



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

MODALIDAD DE TITULACIÓN

EXAMEN DE GRADO O FIN DE CARRERA

MEMORIA TÉCNICA DE LA PARTE PRÁCTICA

TEMA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HERIDA ABIERTA

AUTORA

DENISSE KATHIUSKA DEL PEZO PANCHANA

TUTOR

LIC. CARLOS SAAVEDRA ALVARADO, MSc

LA LIBERTAD – ECUADOR

2017

TRIBUNAL DE GRADO



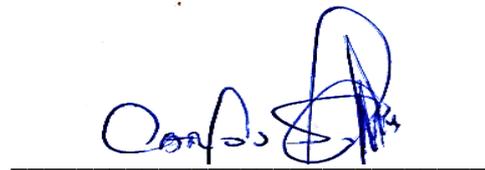
Lic. Doris Castillo Tomalá, MSc.
**DECANA DE LA FACULTAD
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**



Lic. Sonia Santos Holguín, MSc.
**DIRECTORA DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA**



Lic. Carmen Lascano Espinoza, MSc.
DOCENTE DE ÁREA



Lic. Carlos Saavedra Alvarado, MSc.
TUTOR



Ab. Brenda Reyes Tomalá, Mgt.

SECRETARÍA GENERAL

ÍNDICE

TRIBUNAL DE GRADO	i
ÍNDICE	ii
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	3
Objetivo general	3
Objetivos específicos	3
DESARROLLO DE LA PRÁCTICA	4
Descripción del objeto de estudio.	4
Modelo y teoría aplicada.....	5
Aplicación del proceso de atención de enfermería.	5
CONCLUSIONES.....	13
BIBLIOGRAFÍA.....	14
ANEXOS.....	15

INTRODUCCIÓN

Las heridas abiertas son consideradas a nivel mundial un problema de salud actualmente ya que son más vulnerables a contraer una infección. Mediante la Primera Guerra Mundial se fundaron los principios básicos del manejo de heridas: Cualquier herida que se encuentra infectada, debe intervenir inmediatamente y de esta manera impedir una supuración. En la actualidad debido a diversas indagaciones, se cuenta con un extenso conocimiento sobre infecciones, de tal modo que el tratamiento sea eficaz, confiable y lo más corto posible ya sea para el personal sanitario como para el sujeto de estudio. (Adriano Pérez & García Chávez, 2011)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial las infecciones por cirugía ocasionadas por bacterias que penetran por medio de la herida, colocan en riesgo la vida de millones de pacientes anualmente, contribuyendo a la resistencia de antibióticos. En países de bajos y medianos ingresos el 11% de los sujetos operados padecen de infecciones. En África, hasta el 20% de mujeres con cesáreas contraen infecciones en la herida comprometiendo su salud y la capacidad para atender a sus hijos. (OMS, 2016)

A nivel nacional se determinó que en Ecuador no constan fundamentos estadísticos acerca de infecciones y complicaciones sobre heridas post-quirúrgicas pero se estima que los microorganismos comprometidos de infecciones de heridas quirúrgicas son bacterias Gram positiva como son el *Staphylococcus aureus*, enterococos, y los Gram negativos tales como *Klebsiella*, *enterobacter*, *E. coli*, *Pseudomona*. En centros hospitalarios nacionales incluyendo la Provincia de Santa Elena las heridas quirúrgicas son una problemática infecciones nosocomiales. (Hernández Guerrero & Orrala Domínguez, 2013)

El profesional de enfermería al momento del cuidado de la herida quirúrgica debe tener en cuenta que lo más importante en el cuidado de las heridas es diagnosticar y tratar la causa subyacente de la lesión. Este paso es fundamental para conseguir la cicatrización y obtener los mejores resultados. Dado que la

curación de una herida depende del estado general de salud del paciente, la valoración integral del mismo es esencial para la planificación y evaluación del tratamiento de la lesión.

La importancia de conocer sobre una correcta aplicación de cuidados de enfermería en pacientes con herida abierta es que si se reconoce a tiempo signos y síntomas de alarma sobre infección se deberá actuar a inmediatez para evitar de esta manera la complicación del paciente, cerca del 50% de las infecciones de herida quirúrgica se presentan durante la primera semana del postoperatorio y casi el 90% se diagnostica dentro de las dos semanas siguientes a la cirugía, por lo que un porcentaje no despreciable de infecciones de herida quirúrgica se manifiesta cuando el paciente ha dejado el hospital.

La realización del presente trabajo tiene como relevancia en nuestra formación académica porque de esta manera vamos a: Ejecutar intervenciones de enfermería tomando en cuenta valores éticos, humanísticos, interculturales con medidas de bioseguridad; Actuar con humanismo y ética, respetando los códigos deontológicos, al ofrecer cuidado directo al individuo, familia, comunidad en varios escenarios de salud; Integrar modelos y teorías de enfermería en todos los procesos de aplicación y experimentación de la profesión; Utilizar el conocimiento científico, razonamiento lógico y pensamiento crítico para emitir juicios de valor a las respuestas humanas y prácticas ancestrales y desarrollar propia personalidad con conocimiento científico, autonomía, juicio crítico y responsabilidad personal.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Aplicar las intervenciones de enfermería en paciente con herida quirúrgica abierta.

Objetivos específicos:

- ✓ Valorar al sujeto de estudio mediante técnicas de recolección de datos.
- ✓ Emplear los protocolos de bioseguridad durante el cuidado de la herida quirúrgica abierta.
- ✓ Reducir el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
- ✓ Identificar los factores de riesgos causales de la mala cicatrización del paciente quirúrgico.
- ✓ Educar al paciente sobre el cuidado que debe tener con respecto a la herida quirúrgica abierta.

DESARROLLO DE LA PRÁCTICA

Descripción del objeto de estudio.

La piel es el órgano más extenso del cuerpo y desempeña numerosas funciones importantes en el mantenimiento de la salud y la protección frente a las lesiones. El deterioro de la integridad cutánea no es un problema para personas sanas, pero sí para personas de edad avanzada, sujetos con restricción de movilidad, enfermos crónicos o con traumatismos. Para tratar heridas de forma eficaz, el profesional de enfermería debe conocer los factores que afectan la integridad cutánea. (Berman, Snyder, Kozier, & Erb, 2008)

Las heridas se clasifican según el tipo y pueden ser por incisión, abrasión, punción, laceración, herida penetrante. (Gomis & Krodi, 2012) Se considera herida abierta a todo tipo de lesión donde se observa la separación de los tejidos blandos. Los factores determinantes que influyen en la curación de la herida como es la edad, estado nutricional, estilo de vida, medicamentos entre otros.

Algunas veces una herida quirúrgica puede abrirse, esto puede suceder a lo largo de toda la incisión o sólo en parte de ella. El médico tratante puede decidir no cerrarla de nuevo con suturas. Si el médico no cierra la herida de nuevo con suturas, será necesario cuidarla, ya que puede demorar en sanar. La herida sanará desde la parte interior hacia la parte exterior. Un apósito ayuda a absorber cualquier secreción e impedir que la piel se cierre antes de que la herida se llene por debajo.

La cicatrización de una herida tiene 4 etapas; la primera es la de la inflamación que va desde el primero hasta el cuarto día; manteniendo la resistencia contra la invasión bacteriana. La segunda etapa sucede entre las 24 y las 48 horas; el epitelio crece hacia el interior de la herida desarrollando una superficie epitelial que intenta cubrir el defecto tisular manteniendo la herida impermeable al agua. Entre el cuarto y quinto día se inicia la tercera etapa con la síntesis de proteínas; la más importante de éstas es el colágeno que tiene su mayor acción alrededor del séptimo día. Posteriormente a la fase proliferativa, le sigue la etapa de contracción y maduración.

Modelo y teoría aplicada.

Entre la teoría de enfermería más relevante para la aplicación del proceso de atención de enfermería en sujeto de estudio con herida abierta podemos citar a Dorothea Orem quien estableció que la enfermera pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

El modelo de Dorothea Orem fundamentalmente se basa en la ayuda al individuo, a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de la misma. Al momento de realizar nuestro Proceso de Atención de Enfermería vamos adaptar la situación de nuestro sujeto de estudio con esta presente teoría logrando de esta manera que dicho sujeto consiga lograr recuperarse de la enfermedad consiguiendo autonomía en el cuidado con respecto a la su herida abierta para que de esta manera conserve su salud.

Aplicación del Proceso de Atención de enfermería.

Al momento de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en nuestro sujeto de estudio nos permite como profesionales de enfermería brindar cuidados específicos de manera sistemática atendiendo las necesidades alteradas en el sujeto de estudio con herida abierta. Se realiza la recolección de datos por medio de entrevista directa con el sujeto y con el familiar quien se encuentra acompañando el mismo, conociendo de esta manera los antecedentes personales y familiares.

Valoración:

La etapa de la valoración nos permite recolectar los datos principales de las condiciones actuales en las que se encuentra el sujeto de estudio con herida abierta. Esta recolección de datos se la realizará por medio de la exploración céfalo-caudal.

Datos primarios de la historia clínica del sujeto de estudio:

Paciente N.N. de sexo masculino de 35 años de edad quien se encuentra ingresado en la unidad hospitalaria por presentar herida quirúrgica abierta. Con signos vitales dentro de los parámetros normales con 20 respiraciones por minuto, la saturación de oxígeno se encuentra en 99%, temperatura de 36.8°C, presión arterial de 120/80mm/Hg y 80 latidos por minuto. Al momento de realizar el examen céfalo-caudal el sujeto de estudio se encuentra normo lineo en posición decúbito supino activo presenta: Cabeza: normo-céfalo sin presencia de hematomas o abrasiones su cabello corto sin presencia de lesiones visibles; cara simétrica; ojos completamente simétricos y sensibilidad a la luz, no se observa presencia de secreciones; oídos simétricos, sin secreciones; nariz sin heridas visibles y fosas nasales húmedas; la boca se observa los labios pálidos, no se observa signos de deshidratación, heridas o pérdidas de fluidos, piezas dentales completas sin prótesis y la lengua se encuentra libre de lesiones y ulceraciones; cuello acorde a su biotipo, flexible, no doloroso a los movimientos de flexión, extensión, lateralización y rotación, tiroides no visible ni palpable, sin ingurgitación yugular y adenopatías.

El tórax se observa de aspecto y configuración normal con expansibilidad torácica normal, sin tiraje, sonoridad pulmonar normal; corazón con ruidos cardiacos rítmicos y bien golpeados, no presenta soplos, abdomen globuloso, depresible, que sigue los movimientos respiratorios, doloroso a la palpación superficial y profunda por motivos de presentar herida abierta cubierta de apósito limpio y seco. Timpanismo abdominal normal y con ruidos hidro-aéreos presentes, con presencia de ombligo en estado normal y riñones no se encuentran palpables.

Al momento de examinar el aparato genital se encuentra pene, escroto normal, sin adenopatías inguinales, recto permeable al momento de realizar la valoración en las extremidades superiores se encuentra brazos y antebrazos con forma y posición normales manos con presencia de humedad tamaño y color acorde al sujeto, dedos completos y de tamaño normal con articulaciones con movimientos activos y pasivos; extremidades inferiores con presencia de muslos y piernas con forma y posición normal con pies secos con forma, tamaño, color, movimientos

acorde a sujeto de estudio, dedos simétricos completos con movilidad activa y pasiva al momento de valorar la espalda se encuentra sin alteraciones.

Entre los patrones alterados que presenta nuestro sujeto de estudio tenemos los más relevantes:

Patrón 6: Cognitivo/Perceptivo:

Al momento que nuestro sujeto refiere sentir dolor ocasionado por herida abierta presenta alterado el patrón 6 que es el Cognitivo/Perceptivo, motivo por el cual entre sus variables de estudio tenemos dolor.

Patrón 4: Actividad/Ejercicio:

En nuestro sujeto este patrón se encuentra alterado ya que por presentar una herida abierta tiene dificultad para realizar sus actividades físicas diarias con normalidad.

Diagnóstico:

Se determina para el sujeto de estudio diagnósticos de enfermería entre ellos diagnósticos reales y de riesgo estableciendo entre los más prioritarios para nuestro sujeto de estudio con herida abierta los siguientes:

Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos manifestado por expresión facial de dolor y postura de evitación de dolor.

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con herida abierta manifestado por alteración de la integridad de la piel.

Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor manifestado por dificultad para girarse.

Riesgo de infección relacionado con alteración de la integridad de la piel y procedimientos invasivos.

Riego de retraso en la recuperación quirúrgica relacionado con dolor, edema en el lugar de incisión, traumatismo de la herida quirúrgica.

Planificación:

En la etapa de planificación se lleva a cabo los objetivos de cuidados que se brindará según las afectaciones que presenta nuestro sujeto de estudio con la finalidad de prevenir o reducir los problemas potenciales y de riesgo.

De acuerdo a los diagnósticos de enfermería nuestro paciente presenta dolor por lo que se estableció que uno de los principales diagnósticos es dolor agudo, dentro de este diagnóstico el resultado que vamos a valorar es el manejo del dolor nuestros principales indicadores a valorar serán: si nuestro sujeto de estudio reconoce el comienzo del dolor, determinar los factores causales, identificar si el sujeto de estudio refiere cambios en los síntomas al personal sanitario o si refiere tener el dolor controlado; entre otro de los resultados a estudiar tenemos control del riesgo de infección, todos los indicadores de estos resultados se los valora por medio de la escala que se encuentra en las taxonomías NOC.

Ejecución:

En esta etapa se detallan las intervenciones de enfermería pertinentes que se ejecutará en el plan de cuidados, esto nos ayuda a lograr una mejoría en nuestro sujeto de estudio. Según nuestro diagnóstico de enfermería principal que es dolor agudo vamos a realizar las siguientes intervenciones según el manejo del dolor:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. Ayudarse de escalas analógicas para realizar la valoración.
- Observar claves no verbales de molestias sobre dolor.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Terapia del dolor.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéutica para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.

Evaluación:

En la etapa de evaluación se realizó una comparación del estado de salud en el que se encontraba nuestro sujeto de estudio con el estado de salud actual determinando de esta manera si se logró los objetivos planteados para mejorar la condición física de nuestro sujeto.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN																														
<p>Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos manifestado por expresión facial de dolor y postura de evitación de dolor. (Herdman, 2012-2014)</p>	<p>Dominio: IV. Conocimiento y conducta de la salud Clase: Q. Conducta de la salud Resultado: Control del dolor (1605)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reconoce el comienzo del dolor</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Reconoce los factores causales</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Refiere dolor controlado</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Reconoce el comienzo del dolor	X					Reconoce los factores causales	X					Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario	X					Refiere dolor controlado	X					<p>Campo: 1. Fisiológico: Básico Clase: E. Fomento de la comodidad física Intervención: Manejo del dolor (1400)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. Ayudarse de escalas analógicas para realizar la valoración. 2. Observar claves no verbales de molestias. 3. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Terapia del dolor. 4. Utilizar estrategias de comunicación terapéutica para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor. </div>	<p>Luego de realizar las debidas intervenciones de enfermería enfocadas al dolor el sujeto de estudio presenta mejora y refiere que luego de la administración de analgésicos la intensidad del dolor ha disminuido.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																												
Reconoce el comienzo del dolor	X																																
Reconoce los factores causales	X																																
Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario	X																																
Refiere dolor controlado	X																																

ELABORADO POR: Denisse Del Pezo P.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN																								
<p>Deterioro de la integridad cutánea relacionado con herida abierta manifestado por alteración de la integridad de la piel. (Herdman, 2012-2014)</p>	<p>Dominio: II. Salud Fisiológica Clase: L. Integridad Tisular Resultado: Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Integridad de la piel</td> <td style="text-align: center;">x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lesiones cutáneas</td> <td style="text-align: center;">x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sensibilidad</td> <td style="text-align: center;">x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Integridad de la piel	x					Lesiones cutáneas	x					Sensibilidad	x					<p>Campo: 2 Fisiológico: Complejo Clase: I. Control de heridas Intervención: Cuidados de las heridas (3660)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Despegar los apósitos y esparadrapos 2. Monitorizar las características de la herida 3. Limpiar la herida 4. Reforzar apósito si es necesario </div>	<p>Al tener el cuidado adecuado al momento de realizar las curaciones de la herida abierta vamos a evitar a futuro una posible infección de herida, brindando bienestar al sujeto de estudio.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																						
Integridad de la piel	x																										
Lesiones cutáneas	x																										
Sensibilidad	x																										

ELABORADO POR: Denisse Del Pezo P.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN																														
<p>Riesgo de infección relacionado con alteración de la integridad de la piel y procedimientos invasivos. (Herdman, 2012-2014)</p>	<p>Dominio: IV Conocimiento y conducta de la salud Clase: T Control del riesgo y seguridad Resultado: Control del riesgo: proceso infeccioso (1924)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Indicadores</th> <th style="width: 5%;">1</th> <th style="width: 5%;">2</th> <th style="width: 5%;">3</th> <th style="width: 5%;">4</th> <th style="width: 5%;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Entorno limpio</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Riesgo de infección</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Control del entorno para evitar factores asociados al riesgo de infección</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Correcto lavado de manos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Entorno limpio				X		Riesgo de infección					X	Control del entorno para evitar factores asociados al riesgo de infección				X		Correcto lavado de manos					X	<p>Campo: 4. Seguridad Clase: V Control de riesgo Intervención: 6540 Control de infecciones</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Limpiar el ambiente adecuadamente. 6. Limitar el número de visitas. 7. Mantener técnicas de aislamiento 8. Lavarse las manos antes y después de cada curación 9. Ordenar a las visitas el lavado de manos antes del contacto con el entorno del paciente. 10. Usar guantes estériles 11. Mantener un ambiente aséptico 12. Garantizar una manipulación aséptica de las líneas de las vías intravenosas </div>	<p>Al momento de realizar intervenciones de enfermería para prevenir o reducir el riesgo de infección al sujeto de estudio se evitara posibles complicaciones a futuro, ofreciendo de esta manera al sujeto bienestar y confort.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																												
Entorno limpio				X																													
Riesgo de infección					X																												
Control del entorno para evitar factores asociados al riesgo de infección				X																													
Correcto lavado de manos					X																												

ELABORADO POR: Denisse Del Pezo P.

CONCLUSIONES

- ✓ Al momento de realizar la valoración exhaustiva al sujeto de estudio vamos obtener datos suficientes y reales determinando de esta manera cuales son los factores que alteran la condición del individuo. La importancia de utilizar un plan de cuidados individualizado, verificamos el correcto cumplimiento de los objetivos planteados por el personal de enfermería permitiendo certificar que se ha logrado con eficacia las intervenciones de enfermería planteadas.
- ✓ Al momento de emplear protocolos de bioseguridad como el correcto lavado de manos, el uso de equipo de protección personal y el correcto manejo de desechos hospitalarios durante el cuidado de una herida abierta se logrará disminuir el riesgo del profesional de salud de adquirir infecciones en el medio laboral y evitar posibles contaminaciones de otros pacientes y probables complicaciones del paciente de estudio.
- ✓ Debemos reducir el riesgo de infección de la herida abierta realizando una correcta curación de la herida abierta y reconociendo a tiempo los factores de una posible infección de la herida como el enrojecimiento, la intensidad del dolor, inflamación del sitio donde se encuentra la herida, observar si existe supuración de secreciones como sangrado continuo o pus maloliente, si la herida aumenta en profundidad o el paciente presenta hipertermia mayor 38°C.
- ✓ La identificación de los factores de riesgo que interfieren con mala cicatrización de la herida es fundamental para el tratamiento correcto de la herida, teniendo en cuenta que la cicatrización de la herida se verá afectada no solo por la situación actual de la herida sino también por factores complementarios como son alguna patología que presente el paciente como son la malnutrición, enfermedades metabólicas, pacientes con edad avanzada, entre otras.
- ✓ Es importante la correcta educación del paciente sobre los cuidados que debe tener sobre la herida abierta que posee porque de esta manera se evitará posibles complicaciones de la herida, teniendo como objetivo fundamental que el paciente pueda reconocer a tiempo los principios de mejora o complicaciones de la herida.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., & Erb, G. (2008). *Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y prácticas*. (Octava ed., Vol. I). (G. C. S.L, Trad.) Madrid, España: PEARSON EDUCACIÓN S.A.

Bulechek, G., Butcher, H., & McCloskey, J. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (Quinta ed.). Barcelona, España: ELSEVIER.

Gomis, D., & Krodi, S. (2012). *Enfermería. Teoría + Práctica* (Cuarta ed.). Buenos Aires, Argentina: Librería AKADIA Editorial.

Herdman, T. (2012-2014). *NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación*. Barcelona, España: ELSEVIER.

Moorhead, S., Johnson, M., Mass, M., & Swanson, E. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (Cuarta ed.). Barcelona, España: ELSEVIER.

Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (Séptima ed.). Barcelona, España: ELSEVIER.

SITIOS WEB:

Adriano Pérez, G., & García Chávez, D. (Julio de 2011). *Repositorio Digital UNACH*. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/71/1/UNACH-EC-MEDI-2011-0014.pdf>

Hernández Guerrero, M., & Orrala Domínguez, T. (2013). *Repositorio.upse.edu.ec*. Obtenido de <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/1000/1/TESIS%202013.pdf>

INEC. (2010). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>

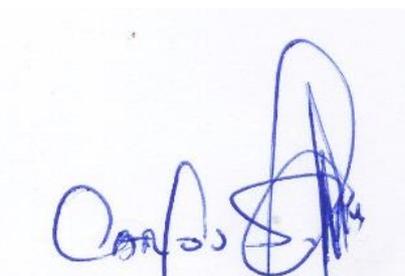
OMS. (03 de Noviembre de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/recommendations-surgical-infections/es/>

ANEXOS

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del trabajo de memoria técnica de la parte práctica **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HERIDA ABIERTA** elaborado por la Srta. **DENISSE KATHIUSKA DEL PEZO PANCHANA**, egresada de la carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, la apruebo en todas sus partes.

Atentamente

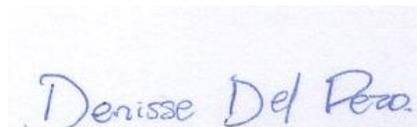
A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carlos Saavedra Alvarado', is written over a light blue rectangular background.

.....
LIC. CARLOS JULIO SAAVEDRA ALVARADO, MSc.

TUTOR

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Denisse Kathiuska Del Pezo Panchana** con Cédula de Identidad N° **240021709-3** declaro que la Modalidad de Titulación: Memoria Técnica de la parte Práctica es el producto de la experiencia en el área hospitalaria aplicando la metodología de la ciencia de enfermería con las taxonomías NANDA, NOC y NIC, la presente memoria es de mi absoluta responsabilidad; el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.



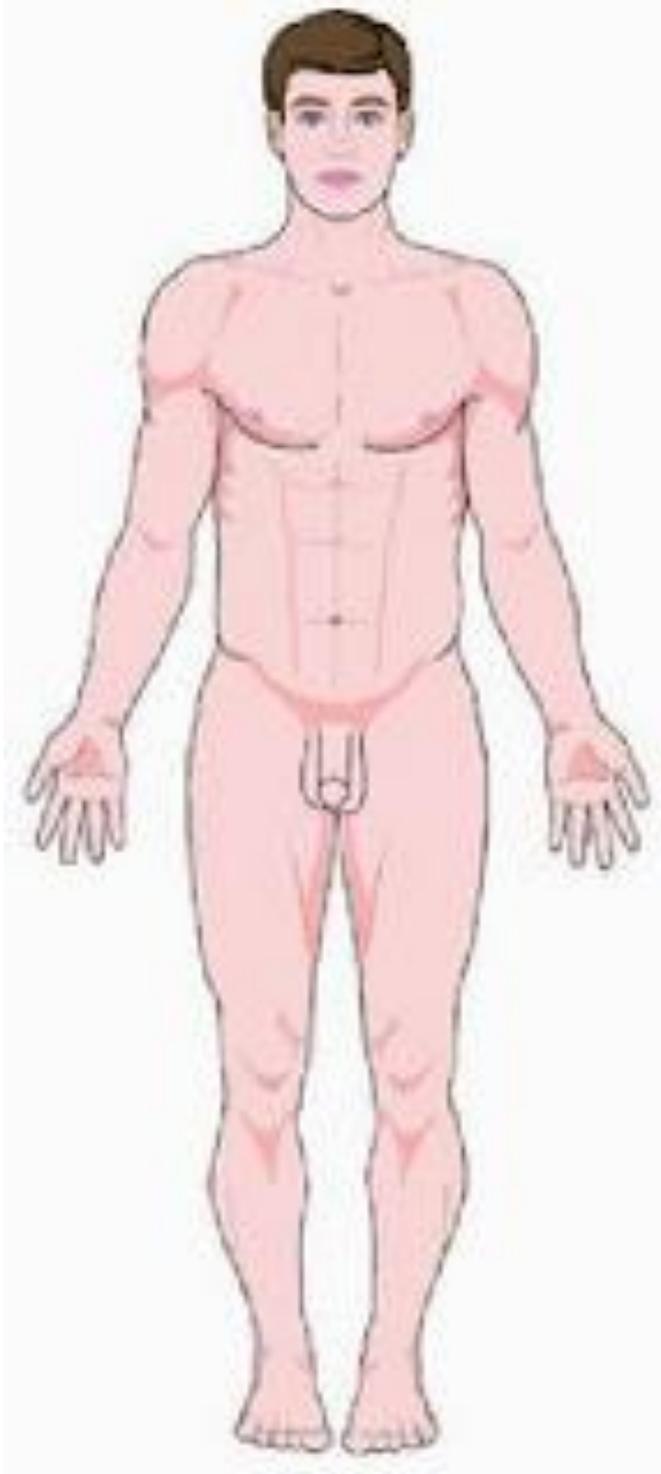
Denisse Kathiuska Del Pezo Panchana

CI: 2400217093

AUTORA

EXAMEN CÉFALO-CAUDAL

VALORACIÓN DE CABEZA A PIES



Cabeza

Cara

Ojos

Oídos

Nariz

Boca/Garganta

Cuello

Tórax

Pulmones

Corazón

Abdomen

Riñones

Aparato genital

Recto

Extremidades

Espalda