

Reporte de caso/Case report/Relatório do caso

Cuidados de enfermería a un paciente con infección de herida de muñón (CIE S71.1) post operado de amputación supracondílea miembro inferior derecho: un caso clínico

Nursing care for a patient with infected wound stump (ICD S71.1) post operated suprachondylial amputation of the right lower limb: a case report

Assistência de enfermagem de um paciente com infecção da ferida do coto (CID S71.1) após cirurgia de amputação supracondiliana do membro inferior direito: relato de caso

Aurelia Isabel Delgado Paucar¹

<https://orcid.org/0009-0001-4185-3654>

Yenny Rosario Cornetero Gopia¹

<https://orcid.org/0009-0000-1950-0636>

Gladys Flores Villanueva¹

<https://orcid.org/0009-0000-6358-9682>

Juan Esteban Rojas Trujillo²

<https://orcid.org/0000-0002-8886-8618>

Rodolfo Amado Arévalo Marcos²

<https://orcid.org/0000-0002-4633-2997>

Resumen

Objetivo: Describir las intervenciones de enfermería que mejoren el estado de salud del paciente con infección de herida quirúrgica. **Caso clínico:** Paciente varón de 92 años, ingresa al hospital con fecha 4/4/24 con diagnóstico herida infectada de muñón derecho, presenta amputación de miembro inferior derecho con herida abierta, con secreción purulenta, excusado y mal olor. **Métodos:** Es un estudio de caso clínico único de enfoque cualitativo. Se utilizó como instrumento de valoración la teoría de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon. Se implementaron planes de cuidados de enfermería basados en los diagnósticos NANDA, intervenciones NIC y resultados esperados NOC. **Resultados:** Las intervenciones al paciente fueron muy favorables, ya que la primera intención médica era realizar una limpieza quirúrgica en sala de operaciones y remodelación del muñón, pero se logra disminuir la infección, gracias a la granulación de herida con curaciones y uso de apósitos de hidrofibra de plata iónica y fibra de refuerzo. Se mitigaron las temperaturas elevadas y se redujo el dolor, por lo que se observa menos facie de dolor al momento de realizar cambio de posición en cama al paciente; de igual manera, se mejoró su tránsito intestinal. **Conclusión:** En este caso clínico se priorizó la hipertermia, que tuvo una puntuación en los indicadores: temperatura cutánea aumentada (+2), hipertermia (+2) e irritabilidad (+2).

Palabras clave: atención de enfermería, infección de herida quirúrgica, amputación quirúrgica

¹ Hospital Militar Central. Lima, Perú

² Universidad Norbert Wiener. Lima, Perú

Abstract

Objective: Describe nursing interventions that improve the health status of the patient with surgical wound infection. **Clinical case:** A 92-year-old male patient was admitted to the hospital on 4/4/24 with a diagnosis of an infected right stump wound, presenting amputation of the right lower limb with an open wound, purulent secretion, excusate and foul odor. **Methods:** It is a single clinical case study with a qualitative approach. Marjory Gordon's 11 functional patterns theory was used as an assessment tool. Nursing care plans were implemented based on NANDA diagnoses, NIC interventions and NOC expected outcomes. **Results:** The interventions to the patient were very favorable, since the first medical intention was to perform a surgical cleaning in the operating room and remodeling of the stump, but the infection was reduced, thanks to the granulation of the wound with healing and the use of ionic silver hydrofiber dressings and reinforcement fiber. High temperatures were mitigated and pain was reduced, so less pain face was observed at the moment of changing the patient's position in bed; likewise, intestinal transit was improved. **Conclusion:** In this clinical case, hyperthermia was prioritized and scored in the indicators: increased skin temperature (+2), hyperthermia (+2) and irritability (+2).

Keywords: nursing care, surgical wound infection, amputation stumps

Resumo

Objetivo: Descreva as intervenções de enfermagem que melhoram o estado de saúde do paciente com infecção de ferida cirúrgica. **Caso clínico:** Paciente do sexo masculino, 92 anos, admitido no hospital em 4/4/24 com diagnóstico de ferida infectada no coto direito, apresentando amputação do membro inferior direito com ferida aberta, com secreção purulenta, exsudato e mau cheiro. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caso clínico único com uma abordagem qualitativa. A teoria dos 11 padrões funcionais de Marjory Gordon foi usada como ferramenta de avaliação. Os planos de cuidados de enfermagem foram implementados com base nos diagnósticos da NANDA, nas intervenções da NIC e nos resultados esperados da NOC. **Resultados:** As intervenções no paciente foram muito favoráveis, pois a primeira intenção médica era fazer uma limpeza cirúrgica na sala de cirurgia e remodelar o coto, mas a infecção foi reduzida, graças à granulação da ferida com cicatrização e ao uso de curativos de hidrofibra de prata iônica e fibra de reforço. As altas temperaturas foram atenuadas e a dor foi reduzida, de modo que se observou menos dor quando o paciente mudou de posição na cama; da mesma forma, o trânsito intestinal foi melhorado. **Conclusão:** Nesse caso clínico, a hipertermia foi priorizada e pontuada nos indicadores: aumento da temperatura da pele (+2), hipertermia (+2) e irritabilidade (+2).

Palavras-chave: cuidados de enfermagem, infecção de ferida cirúrgica, amputação cirúrgica

Introducción

Las infecciones de piel y tejidos blandos son la tercera razón más común para consultar a los servicios médicos por enfermedades infecciosas.¹ Las infecciones quirúrgicas, causadas por bacterias que penetran a través de la incisión, ponen en peligro la vida de millones de pacientes cada año y contribuyen a la propagación de la resistencia a los antibióticos. En los países de ingresos bajos y medianos, un 11% de los pacientes operados sufren infecciones. En África, hasta un 20% de las mujeres sometidas a cesárea sufren infecciones de la herida que comprometen su salud y su capacidad para cuidar a los hijos.² En un trabajo reciente realizado en España se encontró que en un 7,1% de los pacientes la infección de la herida quirúrgica se detectó en el domicilio (dos terceras partes a partir de la segunda o tercera semana después del alta). Es de destacar que esto sucedió en intervenciones consideradas de bajo riesgo, como la cirugía limpia (herniorrafia, cirugía de la mama, cirugía vascular) y la limpia-contaminada (cirugía biliar); muchas de estas intervenciones no habían recibido quimioprofilaxis quirúrgica.³

La infección de la herida quirúrgica no solo influye de forma negativa sobre la morbimortalidad posquirúrgica, sino también sobre la estancia hospitalaria, ya que se estima que puede prolongar la hospitalización una media de siete días, y sobre los costes asociados al ingreso, además de la sobrecarga de trabajo que representa para el personal que atiende a estos enfermos.^{4,5} Según las recomendaciones del National Nosocomial Infections Surveillance system (NNIS), superficial, profunda o de órganos o espacio.⁶

El control de las IHQ es un indicador de calidad de la vigilancia epidemiológica de los pacientes quirúrgicos. Identificando factores de riesgo tanto en los pacientes como en los procedimientos se pueden planificar acciones preventivas y estrategias de control que resulten en la reducción de las tasas de infección.⁷ A pesar de los avances aparecidos en las técnicas, los materiales quirúrgicos, los antibióticos y los métodos de esterilización, un número importante de procedimientos quirúrgicos desembocan en este tipo de complicación.⁸ Para evitar las infecciones, se dice que todas las cosas que tengan contacto con la herida quirúrgica deben estar estériles, sin la presencia de microorganismos. La piel intacta evitaría la infección por su acción protectora de barrera; por lo tanto, la pérdida de su integridad la haría susceptible a la infección, ya que se crea una puerta de entrada de microorganismos; cualquier elemento contaminado que entre en contacto con la piel, se considera riesgo de infección.⁹

Los pacientes que desarrollan una infección de sitio quirúrgico tienen un 60% más de probabilidad de ingresar en una unidad de cuidados intensivos, 5 veces más de reingresar al hospital y el doble de posibilidades de fallecer que los pacientes sin infección.¹⁰ El usuario, luego de haber sido intervenido quirúrgicamente, puede presentar una infección; esto puede asociarse a varias causas, pero se ha evidenciado que la infección más común en las áreas hospitalarias es la infección en el sitio quirúrgico, es decir, se presenta la infección donde se ha realizado la cirugía. Al manifestar una infección, esto implica una complicación posquirúrgica, conocida como enfermedad intrahospitalaria, donde el paciente deberá asumir mayor tiempo en el hospital para ser tratada y por ende mayores gastos económicos. Por ese motivo, el personal de salud debe tomar medidas para prevenir y reducir infecciones en el sitio quirúrgico.^{11,12}

En la actualidad, todos los centros sanitarios tienen como meta obligatoria para la seguridad de sus pacientes reducir las infecciones nosocomiales. Un paciente con infección del sitio quirúrgico tiene cinco veces más riesgo de morir que un paciente en la misma condición no infectado. Paralelamente, cada infección en el sitio quirúrgico provoca que el paciente esté una semana más en el hospital con respecto a lo previsto, lo que deriva en gastos adicionales de la pérdida de expectativa de salud puesta en el propio procedimiento quirúrgico.^{13,14} Los agentes patógenos más frecuentes en la infección del sitio quirúrgico son *Staphylococcus aureus*, flora microbiana perineal y de la superficie nasal que se encuentran en 20 a 40% de la población general.¹⁵ Se analizaron los planes de cuidado implementados, centrados en el control de la hipotermia, el manejo del dolor, el soporte nutricional y el riesgo de deterioro de la integridad cutánea.¹⁶ La implementación de planes de cuidado basados en diagnósticos de enfermería estandarizados, como los propuestos por NANDA, NIC y NOC, garantiza un enfoque sistemático y eficiente.¹⁷ La educación continua y el soporte emocional son componentes vitales para asegurar el cumplimiento del tratamiento y mejorar la calidad de vida del paciente.¹⁸

Métodos

El método es un estudio de caso único de enfoque cualitativo. El método es de estudio cualitativo, en el cual se utilizó como instrumento de valoración la teoría de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon; asimismo, para el procesamiento de datos se utilizaron las nomenclaturas taxonómicas internacionales del diagnóstico enfermero 2021-2023 de NANDA Int. doceava edición. En la evaluación de resultados se utilizaron las taxonomías de clasificación de resultados NOC sexta edición. Asimismo, en las intervenciones de enfermería se utilizaron las taxonomías de clasificación de intervenciones de enfermería NIC séptima edición, las que se desarrollaron en las tablas 1, 2, 3, 4 y 5.

Caso clínico

Paciente adulto mayor de 92 años con iniciales A. V. G., que ingresa al servicio procedente de Emergencia el día 4 de abril y sale de alta el 15 de mayo de 2024. Vino en compañía de un familiar; el paciente se muestra desorientado, agresivo, con un acceso venoso para tratamiento analgésico y antibiótico. A la exploración física se observa amputación de miembro inferior derecho supracondílea, que presenta unas gasas con secreción serosa. Diagnóstico médico de ingreso: herida infectada de muñón derecho.

Familiar refiere: “mi papá no colabora en casa, todos trabajamos y no tenemos quien lo vea por eso se le ha infectado la herida”.

A la valoración: el paciente se encuentra en su unidad despierto, parcialmente orientado ventilando espontáneamente FIO₂ 21 ambiental, con desviación de la mirada, pupilas isocóricas reactivas a la luz, con una escala de Glasgow (EG) de 12/15, con un EVA de 8/10, observando fascia de dolor, piel adelgazada, se observa mucosas secas y placas blanquecinas en cavidad oral; cuello: cilíndrico móvil no se palpan adenopatías, tórax simétrico; auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ACP, no ruidos agregados; abdomen: B/D, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial y profunda; genitourinario: micción espontánea; deposiciones: familiares refieren que hace 3 días no realiza deposiciones; fuerza muscular: disminuido, piel íntegra sin presencia de LPP. Al CFV: FC: 83 x min, FR: 23 x min, P/A: 110/60 mmHg, SatO₂: 98 %, temperatura: 38,8 °C, peso: 50 kg, talla: 1,55 cm. Recuento de leucocitos en 23 350.

Tratamiento

Dieta completa + LAV

Vía salinizada

Ceftriaxona 1 gr c/12h EV

Metamizol 1 g PRN dolor, temperatura >38 °C EV

Tramadol 508 mg PRN dolor intenso EV

Ketoprofeno 100 mg c/8h

Valoración de enfermería por patrones funcionales

Patrón I

Percepción de manejo de la salud: paciente parcialmente orientado, no responde a la entrevista; los familiares refieren que el paciente se torna agresivo, que no ayuda a su cuidado, se le evidencia en regular estado general.

Patrón II

Nutricional metabólico: al examen físico, se evidencia paciente adelgazado con un peso de 50 kg, pálido, temperatura de 38,5 °C, piezas dentales incompletas, se evidencian placas blanquecinas en cavidad oral.

Patrón III

Eliminación: al examen físico se observa al paciente el uso de pañal; asimismo, los familiares refieren que no realiza deposiciones hace 3 días.

Patrón IV

Actividad - ejercicio:

Actividad respiratoria: el paciente presenta una respiración normal 23 x min con una SatO₂ 98 %.

Actividad circulatoria: el paciente presenta una frecuencia cardíaca normal de 83 latidos por minuto.

Capacidad de autocuidado: grado de dependencia III, con fuerza disminuida.

Patrón V

Sueño - descanso: el familiar refiere que el paciente se desorienta por la noche y se torna agresivo.

Patrón VI

Cognitivo - perceptivo: a la valoración, el paciente está despierto con una EG de 12/15, evaluando al paciente en facie de dolor al movimiento un EVA de 8/10.

Patrón VII

Autopercepción - autoconcepto: paciente quejumbroso.

Patrón VIII

Rol - relaciones: solo lo trae uno de sus hijos, refieren que tienen problemas con los demás hermanos.

Patrón IX

Sexualidad - reproducción: paciente viudo.

Patrón X

Adaptación - tolerancia al estrés: paciente intranquilo. Refiere “dolor en pierna”.

Patrón XI

Valores - creencias: familiar refiere que son de religión católica.

Priorización de diagnóstico enfermero

(00007) Hipertermia relacionada por proceso infeccioso, evidenciada por piel caliente al tacto, temperatura de 38°C (tabla 1).

(00132) Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico, evidenciado por facie de dolor, EVA (8/10), gemidos, muecas de dolor, rigidez en brazos y piernas (tabla 2).

(00046) Deterioro de la integridad cutánea relacionado por secreciones, evidenciado por alteración en la integridad cutánea (tabla 3).

(00011) Estreñimiento relacionado con postrado crónico, evidenciado por paciente no realiza deposiciones desde hace 3 días (tabla 4).

(00198) Patrón del sueño alterado relacionado por interrupción del sueño, evidenciado por dificultad para iniciar el sueño, expresa insatisfacción con el sueño (tabla 5).

(00303) Riesgo de caída en adultos según lo evidenciado por fuerza muscular disminuida, paciente pide ayuda para traslado en silla de ruedas.

Planes de cuidado

Tabla 1

Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00007) Hipertermia

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00007) Hipertermia relacionada por proceso infeccioso, evidenciada por piel caliente al tacto, temperatura de 38°C.	0800 Termorregulación 0800.19 Hipertermia (3) M Diana: Aumentar a: 5 Mantener en: 4 0800.01 Temperatura cutánea aumentada (3) M Diana: Aumentar a: 5 Mantener en:4	3900 Regulación de la temperatura Actividades 3900.01 Se interactuó con el paciente. 3900.02 Se controlaron las funciones vitales. 3900.03 Se observó el color y la temperatura de la piel. 3900.04. Se despojó de ropa y sábanas al paciente para favorecer el cambio de la temperatura corporal. 3900.06 Se administraron medicamentos antipiréticos SPM. 3900.07 Se reevaluaron los signos vitales.	0800 Termorregulación 0800.19 Hipertermia (5) N Puntuación de cambio + 2 0800.01 Temperatura cutánea aumentada (5) N Puntuación de cambio + 2

Fuente: Elaboración propia con información de las taxonomías Nanda, Noc, Nic; basado en Herdman H. (2021), p.581; Moorhead S. (2018), p. 392.

Tabla 2

Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00132) Dolor agudo

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00132) Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico, evidenciado por facie de dolor, EVA (8/10), gemidos, muecas de dolor.	2102 Nivel del dolor Indicadores: 2102.06 Expresiones faciales de dolor (2) DSRN Diana: Aumentar a: 3 2102.17 Gemidos (2) S Diana: Aumentar a: 3 2102.24 Muecas de dolor (2) S Diana: Aumentar a: 3	1410 Manejo de dolor: agudo 1410.01 Se interactuó con el paciente. 1100.02 Se realizó una valoración de las características del dolor. 1100.03 Se observaron signos no verbales de dolor. 1100.4 Se explicó al familiar sobre el procedimiento a realizar. 141.05 Se administró fenitoína 100mg EV cada 8h. 1410.06 Se proporcionó un ambiente tranquilo. 1410.07 Se observó alguna reacción adversa al medicamento. 1410.08 Se reevaluó el efecto del analgésico. 1410.09 Se permitió el acompañamiento del familiar.	2102 Nivel de dolor Indicadores: 2102.26 Expresiones faciales de dolor (3) DMRN Puntuación de cambio +1 2102.17 Gemidos (3) M Puntuación de cambio +1 2102.24 Muecas de dolor (3) M Puntuación de cambio +1

Fuente: Elaboración propia con información de las taxonomías Nanda, Noc, Nic; basado en Herdman (2021), p. 162; Valdespina (2018), p. 35; Butcher H. (2018), p. 306.

Tabla 3

Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00047) Deterioro de la integridad cutánea

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00046) Deterioro de la integridad cutánea relacionado por secreciones, evidenciado por alteración en la integridad cutánea.	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1101.13 Integridad de la piel (1) GC Diana: Aumentar a: 5 Mantener en: 4	3660 Cuidado de las heridas Actividades: 3660.01 Se controlaron las funciones vitales. 3660.02 Se monitorizaron las características de la herida. 3660.03 Se mantuvieron las vendas limpias y secas. 3660.04 Se administró tratamiento antibiótico. 3660.05 Se vigilaron los efectos adversos del medicamento.	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1101.13 Integridad de la piel (2) S Puntuación de cambio + 1

Fuente: Elaboración propia con información de las taxonomías Nanda, Noc, Nic; basado en Herdman (2021), p. 162; Valdespina (2018), p. 35; Butcher H. (2018), p. 306.

Tabla 4*Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00011) Estreñimiento*

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00011) Estreñimiento relacionado con postrado crónico, evidenciado por paciente no realiza deposiciones desde hace 3 días.	0501 Eliminación intestinal 0501.01 Patrón de eliminación (2) Diana Aumentar a: 4 0501.04 Cantidad de las heces en relación con la dieta (2) Diana Aumentar a: 4 0501.12 Facilidad de eliminación de las heces (2) Diana Aumentar a: 4	0450 Manejo del estreñimiento / impacción fecal Actividades 0450.01 Administrar lactulosa 30 cc. 0450.02 Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado. 0450.03 Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa o que contribuyan con el estreñimiento. 0450.04 Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibras. 0450.05 Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. 0450.06 Comunicar al médico si persisten los signos y síntomas del estreñimiento o impacción.	0501 Eliminación intestinal 0501.01 Patrón de eliminación (4) Puntuación de cambio +2 0501.04 Cantidad de las heces en relación con la dieta (4) Puntuación de cambio +2 0501.12 Facilidad de eliminación de las heces (4) Puntuación de cambio +2

Fuente: Elaboración propia con información de las taxonomías NANDA, NOC, NIC; basado en Herdman H. (2021), p.273; Moorhead S. (2018), p. 358; Butcher H. (2018), p. 313

Tabla 5*Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00198) patrón del sueño alterado*

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00198) Patrón del sueño alterado relacionado por interrupción del sueño, evidenciado por dificultad para iniciar el sueño, expresa insatisfacción con el sueño.	0004 Sueño 0004.03 Patrón del sueño (3) SC Diana: Aumentar a: 5 Mantener en: 4 000421 Dificultad para conciliar el sueño (3) SC Diana: Aumentar a: 5 Mantener en: 4 000401 Horas de sueño (3) SC Diana: Aumentar a: 5 Mantener en: 4 000410 Despertar a horas apropiadas (3) SC Diana: Aumentar a: 5 Mantener en: 4	1850 Mejorar el sueño 1850.01 Se explicó la importancia del sueño. 1850.02 Se animó al paciente a establecer una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia. 1850.03 Se incluyó el ciclo regular de sueño/vigilia. 1850.4 Se observó/registró el patrón y número de horas de sueño del paciente.	0004 Sueño 0004.03 Patrón del sueño (4) LC Puntuación de cambio +1 0004.21 Dificultad para conciliar el sueño (4) LC Puntuación de cambio +1 0004.01 Horas de sueño (4) LC Puntuación de cambio + 1 0004.10 Despertar a horas apropiadas (4) LC Puntuación de cambio + 1

Fuente: Elaboración propia con información de las taxonomías Nanda, Noc, Nic; basado en Herdman (2021), p. 215; Valdespina (2018), p. 248; Butcher H. (2018), p. 171.

Tabla 6

Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00303) Riesgo de caída en adultos

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00303) Riesgo de caída en adultos según lo evidenciado fuerza muscular disminuida, paciente pide ayuda para traslado en silla de ruedas.	1909 Conducta de prevención de caídas 1909.23 Pide ayuda (3) AD Diana: Aumentar a: 5 1909.02 Proporciona ayuda para la movilidad (4) FD Diana: Aumentar a: 5	6490 Prevención de caídas Actividades: 6490.01 Se identificaron conductas y factores de riesgo de caídas. 6490.02 Se dispuso de una buena iluminación. 6490.03 Se revisó si el paciente tiene antecedentes de caídas. 6490.04 Se le colocaron los objetos del paciente al alcance. 6490.05 Se subieron las barandillas de la cama del paciente. 6490.06 Se proporcionaron dispositivos de ayuda (silla de ruedas).	1909 Conducta de prevención de caídas 1909.23 Pide ayuda (3) AD Puntuación de cambio 0 1909.02 Proporciona ayuda para la movilidad (4) FD Puntuación de cambio 0

Fuente: Elaboración propia con información de las taxonomías Nanda, Noc, Nic; basado en Herdman H. (2021), p. 476; Moorhead S. (2018), p. 183; Butcher H. (2018), p. 376.

Figura 1

Evolución de la herida del muñón



Figura 2
Recuperación de la herida del muñón



Discusión

El presente caso clínico se realizó a un paciente con infección de herida de muñón, donde los cuidados de enfermería se centraron en mantener la estabilidad y mejorar la calidad de vida del paciente. En el análisis del primer diagnóstico (00007), hipertermia relacionada con aumento de la tasa metabólica, evidenciada por piel caliente al tacto, temperatura de 38,5 °C, irritabilidad, las intervenciones se realizaron de manera efectiva en un 100 %. Según NANDA Int., la hipertermia se define como la “temperatura corporal por encima del rango diurno normal debido a la insuficiencia de la termorregulación”.¹⁹ La hipertermia ocurre cuando la temperatura corporal asciende a niveles superiores a los normales y el sistema de termorregulación del cuerpo no puede funcionar correctamente.²⁰

El segundo diagnóstico (00132), dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico, evidenciado por fascia de dolor EVA (8/10), gemidos, muecas de dolor, se abordó con la administración de analgésicos y la creación de un ambiente tranquilo. Se realizaron intervenciones a un 70 %. NANDA define el dolor agudo como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial”. Las intervenciones resultaron en una notable reducción del dolor, disminuyendo de una EVA de 8/10 a 4/10 o menos. El dolor agudo es una señal de alarma como consecuencia de un daño tisular somático o visceral y desaparece generalmente con la reparación de la lesión que lo originó.²¹

En el tercer diagnóstico enfermero (00046), deterioro de la integridad cutánea relacionado por secreciones, evidenciado por absceso, alteración en el color de la piel, las intervenciones se realizaron en un 100 %. Según NANDA Int., el deterioro de la integridad cutánea se refiere a cualquier daño o alteración en la piel que compromete su estructura y función normal. Esto puede incluir heridas, úlceras, quemaduras, irritaciones o infecciones que afectan la epidermis y/o la dermis.²²

En el cuarto diagnóstico enfermero (00011), estreñimiento relacionado con postrado crónico, evidenciado por paciente no realiza deposiciones desde hace 3 días, se realizaron las intervenciones en un 100 %. Según Pistoria, las heces (materia fecal) se mueven más lentamente a través del intestino y el recto hacia fuera del cuerpo cuando alguien permanece en cama o menos activo. Es más probable que aparezca estreñimiento como resultado. Los pacientes hospitalizados también pueden estar tomando medicamentos, como algunos analgésicos, que producen estreñimiento.²³

En el quinto diagnóstico (00198), patrón del sueño alterado relacionado por interrupción del sueño, evidenciado por dificultad para iniciar el sueño, expresa insatisfacción con el sueño, las intervenciones de enfermería se realizaron en un 100 %. Según NANDA, el sueño, al ser una necesidad fisiológica, juega un papel crucial en la regulación de la recuperación y rehabilitación de enfermedades. Cuando este proceso se ve afectado, se incrementa la cantidad de despertares y el sueño se vuelve fragmentado, lo que impide que sea reparador. Esto puede resultar en una mayor vulnerabilidad a infecciones, alteraciones en el estado de ánimo, prolongación de la estancia hospitalaria y un aumento en la mortalidad.²⁴

En el análisis del sexto diagnóstico (00303), riesgo de caída en adultos relacionado con fuerza muscular disminuida, las

intervenciones de enfermería se realizaron al 100%. Asimismo, se señala “que el pie diabético, al provocar una disminución en la sensibilidad y cambios estructurales en el pie, incrementa significativamente el riesgo de caídas en los adultos mayores diabéticos. Los pacientes con historial de neuropatía, enfermedad vascular periférica y úlceras previas presentan un mayor riesgo de caídas”.²⁵

Cabe resaltar que el paciente estuvo hospitalizado hasta el 15 de mayo de 2024, donde se lograron resolver todos los problemas presentados, sin agregar alguna otra complicación durante este tiempo.

Conclusiones

El proceso de atención de enfermería está vinculado con las taxonomías de diagnósticos enfermeros, las taxonomías de clasificación de resultados y la clasificación de intervenciones de enfermería. Se priorizaron los diagnósticos enfermeros y se establecieron objetivos basados en la puntuación de diana, los cuales fueron parcialmente alcanzados en un inicio, dado que al final de la hospitalización del paciente se logró alcanzar los máximos objetivos planteados. Para el primer diagnóstico (00007), hipertermia, tuvo como puntuación de cambio con base en los indicadores: temperatura cutánea aumentada (+2), hipertermia (+2) e irritabilidad (+2). Para el segundo diagnóstico (00132), dolor agudo, tuvo como puntuación de cambio con base en los indicadores: expresiones faciales de dolor (+1), gemidos (+1) y muecas de dolor (+1). En el tercer diagnóstico enfermero (00047), deterioro de la integridad cutánea, tuvo como puntuación de cambio con base en el indicador: integridad de la piel (+1). En el cuarto diagnóstico enfermero (00011), estreñimiento, tuvo como puntuación de cambio con base en los indicadores: eliminación intestinal (+2), patrón de eliminación (+2), cantidad de las heces en relación con la dieta (+2) y facilidad de eliminación de las heces (+2). En el quinto diagnóstico (00198), patrón del sueño alterado tuvo como puntuación de cambio con base en los indicadores: patrón del sueño (+1), dificultad para conciliar el sueño (+1), horas de sueño (+1) y despertar a horas apropiadas (+1). Finalmente, en el sexto diagnóstico (00303), riesgo de caída en adultos, no se observaron cambios en sus indicadores: pide ayuda (0), proporciona ayuda para la movilidad (0). Estos resultados destacan la importancia de una evaluación continua y un ajuste constante de las intervenciones de enfermería para alcanzar los objetivos de cuidado y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Las intervenciones adecuadas y oportunas pueden hacer una diferencia significativa en la evolución de los diagnósticos enfermeros.

Cabe resaltar que el paciente estuvo hospitalizado hasta el 15 de mayo de 2024, donde se lograron resolver todos los problemas presentados, sin agregar alguna otra complicación durante este tiempo.

Finalmente, el paciente no fue intervenido quirúrgicamente; se realizaron las curaciones con el apósito de hidrofibra y se comenzó a evidenciar mejoría, manteniendo un ambiente húmedo en el sitio de la herida y se comenzó a eliminar tejido no viable. La cicatrización de las heridas en este ambiente húmedo y el control de las bacterias de la herida contribuyeron al proceso de cicatrización del organismo; de esta manera, los niveles de leucocitos mejoraron, el paciente comenzó a mejorar su estado de conciencia, no sufrió ni una sola caída y sin presentar una lesión por presión al ser un paciente de grado III.

Referencias

1. Valderrama S, et al. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de las Infecciones de Piel y Tejidos Blandos en Colombia. Infectio [Internet]. 2019; 23(4):318-346. <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v23n4/0123-9392-inf-23-04-00318.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. La OMS recomienda 29 formas de detener las infecciones quirúrgicas y evitar microorganismos multirresistentes. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/recommendations-surgical-infections/es/>
3. Delgado-Rodríguez M, Gómez-Ortega A, Sillero-Arenas M, Llorca J. Epidemiology of surgical-site infections diagnosed after hospital discharge: A prospective cohort study. Infect Control Hosp Epidemiol 2001; 22:24-30.
4. Cruse PJ, Foord R. The epidemiology of wound infection. A 10- year prospective study of 62,939 wounds. Surg Clin

North Am 1980; 60:27-40.

5. Mangram AJ, Horan TC, Pearson MC, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999; 20:250-278.
6. Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: A modification of CDC definitions of surgical wound infection. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1992; 13:606-608.
7. Morales R, Badia JM. Control del foco séptico en infección quirúrgica. En: Badia JM, Guirao X. Infecciones quirúrgicas. Guías clínicas de la asociación española de cirujanos. 2ª ed. Madrid: Arán Ediciones SL; 2016. p. 177-229. <http://clinicainfectologica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2018/03/Manejo-de-las-infecciones-de-la-herida-quir%C3%BAArgica.pdf>
8. Santalla MS, López-Criado MD, Ruiz J, Fernández-Parra JL, Gallo F, Montoya. Infección de la herida quirúrgica. Prevención y tratamiento. *Clin Invest Gin Obst.* 2007; 34(5):189-196. <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-infeccion-herida-quirurgica-prevencion-tratamiento-13110137>
9. Tobo Vargas NI. Nursing staff and patient security vision in the operating room regarding asepsis and sterile technique. *Av En Enferm.* junio de 2013; 31(1):159-69
10. Díaz-Agero-Pérez C, Pita-López MJ, Robustillo-Rodela A, Figuerola-Tejerina A, Monge-Jodrá V, others. Evaluación de la infección de herida quirúrgica en 14 hospitales de la Comunidad de Madrid: estudio de incidencia. *Enfermedades Infec Microbiol Clínica.* 2011; 29(4):257-62
11. Gebrim CF, et al. Indicadores de procedimiento para la prevención de la infección del sitio quirúrgico desde la perspectiva de la seguridad del paciente. *Enferm. glob.* 2016; 15(44). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412016000400011&lang=pt.
12. Ruiz SR, López MV. Factores de riesgo que contribuyen a la infección del sitio quirúrgico. *Metas de Enfermería.* 2016; 6(19) <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80942/factoresde-riesgo-que-contribuyen-a-la-infeccion-delsitio-quirurgico/>.
13. Angeles-Garay U, Velázquez-Chávez Y, Molinar-Ramos F, Anaya-Flores VE, Uribe-Márquez SE. Estimación de la estancia adicional en pacientes con infección hospitalaria. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009; 47:387-392.
14. Herwaldt LA, Cullen JJ, Scholz D, French P, Zimmerman MB, Pfaller MA, et al. A Prospective Study of Outcomes, Healthcare Resource Utilization, and Costs Associated with Postoperative Nosocomial Infections. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2006; 27:1291-1298.
15. Kanafani ZA, Arduino JM, Muhlbaier LH, Kaye KS, Allen KB, Carmeli Y, et al. Incidence of and Preoperative Risk Factors for Staphylococcus aureus Bacteremia and Chest Wound Infection After Cardiac Surgery. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2009; 30:242-248.
16. González-Consuegra RV. Plan de atención integral de enfermería para el cuidado de personas con úlceras por presión. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n1/v63n1a07.pdf>
17. North American Nursing Diagnosis Association. Edición Hispanoamericana diagnósticos enfermeros 2021-2023. 12.a edición. España; 2021. 609 pág.
18. Luft B. CRC Press. [Online].; 2020. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.1201/9781003066026-4/toxoplasma-gondii-benjamin-luft>

19. North American Nursing Diagnosis Association. Edición Hispanoamericana diagnósticos enfermeros 2021-2023. 12.a edición. España; 2021. 609 pág.
20. ¿Qué es la hipertermia? [Internet]. Los Institutos Nacionales de Salud. 2020. <https://salud.nih.gov/preguntele-a-carla/que-es-la-hipertermia>
21. Martínez Caballero C, Collado Collado F, Rodríguez Quintosa J, Moya Riera J. El alivio del dolor: un derecho humano universal. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2015; 22(5):224-230. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462015000500007&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462015000500007>
22. Campmany LC. Integridad cutánea y seguridad del paciente, algo más que solo (algunas) lesiones por presión [Internet]. Prevención Úlceras y Heridas tret e. Fheriwounds Solutions, S.L.; 2022. <https://prevencionulcerasyheridas.com/integridad-cutanea-seguridad-paciente/>
23. Pistoria MJ. Problemas debidos al encamamiento [Internet]. Manual MSD versión para público general. <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/temas-especiales/atenci%C3%B3n-hospitalaria/problemas-debidos-al-encamamiento>
24. Medina Cordero A, Feria Lorenzo DJ, Oscoz Muñoa G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Enferm. glob. [Internet]. 2009; (17). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es.
25. Dantas MJ, Figueiredo MH, Cruz M, Barbosa M, Lebreiro M. Carga de trabajo de enfermería en la consulta de la persona con diabetes mellitus: un estudio preliminar. Suplemento digital Rev ROL Enferm 2020; 43(1): 212-217

Correspondencia:

isabel.abc@hotmail.com

Fecha de recepción: 15/08/2024

Fecha de aceptación: 16/08/2024