



UMA
Universidad
María Auxiliadora

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

**PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A UNA
PACIENTE CON ÚLCERA VARICOSA EN EL CONSULTORIO
MEDISOT SAC, CALLAO, 2024.**

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

AUTOR:

Bach. SILVA ROJAS, MARIA SILVIA

<https://orcid.org/0000-0001-6256-5793>

ASESOR:

Mg. QUILLE TICONA, JOSÉ MERLIN

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

LIMA PERU

2024

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, Silva Rojas, Maria Silvia, con DNI 27433096 en mi condición de autor(a) del trabajo de suficiencia profesional para optar el TITULO PROFESIONAL de Licenciado(a) en Enfermería de título "PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A UNA PACIENTE CON ÚLCERA VARICOSA EN EL CONSULTORIO MEDISOT SAC, CALLAO, 2024.", **AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para publicar de manera indefinida en el repositorio institucional, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Indicar que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud 10% y, que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento y aprobado por el jurado evaluador.

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

Lima, 20 de Diciembre 2024.



SILVA ROJAS, Maria Silvia
DNI: 27433096



Mg. QUILLE TICONA José Merlin
DNI: 0111111111




10% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

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

Fuentes principales

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

Maria Silvia Silva Rojas

SILVA ROJAS MARIA SILVIA

-  Quick Submit
-  Quick Submit
-  Universidad Maria Auxiliadora SAC

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::1:3142016554

Fecha de entrega

30 ene 2025, 10:48 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

30 ene 2025, 11:45 p.m. GMT-5

56 Páginas

11,643 Palabras

69,917 Caracteres

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a toda mi familia que fueron y son el impulso de todos los días para ser mejor persona y lograr cada objetivo, así mismo va dedicado a los docentes de la Universidad María Auxiliadora ya que ellos fueron los forjadores de los conocimientos y valores.

AGRADECIMIENTO

Doy el agradecimiento extensivo al director y el personal de salud en general del consultorio MEDISOT SAC, que gracias a ellos pude lograr concluir este trabajo, así mismo al asesor el Mg. Quille con las orientaciones y enseñanzas logré el objetivo.

Índice General

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice general	iv
Índice de tablas	vi
Índice de figuras	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPITULO I: INTRODUCCION	10
1.1 Marco teórico.....	10
1.2 Caso clínico.....	15
1.3 Valoración de enfermería	16
1.4 Priorización de diagnóstico de enfermería	19
CAPITULO II: MATERIALES Y METODOS	20
2.1 Diseño de estudio	20
2.2 Población.....	20
2.3 Procedimiento de recolección de datos.....	20
2.4 Método de análisis.....	21
2.5 Aspectos éticos... ..	21
CAPITULO III: RESULTADOS	23
3.1 Intervenciones de enfermería	23
3.2 Plan de cuidados vinculación taxonómica... ..	24
CAPITULO IV: DISCUSION	31

4.1 Discusión	31
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	34
5.1 Conclusiones... ..	34
5.2 Recomendaciones	36
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38
ANEXOS	40
Anexo A: Formato Valoración Marjory Gordon.....	46
Anexo B: Consentimiento informado.....	52
Anexo C: Escala de medición	50
Anexo D: Evidencia del trabajo de campo	53

Indice de tablas

Tabla 1. Patrón 6: Cognitivo - Perceptual.....	16
Tabla 2. Patrón 6: cognitivo – perceptual.....	16
Tabla 3. Patrón 4: Actividad y ejercicio.....	16
Tabla 4. Patrón 4: Actividad y ejercicio.....	16
Tabla 5. Patrón 6: cognitivo – perceptual.....	16
Tabla 6. Diagnóstico de enfermería: Dolor cronico.....	24
Tabla 7. Diagnóstico de enfermería: integridad de la piel deteriorada.....	26
Tabla 8. Diagnóstico de enfermería: movilidad física deteriorada.....	28
Tabla 9. Diagnóstico de enfermería: riesgo de caídas en adultos.....	30
Tabla 10. Diagnóstico de enfermería: riesgo de baja autoestima situacional..	32
.....	32

Índice de figuras

Figura 1. La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos del Diagnóstico de Enfermería: Dolor crónico.	25
Figura 2. La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos del Diagnóstico de Enfermería: integridad de la piel deteriorada	27
Figura 3. La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos del Diagnóstico de Enfermería: movilidad física deteriorada	29
Figura 4. La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos del Diagnóstico de Enfermería: riesgo de caídas en adultos.....	31
Figura 5. La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos del Diagnóstico de Enfermería: riesgo de baja autoestima situacional	33

Índices de Anexo

Anexo A. Formato valoración por Patrones Funcionales.	46
Anexo B. Consentimiento Informado	50
Anexo C. Escala de EVA	52
Anexo D. Evidencia del trabajo de campo	53
Anexo E. Informe de similitud	55

RESUMEN

Objetivo: Proceso del cuidado enfermero aplicado a una paciente con úlcera varicosa en el consultorio MEDISOT SAC, Callao, 2024. **Metodología:** el presente estudio es de enfoque descriptivo y observacional, donde se estudia un caso clínico sobre una patología en relación haciendo uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC. Paciente adulta mayor de sexo femenino de 81 años de edad con las iniciales R.D.A. con hipertensión, presentó en el consultorio MEDISOT SAC una úlcera venosa en la pierna izquierda de un año de evolución. La herida es profunda, con tejido necrótico y secreción purulenta, causando dolor y malestar significativos. Físicamente, se observa sobrepeso, dificultad para caminar y falta de higiene personal. Con Diagnóstico médico: Úlceras varicosas infectada (I83.2). Los diagnósticos de enfermería aplicados fueron: dolor crónico, integridad de la piel deteriorada, movilidad física deteriorada riesgo de caídas en adultos, riesgo de baja autoestima situacional. **Los resultados** con respecto al primer diagnóstico priorizado dolor crónico se obtuvo que el 45% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y dieron buenos resultados en la mejoría del paciente. El 55 % están en proceso. **Conclusiones:** Los porcentajes en proceso mayormente son por motivo de factores personales como la no adherencia al tratamiento, la presencia de comorbilidades que dificultan la recuperación, la aparición de nuevos síntomas que requieren ajustes en el plan terapéutico.

Palabras Clave: Úlcera; Enfermería; Cuidados; Dolor; Varices (DeCS/MeSH).

ABSTRAC

Objective: Determine the nursing diagnoses and prioritize in a patient with infected varicose ulcer. **Methodology:** this study has a descriptive and observational approach, where a clinical case of a related pathology is studied using the NANDA, NOC and NIC taxonomies. Elderly female patient, 81 years old, with the initials R.D.A. with hypertension, presented at the MEDISOT SAC office a venous ulcer in his left leg that had been going on for one year. The wound is deep, with necrotic tissue and purulent discharge, causing significant pain and discomfort. Physically, there is overweight, difficulty walking and lack of personal hygiene. With medical diagnosis: Infected varicose ulcers (I83.2). The nursing diagnoses applied were: chronic pain, impaired skin integrity, impaired physical mobility, risk of falls in adults, risk of low situational self-esteem. **The results** regarding the first prioritized diagnosis of chronic pain were that 45% of the interventions carried out were satisfactorily executed and gave good results in the patient's improvement. 55% are in process. **Conclusions:** The percentages in process are mostly due to personal factors such as non-adherence to treatment, the presence of comorbidities that make recovery difficult, and the appearance of new symptoms that require adjustments in the therapeutic plan.

Keywords: Ulcer; Nursing; Care; Infection; Varicose; Veins
(DeCS/MeSH).

CAPITULO I : INTRODUCCION

1.1 Marco teórico

Las úlceras varicosas de miembros inferiores son lesiones que comprometen la integridad de la piel y demás estructuras, donde la aparición puede ser espontánea con un proceso de cicatrización largo. Así mismo, es la expresión más grave de la enfermedad, es ocasionado por la continuidad de hipertensión venosa, debido a la presión hidrostática (1). Según la revista española Elsevier, en el año 2021, refiere que la población global sufre de úlcera vascular en 1% al 2%, donde el 60% de los pacientes son diagnosticados con úlceras varicosas y el 40% con úlceras postrombóticas de gravedad crónica a aguda las cuales aumenta la tasa de recurrencia a causa de esta patología (2). Del mismo modo, en Reino Unido la incidencia de úlceras varicosas abierta en piernas es de 0,12 a 0,32 % de los cuales de 1 a 3% presenta úlcera crónica de continuidad, por tanto, la población afectada por esta patología es de 1.48 por cada 1000 habitantes, con mayor prevalencia a adultos mayores con más de 65 años (3). Del mismo modo, un estudio realizado en los Estados Unidos muestra que de 6 a 7 millones de personas padecen la enfermedad venosa crónica, donde el 1% y el 2.7% desarrollan una úlcera varicosa, así mismo el 40% de los pacientes desarrollan úlcera varicosa crónica con mal pronóstico (4).

Un estudio realizado en México, en el año 2021, muestra que el 2% de la población en general sufre de úlceras varicosas en extremidades inferiores con una continuidad mayor a 3 meses se estima que 22 % de la población presenta úlceras varicosas antes de 40 años de edad y va en aumento en adultos mayores (5). En Cuba, la recurrencia a hospitales públicos por esta patología es de 33% a 56% de los cuales 1 de cada 3 casos presentaron una úlcera abierta con un tiempo inferior de 8 meses, la duración de la úlcera varicosa tiene una duración de 8 meses, en el 30% a 50% de los casos dura más de 12 meses (6). Así mismo, en Chile se estima que 170 mil habitantes padecen algún tipo de heridas o úlceras, de las cuales el 75% sufre de úlceras vasculares con una incidencia de 5 casos por cada 1000 pacientes anualmente (7).

Un estudio realizado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia muestra que las úlceras venosas representan el 80% con ubicación de miembro inferior izquierdo lo que genera una deficiencia en la condición física y psicológica, la gran parte de

los pacientes llevan su tratamiento de manera ambulatoria (8). Así mismo, un estudio realizado en Perú muestra que del 80 % de su totalidad de las úlceras varicosas en los miembros inferiores poseen una prevalencia de 0,5 y el 2,7 % e incrementa con la edad. Se observó, que las úlceras varicosas tienen un proceso de evolución de 210 días con una tasa de recurrencia 70% en mayores de 60 años con enfermedades cardiovasculares (9). Así mismo, un estudio realizado en Lima muestra que viene afectando entre el 50% y el 70% de la población en mujeres se ve un predominio que los hombres, con prevalencias que alcanzan el 63-64% frente al 36-37% en varones. El envejecimiento poblacional ha exacerbado esta condición, aumentando la frecuencia de síntomas asociados (10).

Por tanto, las úlceras venosas es la pérdida de la dermis o epidermis que afecta incluso al tejido subcutáneo de los miembros inferiores que está vinculada al sistema vascular. La enfermedad venosa crónica (EVC) es causada por varios factores como la edad, el sexo predominante en mujeres, hipertensión arterial, diabetes mellitus que es un factor que dificulta la cicatrización, entre otras (11).

Asimismo, dentro de los signos y síntomas de la insuficiencia venosa pueden variar y afectar la morbilidad de cada paciente perjudicando la calidad de vida, los síntomas aumentan con el transcurso de la edad afecta mayormente a la población de mujeres los más resaltantes son pesadez, cansancio en piernas, edema, picazón en la piel, calambres, dolor punzante, dolor en las piernas, ardor los cuales aumentan cuando se permanece de pie o sentado por mucho tiempo (12).

Dentro del proceso de evolución de una úlcera varicosa, inicia con una mancha de color rojo en la piel y no se visualiza algún daño o alteración, posterior a ello se observa ampollas o raspones es la etapa donde el paciente puede presentar dolor, picazón o sensibilidad en la piel, luego continúa con la presencia de un pequeño agujero en la superficie de la piel de forma redonda o irregular, la profundidad varía según el nivel evolutivo. La úlcera se visibiliza donde la capa externa de la piel se encuentra dañada, disminuye el grosor y se observa la presencia de necrosis (13). En la clasificación de la gravedad de la insuficiencia venosa crónica se encuentra la asociación American Venous Forum de los Estados Unidos que incorpora la clasificación del nivel de gravedad con el acrónimo CEAP: "C" es la clínica que se divide en 6 clases, desde el 0 donde no hay signos visibles, 1 presencia de varices

reticulares, 2 varices, 3 edema, 4 signos dérmicos, 5 úlcera cicatrizada, 6 úlcera activa. La “E” hace referencia a la etiología que puede ser congénita, primaria o secundaria. “A” es la anatomía dónde se encuentra localizada que puede ser superficial profundo o perforante, “P” hace referencia la fisiopatología que puede estar asociada a reflujo o obstrucción (14).

En cuanto, al diagnóstico es realizado mediante las ecografías Doppler que va a permitir evaluar la fisiopatología, ecografía dúplex venosa, ecografía dúplex abdominal, resonancias y venografía por tomografía, en conjunto con los hallazgos a nivel anatómico son los diagnósticos que ayudarán a la evaluación en general de los pacientes y valorar el nivel de insuficiencia venosa que posee (15).

Del mismo modo, en el tratamiento se recomienda la educación al paciente para mejorar su condición física ya que la inmovilidad es un factor de riesgo. Las terapias de compresión como las medias de compresión elásticas, las vendas, ayudarán a disminuir la hipertensión venosa, los medicamentos venoactivos usados como son la diosmina, hesperidina, la fracción flavonoide micronizada, polidocanol. También, los tratamientos quirúrgicos esto dependerá si se trata de una insuficiencia venosa superficial o profunda pero no se recomienda en pacientes de edad avanzada con compromiso venoso profundo (16).

Así mismo, se define que las úlceras varicosas son lesiones de continuidad que se dan en extremidades inferiores que pueden ser de origen venoso o arterial que pueden evolucionar a crónico ya sea porque no se llevó un tratamiento adecuado o factores que alteran la cicatrización y agravan la úlcera. También, puede ser definida como una lesión con compromiso o pérdida sustancial del epitelio a causa de un proceso patológico de proceso crónico que no cicatriza de manera espontánea (17).

Según la teórica de enfermería de Jean Watson con su teoría de humanización, donde enfatiza que la palabra humanizar no solo se trata de empatía, cuidado digno y holístico sino el autoconocimiento tanto de las emociones, practica, comprender a la persona, conocer desde la mente, el cuerpo y el espíritu. De este modo, los pacientes con úlceras varicosas requieren de cuidado holístico ya que no solo presenta dificultades físicas y en su calidad de vida, sino también está la parte psicológica que se ve afectado ampliamente (18).

Dentro de los cuidados de enfermería a un paciente con ulcera varicosa necesita cuidados individualizados durante el proceso de cicatrización, ya que permitirá evaluar la herida y realizar un plan alternativo en caso de infección. Luego evaluar el revestimiento de la herida, manejar el exudado, eliminar los tejidos necróticos y la asepsia adecuada. Las heridas abiertas de proceso crónico son propensas a la aparición de infecciones por ello es importante la higiene en las curaciones y evitar complicaciones. Finalmente, la compresión como terapia es fundamental ya que compensa el efecto de la hipertensión venosa y contribuye en la cicatrización.

Dolor crónico

Lo que explica NANDA: Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); aparición repentina o lenta de cualquier intensidad desde leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o predecible, y con una duración superior a 3 meses (19). También se define al dolor crónico como un proceso de dolor asociado a alguna patología de evolución larga continua o intermitente con una duración mayor a cinco semanas que puede prolongarse a meses y años (20). Según García es aquel que persiste mucho tiempo después de que la lesión original debería haber sanado es decir es una condición caracterizada por un dolor prolongado y persistente, a menudo sin una causa aparente activa (21). Del mismo modo Cerdio lo define como un tipo de dolor que se prolonga más allá del tiempo esperado de recuperación, convirtiéndose en una enfermedad en sí misma (22).

Integridad de la piel deteriorada

Explica NANDA: Epidermis y / o dermis alterada. (19) Así mismo, según Brunner menciona que es un término para describir la pérdida de la barrera protectora la cual indica que es un compromiso de la estructura y función de la piel a causa de diversos factores (23). También, se define como una alteración o daño en la capa externa protectora del cuerpo. Esta alteración puede manifestarse de diversas formas, desde pequeñas lesiones superficiales hasta heridas más profundas que comprometen tejidos subyacentes (24). Otro autor menciona que implica una disminución en la capacidad de la piel para proteger al organismo de agentes externos, como las bacterias y otros gérmenes (25).

Movilidad física deteriorada

Explica NANDA que es: Limitación en el movimiento independiente y decidido del cuerpo o de una o más extremidades (19). Por otro lado, Maier lo define en su investigación como la disminución de la capacidad para realizar movimientos de manera eficiente y causar dolor, es una condición que afecta las actividades diarias del usuario (26). También, se refiere a una limitación en la capacidad de una persona para moverse de manera independiente y voluntaria. Esto implica una reducción en la habilidad para caminar, levantarse de una silla o realizar tareas domésticas (27). Así mismo se menciona que este deterioro representa una pérdida de autonomía y control sobre el propio cuerpo. Es una experiencia que puede afectar profundamente la calidad de vida, ya que limita la participación en actividades sociales, laborales y recreativas (28).

Riesgo de caídas en adultos

Explica NANDA: Adulto susceptible de experimentar un evento que resulte en descansar inadvertidamente en el suelo, piso u otro nivel inferior, lo que puede comprometer la salud (19). Del mismo modo, Berman lo conceptualiza como una probabilidad del paciente en sufrir una caída a causa de factores como la salud, ambiente o situación (29). Según Castillo representa una vulnerabilidad inherente a la condición humana, especialmente en etapas avanzadas de la vida, que se manifiesta como la probabilidad de experimentar un evento no deseado: una caída (30). Una caída se define como cualquier evento involuntario en el que una persona pierde el equilibrio y se golpea contra el suelo u otra superficie. (31). Aunque puede ocurrir a cualquier edad, el riesgo aumenta significativamente en adultos mayores. Las caídas en adultos, especialmente en personas mayores, representan un problema de salud significativo con consecuencias que van desde lesiones menores hasta fracturas, traumatismos craneales y, en casos graves, la muerte. (32).

Riesgo de baja autoestima situacional

Explica NANDA: Susceptible de cambiar de percepción positiva a negativa de autoestima, autoaceptación, autorrespeto, competencia y actitud hacia uno mismo en respuesta a una situación actual, lo que puede comprometer la salud (19). Según Moyet menciona que esto implica un riesgo en la pérdida de la confianza de

sí misma a causa de un evento que provoca mucho estrés, logra que sea un evento que desencadena una pérdida temporal o prolongada de la autoestima (33). Así mismo Vásquez refiere a la vulnerabilidad de una persona a experimentar una disminución significativa y temporal en su percepción de valor personal como respuesta a una situación o evento específico (34). Según Castro esta condición representa una inestabilidad en la autoimagen, donde un acontecimiento particular desencadena una reacción emocional negativa que cuestiona la propia valía (35).

1.2 CASO CLÍNICO

Paciente adulta mayor de sexo femenino de 81 años de edad con las iniciales R.D.A. con antecedentes de hipertensión arterial, ingresó al consultorio MEDISOT SAC. Callao el 15 de septiembre en compañía de su hija, en lo cual la hija refiere, que a su madre hace aproximadamente un año le salió una herida en la pierna izquierda que aumento de tamaño, esta profunda y con secreción de color oscura olor fétido, está muy ansiosa, preocupada ya no quiere caminar porque refiere mucho dolor, solo quiere estar sentada, no sale de casa por vergüenza cuando llegan visitas ella se va a su cuarto.

Al ingreso. La paciente llega con ayuda de un bastón se encuentra ansiosa y muy preocupada, se le toma las funciones vitales: Temperatura 36.6 C°, PA 135/90, Frecuencia cardíaca 74 por minuto, Peso 78 kg, Talla 1.55 cm.

En la exploración se evidencia una herida de 7 x 5 cm en el miembro inferior izquierdo, con presencia de tejido fibroso, se aprecia en los bordes compromiso de tejido celular subcutáneo y presencia de tejido necrótico edematizado, con secreciones purulentas, olor fétido con tiempo de evolución de 1 año, MMI inflamado y enrojecido.

Paciente se encuentra desorientado en tiempo espacio y personas se encuentra en un estado confusional, ventilando espontáneamente, con un Glasgow de 13, se observa con facies de dolor, quejumbrosa, ansiosa, presenta piel seca, mucosas orales resacas, con signos de deshidratación, se le observa al paciente con aumento de peso, dificultad para deambular usa dispositivo de apoyo, bastón se realiza la auscultación se escucha ruidos abdominales con peristaltismo normales, abdomen no doloroso la palpación, falta de higiene personal.

Diagnóstico médico:

- Úlceras varicosas infectada (I83.2)
- Demencia senil (F05.1)

1.3 Valoración Según Patrones Funcionales

Tabla 1

Patrón 6: Cognitivo - Perceptual

Datos Significativos	Dominio /clase
<p>Dato subjetivo: hija refiere no quiere caminar porque refiere mucho dolor, solo quiere estar sentada.</p> <p>Dato objetivo: se observa con facies de dolor, quejumbrosa, herida de 7 x 5 cm en el miembro inferior izquierdo, con presencia de tejido fibroso, presencia de tejido necrótico edematizado.</p>	<p>Dominio 12: Confort</p> <p>Clase 1: Confort físico</p>
<p>Fuente: Formato de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y elaboración propia.</p>	

Tabla 2

Patrón 6: cognitivo – perceptual

Datos Significativos	Dominio /clase
<p>Dato subjetivo: hija refiere hace un año le salió una herida en la pierna izquierda que aumento de tamaño, esta profunda y con secreción de color oscura huele mal.</p> <p>Dato objetivo: Herida de 7 x 5 cm en el miembro inferior izquierdo, con presencia de tejido fibroso, presencia de tejido necrótico edematizado, secreciones purulentas de color amarillenta de olor fétido.</p>	<p>Dominio: 11</p> <p>Seguridad /Protección</p> <p>Clase: 2</p> <p>00046 Lesión Física</p>
<p>Fuente: Formato de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y elaboración propia.</p>	

Tabla 3

Patrón 4: Actividad y ejercicio

Datos Significativos	Dominio /clase
----------------------	----------------

<p>Dato subjetivo: hija refiere no quiere caminar porque tiene mucho dolor, solo quiere estar sentada.</p> <p>Dato objetivo: dificultad para deambular usa dispositivo de apoyo, se le observa al paciente con aumento de peso, Peso 78 kg, Talla 1.55 cm, IMC: 32.5</p>	<p>Dominio 4 Actividad / Reposo</p> <p>Clase 2 Actividad/ejercicio</p>
--	--

Fuente: Formato de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y elaboración propia.

Tabla 4

Patrón 4: Actividad y ejercicio

Datos Significativos	Dominio /clase
<p>Dato subjetivo: hija refiere tiene mucho dolor al caminar.</p> <p>Dato objetivo: desorientada en tiempo espacio y persona, dificultad para deambular usa dispositivo de apoyo, se le observa al paciente con aumento de peso, IMC: 32.5.</p>	<p>Dominio 4 Actividad / Reposo</p> <p>Clase 2 Actividad/ejercicio</p>

Fuente: Formato de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y elaboración propia.

Tabla 5

Patrón 6: cognitivo – perceptual

Datos Significativos	Dominio /clase
<p>Dato subjetivo: hija refiere, no sale de casa porque siente vergüenza cuando llegan visitas ella se va a su cuarto.</p> <p>Dato objetivo: paciente se le observa ansiosa, falta de higiene personal.</p>	<p>Dominio 6 Auto percepción</p> <p>Clase 2. Autoestima</p>

Fuente: Formato de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y elaboración propia.

DIAGNOSTICO ENFERMERO

Primer Diagnóstico

Etiqueta Diagnostica: Dolor Crónico

Característica Definitorias: Capacidad alterada para continuar actividades.

Factores relacionados: Agente de lesiones

Enunciado diagnóstico: Dolor crónico relacionado con agente de lesiones evidenciado por capacidad alterada para continuar actividades: se observa con facies de dolor, quejumbrosa, herida de 7 x 5 cm en el miembro inferior izquierdo, con presencia de tejido fibroso, presencia de tejido necrótico edematizado, evolución de 1 año.

Segundo Diagnóstico

Etiqueta Diagnostica: Integridad de la piel deteriorada

Característica Definitorias: Absceso, Descamación, Superficie de la piel alterada

Factores relacionados: Cumplimiento inadecuado del régimen de tratamiento

Enunciado diagnóstico: Integridad de la piel deteriorada relacionado con cumplimiento inadecuado del régimen de tratamiento evidenciado por Absceso, descamación, superficie de la piel alterada: herida de 7 x 5 cm en el miembro inferior izquierdo, con presencia de tejido fibroso, presencia de tejido necrótico edematizado, secreciones purulentas y olor fétido.

Tercer Diagnóstico

Etiqueta Diagnostica: Movilidad física deteriorada

Característica Definitorias: Movimiento lento, Expresa malestar

Factores relacionados: Estilo de vida sedentario

Enunciado diagnóstico: Movilidad física deteriorada relacionado con estilo de vida sedentario evidenciado por Movimiento lento, expresa malestar: dificultad para deambular usa dispositivo de apoyo, se le observa al paciente con aumento de peso, Peso 78 kg, Talla 1.55 cm, IMC: 32.5.

Cuarto Diagnóstico

Etiqueta Diagnostica: Riesgo de caídas en adultos

Factores riesgo: Equilibrio postural alterado, obesidad, movilidad física deteriorada, dolor musculoesquelético crónico

Enunciado diagnóstico: Riesgo de caídas en adultos factor de riesgo equilibrio postural alterado, obesidad, movilidad física deteriorada, dolor musculo esquelético crónico.

Quinto Diagnóstico

Etiqueta Diagnostica: Riesgo de baja autoestima situacional

Factores riesgo: Miedo al rechazo, Imagen corporal alterada

Enunciado diagnóstico: Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo miedo al rechazo, imagen corporal alterada.

1.4 PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS:

1. Dolor crónico relacionado con agente de lesiones evidenciado por capacidad alterada para continuar actividades: se observa con facies de dolor, quejumbrosa, herida de 7 x 5 cm en el miembro inferior izquierdo, con presencia de tejido fibroso, presencia de tejido necrótico edematizado, evolución de 1 año.
2. Integridad de la piel deteriorada relacionado con cumplimiento inadecuado del régimen de tratamiento evidenciado por Absceso, descamación, superficie de la piel alterada: herida de 7 x 5 cm en el miembro inferior izquierdo, con presencia de tejido fibroso, presencia de tejido necrótico edematizado, secreciones purulentas y olor fétido
3. Movilidad física deteriorada relacionado con estilo de vida sedentario evidenciado por Movimiento lento, expresa malestar: dificultad para deambular usa dispositivo de apoyo, se le observa al paciente con aumento de peso, Peso 78 kg, Talla 1.55 cm, IMC: 32.5.
4. Riesgo de caídas en adultos factor de riesgo equilibrio postural alterado, obesidad, movilidad física deteriorada, dolor musculoesquelético crónico.
5. Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo miedo al rechazo, imagen corporal alterada.

CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACION

El presente estudio es de enfoque descriptivo y observacional, donde se estudia un caso clínico sobre una patología en relación haciendo uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC. El estudio de un caso clínico es utilizado en diversas disciplinas en el campo de salud, especificado como un caso en el marco de la vida real que está fundamentado en una meticulosa investigación de un problema o caso; empleando diferentes métodos y criterios para la investigación de las manifestaciones o fenómenos sociales (36).

2.2 POBLACION

La población del presente estudio está formada por una paciente adulta mayor femenina de iniciales R. D A. de 81 años, con antecedente hipertensión arterial con diagnostico medico de Úlceras varicosas infectada (I83.2) - Demencia senil (F05.1) El muestreo es no probabilístico por conveniencia.

2.3 TECNICA

2.3.1 Técnica de recolección de datos:

Para el presente estudio se empleó las técnicas de observación a través de una entrevista personal la que permitió la recolección de datos e información pertinente para el estudio de la investigación.

2.3.2 Instrumento de recolección de datos:

La información se recogió por medio de un instrumento, el cual, es el formato de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, lo que permitió la recopilación de datos necesarios para la evaluación de la paciente de acuerdo a cada patrón.

2.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

2.4.1 Autorización y coordinación previas para la recolección de datos:

En primera instancia para realizar el presente estudio se procedió a solicitar la autorización correspondiente al director del consultorio MEDISOT para proceder con la recolección de datos necesarios como la historia clínica, hoja de evolución entre otros documentos. Se le brindo al familiar de la paciente el consentimiento informado y se le explico el motivo del estudio, que sus datos personales serán protegidos, a lo que accedió cordialmente. Para iniciar con la entrevista se procedió a comunicar el objetivo y propósito del estudio, a lo que el amablemente me otorgo el permiso para realizarles las preguntas correspondientes.

2.4.2. Aplicación de instrumentos de recolección de datos:

La recopilación de los datos se llevó a cabo en el mes de setiembre del año en curso, mediante la entrevista en el consultorio MEDISOT, se solicitó la autorización al familiar del paciente mediante la firma del consentimiento informado, para un día en específico a realizar la valoración de enfermería, aceptando verbalmente la solicitud.

2.5 MÉTODOS DE ANÁLISIS

Concluyendo con la recolección de datos del paciente adulto mayor de 81 años, se copió y se utilizó las nomenclaturas taxonómicas NANDA, NIC y NOC de acuerdo a sus codificaciones digitadas por los autores de dichos libros, las que serán colocadas en las tablas para su respectiva interpretación a criterio propio logrando un resultado óptimo en beneficio del paciente.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para su seguridad e integridad del paciente se emplearon los siguientes aspectos bioéticos: solicitar el consentimiento informado al familiar del paciente, una atención integral y de calidad, por intermedio de la investigación se proporcionará datos veraces que ofrecerán importancia relevante a la problemática.

Principio de autonomía

Se brindó la información necesaria al familiar del paciente sobre el instrumento de recopilación de datos que se utilizó, dando a conocer que tiene la opción de no participar en la investigación llevada, pero se le dio a conocer el objetivo, propósito y disipamos todas sus dudas en el presente estudio.

Principio de beneficencia

Se explicó detalladamente al familiar del paciente los objetivos y los logros que se busca alcanzar, el cómo se va a efectuar el estudio, al aplicar los cuidados enfermeros de manera holística y profesional, lo que garantiza la calidad de atención del paciente.

Principio de no maleficencia

Se aclaró al familiar del paciente todas las interrogantes, dando a conocer que el estudio no lo perjudicará su salud e integridad del paciente ni de los miembros de su familia.

Principio de justicia

El trato del paciente adulto fue con respeto, amabilidad, cordialidad y calidad, sin algún tipo de discriminación y sin vulnerar sus derechos.

CAPITULO III: RESULTADOS

3.1. Intervención de enfermería

Tabla 6. Diagnóstico de enfermería: Dolor crónico relacionado con agente de lesiones evidenciado por capacidad alterada para continuar actividades: se observa con facies de dolor, quejumbrosa, herida de 7 x 5 cm en el miembro inferior izquierdo, con presencia de tejido fibroso, presencia de tejido necrótico edematizado, evolución de 1 año.

Diagnostico Enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación de logro NOC
<p>Dominio 9. Afrontamiento / tolerancia al estrés Clase 2. Respuestas de afrontamiento Código: 00137</p> <p>Dolor crónico relacionado con agente de lesiones evidenciado por capacidad alterada para continuar actividades: se observa con facies de dolor, quejumbrosa, herida de 7 x 5 cm en el miembro inferior izquierdo, con presencia de tejido fibroso, presencia de tejido necrótico edematizado, evolución de 1 año.</p>	<p>2102 Nivel del dolor INDICADORES: 210201 Dolor referido (Sustancial 2) 210206 Expresiones faciales de dolor (Sustancial 2) 210208 Inquietud (Sustancial 2) 210217 Gemidos y gritos (Sustancial 2) 210224 Muecas de dolor (Sustancial 2)</p>	<p>1400 Manejo del dolor ACTIVIDADES: 1. Valorar el nivel de dolor y localización y observar signos no verbales de molestias. 2. Administrar medicamentos analgésicos según prescripción médica. 3. Mostrar los fármacos de alivio del dolor que se usa. 4. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor. 5. Instaurar y modificar las medidas de control del dolor.</p> <p>2210 Administración de analgésicos ACTIVIDADES 1. Comprobar el historial de alergias a medicamentos. 2. Verificar la orden médica: medicamento, dosis, vía y frecuencia del analgésico prescrito. 3. Realizar los correctos de enfermería antes de la administración 4. Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos 5. Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración</p>	<p>✓ Controlar los Signos vitales nos permite estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales.</p> <p>✓ Realizar los correctos es evitar errores de este tipo es vital medicamento, paciente, hora, dosis y preparación.</p> <p>✓ Los analgésicos son medicinas que reducen o alivian los dolores de cabeza, musculares, artríticos</p>	<p>2102 Nivel del dolor INDICADORES: 210201 Dolor referido (moderado 3) 210206 Expresiones faciales de dolor (moderado 3) 210208 Inquietud (Ninguno 5) 210217 gemidos y grito (moderado 3) 210224 Muecas de dolor (moderado 3)</p>

Fuente: Datos obtenidos de la valoración del adulto mayor

Figura 1: La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos del Diagnóstico de Enfermería: Dolor crónico relacionado con agente de lesiones evidenciado por capacidad alterada para continuar actividades: se observa con facies de dolor, quejumbrosa, herida de 7 x 5 cm en el miembro inferior izquierdo, con presencia de tejido fibroso, presencia de tejido necrótico edematizado, evolución de 1 año.

Diagnostico Enfermería	Criterios de evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
<p>Dominio 9. Afrontamiento / tolerancia al estrés Clase 2. Respuestas de afrontamiento Código: 00137</p> <p>Dolor crónico relacionado con agente de lesiones evidenciado por capacidad alterada para continuar actividades: se observa con facies de dolor, quejumbrosa, herida de 7 x 5 cm en el miembro inferior izquierdo, con presencia de tejido fibroso, presencia de tejido necrótico edematizado, evolución de 1 año.</p>	<p>2102 Nivel del dolor INDICADORES: 210201 Dolor referido (moderado 3) 210206 Expresiones faciales de dolor (moderado 3) 210208 Inquietud (Ninguno 5) 210217 Gemidos y grito (moderado 3) 210224 Muecas de dolor (moderado 3)</p>	<p>1400 Manejo del dolor ACTIVIDADES: 6. Valorar el nivel de dolor y localización y observar signos no verbales de molestias. 7. Administrar medicamentos analgésicos según prescripción médica. 8. Mostrar los fármacos de alivio del dolor que se usa. 9. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor. 10. Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente</p> <p>2210 Administración de analgésicos ACTIVIDADES 6. Comprobar el historial de alergias a medicamentos. 7. Verificar la orden médica: medicamento, dosis, vía y frecuencia del analgésico prescrito. 8. Realizar los correctos de enfermería antes de la administración 9. Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos 10. Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración</p>	45%		55%

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al paciente Respecto a la figura, se puede señalar que el 45% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y dieron buenos resultados en la mejoría del paciente. El 55 % están en proceso.

Tabla 7. Diagnóstico de enfermería: Integridad de la piel deteriorada relacionado con cumplimiento inadecuado del régimen de tratamiento evidenciado por Absceso, descamación, superficie de la piel alterada: herida de 7 x 5 cm en el miembro inferior izquierdo, con presencia de tejido fibroso, presencia de tejido necrótico edematizado, secreciones purulentas y olor fétido

Diagnostico Enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación de logro NOC	
<p>Dominio 11. Seguridad / protección Clase 2. Lesión física Código: 00046 Integridad de la piel deteriorada relacionado con cumplimiento inadecuado del régimen de tratamiento evidenciado por Absceso, descamación, superficie de la piel alterada: herida de 7 x 5 cm en el miembro inferior izquierdo, con presencia de tejido fibroso, presencia de tejido necrótico edematizado, secreciones purulentas y olor fétido</p>	<p>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas INDICADORES: 110115 Lesiones cutáneas (Grave 1) 110123 Necrosis (Grave 1) 110124 Induración (Sustancial 2)</p> <p>1102 Curación de la herida INDICADORES: 110202 Supuración purulenta (Extenso 1) 110210 Aumento de la temperatura cutánea (Sustancial 2) 110209 Edema perilesional (Sustancial 2) 110211 Olor de la herida (Extenso 1)</p>	<p>3664 Cuidados de la Herida: Ausencia de cicatrización ACTIVIDADES: 1. Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades. 2. Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas 3. Administrar cuidados de la úlcera dérmica (concepto TIME) ✓ si es necesario. 4. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida, localización, el tamaño y la apariencia de la herida. 5. Aplicar terapia de compresión, según sea conveniente y elevar la pierna afectada por encima del nivel del corazón. ✓</p> <p>3590 Vigilancia de la piel ACTIVIDADES: 1. Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. 2. Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y ulceraciones en las extremidades. 3. Valorar el estado de la zona de ulcera 4. Observar si hay infecciones 5. Instaurar medidas para evitar mayor deterioro</p>	<p>✓</p>	<p>Valorar el estado de la piel es para conservar la integridad y el buen estado de la piel y prevenir infecciones. El objetivo es optimizar el lecho de la herida reduciendo el edema, el exudado y la carga bacteriana La limpieza implica la remoción de polvo, bacterias, células muertas, y otros restos de la superficie de la piel. Mantener la limpieza general del paciente ayudara a disminuir las complicaciones.</p>	<p>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas INDICADORES: 110115 Lesiones cutáneas (Moderado 3) 110123 Necrosis (Moderado 3) 110124 Induración (Moderado 3) 1102 Curación de la herida INDICADORES: 110202 Supuración purulenta (Ninguno 5) 110210 Aumento de la temperatura cutánea (Ninguno 5) 110209 Edema perilesional (Ninguno 5) 110211 Olor de la herida (Ninguno 5)</p>

Fuente: Datos obtenidos de la valoración del adulto mayor

Figura 2: La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos del Diagnóstico de Enfermería: Integridad de la piel deteriorada relacionado con cumplimiento inadecuado del régimen de tratamiento evidenciado por Absceso, descamación, superficie de la piel alterada: herida de 7 x 5 cm en el miembro inferior izquierdo, con presencia de tejido fibroso, presencia de tejido necrótico edematizado, secreciones purulentas y olor fétido

Diagnostico Enfermería	Criterios de evaluaciónNOC	Intervenciones deEnfermería	Colocar un aspa (x) en el casillero segúncorresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Dominio 11. Seguridad /protección Clase 2. Lesión física Código: 00046 Integridad de la piel deteriorada relacionado con cumplimiento inadecuado del régimen de tratamiento evidenciado por Absceso, descamación, superficie de la piel alterada: herida de 7 x 5 cm en el miembro inferior izquierdo, con presencia de tejido fibroso, presencia de tejido necrótico edematizado, secreciones purulentas y olor fétido	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas INDICADORES: 110115 Lesiones cutáneas (Moderado 3) 110123 Necrosis (Moderado 3) 110124 Induración (Moderado 3) 1102 Curación de la herida INDICADORES: 110202 Supuración purulenta (Ninguno 5) 110210 Aumento de la temperatura cutánea (Ninguno 5) 110209 Edema perilesional (Ninguno 5) 110211 Olor de la herida (Ninguno 5)	3664 Cuidados de la Herida: Ausencia de cicatrización ACTIVIDADES: 1. Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades. 2. Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas 3. Administrar cuidados de la úlcera dérmica (concepto TIME) si es necesario. 4. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida, localización, el tamaño y la apariencia de la herida. 5. Aplicar terapia de compresión, según sea conveniente y elevar la pierna afectada por encima del nivel del corazón. 3590 Vigilancia de la piel ACTIVIDADES: 1. Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. 2. Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y ulceraciones en las extremidades. 3. Valorar el estado de la zona de ulcera 4. Observar si hay infecciones 5. Instaurar medidas para evitar mayor deterioro	75%		25%

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al paciente

Respecto a la figura, se puede señalar que el 75% de las intervenciones que se llevó acabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y dieron buenos resultados en la mejoría del paciente. el 25 % están en proceso

Tabla 8. Diagnóstico de enfermería: Movilidad física deteriorada relacionado con Movimiento lento, expresa malestar, estilo de vida sedentario evidenciado por dificultad para deambular usa dispositivo de apoyo, se le observa al paciente con aumento de peso, Peso 78 kg, Talla 1.55 cm, IMC: 32.5.

Diagnostico Enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación de logro NOC
<p>Dominio 4. Actividad /descanso Clase 2 Actividad / ejercicio Código: 00085 Movilidad física deteriorada relacionado con Movimiento lento, expresa malestar, estilo de vida sedentario evidenciado por dificultad para deambular usa dispositivo de apoyo, se le observa al paciente con aumento de peso, Peso 78 kg, Talla 1.55 cm, IMC: 32.5.</p>	<p>0208 Movilidad INDICADORES: 020801 Mantenimiento del equilibrio (Sustancialmente comprometido 2) 020802 Mantenimiento de la posición corporal (Sustancialmente comprometido 2) 020806 Ambulación (Sustancialmente comprometido 2) 0200 Ambular INDICADORES: 020001 Soporta el peso (Gravemente comprometido 1) 020002 Camina con marcha eficaz (Gravemente comprometido 1) 020003 Camina a paso lento (Gravemente comprometido 1) 020014 Anda por la habitación (Gravemente comprometido 1) 020015 Anda por la casa (Gravemente comprometido 1)</p>	<p>1400 Ayuda con el autocuidado ACTIVIDADES: 1. Educar a la familia de la importancia de la higiene en general ✓ 2. Brindar objetos de aseo personal y fomentar la participación de la familia en la rutina diaria de aseo 3. Enseñar a la familia a fomentar la independencia, pero ayudar cuando no pueda realizar la acción. 4. Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. 5. Establecer una rutina de actividades de autocuidado ✓ 2210 Fomento del ejercicio ACTIVIDADES 1. Ayudar a establecer una rutina adecuada a su capacidad física (caminar por horas) 2. Incluir a la familia en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios. ✓ 3. Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y largo plazo. 4. Informar acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio 5. Instruir acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud</p>	<p>La higiene es esencial para preservar la salud y evitar enfermedades y evitar enfermedades del cuerpo contra infecciones y otras afecciones causadas por microorganismos contaminantes. El apoyo familiar en el aseo personal es crucial, cuando una persona no puede realizar estas actividades esta ayuda no solo mejora el bienestar físico. El ejercicio es esencial para mantener una vida saludable, ya que aporta beneficios tanto físicos como mentales</p>	<p>0208 Movilidad INDICADORES: 020801 Mantenimiento del equilibrio (Moderadamente comprometido 3) 020802 Mantenimiento de la posición corporal (Moderadamente comprometido 3) 020806 Ambulación (Moderadamente comprometido 3) 0200 Ambular INDICADORES: 020001 Soporta el peso (Moderadamente comprometido 3) 020002 Camina con marcha eficaz (Moderadamente comprometido 3) 020003 Camina a paso lento (Moderadamente comprometido 3) 020014 Anda por la habitación (Moderadamente comprometido 3) 020015 Anda por la casa (Moderadamente comprometido 3)</p>

Fuente: Datos obtenidos de la valoración del adulto mayor

Figura 3: La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos del Diagnóstico de Enfermería: Movilidad física deteriorada relacionado con Movimiento lento, expresa malestar, estilo de vida sedentario evidenciado por dificultad para deambular usa dispositivo de apoyo, se le observa al paciente con aumento de peso, Peso 78 kg, Talla 1.55 cm, IMC: 32.5.

Diagnostico Enfermería	Criterios de evaluaciónNOC	Intervenciones deEnfermería	Colocar un aspa (x) en el casillero segúncorresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Dominio 4. Actividad / descanso Clase 2. Actividad / ejercicio Código : 00085 Movilidad física deteriorada relacionado con Estilo de vida sedentario evidenciado por dificultad para deambular usa dispositivo de apoyo, se le observa al paciente con aumento de peso, Peso 78 kg, Talla 1.55 cm, IMC: 32.5.	0208 Movilidad INDICADORES: 020801 Mantenimiento del equilibrio (Moderadamente comprometido 3) 020802 Mantenimiento de la posición corporal (Moderadamente comprometido 3) 020806 Ambulación (Moderadamente comprometido 3) 0200 Ambular INDICADORES: 020001 Soporta el peso (Moderadamente comprometido 3) 020002 Camina con marcha eficaz (Moderadamente comprometido 3) 020003 Camina a paso lento (Moderadamente comprometido 3) 020014 Anda por la habitación (Moderadamente comprometido 3) 020015 Anda por la casa (Moderadamente comprometido 3)	1400 Ayuda con el autocuidado ACTIVIDADES: 1. Educar a la familia de la importancia de la higiene en general 2. Brindar objetos de aseo personal y fomentar la participación de la familia en la rutina diaria de aseo 3. Enseñar a la familia a fomentar la independencia, pero ayudar cuando no pueda realizar la acción. 4. Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. 5. Establecer una rutina de actividades de autocuidado 2210 Fomento del ejercicio ACTIVIDADES 1. Ayudar a establecer una rutina adecuada a su capacidad física (caminar por horas) 2. Incluir a la familia en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios. 3. Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y largo plazo. 4. Informar acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio 5. Instruir acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud.	45%		55%

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al paciente

Respecto a la figura, se puede señalar que el 45% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y dieron buenos resultados en la mejoría del paciente. el 55 % están en proceso.

Tabla 9. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de caídas en adultos factor de riesgo equilibrio postural alterado, obesidad, movilidad física deteriorada, dolor musculoesquelético crónico

Diagnostico Enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación de logro NOC
<p>Dominio Seguridad protección Clase 2. Lesión física Código: 00303</p> <p>Riesgo de caídas en adultos factor de riesgo equilibrio postural alterado, obesidad, movilidad física deteriorada, dolor musculoesquelético o crónico.</p>	<p>1909 Conducta de prevención de caídas INDICADORES: 190923 Pide ayuda (Raramente demostrado 2) 190903 Coloca barreras para prevenir caídas (Raramente demostrado 2) 190901 Utiliza dispositivos de ayuda correctamente (Raramente demostrado 2)</p> <p>1828 Conocimiento: prevención de caídas INDICADORES: 182801 Uso correcto de dispositivos de ayuda (Conocimiento escaso 2) 182808 Cuándo pedir ayuda personal (Conocimiento escaso 2) 182813 Condiciones crónicas que aumentan el riesgo de caídas (Conocimiento escaso 2)</p>	<p>6490 Prevención de caídas ACTIVIDADES: 1. Identificar las características del ambiente que pueden aumentar las posibilidades de caída 2. Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas 3. Proporcionar dispositivo de ayuda (bastón o andador para caminar) para conseguir una marcha estable 4. Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso 5. Colocar barandillas en escaleras y zonas de paso.</p> <p>6650 Vigilancia ACTIVIDADES: 1. Determinar los riesgos de salud del paciente 2. Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud. 3. Vigilar los patrones conductuales. 4. Proporcionar un entorno seguro. 5. Vigilancia constante en su rutina diaria</p>	<p>✓ Es importante tener el ambiente ordenado y libre sin objetos que obstaculizan el paso para evitar caídas</p> <p>✓ Los dispositivos de ayuda para caminar, como bastones, andadores, muletas o sillas de ruedas, son esenciales para personas con movilidad limitada, proporciona estabilidad, seguridad y autonomía, mejorando la calidad de vida</p> <p>✓ Una iluminación óptima permite identificar obstáculos en el camino, como muebles, alfombras o desniveles en el suelo.</p>	<p>1909 Conducta de prevención de caídas INDICADORES: 190923 Pide ayuda (A veces demostrado 3) 190903 Coloca barreras para prevenir caídas (A veces demostrado 3) 190901 Utiliza dispositivos de ayuda correctamente (A veces demostrado 3)</p> <p>1828 Conocimiento: prevención de caídas INDICADORES: 182801 Uso correcto de dispositivos de ayuda (Conocimiento moderado 3) 182808 Cuándo pedir ayuda personal (Conocimiento moderado 3) 182813 Condiciones crónicas que aumentan el riesgo de caídas (Conocimiento moderado 3)</p>

Fuente: Datos obtenidos de la valoración del adulto mayor

Figura 4: La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos del Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de caídas en adultos factor de riesgo equilibrio postural alterado, obesidad, movilidad física deteriorada, dolor musculoesquelético crónico.

Diagnostico Enfermería	Criterios de evaluaciónNOC	Intervenciones deEnfermería	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Dominio 11. Seguridad / protección Clase 2. Lesión física Código: 00303 Riesgo de caídas en adultos factor de riesgo equilibrio postural alterado, obesidad, movilidad física deteriorada, dolor musculoesquelético crónico.	1909 Conducta de prevención de caídas INDICADORES: 190923 Pide ayuda (A veces demostrado 3) 190903 Coloca barreras para prevenir caídas (A veces demostrado 3) 190901 Utiliza dispositivos de ayuda correctamente (A veces demostrado 3)	6490 Prevención de caídas ACTIVIDADES: 1. Identificar las características del ambiente que pueden aumentar las posibilidades de caída 2. Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas 3. Proporcionar dispositivo de ayuda (bastón o andador para caminar) para conseguir una marcha estable 4. Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso 5. Colocar barandillas en escaleras y zonas de paso.			
	1828 Conocimiento: prevención de caídas INDICADORES: 182801 Uso correcto de dispositivos de ayuda (Conocimiento moderado 3) 182808 Cuándo pedir ayuda personal (Conocimiento moderado 3) 182813 Condiciones crónicas que aumentan el riesgo de caídas (Conocimiento moderado 3)	6650 Vigilancia ACTIVIDADES: 1. Determinar los riesgos de salud del paciente 2. Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud. 3. Vigilar los patrones conductuales. 4. Proporcionar un entorno seguro. 5. Vigilancia constante en su rutina diaria .	35%		65%

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al paciente

Respecto a la figura, se puede señalar que el 75% de las intervenciones que se llevó acabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y dieron buenos resultados en la mejoría del paciente. el 25 % están en proceso.

Tabla 10. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo miedo al rechazo, Imagen corporal alterada.

Diagnostico Enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación de logro NOC
Dominio Auto percepción Clase Autoestima Código: 00153 Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo miedo rechazo, Imagen corporal alterada.	1205 Autoestima INDICADORES: 6.120501 Verbalizaciones de autoaceptación (Raramente positivo 2) 2.120502 Aceptación de las propias limitaciones (Raramente positivo 2) 120509 Mantenimiento del cuidado/higiene personal (Raramente positivo 2) 1308 Adaptación a la discapacidad física INDICADORES: 130801 Verbaliza capacidad para adaptarse a la discapacidad (Raramente demostrado 2) 130802 Verbaliza reconciliación con la discapacidad (Raramente demostrado 2) 130803 se adapta a las limitaciones funcionales (Raramente demostrado 2) 130812 Acepta la necesidad de ayuda física (Raramente demostrado 2)	5400 Potenciación de la autoestima ACTIVIDADES: 1. Lograr una buena relación de confianza y respeto entre enfermero paciente. ✓ 2. Identificar preocupaciones psicológicas (depresión o ansiedad). 3. Incentivar al paciente a identificar acciones de aceptación 4. Brindar medios de distracción que mejoren su estado emocional ✓ 5. Educar y aconsejar a los familiares del paciente la importancia del apoyo en su adaptación física y sobre todo emocional.	Es importante la educación en pacientes del cuidado a la herida operatoria para protegerla de infección y ayudar a la cicatrización. La familia es imprescindible y el soporte de los pacientes en circunstancias no esperadas, por ellos se educa al familiar que es necesario que acudan a las visitas dentro de los hospitales para que el paciente mejore su estado psicológico, mejore su ambiente la falta de apoyo de la familia puede provocar tristezas, ansiedad, etc.	1205 Autoestima INDICADORES: 120501 Verbalizaciones de autoaceptación (A veces positivo 3) 120502 Aceptación de las propias limitaciones (A veces positivo 3) 120509 Mantenimiento del cuidado/higiene personal (A veces positivo 3) 1308 Adaptación a la discapacidad física INDICADORES: 130801 Verbaliza capacidad para adaptarse a la discapacidad (A veces demostrado 3) 130802 Verbaliza reconciliación con la discapacidad (A veces demostrado 3) 130803 Se adapta a las limitaciones funcionales (A veces demostrado 3) 130812 Acepta la necesidad de ayuda física (A veces demostrado 3)
	5270 Apoyo emocional ACTIVIDADES: 1. Mostrar interés por el paciente 2. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias 3. Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones 4. Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. 5. Escuchar los mensajes y sentimientos inexpresivos.			

Fuente: Datos obtenidos de la valoración del adulto mayor, entrevista.

Figura 5: La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos del Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo miedo al rechazo, Imagen corporal alterada.

Diagnostico Enfermería	Criterios de evaluaciónNOC	Intervenciones deEnfermería	Colocar un aspa (x) en el casillero segúncorresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Dominio 6. Autopercepción Clase 2. Autoestima Código: 00153 Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo miedo al rechazo, Imagen corporal alterada.	1205 Autoestima INDICADORES: 120501 Verbalizaciones de autoaceptación (A veces positivo 3) 120502 Aceptación de las propias limitaciones (A veces positivo 3) 120509 Mantenimiento del cuidado/higiene personal (A veces positivo 3) 1308 Adaptación a la discapacidad física INDICADORES: 130801 Verbaliza capacidad para adaptarse a la discapacidad (A veces demostrado 3) 130802 Verbaliza reconciliación con la discapacidad (A veces demostrado 3) 130803 Se adapta a las limitaciones funcionales (A veces demostrado 3) 130812 Acepta la necesidad de ayuda física (A veces demostrado 3)	5400 Potenciación de la autoestima ACTIVIDADES: 1. Lograr una buena relación de confianza y respeto entre enfermero paciente. 2. Identificar preocupaciones psicológicas como depresión o ansiedad. 3. Incentivar al paciente a identificar acciones de aceptación 4. Brindar medios de distracción que mejoren su estado emocional 5. Educar y aconsejar a los familiares del paciente la importancia del apoyo en su adaptación física y sobre todo emocional. 5270 Apoyo emocional ACTIVIDADES: 1. Mostrar interés por el paciente 2. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias 3. Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones 4. Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. 5. Escuchar los mensajes y sentimientos inexpresivos.	35%		65%

Fuente: Datos obtenidos de la entrevista al paciente Respecto a la figura, se puede señalar que el 35% de las intervenciones que se llevó acabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y dieron buenos resultados en la mejoría del paciente. el 65 % están en proceso.

CAPITULO IV: DISCUSION

4. DISCUSION

El presente estudio de caso clínico fue realizado con una paciente adulta mayor de sexo femenino, 81 años de edad con las iniciales R.D.A. con antecedentes de hipertensión arterial, con diagnóstico médico de úlcera varicosas infectada en el consultorio MEDISOT SAC. Las intervenciones de enfermería estuvieron orientadas en garantizar su bienestar integral y aplicar adecuadamente el proceso de cuidado basado en evidencia haciendo uso del NANDA, NIC. NOC. Los resultados obtenidos demostraron la efectividad de las intervenciones realizadas. En relación al análisis de la etiqueta diagnóstica **dolor crónico** se puede señalar que el 45% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y dieron buenos resultados en la mejoría del paciente. El 55 % están en proceso. Lo que explica NANDA: Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); aparición repentina o lenta de cualquier intensidad desde leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o predecible, y con una duración superior a 3 meses (19).

Del mismo modo, en relación al análisis de la segunda etiqueta diagnóstica **Integridad de la piel deteriorada** se observa que el 75% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas con satisfacción y se observaron buenos resultados y el 25 % están en proceso. De acuerdo a NANDA internacional: Epidermis y / o dermis alterada (19).

Así mismo, en la etiqueta diagnóstica **movilidad física deteriorada** se muestra que el 45% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas con buenos resultados en la mejoría del paciente donde el 55 % están en proceso. Lo que explica NANDA que es: Limitación en el movimiento independiente y decidido del cuerpo o de una o más extremidades (19).

También, en la etiqueta diagnóstica **riesgo de caídas en adultos** se observa que el 75% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y el 25 % están en proceso. A lo que Explica NANDA: Adulto susceptible de experimentar un evento que resulte en descansar inadvertidamente en el suelo, piso u otro nivel inferior, lo que puede comprometer la salud (19).

Finalmente, en la etiqueta diagnóstica **riesgo de baja autoestima situacional** se puede señalar que el 35% de las intervenciones se cumplieron satisfactoriamente y dieron buenos resultados hacia el paciente donde el 65 % están en proceso. Por lo cual NANDA lo define como: Susceptible de cambiar de percepción positiva a negativa de autoestima, autoaceptación, autorrespeto, competencia y actitud hacia uno mismo en respuesta a una situación actual, lo que puede comprometer la salud (19).

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. Se concluye que de acuerdo al diagnóstico **dolor crónico relacionado con agente de lesiones**, se determinó que el 45% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y dieron buenos resultados en la mejoría del paciente donde el 55 % están en proceso por motivo de factores personales como la no adherencia al tratamiento, la presencia de comorbilidades que dificultan la recuperación, la aparición de nuevos síntomas que requieren ajustes en el plan terapéutico.
2. Se concluye que de acuerdo al diagnóstico **Integridad de la piel deteriorada relacionado con cumplimiento inadecuado del régimen de tratamiento**, se observa que el 75% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas con satisfacción y se observaron buenos resultados y el 25 % están en proceso por motivo de características de la herida como tamaño, profundidad, localización, presencia de infección o tejido necrótico, que pueden requerir intervenciones más prolongadas y complejas, acompañado de complicaciones que pueden ocurrir.
3. Se concluye que de acuerdo al diagnóstico **movilidad física deteriorada relacionado con estilo de vida sedentario**, se muestra que el 45% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas con buenos resultados en la mejoría del paciente donde el 55 % están en proceso por motivo de la edad avanzada, que puede conllevar una disminución de la masa muscular, fuerza y flexibilidad, lo que enlentece el proceso de rehabilitación. Presencia de comorbilidad que complica el tratamiento y afectan la capacidad de tolerar la actividad física.
4. Se concluye que de acuerdo al diagnóstico **riesgo de caídas en adultos factor de riesgo equilibrio postural alterado, obesidad, movilidad física deteriorada, dolor musculo esquelético crónico**. se observa que el 75% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y el 25 % están en proceso por motivo de debido a diversos factores, entre los que destacan: la presencia de comorbilidades,

que aumentan la complejidad del caso; la identificación de numerosos peligros ambientales en los hogares de los pacientes, muchos de los cuales no pudiesen ser modificados debido a limitaciones económicas. La edad avanzada, que puede conllevar una disminución de la fuerza muscular, reflejos y capacidad de respuesta, lo que aumenta la vulnerabilidad a las caídas

5. Se concluye que de acuerdo al diagnóstico **riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo miedo al rechazo, imagen corporal alterada.** se puede señalar que el 35% de las intervenciones se cumplieron satisfactoriamente y dieron buenos resultados hacia el paciente donde el 65 % están en proceso por motivo que aún sigue asimilando el proceso de su enfermedad, el impacto psicológico que produce una úlcera profunda, como dolor crónico, limitación funcional, cambios en la imagen corporal y sentimientos de vergüenza o inadecuación, lo cual dificulta el trabajo terapéutico enfocado en la autoestima. La lentitud del proceso de cicatrización de la úlcera, lo que genera frustración y desánimo en el paciente, afectando su autoestima y motivación.

5.2 RECOMENDACIONES

- ✓ A partir de los resultados obtenidos en la primera conclusión, es evidente la necesidad de fortalecer el rol en la educación del paciente, promoviendo la adherencia al tratamiento, facilitando la comunicación entre el paciente y el personal de salud. Las enfermeras pueden implementar estrategias de afrontamiento no farmacológicas, como técnicas de relajación, brindar apoyo emocional a los pacientes. Además, identificar tempranamente los cambios en la condición del paciente donde permita ajustar el plan de cuidados de manera oportuna y colaborar con otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y personalizada.
- ✓ A partir de los resultados obtenidos en la segunda conclusión, se recomienda realizar evaluaciones exhaustivas de las heridas para clasificarlas y determinar el tratamiento más adecuado. El desbridamiento oportuno, el control de la infección, la selección de vendajes apropiados son tareas clave en su práctica diaria. Además, la educación del paciente sobre el autocuidado de la herida, la detección temprana de complicaciones es esencial para promover la cicatrización y prevenir recaídas.
- ✓ A partir de los resultados obtenidos en la tercera conclusión, se recomienda un enfoque multidisciplinario que considere las particularidades de cada paciente, es fundamental adaptar los programas de rehabilitación a las capacidades individuales, considerando factores como la edad, comorbilidades y condiciones físicas. La colaboración entre fisioterapeutas, enfermeros, médicos resulta esencial para diseñar planes de cuidado personalizados que promuevan la movilidad, reduzcan el riesgo de caídas y mejoren la calidad de vida de estos pacientes. Además, es crucial brindar educación continua tanto a los pacientes como a sus familiares sobre la importancia de la actividad física regular, la nutrición adecuada, el manejo del dolor para facilitar la adherencia al tratamiento y lograr resultados sostenibles a largo plazo.
- ✓ A partir de los resultados obtenidos en la cuarta conclusión, se recomienda un enfoque multifactorial que considere tanto al paciente como a su entorno. Es fundamental realizar evaluaciones que identifiquen los factores de riesgo

específicos de cada individuo, incluyendo comorbilidades, déficits funcionales y peligros ambientales. La intervención debe ser personalizada, abarcar tanto el entrenamiento del paciente en estrategias para mejorar el equilibrio y la fuerza muscular, como la modificación del entorno para minimizar riesgos. Además, es crucial involucrar a los familiares en el proceso, brindándoles herramientas y conocimientos para colaborar en la prevención de caídas, resulta esencial para abordar los múltiples problemas y lograr resultados sostenibles a largo plazo.

- ✓ A partir de los resultados obtenidos en la quinta conclusión, se recomienda un enfoque multidisciplinario que combine intervenciones médicas, psicológicas y sociales. Es fundamental brindar un apoyo psicológico integral que permita al paciente procesar las emociones asociadas a la enfermedad, como el dolor, la limitación funcional y los cambios en la imagen corporal. La terapia cognitivo conductual puede ser una herramienta valiosa para modificar pensamientos negativos y desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas. Además, es crucial involucrar a la familia, al entorno social del paciente para crear un ambiente de apoyo y comprensión. Es fundamental establecer objetivos terapéuticos realistas, celebrar los pequeños logros para fomentar la motivación y la autoestima del paciente.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Dra. Nora Elena Sánchez-Nicolat, Dra. Fernando Guardado Bermúdez, Dr. Jesús Emmanuel Arriaga Caballero, Dr. Jorge Antonio Torres Martínez, Dr. Martín Flores Escartín, Dr. Julio Abel Serrano Lozano,* Dra. Paloma González Villegas, Dra. Nayeli Sánchez-Burgoa. Revisión en úlceras venosas: Epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento actual [Internet]. 2020 [citado el 8 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexang/an-2019/an191d.pdf>
2. G. Chaby, D. Kottler, Úlceras de la pierna de origen venoso o mixto de predominio venoso [Internet]. 2023 [citado el 8 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1761289623485081>
3. Manuel Frías Vargas, Verónica Fernández Álvarez, José Manuel Ramírez Torres, Laura Rodríguez Lorenzo, Maria Antònia Bonany Pagès, Alexia Victoria Paluso Montero, Estrella Pérez Vázquez, Luis Javier Álvarez Fernández. Updated terminology of chronic venous disorders: the Vein Term Transatlantic Interdisciplinary Consensus Document. volumen 76, núm. 5, septiembre/octubre (2024), pag. 312-323. [citado 2024 Oct 28] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00630>
4. Nieto-Zepeda Dalid R., Flores-Aguilar Silvia R., Carbajal-Robles Verónica, Quintana-Aceves Amparo, Sierra-Juárez Miguel Á., Santillán-Aguayo Enrique. Resultados de la instauración de un programa de enseñanza y autocuidado en la cicatrización de úlceras venosas crónicas. Estudio de cohorte retrospectiva. Rev. mex. angiología. [revista en la Internet]. 2021 Mar [citado 2024 Nov 15] ; 49(1): 16-23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-130X2021000100016&lng=es.
5. Sosa Vázquez. Onerys Ramón, Chirino Díaz Lázaro, Triana Mantilla María Eugenia, Rodríguez Villalonga Luis Enríquez. Caracterización de los pacientes hospitalizados por úlceras flebostáticas. Rev Cubana Angiol Cir Vasc [Internet]. 2019 Dic [citado 2024 Oct 28] ; 20(3): . Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372019000300001&lng=es.

6. Sodré SLS, Nogueira G de A, Abreu AM de, Marta CB, Peregrino AA de F, Silva RCL da. Análisis costo-efectividad del tratamiento con terapia compresiva en la cicatrización de úlceras venosas . Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2023Jan;31:e3839. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6017-3839>
7. Víctor Silva, Alicia Marcoleta, Viviana Silva, D ngelo Flores, Teresa Aparicio, Isabel Aburto, Cecilia Latrach y Naldy Febr , Prevalencia y perfil de susceptibilidad antimicrobiana en bacterias aisladas de úlceras crónicas infectadas en adultos, Universidad Mayor, Santiago, Chile. Facultad de Ciencias, Escuela de Tecnolog  Médica <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v35n2/0716-1018-rci-35-02-0155.pdf>
8. Luis A. Castillo De La Cadena, Insuficiencia venosa crónica en el adulto mayor. Universidad Peruana Cayetano Heredia 2022. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2022000200145#:~:text=Lima%2C%20Per%C3%BA.a%20la%20presencia%20de%20comorbilidades.
9. Castillo De La Cadena Luis A.. Insuficiencia venosa crónica en el adulto mayor. Rev Medica Hered [Internet]. 2022 [citado el 8 de octubre de 2024];33(2):145–54. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2022000200145
10. Rodas Jorge, Roa Gustavo, Portillo Gloria, Aguilera Panambi, Lezcano Roberto, Verdecchia Cynthia. Manejo, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia venosa de miembros inferiores. Hospital Militar Central. Periodo 2017 - 2021. Cir. párrafo. [Internet]. Abril de 2022 [consultado el 27 de noviembre de 2024]; 46(1): 7-10. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202022000100007&lng=en.
11. Piamo Alberto, García Mayra, Romero Dayset, Ferrer Daisy. Curación de úlceras venosas crónicas de la pierna con aloinjerto de membrana amniocori nica humana fresca. Biomédica. [Internet]. Mayo de 2022

- [consultado el 6 de octubre de 2024]; 42 (Suplemento 1): 17-25. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572022000500017&lng=en.
12. Berastegui Vellojín José Luis, Espinosa Berastegui Marlon Hernán, Berastegui Ortiz Luisa Fernanda, Guzmán González Dahiana Marcela. Terapia multimodal para cicatrización temprana de úlceras venosas. *Angiología* [Internet]. 2023 Abr [citado 2024 Oct 06] ; 75(2): 106-108. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-31702023000200106&lng=es.
 13. Marrero González Cristo Manuel. Repercusiones de padecer una Úlcera Venosa. *Ene.* [Internet]. 2020 [citado 2024 Oct 06] ; 14(2): 14214. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000200014&lng=es.
 14. Rodríguez Puga Rolando, Pérez Díaz Yoánder, Ticí Hernández Bertha Lina, Estrada Rivero Norma. Incidencia de la insuficiencia venosa periférica en profesionales de la enfermería. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc* [Internet]. 2023 Abr [citado 2024 Oct 06] ; 24(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372023000100002&lng=es.
 15. Nápoles Pérez Mailyn, Izquierdo Herrera Irsi de la C., de Armas López Gretel A., García García Alina, Bacallao Prado Yasnay, Marrero Riverón Luis Oscar. Síndrome de úlceras en piernas de carácter familiar y comienzo precoz. *Rev Cubana Ortop Traumatol* [Internet]. 2022 Jun [citado 2024 Oct 06] ; 36(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2022000200010&lng=es.
 16. Piamo Alberto, García Mayra, Romero Dayset, Ferrer Daisy. Curación de úlceras venosas crónicas de la pierna con aloinjerto de membrana amniocoriónica humana fresca. *Biomédica.* [Internet]. Mayo de 2022 [consultado el 6 de octubre de 2024]; 42 (Suplemento 1): 17-25. Disponible

- en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572022000500017&lng=en.
17. Rodríguez-Suárez Leydy J., Campos-Guzmán Nelson R.. Costos de los tratamientos en úlceras venosas: revisión de literatura 2015-2020. Rev. mex. angiología. [revista en la Internet]. 2021 Dic [citado 2024 Oct 06] ; 49(4): 123-132. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-130X2021000400123&lng=es
 18. Cruz C. La naturaleza del cuidado humanizado. Enfermería (Montevideo) [Internet]. 2020 [citado 2024 Mar 27]; 9(1): 21-32. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000100021&lng=es
 19. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Ed. Elsevier. 2021-2023.
 20. Garzón-Sánchez A, Rodríguez-Arenas MÁ, Garzón Sánchez JC, Díaz-García RS, Sánchez-Montero FJ, Fresneña-López N. Estudio transversal sobre factores relacionados con el dolor crónico y su atención, según sexo. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2022 Abr [citado 2024 Oct 08] ; 29(2): 61-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462022000300002&lng=es.
 21. Chiquero-Valenzuela Sara, Rodríguez-Palma Manuel, García-Fernández Francisco Pedro, López-Franco María Dolores. Desgarros cutáneos: su incorporación al marco conceptual de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. Gerokomos [Internet]. 2023 [citado 2024 Nov 14] ; 34(1): 78-84. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000100013&lng=es.
 22. García-Andreu Jorge. Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anest. Méx. [revista en la Internet]. 2017 [citado 2024 Nov 27] ; 29(Supl 1): 77-85. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077&lng=es.

23. Cerdio dominguez, David. El manejo del dolor crónico -no oncológico-: un reto bioético emergente. Med. ética, Ciudad de México , [citado 2024 Nov 27] v. 33, n. 2, p. 505-546, jun. 2022 . Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2594-21662022000200505&lng=es&nrm=iso .
24. Acosta C Dessiree D, Ibarra G Nazareth M., Naranjo R Daniel A. Prevalencia de lesiones por presión en pacientes del hospital dr. José maría vargas 2021-2022. Estudio retrospectivo. RevVenezCir [Internet]. 2023 Dic [citado 2024 Nov 27] ; 76(2): 85-89. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-64202023000200085&lng=es.
25. Vilela-Desposorio Carlos, Zavala-Castillo Ostwald. Lesiones cutáneas benignas y malignas en pacientes atendidos en un hospital general de Trujillo, Perú. Rev Med Hered [Internet]. 2023 Ene [citado 2024 Nov 27] ; 34(1): 5-13. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2023000100005&lng=es.
26. Siverio-Díaz Alba Rocío, Bellahmar-Lkadiri Samia. Plan de cuidados de enfermería desarrollado con la teoría de rango medio de autocuidado de las enfermedades crónicas. Ene. [Internet]. 2023 [citado 2024 Nov 27] ; 17(2): 2429. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2023000200008&lng=es.
27. Rodríguez-Gutiérrez Salomé, Alarcón-Rivera Miguel, Concha-Cisternas Yeny, Valdés-Badilla Pablo, Guzmán-Muñoz Eduardo. Asociación entre la condición física y calidad de vida con la fragilidad en personas mayores. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2022 Jun [citado 2024 Nov 27] ; 51(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572022000200017&lng=es.
28. Runzer-Colmenares Fernando M., Díaz-Villegas Gregory, Merino-Taboada Andrea, Ñaña-Cordova Alvaro M., Benavente-Chalco Xiomara C., Arteaga-Cisneros Karen F. et al . Fuerza de presión débil y su asociación con la dependencia funcional y el rendimiento físico alterado en adultos mayores

- de 80 años. An. Fac. med. [Internet]. 2023 Mar [citado 2024 Nov 27]; 84(1): 22-27. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832023000100022&lng=es.
29. Muñoz-Albarracín Macarena, Mayorga-Muñoz Cecilia, Jiménez-Figueroa Andrés. Salud mental, autoestima y satisfacción vital en universitarios del sur de Chile. Rev.latioam.cienc.soc.niñez juv [Internet]. agosto de 2023 [consultado el 27 de noviembre de 2024]; 21(2): 72-98. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2023000200072&lng=en.
30. Leitón-Espinoza Zoila Esperanza, Silva-Fhon Jack Roberto, de Lima Fabia María, Fuentes-Neira Wilmer Luis, Villanueva-Benites Maritza Evangelina, Partezani-Rodrigues Rosalina Aparecida. Predicción de caídas y caídas recurrentes en adultos mayores que viven en el domicilio. Gerokomos [Internet]. 2022 [citado 2025 Ene 16]; 33(4): 212-218. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000400002&lng=es.
31. Martínez Pizarro Sandra. Actualización sobre la prevención de caídas en ancianos. Gerokomos [Internet]. 2022 [citado 2025 Ene 16]; 33(1): 27-31. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000100007&lng=es
32. La Serna-Solari PB, Castillo-Cornock TB, Viera-Quijano YG. Ansiedad, autoestima y hábitos de estudio en relación al rendimiento académico de estudiantes universitarios peruanos: contexto Covid-19. Av Odontostomatol [Internet]. 2023 Mar [citado 2024 Nov 27]; 39(1): 2-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852023000100002&lng=es.
33. Maier Salmonte-Rodríguez, Vázquez-Rodríguez Arantxa, Ramos-Hernandez Andres, González-Báez Nuria, Brito-Brito Ruyman. A pesar del tratamiento, no mejoro... Ene. [Internet]. 2023 [citado 2024 Nov 15]; 17(

2): 1706. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2023000200009&lng=es.

34. Berman De la Torre Ortega Layla, Alcívar Silva Angel Andrés, Salgado Ortiz Carla Susana, Mera Tania Abril, Rodríguez Xavier Iturralde, Peña Alcívar Mariuxi. Evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores, durante el periodo de confinamiento 2020. *Vive Rev. Salud* [Internet]. 2022 Abr [citado 2024 Nov 15] ; 5(13): 63-74. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432022000100063&lng=es.
35. Castro Moyet NB de , Lopes MV de O, Monteiro ARM. Low Chronic Self-Esteem and Low Situational Self-Esteem: a literature review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020;73(1):e20180004. Available from
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0004>
36. International. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7a ed. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM, editores. España: Elsevier; 2018. 528 p.
37. International. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6a ed. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Mass ML, editores. España: Elsevier; 2018. 668 p.

ANEXOS

ANEXO A. Formato valoración por Patrones Funcionales

VALORACION DE ENFERMERÍA AL INGRESO

DATOS GENERALES

Nombre del paciente R. D. A Fecha de Nacimiento 06-12-43 Edad 81 Dirección Jr. Velasco Callao
 Fecha de ingreso al servicio 15-09-24 Hora 10 PM Persona de referencia Hisp Telf 929130492
 Procedencia: Admisión () Emergencia () Otro hospital () Otro ()
 Forma de llegada: Ambulatorio (X) Silla de ruedas () Camilla () Otro ()
 Peso: 78 kg Estatura 1.55 PA 135/90 FC 74 FR 21 T 36.6
 Fuente de información: Paciente (X) Familiar () Otro ()

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRURGICAS:

HTA (X) DM () Gastritis/Ulcera () Asma () TBC () Otros () Cirugías Si () No (X)
 Especifique: Fecha: Alergias y otras reacciones: Fármacos () Alimentos ()
 Signos y síntomas: Otros: Dx. Médico:

VALORACION DE ENFERMERIA SEGUN PATRONES FUNCIONALES

PATRON 1: PERCEPCION - MANEJO DE LA SALUD

¿Qué sabe Ud. Sobre su enfermedad? No sabe

¿Qué necesita saber sobre su enfermedad? No sabe

Estado de enfermedad: Controlada: Si () No (X)

Herida Quirúrgica No

Estilos de vida/Hábitos

USO DE TABACO SI () NO (X)

Cant/Frec. Cant/Frec.

USO DE ALCOHOL SI () NO (X)

Cant/Frec. Cant/Frec.

Comentarios:

Consumo de medicamentos con o sin indicación:

¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis

No recuerda

Motivo de incumplimiento de indicaciones médicas en la familia y comunidad: Falta interés

Estado de higiene:

Corporal: en mal estado higiene

Hogar:

Comunidad:

Estilo de alimentación: Irregular

Termorregulación: Inefectiva (X) Motivo:

Hipertermia () Hipotermia () Temperatura: 36.6

Vías aéreas permeables Si (X) No () Secreciones () Otros ()

Alergias: Látex () Otros ()

Test del Apgar: al minuto: a los 5 minutos:

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 2: NUTRICION - METABOLICO

Cambios de peso durante los últimos 6 meses: Si () No (X)

Apetito: Normal (X) Anorexia () Bulimia ()

Dific. Para deglutir: No (X) Si () Motivo:

Nauseas () Pirosis () Vómitos () Cant.:

SNG: No () Si () Especificar:

Abdomen: Normal (X) Distendido () Doloroso ()

Ruidos hidroaéreos: Aumentado () Disminuido () Ausente ()

Drenaje: No () Si () Especificar:

Hidratación piel: Seca (X) Turgente () Otro:

Estado de piel y mucosas: Deshidratada

Edema: No () Si (X) Tipo y localización: MMII

Comentarios adicionales:

Aliment. Niño: Lactancia No () Motivo:

Lactancia Si () Frecuencia: Exclusiva () Otro:

Dentición:

Diagnósticos nutricionales: Normal ()

Desnutrición global: Leve () Moderada () Severa ()

Desnutrición Crónica: Leve () Moderada () Severa ()

Riesgos Nutricionales: Obesidad ()

DIAGNOSTICOS DE DESARROLLO: Normal ()

Riesgo () Retraso () en:

Motricidad: Gruesa () Fina ()

Lenguaje () Coordinación () Social ()

Comentarios Adicionales:

FACTORES DE RIESGO: Nutricional (X) Ceguera () Pobreza ()

Lesión cerebral () Enfermedad mental ()

ADULTO: NUTRICIÓN: IMC:

Normal () Delgadez () Obesidad (X)

DESARROLLO:

Signos de incapacidad para mantener su desarrollo

Anorexia () Fatiga () Deshidratación (X) Enfermedad ()

Dificultad para razonar (X)

Otros ()

¿Qué come frecuentemente su niño? Comentarios Adicionales:

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 3: ELIMINACION

Hábitos intestinales: Número de deposiciones/día:

Estreñimiento Diarrea Incontinencia Ostomía
 Comentarios Adicionales:
 Hábitos Vesicales: Frecuencia _____ Disuria
 Retención Incontinencia Otros _____
 Edema: No Si Tipo y localización: M.H.I.I.
 Sistemas de ayuda: Si No Pañal
 Sonda Fecha coloc. _____ Colector Fecha coloc. _____
 Hábitos alimentarios: Disordenado
 Consumo de líquidos: Bajo
 Ruidos Respiratorios: Claros Sibilancias Estertores
 Secreciones traqueobronquiales Disnea Cianosis
 Palidez Otro _____
 Comentarios Adicionales:

Escala de Norton:

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

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

Clasificación de Úlceras Vasculares - Wagner

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

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Índice de Katz (Actividades de la vida diaria)

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

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

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

Movilidad de miembros:

Contracturas Flacidez Parálisis

Fuerza Muscular: Conservada Disminuida

Fatiga Si No Otros motivos de déficit de autocuidado _____

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso Irregular

Pulso periférico: Pecho () () () () ()

Popliteo () () () () ()

0 = AUSENCIA

+1 = DISMINUCION NOTABLE

+2 = DISMINUCION MODERADA

+3 = DISMINUCION LEVE

+4 = PULSACION NORMAL

Edema Si No Localización: M.H.I.I.
 + (0 - 0.65cm.) ++ (0.65 - 1.25cm.) +++ (1.25 - 2.50cm)

Riesgo periférico:

Extremidades Superiores: Normal Cianosis Fría

Extremidades Inferiores: Normal Cianosis Fría

Presencia de líneas Invasivas _____

ACTIVIDAD RESPIRATORIA: Respiración: Regular Irregular

Disnea Cianosis Fatiga Otro

Gasometría: OK Comentarios Adicionales: _____

Traqueostomía No Si

Ayuda endotraqueal / Ventilador Mecánico _____ SatO₂ _____

Escala de Disnea (Medical Research Council) MRC Modificada

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

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

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

Especificar intensidad
 Tiempo y frecuencia: Mano de Bono
 Náuseas: No () Si () Motivo: _____

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 5: SUEÑO DESCANSO

Horas de sueño: 6h Problemas para dormir:
 Si () No (X) tiempo: _____ minutos
 Toma algo para dormir Si () No (X)
 Padece de insomnio () Pesadillas (X)
 Conciliar el sueño adecuadamente si: _____ No (X)
 Excesiva somnolencia
 Cuantas veces se ha despertado por la noche: 1 vez

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

PATRON 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL

Estado de inconsciencia: No () Si (X) Tiempo: _____
NIVEL DE CONCIENCIA (ESCALA DE GLASGOW) 13

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

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 7 : AUTO PERCEPCION - AUTOCONCEPTO

Concepto de si mismo: N.B. dependi
 Sensación de fracaso: Familia (X) Trabajo () Otro ()
 Especifique: Mano de Bono Tiempo: Bono
 Cuidado de su persona
 Corporal: N.B.
 Vestimenta: N.B.
 Alimentación: N.B.
 Aceptación en la familia y comunidad: Si (X) No ()
 Motivo: _____
 Reacción frente a cirugías y enfermedades graves: Ansiedad (X)
 Indiferencia () Desesperanza (X) Rechazo ()
 Comentarios: _____

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 8 : ROL/RELACIONES

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

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

PATRON 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCION

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

DOMINIO 10: ADAPTACION - TOLERANCIA AL ESTRÉS

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

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

PATRON 11: VALORES - CREENCIAS

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

Recomendaciones de Datos a obtener:

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

ANEXO B. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A usted se le invita a participar en este estudio investigativo correspondiente al área de salud. Antes de resolver su participación, debe tener conocimiento y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Proceso del cuidado enfermero aplicado a una paciente con ulcera varicosa en el consultorio MEDISOT SAC, callao, 2024

Nombre de la investigadora: Bach. SILVA ROJAS, MARÍA SILVIA

Objetivo del estudio: Recolectar los datos necesarios para el desarrollo del caso clínico y el proceso de atención de enfermería.

Beneficios por participar: Puede elegir la mejor manera de conocer los resultados del estudio, ya sea individualmente o en grupo, y cómo pueden beneficiar a su trabajo como profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguna; lo único que se le pedirá es que responda a la encuesta.

Costo por participar: No habrá gastos asociados al estudio.

Confidencialidad: Sus datos personales se mantendrán en secreto; sólo los investigadores podrán acceder a ellos. Cuando se publiquen los resultados, no se te reconocerá más que por esta información secreta.

Renuncia: Usted puede desistir de participar en el estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante la recolección de datos o acerca de la investigación, puede dirigirse a (teléfono móvil N° 922 910 736) o al correo electrónico:

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerado.


Participación voluntaria:


Su colaboración en este estudio es plenamente voluntaria y puede desistir de participar en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO


Expreso que he tomado lectura y comprensión, tuve espacio y ocasión de

hacer interrogaciones, las cuales fueron contestadas de manera satisfactoria, no he percibido coacción ni he sido influido ilícitamente a participar o continuar participando en el estudio y que definitivamente acepto ser partícipe de manera voluntaria en este estudio de investigación.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE O APODERADO	Firma o huella digital
Morales Tapia Ricaldina	
Nº DNI:	
32483129	
Nº telefónico: fijo , móvil o WhatsApp	
929130492	
E-mail	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENCARGADO DE LA INVESTIGACIÓN	Firma
Silva Rojas, Maria Silvia	
Nº DNI	
27433096	
Nº Celular	
922910736	

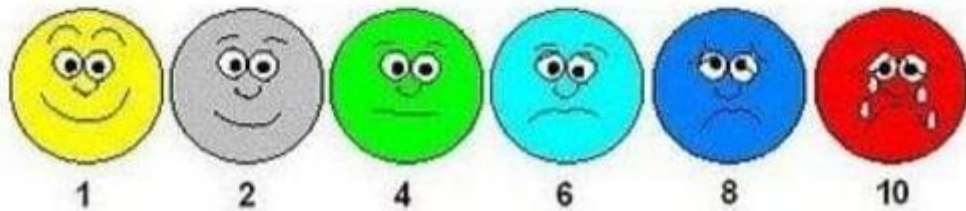
Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.



 Firma del participante

ANEXO C. Escala de valoración EVA

Escalas de dolor



EVA(8)

ANEXO D. Evidencias de trabajo



ANEXO E. Constancia de trabajo



CONSTANCIA DE TRABAJO

A quien corresponda,

CERTIFICA

Que la Sra. **Silva Rojas Maria Silvia**, Técnica de Enfermería, identificada con DNI 27433096 presta sus servicios en este consultorio desde el 16 de febrero del año 2020, hasta la fecha. De lunes a sábado en turnos rotatorios en el servicio de Flebología y Cirugía General

Se extiende dicho certificado a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Atentamente,



Joel Sotelo Pascual
Especialista en Cirugía General y laparoscópica
CPM: 38540- 21140
Gerente General

MEDISOT S.A.C. / CONSULTORIO

Av Pacasmayo 526 Callao

Cel. 999830084

