



UMA
Universidad
María Auxiliadora

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A
PACIENTE CON CELULITIS FACIAL EN EL HOSPITAL DE SAN
JUAN DE LURIGANCHO, LIMA 2024.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTOR:

Bach. CASTILLO VILLACORTA, Leandra Naysha

<https://orcid.org/0009-0001-7943-069X>

ASESOR:

Mg. QUILLE TICONA, José Merlín

<https://orcid.org/0000-0002-1321-8549>

LIMA - PERU

2024

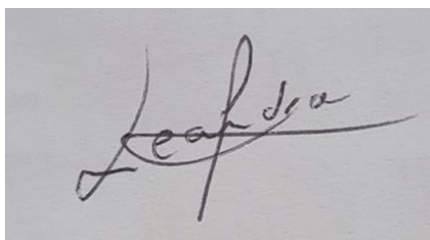
DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, **CASTILLO VILLACORTA Leandra Naysha**, con DNI **75259337** en mi condición de autora del trabajo de suficiencia profesional , presentada para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería de título **“PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PANCIENTE CON CELULITIS FACIAL EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA 2024.”**, **AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para publicar de manera indefinida en el repositorio institucional, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Indicar que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud 11 % y que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregando la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

Conforme a lo indicado firmo el presente documento dando conformidad a lo expuesto.

Lima, 20 de diciembre 2024.



CASTILLO VILLACORTA
Leandra Naysha
Firma de autor
DNI:75259337



Mg QUILLW TICONA José Merlin
ASESOR
DNI:01888dc090




11% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 8%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mi mamá, mi hija y hermanas, por el apoyo incondicional que me brindaron, ya que me ha permitido alcanzar un logro más en mi vida, los cuales fueron acompañados de amor sacrificio y respeto, gracias por las palabras de aliento que me brindaron cada día para seguir con mis objetivos y nunca rendirme ante cualquier obstáculo que se pudo presentar en ese momento, los amo mucho, feliz de que ustedes seas parte de mis metas y logros esto es para ustedes también.

Índice General

Caratula	i
Dedicatoria	ii
Índice general	iii
Índice de tablas	iv
Índice de figuras	v
Índice de Anexos	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
CAPITULO I: INTRODUCCION	9
1.1 Marco teórico	9
1.2 Caso Clínico	14
1.3 Valoración de enfermería	16
1.4 Priorización de diagnóstico de enfermería	21
CAPITULO II: MATERIALES Y METODOS	22
2.1 Diseño de estudio	22
2.2 Población	22
2.3 Procedimientos de recolección de datos	22
2.4 Método de análisis	23
2.5 Aspectos éticos	24
CAPITULO III: RESULTADOS	25
3.1 Intervenciones de enfermería	25
CAPITULO IV: DISCUSION	52
4.1 Discusión	52
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
5.1 Conclusiones	54
5.2 Recomendaciones	56
REFERENCIA BIBLIOGRAFIA ANEXOS	57
ANEXO A: Formato Valoración Marjorie Gordon	62
ANEXO B: Escala de medición	66
ANEXO C: Consentimiento informado	67
ANEXO D: Evidencia del trabajo campo	68
ANEXO E: Informe de similitud	72

Índice de Tablas

Tabla 1. Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionado con sepsis evidenciado por piel caliente al tacto: enrojecida, temperatura 39°C.	25
Tabla 2. Diagnóstico de enfermería: Dolor Agudo relacionado con Lesión por agentes biológicos evidenciado Verbaliza acerca de la intensidad utilizando escales estandarizadas de dolor: EVA 8/10.	30
Tabla 3. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad de la mucosa oral relacionado con Infección evidenciado por Edema oral: edematizados con signos de flogosis.	36
Tabla 4. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de Infección factor de riesgo Procedimientos evasivos.	41
Tabla 5. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo Personas que experimentan alteración de la imagen corporal.	47

Índice de Figuras

Figura 1: La evaluación de porcentaje de los resultados obtenidos del Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionado con sepsis evidenciado por piel caliente al tacto: enrojecida, temperatura 39°C.	28
Figura 2: La evaluación de porcentaje de los resultados obtenidos del Diagnóstico de enfermería: Dolor Agudo relacionado con Lesión por agentes biológicos evidenciado Verbaliza acerca de la intensidad utilizando escales estandarizadas de dolor: EVA 8/10.	34
Figura 3: La evaluación de porcentaje de los resultados obtenidos del Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad de la mucosa oral relacionado con Infección evidenciado por Edema oral: edematizados con signos de flogosis.	39
Figura 4: La evaluación de porcentaje de los resultados obtenidos del Diagnóstico de enfermería: Riesgo de Infección factor de riesgo Procedimientos evasivos.	45
Figura 5: La evaluación de porcentaje de los resultados obtenidos del Diagnóstico de enfermería: Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo Personas que experimentan alteración de la imagen corporal.	50

Índice de Anexos

Anexo A. Formato valoración por Patrones Funcionales	62
Anexo B. Escala de EVA.....	66
Anexo C. Consentimiento Informado	67
Anexo D. Evidencia del trabajo de campo	68
Anexo E. Informe de similitud	72

RESUMEN

El objetivo principal de este caso clínico es realizar un plan de cuidado del paciente basado en la valoración, con diagnóstico Celulitis Facial, En donde se elaboró un Proceso de Atención de enfermería y a la vez obtener el bienestar y atención adecuada del paciente el cual estuvo internado en el Hospital San Juan de Lurigancho.

Materiales y métodos: Este estudio es tipo descriptivo, de diseño no experimental y transversal se realizó mediante el proceso de atención de enfermería en un caso clínico, utilizando el formato de valoración por patrones de Marjory Gordon, NANDA, NOC Y NIC, los cuales serán plasmadas en las tablas e interpretadas según nuestro criterio para un eficaz resultado basando en evidencia.

Resultados: En el análisis del diagnóstico de enfermería hipertermia, en la figura 1 se puede analizar que las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente el 80 %. Mientras que el 20 % están en proceso por enfermedad y otros factores. El cual se tuvo como objetivo disminuir temperatura corporal, teniendo como actividades: regulación de la temperatura, Manejo de la temperatura.

Conclusiones: En el diagnóstico de enfermería hipertermia relacionado con sepsis evidenciado por piel caliente al contacto enrojecida, temperatura 39 °C, se analizó las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente el 80 %. Mientras que el 20 % están en proceso por enfermedad y otros factores como no aplicar medios físicos debido a decisión negativa del paciente.

Palabras claves: Proceso de Enfermería, Cuidado, Celulitis, Facial, Edema.
DeCS/MeSH

ABSTRACT

The main objective of this clinical case is to make a patient care plan based on the assessment, with a diagnosis of Facial Cellulitis, where a Nursing Care Process was developed and at the same time obtain the well-being and adequate care of the patient who was hospitalized. at the San Juan de Lurigancho Hospital.

Materials and methods: This study is descriptive, non-experimental and cross-sectional design was conducted through the nursing care process in a clinical case, using the assessment format by Marjory Gordon, NANDA, NOC and NIC patterns, which will be reflected in the tables and interpreted according to our criteria for an effective result based on evidence.

Results: In the analysis of the hyperthermia nursing diagnosis, Figure 1 shows that 80% of the interventions that were carried out were satisfactorily executed. While 20% are in process due to illness and other factors. The objective was to reduce body temperature, with the following activities: temperature regulation, temperature management.

Conclusions: In the nursing diagnosis hyperthermia related to sepsis evidenced by hot skin on contact reddened, temperature 39 °C, it was analyzed the interventions that were carried out were executed satisfactorily 80%. While 20% are in process due to illness and other factors such as not applying physical means due to the patient's negative decision.

Keywords: Nursing Process, Care, Cellulite, Facial, Edema. **DeCS/MeSH**

CAPITULO I: INTRODUCCION

1.1 Marco teórico

La celulitis facial se presenta a partir de una infección bacteriana en las células de grasa del rostro, la cual puede aparecer tanto en ojos, mentón, nariz o labios, que aparece tanto en niños como adultos; esta suele presentarse a partir de infecciones originadas por bacterias de origen oro-bucal, y en casos extremos puede evolucionar a un estado grave en el que provoque abscesos cerebrales, meningitis, mediastinitis, entre otros que ponen en riesgo la vida del paciente (1). En estudios realizados a nivel global, en España, en el año 2015, se observa que encontraron que de los 9 pacientes con diagnóstico de celulitis facial odontogénica evaluados, el 22,2% eran varones con una edad media de 3,4 años, además el 88,9% de casos presentó alteración analítica e neutrofilia y cuyo tratamiento incluyó amoxicilina en el 100% de casos y corticoides en el 44,4% (2). En otro estudio realizado en España, en el año 2010, hallaron que en el país se producen al menos 20 casos al año de celulitis facial, por lo que resulta importante para el tratar esta infección que exista una vigilancia del personal de enfermería y un tratamiento que incluya cloxacilina, cefazolina o ceftriaxona (3). Además, en España, en el año 2023, encontraron que las infecciones en la piel como la celulitis facial se producen generalmente en pediatría, sin excluir por completo a los adultos, los casos con mayor frecuencia involucran a microorganismos como el *Staphylococcus aureus* y el *Streptococcus pyogenes*, por lo que es importante el diagnóstico para administrar el tratamiento adecuado (4).

Por otro lado, en estudios a nivel latinoamericano, en Argentina, en el año 2023 se aprecia un estudio en el que identificaron que un paciente de 10 años presentó celulitis facial por *Staphylococcus aureus*, que a su vez produjo metástasis que es frecuente en el 20% o menos de casos de pacientes pediátricos y que complicaron los pulmones, osteoarticulaciones, piel y partes blandas del paciente (5). En un estudio en Cuba, en el año 2012, encontraron que en la evaluación de 56 pacientes con celulitis facial odontogénica, se encontró que la principal causa de esta infección fue la caries dental con 51,7%, siendo las partes más afectadas la región de los molares inferiores con un 50% y la región anatómica submandibular con 30,4% (6). Asimismo, en Colombia, en el año 2012, hallaron que la prevalencia de

celulitis facial odontogénica se incrementa si el paciente presenta diabetes mellitus tipo 2, lo que incrementa el riesgo de sufrir una infección bacteriana, siendo los microorganismos más comunes de generarlo la *Klebsiella pneumoniae* y el *Citrobacter freundii* (7).

En los estudios realizados a nivel nacional, en Lima, en el año 2021, se observa que existe una prevalencia de 45,22% de pacientes infantiles que tienen celulitis facial odontogénica, viéndose afectada principalmente la región bucal con 54,9%, seguido de la región periorbitaria con 18,3% y la región submandibular con 15,5% (8). En otro estudio realizado en Lima, en el año 2017, hallaron que en su estudio de cada 1000 pacientes que se encuentran hospitalizados padecen de celulitis facial, siendo los más afectados los niños de 6 a 9 años con el 50% de los casos, asimismo, las regiones del rostro con mayor afectación fueron la región bucal con un 34,4% y la región submandibular con un 25,0% (9). Además, en Lima, en el año 2012, se realizó una investigación en el que el 78,6% (22 evaluados) de pacientes presentan diagnóstico de celular facial, la que afecto principalmente a mujeres (59,0%) y niños de 4 a 6 años (59,0%), en los que se administró un esquema de medicamentos con amoxicilina como el fármaco más frecuente (57,9%) (10).

La celulitis facial, es definida como una infección difusa de la dermis y del tejido subcutáneo, esta suele evidenciarse en la mayor parte de los casos en la parte inferior de las piernas, producida con una mayor frecuencia por los cocos grampositivos (11).

En referencia a las causas de la celulitis, esta se presente por lo general debido a los siguientes problemas: infección producida por bacterias grampositivas como el *estreptococo* β hemolíticos del grupo A y *S. aureus*, el edema crónico, la insuficiencia venosa con edema secundario, la obstrucción linfática, la safenectomía y otras perturbaciones en la barrera cutánea (11).

En cuanto a los signos y síntomas de la celulitis, se presentan con mayor frecuencia los siguientes: tumefacción, eritema y dolor, además de que el dolor presentado se expande con el transcurso de las horas, además, mientras va avanzando la infección se presentan otros síntomas como escalofríos, fiebre, malestar progresivo, linfangitis, linfadenopatía, entre otros (11).

Con respecto al proceso de atención y cuidados de enfermería para los pacientes que presenten celulitis, este se encuentra basado en un método científico y sistematizado que necesita de un profesional de enfermería que pueda garantizar la resolución de un caso de celulitis, aplicando en un primer momento el proceso de atención de enfermería, como son la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, y de acuerdo a los datos recolectados realizar la intervención o cuidados de enfermería, que se basen sobre todo en el tratamiento de la fiebre, manejo del dolor, cuidados de la herida, manejo de la nutrición, y entrenamiento para el aseo y el control de las infecciones (12).

En relación al tratamiento de la celulitis, primero se procede a usar antibióticos y la eliminar la(s) fuente(s) que originaron la infección, asimismo, en el caso de que presente un absceso, es necesario que este pueda drenarse para aliviar la presión y la inflamación ocasionada, lo que también puede conllevar a una extracción quirúrgica, en el caso de la celulitis facial, ya que se deben eliminar los restos del diente que pueden haber quedado en conjunto a una terapia farmacológica (12).

Con respecto a la epidemiología de la celulitis facial, un estudio realizado por Lima, indica que una muestra de 49 personas evaluadas con esta infección, la mayoría tuvo de 5 a 14 años (36%) y de 15 a 24 años (23%), del sexo masculino (61%), siendo las causas más comunes los dientes incurables (41%) y los restos radiculares (30%), y las regiones anatómicas más afectadas fueron la cavidad bucal (35%), la geniana (16%) y la sub mandibular (16%) (13).

Además, en relación a la teoría en la que se basa el presente proceso del cuidado enfermero aplicado a paciente con celulitis facial, se tiene a la Teoría de Necesidades de Virginia Henderson, se plantea que la enfermería tiene como papel fundamental el ayudar al individuo, sea este sano o enfermo, en conservar, preservar y recuperar su salud, para lo cual tiene que desarrollar su fuerza, voluntad y conocimientos; asimismo, este modelo plantea 14 necesidades que el paciente deberá manejar para atenderse por sí mismo, y en el cual se tiene la asistencia de un personal de enfermería, dichas necesidades son las siguientes: 1. Respirar con normalidad, 2. Comer y beber adecuadamente, 3. Eliminación normal de desechos corporales, 4. Movilidad y posturas adecuadas, 5. Dormir y descansar, 6. Vestirse y desvestirse con normalidad, 7. Mantener la temperatura del cuerpo en los rangos normales, 8. Mantener una buena higiene corporal, 9. Evitar los peligros en el

entorno y evitar poner en peligro a otros, 10. Comunicar emociones, necesidades, temores y opiniones, 11. Actuar o reaccionar de acuerdo con las propias creencias, 12. Desarrollarse de manera que exista un sentido de logro, 13. Participar en actividades recreativas o juegos, y 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad personal (14).

Hipertermia

Según el NANDA es temperatura corporal por encima del rango diurno normal debido a la insuficiencia de la termorregulación (15). La hipertermia se presenta cuando la temperatura corporal se eleva por encima de los rangos normales y el sistema termorregulador del organismo no funciona adecuadamente, lo que se puede producir por situaciones como el estrés por calor, la fatiga por calor, los mareos repentidos, calambres de calor y agotamiento por calor (16). Asimismo, implica un aumento anormal en la temperatura corporal de la persona, que en algunos casos se puede superar los 40°C, sin que estos estén necesariamente relacionado a una infección o fiebre (17). Además, la hipertemia se produce a partir de los mecanismos de regulación de calor que presenta el organismo y que no funciona de manera eficaz, en otros casos esto se presenta por la edad avanzada, por el padecimiento de ciertas enfermedades o por efectos secundarios al consumir algún medicamento (18).

Dolor Agudo

Según el NANDA es Experiencia sensorial y emocional desagradablemente asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses (19). Es aquel dolor que se presenta de modo espontáneo de rápido, el cual suele tener una gran intensidad, pero que tiempo poco tiempo de duración (20). Asimismo, el dolor agudo es una respuesta fisiológica que se presenta de modo inmediato y que a su vez es de corta duración, presentada como una señal de alarma ante una enfermedad, condición o enfermedad (21). Además, el dolor agudo constituye una serie de respuestas frente a experiencias sensoriales y emocionales, las que se encuentran relacionadas a respuesta de daño a estructuras somáticas o viscerales (22).

Deterioro de la integridad de la mucosa oral

Según el NANDA es Lesión en los labios, tejidos blandos, cavidad oral u orofaringe (23). El deterioro de la integridad de la mucosa oral, es muy común de presentarse por medio de posibles lesiones, úlceras, inflamaciones o infecciones que a posteriori comprometen la salud bucal de las personas (24). Asimismo, el deterioro de la integridad de la membrana mucosa oral, implica que se presente una lesión o daño a nivel de los labios, tejidos blandos de la cavidad bucal, y/o la orofaringe, lo que a su vez impacta de modo negativo a la salud del paciente (25). Además, este deterioro implica que la persona o individuo presente alteraciones en su integridad física, sobre todo en los labios, o tejidos blandos de la cavidad oral (26).

Riesgo de infección

Según el NANDA es Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud (27). Es aquel estado en el que una persona presenta riesgo de ser invadido por algún patógeno endógenos o exógenos, por ello un paciente que tiene riesgo elevado con el padecimiento de una enfermedad, tiene un mayor riesgo de padecer de una infección (28). Asimismo, es un diagnóstico de enfermería definido como aquel riesgo de ser invadido por microorganismos, que se pueden producir por la exposición a algunos tratamientos (29). Es aquella posibilidad que presenta una persona para adquirir una infección producto de la reducción de las defensas naturales del organismo (30).

Riesgo de baja autoestima situacional

Según el NANDA es Cambio de percepción positiva a negativa de autoestima, autorrespeto, competencia y actitud hacia uno mismo en respuesta a una situación actual (31). La baja autoestima situacional se encuentra vinculada con el temor al rechazo, ya sea por las personas o el entorno y una interacción rígida e ineficaz (32). Asimismo, implica una alteración de la imagen corporal, lo que se produce por diversos motivos entre los que se encuentra antecedentes de abuso, desatención, de pérdida, de rechazo, expectativas irreales de uno mismo, entre otros (33). Además, el riesgo de baja autoestima situacional se presenta por la posibilidad de que exista peligro de desarrollar una percepción negativa de uno mismo y como respuesta a una determinada situación de peligro (34).

1.2 Caso clínico

Paciente SPMA de 33 años de edad de sexo masculino, acude al servicio de tópicos de medicina del Hospital San Juan de Lurigancho, caminando con expresiones faciales, sin antecedentes patológicos. Paciente menciona que rostro se le inflamo después de haber ingerido ibuprofeno por malestar general, refiere Me siento mal, me falta el aire, me duele mucho mi cara señorita. Se realiza la valoración céfalo-caudal, en la exploración física estado de higiene limpio, paciente se encuentra en Lucido, orientado en tiempo y espacio y persona (LOTEP), piel turgente , caliente al tacto enrojecida se encuentra febril 38°C, estado emocional irritado, se observa aumento del volumen del parpado derecho, edema facial a predominio de mejillas y labios lado derecho, dolor intenso a la palpación con signos de flogosis; en la cavidad oral edema úvula, cuello con dolor a la palpación en la parte anterior a predominio derecho, en escala de EVA 7/10, neurológicamente despierto , entiende, obedece ordenes, hemodinamia ACA , llenado capilar <3, pulso periférico palpable , vías aéreas permeables con ventilación espontanea FiO 21 %, tórax con murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, abdomen distendido, no dolores a la palpación, diuresis espontanea , hemograma leucocitos con abastados 2%, PCR elevado, durante turno enfermera reporta paciente presenta fiebre 38,5°C, se realiza funciones vitales: PA:134/75, FR:22 , FC:74, SAT: 96 %, control del dolor escala de EVA 7/10

Medico de turno deriva al servicio de EMER. observación médica, cama EOM01 ,con evolución estacionaria, reporta paciente sin antecedentes patológicos, con sepsis p.p dérmico, con diagnostico medico celulitis facial, a la evaluación física se observa piel caliente se encuentra febril, aumento del volumen del parpado derecho, edema facial a predominio de mejillas y labios a predominio derecho, intenso dolor a la palpación en escala de EVA 8/10, labio edematizado con signos de flogosis , con dificultad a la apertura de la boca con presencia de sialorrea y dificulta para hablar, en la cavidad oral se observa ulceras , edema úvula , en posición semi fowler, tórax murmullo vesicular en ambos campos pulmonares pasa en AHT, ruidos cardiacos rítmicos y regulares pulso acelerado ,abdomen blando depresible , despierto LOTEP, no focaliza , llenado capilar <2, con vía periférica permeable en miembro superior izquierdo, refiere molestia al manipular brazo

izquierdo, hemograma con leucocitosis con bastonados 2 %, lactato en 3.2 PCR: 44.7, con evolución tórpida , pronóstico reservado , ha sido evaluado por infectología quien da pase para rotar cobertura ATB, con escala de EVA 8/10 .

Paciente refiere dolor en cara, Siento que se está hinchando más mi cara señorita sé que no quedara igual mi rostro, me cuesta abrir mucho la boca me duele demasiado, no puedo dormir” Enfermera de turno reporta paciente ansioso con dificultad para conciliar el sueño, se levanta durante la noche, fiebre de 39°C, funciones vitales: PA: 130/70, FC:120, FR:24, SpO2:94, continua con antibiótico, hemocultivos x2, SS TEM macizo facial C/C y cuello, control de funciones vitales en posición semi fowler. De continuar con saturación menor a 94% se administrará oxígeno terapia.

1.3 Valoración de enfermería

Valoración Según Patrones Funcionales

Tabla 1

Patrón1: Percepción – Manejo de la salud

Datos Significativos	Dominio / clase
Dato subjetivo: Piel caliente al tacto, enrojecida	Dominio 11: Seguridad/ protección Clase 6: Termorregulación
Dato objetivo: Estado febril 39°	

Fuente: Formato de valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon /Elaboración propia.

Tabla 2

Patrón 6: Cognitivo – Perceptual

Datos Significativos	Dominio / clase
Dato subjetivo: Paciente refiere me duele demasiado mi cara.	Dominio 12: Confort Clase 1: Confort físico
Dato objetivo: Verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor: EVA 8/10.	

Fuente: Formato de valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon /Elaboración propia.

Tabla 3

Patrón 3: Nutricional - Metabólico

Datos Significativos	Dominio / clase
Dato subjetivo: Paciente refiere siento que se está hinchado más mi cara, no puedo abrir la boca	Dominio 11: Seguridad/ protección Clase 2: Lesión física
Dato objetivo: Edema facial a predominio de mejillas, labios edematizados con signos de flogosis, en la cavidad oral se observa úlceras con edema úvula	

Fuente: Formato de valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon /Elaboración propia.

Tabla 4

Patrón 3: Nutrición- Metabólico

Datos Significativos	Dominio / clase
Dato subjetivo: Refiere molestia al manipular brazo izquierdo	Dominio 11: Seguridad/ protección Clase 1: Infección
Dato objetivo: Se observa vía periférica permeable en miembro superior izquierdo	

Fuente: Formato de valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon /Elaboración propia.

Tabla 5

Patrón 10: Adaptación- Tolerancia al estrés

Datos Significativos	Dominio / clase
Dato subjetivo: Señorita siento que se está hinchando más mi cara sé que no quedara igual mi rostro	Dominio 6: Autopercepción Clase 2: Autoestima
Dato objetivo: Paciente se muestra ansioso	

Fuente: Formato de valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon /Elaboración propia.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERO

Primer Diagnostico

Etiqueta Diagnostica: Hipertermia

Características Definitorias: Piel caliente al tacto.

Factor Relacionado: Sepsis.

Enunciado Diagnostico: Hipertermia relacionado con sepsis evidenciado por piel caliente al tacto: enrojecida, temperatura 39°C.

Segundo Diagnostico

Etiqueta Diagnostica: Dolor Agudo

Características Definitorias: Verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor.

Factor relacionado: Lesión por agentes biológicos

Enunciado Diagnóstico: Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor: EVA 8/10.

Tercer Diagnostico

Etiqueta Diagnostica: Deterioro de la integridad de la mucosa oral

Características Definitorias: Edema oral

Factores Relacionados: Infección

Enunciado Diagnostico: Deterioro de la integridad de la mucosa oral relacionado con infección evidenciado por edema oral: edematizados con signos de flogosis.

Cuarto Diagnostico

Etiqueta Diagnostica: Riesgo de Infección

Factores Relacionados: Procedimientos evasivos.

Enunciado Diagnostico: Riesgo de infección factor de riesgo procedimientos invasivos.

Quinto Diagnostico

Etiqueta Diagnostica: Riesgo de baja autoestima situacional.

Factores Relacionados: Personas que experimentan alteración de la imagen

corporal.

Enunciado Diagnostico: Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo personas que experimentan alteración de la imagen corporal.

1.4 Priorización de diagnóstico de enfermería

- 1.** Hipertermia relacionado con sepsis evidenciado por piel caliente al tacto: enrojecida, temperatura 39°C.
- 2.** Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor: EVA 8/10.
- 3.** Deterioro de la integridad de la mucosa oral relacionado con infección evidenciado por edema oral: edematizados con signos de flogosis.
- 4.** Riesgo de infección factor de riesgo procedimientos invasivos.
- 5.** Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo personas que experimentan alteración de la imagen corporal.

CAPITULO II: MATERIALES Y METODOS

2.1. Diseño de estudio

Este estudio es de tipo descriptivo, de diseño no experimental y transversal se realizó mediante el proceso de atención de enfermería de un caso clínico aplicado a la patología de un paciente, utilizando los libros NANDA, NOC Y NIC, para concluir con los resultados obtenidos de enfermería basados en evidencia.

El presente estudio es de caso clínico, debido a que intervinieron diversas especialidades en el ámbito de salud (35). y es de diseño de estudio de caso único, debido a que se tuvo como propósito y pregunta de estudio la recolección de información mediante la indagación de un determinado caso (36).

2.2. Población

La población de estudio realizado está constituida por 1 paciente adulto de 33 años de edad con diagnóstico de celulitis facial en el hospital de San Juan de Lurigancho.

2.3. Procedimiento de recolección de datos

2.3.1. Autorización de coordinaciones previas para la recolección de datos:

Al iniciar la recolección de datos al paciente sobre la investigación de estudio quien respondió amablemente dándonos su consentimiento, para una coordinación con el personal del turno ser Servio para proceder con la recolección de datos.

2.3.2. Aplicación del instrumento de recolección de datos:

Por lo tanto, una vez obtenida información sobre la recolección de datos este se ejecutó en el mes de noviembre del presente año igualmente se continuó con la autorización al jefe personal encargado de área, donde responde amablemente a la petición autorizándonos un día para elaboración de valoración de enfermería. Al finalizar con la valoración del paciente, los datos obtenidos pasan a ser revisados para un llenado correcto de instrumento.

2.3.3 Técnicas de recolección de datos:

Las técnicas usadas en este estudio fueron aplicadas como la entrevista a través de preguntas, donde se pueda recolectar datos importantes del paciente que sean necesarios para la investigación de este estudio.

2.3.4 Instrumento de recolección de datos:

El instrumento que aplicamos en este estudio fue el formato de valoración de los 11 patrones de Marjory Gordon donde se recolecto datos importantes de acuerdo a sus patrones alterados.

2.4. MÉTODOS DE ANÁLISIS

Finalizando la recolección de datos del paciente se trasladó y se utilizó NANDA, NIC, NOC según sus codificaciones definidas por los autores de cada libro, los cuales serán empleadas en las tablas, por lo cual serán interpretadas según nuestro criterio para un resultado ameno en beneficio del paciente.

2.5. ASPECTOS ÉTICOS

Por la seguridad e integridad y confianza del paciente se aplican los aspectos bioéticos: llenado del consentimiento informado donde se brinda información clara y precisa, donde se dará a conocer datos veraces que darán importancia a la problemática, sin alteración de ninguna información del paciente.

Principio de autonomía

En primer lugar, se brinda información al paciente sobre el instrumento de datos que utilizaremos, donde nos refiere también si está de acuerdo en ser partícipe de este estudio, al personal del área de se le brinda también información sobre el trabajo de investigación que realizare.

Principio de beneficencia

En segundo lugar, se brinda información clara y precisa al personal de salud de turno, la relevancia y logros que se aplicara en el presente estudio, al empleador los cuidados profesionales de enfermería, certificando una calidad de atención y confianza en el paciente.

Principio de no maleficencia

Por tanto, se aclara al paciente todas sus preguntas y dudas con respecto al estudio donde no lo perjudicara tanto su salud como integridad, igualmente con el personal del servicio de turno.

Principio de justicia

Para finalizar se trata al paciente con amabilidad, respeto y cordialidad, sin ninguna discriminación, respetando los derechos del paciente.

CAPITULO III: RESULTADOS

3.1 Intervenciones de enfermería

Tabla 1.

Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionado con sepsis evidenciado por piel caliente al tacto: enrojecida, temperatura 39°C.

Diagnostico Enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación de logro NOC
DOMINIO 11 Seguridad/ Protección Clase6: termorregulación Código 00007 Hipertermia relacionado con sepsis evidenciado por piel caliente al tacto: enrojecida, temperatura 39°C.	0802 Signos vitales INDICADORES: 080201 Temperatura corporal (2) 0800 termorregulación INDICADORES: 08007 Hipertermia (2) 08007	3900 Regulación de la temperatura ACTIVIDADES: 1. Definir la causa producida por el alza térmica del paciente. 2. Establecer un dispositivo para monitorización de la temperatura. 3. Supervisar la temperatura según las directrices de la temperatura corporal. 4. Seguimiento de los signos vitales y síntomas de la hipertermia. 5. Utilizar medios físicos como colchones de bolsa con circulación de agua, baños tibios, etc. 3920	3900 Regulación de la temperatura Fundamentos: 1. Por lo tanto, el alza térmica es un síntoma común que se asociado a una extensa variedad de enfermedades, para poder identificar la causa de un diagnóstico y tratamiento adecuado junto con la prevención de complicaciones. 2. La monitorización de la temperatura corporal en un paciente es fundamental en su evaluación, por lo tanto, el uso de un dispositivo para la medición debe ser continua y precisa donde nos permite un mejor estado fisiológico del paciente y pueda facilitar la toma de decisiones clínicas. 3. La supervisión de la temperatura corporal es muy importante en la atención médica, Esto quiere decir que Supervisar la temperatura	0802 Signos vitales INDICADORES: 080201 Temperatura corporal (4) 0800 termorregulación INDICADORES: 08007 Hipertermia (4) 08007 Cambios en color de la piel

Cambios en color de la piel (2)

según directrices tiene varias implicaciones (3) que son importantes para la seguridad, el tratamiento y el pronóstico del paciente.

4. Es fundamental en el paciente la monitorización de signos vitales dentro de la atención médica para prevenir complicaciones graves.
5. El uso de medios físicos en la hipertermia es una de las elecciones más efectivas para evitar alteraciones graves, principalmente cuando la intervención debe ser rápida y no siempre depender de fármacos.

3920

Manejo de la temperatura

ACTIVIDADES:

1. Vigilar los signos vitales.
2. Vestimenta holgada o quitar prendas.
3. Administración de agentes farmacológico.
4. Evitar actividades físicas y colocarse en un lugar fresco.
5. Aplicar agua fría según se tolere, evitando escalofríos.

Manejo de la temperatura

Fundamentos:

1. Es fundamental en el paciente la monitorización de signos vitales dentro de la atención médica para prevenir complicaciones graves, ya que la hipertermia puede tener alteraciones graves en la salud del paciente si no es manejado adecuadamente.
 2. La vestimenta cumple un papel importante en este proceso, ya que quitar prendas al igual que usar ropa holgada son medidas que nos facilita el flujo de aire sobre la piel y reducir la temperatura corporal de forma efectiva y rápida.
 3. El tratamiento de la hipertermia requiere en algunos casos ayuda de fármacos los cuales pueden ser utilizados para tratar las causas profundas de la hipertermia para
-

disminuir directamente la temperatura corporal.

4. La hipertermia es un estado en la que la temperatura corporal alcanza niveles altos en el organismo, por lo tanto, puede ser provocada por diversos factores, como exposición prolongada a altas temperaturas, infecciones, trastornos metabólicos o ejercicios intensos en un ambiente caluroso.
 5. El uso de medios físicos como agua fría entre otras técnicas es para manejo de la hipertermia es una de las elecciones más efectivas para evitar alteraciones graves, principalmente cuando la intervención debe ser rápida y no siempre depender de fármacos.
-

Fuente: Datos obtenidos de la valoración.

Figura 1: La evaluación de porcentaje de los resultados obtenidos del Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionado con sepsis evidenciado por piel caliente al tacto: enrojecida, temperatura 39°C.

Diagnóstico de enfermería	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Hipertermia relacionado con sepsis evidenciado por piel caliente al tacto: enrojecida, temperatura 39°C.	<p>0802</p> <p>Signos vitales</p> <p>INDICADORES:</p> <p>080201</p> <p>Temperatura corporal (2)</p>	<p>3900</p> <p>Regulación de la temperatura</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> Definir la causa producida por el alza térmica del paciente. Establecer un dispositivo para monitorización de la temperatura. Supervisar la temperatura según las directrices de la temperatura corporal. Seguimiento de los signos vitales y síntomas de la hipertermia. Utilizar medios físicos como colchones de bolsa con circulación de agua, baños 	75%		25%

tibios, etc.

0800 termorregulación

INDICADORES:

08007

Hipertermia (2)

08007

Cambios en color de la piel (2)

3920
Manejo de la temperatura

ACTIVIDADES:

1. Vigilar los signos vitales.
2. Vestimenta holgada o quitar prendas.
3. Administración de agentes farmacológico.
4. Evitar actividades físicas y colocarse en un lugar fresco.
5. Aplicar agua fría según se tolere, evitando escalofríos.

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al paciente.

Respecto a la figura 1: Analizando las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente el 80 % y dieron un eficaz resultado del mejoramiento del paciente. Mientras que el 20 % están en proceso debido a la enfermedad y otros factores como no aplicar medios físicos debido a decisión de respuesta negativa del paciente.

Tabla 2.

Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor: EVA 8/10.

Diagnostico Enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación de logro NOC
DOMINIO 12 Confort Clase1: confort Físico Código: 00132 Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escala estandarizadas de dolor: EVA 8/10.	1605 Control del dolor INDICADORES: 160502 Reconoce el comienzo del dolor (2) 160505 Utiliza el analgésico recomendado (2) 2102 Nivel del dolor INDICADORES: 210201 Intensidad del dolor referido (2)	2210 Administración de analgésicos ACTIVIDADES: 1. Establecer un enfoque holístico para el control del dolor. 2. Supervisar el dolor del paciente con alteraciones de comunicación. 3. Observar la aparición, localización, duración y características, intensidad, con medidas de alivio. 4. Estipular el nivel actual de comodidad 5. Seleccionar el analgésico correcto según el tipo y intensidad del dolor.	2210 Administración de analgésicos Fundamentos: 1. Es fundamental para el paciente aborda no solo la extensión física del dolor, sino ver también los aspectos emocionales, psicológicos y sociales. Con la finalidad de reducir los efectos contrarios de los tratamientos convencionales. 2. La supervisión del dolor de un paciente permite detectar señales no verbales, como cambios en el comportamiento, el ritmo cardíaco, la expresión facial o la respuesta a estímulos, y tomar medidas preventivas para optimizar su bienestar. 3. Identificar el dolor es monitorizar la evolución de la	1605 Control del dolor INDICADORES: 160502 Reconoce el comienzo del dolor (4) 160505 Utiliza el analgésico recomendado (3) 2102 Nivel del dolor

afección, minimizar el sufrimiento del dolor y prevenir complicaciones asociadas con un dolor mal controlado

INDICADORES:

210201

Intensidad del dolor referido (4)

4. Identificar el dolor del paciente a nivel actual de comodidad es una pieza esencial para evaluar y gestionar el bienestar de manera dinámica e individualizada. Facilitando el tratamiento adecuado

5. Identificar el analgésico correcto según el tipo y la intensidad del dolor es fundamental para garantizar un tratamiento eficaz, seguro. Esto no solo mejora el alivio del dolor, sino que también minimiza los riesgos de efectos secundarios.

1410

Manejo del dolor: agudo

ACTIVIDADES:

1. Evaluación del dolor que incluya localización aparición, duración frecuencia de intensidad.
2. Determinar la intensidad del dolor.
3. Controlar el dolor utilizando una herramienta de medición de

1410

Manejo del dolor: agudo

Fundamentos:

1. Es importante para determinar adecuadamente el origen del dolor, individualizar el tratamiento, y ajustar las intervenciones terapéuticas de manera segura, optimizando alivio del dolor.
 2. Identificar la intensidad del dolor
-

acuerdo a edad y capacidad de comunicarse.

4. Cuestionar al paciente sobre el nivel de dolor donde nos permita una comodidad y apropiada atención.
5. Verificar que el paciente reciba administración analgésica inmediata ante el dolor.

en el paciente es importante para facilitar un tratamiento adecuado que garantice un alivio eficaz y seguro. Esta evaluación facilita también la elección del medicamento más apropiado.

3. Realizar una evaluación al paciente con estas herramientas como escala de EVA permiten personalizar el tratamiento del dolor de acuerdo con las características individuales, donde se controle el dolor de manera segura, independientemente de la capacidad verbal o cognitiva del paciente, disminuyendo el dolor y optimizando los resultados terapéuticos.
 4. Cuestionar al paciente sobre su nivel de dolor mejora y ayuda al manejo del dolor, se fortalece la relación terapéutica, y se previene el sufrimiento innecesario. Esto permite una atención personalizada, proactiva y empática.
 5. Asegurarse que el paciente reciba administración analgésica inmediata ante el dolor es esencial para reducir el sufrimiento, prevenir la
-

cronificación del dolor, optimizar la recuperación y garantizar el bienestar emocional del paciente previniendo complicaciones secundarias.

Fuente: Datos obtenidos de la valoración.

Figura 2: La evaluación de porcentaje de los resultados obtenidos del Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor: EVA 8/10.

Diagnóstico de enfermería	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor: EVA 8/10.	1605 Control del dolor INDICADORES: 160502 Reconoce el comienzo del dolor (2) 160505 Utiliza el analgésico recomendado (2)	2210 Administración de analgésicos ACTIVIDADES: 1. Establecer un enfoque holístico para el control del dolor. 2. Supervisar el dolor del paciente con alteraciones de comunicación. 3. Observar la aparición, localización, duración y características, intensidad, con medidas de alivio. 4. Estipular el nivel actual de comodidad. 5. Seleccionar el analgésico correcto según el tipo e intensidad del dolor.	80%		20%
	2102 Nivel del dolor	1410 Manejo del dolor: agudo			

INDICADORES:

210201

Intensidad del dolor referido (2)

ACTIVIDADES:

1. Evaluación del dolor que incluya localización aparición, duración frecuencia de intensidad.
2. Determinar la intensidad del dolor.
3. Controlar el dolor utilizando una herramienta de medición de acuerdo a edad y capacidad de comunicarse.
4. Cuestionar al paciente sobre el nivel de dolor donde nos permita una comodidad y apropiada atención.
5. Verificar que el paciente reciba administración analgésica inmediata ante el dolor.

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al paciente.

Respecto a la figura 2: Analizando las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente el 75 % y dieron un eficaz resultado del mejoramiento del paciente. Mientras que el 25 % están en proceso debido a la enfermedad y otros factores como analgésico correcto que no genere alguna alergia y ayude en la reducción del dolor.

Tabla 3.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad de la mucosa oral relacionado con infección evidenciado por edema oral: edematizados con signos de flogosis.

Diagnostico Enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación de logro NOC
DOMINIO 11 Seguridad protección Clase 2: Lesión física Código: 00045 Deterioro de la integridad de la mucosa oral relacionado con infección evidenciado por edema oral: edematizados con signos de flogosis.	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas INDICADORES: 110126 Celulitis (2) 110113 integridad de la piel (2) 110116 Lesiones de la mucosa (2) 110121 Eritema (3) 1100	3590 Vigilancia de la piel ACTIVIDADES: 1. Examinar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema en piel o mucosa. 2. Supervisar si hay infecciones en zonas edematizados. 3. Valorar el estado de la superficie de incisión. 4. Supervisar el calor y temperatura de la piel. 5. Supervisar si hay presencia de erupciones en la piel.	3590 Vigilancia de la piel Fundamentos: 1. Examinar enrojecimiento, calor extremo y edema en la piel o mucosas es crucial para identificar en el paciente alguna inflamación, infecciones, lesiones o reacciones alérgicas que podrían requerir tratamiento inmediato. 2. Supervisar las zonas edematizadas es un proceso principal para detectar y tratar infecciones de manera oportuna, prevenir complicaciones graves como la sepsis o la gangrena, y mejorar la recuperación del paciente. Dado que el edema puede favorecer la proliferación bacteriana y dificultar la respuesta inmune local, con vigilancia constante de las áreas afectadas. 3. La valoración del estado de la	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas INDICADORES: 110126 celulitis (3) 110113 integridad de la piel (3) 110116 lesiones de la mucosa (3) 110121 eritema (3) 1100

Salud oral

INDICADORES:

110012

Integridad de la mucosa oral (2)

110022

Lesiones de la mucosa oral (2)

1710

Mantenimiento de la salud oral

ACTIVIDADES:

1. Brindar rutina de cuidados

superficie garantizar una cicatrización adecuada, donde podamos detectar complicaciones, prevenir infecciones y mejorar la recuperación del paciente.

4. La supervisión del calor y temperatura de la piel del paciente es fundamental para identificar y monitorear problemas de salud, que proporciona información sobre posibles infecciones, alteraciones circulatorias, problemas metabólicos, y otros trastornos, permitiendo una intervención temprana para prevenir complicaciones graves.
5. Supervisar presencia de erupciones en la piel es primordial para identificar complicaciones subyacentes, como infecciones, reacciones alérgicas, enfermedades autoinmunes, efectos secundarios de medicamentos o condiciones sistémicas.

1710

Mantenimiento de la salud oral

Fundamentos:

1. Brindar una rutina de cuidados orales al paciente es fundamental

Salud oral

INDICADORES:

110012

integridad de la mucosa oral (3)

110022

lesiones de la mucosa oral (4)

-
- | | |
|---|---|
| orales. | para mantener una salud bucal correcta y prevenir una serie de complicaciones, infecciones. |
| 2. Supervisar el color o alteraciones en la boca. | 2. Supervisar en el paciente el color y las alteraciones en la boca es esencial para detectar signos de infecciones, enfermedades, deshidratación, efectos secundarios de medicamentos y otras condiciones. |
| 3. Supervisar la boca cuando sea necesario. | 3. La vigilancia de la boca del paciente en situaciones de riesgo, con enfermedades crónicas, permite una intervención temprana y un tratamiento adecuado, mejorando la salud bucal y general. |
| 4. Observar si hay factores de riesgo. | 4. Observar en el paciente los factores de riesgo es esencial para la prevención, el diagnóstico temprano, y el manejo adecuado de diversas enfermedades, la cual permite llevar un tratamiento adecuado sin complicaciones graves. |
| 5. Realizar higiene oral diario. | 5. Realizar una higiene oral diaria en para mantener una salud bucal adecuada, ayudando a eliminar placa bacteriana, caries, infecciones periodontales. |

Fuente: Datos obtenidos de la valoración.

Figura 3: La evaluación de porcentaje de los resultados obtenidos del Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad de la mucosa oral relacionado con infección evidenciado por edema oral: edematizados con signos de flogosis.

Diagnóstico de enfermería	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Deterioro de la integridad de la mucosa oral relacionado con infección evidenciado por edema oral: edematizados con signos de flogosis.	<p>1101</p> <p>Integridad tisular:</p> <p>piel y membranas mucosas</p> <p>INDICADORES:</p> <p>110126 Celulitis (2)</p> <p>110113 Integridad de la piel (2)</p> <p>110116 Lesiones de la mucosa (2)</p> <p>110121 Eritema (2)</p>	<p>3590</p> <p>Vigilancia de la piel</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Examinar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema en piel o mucosa. 2. Supervisar si hay infecciones en zonas edematizados. 3. Valorar el estado de la superficie de incisión. 4. Supervisar el calor y temperatura de la piel. 5. Supervisar si hay presencia de erupciones en la piel. 	70%		30%

1710

1100

Mantenimiento de la salud oral

Salud oral

ACTIVIDADES:

INDICADORES:

1. Brindar rutina de cuidados orales.
2. Supervisar el color o alteraciones en la boca.
3. Supervisar la boca cuando sea necesario.
4. Observar si hay factores de riesgo.
5. Realizar higiene oral diario.

110012

Integridad de la mucosa oral (2)

110022

Lesiones de la mucosa oral (2)

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al paciente.

Respecto a la figura 3: Analizando las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente el 70 % y dieron eficaces resultados del mejoramiento del paciente. Mientras que el 30 % están en proceso debido a secuelas de la enfermedad producidas por proceso infección.

Tabla 4.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección factor de riesgo procedimientos invasivos.

Diagnostico Enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación de logro NOC
DOMINIO 11 Seguridad/ Protección Clase1: Infección Código: 0004 Riesgo de infección factor de riesgo procedimientos invasivos.	1924 Control del riesgo: proceso infeccioso INDICADORES: 192405 Identificar los signos y síntomas de la infección (2) 192415 Practica la desinfección de manos (3) 192416 Practica estratégica del control de infección (2) 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosa	6540 Control de infección ACTIVIDADES: 1. Lavado de manos después de cada actividad. 2. Mantener protocolos básicos de la técnica para administración de medicamentos. 3. Tener un entorno aséptico y manipulación aséptica de todas las vías intravenosas. 4. Renovar las vías intravenosas periféricas, centrales y apósitos. 5. Enseñar a la persona y familiares cercanos sobre los signos y síntomas de una infección.	6540 Control de infección Fundamento: 1. El lavado de manos después de cada procedimiento e intervención es fundamental para la prevención de infecciones, medida sencilla que ayuda a reducir la transmisión de microorganismos patógenos, previene enfermedades infecciosas. 2. Seguir un protocolo básico de técnica para la administración de medicamentos es esencial para garantizar la seguridad del paciente de manera eficiente y segura, prevenir errores y complicaciones, cumpliendo con normativas de salud. 3. Mantener un entorno aséptico en el paciente al realizar un procedimiento de las vías	1924 Control del riesgo: proceso infeccioso INDICADORES: 192405 identificar los signos y síntomas de la infección (4) 192415 Practica la desinfección de manos (4) 192416 Practica estratégica del control de infección (3)

INDICADORES:

110101 temperatura de la piel. (2)

110113 integridad de la piel (2)

110121 eritema (2)

110115 lesiones cutáneas (2)

3590

Vigilancia de la piel

ACTIVIDADES:

1. Supervisar si hay presencia de

intravenosas es fundamental para prevenir infecciones, garantizar la seguridad del paciente, ya que una asepsia adecuada minimiza el riesgo de infecciones.

4. El cambio de las vías intravenosas periféricas, centrales y los apósitos es crucial para garantizar la seguridad del paciente, prevenir infecciones, obstrucciones y complicaciones trombóticas, y optimizar la administración de medicamentos intravenosos adecuado sin alteración ni filtración.
5. Concientizar a la persona y a sus familiares sobre los signos y síntomas de una infección es una estrategia fundamental para la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de infecciones, educamos y hacemos que paciente participe de su propio cuidado.

3590

Vigilancia de la piel

Fundamentos:

1. Examinar enrojecimiento, calor extremo y edema en la piel o mucosas es crucial para identificar

1101

Integridad tisular: piel y membranas mucosa

INDICADORES:

110101 temperatura de la piel. (4)

110113

Integridad de la piel (3)

110121

Eritema (3)

110115

Lesiones cutáneas (3)

-
- | | |
|--|---|
| <p>infección en zonas edematosas</p> <ol style="list-style-type: none">2. Visualizar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en piel.3. Verificar el estado de la zona de incisión.4. Supervisar si hay presencia de erupciones y abrasiones en la piel.5. Aplicar herramienta de valuación para identificar a pacientes con algún riesgo o pérdida de la integridad de la piel. | <p>en el paciente alguna inflamación, infecciones, lesiones o reacciones alérgicas que podrían requerir tratamiento inmediato.</p> <ol style="list-style-type: none">2. Supervisar las zonas edematizadas es un proceso principal para detectar y tratar infecciones de manera oportuna, prevenir complicaciones graves como la sepsis o la gangrena, y mejorar la recuperación del paciente. Dado que el edema puede favorecer la proliferación bacteriana y dificultar la respuesta inmune local, con vigilancia constante de las áreas afectadas.3. La valoración del estado de la superficie garantizar una cicatrización adecuada, donde podamos detectar complicaciones, prevenir infecciones y mejorar la recuperación del paciente.4. La supervisión del calor y temperatura de la piel del paciente es fundamental para identificar y monitorear problemas de salud, que proporciona información sobre posibles infecciones, alteraciones circulatorias, problemas metabólicos, y otros trastornos, permitiendo una intervención temprana para prevenir complicaciones graves. |
|--|---|
-

-
5. Supervisar presencia de erupciones en la piel es primordial para identificar complicaciones subyacentes, como infecciones, reacciones alérgicas, enfermedades autoinmunes, efectos secundarios de medicamento.
-

Fuente: Datos obtenidos de la valoración.

Figura 4: La evaluación de porcentaje de los resultados obtenidos del Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección factor de riesgo procedimientos invasivos.

Diagnóstico de enfermería	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Riesgo de infección factor de riesgo procedimientos invasivos.	<p>1924</p> <p>Control del riesgo: proceso infeccioso</p> <p>INDICADORES:</p> <p>192405</p> <p>Identificar los signos y síntomas de la infección (2)</p> <p>192415</p> <p>Practica la desinfección de manos (3)</p> <p>192416</p> <p>Practica estratégica del control de infección (2)</p>	<p>6540</p> <p>Control de infección</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos después de cada actividad. 2. Mantener protocolos básicos de la técnica para administración de medicamentos. 3. Tener un entorno aséptico y manipulación aséptica de todas las vías intravenosas. 4. Renovar las vías intravenosas periféricas, centrales y apósitos. 5. Enseñar a la persona y familiares cercanos sobre los signos y síntomas de una infección. 	80%		20%

1101

**Integridad tisular: piel y
membranas mucosa**

INDICADORES:

110101

Temperatura de la piel. (2)

110113

Integridad de la piel (2)

110121

Eritema (2)

110115

Lesiones cutáneas (2)

3590

Vigilancia de la piel

ACTIVIDADES:

1. Supervisar si hay presencia de infección en zonas edematosas.
2. Visualizar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en piel.
3. Verificar el estado de la zona de incisión.
4. Supervisar si hay presencia de erupciones y abrasiones en la piel.
5. Aplicar herramienta de valuación para identificar a pacientes con algún riesgo o pérdida de la integridad de la piel.

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al paciente

Respecto a la figura 4: Analizando las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente el 80 % y dieron un eficaz resultado del mejoramiento del paciente. Mientras que el 20 % están en proceso debido a la manipulación de miembros inferiores al realizar alguna actividad causando filtración de vía periférica provocando una flogosis.

Tabla 5.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo personas que experimentan alteración de la imagen corporal.

Diagnostico Enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación de logro NOC
DOMINIO 6	2506	5400	5400	2506
Autopercepción Clase2: Autoestima Código: 00120 Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo personas que experimentan alteración de la imagen corporal.	Estado de salud emocional del cuidado INDICADORES: 250617 Afrontamiento (2) 250603 Autoestima (2) 250608 Frustración (2) 1402 Autocontrol de la ansiedad INDICADORES: 140219	Mejora de la autoestima ACTIVIDADES: 1. Establecer la confianza del paciente con su propio juicio. 2. Iniciar al paciente a identificar sus puntos fuertes. 3. Manifestar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. 4. Evitar realizar críticas negativas. 5. Apoyar instaurar objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.	Mejora de la autoestima Fundamentos: 1. Establecer la confianza del paciente es esencial para empoderarlo, reducir la ansiedad, y promover una comunicación efectiva y una relación terapéutica sólida entre paciente y profesional de salud, origina la autonomía del paciente y su bienestar emocional. 2. Enseñar al paciente a identificar sus puntos fuertes es fundamental para mejorar su autoestima, confianza y bienestar emocional, Al ayudar al paciente a enfocarse en sus fortalezas, originando autonomía, se reduce la autocrítica y se fortalece su salud mental. 3. Mostrar confianza en el paciente para controlar una situación tiene	Estado de salud emocional del cuidado INDICADORES: 250617 Afrontamiento (4) 250603 Autoestima (3) 250608 Frustración (3) 1402 Autocontrol de la ansiedad INDICADORES: 140219

Identificar los factores desencadenantes de la ansiedad. (2)

140207

Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad (2)

un impacto recóndito en su bienestar general, ya que promueve la autonomía, la autoestima y la motivación, favorece también en toma de decisiones informadas, y aumenta la resiliencia del paciente frente a los desafíos.

Identificar los factores desencadenantes de la ansiedad. (4)

140207

Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad. (4)

4. Impedir las críticas negativas es fundamental para el paciente para promover un ambiente de confianza, respeto y apoyo emocional.

5. Apoyar al paciente a realizar objetivos realistas es esencial para el fortalecimiento de la autoestima, reducir la frustración, aumentar la motivación, promover una mentalidad de crecimiento y optimizar el bienestar emocional.

5270

Apoyo emocional

ACTIVIDADES:

1. Oír las preocupaciones, pensamientos y creencias.
2. Ayudar a una conversación o el llanto como intermediario para expresar y liberar respuesta emocional.
3. Analizar que desencadene las emociones.

5270

Apoyo emocional

Fundamentos:

1. La escucha activa ante el paciente fomenta confianza, mejora la relación terapéutica, permite un diagnóstico más preciso, respeta las creencias y valores del paciente, y apoya una toma de decisiones del paciente, contribuye a reducir la ansiedad.
 2. El llanto como intermediario para
-

-
4. Efectuar afirmaciones empáticas o de apoyo emocional.
 5. analizar medidas para afrontar la situación.

- expresar y liberar respuestas emocionales es un mecanismo fundamental en el cuidado del paciente, ya que accede la liberación de tensiones emocionales, reduce el estrés, y promueve una salud emocional óptima.
3. Es fundamental el cuidado integral del paciente, permite comprender las causas subyacentes de las objeciones emocionales, mejorar el manejo emocional, identifica y ajustar las intervenciones terapéuticas. basado en la confianza y la comprensión mutua.
 4. Efectuar apoyo emocional es esencial para proporcionar un cuidado integral que atienda las necesidades físicas del paciente, ayudando a reducir la ansiedad, el estrés, aumentando la autoestima y autoconfianza.
 5. Analizar medidas para facilitar una atención integral y efectiva al paciente, ayudando al paciente a enfrentar de manera efectiva los desafíos emocionales, físicos o psicológicos.

Fuente: Datos obtenidos de la valoración.

figura 5: La evaluación de porcentaje de los resultados obtenidos del Diagnóstico de enfermería: Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo personas que experimentan alteración de la imagen corporal.

Diagnóstico de enfermería	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo personas que experimentan alteración de la imagen corporal.	<p>2506</p> <p>Estado de salud emocional del cuidado</p> <p>INDICADORES:</p> <p>250617</p> <p>Afrontamiento (2)</p> <p>250603</p> <p>Autoestima (2)</p> <p>250608</p> <p>Frustración (2)</p>	<p>5400</p> <p>Mejora de la autoestima</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer la confianza del paciente con su propio juicio. 2. Iniciativa al paciente a identificar sus puntos fuertes. 3. Manifestar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. 4. Evitar realizar críticas negativas. 5. Apoyar instaurar objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. 	75%		25%

5270

1402

Autocontrol de la ansiedad

INDICADORES:

140219

Identificar los factores desencadenantes de la ansiedad. (2)

140207

Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad (2)

Apoyo emocional

ACTIVIDADES:

1. Oír atentamente las preocupaciones, pensamientos y creencias.
2. Ayudar a una conversación o el llanto como intermediario para expresar y liberar respuesta emocional.
3. Analizar que desencadeno las emociones.
4. Efectuar afirmaciones empáticas o de apoyo emocional.
5. Analizar medidas para afrontar la situación.

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al paciente.

Respecto a la figura 5: Analizando las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente el 75 % y dieron un eficaz resultado del mejoramiento del paciente. Mientras que el 25 % están en proceso debido a la enfermedad e inseguridades que presenta el paciente por secuelas que dejaron en rostro.

CAPITULO IV: DISCUSION

4.1 Discusión

Por lo tanto, en el primer diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionado con sepsis evidenciado por piel caliente al tacto: enrojecida, temperatura 39°C. Respecto a la figura 1, se puede analizar que las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente el 80 % y dieron un eficaz resultado del mejoramiento del paciente. Mientras que el 20 % están en proceso debido a la enfermedad y otros factores como no aplicar medios físicos debido a decisión de respuesta negativa del paciente. Según el NANDA explica como definición hipertermia es la temperatura corporal por encima del rango diurno normal debido a la insuficiencia de la termorregulación (15).

En cuanto al segundo diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor: EVA 8/10. Respecto a la figura 2, se puede analizar que las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente el 75 % y dieron un eficaz resultado del mejoramiento del paciente. Mientras que el 25 % están en proceso debido a la enfermedad y otros factores como analgésico correcto que no genere alguna alergia y ayude en la reducción del dolor. Según el NANDA como define al dolor agudo es experiencia sensorial y emocional desagradablemente asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses (19).

Por lo tanto, el tercer diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad de la mucosa oral relacionado con infección evidenciado por edema oral: edematizados con signos de flogosis. Respecto a la figura 3: se puede analizar que las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente el 70 % y dieron eficaces resultados del mejoramiento del paciente. Mientras que el 30 % están en proceso debido a secuelas de la enfermedad producidas por

proceso infección. Según el NANDA como define deterioro de la integridad de la mucosa oral es Lesión en los labios, tejidos blandos, cavidad oral u orofaringe (23).

En cuanto al cuarto diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección factor de riesgo procedimientos invasivos. Respecto a la figura 4: se puede analizar que las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente el 80 % y dieron un eficaz resultado del mejoramiento del paciente. Mientras que el 20 % están en proceso debido a la manipulación de miembros inferiores al realizar alguna actividad causando filtración de vía periférica provocando una flogosis. Según el NANDA como define a riesgo de infección es Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud (27).

Por lo tanto, en el quinto diagnóstico de enfermería: Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo personas que experimentan alteración de la imagen corporal. Respecto a la figura 5: se puede analizar que las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente el 75 % y dieron un eficaz resultado del mejoramiento del paciente. Mientras que el 25 % están en proceso debido a la enfermedad e inseguridades que presenta el paciente por secuelas que dejen en rostro. Según el NANDA como define a riesgo de baja autoestima situacional es Cambio de percepción positiva a negativa de autoestima, autorrespeto, competencia y actitud hacia uno mismo en respuesta a una situación actual (31)

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- De acuerdo al diagnóstico de enfermería Hipertermia relacionado con sepsis evidenciado por piel caliente al tacto: enrojecida, temperatura 39°C, se puede analizar que las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente el 80 % y dieron un eficaz resultado del mejoramiento del paciente. Mientras que el 20 % están en proceso debido a la enfermedad y otros factores como no aplicar medios físicos debido a decisión de respuesta negativa del paciente.
- De acuerdo al diagnóstico de enfermería Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor: EVA 8/10, se puede analizar que las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente el 75 % y dieron un eficaz resultado del mejoramiento del paciente. Mientras que el 25 % están en proceso debido a la enfermedad y otros factores como analgésico correcto que no genere alguna alergia y ayude en la reducción del dolor.
- De acuerdo al diagnóstico de enfermería Deterioro de la integridad de la mucosa oral relacionado con infección evidenciado por edema oral: edematizados con signos de flogosis, se puede analizar que las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente el 70 % y dieron eficaces resultados del mejoramiento del paciente. Mientras que el 30 % están en proceso debido a secuelas de la enfermedad producidas por proceso infección.
- De acuerdo al diagnóstico de enfermería Riesgo de infección factor de riesgo procedimientos invasivos, se puede analizar que las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente el 80 % y dieron un eficaz resultado del mejoramiento del paciente. Mientras que el 20 % están en proceso debido a la manipulación de miembros inferiores al realizar alguna

actividad causando filtración de vía periférica provocando una flogosis.

- De acuerdo al diagnóstico de enfermería Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo personas que experimentan alteración de la imagen corporal, se puede analizar que las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente el 75 % y dieron un eficaz resultado del mejoramiento del paciente. Mientras que el 25 % están en proceso debido a la enfermedad e inseguridades que presenta el paciente por secuelas que dejaron en rostro.

5.2 Recomendaciones

- Por lo tanto, una de las recomendaciones que se le brinda al paciente es el poder identificar parámetros de temperatura dentro de lo normal donde no solo ayuda a mantener la temperatura corporal con fármacos si no también mediante medios físicos.
- Por lo cual unas de las recomendaciones que se brinda al personal de salud y pacientes es el poder identificar la intensidad del dolor a inicios de presencia de dolor y no esperar a que presente un dolor intenso a palpación.
- Por lo tanto, unas de las recomendaciones que se le brinda al paciente es el poder identificar los signos de presencia de alguna alteración en la piel de tal forma poder impedir alguna alteración cutánea.
- Por lo cual una de las recomendaciones que se le brinda al personal de salud es poder identificar a tiempo signos de infección cutánea acompañado de una correcta asepsia luego de cada procedimiento y en cuanto a paciente brindar información de la importancia del lavado de manos al manipular algún procedimiento que sea aplicado en él.
- Por lo tanto, la última recomendación que se brinda al personal de salud y paciente, es el escucha activa y la equidad que se maneja dentro de una atención tanto para el que lo recibe como para el que lo brinda.

REFERENCIA BIBLIOGRAFIA ANEXOS

1. Batista T, Martínez M, Rojas R, Tamayo J, Méndez Y. Celulitis facial odontógena en pacientes del Hospital Lenin e Holguín. CCM [internet]. 2017 [citado 11 de octubre de 2024]; 21(2): 501-10. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v21n2/ccm15217.pdf>
2. Costales L, Zafra M, Alfaro C, Galán P, Ballesteros M, Zafra V. Acta Pediatr Esp [internet]. 2015 [citado 11 de octubre de 2024]; 73(7): e158-e164. Disponible en: <https://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/originales/download/1490f42c943daf507fdba5088d2730072aad>
3. Moreno J, Martínez A, Jiménez S. Celulitis facial en paciente anciano. A propósito de un caso. Semergen [internet]. 2010 [citado 11 de octubre de 2024]; 36(6): 358-61. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359310000869>
4. Marín I, Carrasco J. Infecciones de piel y partes blandas. Sociedad Española de Infectología Pediátrica [internet]. 2023 [citado 11 de octubre de 2024]; 2: 271-83. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_infecciones_piel.pdf
5. Cohén L, Suárez P, Villa S, Berdecio D, Gismondi M, Bustamante C, Choque A, Col P. Celulitis facial por Staphylococcus aureus con metástasis infecciosas y evolución tórpida. Caso pediátrico. Arch. argent. pediatr. [internet]. 2023 [citado 11 de octubre de 2024]; 121(5): 15. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752023000500015&lang=es
6. Boza Y, Mora C, Romero J, Sosa S, Payo M, Díaz A. Celulitis facial odontogénica. MediSur [internet]. 2012 [citado 11 de octubre de 2024]; 10(5): 380-5. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180024553008.pdf>
7. Eslava C, Castellanos S, Franco E, Sánchez V, Méndez I. Celulitis facial odontogénica severa infrecuente causada por Citrobacter freundii productora d

AmpC en un paciente con diabetes mellitus 2. Reporte de un caso. Revista Med [internet]. 2012 [citado 11 de octubre de 2024]; 20(1): 35-41. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v20n1/v20n1a04.pdf>

8. Soto L, Surichaqui J. Prevalencia de celulitis facial odontogénica en infantes que acuden al servicio de pediatría del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, 2018-2019 [tesis de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Peruana Los Andes; 2021 [citado 11 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/4178/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

9. Huamani K. Prevalencia de celulitis facial odontogénica de los pacientes pediátricos, durante el periodo 2013 – 2015 [tesis de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017 [citado 11 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/c171af81-0c97-4c03-b1c3-cd3bad841607/content>

10. Medina J. Celulitis facial odontogénica en pacientes hospitalizados en un hospital especializado en pediatría. Dermatol Peru [internet]. 2012 [citado 11 de octubre de 2024]; 23(2): 73-7. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/dermatologia/v23_n2/pdf/a02v23n2.pdf

11. Papadakis M, McPhee S, Rabow M. McQuaid K. Diagnóstico clínico y tratamiento 2023. Sexagésima segunda edición. España: Mc Graw Hill Education; 2023.

12. Bonnin T, Llorens C. Celulitis Guía práctica de actuación desde la farmacia comunitaria [internet]. España: Elsevier; 2011 [citado 28 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-11/Guia_practica-celulitis.pdf

13. Lima M. Indicencia de celulitis facial odontogénica en el territorio de Matanzas. Rev. Med. Electrón [internet]. 2009 [citado 12 de octubre de 2024]; 31(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000400003

14. Hernández C. El Modelo de Virginia Henderson en la Práctica Enfermera [tesis de Enfermería]. España: Universidad de Valladolid; 2016 [citado 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf>
15. T. Heathe, S. Kamitsuru, C. Takao NANDA [libro] Elsevier España. [citado 2021-2023].
16. National Institutes of Health. ¿Qué es la hipertermia? [internet]. [Citado 16 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://salud.nih.gov/preguntele-a-carla/que-es-la-hipertermia>
17. Tua Saúde. Hipertermia: qué es, síntomas, tipos y tratamiento [internet]. 2023 [citado 16 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.tuasaude.com/es/hipertermia/>
18. Middlesex Health. Hipertermia [internet]. 2023 [citado 16 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/definiciones/hipertermia>
19. T. Heathe, S. Kamitsuru, C. Takao NANDA [libro] Elsevier España. [citado 2021-2023].
20. Instituto Nacional del Cáncer. Dolor agudo [internet]. [citado 16 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/dolor-agudo>
21. Clínica Universidad de Navarra. Dolor agudo [internet]. 2023 [Citado 16 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/dolor-agudo>
22. Pérez T, Castañeda J. Fisiopatología del dolor agudo: alteraciones cardiovasculares, respiratorias y de otros sistemas y órganos [internet]. 2012 [citado 16 de diciembre de 2024]; 11(1): 19-26. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v11n1/ane04112.pdf>

23. T. Heathe, S. Kamitsuru, C. Takao NANDA [libro] Elsevier España. [citado 2021-2023].
24. Cofia Enfermera. Guía experta: Como realizar un diagnóstico de enfermería para el deterioro de la integridad de la mucosa oral [internet]. Disponible en: <https://cofiaenfermera.com/diagnostico-de-enfermeria-deterioro-de-la-integridad-de-la-mucosa-oral/>
25. Enfermería Mundial. Deterioro de la integridad de la membrana mucosa oral [internet]. Disponible en: https://enfermeriamundial.com/deterioro-de-la-integridad-de-la-membrana-mucosa-oral/#google_vignette
26. Diagnósticos Nanda. 00045 Deterioro de la mucosa oral [internet]. [Citado 16 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com/deterioro-de-la-mucosa-oral/>
27. T.Heathe, S. Kamisuru, C. Takao NANDA [libro] Elsevier España [citado 2021-2023].
28. Calabuig E, Salavert M. Riesgo infeccioso [internet]. 2008 [citado 16 de diciembre de 2024]; 99(54): 14-22. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-pdf-13125453>
29. Valle J. Justificación científica del diagnóstico de enfermería descrito por la NANDA “Riesgo de Infección” [internet]. España: Universidad de Valladolid; 2014 [citado 16 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/5107/TFG-H69.PDF?sequence=1>
30. Diagnósticos Nanda. 00004 Riesgo de infección [internet]. 2013 [citado 16 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com/riesgo-de-infeccion/>
31. T. Heathe, S. Kamitsuru, C. Takao NANDA [libro] Elsevier España. [citado 2021-2023].
32. Arostegui D, Muñoz L, Rojas M. Cuidado enfermero aplicado en adulto maduro con diagnóstico de depresión mayor [internet]. 2022 [citado 16 de

diciembre de 2024]; 2(2): 238-53. Disponible en:
<https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/download/1532/1771/6952>

33. Marín A, González R, Sainz A. Diagnósticos de enfermería relacionados con la EfyC (NANDA 2015-2017) [internet]. [Citado 16 de diciembre de 2024]. Disponible en:
<https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/23272/Diagnosticos%20de%20enfermeria%20relacionados%20con%20la%20Enfermeria%20Familiar%20y%20Comunitaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

34. Diagnósticos Nanda. 00153 Riesgo de baja autoestima situacional [internet]. [Citado 16 de diciembre de 2024]. Disponible en:
<https://www.diagnosticosnanda.com/riesgo-de-baja-autoestima-situacional/>

35. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ta edición. México: Mc Graw Hill Education; 2014.

36. Urra E, Núñez R, Retamal C, Jure L. Enfoques de estudio de casos en la investigación de Enfermería. Ciencia y Enfermería [revista en internet]. 2014; 20 (1): 131-42. [Acceso 11 de abril de 2021]. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n1/art_12.pdf

ANEXOS

ANEXO A. Formato valoración por Patrones Funcionales

UMA | Universidad María Auxiliadora
Calidad Académica con Compromiso Social

VALORACION DE ENFERMERÍA AL INGRESO

DATOS GENERALES

Nombre del paciente: S.P.N.A Fecha de Nacimiento: 11.02.91 Edad: 33a Dirección: Paxarapa 112 F. Lte 13
 Fecha de ingreso al servicio: 26.09.24 Hora: 09:45am Persona de referencia: no tiene Telf.: no tiene
 Procedencia: Admisión () Emergencia () Otro hospital () Otro ()
 Forma de llegada: Ambulatorio (x) Silla de ruedas () Camilla () Otro ()
 Peso: 80 kg Estatura: 1.80 PA: 127/75 FC: 74 FR: 22 T: 37
 Fuente de información: Paciente (x) Familiar () Otro ()

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRURGICAS:
 HTA () DM () Gastritis/Úlcera () Asma () TBC () Otros: NUNCA Cirugías Si () No (x)
 Especifique: Fecha: Alergias y otras reacciones: Fármacos () Alimentos ()
 Signos y síntomas: Otros: Dx. Médico:

VALORACION DE ENFERMERIA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES

PATRON 1: PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD

¿Qué sabe Ud. Sobre su enfermedad? No se nada
 ¿Qué necesita saber sobre su enfermedad? qué en casa
 Estado de enfermedad: Controlada: Si (x) No ()
 Herida Quirúrgica: cuadros
 Estilos de vida/Hábitos
 USO DE TABACO: SI () NO (x) USO DE ALCOHOL: SI () NO (x)
 Cant./Frec.: Cant./Frec.:
 Comentarios:
 Consumo de medicamentos con o sin indicación:
 ¿Qué toma actualmente? ibuprofeno Dosis/Frec. 1 Ultima dosis 26.09.24
 Motivo de incumplimiento de indicaciones médicas en la familia y comunidad: molestia general
 Estado de higiene: Corporal: limpio
 Hogar: Comunidad:
 Estilo de alimentación:
 Termorregulación: Inefectiva (x) Motivo: infección
 Hipertermia (x) Hipotermia () Temperatura: 39°C
 Vías aéreas permeables Si (x) No () Secreciones () Otros ()
 Alergias: Látex () Otros ()
 Test del Appgar: al minuto: a los 5 minutos:

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cómo percibe el paciente su estado de salud? ¿Se considera "sano", "enfermo"?
- ¿Faltó frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudio por alteraciones en su salud (catarras frecuentes, molestias inespecíficas, etc.) en los últimos tiempos?
- ¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud: fuma, bebe alcohol en exceso, consume drogas?
- ¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo: se vacuna, realiza autoexploraciones mamarias, etc.?
- ¿Ha sufrido accidentes, tanto caseros, laborales o de tráfico?
- ¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?
- ¿Es alérgico a alguna sustancia?
- ¿Ha tenido ingresos hospitalarios?
- ¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos?
- ¿Ha estado o está expuesto a prácticas potencialmente infectivas?
- ¿Cómo es su temperatura y termorregulación habitual?

PATRON 2: NUTRICIONAL - METABOLICO
 Cambios de peso durante los últimos 6 meses: Si () No (x)
 Apetito: Normal (x) Anorexia () Bulimia ()

Dific. Para deglutir: No () Si (x) Motivo: edema aula
 Náuseas () Pirosis () Vómitos () Cant.:
 SNG: No (x) Si () Especificar:
 Abdomen: Normal (x) Distendido () Doloroso ()
 Ruidos hidroaéreos: Aumentado (x) Disminuido () Ausente ()
 Drenaje: No (x) Si () Especificar:
 Hidratación piel: Seca () Turgente (x) Otro:
 Estado de piel y mucosas: edematizado con pirosis
 Edema: No () Si (x) Tipo y localización: facial todo derecho
 Comentarios adicionales:
 Aliment. Niño: Lactancia No () Motivo:
 Lactancia Si () Frecuencia: Exclusiva () Otro:
 Dentiición:
 Diagnósticos nutricionales: Normal (x)
 Desnutrición global: Leve () Moderada () Severa ()
 Desnutrición Crónica: Leve () Moderada () Severa ()
 Riesgos Nutricionales: Obesidad ()
DIAGNOSTICOS DE DESARROLLO: Normal (x)
 Riesgo () Retraso () en:
 Motricidad: Gruesa () Fina ()
 Lenguaje () Coordinación () Social ()
 Comentarios Adicionales:
FACTORES DE RIESGO: Nutricional () Ceguera () Pobreza ()
 Lesión cerebral () Enfermedad mental ()
ADULTO: NUTRICIÓN: IMC:
 Normal () Delgadez () Obesidad ()
DESARROLLO:
 Signos de incapacidad para mantener su desarrollo
 Anorexia () Fatiga () Deshidratación () Enfermedad ()
 Dificultad para razonar ()
 Otros ()

¿Qué come frecuentemente su niño? Comentarios Adicionales:

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diaria? Variedad y cantidad. Número de ingestas/día y distribución.
- ¿Necesita suplementos nutricionales por su enfermedad?
- ¿Cuál es la ingesta típica de líquidos diaria?
- ¿Cómo es el apetito: disminuido, aumentado?
- ¿Tiene problemas con la masticación, deglución o digestión de alimentos? ¿Tiene prótesis dentarias? ¿Hay vómitos, náuseas o regurgitaciones?
- ¿Hay pérdida o ganancia de peso? ¿Hay variaciones en la estatura (en niños)?
- ¿Cuál es el estado de la piel y mucosas? ¿Qué características de elasticidad, hidratación y color tienen? ¿Existen lesiones en ellas? Si las hubiera ¿cuáles son las características de las mismas? ¿Qué temperatura corporal tiene?
- Portador de algún dispositivo de ayuda sondas, estomas, etc

PATRON 3: ELIMINACIÓN
 Hábitos intestinales: Número de deposiciones/día: 2

Estreñimiento () Diarrea () Incontinencia () Ostomía ()
 Comentarios Adicionales: *deposición normal*
 Hábitos Vesicales: Frecuencia: *4* Disuria ()
 Retención () Incontinencia () Otros.....
 Edema: No () Si () Tipo y localización.....
 Sistemas de ayuda: Si () No (X) Pañal ()
 Sonda () Fecha coloc..... Colector () Fecha coloc.....
 Hábitos alimentarios: *dentro de lo normal*
 Consumo de líquidos.....
 Ruidos Respiratorios: Claros (X) Sibilancias () Estertores ()
 Secreciones traqueobronquiales () Disnea () Cianosis ()
 Palidez () Otro.....
 Comentarios Adicionales.....

Escala de Norton:

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Deambula	total	ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

Puntuación	5 a 9	10 a 12	13 a 14	mayor 14
Riesgo	Muy alto	Alto	Medio	No riesgo

Clasificación de Úlceras Vasculares – Wagner

GRADO	LESION	CARACTERÍSTICAS
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes dedos en garra, deformidad ósea
I	Úlceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel
II	Úlceras profundas	Penetra la piel hasta la grasa y ligamentos, pero sin afectar hueso, infectada
III	Úlceras profunda más absceso	Extensa y profunda, secreción, mal olor
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie o de los dedos talón o planta
V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos

Clase 0 : Sin signos visibles o palpables de insuficiencia venosa
 Clase 1 : Telangiectasias, venas reticulares, corona maleolar
 Clase 2 : Venas Varicosas
 Clase 3 : Edema sin cambios cutáneos
 Clase 4 : Cambios cutáneos debido a la insuficiencia venosa (eczema venioso, lipo-dermato –esclerosis)
 Clase 5 : Cambios cutáneos, con ulcera cicatrizada
 Clase 6 : Ulcera activa

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cómo son las deposiciones del paciente en lo relativo a las características organolépticas y a su frecuencia?
- ¿Existen molestias? ¿Utiliza medidas auxiliares para su producción? ¿Hay problemas con su control?
- ¿Cuál es la frecuencia de la eliminación urinaria? ¿Hay dificultades para su emisión? ¿Hay incontinencia?
- ¿Cómo es la sudoración: excesiva, con fuerte olor?
- ¿Es el paciente portador de ostomía, drenaje o sonda?

PATRON 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Índice de Katz (Actividades de la vida diaria)

ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA DEPENDENCIA
Bañarse	INDEPENDIENTE : Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo DEPENDIENTE : incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera
Vestirse	INDEPENDIENTE : Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos

	DEPENDIENTE : No se viste solo
Usar Retrete	INDEPENDIENTE : No precisa ningún tipo de ayuda entrar o salir de la baño. Usa el baño DEPENDIENTE : incluye usar el orinal o la chata
Movilidad	INDEPENDIENTE : No requiere la ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE : Requiere de ayuda
Continencia	INDEPENDIENTE : Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE : incluye control total o parcial mediante enemas o sondas o el empleo horario del urinario o chata o cuña
Alimentación	INDEPENDIENTE : Lleva la comida del plato, o equivalente a la boca sin ayuda DEPENDIENTE : Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda
Clasificación	
A. Independientemente en todas las actividades	
B. Independientemente en todas las actividades, salvo en una.	
C. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional	
D. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional	
E. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete y otra función adicional	
F. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete, movilidad y otra función adicional	
G. Dependiente en la seis funciones	

Aparatos de ayuda: Ninguno (X) Muletas () Andador ()
 S. de Ruedas () Bastón () otros ()

Movilidad de miembros:

Contracturas () Flacidez () Parálisis ()

Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida ()

Fatiga Si (X) No () Otros motivos de déficit de autocuidado

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso (X) Irregular (X)

Pulso periférico : Pedio () () () () () ()

Popliteo () () () () () ()

0 = AUSENCIA

+1 = DISMINUCION NOTABLE

+2 = DISMINUCION MODERADA

+3 = DISMINUCION LEVE

+4 = PULSACION NORMAL

Edema Si () No () Localización.....

+ (0 - 0.65cm.) ++ (0.65 - 1.25cm.) +++(1.25 - 2.50cm)

Riesgo periférico:

Extremidades Superiores: Normal (X) Cianosis () Fria ()

Extremidades Inferiores: Normal (X) Cianosis () Fria ()

Presencia de líneas Invasivas

ACTIVIDAD RESPIRATORIA: Respiración: Regular () Irregular ()

Disnea () Cianosis () Fatiga (X) Otro ()

Gasometría..... Comentarios Adicionales: *por momentos*

Traqueostomía No (X) Si ()

Ayuda endotraqueal / Ventilador Mecánico: *NO* SatO₂: *94%*

Escala de Disnea (Medical Research Council) MRC Modificada

0. Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.
1. Disnea al andar de prisa en llano, o al andar subiendo una pendiente
2. La Disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
3. La Disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 90 metros o después de pocos minutos de andar en llano.
4. La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

Perfusión tisular: Renal Hematuria () Oliguria () Anuria ()
 BUN:..... Creatinina:..... P.T. Cerebral:.....
 Habla..... Pupilas..... Parálisis ()
 P. T. Gastrointestinales..... Sonidos () Hipo ()
 Náuseas () PT. Cardiopulmonar.....
 PT Periférica: Palidez Extrema ().....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria?
- ¿Realiza algún tipo de ejercicio: regularidad?
- ¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo y acicalamiento, water, vestido, movilidad en cama y movilidad general?
- ¿Realiza actividades de ocio?
- ¿Cómo es su presión arterial? ¿Y su respiración?
- ¿Es portador de yeso o estructura de yeso?
- ¿Presencia o riesgo de úlceras o heridas?

PATRON 5: SUEÑO DESCANSO

Horas de sueño..... 4 horas Problemas para dormir:
 Si (X) No () tiempo: 60 minutos
 Toma algo para dormir Si () No (X)
 Padece de insomnio () Pesadillas ()
 Conciliar el sueño adecuadamente si No en momentos
 Excesiva somnolencia.....
 Cuantas veces se ha despertado por la noche:..... 2 veces

- ¿Cuántas horas duerme diariamente?
- ¿Concilia bien el sueño? ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche?
- ¿Cuándo se levanta lo hace descansado y con la energía suficiente para iniciar el día? ¿Es reparador su sueño?
- ¿Tiene pesadillas?
- ¿Toma alguna sustancia para dormir?
- ¿Tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día?
- ¿Utiliza alguna técnica para lograrlo?
- ¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño?

PATRON 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL

Estado de inconsciencia: No (X) Si () Tiempo.....
NIVEL DE CONCIENCIA (ESCALA DE GLASGOW)

Apertura Ocular	Respuesta Verbal	Respuesta Motora
4 () Espontanea	5 () Orientado mantiene conversación	6 () Obedece ordenes
3 () A la voz	4 () Confuso	5 () Localiza el dolor
2 () Al dolor	3 () Palabras inapropiadas	4 () Se retira anormal
1 () No responde	2 () Sonido incomprensibles	3 () Flexión anormal
	1 () No responde	2 () Extensión anormal
		1 () No responde

Orientado: Tiempo (X) Espacio (X) Persona (X)
 Lagunas mentales: Frecuentes () Espaciados ()
 Alteración en el proceso del pensamiento: Si () No (X)
 Alteraciones sensoriales: Visuales () Auditivas () Cenéstésicas ()
 Gustativas () Táctiles () Olfatorias () Otro:..... Ninguna
COMUNICACIÓN:

Alteración del habla (X) Alteración del Lenguaje ()
 Barreras: Nivel de conciencia () Edad () Barrera Física ()
 Diferencias culturales () Medicamentos () Autoestima (X)
 Barrera Psicológica () Alteración de la percepción ()
 Incapacidades: Invalidez () Ceguera () Demencia ()
 Dolor / Molestias: No () Si (X) Crónica () Aguda (X)

Especificar intensidad EVA 8/10
 Tiempo y frecuencia.....
 Náuseas: No (X) Si () Motivo.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Dificultades para oír o ver correctamente? ¿Utiliza audifono o gafas?
- ¿Tiene alteraciones en los sentidos del gusto, el olfato o en las sensaciones táctiles?
- ¿Le es difícil centrar la memoria? ¿Le es difícil concentrarse?
- ¿Le es fácil tomar decisiones?
- ¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje?
- ¿Siente dolor o malestar físico? ¿cómo lo combate?
- ¿Muestra alguna discapacidad a nivel visual, tacto, etc.?
- ¿Caídas o riesgos personales/ambientales?
- ¿Tiene dolor?
- ¿Qué tipo de dolor es agudo o crónico?
- ¿Qué medidas toma para controlar?
- ¿Se automedica?

PATRON 7: AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO

Concepto de si mismo:.....
 Sensación de fracaso: Familia () Trabajo () Otro ()
 Especifique..... Tiempo.....
 Cuidado de su persona:
 Corporal..... limpia
 Vestimenta..... limpia
 Alimentación..... dentro de lo normal
 Aceptación en la familia y comunidad: Si (X) No ()
 Motivo.....
 Reacción frente a cirugías y enfermedades graves: Ansiedad (X)
 Indiferencia () Desesperanza () Rechazo ()
 Comentarios..... No sabe como quedara su rostro luego de enfermedad

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cómo se ve a si mismo? ¿Está conforme consigo mismo?
- ¿Se han producido cambios en su cuerpo? Si es así ¿Cómo los ha asumido?
- ¿Se enfada frecuentemente? ¿Suele estar aburrido o con miedo?
- ¿Suele estar con ansiedad o depresivo?
- ¿Tiene periodos de desesperanza?

PATRON 8: ROL/RELACIONES

Estado Civil..... soltero Profesión/Ocupación..... policia
 Con quien vive: Solo () Con su familia (X) Otros ()
 Fuentes de apoyo: Familia (X) Amigos () Otros ()
 Cuidado personal y familiar en caso de enfermedades o niños
 Desinterés () Negligencia () Desconocimiento (X)
 Cansancio () Otros.....
 Composición familiar:
 Divorcio () Muerte () Nacimiento de un nuevo ser ()
 Reacción individual y de la familia frente a estos acontecimientos.....
 Conflictos familiares: No (X) Si ()
 Especifique.....
 VIOLENCIA FAMILIAR: Física () Psicológica ()
 Intento de suicidio () Motivo.....

Problemas: Alcoholismo () Drogadicción () Pandillaje ()
Especifique.....
CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO: Efectivo () Inefectivo ()
Motivo.....
Relación Familiar en torno al recién nacido: Buena () Mala ()
Especifique.....
Cuidados del recién nacido: Inadecuado.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Vive solo o en familia? ¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar y quiénes son?
- ¿Depende del paciente la familia para algunas cosas importantes?
- ¿Existen problemas en las relaciones familiares: con la pareja, con los hijos, con los padres?
- ¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual?
- ¿Hay problemas de relación en el trabajo o en el lugar de estudios?
- ¿Hay satisfacción con lo que se realiza en los mismos?
- ¿Pertenece a algún grupo social?
- ¿Tiene amigos? ¿Cómo se relaciona con ellos?
- ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?

PATRON 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCION

Problemas de identidad sexual No (X) Si ().....
Problemas en actividad sexual con su pareja: No (X) Si ()
Especifique.....
Motivo de disfunción sexual: Enfermedad Biológica ()
Edad () Enfermedad psicológica () Otro ()
Comentarios Adicionales.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿A qué edad apareció la menarquia o la menopausia (según corresponda)?
- ¿Cómo es el periodo menstrual?
- ¿Ha habido embarazos? ¿Ha habido abortos?
- ¿Algún problema relacionado con la reproducción?
- ¿Utiliza métodos anticonceptivos?
- ¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales?

DOMINIO 10: ADAPTACION - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Cambio de vivienda familiar en los últimos años No (X)
Si () Especifique motivo.....
VIOLENCIA SEXUAL No (X) si () Fecha.....
Conducta psicológica frente al hecho..... *ansioso*
Comentarios Adicionales..... *no sube como quedara si no se desgracia*
Reacción frente a enfermedades y muerte:
Preocupación (X) Ansiedad (X) Indiferencia () Temor (X)
Desesperanza () Tristeza (X) Negación (X) Otro ()
Comentarios Adicionales.....
SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO: Normal (X) Problemas ()
Signos palidez () bradicardia o taquicardia ()
Hipertensión paroxística () Diaforesis () Manchas ()
Otros.....
Lesiones medulares No (X) Si ().....
Conducta del lactante: Normal () Inadecuada ()
Signos: Irritabilidad (X) Nervioso (X) Inquieto (X)
Flacidez () Movimientos descoordinados () Otros.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?
- ¿Cuándo tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?

- ¿Tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza? ¿Lo hace cuando es necesario?
- ¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?

PATRON 11: VALORES - CREENCIAS

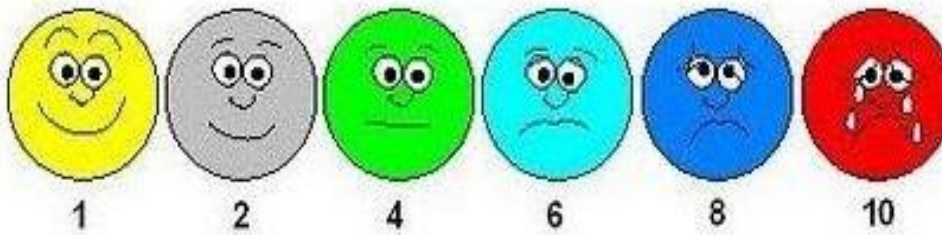
Religión..... Restricciones religiosas.....
Solicita visita de capellán.....
Comentarios Adicionales.....
Dificultad para tomar decisiones en.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿La religión es importante en su vida? ¿Le ayuda cuando surgen dificultades?
- ¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar?
- ¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?
- ¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte?

ANEXO B. Escala de Escala Visual Analógica

Escalas de dolor



ANEXO C. Consentimiento Informado

Consentimiento informado

Propósito y procedimientos

Se han informado sobre el trabajo académico "Proceso del cuidado enfermero", cuyo objetivo es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería.

Este caso clínico está siendo ejecutado por la estudiante Leandra Naysha Castillo Villaverde Bajo la consultoría del Mg José Merlin Quiller Ticona. Los datos obtenidos por medio de la guía de valoración, entrevista y examen físico serán de carácter confidencial y se usarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se ha comunicado que no hay ningún peligro físico, químico, biológico y psicológico; agregado con este trabajo académico. Pero como se conseguirá algunos datos personales, está la probabilidad de que mi identidad puede ser reconocida por la información brindada. Sin embargo, se tendrá prudencia, como la identificación por números para disminuir dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay pago alguno por la participación en este estudio.

Participación Voluntaria

Se ha comunicado que mi colaboración en el estudio es totalmente voluntaria y tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté terminado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este trabajo.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del estudiante, firmo voluntariamente el presente documento.

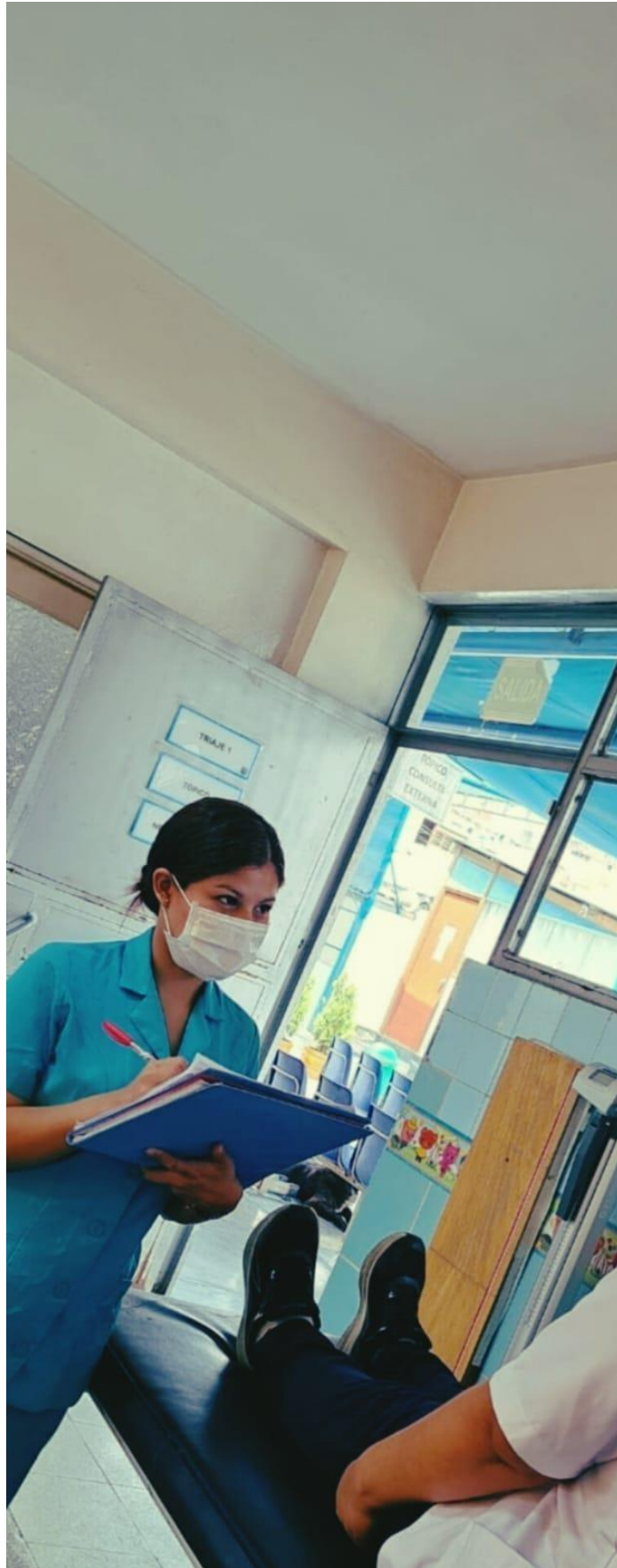
Nombre y apellido

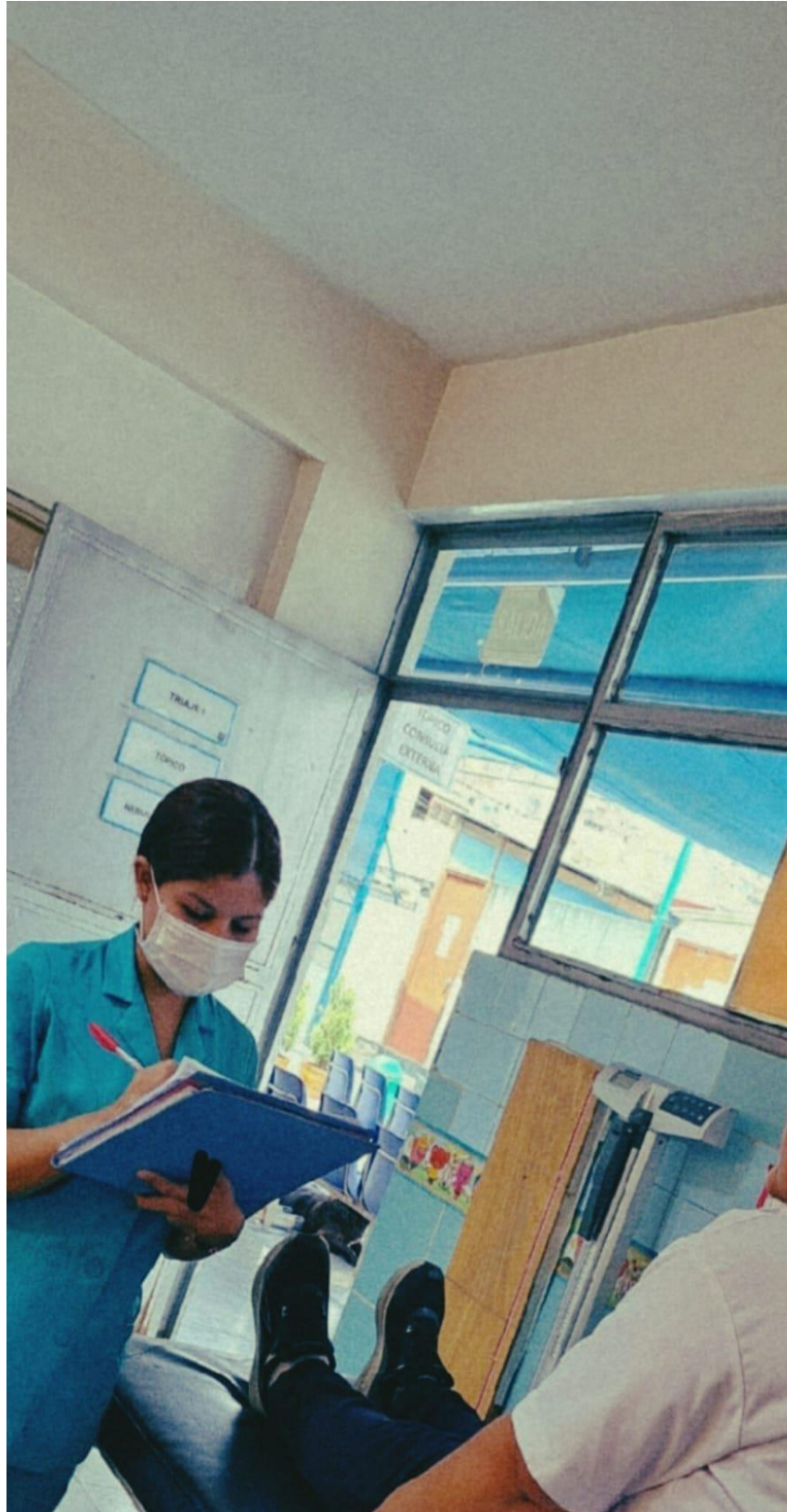
S. P. M. A.

DNI: 46790267 Fecha: 26-09-24

Firma Silva P.

ANEXO D. Evidencia del trabajo de campo









ANEXO E. Informe de similitud