



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN USUARIO CON ÚLCERA POR
PRESIÓN SACRA GRADO III. HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR, GUAYAQUIL
2020**

**ANÁLISIS DE CASO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

TOMALÁ MERCHÁN ROBERTH DANIEL

TUTOR(A)

LIC. YANELIS SUÁREZ ANGERÍ, MSc

PERIODO ACADÉMICO

2019-2

TRIBUNAL DE GRADO



Lcdo. Milton González Santos, MSc
DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD



Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD
DIRECTORA DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA

Ing. Juan Enrique Fariño Cortez, PhD.
DOCENTE DE ÁREA

Lic. Yanelis Suárez Angerí, MSc.
DOCENTE TUTORA

Ab. Victor Coronel Ortiz, MSc
SECRETARIO GENERAL (E)

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor/a de estudio de caso: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN USUARIO CON ÚLCERA POR PRESIÓN SACRA GRADO III. HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR, GUAYAQUIL 2020, elaborado por el estudiante TOMALÁ MERCHÁN ROBERTH DANIEL, de la carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de LICENCIADO EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente,



Lic. Yanelis Suárez Angerí, MSc

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme alientos en los momentos más difíciles de mi vida y poder continuar adelante en la culminación de mi carrera.

A mis padres por ser el motor de mi vida, quienes me han guiado a lo largo de este camino, me han brindado todo su apoyo y por no haber dudado de mi capacidad ni un segundo.

A mi tutora por la dedicación que le dio a la realización de este trabajo de titulación con las constantes reuniones y revisiones del mismo.

A todos los profesionales de salud que conocí durante mis años de prácticas, quienes fueron grandes maestros y amigos que dejaron parte de sus enseñanzas en mí.

Tomalá Merchán Roberth Daniel

DECLARACIÓN

El contenido del presente Estudio de caso es de mi entera responsabilidad, el Patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a horizontal line extending to the right.

Tomalá Merchán Roberth Daniel

C.I: 240012109-7

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO

APROBACIÓN DEL TUTOR

AGRADECIMIENTO

DECLARACIÓN

ÍNDICE GENERAL I

RESUMEN II

ABSTRACT..... III

INTRODUCCIÓN..... IV

CAPÍTULO I 1

1. Diseño del Análisis de Caso 1

1.1. Antecedentes del problema 1

1.2. Objetivos del estudio..... 3

1.3. Preguntas de investigación..... 3

1.4. Propositiones del estudio (hipótesis)..... 4

1.5. Unidad de análisis 4

1.6. Método e instrumento de recopilación de datos 5

1.7. Métodos de análisis de la información..... 5

CAPÍTULO II 7

2. Recopilación de la información 7

2.1 Referente epistemológico..... 7

2.2 Contexto conceptual, perspectivas y modelos teóricos y culturales. 13

CAPÍTULO III.....	16
3. Análisis de la información	16
3.1. Descripción general del caso	16
3.2. Análisis de la evidencia	18
3.3. Proceso de recogida de la evidencia.	19
3.3.1. Evidencia documental.....	19
3.3.2. Observación directa	19
3.3.3. Entrevistas y examen físico	19
3.3.4. Equipos y materiales, tecnológicos.....	34
3.3.5. Análisis individual de cada caso	52
3.4. Conclusiones	55
3.5. Recomendaciones	56
Apartados finales	57
4. Referencias Bibliográficas	57
Anexos	59

RESUMEN

La úlcera por presión es una lesión de la piel, producida secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulaciones y hueso. Las úlceras por presión localizada en la región sacro-coxígea están presentes frecuentemente en pacientes ingresados en hospitales, clínicas e incluso en domicilios, a pesar de los avances existentes en su prevención y curación representan un gran problema económico, social y sanitario. El objetivo del estudio de caso, consiste en aplicar el proceso de atención enfermería en el cuidado en usuario con úlcera por presión sacra grado III del Hospital General Guasmo Sur 2020, con el propósito de implementar intervenciones de enfermería para brindarle cuidados apropiados. El estudio tiene un enfoque cualitativo con carácter único, tipo descriptivo y transversal basado en la realidad subjetiva y científica. A través de las diferentes intervenciones de enfermería que permitieron poner en evidencia el juicio crítico del profesional a través de cuidados individualizados, logrando mejorar la salud del usuario y prevenir riesgo de la enfermedad de base. Así mismo, la adquisición de conocimiento científico de las úlceras por presión en sus diferentes estadios durante el estadio hospitalario ha permitido identificar los factores descendentes e implementar planes de cuidados que ayuden al manejo y en las posibles complicaciones que pueda presentar con la patología.

Palabras claves: Úlcera por presión; intervención de enfermería; estadio III; úlcera sacra.

ABSTRACT

Pressure ulcer is a skin lesion, produced secondary to a process of ischemia, which can affect and necrotize those areas of the epidermis, dermis, subcutaneous tissue and muscle where they are located, and can even affect joints and bone. Pressure ulcers located in the sacro-coccygeal region are frequently present in hospitals, clinics and even in homes, and despite existing advances in their prevention and cure, they represent a major economic, social and health problem. The objective of the case study is to apply the nursing care process in the care of the user with sacral pressure ulcer grade III of the Hospital General Guasmo Sur 2020, with the purpose of implementing nursing interventions to provide appropriate care. The study has a unique qualitative approach, descriptive and transversal type based on subjective and scientific reality. Through the different nursing interventions that allowed to highlight the critical judgment of the professional through individualized care, managing to improve the user's health and prevent the risk of the underlying disease. Likewise, the acquisition of scientific knowledge of pressure ulcers in their different stages during the hospital stage has allowed the identification of downstream factors and the implementation of care plans that help in the management and in the possible complications that may occur with the pathology.

Key words: pressure ulcer; nursing intervention; stage III; sacral ulcer.

INTRODUCCIÓN

Una úlcera por presión (UPP) es una lesión de la piel y/o tejido subyacente que está localizada generalmente sobre prominencia ósea, como resultado de la presión en combinación con la cizalla. Las UPP representa un sufrimiento sobreañadido para muchos pacientes, causando un gran dolor y padecimiento. Constituye un verdadero problema frecuente y costoso, siendo una importante preocupación de salud pública que afecta principalmente a personas mayores y pacientes con largos estadios en cama. De todas las lesiones, el 27% se encuentra en estadio III. El grupo de población más afectado es el de los mayores de 65 años (84,7%) y el 27% corresponde al ámbito de atención primaria (García, López, García, & Alfaro, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la presencia de úlceras por presión iatrogénicas un indicador de la calidad asistencial, es decir un indicador de la calidad de los cuidados ofertados, tanto a los pacientes que las presentan como a los que corren riesgo de presentarlas. Este tipo de heridas constituyen un importante problema porque repercuten en el nivel de salud y calidad de vida de quienes las presentan; en sus entornos cuidadores y en el consumo de recursos del sistema de salud.

La prevalencia reportada de UPP a nivel mundial de acuerdo a la OMS estará entre el 5% y 12%. Gran parte de estas lesiones ocurren en hospitales públicos, especialmente en las Unidades de Cuidados Intensivos y servicios de medicina interna – geriátrica. Según el National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), ente rector en Estados Unidos sobre UPP y su prevención, se estima que 2.5 millones de pacientes presentan úlceras por presión al año y a nivel hospitalario la incidencia es de 2,5% por año, llegando a ocasionar 60 mil muertes al año (Chacón & Del Carpio, 2019)

En América Latina, en México se llevaron a cabo dos estudios multicéntricos que indicaron que la prevalencia cruda de UPP era 12,94 % y 17%, respectivamente. En Sudamérica, Brasil reporta una prevalencia del 41.1%, Chile tiene una prevalencia de hasta un 38% en la Unidad de Cuidados Intensivos; mientras que en el Perú estudios muestran prevalencias entre 11.4% y 16% (Chacón & Del Carpio, 2019).

En el Ecuador, no constan datos expresamente estadísticos asociados a úlceras por presión. En Ecuador un estudio realizado por (Novillo & Ramírez, 2018) determinan que el 84% del personal de enfermería realiza la valoración del riesgo de UPP dentro de las 24 horas y 16% lo realiza a veces por falta de tiempo y sobrecarga laboral, además que el 100% del personal de enfermería no aplica la escala de Norton, pero si escala de Braden de medición del riesgo.

El Hospital General Guasmo Sur, cuenta con diferentes áreas de especialidades brindando atención oportuna y de calidad a todos sus usuarios, una de áreas de dicha entidad es la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde se acepta el ingreso de paciente con complicaciones en su estadio general, 2 de cada 10 usuarios están propensos en adquirir complicaciones debido a sus condiciones físicas y de salud, una de las más comunes son las úlceras por presión en sus diferentes estadios.

El presente estudio de análisis de caso se basa en aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado del usuario con úlcera por presión sacra grado III, para lo cual es imprescindible la planificación de intervenciones seguras y eficaces, identificando los problemas reales y potenciales, mediante la valoración por patrones funcionales elaborando diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades halladas e implementando intervenciones de enfermería que ayuden en el cuidado del usuario con úlcera por presión sacra.

CAPÍTULO I

1. Diseño del Análisis de Caso

1.1. Antecedentes del problema

La úlcera por presión (UPP) es el daño presentado en la piel y en tejidos subyacentes, es decir es la degeneración de las capas de la piel por falta de oxigenación, por una presión ejercida en una superficie plana, se aumenta la presión capilar por encima de lo normal, generalmente suelen presentarse en segmentos del cuerpo donde hay menor cantidad de tejidos blandos, facilitando a la aparición de la lesión (Almendariz, 2018).

Las UPP no solo representan una condición que incide de manera negativa en el bienestar físico, mental y emocional de los pacientes que la padecen, sino que prolongan su estadía hospitalaria, deteriorando la imagen de las instituciones de salud y contribuyendo al incremento de la carga de trabajo de los profesionales de enfermería. Torra & García (2017) hacen referencia que “Las lesiones por presión son un importante problema de salud con una gran recuperación epidemiológica y un gran impacto en el ámbito de salud y calidad de vida que genera importantes costes para las personas, instituciones y sistemas de salud”.

Las UPP en grado III comprende una pérdida completa del grosor del tejido. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden incluir cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de las úlceras por presión de categoría o estadio III varía según su localización en la anatomía del paciente (Haesler, 2014).

La prevalencia de úlceras por presión a nivel mundial según datos epidemiológicos la consideran como una patología de base por eso en cuanto al tipo de unidades operativas en donde se representan datos estadísticos manifiestan que el 39% de hospitalización médica, un 21% de posquirúrgico, un 2% en alojamiento conjuntos, 2% módulos de urgencias y emergencia predominan el alto riesgo de adquirir este tipo de alteraciones (Pancorbo, García, Torra, Verdú, & Soldevilla, 2014).

De acuerdo con epidemiológicos obtenidos en Latinoamérica la el de UPP se desarrolla en los distintos países, México tiene una prevalencia de 60% de úlceras por presión grado I y II, un 28% de grado III y IV, su incidencia fue de 23% en pacientes evaluados durante 8 días consecutivos, en Colombia se presentó una prevalencia de 2% en grado III y IV, por lo tanto su incidencia de úlceras por presión grado II, III y IV fue de 27%, en otros países no se encontraron datos de prevalencia como es el caso de Chile, pero si de incidencia con un 36% en cuanto a estas fichas estadísticas se observa que es un problema recurrente en América Latina (Sánchez, Martínez, Lozano, Cárdenas, & Contreras, 2016).

En el Ecuador un estudio realizado por (Torres Espinoza, 2016) afirma que el 60% de pacientes que presentan úlceras por presión están entre las edades de 61 a 80 años y un 20% son usuarios de 41 a 60 años. De acuerdo al lugar de lesión el 31% se presenta en la región sacra coccígea y dorsal, un 13% en el omoplato y codo, un 6% en zonas glúteas y orejas, valorando el estadio o grado de lesión observó que un 36% presenta úlceras grado I, el 29% grado II, el 21% grado III y el 14% grado IV.

Actualmente, en la práctica clínica cotidiana, docentes, enfermeras y estudiantes muestran su preocupación frente a la aparición de las úlceras por presión, ya que es la enfermera o enfermero quien desempeña un rol significativo en la prevención de las mismas. Los comités de calidad de las instituciones de salud desean reducir al máximo la incidencia y prevalencia de úlceras por presión dado su relación directa como indicador de calidad del cuidado de enfermería que se proporciona. Está demostrado que la reducción de la incidencia y prevalencia de UPP obedece en gran parte a las medidas preventivas implementadas por el personal de enfermería y que muchos países se ha evidenciado su impacto en la reducción de la morbilidad (Jinete, De la Hoz, Montes, & Alba, 2016).

Dada las características e importancias de los estudios ya realizados radica en hacer relevancia en la ejecución de cuidados necesarios para evitar complicaciones de esta lesión isquémica, enfermería representa un papel fundamental siendo el recurso humano directamente delegado al cuidado del usuario, por lo tanto, debe costar con conocimiento y capacitación para contribuir con la recuperación del paciente para mejorar su calidad de vida.

1.2. Objetivos del estudio

Objetivo general

- Implementar intervenciones de enfermería en el cuidado en usuario con úlcera por presión sacra grado III.

Objetivos específicos:

- Identificar los problemas reales y potenciales, mediante la valoración por patrones funcionales.
- Elaborar diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas y necesidades identificados.
- Determinar actividades de enfermería direccionadas a mejorar el estado de salud del usuario.

1.3. Preguntas de investigación

Pregunta global

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería que se deben aplicar en usuario con úlcera por presión sacra grado III?

Preguntas específicas:

¿Cuáles son los resultados en los cuidados de las úlceras por presión pre- y post-intervención de enfermería?

¿Cuáles son los patrones de respuestas humanas disfuncionales que afectan al sujeto de estudio?

1.4. Propositiones del estudio (hipótesis)

Raramente un paciente que ingresa a la unidad de cuidados intensivos (UCI) pasará menos de 3 días en esta área, tiempo a partir del cual puede empezar con un daño tisular, con lo que parece probable que sea en este nivel asistencial (en el que son mayores los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos del paciente, y menores las medidas de prevención), donde se origine una úlcera por presión.

Hipótesis

La aplicación precoz de las intervenciones de enfermería disminuirá la incidencia de úlcera por presión durante el estadio del paciente.

1.5. Unidad de análisis

Paciente de 28 años de edad, sexo masculino, raza mestiza, perteneciente a la provincia del Guayas, reside en la ciudad de Guayaquil, el usuario presenta un peso inferior para la edad (49 kg) y talla (1,66 cm) siendo un paciente caquéxico, ya que su índice de masa corporal resulta de 17,7 kg/m². Presenta limitación de movimiento y marcha. Paciente en sedación continua y drogas vasoactivas debido al deterioro hemodinámico. Actualmente se encuentra al cuidado de profesionales de salud en el área de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con un diagnóstico médico de Hiperreactividad Bronquial, Hemorragia Digestiva Alta, Úlcera por Presión Sacra Grado III. Durante el examen físico, el paciente se encuentra despierto, en uso de ventilación mecánica controlada, con catéter venoso central para hidratación, administración de medicamentos y alimentación parenteral, sonda nasogástrica para alimentación enteral y

eliminación de fluidos, la hemodinámica inestable a pesar de uso vasoactivos como complicación, mucosas y piel deshidratada, paciente en decúbito totalmente pasivo la mayoría del tiempo por lo que ha contribuido a la aparición de una úlcera por presión, también presenta sonda vesical por incontinencia urinaria.

1.6. Método e instrumento de recopilación de datos

El método de estudio es de tipo cualitativo con carácter único y busca generar conocimientos experienciales con atención focalizada en las influencias del contexto problemático, con limitaciones claras de tiempo, condiciones físicas, emocionales y sociales que nunca debe llegar a la generalización de la patología referenciada (Urrea, Nuñez, Retamal, & Jure, 2014)

Para la recopilación de datos se lleva a cabo la visita al Hospital General Guasmo Sur, con la finalidad de conseguir información, accediendo al historial clínico del usuario. Se aplicó la valoración por patrones funcionales para identificar desajustes en la salud del paciente. Se realizó una valoración física céfalo-caudal reconociendo las zonas vulnerables a contraer úlceras por presión. Se procede también a la elaboración de diagnósticos de enfermería que permita conocer cómo se generan las complicaciones, el déficit motor y sensitivo. La elaboración de dichos diagnósticos guiará en la elección de las intervenciones más pertinentes para ser llevadas a cabo y de esta manera poder conseguir una disminución en el grado de complicación y daño tisular en el usuario.

1.7. Métodos de análisis de la información

En el siguiente análisis de caso se usó el programa Atlas ti que fue de gran ayuda en el trabajo cualitativo, la cual ayudó a determinar los patrones disfuncionales del paciente con úlcera por presión a través de la codificación de información que se obtendrá mediante la entrevista y la valoración.

Basándose en la revisión de la historia clínica, entrevista y valoración al paciente se logró obtener datos objetivos y subjetivos basados en la evidencia, mediante la descripción del problema en interacción con los actores principales para poder reflexionar los problemas que conllevan a la aparición de las úlceras por presión sacra encontradas en el Hospital General Guasmo Sur.

Se aplicó la valoración por patrones de respuestas humanas según la estructura por dominios y clases de la NANDA, a fin de identificar aquellas necesidades afectadas en el paciente. Para el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería se procedió a la identificación de los diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA, los resultados o metas según la taxonomía NOC y las intervenciones basadas en la taxonomía NIC. Aplicando la metodología del proceso de atención de enfermería, el cual consta de 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Ante la recopilación de información bibliográfica, es importante citar a los autores de dichas fuentes seleccionadas y así obtener un trabajo eficaz sin rastros de plagio, por ello nos valdremos de un instrumento de sistema de análisis como lo es el URKUND.

CAPÍTULO II

2. Recopilación de la información

2.1 Referente epistemológico

Úlcera por presión

La úlcera por presión (UPP) es el deterioro presentado en la piel y en tejidos subyacentes, es decir es la degeneración de las capas de la piel por falta de oxigenación, por una presión ejercida en una superficie plana, se aumenta la presión capilar por encima de lo normal, generalmente suelen presentarse en segmentos del cuerpo donde hay poca masa corporal y la fricción es más sometida, facilitando a la aparición de la lesión (Almendariz, 2018).

La presión no es el único factor implicado en la formación de las úlceras, este actúa junto con otras fuerzas mecánicas externas tales como son la fricción o rozamiento y el cizallamiento. Por lo tanto, en su formación se identifican tres tipos de fuerzas: presión, fricción y cizalla.

Se considera la presión como la fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (cama, sillón, sondas, vías, entre otros). La fricción es denominada a la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, ya sea por movimientos o arrastres. El cizallamiento combina los efectos de presión y fricción, debido a este efecto, la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor, por lo que la isquemia del músculo se produce más rápidamente (Hoyos & Mírez, 2016)

Las UPP son heridas que tienen a la cronicidad, generalmente porque estas no siguen un proceso de relación ordenado que avanza hacia la cicatrización. Suelen utilizar varios nombres

como úlceras de cama, úlceras del lecho, úlceras por decúbito, escaras, llagas entre otras, pero se puede decir que la única denominación correcta es; úlceras por presión.

Factores de riesgos

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de UPP aumentan en personas con inmovilidad física perjudicada con compromiso de sensibilidad en algunas situaciones, por permanecer siempre en la misma posición ocurriendo hipoxia del tejido por compresión llevando a la muerte del mismo. Estos factores son clasificados en intrínsecos (edad, movilidad, alteración de la sensibilidad, incontinencia urinaria y del ano, alteraciones de nivel de consciencia, desnutrición, deshidratación y algunas enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes) y extrínsecos, determinados por presión alargada, cizallamiento, fricción y la propia humedad que debilita la pared de la célula, aumentando la ocurrencia de UPP (Rodríguez, et al., 2015).

Clasificación

La clasificación de la UPP se ha dado conforme pasa el tiempo, El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNAUPP) recomienda desde 1997, una clasificación que las divide en cuatro estadios, (I, II, III y IV) (Rosell, 2016).

El sistema internacional de úlceras de EPUAP/NPUAP European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009) la clasifican de la siguiente manera:

Estadio I: Eritema no blanqueante en piel intacta de una área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Calor, edemas, decoloración de piel, endurecimiento o dolor también suelen estar presente.

Estadio II: Pérdida parcial del espesor de la piel o ampolla, se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfacelos. Puede presentarse también como una ampolla intacta o abierta llena de suero o suero sanguinolento.

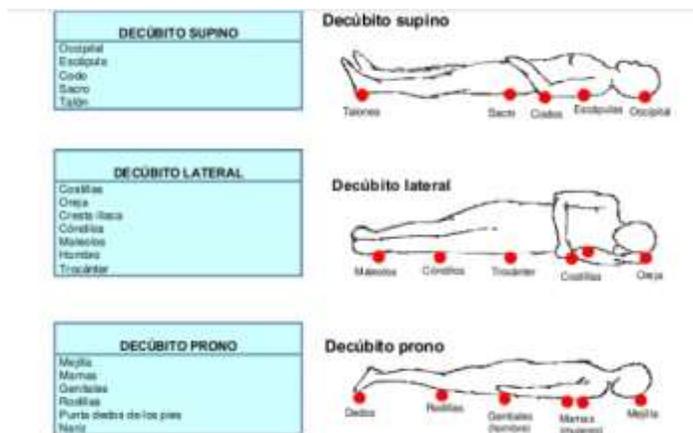
Estadio III: Pérdida completa del grosor de la piel, la grasa subcutánea puede resultar visible, pero los tendones, huesos o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfacelos, cavitaciones y tunelizaciones.

Estadio IV: Pérdida total del espesor de los tejidos (músculo / hueso visible), pueden aparecer esfacelos o escaras. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones.

Localización

La localización de las UPP dependerá de la posición en la que permanezca el paciente durante el tiempo prolongado, por eso es importante vigilar la coloración de la piel, el tiempo de permanencia que está acostado y las movilizaciones para evitar riesgos y que los tejidos se lesionen (Rubio, 2017).

Imagen 1. Localización de úlceras por presión



Fuente: (Clínicas Multidisciplinarias de Úlceras Crónicas, 2018)

Complicaciones

Según Arango, Fernández, & Torres (2014) las complicaciones en las úlceras por presión se manifiesta de dos maneras:

De Origen Primario: Son locales y sistemáticas. Las infecciones de tipo locales suceden por aumento de la necrosis en los tejidos llegando así a afectar las articulaciones y producir fístulas o hemorragias. Estas se pueden presentar en las úlceras de estadio II y IV.

De Origen Secundario: Causadas por la estancia hospitalaria y por iatrogenia como productos de mala asistencia de salud.

Diagnóstico

El diagnóstico más relevante en los pacientes se relaciona con el deterioro de la movilidad física, dependencia en la actividad diaria, el deterioro en la integridad cutánea y la malnutrición proteica, dan origen a un incremento de morbi-mortalidad con pacientes que tienen mayor estadía de hospitalización y tienen mayor posibilidad de padecer infecciones o presentar úlceras por presión (Pua, 2018).

Valoración de las Úlceras por Presión

Para una adecuada valoración se debe realizar un buen examen céfalo caudal que contenga una buena observación e inspección de las prominencias óseas como los codos, el sacro, los tobillos, los talones que son zonas anatómicas donde se localizan el deterioro de la integridad cutánea, también se debe identificar estado de la piel observando si hay signos y síntomas de sequedad, eritema, fragilidad, excoriaciones, emaceración o algún factor de riesgo asociado a desarrollar úlceras por presión. Mediante un interrogatorio se identifica si hay alteraciones que

pueden intervenir en el estado del paciente. Existen instrumentos de evaluación como son las escalas de valoración de riesgo entre las cuales tenemos:

Escala de Norton

Este instrumento permite al profesional de salud establecer el riesgo de aparición de las UPP, esta herramienta valora 5 parámetros en la persona como es el estado general, estado mental, la actividad, la movilidad e incontinencia siendo fuentes que tienen relación con el bienestar de la persona. Se ha demostrado en la actualidad que la puntuación mínima en la escala de Norton se relacionan independientemente en la edad, comorbilidad y presencia de lesiones, estadios hospitalarios prolongados o complicaciones (González, García, Prado, Pardo, & Pariente, 2015).

Imagen 2. Escala de Norton Modificada

ESCALA DE NORTON MODIFICADA					
ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

CLASIFICACION DE RIESGO:	
PUNTUACION DE 5 A 9	RIESGO MUY ALTO.
PUNTUACION DE 10 A 12	RIESGO ALTO
PUNTUACION 13 A 14	RIESGO MEDIO.
PUNTUACION MAYOR DE 14	RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.

Fuente: (Plazas, 2018)

Escala de Braden

Esta escala esta certificada por estudios previos en atención hospitalaria y su evaluación oscila entre 6 y 23 con definición operativa clara, es decir, que los ítems están perfectamente explícitos, los que evita confusión al evaluador. La escala de Braden se divide en 6 parámetros, con una puntuación de 1 a 4, para la Fricción y deslizamiento la valoración será de 1 a 3 demostrado como un alto riesgo menor o igual que 12 realizando una valoración diaria, riesgo medio de 13 – 15 hay que realizar una evaluación cada 3 días; riesgo bajo es mayor o igual que 16 y se valora al paciente cada 7 días (Chiriguaya & Rendón, 2019).

Imagen 3. Escala de Braden

Puntos	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
Humedad	Constantemente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente	-----

Fuente: (Enfermería objetiva, 2016)

Intervenciones de enfermería

Los cuidados que comprenden una serie de procedimientos y técnicas que se debe realizar con asepsia debido a que exponemos en riesgo la salud del paciente requiere de normas de bioseguridad y bioética, ya que el profesional comparte mucho tiempo con el paciente en el rol asistencial con cuidados directo. Por ello es inevitable implantar estrategias para prevenir eventos adversos como las caídas o las úlceras por presión, relacionados con los cuidados priorizando la frecuencia de aparición, la gravedad de sus consecuencias y las medidas preventivas, se utilizan herramientas de las escalas de evaluación del riesgo y su atención (Torra Bou, et al., 2016).

2.2 Contexto conceptual, perspectivas y modelos teóricos y culturales.

La enfermería es un proceso sistemático y amplio donde implica la interacción de muchas personas, teniendo como fin único objetivo el bienestar físico y mental de las personas enfermas. Siendo la comunicación uno de los principales pilares usado como herramienta por los profesionales del área de salud para relacionarse con los pacientes, generando de esta una mayor seguridad y confianza. Los modelos de enfermería son por tanto un acoplamiento mental de una situación concreta donde se guiará a la práctica profesional.

Modelo de sistemas de Betty Neuman

El modelo de sistemas de Betty Neuman está basado en la teoría general de sistemas y refleja la naturaleza de los organismos como sistemas abiertos. La idea de Neuman y la prevención de UPP, indirectamente tienen los mismos objetivos de la Enfermería: ayudar a las personas, familias y grupos para lograr y mantener el más alto nivel de bienestar general del cliente. El enfermero debe evaluar inicialmente al paciente, utilizando métodos como la Escala

de Branden, y también puede evaluar el final del proceso con perspectivas en los sistemas del paciente enfocado en las variables que afectarían la respuesta del paciente a los estresores (Rodríguez, Freita, Barros, & Lima, 2015).

La teoría de Neuman topa fundamentalmente dos elementos: el estrés y la reacción a él, analizando cada una de las variables de tiempo, condiciones pasadas o presentes, la naturaleza de la misma y la intensidad de las condiciones estresantes, son estos los estresores caracterizados en el abordaje de prevención de las UPP, como los factores de riesgo que aumentan la posibilidad de aparición de esta enfermedad (Rodríguez, et al., 2015).

En esta teoría se hace referencia a la prevención primaria, secundaria y terciaria como intervenciones utilizadas para retener, alcanzar y mantener el equilibrio del sistema. La primaria es la responsable de promover la salud, no solo educando a las familias sobre cómo evitar la aparición de UPP, sino al propio grupo de salud, fortaleciendo la línea flexible de defensa debido a la prevención del estrés y la reducción de factores de riesgo. La secundaria estaría más relacionada con la prevención, posiblemente cuando exista una UPP en formación, la intención es recuperar la estabilidad ideal del sistema para mantener su energía. Por otro lado, la terciaria se produce después de que el sistema se trata con las estrategias utilizadas en la prevención secundaria (Rodríguez, et al., 2015).

Neuman en su modelo define factores estresores que producen tensiones y tienen el potencial de causar inestabilidad del sistema, pudiendo lidiar con uno o más estresores al mismo tiempo, siendo importante realizar la identificación del tipo, de la naturaleza y de la intensidad del estresor, y a partir de esta identificación potencializar la búsqueda por la reducción de estos factores que incrementan la incidencia de UPP (Rodríguez, et al., 2015).

Al hablar de enfermería podemos definirla como una disciplina humanística y holística que se ocupa del cuidado de la persona tanto en la salud como en la enfermedad, brindando el conocimiento necesario y la asistencia requerida para suplir las demandas que demanda el usuario, en estos caso muy específicos el personal de enfermería juega un rol importante pues tanto el paciente como la familia requieren de toda la ayuda y asistencia posible para mejorar la calidad de vida del individuo que presenta úlceras por presión.

La función de enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, enfocándose en las acciones que favorecen a la salud, a su recuperación o una muerte digna, realizando estas actividades solo si tiene la energía, la fuerza y el conocimiento preciso para ejecutarlas, de tal manera que puedan educar al paciente para que sea auto dependiente y realice su autocuidado (Alligood, 2018).

Marcos legal

Todos los seres humanos tenemos derechos que deben ser respetados. La salud es uno de ellos perteneciente en cada ciudadano, por ende, los profesionales de salud están a la disposición de brindar una atención de calidad y calidez.

Asamblea Nacional, Constitución de la República del Ecuador, 2018.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

LEY ORGÁNICA DE SALUD

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransmisible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción desde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludable.

El pleno derecho de la salud, concierne al acceso en igualdad de una atención integral, a través de los diversos establecimientos de salud que atribuyan de manera oportuna y holística el cuidado con calidad a las necesidades y demandas requerentes de la población en los diferentes niveles de salud.

LEY DE DERECHOS Y AMPARO DEL PACIENTE 2006

Este estudio de análisis de caso se ha regido a la Ley de Derechos y Amparo de Paciente, LEY 77, mismo en el cual se direcciona a que los pacientes tienen derecho a conocer en los servicios de salud, el diagnóstico médico y las alternativas de tratamiento, respetando su privacidad y dignidad. Razón por la cual la información e identificación del paciente fue manejada bajo anonimato para resguardar su integridad haciendo hincapié y tomando en práctica el principio de ética de confidencialidad.

CAPÍTULO III

3. Análisis de la información

3.1. Descripción general del caso

En presente análisis de caso fue realizado en un usuario hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital General Guasmo Sur, ubicado en la ciudad de Guayaquil.

El paciente VCE, de 28 años de edad, sexo masculino, ingresado con un diagnóstico de hiperreactividad bronquial más hemorragia digestiva alta. Durante la admisión se produjo un deterioro considerable, con percepción de incapacidad para mantener las vías respiratorias conservadas, por lo tanto, realizan traqueotomía mejorar el patrón respiración, manteniéndolo en sedación.

En la valoración física, encontramos a un paciente despierto, consciente de tiempo y espacio, en posición de decúbito totalmente pasivo la mayoría del tiempo, con un índice de masa corporal por debajo de los parámetros normales ($17,7 \text{ kg/m}^2$) más deshidratación por lo que se lo reconoce como un paciente caquéxico, ya que está en un estado de malestar y desnutrición generalizada también caracterizada por la debilidad y emaciación, hemodinámica inestable pese uso de fármacos para compensación del cuadro. Se encuentra con sonda nasogástrica abierta para alimentación enteral, mucosas nasales y orales deshidratadas, cuello simétrico, presenta traqueotomía con uso de ventilación mecánica controlada, catéter venoso central permeable en subclavia derecha para la administración de medicación, alimentación parenteral e hidratación, campos pulmonares conservados, en cuanto a la región sacra se encuentra una úlcera por presión, siendo un paciente caquéxico ha perdido el tejido adiposo que protege las prominencias óseas de la presión, la ulcera por presión tiene una apariencia de estar en un estadio III, ya que presenta una pérdida total del grosor de la piel y lesión del tejido subcutáneo, se extiende como un pequeño cráter sin extensión a los costados, color rojizo, con 3,4 cm de radio, no se visualiza exposición de prominencia ósea, sin presencia de necrosis o infección. Presenta sonda vesical para ayuda del mantenimiento urinario.

3.2. Análisis de la evidencia

En el área de cuidados intensivos del Hospital General Guasmo Sur uno de cada ocho pacientes llega a presentar afecciones asociadas a los cuidados intrahospitalarios como son la aparición de úlceras por presión en los diferentes estadios y localizaciones. Nos encontramos ante uno de los casos con esta condición patológica que inspiró el seguimiento del mismo. Un paciente de 28 años de edad, quien padece de úlcera por presión con estadio III en la región sacra. El paciente es ingresado al área de cuidados intensivos con un diagnóstico de hiperreactividad bronquial más hemorragia digestiva alta, durante su estadío presenta complicaciones lo cual requiere la realización de traqueotomía para mejorar su patrón respiración, más la colocación de un catéter venoso central para administración de medicamentos, sonda nasogástrica para alimentación y sonda vesical para eliminación de fluidos, siendo estos uno de los principales motivos de la inmovilización.

Si bien es cierto las úlceras por presión están asociados a los cuidados intrahospitalarios, debido al déficit de cambios posturales y procesos invasivos realizados al paciente.

Con la unidad de análisis de estudio escogido se dará seguimiento con valoración holística e implementación de planes de cuidados de enfermería prioritarios, evaluando la evolución del mismo.

3.3. Proceso de recogida de la evidencia.

3.3.1. Evidencia documental

HISTORIA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN POR PATRONES DE RESPUESTAS HUMANAS

(ESTRUCTURA POR DOMINIOS Y CLASES DE LA NANDA)

Nombre: E.V.C **Edad:** 28 años **Sexo:** H M **H.C.U.:** 0927621284 **GS:**

Dirección: Guayaquil

Estado Civil: Casado

Instrucción: Primaria

3.3.2. Observación directa

Motivo de consulta: Paciente de 28 años de edad con diagnóstico de Hiperreactividad bronquial más hemorragia digestiva alta, acude al Hospital General Guasmo Sur de la ciudad de Guayaquil, por presentar dificultad respiratoria más sangrado por zona anal acompañado de dolor, pesadez y debilidad.

Motivo de ingreso: Paciente acude a centro hospitalario por cuadro clínico de aproximadamente dos semanas con tos y fiebre, hace 8 horas disnea, que progresa al reposo asociado aumento del trabajo respiratorio, que no mejora con salbutamol a demanda, incapacidad ventilatoria por broncoespasmo severo sin respuestas a medidas iniciales por lo que se decide colocar intubación oro traqueal, asistencia respiratoria mecánica, sedo analgesia, relajantes musculares, atb previo cultivo y traslado a sala de UCI.

3.3.3. Entrevistas y examen físico

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE SALUD

CLASES. - Toma de conciencia de la salud - Gestión de la salud.

- ¿Cómo considera usted su salud?

Importante **Poco importante** **Sin importancia**

- ¿Realiza Ud. Algún tipo de actividad para mantenerse sano/a? Si No Cuál?

- ¿Asiste a controles de salud?: Si No **Observación:** Por el momento está ingresado en el Hospital General Guasmo Sur.

- ¿Cumple usted con su tratamiento médico? Si No

- ¿Dónde acude cuando se enferma? Hospital Farmacia Vecinos Otros

- ¿Qué hábitos tiene de los citados?: Cigarrillo Alcohol Drogas Otros

Ninguno

- ¿En su hogar vive alguna mascota, tales cómo? Perros Gatos Aves Otros
 Ninguno Cuáles? _____

- ¿Qué tipo de medicamentos consume? Prescritos No Prescritos Caseros
Ninguno

Antecedentes Patológicos Personales:

Clínicos: Asma bronquial

Quirúrgicos: Ninguno

Antecedentes Patológicos Familiares:

Padre: Ninguno

Madre: Diabetes Mellitus tipo II

Priorización del diagnóstico enfermero:

No se encuentra alterado este patrón funcional.

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

CLASES. -Ingestión -Digestión -Absorción -Metabolismo -Hidratación.

- ¿Qué tipo de alimentos ingiere diariamente?

- Carnes Rojas Carnes Blancas Arroz Granos Frituras
Hortalizas Frutas
- ¿Cuántas comidas ingiere diariamente? 1 2 3 + de 3
- ¿Respetar los horarios de comida? Sí No
- ¿Toma Ud. Suplementos vitamínicos? Sí No
- ¿Cuántos vasos de agua ingiere diariamente? 1 2 3 + de 3

Describe un día de comida.

- **Desayuno:** Té, jugos de frutas.
 - **Almuerzo:** Sopa.
 - **Merienda:** colada.
 - **Valoración de la boca:** No presenta alteraciones.
 - **Valoración sobre dificultades para comer:** Alimentación por medio de sonda nasogástrica.
 - **Dificultades para masticar o tragar:** Alimentación por medio de sonda nasogástrica.
 - **Alimentación por sonda nasogástrica:** Alimentación enteral.
 - **Dependencia, Inapetencia e Intolerancia alimenticia:** buena tolerancia enteral.
 - **Alergias:** No refiere ninguna.
 - **Valoración de la piel:** paciente caquético, su tono muscular no corresponde a su talla, piel deshidratada, coloración pálida generalizada.
- Lesiones cutáneas:** al momento de la valoración se constata lesión abierta en la región sacra correspondiente a úlcera por presión en estadio III.
- **Medición antropométrica:** Peso 49 kg. Talla: 1.66 cm IMC: 17,7 kg/m²

Examen Físico:

Examen de la cavidad bucal: Lengua de tamaño, posición, textura, movimiento normal sin presencia de lesiones, las encías con características normales, con dentadura completa, amígdalas de coloración normal, mucosa oral deshidratada, los labios con tono pálido y deshidratados, sin tono de voz.

-Examen de la cavidad abdominal:

Palpación: Abdomen, plano, blando, depresible no doloroso a la palpación sin presencia de masas tumorales, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto.

Inspección: Abdomen blando, no se observa cicatrices quirúrgicas, abdomen plano.

Auscultación: Los ruidos hidroaéreos se encuentran presentes; al momento de realizar auscultación en el segundo cuadrante (nasogastrio) no refleja trastorno de ritmo intestinal, en el tercer cuadrante (hipogastrio) presenta incontinencia urinaria, en el cuarto y quinto cuadrante (hipocondrio izquierdo y derecho) no sé evidencias novedades; ruidos hidroaéreos hipo activos en flancos derechos e izquierdo, sin novedades al momento de la valoración.

Percusión: Timpanismo predominante en ambos flancos derecho e izquierdo, en fosa iliaca izquierda y derecha no se observa cicatrices anteriores.

Priorización del diagnóstico enfermero:

(00002) desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales R/C incapacidad para ingerir los alimentos e incapacidad para absorber los nutrientes M/P peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal.

(00027) déficit de volumen de líquidos R/C pérdida activa del volumen de líquidos M/P alteración de la turgencia de la piel, debilidad, membranas mucosas secas, pérdida de peso súbita y piel seca.

DOMINIO 3: ELIMINACION E INTERCAMBIO

CLASES. -Funciones: Urinaria, Gastrointestinal, Tegumentaria y Respiratoria.

- **¿Con qué frecuencia orina al día?**

1 2 3 + de 3

- **¿La intensidad de su orina?**

Se presume que es **Fuerte** **Débil** **Entrecortada**

- **¿Siente alguna molestia al orinar?**

Sí No

- **¿Se aplica algún tratamiento para facilitar la micción?** Sí No

- **¿Cuántas deposiciones realiza al día?**

1 2 3 + de 3

- **¿Sus deposiciones son de consistencia?:**

Normal Duras Líquidas Semi- líquidas

- Identifique según escala de Brístol en que puntuación se encuentra: deposiciones tipo 7, acuosa, sin trozos sólidos totalmente líquida.

- **¿Presenta algún tipo de molestias al realizar sus deposiciones?**

Sí No

- **¿Qué características presentan sus deposiciones?**

Blanquecinas Negruzcas Verdosas Fétidas

- **¿Utiliza algún tipo de ayuda para realizar sus deposiciones?**

Sí No

- **¿Cómo es su sudoración:**

Escasa Excesiva

- **¿Presenta usted problemas al orinar?:**

Sí No

Incontinencia Urinaria: Presenta alteración

Sistema de ayuda: Sonda vesical Foley

Examen Físico:

Examen de los genitales: Sin presencia de secreciones ni lesiones en genitales.

Priorización del diagnóstico enfermero:

(00016) deterioro de la eliminación urinaria R/C deterioro sensitivo-motor M/P incontinencia urinaria.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

**CLASES. - Sueño/Reposo, Actividad/Ejercicio –Equilibrio De La Energía–
Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares -Autocuidado:**

- **¿Cuántas horas duerme usted diariamente?** 4 6 8 + de 8

- **¿Su Sueño es ininterrumpido?** Sí No

¿Cuántas veces despierta en la noche? 1 2 + de 2

- **¿Tiene usted problemas para conciliar el sueño?** Sí No

- **¿Toma algún medicamento para dormir?** Sí No

- **¿Tiene algún hábito para dormir?**

Sí No

- **¿Se siente descansado y preparado para realizar alguna actividad después de dormir?**

Sí No

- **¿Tiene períodos de descanso durante el día?**

Sí No **¿Cada que tiempo?** Paciente encamado

- **¿Realiza algún tipo de ejercicio físico o deporte?**

Sí No

- **¿Considera que tiene la energía suficiente para realizar actividades cotidianas?**

Sí No

- **¿Puede usted?**

Valore según la escala de Katz (Se trata de un instrumento para evaluar la independencia de un enfermo en cuanto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria).

Baño	Dependiente: Precisa ayuda para lavar más de una zona, para salir o entrar en la bañera, o no puede bañarse solo. Observación: Paciente encamado
Vestirse	Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido.
Uso del urinario	Dependiente: Precisa ayuda para ir al urinario. Observación: Consta de sonda vesical.
Movilidad	Dependiente: Precisa ayuda para levantarse y acostarse en la cama o silla. No realiza uno o más desplazamientos
Continencia	Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.
Alimentación	Dependiente: Precisa ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral

Valoración del estado cardiovascular: Ruidos cardiacos, audibles y rítmicos.

- **Frecuencia cardíaca o TA:** 112/66 mmHg en decúbito dorsal.

FC: 124 pulsaciones por minuto.

FR: 18 respiraciones por minuto.

Temperatura axilar: 36 °C

Saturación de oxígeno: 98 %

- ¿Presenta antecedentes de enfermedades respiratorias?: **Sí** **No**
- ¿Sufre de Disnea: **Sí** **No**
- ¿Presenta molestias al realizar esfuerzos?: **Sí** **No**
- ¿Presenta tos nocturna?: **Sí** **No**
- ¿Presenta expectoración?: **Sí** **No**
- ¿Se siente con debilidad y/o cansancio?: **Sí** **No**
- ¿Presenta alguna limitación articular?: **Sí** **No**

- ¿Se encuentra usted encamado?: Sí No

Examen Físico:

Tórax: Se observa tórax simétrico con relación al cuerpo con presencia de catéter venoso central en subclavia derecha.

Sistema Respiratorio: Frecuencia respiratoria normal, con ayuda de ventilación mecánica invasiva (traqueotomía), respiración de 18 respiraciones por minutos con temperatura axilar de 36 °C y saturación de oxígeno de 98%.

- **Inspección:** Tórax simétrico. Con presencia de catéter venoso central, movimientos diafragmáticos con movimientos simétricos, presenta respiración con ayuda de ventilación mecánica.
- **Palpación:** No presenta expresión de dolor.
- **Auscultación:** Murmullo vesicular, audible a la auscultación sin sibilancia desde el vértice a la base.

Priorización del diagnóstico enfermero:

(00085) deterioro de la movilidad física R/C prescripción de restricción de movimientos por procesos invasivos M/P disminución de la amplitud de movimientos.

(00032) patrón respiratorio ineficaz R/C ventilación mecánica controlada M/P patrón respiratorio anormal (frecuencia, ritmo y profundidad).

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

CLASES. – Atención – Orientación – Sensación/Percepción – Cognición – Comunicación.

- ¿Qué nivel de conciencia presenta?:

Consciente Somnoliento Estuporoso

- ¿Se encuentra orientado: Sí No

- ¿Se encuentra desorientado en?:

Tiempo Espacio Persona

- En la memoria e Intelecto: **¿Tiene Usted facilidad para la comprensión?**

Sí No

- **¿Ha tenido Cambios cuando se concentra en algo que esté realizando?**

Sí No

- **¿Presenta Ud. Problemas para recordar detalles?** Sí No

Comunicación:

¿Cómo es la comunicación con su familia?:

Adecuada Poco adecuada NO adecuada

Sensorio:

Visión: Normal Disminuida Ausente

Audición: Normal Disminuida Ausente

Olfato: Normal Disminuida Ausente

Gusto: Normal Disminuida Ausente

Tacto: Normal Disminuida Ausente

- **¿Presenta síntomas depresivos?:** Sí No

- **¿Presenta fobias o algún síntoma de miedo:** Sí No

- **¿Presenta dolor o algún síntoma asociado?:** Sí No

- **¿Presenta alguna alteración de la conducta, ¿cómo?:**

Irritabilidad Intranquilidad Agitación

Examen neurológico:

Al momento de la valoración orientado, consiente, coherente al efectuar preguntas durante la entrevista. Comunicación por medio de señas, ya que por proceso invasivo (traqueotomía) no puede verbalizar.

Priorización del diagnóstico enfermero:

No se encuentra alterado este patrón funcional.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

CLASES. - Auto concepto –Autoestima –Imagen Corporal.

- ¿Usted se considera una persona? Positiva Negativa
- ¿Se siente Ud. a gusto consigo mismo? Sí No A veces
- ¿Cómo usted se describe a sí mismo? Útil Inútil Ansioso Inservible
- ¿Nota cambios en su cuerpo?: Sí No
- ¿Nota cambios en su personalidad? Sí No A veces
- ¿Cómo acepta Ud. estos cambios?
- Con facilidad Con dificultad Con Indiferencia

Examen Físico:

Paciente mantiene una imagen corporal adecuada, el aseo diario es realizado por personal de enfermería.

Priorización del diagnóstico enfermero:

No se encuentra alterado este patrón funcional.

DOMINIO 7: ROL/RELACIONES

CLASES. -Roles Del Cuidador –Relaciones Familiares –Desempeño Del Rol

- ¿Usted vive?: Solo Acompañado Con Familiares con Amigos
- ¿Qué papel cumple en su familia? De esposo/a De Hijo/a
- ¿Se siente parte de su núcleo familiar? Sí No A veces
- ¿Cómo considera su entorno Familiar? Bueno Regular Malo
- ¿Sus relaciones familiares son? Afectivas Hostiles Indiferente
- ¿Usted trabaja? Sí No
- ¿Cómo son sus relaciones en el entorno laboral/estudiantil?

Afectivas Hostiles Indiferente

- **¿Ha vivido algún tipo de problema que le haya sido difícil de sobrellevar?** Sí
No ¿Cuál? Consumo de drogas (H).

- **¿Dentro de ese problema se encuentra?:**

- El alcoholismo Drogadicción Pandilla Abandono Violencia Domestica
 Otros

- **¿Quién es su fuente de apoyo en sus problemas cotidianos?**

La familia Los amigos Otros Nadie

- **¿Ha sufrido usted algún tipo de violencia?:**

Sí No

Priorización del diagnóstico enfermero:

(00063) Procesos familiares disfuncionales R/C deterioro de las relaciones familiares
M/P hostilidad y habilidad comunicativas ineficaces.

DOMINIO 8 SEXUALIDAD

CLASES. - Identidad Sexual –Función Sexual –Reproducción

- **¿Se identifica Ud. ¿Con su sexo?**

Sí No **Cuál?** Hombre Mujer

- **¿Tiene vida sexual activa?** Sí No

- **¿A qué edad inicio sus primeras relaciones sexuales?**

< De 12 años %12 y 15 años 16 a 20 años + de 20 años

- **¿Cuántas parejas sexuales ha tenido Ud.?**

1 2 3 + de 3

- **¿Ha presentado cambios en su comportamiento sexual?** Sí No

- **¿Ha recibido alguna vez educación sexual?** Sí No

- **¿Cuál fue su fecha de la primera menstruación:**

- **¿Cuál fue su fecha de la última menstruación:**

- **¿Cuántos hijos tiene?**

Ninguno 1 2 3 4 + de 4

- **¿Ha tenido abortos?** Ninguno 1 2 3 + de 3

- ¿Le han colocado algún anticonceptivo? Sí No
- ¿Cuándo fue su último Papanicolaou?
- ¿Cuándo fue la fecha de su último examen prostático? (si procede) Manifiesta nunca realizarse uno

Valoración de otros problemas que influyen en el dominio:

Priorización del diagnóstico enfermero:

(00167) Disposición para mejorar el autoconcepto R/C aceptación de las fortalezas

(00153) Riesgo de compromiso de la dignidad humana R/C comprensión insuficiente de la información sobre la salud.

DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

CLASES. - Respuestas Postraumáticas –Respuestas De Afrontamiento –Estrés

Neuro comportamental

- ¿Usted se considera una persona?: Tranquila Alegre Triste Preocupada
Temerosa Irritable Agresiva Pasiva Ansiosa
- ¿Qué hace cuando se siente tenso?
Toma medicina Droga Alcohol Otros Nada
- ¿En condiciones difíciles que conducta adopta?
Lo afronto Me niego Indiferente
- ¿Ante una situación de estrés a quien recurre?
A la familia Amigos Otros A Nadie
- ¿Ha sufrido algún hecho importante que impacte su vida en los últimos años?
Sí No Su condición de salud
- ¿Nunca ha tentado contra su vida? Sí No
- ¿Ha presentado cambios importantes en los dos últimos años? Sí No

Priorización del diagnóstico enfermero:

(00146) ansiedad R/C grandes cambios (estado de salud) M/P angustia, temor y cambios en el patrón de sueño.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

CLASES- Valores –Creencias –Congruencia entre Valores Creencias y Acciones:

- ¿Usted pertenece alguna religión? Sí No
- ¿Qué tipo de religión práctica Ud.? Católica Evangélica adventista
Testigo de J. Otra
- ¿Su creencia religiosa influye en su comportamiento social? Sí No
- ¿Su creencia religiosa influye en su Salud? Sí No ¿Cómo? Teniendo Fe
- ¿Siente que su religión le ayuda cuando tiene alguna dificultad?
Sí No
- ¿Busca Apoyo espiritual cuando lo necesita? Sí No
- ¿Le resulta fácil tomar decisiones? Sí No
- ¿Le resulta fácil conseguir las cosas que quiere en la vida? Sí No
- ¿Tiene planes para el futuro? Sí No
- ¿Cree usted en la medicina de antaño:
Mal de Ojo Espanto Mal Aire Brujería
- ¿Qué preferencias tiene?
Lectura Danza Música Arte Ejercicio Otros

Priorización del diagnóstico enfermero:

No se encuentra alterado este patrón funcional.

DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN

CLASES- Infección –Lesión Física –Violencia –Peligros Del Entorno –Procesos Defensivos –Termorregulación

- ¿Cómo considera su autoestima? Normal Baja Elevada
 - ¿Las condiciones ambientales influyen en la integridad de su piel? Sí No
- observación: paciente encamado.
- ¿Reconoce Ud. los cambios de la temperatura corporal? Sí No

Examen Físico:

Miembros Superiores: Extremidades superiores simétricos, con movimientos amplios, no posee deformidades óseas visibles en las que puede comprometer su salud.

Miembros Inferiores: Extremidades inferiores simétricas, con movimientos amplios, no posee deformidades óseas visibles en las que puede comprometer su salud.

Valoración por escala de Norton modificada

Estado físico general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

Fuente: (Plazas, 2018) **Elaborado por:** Tomalá Merchán Roberth Daniel

Clasificación de riesgo:

Puntuación de 5 a 9 riesgo muy alto.

Puntuación de 10 a 12 riesgo alto.

Puntuación 13 a 14 riesgo medio.

Puntuación mayor de 14 riesgo mínimo/no riesgo.

Ante la valoración por la escala de Norton Modificada, misma que nos ayuda medir e identificar el riesgo que padecen los usuarios en cuanto a úlceras por presión; se obtuvo una puntuación de 10 puntos (riesgo alto). Por lo tanto, se sobreentiende que el usuario presenta úlceras por presión de alto riesgo.

Priorización del diagnóstico enfermero:

(00046) deterioro de la integridad cutánea R/C factores mecánicos externos (presión), factores mecánicos internos (prominencias óseas) M/P desnutrición de las capas de la piel.

(00004) riesgo de infección R/C defensas primarias insuficientes (alteración de la integridad de la piel).

DOMINIO 12: CONFORT

CLASES. - Confort Físico –Confort Del Entorno – Confort Social

- **¿Cómo se siente Ud. ¿En este momento?**

Bien Regular Mal

- **¿Sufre usted de alguna Molestia?**

Sí No

- **¿Cuándo tiene dolor como lo trata?**

Toma medicamento casero Cambia de posición Presiona la zona del dolor
 Busca ayuda médica

- **¿Cómo considera usted que es atendido cuando necesita del profesional de la salud?**

Bien Regular Mal

Priorización del diagnóstico enfermero:

(00132) Dolor agudo R/C Agente lesivo (biológico-isquémico) M/P Cambios en parámetros fisiológicos (frecuencia cardiaca y respiratoria) y conducta expresiva (inquietud).

DOMINIO 13: CRECIMIENTO/DESARROLLO

CLASES. - Crecimiento –Desarrollo

- **¿Considera Ud. que ha ganado peso?** Sí No ¿Cuánto? _____Kg

- **¿En qué tiempo?** _____

- **¿Considera Ud. que ha perdido peso?**

Sí No ¿Cuánto? Alrededor de 10Kg

- **¿En qué tiempo?** 3 meses

- **¿Considera Ud. que su peso está de acuerdo con su talla?**
Sí No Por qué? Antes era más gordo
- **¿Realiza actividades físicas acordes con su edad?**
Sí No Cuáles? _____
- **¿Con qué etapa de la vida se identifica Ud.?**
Niñez Adolescencia Adultez Adulto mayor

Priorización del diagnóstico enfermero:

No se encuentra alterado este patrón funcional.

3.3.4. Equipos y materiales, tecnológicos

Para llevar a cabo la recogida de datos, se tomó como herramienta el formato de patrones funcionales con la estructura por dominios y clases de la taxonomía NANDA, formato de escala de NORTON modificada y planes de cuidado de enfermería. Correspondiente a los equipos y materiales tecnológicos se utilizó un celular con cámara para evidenciar imágenes de valoración física del paciente, entrevista y más. También se dio uso de computador para el registro de datos y seguimiento de elaboración de estudio de caso.

Ante la valoración física nos apoyamos de equipos médicos como: estetoscopio para la auscultación de focos aórticos, murmullos vesiculares y ruidos hidroaéreos, tensiómetro para la toma de presión arterial, termómetro para toma de temperatura, pulsioxímetro para la valoración de la saturación de oxígeno. Bata, guates, mascarilla y gorro quirúrgico para realizar palpación y revisión de úlcera por presión.

Planes de cuidados

Nombre de usuario: E.V.C.

C.I: 0927621284

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS/ N.O.C	INTERVENCIONES/ N.I.C	EVALUACIÓN																														
<p>Percepción/ Manejo de la salud</p>	<p>Dominio11: Seguridad/protección</p> <p>Clase 2: Lesión física</p> <p>Código: 00046</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la integridad cutánea</p> <p>Relacionado con: Factores mecánicos externos (presión) y factores mecánicos internos (prominencias óseas)</p> <p>Manifestado por: Desnutrición de las capas de la piel.</p>	<p>Dominio II: Salud fisiológica Clase L: Integridad tisular Resultado: (1102) Curación de la herida: por primera intención. Puntuación diana</p> <table border="1" data-bbox="610 825 924 1262"> <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>*Aproximación cutánea.</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Secreción sanguinolenta de la herida.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Aumento de la temperatura de la piel.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Olor de la herida</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Localización de la herida: Sacro</p>	Indicadores	1	2	3	4	5	*Aproximación cutánea.		X				*Secreción sanguinolenta de la herida.			X			*Aumento de la temperatura de la piel.			X			*Olor de la herida		X				<p>Campo: 2 Fisiológico complejo Clase: L Control de la piel/heridas Intervención: (3520) Cuidados de las úlceras por presión</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Describir las características de las Úlceras (tamaño, profundidad, estadio, sitio); estadio III (tejido, datos de infección, exudado, bordes). -Controlar temperatura, edema, humedad y apariencia de la piel circundante. -Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación (cura en ambiente húmedo). -Limpiar la úlcera con agua estéril y secar sin friccionar. -Desbridar la úlcera. -Aplicar apósitos, recortar el apósito 2 cm más grande que el tamaño de la úlcera. -Reforzar los bordes del apósito, con cinta microporosa. -Cambios de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada. -Utilizar dispositivos especiales para manejo de la presión (dispositivo de polímero). -Controlar el estado nutricional, de acuerdo al estado del paciente. </div>	<p>De acuerdo a las intervenciones de enfermería en cada curación se realiza la valoración de acuerdo al estadio, para evaluar el momento en el cual fuera idóneo modificar el tratamiento mediante la combinación del desbridamiento enzimático y autolítico se logró delimitar el tejido necrótico y evitar que la UPP progresara de estadio III.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																													
*Aproximación cutánea.		X																																
*Secreción sanguinolenta de la herida.			X																															
*Aumento de la temperatura de la piel.			X																															
*Olor de la herida		X																																

Elaborado por: E. Enfermería Roberth Daniel Tomalá Merchán

Nombre de usuario: E.V.C.

C.I: 0927621284

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS/ N.O.C	INTERVENCIONES/ N.I.C	EVALUACIÓN																														
Sueño/descanso	<p>Dominio4: Actividad/reposo</p> <p>Clase 2: Actividad/ejercicio</p> <p>Código: 00085</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la movilidad física</p> <p>Relacionado con: Prescripción de restricción de movimiento por procesos invasivos</p> <p>Manifestado por: Disminución de la amplitud de movimientos.</p>	<p>Dominio I: Salud funcional Clase C: Movilidad Resultado: (0204) Consecuencias de la inmovilidad: fisiológica.</p> <p style="text-align: center;">Puntuación diana</p> <table border="1" data-bbox="597 793 911 1228"> <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>*Úlceras por presión</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Retención urinaria.</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Estado nutricional.</td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Tono muscular.</td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	*Úlceras por presión	X					*Retención urinaria.			X			*Estado nutricional.		X				*Tono muscular.		X				<p>Campo: 1 Fisiológico básico Clase: C Control de inmovilidad Intervención: (0740) Cuidados del paciente encamado</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutica adecuado. -Cambiar de posición al paciente, según lo indique el estado de la piel. -Vigilar el estado de la piel. </div> <p>Campo: 1 Fisiológico básico Clase: C Control de inmovilidad Intervención: (0840) Cambio de posición.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Colocar en la posición terapéutica específica. -Elevar la parte corporal afectada. -Colocar en una posición que facilite la concordancia ventilación/perfusión. -Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente. </div>	<p>Ante las intervenciones aplicadas en el paciente encamado se logra disminuir la aparición de nuevas complicaciones en la piel en las otras regiones corporales sensibles a la presión.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																													
*Úlceras por presión	X																																	
*Retención urinaria.			X																															
*Estado nutricional.		X																																
*Tono muscular.		X																																

Elaborado por: E. Enfermería Roberth Daniel Tomalá Merchán

Nombre de usuario: E.V.C.

C.I: 0927621284

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS/ N.O.C	INTERVENCIONES/ N.I.C	EVALUACIÓN																								
Sueño/descanso	<p>Dominio 4: Actividad/reposo</p> <p>Clase 4: Respuestas cardiovasculares /pulmonares</p> <p>Código: 00032</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Patrón respiratorio ineficaz</p> <p>Relacionado con: Ventilación mecánica asistida</p> <p>Manifestado por: Patrón respiratorio anormal (frecuencia, ritmo y profundidad.</p>	<p>Dominio II: Salud fisiológica Clase E: Cardio pulmonar Resultado: (0403) Estado respiratorio: ventilación.</p> <p style="text-align: center;">Puntuación diana</p> <table border="1" data-bbox="553 772 894 1213"> <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>*Frecuencia Respiratoria.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Ritmo respiratorio.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Profundidad respiratoria.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	*Frecuencia Respiratoria.			X			*Ritmo respiratorio.			X			*Profundidad respiratoria.			X			<p>Campo: 2 Fisiológico complejo Clase: K Control respiratorio Intervención: (3390) ayuda a la ventilación.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Actividades -Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación. -Colocar al paciente que ayude en la ventilación.</p> </div> <p>Campo: 2 Fisiológico complejo Clase: K Control respiratorio Intervención: (3300) Manejo de la ventilación mecánica: invasiva.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Actividades -Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente. -Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador.</p> </div>	<p>Esta intervención ayudó al paciente a mantener dentro de los parámetros normales la frecuencia respiratoria, tomando como pauta terapéutica los cambios posturales, ya que contribuyeron significativamente a la recuperación.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																							
*Frecuencia Respiratoria.			X																									
*Ritmo respiratorio.			X																									
*Profundidad respiratoria.			X																									

Elaborado por: E. Enfermería Roberth Daniel Tomalá Merchán

Nombre de usuario: E.V.C.

C.I: 0927621284

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS/ N.O.C	INTERVENCIONES/ N.I.C	EVALUACIÓN																																										
<p>Nutrición/ metabólico</p>	<p>Dominio 2: Nutrición Clase 1: Ingestión Código: 00002 Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales Relacionado con: Incapacidad para ingerir los alimentos e incapacidad para absorber los nutrientes Manifestado por: Peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal.</p>	<p>Dominio II: Salud fisiológica Clase K: Digestión y nutrición Resultado: (1004) Estado nutricional. Puntuación diana</p> <table border="1" data-bbox="570 772 911 1213"> <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>*Ingesta de nutrientes.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Ingesta de alimentos.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Ingesta de líquidos.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Energía.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Relación peso/talla.</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Hidratación</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	*Ingesta de nutrientes.			X			*Ingesta de alimentos.			X			*Ingesta de líquidos.			X			*Energía.			X			*Relación peso/talla.		X				*Hidratación		X				<p>Campo: 1 Fisiológico básico Clase: D Apoyo nutricional Intervención: Manejo de la nutrición</p> <p>Actividades -Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer sus necesidades nutricionales. -Identificar las alergias o intolerancias alimenticias del paciente. -Combinar los alimentos de los distintos grupos básicos. -Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para sus requerimientos.</p>	<p>Se lo logro determinar el estado nutricional del paciente, a través del cálculo del índice de masa corporal, se realizó la intervención educativa para instruir al paciente y cuidadores sobre las necesidades nutricionales y requisitos de la dieta en función de la enfermedad y así favorecer la mejora de la ingesta de nutrientes.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																																									
*Ingesta de nutrientes.			X																																											
*Ingesta de alimentos.			X																																											
*Ingesta de líquidos.			X																																											
*Energía.			X																																											
*Relación peso/talla.		X																																												
*Hidratación		X																																												

Elaborado por: E. Enfermería Roberth Daniel Tomalá Merchán

Nombre de usuario: E.V.C.

C.I: 0927621284

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS/ N.O.C	INTERVENCIONES/ N.I.C	EVALUACIÓN																																				
<p>Nutrición/ Metabólico</p>	<p>Dominio 2: Nutrición Clase 5: Hidratación Código: 00027 Etiqueta diagnóstica: Déficit de volumen de líquidos Relacionado con: Pérdida activa del volumen de líquidos Manifestado por: Alteración de la turgencia de la piel, debilidad, membranas mucosas secas, pérdida de peso súbita y piel seca.</p>	<p>Dominio II: Salud fisiológica Clase G: Líquidos y electrolitos Resultado: (0602) Hidratación Puntuación diana</p> <table border="1" data-bbox="597 724 914 1161"> <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>*Turgencia cutánea</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Membranas mucosas húmedas.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Sed.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Pérdida de peso.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Diarrea.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	*Turgencia cutánea			X			*Membranas mucosas húmedas.			X			*Sed.			X			*Pérdida de peso.			X			*Diarrea.			X			<p>Campo: 2 Fisiológico complejo Clase: G Control de electrolitos y ácido básico Intervención: (2080) Manejo de líquidos/electrolitos</p> <div data-bbox="933 772 1243 1243" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Actividades -Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la deshidratación. -Pesar a diario y valorar la evolución. -Reponer líquidos por vía nasogástrica, si está indicado. -Llevar un registro de entradas y salidas. -Administrar el suplemento de electrolitos prescrito, según corresponda.</p> </div>	<p>Con la monitorización diaria de ingresos e ingresos se logra reponer líquidos de manera enteral y parenteral, dando un resultado favorable a las intervenciones de enfermería planificadas.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																																			
*Turgencia cutánea			X																																					
*Membranas mucosas húmedas.			X																																					
*Sed.			X																																					
*Pérdida de peso.			X																																					
*Diarrea.			X																																					

Elaborado por: E. Enfermería Roberth Daniel Tomalá Merchán

Nombre de usuario: E.V.C.

C.I: 0927621284

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS/ N.O.C	INTERVENCIONES/ N.I.C	EVALUACIÓN																		
Eliminación	<p>Dominio 3: Eliminación e intercambio</p> <p>Clase 1: Función urinaria</p> <p>Código: 00016</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la eliminación urinaria</p> <p>Relacionado con: Deterioro sensitivo-motor</p> <p>Manifestado por: Incontinencia urinaria.</p>	<p>Dominio II: Salud fisiológica</p> <p>Clase F: Eliminación</p> <p>Resultado: (0503) Eliminación urinaria</p> <p style="text-align: center;">Puntuación diana</p> <table border="1" data-bbox="597 793 912 1230"> <thead> <tr> <th data-bbox="597 793 732 821">Indicadores</th> <th data-bbox="732 793 769 821">1</th> <th data-bbox="769 793 807 821">2</th> <th data-bbox="807 793 844 821">3</th> <th data-bbox="844 793 881 821">4</th> <th data-bbox="881 793 912 821">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="597 821 732 919">*Patrón de eliminación.</td> <td data-bbox="732 821 769 919"></td> <td data-bbox="769 821 807 919" style="text-align: center;">X</td> <td data-bbox="807 821 844 919"></td> <td data-bbox="844 821 881 919"></td> <td data-bbox="881 821 912 919"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="597 919 732 1230">*Incontinencia urinaria.</td> <td data-bbox="732 919 769 1230"></td> <td data-bbox="769 919 807 1230" style="text-align: center;">X</td> <td data-bbox="807 919 844 1230"></td> <td data-bbox="844 919 881 1230"></td> <td data-bbox="881 919 912 1230"></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	*Patrón de eliminación.		X				*Incontinencia urinaria.		X				<p>Campo: 1 Fisiológico básico</p> <p>Clase: B Control de la eliminación</p> <p>Intervención: (0610) Cuidados de la incontinencia urinaria</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Actividades</p> <p>-Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.</p> </div> <p>Campo: 1 Fisiológico básico</p> <p>Clase: B Control de la eliminación</p> <p>Intervención: (1876) Cuidados del catéter urinario</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Actividades</p> <p>-Mantener permeabilidad del sistema de catéter urinario.</p> <p>-Limpiar la parte externa del catéter urinario a nivel del meato y la zona cutánea circundante con regularidad.</p> <p>-Vaciar el dispositivo con regularidad a los intervalos específico.</p> </div>	<p>Mediante las intervenciones aplicadas se logró que el paciente sienta confort y responda a la urgencia de miccionar, se controló ingresos y egresos teniendo resultados buenos durante el estadio hospitalario, paciente ya reconoce las ganas de orinar y refiere sentirse mejor.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																	
*Patrón de eliminación.		X																				
*Incontinencia urinaria.		X																				

Elaborado por: E. Enfermería Roberth Daniel Tomalá Merchán

Nombre de usuario: E.V.C.

C.I: 0927621284

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS/ N.O.C	INTERVENCIONES/ N.I.C	EVALUACIÓN																														
<p>Percepción/ Manejo de la salud</p>	<p>Dominio11: Seguridad/protección</p> <p>Clase 1: Infección</p> <p>Código: 00004</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección</p> <p>Relacionado con: Defensas primarias insuficientes (alteración de la integridad de la piel).</p>	<p>Dominio II: Salud fisiológica Clase L: Integridad tisular Resultado: (1101) Integridad tisular: piel y membrana mucosas.</p> <p style="text-align: center;">Puntuación diana</p> <table border="1" data-bbox="594 779 911 1220"> <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>*Hidratación.</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Integridad de la piel.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Lesiones cutáneas.</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Necrosis.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	*Hidratación.		X				*Integridad de la piel.			X			*Lesiones cutáneas.	X					*Necrosis.				X		<p>Campo: 2 Fisiológico complejo Clase: L Cuidados de la piel/heridas Intervención: (3660) Cuidados de las heridas</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitorización de las características de las úlceras (tamaño, profundidad, estadio, localización, tejido, datos de infección, exudado y bordes). -Limpiar la úlcera con agua estéril sin friccionar y secar. -Lubricamiento de la piel periulceral mínimo una vez por turno. -Cambiar el apósito cuando se encuentre saturado en un 75% de su capacidad. </div> <p>Campo: 4 Seguridad Clase: V Control de riesgo Intervención: (6550) Protección contra las infecciones</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Observar los signos y síntomas de infección local (edema, eritema, dolor, calor, secreción purulenta) y sistémica. -Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. -Vigilar datos de laboratorio (leucocitos, PCR). </div>	<p>Durante las intervenciones de enfermería no se observaron signo y síntomas de infección en la localización de la úlcera por presión.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																													
*Hidratación.		X																																
*Integridad de la piel.			X																															
*Lesiones cutáneas.	X																																	
*Necrosis.				X																														

Elaborado por: E. Enfermería Roberth Daniel Tomalá Merchán

Nombre de usuario: E.V.C.

C.I: 0927621284

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS/ N.O.C	INTERVENCIONES/ N.I.C	EVALUACIÓN																								
Cognitivo perceptual	<p>Dominio 12: Confort</p> <p>Clase 1: Confort físico</p> <p>Código: 00132</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo</p> <p>Relacionado con: Agente lesivo (biológico-isquémico)</p> <p>Manifestado por: Cambios en parámetros fisiológicos (frecuencia cardiaca y respiratoria) y conducta expresiva (inquietud).</p>	<p>Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud</p> <p>Clase Q: Conducta de salud</p> <p>Resultado: (1605) Control del dolor</p> <p style="text-align: center;">Puntuación diana</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>*Reconoce el comienzo del dolor.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Reconoce factores causales.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	*Reconoce el comienzo del dolor.			X			*Reconoce factores causales.			X			*Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario.			X			<p>Campo: 1 Fisiológico básico</p> <p>Clase: E Fomento de la comodidad física</p> <p>Intervención: (1400) Manejo del dolor</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Actividades</p> <p>-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluye la localización, característica, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad, severidad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>-Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas(relajación) antes y después o durante las actividades dolorosas.</p> </div> <p>Campo: 2 Fisiológico complejo</p> <p>Clase: H Control de fármacos</p> <p>Intervención: (2210) Administración de analgésicos</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Actividades</p> <p>-Verificar la posibilidad administrar analgésicos prescritos.</p> <p>-Comprobar el historial de alergias medicamentosas.</p> <p>-Pedir la administración de analgésicos, tomando en cuenta los 7 correctos para la administración de los medicamentos.</p> <p>-Registrar en la hoja de enfermería la respuesta del analgésico y cualquier efecto adverso.</p> <p>-Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas e implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.</p> </div>	<p>Con las intervenciones realizadas se observó una disminución del dolor en las curaciones, a lo cual también ayudó la terapia en ambiente húmedo, debido a que es uno de sus beneficios.</p>
		Indicadores	1	2	3	4	5																					
*Reconoce el comienzo del dolor.			X																									
*Reconoce factores causales.			X																									
*Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario.			X																									

Elaborado por: E. Enfermería Roberth Daniel Tomalá Merchán

Nombre de usuario: E.V.C.

C.I: 0927621284

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS/ N.O.C	INTERVENCIONES/ N.I.C	EVALUACIÓN																								
<p>Adaptación/ Tolerancia al estrés</p>	<p>Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés</p> <p>Clase 2: Respuestas de afrontamiento</p> <p>Código: 00146</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Ansiedad</p> <p>Relacionado con: Grandes cambios (estado de salud)</p> <p>Manifestado por: Angustia, temor y cambios en el patrón de sueño.</p>	<p>Dominio III: Salud psicosocial Clase M: Bienestar psicológico Resultado: (1211) Nivel de ansiedad.</p> <p style="text-align: center;">Puntuación diana</p> <table border="1" data-bbox="594 915 914 1352"> <thead> <tr> <th data-bbox="594 915 732 947">Indicadores</th> <th data-bbox="732 915 769 947">1</th> <th data-bbox="769 915 807 947">2</th> <th data-bbox="807 915 844 947">3</th> <th data-bbox="844 915 881 947">4</th> <th data-bbox="881 915 914 947">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="594 947 732 1031">*Impaciencia.</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="594 1031 732 1115">*Trastorno del sueño.</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="594 1115 732 1352">*Cambios en las pautas de alimentación.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	*Impaciencia.			X			*Trastorno del sueño.			X			*Cambios en las pautas de alimentación.				x		<p>Campo: 3 Conductual Clase: T Fomento de la comodidad psicológica Intervención: (5820) Disminución de la ansiedad.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. -Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. -Crear un ambiente que facilite la confianza. -Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. -Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. </div>	<p>Mediante el diálogo e intervenciones de enfermería se pudo enseñar al paciente medidas que contrarrestan la enfermedad, haciendo que su salud mental vuelva a estar en óptimas condiciones.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																							
*Impaciencia.			X																									
*Trastorno del sueño.			X																									
*Cambios en las pautas de alimentación.				x																								

Elaborado por: E. Enfermería Roberth Daniel Tomalá Merchán

Seguimiento de evolución del proceso de atención de enfermería en usuario con úlcera por presión sacra grado III. Hospital General Guasmo Sur, Guayaquil 2020

7/09/2020 Ingreso hospitalario, área de Unidad de cuidados intensivos (UCI)

El paciente ingresa a la unidad de cuidados intensivos (UCI), con diagnóstico de hiperreactividad bronquial más hemorragia digestiva alta, paciente con sedación a base de fentanilo (1 gr) y midazolam (300) mg, con traqueotomía conectada a respirador mecánico saturando al 98%, con frecuencia respiratoria de 33 rpm, FC 124 xm; P/A 112/66 mmHg; T 36 °C.

21/09/2020 Segunda semana de hospitalización

Se realiza la primera visita en el área de UCI donde se aplicó valoración física, en la cual encontramos un paciente despierto, orientado en tiempo y espacio, con respuestas a bases de señas, caquéxico ya que el índice masa corporal está por debajo de los parámetros normales de $17,7 \text{ kg/m}^2$ y deshidratado, con traqueotomía conectada a respirador mecánico, sonda nasogástrica abierta funcional, catéter venoso central en subclavia derecha permeable y sonda vesical funcional. En región sacra coxígea hay presencia de úlcera por presión con pérdida total del grosor de la piel, sin explosión de músculo, tendones o huesos, bordes definidos, ya que se extiende como un pequeño cráter sin extensión a los costados, color rojizo, con 3,4 cm de radio, sin presencia de necrosis o infección, se realiza valoración por la escala de Norton Modificada, misma que nos ayuda medir e identificar el riesgo que padecen los usuarios en cuanto a úlceras por presión; se obtuvo una puntuación de 10 puntos (riesgo alto). Por lo tanto, se sobreentiende que el usuario presenta úlceras por presión de alto riesgo, categorizándola en estadio III.

A su vez se realiza valoración por los patrones de respuestas humanas mediante preguntas al paciente, al ser un paciente hospitalizado en un área donde no se permite la

compañía de familiares también se identificó patrones alterados, por lo que se inició la orientación y ayuda al paciente.

5/10/2020 Cuarta semana de hospitalización

Se encuentra un paciente en estado consciente, orientado en tiempo y espacio con aumento del índice de masa corporal al 18,1 kg/m², alimentación parenteral a base de lípidos al 20% de 500 cc a 20 ml/h e hidratación por catéter venoso central y alimentación enteral por sonda nasogástrica a base de dieta líquida 3 veces al día Diben 400 ml c/8 h. Traqueotomía conectada a respirador mecánico, con una saturación de 99%, con frecuencia respiratoria de 24 rpm, FC 122 xm; P/A 110/84 mmHg; T 36.2 °C. Úlcera por presión con estadio III, sin aumento de diámetro y con bordes definidos, color rojizo con tunelación sin exposición de huesos o músculos, no presenta necrosis o signos de infección se administra antibióticos como meropenem 1 gr c/8 h y vancomicina 1 gr c/12 h. Se realiza limpieza de la herida con un enjuague de solución salina al 0,9% para eliminar tejido suelto, la úlcera queda cubierta con gasas para proteger de las infecciones y ayudar que se mantenga húmeda, se coloca al paciente un colchón anti escaras y se realizan cambios posturales para evitar la presión de la herida. Durante el estadio se brinda apoyo emocional ante el estado de salud que presenta.

26/10/2020 Séptima semana de hospitalización

Se observa a paciente con facie reconcentrada, expresiva y atenta, con proceso de destete a respirador mecánico, aun sin verbalización, con un índice de masa corporal de acorde a última visita anterior, presenta buena adaptación al ambiente, con constantes vitales FC 109 lpm, Fr 21 rpm. SpO 98%, P/A 108/88 mmHg. Se realiza valoración de la úlcera por presión mediante la escala de Norton Modificada; obteniendo una puntuación de 13 puntos. Por lo tanto, se

sobreentiende que el usuario presenta úlceras por presión de riesgo moderado, categorizándola en estadio II-III, se realiza las respectivas curaciones en la úlcera para evitar complicaciones al igual que cambios postulares para evitar nuevas apariciones de las mismas y por último el riesgo de infección que se pueda presentar.

16/11/2020 Décima semana de hospitalización

Paciente cursa la décima semana de estadía hospitalaria, se encuentra despierto con facies normal, estado nutricional favorable con un índice de masa corporal de 20.1 kg/m², presenta buena adaptación de oxígeno ambiental, mucosa oral semihúmedas, FR 20 rpm, saturando 95% sin soporte, campos pulmonares con presencia de sibilancia al final de expiración, mantiene catéter venoso central en subclavia derecha para administración de antibióticos meropenem, vancomicina, vasodilatador nitroprusiato, medicación indicada por médico de turno aminofilina, ranitidina, paracetamol por razones necesarias e hidratación de dextrosa al 5% 1000 ml más 10 ml de soletrol k a 21 ml/h, contantes viales P/A 102/69 mmHg, FC 96 lpm. Se realiza valoración de la úlcera por presión mediante la escala de Norton Modificada; obteniendo una puntuación de 13 puntos. El usuario aún presenta úlceras por presión de riesgo moderado, categorizándola en estadio II-III, se realiza las respectivas curaciones en la úlcera y cambios postulares para evitar complicaciones de la misma.

14/12/2020 Catorceava semana de hospitalización

Paciente cursa su catorceava semana de hospitalización en la unidad de cuidados intensivos al momento afebril, alimentación enteral con dieta líquida por sonda nasogástrica, hidratación por vía periférica permeable, el paciente se encuentra con mayor movilidad en cama, se realiza valoración por escala de Norton Modificada, la cual da una puntuación de 14 puntos,

clasificándola como una úlcera por presión en estadio II de riesgo moderado. Cumple con esquema bajo prescripción:

- Dextrosa al 5% 1000 ml más soletrol k 10 ml a 21 lm/hora
- Solución salina al 0,9% 250 ml más 500 mg aminofilina a 7 ml/hora
- Metilprednisolona 125 mg cada 8 horas
- Ranitidina 50 mg cada 8 horas
- Meropenem 1 gr cada 8 horas
- Vancomicina 1 gr cada 12 horas
- Enoxaparina 40 mg vía subcutánea cada día
- Paracetamol 1 gr por razones necesarias

Se mantienen los cuidados de enfermería ante la herida de la úlcera por presión en la región sacra tales como:

- Limpieza y curación de la herida con solución salina al 0,9%
- Cambios posturales al paciente cada 2-3 horas
- Mantener el cuerpo alineado, llevando a cabo una correcta distribución del peso
- Evitar arrastra al paciente en los cambios de posición
- Utilizar almohadas para la ayuda en la distribución de las fuerzas y mitiguen la presión
- Examinar las prominencias óseas
- Valorar el estado nutricional
- Mantener una correcta higiene corporal

También se realiza educación al paciente acerca de los cambios posturales que puede realizar para evitar complicaciones en la herida y para prevenir la aparición de úlceras en otros sitios de su cuerpo

En las evaluaciones de los planes de cuidado, se pudo conseguir una mejoría en la salud del usuario, se logró que el paciente se encuentre más animado, motivado y activo al momento de realizar cambios posturales, haciendo que las intervenciones sean efectivas.

Las visitas hospitalarias en el área de UCI (unidad de cuidados intensivos) del Hospital General Guasmo Sur, debido a la situación que se está viviendo a nivel mundial por la pandemia de covid-19 los controles y verificación de cumplimiento de las actividades se realizan en periodos de 2 a 3 semanas. Resultó necesario la reevaluación de los planes de cuidados ejecutados, considerando la permanecía de algunos diagnósticos de enfermería por las características de las manifestaciones clínicas propias de la patología.

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS/ N.O.C	INTERVENCIONES/ N.I.C	EVALUACIÓN																														
<p>Percepción/ Manejo de la salud</p>	<p>Dominio11: Seguridad/protección</p> <p>Clase 2: Lesión física</p> <p>Código: 00046</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la integridad cutánea</p> <p>Relacionado con: Factores mecánicos externos (presión) y factores mecánicos internos (prominencias óseas)</p> <p>Manifestado por: Desnutrición de las capas de la piel.</p>	<p>Dominio II: Salud fisiológica Clase L: Integridad tisular Resultado: (1101) Integridad tisular: piel y membrana mucosas.</p> <p style="text-align: center;">Puntuación diana</p> <table border="1" data-bbox="610 638 927 1077"> <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>*Sensibilidad.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Hidratación.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Integridad de la piel.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Olor de la herida</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	*Sensibilidad.			X			*Hidratación.			X			*Integridad de la piel.			X			*Olor de la herida			X			<p>Campo: 4 Seguridad Clase: V Control de riesgos Intervención: (3540) Prevención de úlceras por presión.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Actividades</p> <p>-Valorar frecuentemente el estado de la piel debido a los cambios en el estado clínico (intervenciones quirúrgicas, modificación de algunos de los factores de riesgos conocidos), para identificar los signos de lesión caudados por la presión.</p> <p>-No realizar masajes sobre las prominencias óseas, ocasiona lesiones capilares que induce la aparición de UPP.</p> <p>-Mantener la piel en todo momento limpia y seca. En la zona de piel expuesta a humedad excesiva, se debe utilizar productos barreras que no contengan alcohol.</p> <p>-Asegurar una adecuada ingesta dietética para prevenir la mal nutrición de acuerdo con los deseos individuales de la persona y su condición de salud.</p> <p>-Favorecer la movilización, fomentar y mejora la movilidad y actividad en la persona.</p> <p>-Realizar cambios posturales; mantener alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio de la persona.</p> <p>Utilización de superficiales de manejo de la presión.</p> </div>	<p>Mediante la implementación de las intervenciones mencionadas fue posible evitar la aparición de nuevas úlceras por presión en las distintas zonas corporales de riesgos en el paciente.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																													
*Sensibilidad.			X																															
*Hidratación.			X																															
*Integridad de la piel.			X																															
*Olor de la herida			X																															

Elaborado por: E. Enfermería Roberth Daniel Tomalá Merchán

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS/ N.O.C	INTERVENCIONES/ N.I.C	EVALUACIÓN																														
Sueño/descanso	<p>Dominio4: Actividad/reposo</p> <p>Clase 2: Actividad/ejercicio</p> <p>Código: 00085</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la movilidad física</p> <p>Relacionado con: Prescripción de restricción de movimiento por procesos invasivos</p> <p>Manifestado por: Disminución de la amplitud de movimientos.</p>	<p>Dominio I: Salud funcional Clase C: Movilidad Resultado: (0204) Consecuencias de la inmovilidad: fisiológica.</p> <p style="text-align: center;">Puntuación diana</p> <table border="1" data-bbox="597 604 914 1045"> <thead> <tr> <th data-bbox="597 604 732 632">Indicadores</th> <th data-bbox="732 604 769 632">1</th> <th data-bbox="769 604 807 632">2</th> <th data-bbox="807 604 844 632">3</th> <th data-bbox="844 604 881 632">4</th> <th data-bbox="881 604 914 632">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="597 632 732 716">*Úlceras por presión</td> <td data-bbox="732 632 769 716" style="text-align: center;">X</td> <td data-bbox="769 632 807 716"></td> <td data-bbox="807 632 844 716"></td> <td data-bbox="844 632 881 716"></td> <td data-bbox="881 632 914 716"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="597 716 732 779">*Retención urinaria.</td> <td data-bbox="732 716 769 779"></td> <td data-bbox="769 716 807 779"></td> <td data-bbox="807 716 844 779" style="text-align: center;">X</td> <td data-bbox="844 716 881 779"></td> <td data-bbox="881 716 914 779"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="597 779 732 842">*Estado nutricional.</td> <td data-bbox="732 779 769 842"></td> <td data-bbox="769 779 807 842" style="text-align: center;">X</td> <td data-bbox="807 779 844 842"></td> <td data-bbox="844 779 881 842"></td> <td data-bbox="881 779 914 842"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="597 842 732 1045">*Tono muscular.</td> <td data-bbox="732 842 769 1045"></td> <td data-bbox="769 842 807 1045" style="text-align: center;">X</td> <td data-bbox="807 842 844 1045"></td> <td data-bbox="844 842 881 1045"></td> <td data-bbox="881 842 914 1045"></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	*Úlceras por presión	X					*Retención urinaria.			X			*Estado nutricional.		X				*Tono muscular.		X				<p>Campo: 1 Fisiológico básico Clase: C Control de inmovilidad Intervención: (0740) Cuidados del paciente encamado</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutica adecuado. -Cambiar de posición al paciente, según lo indique el estado de la piel. -Vigilar el estado de la piel. </div> <p>Campo: 1 Fisiológico básico Clase: C Control de inmovilidad Intervención: (0840) Cambio de posición.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Colocar en la posición terapéutica específica. -Colocar en una posición que facilite la concordancia ventilación/perfusión. -Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente. </div>	<p>Ante las intervenciones aplicadas en el paciente encamado se logra disminuir la aparición de nuevas complicaciones en la piel en las otras regiones corporales sensibles a la presión.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																													
*Úlceras por presión	X																																	
*Retención urinaria.			X																															
*Estado nutricional.		X																																
*Tono muscular.		X																																

Elaborado por: E. Enfermería Roberth Daniel Tomalá Merchán

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS/ N.O.C	INTERVENCIONES/ N.I.C	EVALUACIÓN																														
Percepción/ Manejo de la salud	<p>Dominio11: Seguridad/protección</p> <p>Clase 1: Infección</p> <p>Código: 00004</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección</p> <p>Relacionado con: Defensas primarias insuficientes (alteración de la integridad de la piel).</p>	<p>Dominio II: Salud fisiológica Clase L: Integridad tisular Resultado: (1101) Integridad tisular: piel y membrana mucosas.</p> <p style="text-align: center;">Puntuación diana</p> <table border="1" data-bbox="594 590 911 1031"> <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>*Hidratación.</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Integridad de la piel.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Lesiones cutáneas.</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Necrosis.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	*Hidratación.		X				*Integridad de la piel.			X			*Lesiones cutáneas.	X					*Necrosis.				X		<p>Campo: 2 Fisiológico complejo Clase: L Cuidados de la piel/heridas Intervención: (3660) Cuidados de las heridas</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitorización de las características de las úlceras (tamaño, profundidad, estadio, localización, tejido, datos de infección, exudado y bordes). -Limpiar la úlcera con agua estéril sin friccionar y secar. -Lubricamiento de la piel periulceral mínimo una vez por turno. -Cambiar el apósito cuando se encuentre saturado en un 75% de su capacidad. </div> <p>Campo: 4 Seguridad Clase: V Control de riesgo Intervención: (6550) Protección contra las infecciones</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Observar los signos y síntomas de infección local (edema, eritema, dolor, calor, secreción purulenta) y sistémica. -Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. -Vigilar datos de laboratorio (leucocitos, PCR). </div>	<p>Durante las intervenciones de enfermería no se observaron signo y síntomas de infección en la localización de la úlcera por presión y con las actividades aun a realizar se logra evitar posible infección.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																													
*Hidratación.		X																																
*Integridad de la piel.			X																															
*Lesiones cutáneas.	X																																	
*Necrosis.				X																														

Elaborado por: E. Enfermería Roberth Daniel Tomalá Merchán

3.3.5. Análisis individual de cada caso

La valoración teórica- práctica por parte del profesional de enfermería, así como la investigación en conjunto con el análisis crítico son las bases fundamentales en la gestión del cuidado, esto permite al profesional analizar, asociar e interpretar la realidad del paciente en relación con su situación de salud desde un enfoque holístico e integral, de tal manera que se garantice la recuperación de su salud en el menor tiempo posible sin mayores complicaciones.

El pensamiento crítico direcciona al profesional de enfermería con el fin de obtener información necesaria de los problemas encontrados, mediante las etapas de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El juicio clínico se pone en evidencia en este análisis de caso a través de la valoración por patrones de respuestas humanas, permitiendo desarrollar actividades de cuidado con el objetivo de ejecutar las intervenciones y evaluar los resultados alcanzados.

Dentro de los problemas reales y potenciales que presenta el paciente según la valoración por patrones funcionales nos encontramos ante un caso de úlceras por presión con estadio III, asociada a estadio hospitalaria por afección respiratoria y procedimientos quirúrgicos invasivos que impiden la movilización corporal. Constatando una afección de salud de tipo crónico manifestándose en las afecciones en los patrones de respuestas humanas:

Dominio 2. Nutrición por presentar un estado nutricional deteriorado.

Dominio 3. Eliminación e intercambio al tener una deterioro sensitivo-motor.

Dominio 4. Actividad/reposo por mantener una disminución de la amplitud de sus movimientos.

Dominio 7. Rol/relaciones con procesos familiares disfuncionales.

Dominio 8. Sexualidad presentando un riesgo de compromiso en la dignidad humana.

Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés presentando un estado emocional decaído.

Dominio 11. Seguridad/protección manifestado por el deterioro de la integridad cutánea en la región sacra enmarcada lesión abierta, a más de ello se constató un posible riesgo de proceso infeccioso.

Dominio 12. Confort siendo el dolor agudo la afección notoria.

Posterior a la valoración como parte del proceso de atención de enfermería se empezó a establecer diagnósticos de enfermería tomaron como prioridades los patrones disfuncionales con mayor relevancia en el paciente:

El deterioro de la integridad cutánea relacionándolo con factores mecánicos externos (presión) y factores mecánicos internos (prominencias óseas) el cual se manifiesta por la desnutrición de las capas de la piel.

El deterioro de la movilidad física relacionándolo con la prescripción de restricción de movimiento por procesos invasivos manifestado por la disminución de la amplitud de movimientos.

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con ventilación mecánica controlada manifestada por el patrón respiratorio anormal (frecuencia, ritmo y profundidad)

Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales relacionado con la Incapacidad para ingerir los alimentos e incapacidad para absorber los nutrientes siendo manifestado por un peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal.

Déficit de volumen de líquidos relacionado con la pérdida activa del volumen de líquidos manifestado por la alteración de la turgencia de la piel, debilidad, membranas mucosas secas, pérdida de peso súbita y piel seca.

Ansiedad relacionada con los grandes cambios en su estado de salud manifestado por la angustia, temor y cambios en el patrón de sueño.

Riesgo de infección relacionado con las defensas primarias insuficientes (alteración de la integridad de la piel).

Tales diagnósticos nos ayudan a planificar actividades de enfermería dirigidas a la mejora del estado general del paciente. Se priorizó cuidados holísticos como: cuidados de la herida como la limpieza correcta que ayudaron ya desde el inicio al proceso de cicatrización; manejo del dolor y cambio de posiciones optado para un mejor confort, control de posible infección con curaciones estéril y administración de antibióticos según prescripción médica. Ante la valoración ejecutada también se evidenció problemas nutricionales evidenciados por peso corporal inferior a su talla y deshidratación, por lo cual se implementaron actividades que conlleven a la absorción eficiente de nutrientes necesarios para su recuperación.

Con el seguimiento del caso y la implementación de las actividades priorizadas se fue poco a poco logrando un mejor bienestar. Nos encontramos en una fase de proceso de cicatrización de heridas donde ya no se evidenciaba en su totalidad compromiso de deterioro cutáneo y pasa de ser una úlcera por presión en estadio III a una úlcera por presión en estadio II.

Después de analizar la situación del paciente e identificar sus problemas logramos implementar intervenciones de enfermería tales como: una limpieza y curación correcta de la herida recordablemente con solución salina al 0,9%, cambios posturales al paciente cada 2-3

horas dependiendo la hemodinamia del mismo, mantener el cuerpo alineado, llevando a cabo una correcta distribución del peso, evitar arrastra al paciente en los cambios de posición, utilizar almohadas o toallas en forma de rollos para la ayuda en la distribución de las fuerzas y que mitiguen la presión, examinar la exposición de las prominencias óseas, valorar el estado nutricional y mantener una correcta higiene corporal del paciente.

Un punto de relevancia en la propuesta planteada es que se ejecutó con base en criterios enfermeros estandarizados, misma que nos provee un amplio conocimiento que a su vez permiten la documentación del cuidado de enfermería, ya que un tratamiento se orienta en reducir la variabilidad en la atención y el fomento de la práctica clínica basada en la evidencia científica, haciendo hincapié en el caso de pacientes con úlceras por presión que se pueden reducir con el tiempo de cicatrización y aparición de recurrencia sea el grado de presentación, controlando también los factores de riesgos asociados al estadio y cuidados intrahospitalarios.

3.4. Conclusiones

- A través de la investigación bibliográfica, teórica y cualitativa se logró profundizar en la información y aspectos generales de las úlceras por presión y su repercusión como un problema de salud pública de carácter crónico que requiere de un tratamiento integral.
- Como resultado de la valoración integral al paciente se desarrollaron habilidades y destrezas que permitieron determinar las necesidades reales y potenciales que

presentaba el usuario. Se establecieron patrones funcionales con estructura de dominios de la NANDA de mayor predominio para dar seguimiento adecuado.

- De acuerdo al proceso de atención de enfermería se precisó en brindar cuidados holísticos con sentido humanísticos eficientes ante un método sistemático de intervenciones específicas en pacientes con úlceras por presión. Se priorizaron diagnósticos de enfermería de acuerdo a la valoración por dominios, planteando intervenciones que ayudaran a la mejora en el bienestar del paciente. Una vez determinado los problemas de salud, se ejecutaron los cuidados de enfermería de manera eficiente enfatizando en la recuperación de la integridad cutánea en la región sacra y el manejo del dolor.
- Un plan de atención en enfermería oportuno destinado a este tipo de paciente resulta de vital relevancia su implementación puesto a que los cuidados estarán enfocados en el cuidado de la herida, proceso de cicatrización entre otros síntomas relacionados y sobre todo la promoción de salud favoreciendo al autocuidado.

3.5. Recomendaciones

- Proponer que la investigación realizada sirva de fuente o antecedente para investigaciones futuras, donde se puede encontrar nuevos aspectos que mejoren el manejo de la enfermedad mencionada en el caso, para así evitar complicaciones que comprometan el bienestar y calidad de vida del usuario.
- Priorizar actividades que ayuden a disminuir la aparición de complicaciones que pondría en riesgo el estado de salud del paciente.

- Socializar con el personal de enfermería sobre los cuidados que se deben ejecutar para mejorar el estilo de vida ante pacientes con esta patología.
- Impulsar el estudio investigativo en el profesional de enfermería tomando como referencias temáticas actuales de salud que contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes y así disminuir la diseminación de enfermedades crónicas en los mismos.

Apartados finales

4. Referencias Bibliográficas

Enfermería objetiva. (2016). *ENFERMERÍA OBJETIVA*. Recuperado el 2019, de <http://enfermeriaobjetiva.blogspot.com/2016/11/escala-braden.html>

- Alligood, M. R. (2018). Modelos y teorías en enfermería. En *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona.
- Almendariz, M. (2018). *Úlceras por presión: Etiopatogenia*. Obtenido de Úlceras.net.: <https://www.ulceras.net/monografico/109/97/ulceras-por-presionetiopatogenia.html>
- Arango, C., Fernández, O., & Torres, B. (2014). Úlceras por presión. En *Tratado de geriatría para residentes*.
- Asamblea Nacional, C. (2018). *Derecho Legislativo 0*. Ediciones Legales, Quito, Ecuador. Obtenido de <https://www.ambiente.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/09/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador.pdf>
- Chacón, J., & Del Carpio, A. (2019). Indicadores clínicos-epidemiológicos asociados a úlceras por presión en un Hospital de Lima. *Facultad de Medicina Humana*, 67.
- Chiriguaya, I., & Rendón, M. (2019). *Cuidados de enfermería en pacientes adultos que presentan úlceras por presión*. Milagro: Unemi.
- Clinicas Multidisciplinarias de Úlceras Crónicas. (10 de 12 de 2018). *C.M.U.C*. Obtenido de <https://www.centroulcerascronicas.com/noticias/zonas-mas-comunes-de-las-ulceras-por-presion-y-su-tratamiento/?fbclid=IwAR2d9BeMruovKPbKxNw6NkhKrEevMjl8Nfqd1Tf1YDKJ6Aup0YlmcJ4sO5I>
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, & National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers*. Quick Reference Guide, National Pressure Ulcer Advisory Panel, Washington DC.
- García, F., López, A., García, J., & Alfaro, A. (2015). Úlcera por presión en región sacra. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 291.
- González, García, Prado, Pardo, & Pariente. (2015). La escala de Norton como predictor de la calidad de vida relacionada con la salud en el anciano institucionalizado. *Medes- Enfermería Clínica*.
- Haesler, E. (2014). *Úlceras por presión: Categorías*. Obtenido de Úlceras.net: <https://www.ulceras.net/monografico/110/98/ulceras-por-presion-categorias.html>
- Hoyos, K., & Mírez, E. (2016). *INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA*. Universidad Señor De Sipán, Perú.
- Jinete, J., De la Hoz, M., Montes, L., & Alba, R. (2016). Cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de úlceras por presión. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(2). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192016000200002&script=sci_arttext&tlng=en
- LEY DE DERECHOS Y AMPARO DEL PACIENTE. (2006). *Ley 77. Ecuador: Registro Oficial Suplemento*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/LEY-DE-PACIENTE-RO626-3-02-1995.pdf>
- LEY ORGANICA DE SALUD. (2015). *Ley 67. Ecuador: Registro Oficial Suplemento*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG% C3% 81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Novillo, M. B., & Ramírez, M. D. (2018). Cumplimiento del Protocolo de Atención de Enfermería en la prevención de Úlceras por Presión. Servicio de Medicina Crítica. Hospital Luis Vernaza. 2017 - 2018. *Trabajo de Titulación*. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/10105/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-440.pdf>
- Pancorbo, P., García, F., Torra, J., Verdú, J., & Soldevilla, J. (2014). Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013. *SciELO*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000400006
- Plazas, L. (2018). *Enfermería Buenos Aires*. Obtenido de <https://enfermeriabuenosaires.com/escalas-de-ulceras-por-presion>
- Pua, J. (2018). *Proceso de atención de enfermera en pacientes con inmovilidad física para prevención de úlceras por presión*. Machala.
- Rodríguez, J., Freita, G., Barros, M., & Lima, M. (2015). Concepciones teóricas de Neuman asociadas con la prevención de las úlceras por presión: Un estudio de caso. *SciELO*.
- Rosell, C. (2016). *Aplicación de una Intervención Formativa como Instrumento Esencial en la Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión*. Tesis Doctoral, Universidad de Alicante, España.
- Rubio, V. M. (24 de marzo de 2017). *Innova Asistencial*. Obtenido de <https://www.innovaasistencial.com/blog/cuidado-mayores-prevencion-ulceras-presion/>
- Sánchez, L., Martínez, A., Lozano, A., Cárdenas, A., & Contreras, J. (2016). Epidemiología de las úlceras cutáneas en Latinoamérica. *Medicina Cutánea*. Obtenido de www.medigraphic.org.mx
- Torra Bou, J. E., & García Fernández, F. (2017). El impacto económico de las lesiones por presión. *SciELO*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200083

- Torra Bou, J., Verdú Soriano, J., Sarabia Lavin, R., Paras Bravo, P., Soldevilla Ágreda, J., & García Fernández, F. (2016). Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400007
- Torres Espinoza, J. M. (2016). *Prevalencia de úlceras por presión (UPP) en pacientes del área de cuidados intensivos de un hospital privado de la ciudad de Guayaquil de mayo a septiembre 2016*. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/6475>
- Urra, E., Nuñez, R., Retamal, C., & Jure, L. (2014). ENFOQUES DE ESTUDIO DE CASOS EN LA INVESTIGACIÓN. *Scielo*.

Anexos

Anexo 1.- Oficio dirigido al Hospital General Guasmo Sur



Universidad Estatal
Península de Santa Elena

Carrera de Enfermería

Oficio N° 595 -CE-UPSE-2020
La Libertad, 24 de agosto de 2020

Señora Doctora
Silvia Pazmiño Espinoza
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR
En su despacho. –

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de parte de quienes conformamos la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

La presente es para comunicar a usted que, en sesión de Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, fue aprobado el tema para el desarrollo del trabajo de investigación previa a la obtención al título de Licenciada en Enfermería la estudiante:

N°	TÍTULO	ESTUDIANTES	
		NOMBRE	CECULA
1	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN USUARIO CON ÚLCERA POR PRESIÓN SACRA GRADO III. HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR, GUAYAQUIL 2020	ROBERTH DANIEL TOMALÁ MERCHÁN	2400121097

Por lo antes expuesto, solicito a usted se sirva autorizar el ingreso a las áreas correspondiente y levantamiento de información dentro de la Institución a la cual usted dignamente representa, a fin de desarrollar el trabajo de investigación antes indicado.

Por la atención que se sirvan brindar a la presente, reitero a ustedes mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD.
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA
ACM/avc



www.upse.edu.ec
carrera_enfermeria@upse.edu.ec
(04) 2-752331
La Libertad - Barrio 25 de Septiembre - Calle 28 y Av. 25

Anexo 2.- Oficio aceptado por Hospital General Guasmo Sur

 **Universidad Estatal
Península de Santa Elena**

Carrera de Enfermería

Oficio N° 595 -CE-UPSE-2020
La Libertad, 24 de agosto de 2020

Señora Doctora
Silvia Pazmiño Espinoza
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR
En su despacho. –

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de parte de quienes conformamos la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

La presente es para comunicar a usted que, en sesión de Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, fue aprobado el tema para el desarrollo del trabajo de investigación previa a la obtención al título de Licenciada en Enfermería la estudiante:

N°	TÍTULO	ESTUDIANTES	
		NOMBRE	CEDULA
1	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN USUARIO CON ÚLCERA POR PRESIÓN SACRA GRADO III. HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR, GUAYAQUIL 2020	ROBERTH DANIEL TOMALÁ MERCHÁN	2400121097

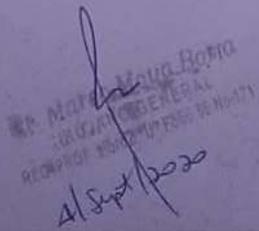
Por lo antes expuesto, solicito a usted se sirva autorizar el ingreso a las áreas correspondiente y levantamiento de información dentro de la Institución a la cual usted dignamente representa, a fin de desarrollar el trabajo de investigación antes indicado.

Por la atención que se sirvan brindar a la presente, reitero a ustedes mis sentimientos de consideración y estima.

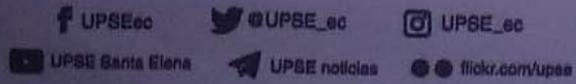
Atentamente,



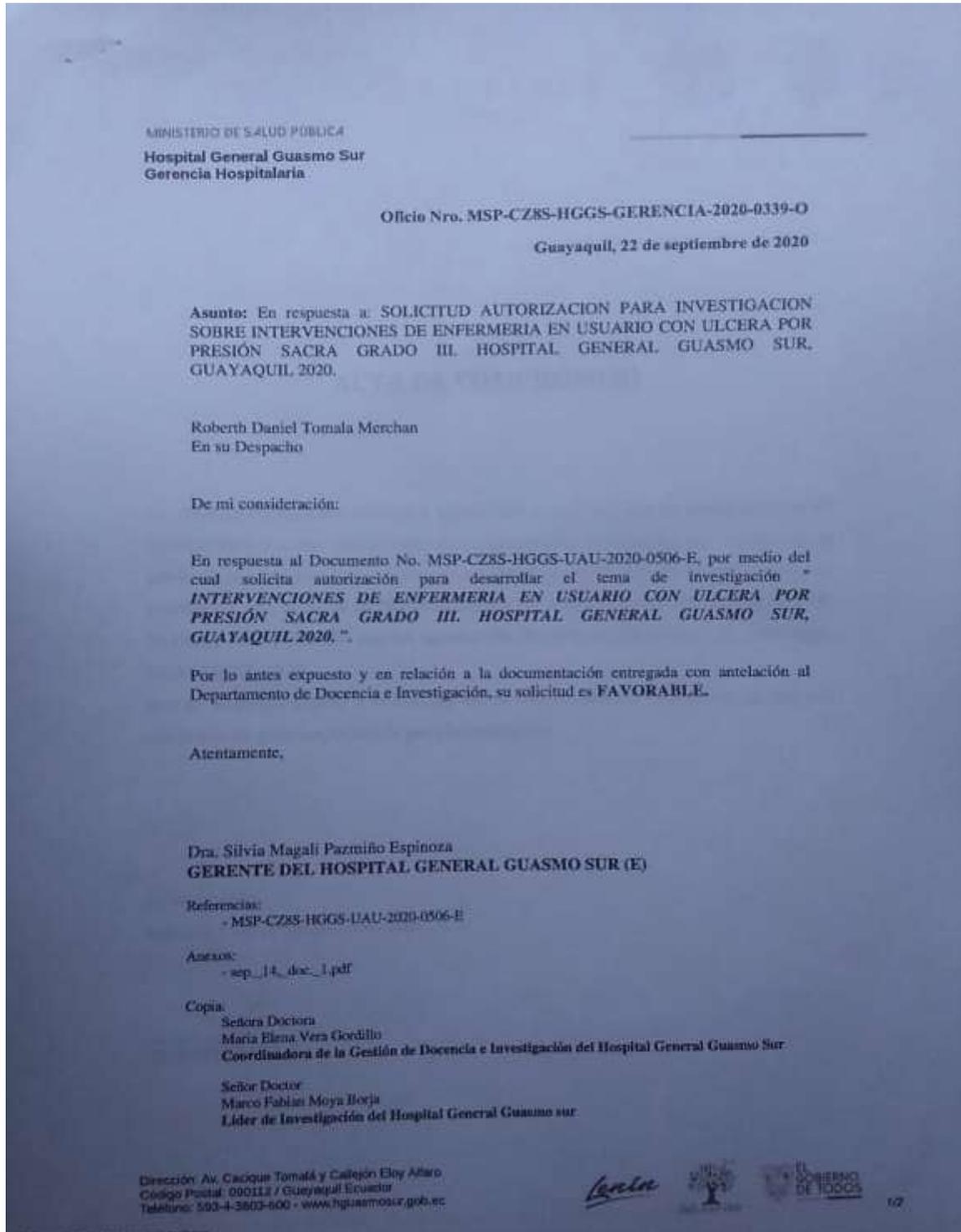

Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD.
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA
ACM/avg


MARÍA MOYA BOMA
HOSPITAL GENERAL
RECIBIDO Y SE RESPONDE EL 24/08/2020
Al Sept 2020

www.upse.edu.ec
correo: enfermeria@upse.edu.ec
0912-792311
La Libertad - Barrio 25 de Septiembre - Calle 28 y Av. 25


UPSEec @UPSE_ec UPSE_ec
UPSE Santa Elena UPSE noticias flickr.com/upse

Anexo 3.- Autorización para investigación de caso por parte del Hospital General Guasmo Sur



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Hospital General Guasmo Sur
Gerencia Hospitalaria

Oficio Nro. MSP-CZ8S-HGGS-GERENCIA-2020-0339-O

Guayaquil, 22 de septiembre de 2020

Señora Doctora
Bella Alicia Vicuña Muñoz
Director Asistencial del Hospital General Guasmo Sur

Señor Ingeniero
Cesar Jairo Menéndez Cevallos
Responsable de Gestión de Admisiones del Hospital General Guasmo Sur (E)

mm/MV/BV

Anexo 4.- Formato de valoración

HISTORIA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN POR PATRONES DE RESPUESTAS HUMANAS

(ESTRUCTURA POR DOMINIOS Y CLASES DE LA NANDA)

Nombre: **Edad:** **Sexo:** H M **H.C.U:** **GS:**

Dirección: **Estado Civil:**

Instrucción:

Observación directa

Motivo de consulta:

Motivo de ingreso:

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE SALUD

CLASES. - Toma de conciencia de la salud - Gestión de la salud.

- ¿Cómo considera usted su salud?

Importante **Poco importante** **Sin importancia**

- ¿Realiza Ud. Algún tipo de actividad para mantenerse sano/a? **Si** **No** **Cual?**

- ¿Asiste a controles de salud?: **Si** **No** **Observación:**

- ¿Cumple usted con su tratamiento médico? **Si** **No**

- ¿Dónde acude cuando se enferma? **Hospital** **Farmacia** **Vecinos** **Otros**

- ¿Qué hábitos tiene de los citados?: **Cigarrillo** **Alcohol** **Drogas** **Otros**

Ninguno

- ¿En su hogar vive alguna mascota, tales como? **Perros** **Gatos** **Aves** **Otros**

Ninguno **Cuáles?** _____

- ¿Qué tipo de medicamentos consume? **Prescritos** **No Prescritos** **Caseros**
Ninguno

Antecedentes Patológicos Personales:

Clínicos:

Quirúrgicos:

Antecedentes Patológicos Familiares:

Padre:

Madre:

Priorización del diagnóstico enfermero:

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

CLASES. -Ingestión -Digestión -Absorción -Metabolismo -Hidratación.

- ¿Qué tipo de alimentos ingiere diariamente?
- **Carnes Rojas** **Carnes Blancas** **Arroz** **Granos** **Frituras**
Hortalizas **Frutas**
- ¿Cuántas comidas ingiere diariamente? **1** **2** **3** **+ de 3**
- ¿Respetar los horarios de comida? **Sí** **No**
- ¿Toma Ud. Suplementos vitamínicos? **Sí** **No**
- ¿Cuántos vasos de agua ingiere diariamente? **1** **2** **3** **+ de 3**

Describe un día de comida.

- Desayuno:

- Almuerzo:

- Merienda:

- Valoración de la boca:

- Valoración sobre dificultades para comer:

- Dificultades para masticar o tragar:

- **Alimentación por sonda nasogástrica:**
- **Dependencia, Inapetencia e Intolerancia alimenticia:**
- **Alergias:**
- **Valoración de la piel:**
 - Lesiones cutáneas:**
- **Medición antropométrica:**
 - Examen Físico:**
 - Examen de la cavidad bucal:**
 - Examen de la cavidad abdominal:**
 - Palpación:**
 - Inspección:**
 - Auscultación:**
 - Percusión:**
 - Priorización del diagnóstico enfermero:**

DOMINIO 3: ELIMINACION E INTERCAMBIO

CLASES. -Funciones: Urinaria, Gastrointestinal, Tegumentaria y Respiratoria.

- **¿Con que frecuencia orina al día?**
1 2 3 + de 3
- **¿La intensidad de su orina?**
Se presume que es **Fuerte** **Débil** **Entrecortada**
- **¿Siente alguna molestia al orinar?**
Sí No
- **¿Se aplica algún tratamiento para facilitar la micción?** Sí No
- **¿Cuántas deposiciones realiza al día?**
1 2 3 + de 3
- **¿Sus deposiciones son de consistencia?:**

Normal Duras Líquidas Semi- líquidas

- Identifique según escala de Bristol en que puntuación se encuentra:

- **¿Presenta algún tipo de molestias al realizar sus deposiciones?**

Sí No

- **¿Qué características presentan sus deposiciones?**

Blanquecinas Negruzcas Verdosas Fétidas

- **¿Utiliza algún tipo de ayuda para realizar sus deposiciones?**

Sí No

- **¿Cómo es su sudoración:**

Escasa Excesiva

- **¿Presenta usted problemas al orinar?:**

Sí No

Incontinencia Urinaria:

Sistema de ayuda:

Examen Físico:

Examen de los genitales:

Priorización del diagnóstico enfermero:

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

CLASES. - Sueño/Reposo, Actividad/Ejercicio –Equilibrio De La Energía–

Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares -Autocuidado:

- **¿Cuántas horas duerme usted diariamente?** 4 6 8 + de 8

- **¿Su Sueño es ininterrumpido?** Sí No

¿Cuántas veces despierta en la noche? 1 2 + de 2

- **¿Tiene usted problemas para conciliar el sueño?** Sí No

- ¿Toma algún medicamento para dormir? Sí No

- ¿Tiene algún hábito para dormir?

Sí No

- ¿Se siente descansado y preparado para realizar alguna actividad después de dormir?

Sí No

- ¿Tiene períodos de descanso durante el día?

Sí No ¿Cada que tiempo?

- ¿Realiza algún tipo de ejercicio físico o deporte?

Sí No

- ¿Considera que tiene la energía suficiente para realizar actividades cotidianas?

Sí No

- ¿Puede usted?

Valore según la escala de Katz (Se trata de un instrumento para evaluar la independencia de un enfermo en cuanto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria).

Baño	Dependiente: Precisa ayuda para lavar más de una zona, para salir o entrar en la bañera, o no puede bañarse solo. Observación: Paciente encamado
Vestirse	Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido.
Uso del urinario	Dependiente: Precisa ayuda para ir al urinario. Observación: Consta de sonda vesical.
Movilidad	Dependiente: Precisa ayuda para levantarse y acostarse en la cama o silla. No realiza uno o más desplazamientos
Continencia	Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.

Alimentación	Dependiente: Precisa ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral
---------------------	--

Valoración del estado cardiovascular:

- **Frecuencia cardíaca o TA: FC: FR: Temperatura axilar: Saturación de oxígeno:**

- ¿Presenta antecedentes de enfermedades respiratorias?: **Sí** **No**

- ¿Sufre de Disnea: **Sí** **No**

- ¿Presenta molestias al realizar esfuerzos?: **Sí** **No**

- ¿Presenta tos nocturna?: **Sí** **No**

- ¿Presenta expectoración?: **Sí** **No**

- ¿Se siente con debilidad y/o cansancio?: **Sí** **No**

- ¿Presenta alguna limitación articular?: **Sí** **No**

- ¿Se encuentra usted encamado?: **Sí** **No**

Examen Físico:

Tórax:

Sistema Respiratorio:

- **Inspección:**

- **Palpación:**

- **Auscultación:**

Priorización del diagnóstico enfermero:

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

CLASES. – Atención – Orientación – Sensación/Percepción – Cognición – Comunicación.

- **¿Qué nivel de conciencia presenta?:**

Consciente Somnoliento Estuporoso

- **¿Se encuentra orientado: Sí No**

- **¿Se encuentra desorientado en?:**

Tiempo Espacio Persona

- En la memoria e Intelecto: **¿Tiene Usted facilidad para la comprensión?**

Sí No

- **¿Ha tenido Cambios cuando se concentra en algo que esté realizando?**

Sí No

- **¿Presenta Ud. Problemas para recordar detalles? Sí No**

Comunicación:

¿Cómo es la comunicación con su familia?:

Adecuada Poco adecuada NO adecuada

Sensorio:

Visión: Normal Disminuida Ausente

Audición: Normal Disminuida Ausente

Olfato: Normal Disminuida Ausente

Gusto: Normal Disminuida Ausente

Tacto: Normal Disminuida Ausente

- **¿Presenta síntomas depresivos?: Sí No**

- **¿Presenta fobias o algún síntoma de miedo: Sí No**

- **¿Presenta dolor o algún síntoma asociado?: Sí No**

- **¿Presenta alguna alteración de la conducta, ¿cómo?:**

Irritabilidad Intranquilidad Agitación

Examen neurológico:

Priorización del diagnóstico enfermero:

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCION

CLASES. - Auto concepto –Autoestima –Imagen Corporal.

- **¿Usted se considera una persona?** Positiva Negativa
- **¿Se siente Ud. a gusto consigo mismo?** Sí No A veces
- **¿Cómo usted se describe a sí mismo?** Útil Inútil Ansioso Inservible
- **¿Nota cambios en su cuerpo?:** Sí No
- **¿Nota cambios en su personalidad?** Sí No A veces
- **¿Cómo acepta Ud. estos cambios?**
- Con facilidad Con dificultad Con Indiferencia

Examen Físico:

Priorización del diagnóstico enfermero:

DOMINIO 7: ROL/RELACIONES

CLASES. -Roles Del Cuidador –Relaciones Familiares –Desempeño Del Rol

- **¿Usted vive?:** Solo Acompañado Con Familiares con Amigos
- **¿Qué papel cumple en su familia?** De esposo/a De Hijo/a
- **¿Se siente parte de su núcleo familiar?** Sí No A veces
- **¿Cómo considera su entorno Familiar?** Bueno Regular Malo
- **¿Sus relaciones familiares son?** Afectivas Hostiles Indiferente
- **¿Usted trabaja?** Sí No
- **¿Cómo son sus relaciones en el entorno laboral/estudiantil?**
- Afectivas Hostiles Indiferente
- **¿Ha vivido algún tipo de problema que le haya sido difícil de sobrellevar?** Sí No ¿Cuál? Consumo de drogas (H).
- **¿Dentro de ese problema se encuentra?:**
- El alcoholismo Drogadicción Pandilla Abandono Violencia Domestica Otros
- **¿Quién es su fuente de apoyo en sus problemas cotidianos?**

La familia Los amigos Otros Nadie

- **¿Ha sufrido usted algún tipo de violencia?:**

Sí No

Priorización del diagnóstico enfermero:

DOMINIO 8 SEXUALIDAD

CLASES. - Identidad Sexual –Función Sexual –Reproducción

- **¿Se identifica Ud. ¿Con su sexo?**

Sí No Cual? Hombre Mujer

- **¿Tiene vida sexual activa? Sí No**

- **¿A qué edad inicio sus primeras relaciones sexuales?**

< De 12 años % 12 y 15 años 16 a 20 años + de 20 años

- **¿Cuántas parejas sexuales ha tenido Ud.?**

1 2 3 + de 3

- **¿Ha presentado cambios en su comportamiento sexual? Sí No**

- **¿Ha recibido alguna vez educación sexual? Sí No**

- **¿Cuál fue su fecha de la primera menstruación:**

- **¿Cuál fue su fecha de la última menstruación:**

- **¿Cuántos hijos tiene?**

Ninguno 1 2 3 4 + de 4

- **¿Ha tenido abortos? Ninguno 1 2 3 + de 3**

- **¿Le han colocado algún anticonceptivo? Sí No**

- **¿Cuándo fue su último Papanicolaou?**

- **¿Cuándo fue la fecha de su último examen prostático? (si procede)**

- **Valoración de otros problemas que influyen en el dominio:**

Priorización del diagnóstico enfermero:

DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

CLASES. - Respuestas Postraumáticas –Respuestas De Afrontamiento –Estrés

Neuro comportamental

- **¿Usted se considera una persona?:** Tranquila Alegre Triste Preocupada Temerosa Irritable Agresiva Pasiva Ansiosa
- **¿Qué hace cuando se siente tenso?**
Toma medicina Droga Alcohol Otros Nada
- **¿En condiciones difíciles que conducta adopta?**
Lo afronto Me niego Indiferente
- **¿Ante una situación de estrés a quien recurre?**
A la familia Amigos Otros A Nadie
- **¿Ha sufrido algún hecho importante que impacte su vida en los últimos años?**
Sí No Su condición de salud
- **¿Nunca ha tentado contra su vida?** Sí No
- **¿Ha presentado cambios importantes en los dos últimos años?** Sí No

Priorización del diagnóstico enfermero:

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

CLASES- Valores –Creencias –Congruencia entre Valores Creencias y Acciones:

- **¿Usted pertenece alguna religión?** Sí No
- **¿Qué tipo de religión practica Ud.?** Católica Evangélica adventista Testigo de J. Otra
- **¿Su creencia religiosa influye en su comportamiento social?** Sí No
- **¿Su creencia religiosa influye en su Salud?** Sí No ¿Cómo? Teniendo Fe
- **¿Siente que su religión le ayuda cuando tiene alguna dificultad?**
Sí No
- **¿Busca Apoyo espiritual cuando lo necesita?** Sí No
- **¿Le resulta fácil tomar decisiones?** Sí No
- **¿Le resulta fácil conseguir las cosas que quiere en la vida?** Sí No
- **¿Tiene planes para el futuro?** Sí No
- **¿Cree usted en la medicina de antaño:**
Mal de Ojo Espanto Mal Aire Brujería
- **¿Qué preferencias tiene?**

Lectura Danza Música Arte Ejercicio Otros

Priorización del diagnóstico enfermero:

DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN

CLASES- Infección –Lesión Física –Violencia –Peligros Del Entorno –Procesos Defensivos –Termorregulación

- ¿Cómo considera su autoestima? Normal Baja Elevada

- ¿Las condiciones ambientales influyen en la integridad de su piel? Sí No

observación:

- ¿Reconoce Ud. los cambios de la temperatura corporal? Sí No

Examen Físico:

Miembros Superiores:

Miembros Inferiores:

Priorización del diagnóstico enfermero:

DOMINIO 12: CONFORT

CLASES. - Confort Físico –Confort Del Entorno – Confort Social

- ¿Cómo se siente Ud. ¿En este momento?

Bien Regular Mal

- ¿Sufre usted de alguna Molestia?

Sí No

- ¿Cuándo tiene dolor como lo trata?

Toma medicamento casero Cambia de posición Presiona la zona del dolor
 Busca ayuda medica

- ¿Cómo considera usted que es atendido cuando necesita del profesional de la salud?

Bien Regular Mal

Priorización del diagnóstico enfermero:

DOMINIO 13: CRECIMIENTO/DESARROLLO

CLASES. - Crecimiento –Desarrollo

- **¿Considera Ud. que ha ganado peso?** Sí No ¿Cuánto? _____Kg
- ¿En qué tiempo? _____
- **¿Considera Ud. que ha perdido peso?**
Sí No ¿Cuánto? Alrededor de 10Kg
- **¿En qué tiempo?** 3 meses
- **¿Considera Ud. que su peso está de acuerdo con su talla?**
Sí No Por qué? Antes era más gordo
- **¿Realiza actividades físicas acorde con su edad?**
Si No Cuáles? _____
- **¿Con qué etapa de la vida se identifica Ud.?**
Niñez Adolescencia Adultez Adulto mayor

Priorización del diagnóstico enfermero:

Anexo 5.- Formato Proceso de Atención de Enfermería

Nombre de usuario:

C.I.:

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS/ N.O.C	INTERVENCIONES/ N.I.C	EVALUACIÓN												
	Dominio: Clase: Código: Etiqueta diagnóstica: Relacionado con: Manifestado por:	Dominio: Clase: Resultado: <p style="text-align: center;">Puntuación diaria</p> <table border="1" data-bbox="594 726 912 1163"> <thead> <tr> <th data-bbox="594 726 732 751">Indicadores</th> <th data-bbox="732 726 764 751">1</th> <th data-bbox="764 726 797 751">2</th> <th data-bbox="797 726 829 751">3</th> <th data-bbox="829 726 862 751">4</th> <th data-bbox="862 726 912 751">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="594 751 732 1163"></td> <td data-bbox="732 751 764 1163"></td> <td data-bbox="764 751 797 1163"></td> <td data-bbox="797 751 829 1163"></td> <td data-bbox="829 751 862 1163"></td> <td data-bbox="862 751 912 1163"></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5							Campo: Clase: Intervención: <div data-bbox="935 680 1243 1150" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Actividades </div>	
Indicadores	1	2	3	4	5											

Elaborado por: E. Enfermería Roberth Daniel Tomalá Merchán

Anexo 6.- Formato de valoración por escala de Norton modificada

Estado físico general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	
Muy malo	Estuporoso comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	

Fuente: (Plazas, 2018) **Elaborado por:** Tomalá Merchán Roberth Daniel

Clasificación de riesgo:

Puntuación de 5 a 9 riesgo muy alto.

Puntuación de 10 a 12 riesgo alto.

Puntuación 13 a 14 riesgo medio.

Puntuación mayor de 14 riesgo mínimo/no riesgo.

Anexo 7.- Evidencia fotográficas



Ilustración 1: Paciente E. V. C. en el área de unidad de cuidados intensivos (UCI).



Ilustración 2: Realización de valoración a paciente.



Ilustración 3: Realización de valoración a paciente.



Ilustración 4: Úlcera por presión encontrada durante la valoración física en región sacra del paciente.

Ilustración 5: Hoja de valoración de escala de Braden (valoración de úlceras por presión) usada por la unidad de gestión de calidad del Hospital General Guasmo Sur.

Ilustración 6: Subproceso de vigilancia epidemiológica y control de infecciones. Hoja de vigilancia y monitoreo de dispositivos invasivos en UCI, usada por la unidad de gestión de calidad del Hospital General Guasmo Sur.