta)+ SyS** (Características definitorias) ; de la siguiente manera:

PROBLEMA	SIGNOS Y SINTOMAS
Disponibilidad para mejorar el proceso de maternidad	<ul style="list-style-type: none"> Expresa el deseo de mejorar las técnicas de cuidado del bebé. Expresa el deseo de mejorar las técnicas de alimentación del bebé
<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad para mejorar el proceso de maternidad M/P Expresa el deseo de mejorar las técnicas de cuidado del bebé y Expresa el deseo de mejorar las técnicas de alimentación del bebé 	

2.6.1.3 Diagnostico enfermero de promoción de la salud n° 3

PASO N° 1: VALIDACION Y CLASIFICACION DE DIAGNOSTICOS (NANDA)

1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:	Disponibilidad para mejorar el conocimiento		
2. DEFINICION:	Un patrón de información cognitiva relacionada con un tema específico o su adquisición que puede ser reforzado		
3. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:	DATOS RECOLECTADOS EN LOS FORMATOS	VALIDACIÓN (NANDA)	
	<ul style="list-style-type: none"> Refiere querer conocer más sobre sus patologías 	<ul style="list-style-type: none"> Expresa deseo de mejorar el aprendizaje 	
4. DOMINIO: 5	Percepción/ Cognición		
5. CLASE: 4	Cognición		
6. CODIGO:	00161	7. N° DE PAG.	276

PASO N° 2: CONSTRUCCION DE DIAGNOSTICO: Utilice el método P(etiqueta)+ SyS (Características definitorias) ; de la siguiente manera:

PROBLEMA	SIGNOS Y SINTOMAS
Disponibilidad para mejorar el conocimiento	Expresa deseo de mejorar el aprendizaje
Disponibilidad para mejorar el conocimiento M/P Expresa deseo de mejorar el aprendizaje	

2.6.2 Listado de Diagnósticos enfermeros

N°	DIAGNOSTICO ENFERMERO CENTRADO EN EL PROBLEMA, DE RIESGO, DE PROMOCION PARA LA SALUD Y DE SINDROME	REQUISITOS AFECTADOS	CAPACIDADES	LIMITACIONES	SISTEMA DE ENFERMERIA	SISTEMA DE PRIORIZACION
4.	<p>Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud M/P Compromiso inadecuado con un plan de acción, Conocimiento inadecuado sobre las prácticas básicas de salud, Patrón de falta de comportamiento de búsqueda de salud</p>	<p>Requisitos de desviación de la salud</p> <p>Requisito 1: Buscar y asegurar la ayuda adecuada en el caso de exposición a agentes físicos biológicos específicos o a condiciones ambientales asociados con acontecimientos y estados humanos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patologías</p> <p>Requisito 2: Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo</p> <p>Requisito 3: Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescrita, dirigida a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades</p>	<p>Disposición de la usuaria en querer adquirir nuevos conocimientos y buena disposición para mejorar su calidad de vida</p>	<p>Situación económica de la usuaria,</p>	<p>Apoyo- Educación</p>	<p>PRIORIDAD 1</p>

		<p>Requisito 4: Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico, que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo</p> <p>Requisito 6: Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo del personal continuo</p>				
5.	<p>Disponibilidad para mejorar el proceso de maternidad M/P Expresa el deseo de mejorar las técnicas de cuidado del bebé y Expresa el deseo de mejorar las técnicas de alimentación del bebé</p>	<p>Requisitos de desarrollo 2: Provisión de cuidados relacionados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano</p>	<p>Disposición de la usuaria en querer adquirir nuevos conocimientos.</p>	<p>Situación económica de la usuaria.</p>	<p>Apoyo- Educación</p>	<p>Prioridad 2</p>
6.	<p>Disponibilidad para mejorar el conocimiento M/P Expresa deseo de mejorar el aprendizaje</p>	<p>Requisitos universales 6: Mantenimiento del equilibrio soledad y la interacción social</p>	<p>Disposición de la usuaria en querer adquirir nuevos conocimientos</p>		<p>Apoyo- Educación</p>	<p>prioridad 3</p>

	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES
<p style="text-align: center;">N</p> <p style="text-align: center;">I</p> <p style="text-align: center;">C</p>	<p>Educación para la salud.</p> <p>Definición: desarrollar y proporcionar instrucciones y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para con seguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.</p> <p>Dominio III: Conductual</p> <p>Clase S: Educación de los pacientes</p> <p>Pag: 171</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar los factores internos y externos que pueden mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables. ✓ Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente. ✓ Centrarse en los beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de en beneficios a largo plazo o en los efectos negativos derivados de incumplimientos. ✓ Implicar al individuo en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida o respecto de la salud. ✓ Destacar la importancia de formas saludables de comer, dormir, hacer ejercicio, etc.
	EJECUCION	
<p>se realiza la validación y la documentación del plan el día 26 de septiembre de 2024 en una reunión con el equipo de docentes de la carrera de licenciatura en enfermería de la Universidad de El Salvador, quienes brindan correcciones las cuales se toman en cuenta y se realizan, se ejecuta el plan el día 8 de octubre de 2024.</p>		
EVALUACION		
INTERVENCIONES	REACCIONES DE LA PERSONA EN CADA ACTIVIDAD	

ACTIVIDADES	
Identificar los factores internos y externos que pueden mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.	Usuaría manifiesta con una expresión triste que ella quisiera tener conductas saludables pero la economía no le permite seguir una buena alimentación a veces, usuaria manifestó que hacer ejercicio no le gusta, pero trataría de salir a caminar por las tardes.
Centrarse en los beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de en beneficios a largo plazo o en los efectos negativos derivados de incumplimientos	Señora se muestra interesada en los beneficios que puede tener al seguir un estilo de vida saludable, refiere se le es difícil a veces seguir las recomendaciones médicas o los tratamientos pero que de hoy en adelante intentaría seguir las indicaciones como se las expliquen para evitar tener repercusiones en su salud.
Implicar al individuo en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida o respecto de la salud.	Usuaría refiere que iría a consultar por la infección por condilomatosis que presentaba durante su embarazo, aunque refiere no tiene ningún signo ni síntoma actualmente, pero para prevenir alguna complicación mejor se asegurara
Destacar la importancia de formas saludables de comer, dormir, hacer ejercicio, etc.	Señora refiere trataría de poner en práctica lo aprendido para mejorar su salud y cuidar la salud de su bebé también
Se realizó el punteo de los indicadores de las NOC en fecha del 17 de octubre 9 días tras comenzar el plan; en el puntaje se refleja que se logró aumentar dos puntos llegando a 4 lo que significa conocimiento sustancial, logrando el éxito total para alcanzar la puntuación esperada de 4, durante el suministro del plan no se presentaron limitantes por lo tanto se ha decidido finalizar el plan.	

		181920	Métodos de estimulación del lactante		X				
	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES							
N	Alimentación con biberón	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coger al lactante durante la toma. ✓ Colocar al lactante en una posición semi- fowler durante la toma. ✓ Expulsar los gases del bebe frecuentemente durante la toma y después de la toma. ✓ Controlar la toma de líquidos regulando la blandura de la tetina, el tamaño del orificio y el del biberón. ✓ Aumentar la capacidad de alerta del bebe aflojando la ropa, acariciando sus manos, y pies o hablándole. ✓ Monitorizar/ evaluar el efecto de succión durante la toma. ✓ Hervir la leche no pasteurizada. ✓ Instruir al progenitor o cuidador en las técnicas de esterilización del equipo de alimentación. ✓ Instruir al progenitor o cuidador acerca de la dilución correcta de la leche concentrada. ✓ Instruir al progenitor sobre el almacenamiento correcto de la leche en polvo. 							
I	Preparación y administración de líquidos a un lactante mediante biberones								
C	<p>Domino V: Familia</p> <p>Clase Z: Cuidados de crianza de un nuevo bebe</p> <p>Pag: 67</p>								

	<p>Cuidados del lactante</p> <p>Definición:</p> <p>Provisión de cuidados a lactantes menores de 1 año de edad, adecuados al nivel de desarrollo y centrados en la familia</p> <p>Dominio V: Familia</p> <p>Clase Z: Cuidados de crianza de un nuevo bebe</p> <p>Pag: 144</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizar el peso y talla del lactante ✓ Dar al lactante alimentos que sean adecuados al nivel de desarrollo. ✓ Monitorizar la seguridad del ambiente del lactante ✓ Proporcionar al lactante juguetes seguros, adecuados al nivel de desarrollo ✓ Proporcionar información a los progenitores acerca del desarrollo y la crianza de niños. ✓ Proporcionar estimulación visual, auditiva, táctil y cinética durante el juego.
EJECUCION		
<p>se realiza la validación y la documentación del plan el día 26 de septiembre de 2024 en una reunión con el equipo de docentes de la carrera de licenciatura en enfermería de la Universidad de El Salvador, quienes brindan correcciones las cuales se toman en cuenta y se realizan, se ejecuta el plan el día 8 de octubre de 2024.</p>		
EVALUACION		
INTERVENCIONES ACTIVIDADES	REACCIONES DE LA PERSONA EN CADA ACTIVIDAD	
Alimentación con biberón		
Coger al lactante durante la toma.	Usuaría se muestra segura al momento de coger a su bebe	
Colocar al lactante en una posición semi- fowler durante la toma.	Usuaría muestra dificultades al momento de adoptar la posición de semi-fowler, expresa que no es una postura cómoda porque no la práctica, ya que le da pacha a su bebe la mayoría de veces en la hamaca.	

Expulsar los gases del bebe frecuentemente durante la toma y después de la toma.	Usuaría muestra la forma en la que ella saca los gases de su bebe, en la cual se muestra segura, realizando una buena
Controlar la toma de líquidos regulando la blandura de la tetina, el tamaño del orificio y el del biberón.	Usuaría se muestra decaída porque no hay salida de leche.
Aumentar la capacidad de alerta del bebe aflojando la ropa, acariciando sus manos, y pies o hablándole.	Usuaría se muestra con un tono amable y amoroso hacia su bebe
Monitorizar/ evaluar el efecto de succión durante la toma.	Usuaría manifiesta que no hay salida de leche
Hervir la leche no pasteurizada.	Se observa que madre no pone a hervir la leche antes de la toma
Instruir al progenitor o cuidador en las técnicas de esterilización del equipo de alimentación.	Se observa a usuaria muy atente durante la demostración
Instruir al progenitor o cuidador acerca de la dilución correcta de la leche concentrada.	Usuaría manifiesta que ella realiza la pacha con las medidas indicadas por el pediatra
Instruir al progenitor sobre el almacenamiento correcto de la leche en polvo.	Usuaría manifiesta que ahora sabe mejor como
Cuidados del lactante	
Monitorizar el peso y talla del lactante	se observa a usuaria alegre por el peso de su bebe ganado
Dar al lactante alimentos que sean adecuados al nivel de desarrollo.	Madre se observa triste ya que por la hospitalización no pudo dar leche materna.
Monitorizar la seguridad del ambiente del lactante	La madre y el bebe se encuentran en la comodidad de casa
Proporcionar al lactante juguetes seguros, adecuados al nivel de desarrollo	Madre de bebe se observó atenta sobre las recomendaciones para un mejor desarrollo de su bebe.
Proporcionar información a los progenitores acerca del desarrollo y la crianza de niños.	Madre se observa atenta, sobre la exposición del desarrollo de crianza de su bebe
Proporcionar estimulación visual, auditiva, táctil y cinética durante el juego.	Se observa que madre no cuenta con muchos objetos visuales
Se realizó el punteo de los indicadores de las NOC en fecha del 17 de octubre 9 días tras comenzar el plan; en el puntaje se refleja que se logró aumentar dos puntos llegando a 4 lo que significa conocimiento sustancial, logrando el éxito total para alcanzar la puntuación esperada de 4, durante el suministro del plan no se presentaron limitantes por lo tanto se ha decidido finalizar el plan.	

2.7.3 Plan de cuidados N° 3

PLAN DE CUIDADOS N° 3

NOMBRE DEL PACIENTE: C.M.S.M		DIAGNÓSTICO MÉDICO: laparotomía exploradora por Hematoma sub aponeurótico más infección de sitio quirúrgico post cesárea baja transversa por posición podálica más prolapso de miembro inferior más condilomatosis.		
SEXO: <i>Femenino</i>	EDAD: <i>22 años</i>	SERVICIO: paciente en casa	REQUISITOS AFECTADOS: Requisitos universales 6: Mantenimiento del equilibrio soledad y la interacción social	
SISTEMA DE ENFERMERIA: Apoyo- Educación		FECHA: jueves 26 de septiembre de 2024		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Disponibilidad para mejorar el conocimiento **M/P** Expresa deseo de mejorar el aprendizaje

N O C	RESULTADO: Conocimiento: Proceso de la enfermedad	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO Mantener: <u> 2 </u> Aumentar: <u> 4 </u>				
	DEFINICION: Grado de conocimiento transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta y las complicaciones potenciales.	INDICADORES:				
	Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud.					
	Clase GG: Conocimiento sobre su condición de salud.					
	Pag: 255					

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA		ACTIVIDADES
N I C	Enseñanza: proceso de enfermedad. Definición: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con u proceso de enfermedad específico. Dominio III: Conductual Clase S: Educación de los pacientes Pag: 189	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar el nivel actual de conocimientos de la paciente relacionada con el proceso de la enfermedad por condilomatosis. ✓ Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda. ✓ Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda. ✓ Identificar las etiologías posibles de la condilomatosis. ✓ Comentar las opciones de tratamiento de la condilomatosis. ✓ Describir las posibles complicaciones crónicas de la enfermedad de condilomatosis
	EJECUCION	
	se realiza la validación y la documentación del plan el día 26 de septiembre de 2024 en una reunión con el equipo de docentes de la carrera de licenciatura en enfermería de la Universidad de El Salvador, quienes brindan correcciones las cuales se toman en cuenta y se realizan, se ejecuta el plan el día 8 de octubre de 2024	
	EVALUACION	
INTERVENCIONES ACTIVIDADES	REACCIONES DE LA PERSONA EN CADA ACTIVIDAD	
Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de la infección de condilomatosis.	Usuaría muestra que no posee conocimiento sobre la infección por condilomatosis pero que en una Ocasión busco en internet, lo cual no entendió.	

Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad de condilomatosis	Usuaría muestra interés y atención al momento de exponer los signos y síntomas de la condilomatosis y expresa que si presentó algunos de esos signos y síntomas
Describir el proceso de la enfermedad de condilomatosis	Usuaría pregunta sobre cuánto tiempo tarda para poder sanar completamente, donde se le explica que pueden ser meses si ella no se pone en control y sigue el tratamiento dado por un médico.
Identificar las etiologías posibles, según corresponda.	Usuaría se muestra atenta al momento de exponer no realiza preguntas
Comentar las opciones de tratamiento de la condilomatosis.	Usuario expone que su tratamiento fue la cauterización de verrugas vaginales, pero por su embarazo se tuvo que interrumpir, manifestó que no ha seguido con el tratamiento por falta de dinero porque sus controles son en clínica privada, manifestó que actualmente ella no tiene verrugas genitales, se mostró atenta al saber los tipos de tratamientos.
Describir las posibles complicaciones crónicas de la enfermedad de condilomatosis.	Usuaría se mostró atenta, al principio mostro miedo, pero conforme se explicaba que si ella se ponía en control reducía las complicaciones de la infección se mostró más tranquila.
Se realizó el punteo de los indicadores de las NOC en fecha del 17 de octubre 9 días tras comenzar el plan; en el puntaje se refleja que se logró aumentar dos puntos llegando a 4 lo que significa conocimiento sustancial, logrando el éxito total para alcanzar la puntuación esperada de 4, durante el suministro del plan no se presentaron limitantes por lo tanto se ha decidido finalizar el plan.	

2.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

2.8.1 Valor social y científico, y respeto de los derechos

Aunque el valor social y científico es la justificación fundamental para realizar una investigación, los investigadores, patrocinadores, comités de ética de la investigación y autoridades de salud tienen la obligación moral de asegurar que toda investigación se realice de tal manera que preserve los derechos humanos y respete, proteja y sea justa con los participantes en el estudio y las comunidades donde se realiza la investigación. El valor social y científico no puede legitimar que los participantes en el estudio o las comunidades anfitrionas sean sometidos a maltratos o injusticias.

Respeto de los derechos y el bienestar. Aunque el valor social de una investigación es una condición necesaria para su aceptabilidad ética, dicho valor no es suficiente. Toda investigación con seres humanos debe llevarse a cabo con el debido respeto y preocupación por los derechos y el bienestar de las personas participantes y las comunidades donde se realiza la investigación. Este respeto y preocupación se manifiestan en los requisitos de obtener un consentimiento informado y de asegurar que los riesgos se minimicen y sean razonables en relación con la importancia de la investigación.

2.8.2 Personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado

Los investigadores tienen el deber de dar a los posibles participantes en una investigación la información pertinente y la oportunidad de dar su consentimiento voluntario e informado para participar en una investigación o de abstenerse de hacerlo, a menos que un comité de ética de la investigación haya aprobado una dispensa o modificación del consentimiento informado. El consentimiento informado debería entenderse como un proceso, y los participantes tienen el derecho de retirarse en cualquier punto del estudio sin sanción alguna.

Los investigadores tienen el deber de:

solicitar y obtener el consentimiento, pero solo después de dar la información relevante acerca de la investigación y comprobar que el posible participante comprende adecuadamente los hechos importantes.

Abstenerse de engañar injustificadamente u ocultar información pertinente, ejercer influencia indebida o coacción (véase la pauta 10, Modificaciones y dispensas del consentimiento informado)

Asegurarse de que se ha dado al posible participante oportunidad y tiempo suficientes para considerar si participa

Por regla general, obtener de cada posible participante un formulario firmado como evidencia de su consentimiento informado; los investigadores deben justificar cualquier excepción a esta regla general y obtener la aprobación del comité de ética de la investigación.

2.8.3 Recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud

Cuando se recolectan y almacenan datos para fines de investigación, debe obtenerse de la persona de quien se obtienen los datos originalmente el consentimiento informado específico para un uso particular o el consentimiento informado amplio para un uso futuro no especificado. La aceptabilidad ética del consentimiento informado amplio descansa sobre una gobernanza adecuada.

Este tipo de consentimiento informado debe obtenerse de la misma manera que se describe en la pauta 9 (Personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado). Cuando se usan datos que se recolectaron en el contexto de la atención clínica de rutina, debe usarse un procedimiento para solicitar de manera informada no ser incluido. Esto significa que los datos pueden almacenarse y usarse para investigación a menos que la persona manifieste de manera explícita su objeción. Sin embargo, la objeción de una persona no se aplica cuando es obligatorio incluir datos en registros de población. Este procedimiento para solicitar de manera informada no ser incluido debe cumplir las siguientes condiciones: 1) los pacientes deben estar al tanto de su existencia; 2) debe suministrarse información suficiente; 3) debe informarse a los pacientes de que pueden retirar sus datos; y 4) tiene que ofrecerse una posibilidad genuina de negarse.

CAPITULO III

3.1 DISCUSION DE RESULTADOS

El estudio de caso presentado en este documento consistió en la aplicación del proceso enfermero utilizando como base la teoría déficit de autocuidado de la teorista Dorothea Orem y la taxonomía de NANDA, NIC Y NOC, Tomando en cuenta cada una de las cinco fases del proceso enfermero, se inició con la recolección de datos donde se utilizó los formatos de valoración de los requisitos universales, del desarrollo y de desviación de la salud, así mismo el examen físico y como otras fuentes el expediente clínico de Hospital Nacional Dr. Juan José Fernández “Zacamil” donde a los 9 días post parto tras asistir a una de sus curaciones post cesare usuaria fue hospitalizada y reintervenida quirúrgicamente por presentar un hematoma subaponeurótico más infección de sitio quirúrgico, posterior a la recolección de datos se procedió a realizar la organización, análisis e interpretación de los datos, tomando en cuenta cada uno de los requisitos, de esta manera se logró conocer las acciones y hábitos que tiene la usuaria en el cuidado de su salud, así mismo se logró identificar las capacidades y limitaciones que tiene en su autocuidado.

Posterior mente se procedió a la elaboración de diagnósticos enfermeros utilizando la taxonomía de NANDA, donde se realizaron seis diagnósticos de los cuales tres fueron durante su estancia hospitalaria y los otros tres posterior al alta de la usuaria, con el fin de dar respuesta de manera holística a cada una de los problemas de salud que presentaba. Luego se realizó la priorización de diagnósticos tomando en cuenta como criterios de priorización los requisitos de desviación de la salud, del desarrollo y por ultimo los universales.

Después fueron elaborados los planes de cuidados utilizando la taxonomía NOC Y NIC donde primero se sacó el resultado más apropiado para cada uno de los diagnósticos tomando en cuenta los indicadores que más se apegaran al caso, posteriormente se identificó la intervención con cada una de sus actividades para dar respuesta a las necesidades de la usuaria. Luego se procedió a la validación y documentación de cada uno de los planes y posteriormente se realizó su ejecución. Así mismo se realizó la evaluación de cada una de las actividades realizadas con la usuaria tomando en cuenta las reacciones que presentó la usuaria durante la implementación de cada actividad.

Según la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem en la que se basa este proceso enfermero dice que existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

Basado en lo anterior se identifico que la usuaria presenta un déficit de autocuidado, principalmente causado por su bajo nivel educativo ya que es hasta noveno grado y su bajo nivel económico.

De acuerdo a los datos recolectados la usuaria refiere no tener conocimientos sobre la infección por condilomatosis, pero desea conocer más sobre ella, también refiere querer conocer más sobre los cuidados que debe brindarle a su bebé, por lo tanto, para poder contribuir a resolver las necesidades que presentaba la usuaria se aplico el sistema de enfermería Apoyo- Educación.

Las intervenciones ejecutadas durante la estancia hospitalaria de la usuaria fueron parcialmente compensatorias ya que se realizaron actividades como Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor, reforzar el apósito, si era necesario, inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de vendaje, Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. Otra de las intervenciones fue la vigilancia de la herida donde se realizó las actividades de observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas, valorar el estado en la zona de incisión, vigilar el color y la temperatura de la piel, observar si hay zonas de decoloración, hematomas y perdida de la integridad en la piel y las mucosas, observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel y documentar los cambios en la piel y las mucosas. También se realizo intervenciones para ayudar a mejorar el estado de ánimo de la usuaria realizando las siguientes actividades: evaluando el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progrese el tratamiento, Ayudando a la paciente a mantener un ciclo normal de sueño/Vigilia (Tiempos de reposo programados, técnicas de relajación), que la paciente asuma una mayor responsabilidad en el autocuidado a medida que pueda hacerlo, Proporcionar oportunidades de actividad física (caminar), Animando a la paciente a que adopte un papel activo en el tratamiento, Ayudar a la paciente a identificar los factores desencadenantes del estado de

ánimo disfuncional. En el tercer plan de cuidados se realizaron intervenciones para mejorar el sueño de la usuaria durante su hospitalización realizando actividades como: Observar/ registrar el patrón y número de horas de sueño de la paciente, Comprobar el patrón de sueño de la paciente y observar las circunstancias físicas (dolor/molestias) y/o (miedo o ansiedad) que interrumpe el sueño, Enseñar a la paciente a controlar los patrones de sueño, Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño, Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama e Iniciar/ llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso

Entre las intervenciones que se ejecutaron con la usuaria en su lugar de residencia tenemos las educativas ya que a través de charlas y ayudas visuales se le dio a conocer las mejores estrategias que puede tener para apegarse mejor a su tratamiento, así mismo se le explico las practicas saludable de comer, dormir bien, hacer ejercicio entre otras. Otra de las intervenciones fue sobre el proceso de la enfermedad donde se le dio a conocer todo lo relacionado a la infección por condilomatosis, en que consiste, su etiología, sus signos y síntomas, sus posibles complicaciones y el tratamiento que se debe seguir. Asi mismo se le brindo educación sobre los cuidados que debe de tener con su bebe en cuanto al peso, alimentación, estimulación y ambiente seguro. También se le brindo información sobre los cuidados que debe tener al momento de alimentar a su bebe con biberón.

Cada una de las intervenciones fue evaluada con los indicadores de medición proporcionados por las NOC, logrando asi tener objetividad al momento de la evaluación de los resultados.

3.2 CONCLUSIONES

3.2.1 Se concluye que la primera fase del proceso enfermero es la recolección de datos con los requisitos de autocuidado de Dorothea Orem y es aquí donde se obtienen cada uno de los datos significativos y pertinentes para identificar los problemas que presento la usuaria, por esta razón es necesario seleccionar y utilizar de la manera correcta los requisitos afectados que usuaria posee, priorizando los de desviación de la salud, continuando con los de desarrollo y finalizando con los universales

3.2.2 Se deduce que La elaboración de diagnósticos enfermeros a través de la taxonomía de NANDA se puede concluir que es la mejor herramienta para realizarlos ya que a través de las diversas características definitorias y los factores relacionados se pueden validar los datos que se recolectan en la fase de valoración y de esta manera obtener un mejor diagnostico sobre los problemas que presento la usuaria.

3.2.3 Se concluye que la construcción de planes de cuidados utilizando las taxonomías de NOC y NIC son fundamentales para dar respuesta a los diagnósticos enfermeros elaborados con la taxonomía de NANDA, ya que a través de ellos se pueden identificar los indicadores que más afectados presenta el paciente y así mismo establecer las mejores intervenciones agregando además para estas los sistemas de enfermería correctos y actividades que mejoren o den solución a las necesidades de los usuarios.

3.2.4 Se deduce que la ejecución de los planes de cuidados realizados con las Taxonomías NOC y NIC son fundamentales para proporcionar cuidados de calidad y calidez a cada uno de los usuarios ya que a través de los sistemas de enfermería podemos adaptar los planes según las necesidades que presentan los pacientes.

3.2.5 En conclusión la evaluación de los planes de cuidados es de suma importancia ya que es aquí donde se evidencia el impacto que tuvieron cada una de las intervenciones y actividades en la vida y la salud de los usuarios, ya que se realiza la evaluación a través de los indicadores de la Taxonomía NOC y las reacciones que tienen los usuarios a cada una de las intervenciones y actividades.

3.3 RECOMENDACIONES

3.3.1 A las autoridades de la Universidad de El Salvador

Se recomienda a la Universidad de El Salvador brindar programas de educación a los estudiantes de Licenciatura en Enfermería en cuanto al proceso enfermero tanto en su área teórica como en su implementación y así mismo permitir obtener habilidades y destrezas en su aplicación tanto en el área hospitalaria como en el área comunitaria y de esta manera fortalecer los conocimientos de los futuros profesionales.

3.3.2 A la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de El Salvador

Se propone brindar talleres en los cuales se ponga en práctica y se profundice la teoría impartida sobre el proceso enfermero dentro de las aulas, con el fin de brindar a los estudiantes una mejor capacidad de análisis y habilidad para el desarrollo del proceso enfermero tanto en la práctica hospitalaria como comunitaria.

3.3.2 A los profesionales y futuros profesionales de enfermería

- Se recomienda tomarse el tiempo adecuado para realizar la recolección de datos de los pacientes ya que cada uno de los datos son necesarios para identificar mejor los problemas que están presentando, así mismo se sugiere utilizar todas las fuentes de información necesarias como la anamnesis, examen físico, expediente clínico entre otras fuentes que puedan ser de utilidad para elaborar los mejores diagnósticos y brindar una atención de calidad y calidez a los usuarios.
- Realizar la organización, análisis e interpretación de datos tomando en cuenta todos los datos significativos recolectados en la valoración ya que de esta manera se obtendrán los diagnósticos adecuados para el paciente y así mismo se deben priorizar los diagnósticos tomando en cuenta los criterios de priorización de la teoría seleccionada.
- Se recomienda elaborar planes de cuidados basados en los diagnósticos encontrados en el paciente, utilizando los mejores resultados e intervenciones que puedan ayudar a brindar a los pacientes un cuidado individualizado y acorde a sus necesidades.
- Ejecutar cada una de las intervenciones y actividades que contribuyan a mejorar el estado de los pacientes, así mismo ir evaluando las reacciones de los usuarios ante las intervenciones realizadas.

3.4 FUENTES DE INFORMACION

1. TEMA 3. NANDA-I [Internet]. Salusplay.com. [citado el 13 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/pae-y-diagnosticos-de-enfermeria-nanda-noc-y-nic/tema-3-nanda-i>
2. Hernández Sampieri, Roberto. (2006). “Planteamiento del problema: objetivos, preguntas y justificación del estudio” en Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill, pp. 9-17.
3. Nosotros PC. NANDA-I, NIC, NOC: uso en la planificación de los cuidados y el modelo AREA [Internet]. www.elsevier.com. Elsevier; 2022 [citado el 13 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/nanda-i-nic-noc-vinculos-y-uso-en-la-practica-clinica>
4. Nosotros PC. NANDA-I, NIC, NOC: uso en la planificación de los cuidados y el modelo AREA [Internet]. www.elsevier.com. Elsevier; 2022 [citado el 13 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/nanda-i-nic-noc-vinculos-y-uso-en-la-practica-clinica>
5. Redalyc.org. [citado el 13 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757272033.pdf>
6. Infecciones del Sitio Operatorio [Internet]. Lectorio. [citado el 13 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.lectorio.com/es/concepts/infecciones-del-sitio-operatorio/>
7. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev médica electrón [Internet]. 2014 [citado el 13 de noviembre de 2024];36(6):835–45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004

8. Index-f.com. [citado el 13 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.index-f.com/dce/19pdf/19-139.pdf>
9. Martínez DE. Cuidados básicos del lactatante [Internet]. Blog Salud MAPFRE. 2021 [citado el 13 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/bebe/cuidados/cuidados-basicos-del-lactatante/>
10. Edu.pe. [citado el 13 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/7898/TESIS%20NOA%20-%20HUAMANI%20-%20HINOSTROZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

Anexo 1: CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MARZO	ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
Semanas	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Encuadre para estudio de caso																																	
Recolección de datos																																	
Análisis e interpretación de datos																																	
Elaboración de diagnósticos enfermeros																																	
Elaboración de planes de cuidados																																	
Ejecución de planes de cuidados en área hospitalaria																																	
Visitas a usuaria en su domicilio																																	
Asesorías de estudio de caso																																	

Anexo 2: Presupuesto de la investigación

Recursos materiales	Unidades	Coto unitario	Costo total
Impresiones	1000	\$ 0.03	\$ 30.00
Anillados	3	\$1,50	\$4.50
Folders	15	\$ 0. 25	\$ 3.75
Faster	15	\$ 0.10	\$ 1.50
Pasajes de autobús para visitas domiciliars	30	\$ 0.30	\$ 9.00
Pliegos de papel bond	6	\$ 0.25	\$ 1.50
Páginas de colores	40	\$ 0.05	\$ 2.00
Internet residencial	2	\$40.00	\$80.00
Alimentación	16	\$ 3.00	\$ 48.00
Presente para la familia	1	\$15.00	\$15.00
Empastado	1	\$20.00	\$20.00
Refrigerio	5	\$0.80	\$4.00
Arreglo de flores	1	\$10.00	\$10.00
Manteles	12	\$1.50	\$18.00
Mas el 10%			
Total			\$ 291.77

Anexo 3: Examen físico

Se realiza examen físico a señora C.M.S.M el día 14 de junio del 2024 a usuaria de 22 años de edad, sexo femenino con dirección de comunidad el despertar, carretera troncal del norte kilómetro 9 ½, sobre la línea férrea, casa #2b, zona rural, presenta edad igual a la cronológica, de constitución normal y conformación simétrica, se observa fluidez al hablar, paciente se encuentra en camada en posición de cubito dorsal, paciente muestra buena cooperación, se evidencia signos de dolor por gestos faciales.

Signos vitales

Paciente al momento con signos vitales: TA:100/60, FC:81xmnts, SATO2:99%, T°:37, peso:40kg, talla:1.53cm. IMC: 17.1 lo que indica usuaria se encuentra en bajo peso

Cabeza

Al momento de realizar inspección se observa cabeza simétrica de forma ovalada, tamaño normal, se observa cabello simétrico, cabello color negro, no presenta parásitos, se muestra limpio y opaco.

Cara

Usuaria presenta cara de forma alargada, con volumen proporcional al resto del cuerpo, simétrica, se observa piel integra, color moreno, transpiración normal, no se observa acné, no nevus vasculares, no se observan cicatrices, bello facial de característica fino, no edemas.

Ojos

Usuaria presenta buena implantación e integridad de cejas y parpados, simétricos se observa buena higiene de los bordes de los parpados, posición de los bordes de los parpados normal, rima palpebral sin anormalidades, las pestañas se observan con buena implantación simétricas, no presenta reflejo superciliar.

Al palpar cejas, parpados, globo ocular y conducto lagrimal no se presentan masa ni se observan facies de dolor, no hay salida de secreciones.

Se realiza prueba de agudeza visual, campimetría de temporal, superior y inferior, identifica colores rojo, azul, amarillo, verde y morado. Se observa movimientos oculares, no desviaciones, presenta reflejo corneal normal, sensible la piel de la cara.

Oídos

Se observan oídos simétricos con buena implantación, proporcionales al cuerpo, presentando color igual que el de la piel facial, con buena higiene; se presentan oídos firmes y con buena consistencia, no se observan facies de dolor al doblar la pinna esta vuelve a su posición normal, se realiza prueba de susurro normal, chasquidos de dedos normal; rose de cabello normal, tic tac normal, No se realizan pruebas de otoscopia debido a que no se cuenta con el otoscopio para realizarlas No se realiza pruebas aéreas y óseas ya que no se cuenta con diapason para realizarlas.

Nariz

Se observa nariz con forma alargada, posición del tabique nasal recto y simétrico, proporcional a la cara color de piel morena, tersa se observa mucosa nasal normal. A la palpación se encuentra recto, no se palpan masas, no crepitaciones, ausencia de dolor, se observa permeabilidad de las fosas nasales.

Senos paranasales.

A la inspección de los senos paranasales no se observan edemas. No manifiesta dolor al palpar los senos frontal, maxilar y etmoidal. Se realiza percusión de senos frontal, maxilar y etmoidal; encontrando sonido mate, no se reportan hallazgos anormales A la transiluminación los senos se observan bien definidos, se iluminan de forma similar, no se reporta ninguna anomalía.

Se realiza pruebas de olores identificando lo dulce y olor ajo como desagradable, no presenta dolor.

Boca y orofaringe.

Se observan labios simétricos y proporcionales al rostro de color rosado, observándose secos, presenta deficiente higiene bucal, sin respiraciones orales, lengua simétrica, paladar integro de color normal, úvula integra, tonsilas tamaño normal, no presenta secreciones.

Se realiza evaluación del V PAR CRANEAL, se observa normal, evaluación del XII PAR CRANEAL, se observa posición de la lengua centrada sin dificultad para realizar movimientos, evaluación del VII PAR CRANEAL, se solicitó a la usuaria que sonriera, levanta ambas cejas, frunce el ceño, infle la mejía, cierre los ojos fuertemente, realizándolos sin ninguna anormalidad, identifica los sabores dulces, amargo, salado y ácido, se evalúa el IX Y X PAR CRANEAL, presenta reflejo nauseoso, se observa úvula móvil y centrada, realiza movimientos de arriba, abajo y a los lados con la lengua sin anormalidades.

Cuello

No se observa piel hiperpigmentada; es simétrico con un desarrollo muscular normal, no se presentan masas, se observan pulsaciones a nivel carotideo normales, realiza movimientos de flexión, extensión, rotación e inclinación, no se presentan masas, pulso carotideo normal, fuerte y regular; se palpa la glándula tiroides normal, se observan movimiento de cabeza y hombros.

Tórax

Usuaria con estado nutricional en bajo peso y desarrollo muscular esquelético normal, textura de piel lisa, e íntegra; distribución de vello escaso, no se observa hiperpigmentación, se observa cicatriz por cirugía de corazón abierto cuando tenía 1 año de edad, con un tatuaje de flor. Forma del tórax elíptica, con escapulas, clavículas, hemitórax y hombros simétricos. Tipo de respiración diafragmática con frecuencia de 18 respiraciones por minuto. A la palpación presenta sensibilidad, no presenta masas, con una temperatura normal de la piel, no se presentan anormalidades.

Corazón

Se realiza palpación para ubicar el segundo espacio intercostal y localizar los focos aórtico y pulmonar, se prosigue a localizar el quinto espacio intercostal y encontrar el foco tricúspide y 5 cm a la izquierda debajo de la tetilla sobre la línea medio claviclar se encuentra el foco apical o mitral siendo este el punto máximo de impulso. Se procede a auscultar los 4 focos cardiacos encontrándose normales con un ritmo regular y leve intensidad, no se encontraron soplos ni ninguna otra anormalidad.

Mamas y axilas

Presenta piel morena color uniforme, de tamaño igual, no se observan secreciones, con salida de leche, ni eversión del pezón, areolas redondas y simétricas de color oscuro y uniforme, se explica y se realiza el auto examen de mamas, sin encontrar ninguna anormalidad.

Abdomen

Piel de abdomen color morena, con herida operatoria abierta hasta aponeurosis ya que se realizó laparotomía exploradora por diagnóstico de hematoma sub aponeurótico más infección de sitio quirúrgico, con apósitos manchados en un 100% por salida de secreción sanguinolenta, usuaria refiere dolor en herida. no se realiza auscultación ni percusión.

Genitales.

Se observa distribución del vello púbico simétrico, con micciones espontanea, se observa la presencia de verrugas en labios menores por infección de condilomatosis, se presenta higiene deficiente, con sangrado trans vaginal leve.

Ano y recto

Se observa piel integra sin lesiones, no sangrado, pliegues anales íntegros

Musculo esquelético

Posición estática.

Usuaría en posición anatómica se observa cabeza normal, cuello, hombros, clavícula, escapulas, columna, miembros superiores e inferiores y caderas se encuentran en posición normal y simétrica.

Posición dinámica

Por el momento no se realiza prueba de marcha por diagnóstico de usuaria.

Vascular periférica.

Se observa el pulso carotideo en ambos lados del cuello determinando la simetría del volumen del pulso; no se observa la vena yugular, no presenta cianosis, no se observa facies de dolor a la palpación de extremidades inferiores, no hay fóvea, el llenado capilar tarda menos de 3 segundos,

pulsos periféricos presentes y palpables en una escala de +3, no presenta diaforesis, no se observan signos de tromboflebitis. Al realizar la auscultación no se presentan soplos arteriales.

Neurológico

Usuaría se encuentra consciente y orientada en tiempo lugar y persona, juicio conservado, se le pregunta si recuerda donde está ella y su bebé con un lenguaje fluido al hablar sin ninguna anormalidad.

Sensibilidad.

Usuaría sensible al tacto fino en zonas simétricas, sensible al dolor, sensible a las temperaturas, se solicita a la usuaria cerrar los ojos y describir lo que siente, mencionado que le tocan su dedo pulgar, se estimula los dedos de los pies tocando solo la punta teniendo respuesta de la paciente, reconoce objetos como lapicero.

Pruebas de equilibrio y coordinación

No se realiza prueba de equilibrio por diagnóstico de señora.

Reflejos profundos u osteotendinosos.

Se evalúan los reflejos superciliares, el cual no se encuentra presente por estado de reposo de la usuaria, bicipital, tricipital, braquiorradial, rotuliano, aquiliano respondiendo a todos de manera no reducida.

Reflejos superficiales o cutáneo-mucosos

Se evalúa reflejo corneal, cutáneo abdominal y reflejo plantar oportunamente en cada uno de los sistemas observándose sin ninguna anormalidad.

Pares craneales.

Se valoran la evaluación de los 12 pares craneales (Nervio olfatorio, Nervio oculomotor, troclear y abducen, Nervio trigémino, Nervio facial, nervio auditivo, nervio glossofaríngeo, nervio vago, nervio accesorio, nervio hipogloso) presentes en la paciente.

Anexo 6 Plan educativo sobre la infección por condilomatosis

Tema: Infección por condilomatosis

Responsable: Cindy Jazmin Orantes Chávez y Kenia Alexandra Bolaños

Lugar: Ciudad Delgado, San Salvador

Objetivo General: Brindar la información necesaria y pertinente sobre la infección por condilomatosis.

Objetivos	Contenido	Metodología	Tiempo	Recursos	Evaluación	
					Criterios	Resultados
1. Brindar información sobre en qué consiste la infección por condilomatosis	1. ¿Qué es la infección por condilomatosis?	Charla Educativa con apoyo visual	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositiva en power point • Internet • Computadora 	1. ¿Describe que es la infección por condilomatosis?	SI NO
2. Dar a conocer las Causas de la infección por condilomatosis	2. Causas de la infección por condilomatosis.				2. ¿Menciona las causas de la infección por condilomatosis?	SI NO
3. explicar los signos y síntomas que se presentan en una infección por condilomatosis	3. signos y síntomas de la infección por condilomatosis				3. ¿Explica los signos y síntomas de la infección por condilomatosis?	
4. Proporcionar información sobre los tratamientos para la infección por condilomatosis	4. tratamientos para la infección por condilomatosis.				4. ¿Menciona los tratamientos de la infección por condilomatosis?	SI NO
5. explicar las posibles complicaciones de la infección por condilomatosis	5. complicaciones de la infección por condilomatosis				5. ¿Describe las posibles complicaciones de la infección por condilomatosis?	SI NO

Anexo 7 Plan educativo sobre estilos de vida saludable

Tema: estilos de vida saludable

responsables: Cindy Jazmin Orantes Chávez y Kenia Alexandra

Bolaños

Lugar: Ciudad Delgado, San Salvador

Objetivo General: proporcionar información sobre los estilos de vida saludable.

Objetivos	Contenido	Metodología	Tiempo	Recursos	Evaluación	
					Criterios	Resultados
1. Dar a conocer que son los estilos de vida saludable	1. ¿Qué son los estilos de vida saludable?	Charla Educativa con apoyo visual	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositiva en power point • Internet • Computadora 	1. ¿describe que son los estilos de vida saludable?	SI NO
2. describir los cuatro pilares de un estilo de vida saludable	2. La alimentación, la actividad física, el descanso y la ausencia de hábitos perjudiciales para el organismo.				2. ¿menciona los cuatro pilares de un estilo de vida saludable?	SI NO
3. explicar la importancia de seguir las ordenes medicas	3. importancia de seguir el tratamiento prescrito				3. ¿conoce la importancia de seguir el tratamiento prescrito?	SI NO

Anexo 8 Plan educativo sobre los cuidados del lactante y la alimentación con biberón

Tema: cuidados del lactante y la alimentación con biberón **Responsable:** Cindy Jazmin Orantes Chávez y Kenia Alexandra Bolaños

Lugar: Ciudad Delgado, San Salvador

Objetivo General: Brindar información sobre los cuidados del lactante y la alimentación con biberón

Objetivos	Contenido	Metodología	Tiempo	Recursos	Evaluación	
					Criterios	Resultados
1. Enseñar a monitorizar el peso y talla del lactante	1. peso y talla de acuerdo a la edad	Charla Educativa con apoyo visual	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositiva en power point • Internet • Computadora 	1. ¿identifica el peso que debe tener su bebé?	SI NO
2. describir la alimentación adecuada para el lactante	2. alimentación para el lactante				2. ¿identifica la alimentación adecuada para su bebé?	SI NO
3. explicar las técnicas de estimulación para el lactante	3. técnicas de estimulación				3. ¿sabe alguna de las técnicas de estimulación para su bebé?	SI NO
4. enseñar a preparar un ambiente adecuado para el lactante	4. ambiente seguro para el lactante				4. ¿Menciona como debe de ser el ambiente adecuado para su bebe?	SI NO

Anexo 9: Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
PROCESO DE GRADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: Candida Mariela Segura Mendoza.

declaro que he sido informada he invitada a participar en el proceso de atención de enfermería que deben realizar las Bachilleres Kenia Alexandra Bolaños Martínez y Cindy Jazmín Orantes Chávez, para su proceso de grado que les otorgará el título de licenciadas en enfermería que se llevará a cabo de abril a octubre del año 2024 en la Universidad de El salvador.

Entiendo que este proceso de atención de enfermería busca brindarme un plan de cuidados de enfermería que serán ejecutados por las personas antes mencionadas, y que mi participación se llevara acabo de abril a octubre del año 2024. Y consistirá en responder a diversas preguntas durante mi estancia hospitalaria, así mismo se llevará un seguimiento en mi lugar de habitación donde recibiré una serie de visitas por parte de las personas antes mencionadas para evaluar la eficacia de los planes de cuidados que se implementaran en el periodo ya descrito.

También me han explicado que la información proporcionada será confidencial y solo será utilizada para fines académicos. Asimismo, se que puedo negar mi participación o retirarme en cualquier etapa del proceso, sin expresión de causa ni consecuencia para mí.

Si acepto participar en este proceso de atención de enfermería.

FIRMA DE LA PARTICIPANTE: _____

FECHA: 14/06/2024

Anexo 10 Fotografías de visitas realizadas

