



**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**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ÚLCERAS POR  
PRESIÓN**

**AUTORA**

**JESSENIA PAOLA RIVERA REYES**

**TUTORA**

**LIC. YANEDSY DÍAZ AMADOR, MSc.**

**LA LIBERTAD – ECUADOR**

**2017**

**TRIBUNAL DE GRADO**



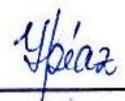
Lic. Doris Castillo Tomalá, MSc.  
**DECANA DE LA FACULTAD  
DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**



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



Lic. Carmen Lascano Espinoza, MSc  
**DOCENTE DE ÁREA**



Lic. Yanetsy Díaz Amador, MSc  
**TUTORA**



Ab. Brenda Reyes Tomalá, Mgt.

**SECRETARÍA GENERAL**

**ÍNDICE**

TRIBUNAL DE GRADO.....i

ÍNDICE .....i

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 ..... 6

CONCLUSIONES..... 12

BIBLIOGRAFÍA..... 13

ANEXOS..... 15

## INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión son consideradas en la actualidad un problema de salud pública, donde su incidencia va aumentando día a día, situación que afecta directamente al individuo, causando en el paciente diferentes afecciones como la incomodidad física, aumento de costos en el tratamiento, internación hospitalaria prolongada y riesgo en el desarrollo de complicaciones adicionales. Siendo un gran reto para el profesional de enfermería "la prevención y el tratamiento" como punto de partida. Siendo las instituciones prestadoras del servicio con mayor prevalencia a nivel mundial de acuerdo a la OMS entre el 5 al 12% y en América latina es del 7%.

Soldevilla. J (2012), refleja en el segundo estudio en España que mediante la prevalencia de las úlceras por presión un 11% de pacientes son atendidos en la asistencia directa del primer nivel de atención donde muchos de estos son asistidos de manera domiciliaria, en la atención secundaria el 8,9% al 10,9%, refleja un dato que guarda relación de acuerdo al número poblacional, incidiendo en adultos mayores con edad predominante de 65 años y más representando el 84%.

El Ministerio de Salud Pública (2010), creó una unidad que se encarga de la discapacidad; en ella, se han generado proyectos, como la creación de un servicio concreto para el manejo de escaras, entre otros. Estudio realizado en el Hospital Provincial Docente de Ambato, de acuerdo a las estadísticas, durante el primer semestre del año 2011, se atendieron más de 50 pacientes por accidentes cerebro vasculares, 61 pacientes por neumonías y 92 pacientes por complicaciones de diabetes; sumando un total de 203 pacientes. De ellos, existió un promedio de 18% de pacientes con úlceras por presión siendo más prevalente en paciente entre los 65 a 80 años de edad.

El Ministerio de Salud Pública menciona que el mayor riesgo en estas personas que padecen de esta enfermedad es ocasionado por la pérdida de la humedad en la piel, pacientes que, por su condición de salud, pasan mucho tiempo encamado y no cambian de posición por lo tanto la piel de las áreas sacra y talón se vuelven más frágiles.

En el Ecuador el 55% de los casos de úlceras por presión se presenta en el grupo de edad de 50 a 74 años, lo que confirma la susceptibilidad a las lesiones por la disminución paulatina en el tejido celular subcutáneo, la flexibilidad y la elasticidad de la piel. La enfermera(o) cuando ofrece cuidados a personas mayores de cincuenta y cinco años de edad que deben permanecer en cama por tiempo prolongada debe aplicar las medidas para prevenir la aparición de úlceras por decúbito

A Nivel de Provincia, en Santa Elena no existen datos estadísticos de las personas que padecen úlceras por presión, pero existen factores de riesgos muy altos en la población adulta, por lo que se hace necesario aplicar el proceso de atención de enfermería a paciente con úlceras por presión logrando una adecuada cicatrización de las lesiones, para reducir los ingresos hospitalarios y la rápida incorporación del paciente a la sociedad

Este trabajo destaca como principal papel el rol del profesional de enfermería, como atención de calidad y humanística, sobre todo a pacientes que se encuentren en áreas críticas, aplicando todos sus conocimientos en relación al proceso de atención de enfermería en las diferentes etapas del ciclo vital del ser humano, para identificar los principales problemas reales o potenciales, para protocolizar actividades encaminadas a promover, prevenir y recuperar el estado de salud del paciente.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Aplicar el proceso de atención de enfermería para la prevención y cuidado de los pacientes con úlceras por presión.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar los factores de riesgo que tienen los pacientes encamados para la aparición de las úlceras por presión.
2. Determinar los cuidados preventivos en pacientes con poca movilidad.
3. Diseñar un plan de cuidado en pacientes con úlceras por presión aplicando las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

## **DESARROLLO DE LA PRÁCTICA**

### **Descripción del objeto de estudio**

Las úlceras por presión, son lesiones serias y frecuentes que ocurren entre pacientes inmóviles y debilitados. Estas lesiones son áreas localizadas de necrosis (muerte) de la piel y los tejidos que se encuentran por debajo de ella que tienden a ocurrir cuando dichos tejidos son comprimidos entre una prominencia ósea y una superficie externa como el colchón de la cama, silla o sillón donde se apoye el cuerpo por un prolongado periodo de tiempo. O los pacientes limitados en cama por con disfunción motora y sensitiva están propensos al edema marcado y de la mano a sufrir progresivamente la úlcera por presión, acción combinada de factores extrínsecos en la integridad de la piel que puede verse alterada en cuatro factores. Fuerzas de presión, tracción, fricción y humedad.

La profesión de enfermería, incorpora el proceso de atención de enfermería como metodología basada en el método científico con la finalidad de sistematizar, estandarizar y fundamentar su actividad. El cual se aplica para identificar necesidades y problemas del paciente con una base dialéctica, cognoscitiva y educativa. La práctica de los cuidados de enfermería supone la adquisición de gran número de conocimientos y habilidades esenciales para poder suministrar unos cuidados de calidad tanto en la curación como en la prevención de las úlceras por presión basándose en la investigación, por lo tanto, el profesional debe valorar los factores de riesgo a fin de evitar la aparición de las úlceras, de tal manera que debe aplicar los conocimientos básicos que le permitan.

La atención de la salud debe orientarse a mantener el nivel funcional óptimo de los pacientes, así como también evitar los problemas de salud que contribuyan al deterioro de su calidad de vida. De tal manera, que el personal de enfermería debe ejecutar acciones de prevención para ayudar en la disminución de los riesgos que puedan generar complicaciones. La finalidad de los cuidados de enfermería consiste en ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades con el propósito de alcanzar un mayor

bienestar y, en consecuencia, conducir las a recuperar su independencia en la ejecución de sus propios cuidados.

## **Modelo y Teoría aplicada**

### TEORÍA DEL CUIDADO

Se utilizó la teoría de Dorothea Orem encaminada: “Para ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado en las úlceras por presión también, para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Además, se afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo del mejoramiento del paciente que desarrolla úlceras por presión.

### TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. En este caso a los pacientes con úlceras por presión que son sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determinando cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera protocolizando actividades que ayudaran a la mejora continua del paciente.

## **Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería**

### **VALORACIÓN**

Mediante la valoración es necesario que la enfermera(o) interaccione activamente con él paciente; en tal sentido debe valorar los cambios fisiológicos y psicológicos, examinar la piel a diario y ver sus características: color, textura, vascularización, humedad y temperatura. Esta exploración será más minuciosa en pacientes diabéticos o con trastornos circulatorios, para ello debe disponer de tiempo suficiente para que dicha valoración sea exhaustiva.

Paciente de sexo masculino de 68 años de edad, con antecedentes patológicos personales de diabetes mellitus tipo 2 controlada, hipertensión arterial que ingresa al servicio hospitalario en el área de cuidados intensivos por presentar accidente cerebro vascular isquémico del hemisferio izquierdo y debido al estado que se encuentra la estadía hospitalaria es prolongada, limitando movimientos y el encamamiento el cual ha presentado una úlcera por presión en maléolo tibial derecho así como deterioro físico

Mediante la exploración física general de forma céfalo caudal, el paciente se encuentra con palidez generalizada, consciente con pérdida progresiva de la movilidad, apertura ocular espontánea, afebril, hidratado, mucosas semi húmedas e hipocoloriadas, mediante la palpación superficial y profunda no refiere dolor intenso pero si se refleja una hemiparesia derecha, en la cual se encuentra presente la úlcera por presión ubicada anatómicamente en la parte tibial izquierdo del maléolo. Según la valoración por la escala de Norton refleja un riesgo alto en su puntuación de 11 puntos, donde la ubicamos según su clasificación en el estadio III, las características de la úlceraes de forma circular, con bordes edematosos, tiene un diámetro de 4,5cm. En la herida se aprecia tejido desvitalizado, con poco exudado y presencia de olor desfavorable característico en estas lesiones, con signos clínicos de infección local, el paciente refiere dolor también se constatan múltiples escoriaciones en la piel en los miembros inferiores con presencia de edema, resequedad de la piel y se encuentra con sonda vesical, la misma permeable sin signos de sepsis visibles.

La “Teoría del déficit de autocuidado” de Dorotea E. Orem ya que describe muy claramente las causas que pueden provocar en el individuo un problema o el déficit. Según los patrones funcionales de respuesta humanas de la NANDA y las situaciones de salud del paciente los 13 patrones se encuentran alterados resaltando con mayor relevancia los siguientes:

Patrón 2: Nutricional/ Metabólico, por el desequilibrio nutricional que presenta su estado de salud.

Patrón 3: Eliminación-Intercambio, por la incontinencia urinaria.

Patrón 4: Actividad – Reposo, por la alteración de la movilidad física como consecuencia de la reducción de la fuerza, el tono, el equilibrio o la coordinación muscular con llevando a producirse las ulcera por presión y el deterioro de la comunicación verbal como consecuencia de la alteración de la expresión, la comprensión o ambas.

## **DIAGNÓSTICOS**

Los diagnósticos enfermeros que se trabajan en todas las guías son aquellos que se relacionan directamente con el problema, es decir, se dirigen al cuidado de las úlceras por presión, y los más relevantes en esta patología son:(00047) Riesgo de deterioro de integridad cutánea relacionado con factores mecánicos manifestado por destrucción de las capas de la piel, (00046) deterioro de integridad cutánea relacionado alteración de la circulación, deterioro de la movilidad física, presión, fricción, factores nutricionales (00044) deterioro de integridad tisular relacionado con deterioro de la movilidad física manifestado por destrucción tisular , (00004) riesgo de infección relacionado con la destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental Y (00132) dolor agudo relacionado con agentes lesivos manifestado por verbalización del paciente .

## **PLANIFICACIÓN**

Identificada la necesidad que el paciente no puede resolver por sí mismo se planifica la intervención de enfermería. Para ello se elabora un “plan de cuidados”, que puede ser individualizado o estandarizado. En él se reflejan los objetivos de las tareas a realizar y lo que se tiene que hacer, Planes de cuidados: Prevención: dirigida a pacientes

susceptibles de riesgo de padecer úlceras por presión (escala Norton). Curación: dirigida a promover la cicatrización y prevenir la extensión de la úlcera. Se Ayuda al paciente en el :(2102) Nivel del Dolor, la Integridad Tisular, (1101) Piel, Membranas y Mucosa, (0204) y disminuir las consecuencias de la Inmovilidad Fisiológica.

## **EJECUCIÓN**

Se trata de realizar aquellas actividades encaminadas a prestar la ayuda que el paciente precisa para satisfacer sus necesidades. Se realizó cuando y cuantas veces fuera necesario el plan de cuidados y en la forma que lo indique el manual de procedimientos o protocolos hospitalarios. Tanto para la prevención como la curación de las úlceras por presión, para la curación dependiendo del grado o estadio de la úlcera, en el paciente se realiza la curación según el Estadio III: Se Limpia la piel, alrededor de la úlcera con jabón suave, también con solución no toxica y con movimientos circulares para la exudación, cavitación y desbridación. Y en la prevención actividades para disminuir los factores que influyan en el desarrollo de nuevas úlceras como controlar el color, temperatura, el edema, la humedad, y la apariencia de la piel. Al paciente también se ayudó:(1400) en el Manejo del dolor mediante la valoración característica e intensidad del dolor , controlar los factores ambientales que pueden influir en las respuestas del paciente, explorar con el paciente factores que alivie o empeoren el dolor y enseñar métodos no farmacológicos que alivien el dolor y otro punto importante la movilidad física para la (3540) prevención de úlceras por presión mediante la colaboración de un fisioterapeuta para determinar un protocolo de ejercicios, valoramos el proceso del paciente en el mejor establecimiento del movimiento y la función corporal y se utilizó estímulos táctiles para minimizar el espasmo muscular para mantenerlo en un confort adecuado y mejorar su estilo de vida.

## **EVALUACIÓN**

Es un proceso para determinar hasta que punto se han conseguido los objetivos, sacar conclusiones y modificar, si procede, el plan de cuidados. ' En el caso de la prevención, el objetivo es que no aparezca más úlcera en las prominencias oseas. En el caso de la curación, se pretendió que cicatrice, y que disminuya en la medida de lo posible y no empeore el estado de salud del paciente o evite complicaciones a futuro.

## PLANES DE CUIDADO

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN																								
<p><b>Dominio :12 Confort</b>  <b>Clase: 1 Confort</b>  <b>Código: (00132)</b></p> <p>Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos Manifestado por verbalización del paciente.</p>	<p><b>Dominio</b> Salud Percibida  <b>Clase:</b> U Salud y Calidad de Vida                      Nivel del Dolor  <b>Código:</b>(2102)</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>• Duración de los episodios .</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>• Tensión muscular.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>• Expresión facial del dolor</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	• Duración de los episodios .			X			• Tensión muscular.			X			• Expresión facial del dolor			X			<p><b>Campo:</b> I Fisiológico Básico  <b>Clase:</b> E Fomento de la comodidad  <b>Intervención:</b> Manejo de dolor  <b>Código:</b>(1400)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Observar mediante la valoración característica e intensidad del dolor y de igual manera tener presente la intensidad.</li> <li>❖ Controlar los factores ambientales que pueden influir en las respuestas del paciente.</li> <li>❖ Explorar con el paciente factores que alivie o empeoren el dolor.</li> <li>❖ Enseñar métodos farmacológicos que alivien el dolor.</li> </ul> </div>	<p>Mediante este plan de cuidado se logró aliviar el dolor ayudando al paciente a que se sienta en confort y tranquilo para mantener un equilibrio en su salud y evitar futuras complicaciones.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																						
• Duración de los episodios .			X																								
• Tensión muscular.			X																								
• Expresión facial del dolor			X																								

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN																								
<p><b>Dominio:</b> 11 Seguridad /Protección</p> <p><b>Clase:</b>2 Lesión Física</p> <p><b>Código:</b>(00046)</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea relacionado con factores mecánicos manifestado por destrucción de las capas de la piel.</p>	<p><b>Dominio :</b>II Salud Fisiológico</p> <p><b>Clase:</b> I Integridad Tisular</p> <p>Integridad Tisular : Piel y Membranas y Mucosa</p> <p><b>Código:</b>(1101)</p> <table border="1" data-bbox="617 513 1079 1406"> <thead> <tr> <th data-bbox="617 513 877 565">Indicadores</th> <th data-bbox="877 513 919 565">1</th> <th data-bbox="919 513 951 565">2</th> <th data-bbox="951 513 993 565">3</th> <th data-bbox="993 513 1035 565">4</th> <th data-bbox="1035 513 1079 565">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="617 711 877 829">• Integridad de la piel</td> <td></td> <td></td> <td data-bbox="951 711 993 748">x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="617 873 877 992">• Lesiones cutáneas</td> <td></td> <td></td> <td data-bbox="951 873 993 911">x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="617 1036 877 1122">• Tejido cicatricial</td> <td></td> <td></td> <td data-bbox="951 1036 993 1073">X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	• Integridad de la piel			x			• Lesiones cutáneas			x			• Tejido cicatricial			X			<p><b>Campo:</b>2 Fisiológico</p> <p><b>Clase :</b>N Control de la Perfusión Tisular</p> <p><b>Intervención:</b> Cuidados de la Úlcera por Presión</p> <p><b>Código:</b> (3520)</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul data-bbox="1104 630 1566 1344" style="list-style-type: none"> <li>• Describir las características de las úlceras a intervalo regulares.</li> <li>• Controlar el color, temperatura, el edema, la humedad, y la apariencia de la piel.</li> <li>• Desbridar la úlcera por presión.</li> <li>• Limpiar la piel, alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.</li> <li>• Limpie la úlcera con solución no toxica y con movimientos circulares</li> </ul>	<p>Las actividades realizadas ayudaron al paciente a mejorar el estado de las úlceras por presión, pero no obstante no a su total recuperación por las diferentes antecedentes patológicos o factores asociadas.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																						
• Integridad de la piel			x																								
• Lesiones cutáneas			x																								
• Tejido cicatricial			X																								

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN																		
<p><b>Dominio 4:</b> Actividad/ Reposo</p> <p><b>Clase 2:</b> Actividad/ Ejercicio</p> <p><b>Código:</b>(00091)</p> <p>Deterioro de la movilidad en la cama relacionado por pérdida de la condición física manifestado por incapacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama, sobre uno u otro lateral.</p>	<p><b>Dominio:</b> I Salud Funcional</p> <p><b>Clase:</b> C Movilidad</p> <p>Consecuencias de la Inmovilidad Fisiológica</p> <p><b>Código:</b> (0204)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• Articulaciones Anquilosadas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>• Tono muscular</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	• Articulaciones Anquilosadas				x		• Tono muscular				x		<p><b>Campo:</b>4 Seguridad</p> <p><b>Clase:</b> N Control de Riesgo</p> <p><b>Intervención:</b> Prevención de Úlceras por Presión</p> <p><b>Código:</b> (3540)</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaborar con un fisioterapeuta para determinar un protocolo de ejercicios.</li> <li>• Evaluar las funciones sensoriales</li> <li>• Vigilar la respuesta emocional, cardiovascular y funcional del paciente al protocolo de ejercicios.</li> <li>• Valorar el proceso del paciente en el mejor establecimiento del movimiento y la función corporal.</li> <li>• Utilizar estímulos táctiles para minimizar el espasmo muscular.</li> </ul>	<p>Las intervenciones realizadas al paciente ayudan a llevar a un estado de confort más moderado, a la movilidad y equilibrio al realizar actividades diarias evitando a que aparezcan más úlceras por presión en un futuro.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																
• Articulaciones Anquilosadas				x																	
• Tono muscular				x																	

## CONCLUSIONES

Los factores de riesgo son el indicador más relevante a la hora de valorar a pacientes encamados, ya que es la principal causa del desarrollo de las úlceras por presión que se dan en las prominencias óseas causando un daño en los tejidos, un bloqueo de la circulación y afectando la salud del paciente. El personal de enfermería se encuentra en la obligación de realizar los cambios posturales al paciente como mínimo cada 2h, brindar seguridad al paciente, y prevenir este tipo de afecciones.

A través de la implementación del proceso de atención de enfermería en el quehacer diario de los profesionales podemos protocolizar cuidados de enfermería, incluyendo la familia, por este motivo es importante implementar una guía de actividades de enfermería para prevención y tratamiento de úlceras por presión como instrumento de trabajo cotidiano ya que genera un enfoque rápido y eficaz para entender y manejar este tipo de patología, evitando este evento adverso.

Mediante el diseño del plan de cuidado en pacientes con úlceras por presión aplicando las taxonomías NANDA, NOC y NIC se contribuyó en la prevención y el tratamiento oportuno de manera satisfactoria, espacio de tiempo donde el paciente recuperó el tejido de granulación permitiéndole reincorporarse a la sociedad sin causar extremos daños.

Podemos concluir que, en la actualidad el interés por la mejora continua y la seguridad de los pacientes va en aumento, debido al elevado índice de errores y a los eventos adversos dentro del contorno hospitalario originando causas de muerte, invalidez en desajustes económicos o juicios contra profesionales de la salud e instituciones. Pensamos que una vez que ocurre el desarrollo de esta patología hay que prestarle una atención adecuada, y de manera protocolizada para que este problema tenga una solución rápida y efectiva aplicando el proceso de atención de enfermería protocolizando actividades encaminadas a la prevención, promoción y recuperación de la patología así evitando complicaciones a futuro.

## BIBLIOGRAFIA

### LIBROS

Ayala, V. (2012). *Manual en cuidados en úlceras por presión* (Vol. II). España : Española.

Blanco Rosa, Lopez E. (2015). *Guía de recomendaciones basadas en evidencia en prevención y tratamiento de las úlceras por presión en adultos*. OSAKIDEZA.

Bulecheck ,G . Butcher, H., & Dochterman, J. (2007- 2008) *Intervenciones de Enfermería : Elsevier* .

Herdman, T.(2015-2017)*Diagmosticos Enfermeros Definiciones y Clasificacion NANDA.Barcelona.Elsevier*.

Martinez, J.(2008). *prevención y tratamiento en as úlceras por presión y escaras*. España : PUBLICACIONES VERTICLAES S.L.

Moorhead, S.,Johnson, M., Mas, m. & Swanson, E (2008) *clasificacion de resultados NOC . Barcelona . Elsevier*

Ramirez, J (2015). *Atención y cuidados de las úlceras por presión por el cuidado enfermero*. VIVELIBRO.

### SITIOS WEB

Gneaupp. (2011). *Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas .prevención y tratamiento de las úlceras por presion*.  
Obtenido de <http://gneaupp.info/app/documentos-guias/default.asp?id=12>

M.S.P. (2010). Obtenido de  
<https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>

Matinez, J. (2013). *Guía para la prevención , diagnostico y tratamiento de las úlceras por presión*. Obtenido de <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6804/1/UDLA-EC-TLE-2017-16.pdf>.

Orellana, N. (2010). *Protocolo de úlceras por presión .unidades de gestion de cuidado*. Obtenido de [http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/page/ssalud/ssalud\\_metropolitanooriente/g\\_protocolos/procolos/tab5966481/2.ulcera%20por%20presi%c3%93n.pdf](http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/page/ssalud/ssalud_metropolitanooriente/g_protocolos/procolos/tab5966481/2.ulcera%20por%20presi%c3%93n.pdf).

Soldevilla, J. (2012). *El 2° Estudio Nacional de Prevalencia de úlceras por presión en España* . Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2006000300006&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000300006&lng=es&tlng=es)

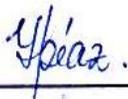
# ANEXOS

LA LIBERTAD, OCTUBRE 2017

### **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de tutora de la presente Memoria Técnica de la parte Práctica “Proceso de Atención de Enfermería en Paciente con Úlceras por Presión”, elaborado por la Srta. **JESSENIA PAOLA RIVERA REYES**, egresada de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud. 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



---

Lic. Yanetsy Díaz Amador, MSc.  
**TUTORA**

La Libertad, octubre del 2017

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

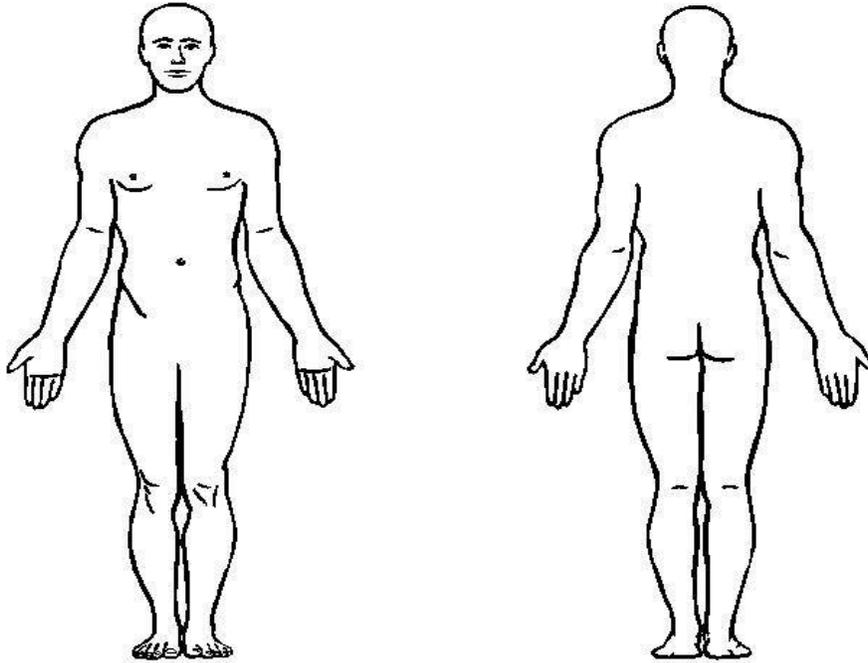
Yo, Jessenia Paola Rivera Reyes con Cédula de Identidad N° **2400259988** declaro que la Modalidad de Titulación: Memoria Técnica de la parte Práctica es el producto de la experiencia en el área hospitalaria aplicando la metodología de la ciencia de enfermería con las taxonomías NANDA, NOC y NIC, la presente memoria es de mi absoluta responsabilidad; el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.



---

Jessenia Paola Rivera Reyes  
CI: 2400259988  
**AUTORA**

## Examen Físico Céfalo-Caudal



### Orden de valoración

- Cabeza.
- Cara
- Ojos
- Oídos
- Nariz
- Boca
- Cuello.
- Tórax.
- Abdomen.
- Genitales
- Extremidades.

### Examen físico de la cabeza: cráneo y cara.

- ✓ Cráneo:

**Inspección:** Cabeza: Simétrica, sin presencia de hematomas o abrasiones

**Palpación:** -Buena implantación de los cabellos.

**Examen del cabello y del cuero cabelludo:** Cabello corto, canoso sin presencia de lesiones visibles y con una buena higiene.

- ✓ **Cara.** Se examina la cara propiamente dicha, los ojos, la nariz, la cavidad bucal y los oídos.

**Examen de la cara:** el paciente se encuentra con palidez generalizada, con facies de dolor.

**Examen de los ojos:** Simétricos, apertura ocular espontánea con presencia de midriasis y sensibilidad a la luz, no se observa presencia de secreciones.

**Examen de la nariz:** se observa que no existe dificultad respiratoria, ni lesiones, inflamación, secreciones y la percepción de los olores.

**Examen de la cavidad bucal:** Mucosas semi húmedas e hipocoloriadas, labios pálidos, se observa signos de deshidratación, no se observan heridas o pérdidas de fluidos.

**Examen físico de los oídos:** Sin presencia lesiones.

**Examen físico del cuello:** dolor cervical, sin ingurgitación yugular o presencia de heridas visibles.

**Examen físico del Tórax:** Se procede a la auscultación, palpación, percusión, inspección, se observa la expansión correcta de tórax.

**Examen del abdomen:** No se observa dolor en la zona a la palpación profunda.

**Zonas del abdomen:** se dividen en 9 cuadrantes.

Cuadrantes y principales órganos que aparecen en cada uno de ellos.

**1- Epigastrio:** estómago, duodeno, páncreas y vasos sanguíneos.

**2- Mesogastrio:** colon transversal, vasos sanguíneos.

**3- Hipogastrio:** vejiga y útero.

**4- Hipocondrio derecho:** hígado, vesícula, ángulo hepático del colón.

**5- Hipocondrio izquierdo:** bazo, ángulo esplénico del colon y páncreas.

**6- Flanco derecho:** colon ascendente y riñón derecho.

**7- Flanco izquierdo:** colon descendente y riñón izquierdo.

**8- Fosa ilíaca derecha:** ciego, apéndice, genitales internos en la mujer.

**9- Fosa ilíaca izquierda:** sigmoideo y genitales internos en la mujer.

**Inspección:** con el paciente desnudo y acostado. Mediante esta técnica se precisará: volumen, forma, relieve, simetría, las pulsaciones, la integridad de la piel y el patrón respiratorio, la presencia o no de protuberancias, el estado del ombligo y la movilidad del abdomen, entre otros.

**Auscultación:** mediante esta técnica se identificarán los ruidos normales y patológicos. Se podrán escuchar los ruidos hidroaereos, se oyen mejor en Fosa Ilíaca Izquierda.

**Percusión:** mediante este se identifican los diferentes sonidos abdominales, los que dependen de la naturaleza más o menos semisólidas de las vísceras intraabdominales. Mediante la misma se precisará:

-sonoridad de vísceras huecas: **timpanismo.**

-Sonoridad de vísceras macizas: **matidez y submatidez.**

**Palpación.** Mediante la palpación superficial y profunda no refiere dolor .

**Genitales.** Se encuentra con sonda vesical, la misma permeable sin signos de sepsis visibles.

**Examen físico de las extremidades músculo esquelético.**

Brazo derecho: Sin presencia de herías, vello mínimo, presencia de edematizacion y Hemiparesia, Brazo izquierdo: Sin presencia de heridas, lesiones, hematomas se observa poca edematizacion y presencia de vía periférica. Dedos: sin lesiones visible.

Uñas: Cortadas sin presencia de micosis u alteraciones. Miembro inferior derecho, Edematizado, presencia de hematomas. Miembro inferior izquierdo: Edematizado, presencia en la cual se encuentra presente la úlcera por presión ubicada anatómicamente en la parte tibial izquierda del maléolo Según la valoración por la escala de Norton refleja un riesgo alto en su puntuación de 11 puntos, donde la ubicamos según su clasificación en el estadio III, las características de la úlcera de forma circular, con bordes edematosos, tiene un diámetro de 4,5cm. En la herida se aprecia tejido desvitalizado, con poco exudado y presencia de olor desfavorable característico en estas lesiones, con signos clínicos de infección local, el paciente refiere dolor también se constatan múltiples escoriaciones en la piel en los miembros inferiores con presencia de edema, resequedad de la piel.