FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE CON ÚLCERA POR PRESIÓN EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA - 2025

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Bach. LOPEZ MELENDEZ, NATALI VIOLETA

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

ASESOR:

Mg. ESPINOZA CAMONES, ELOY LUCIO

https://orcid.org/0000-0003-4885-6951

LIMA-PERÚ

2025

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, **LOPEZ MELENDEZ, NATALI VIOLETA**, con DNI **42851751** en mi condición de autor(a) del trabajo de suficiencia profesional para optar el TITULO PROFESIONAL de licenciada en enfermería de título "**PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE CON ÚLCERA POR PRESIÓN EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA – 2025** ", **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.

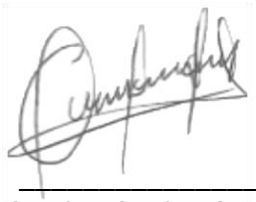
Indicar que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud **18 %** y, que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

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

Lima 03, de MAYO 2025.

Bach. LOPEZ MELENDEZ, NATALIA VIOLETA

DNI: 42851751



Mg. ESPINOZA CAMONES, ELOY LUCIO

DNI 43326570

Natali Violeta López Melendez

PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE CON ÚLCERA POR PRESIÓN EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS D...

Quick Submit
Quick Submit
ENFERMERIA

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::1:3232510555

Fecha de entrega
28 abr 2025, 8:14 p.m. GMT-5

Fecha de descarga
28 abr 2025, 8:17 p.m. GMT-5

Nombre de archivo
28_abril_natali_lopez.docx

Tamaño de archivo
3.6 MB

55 Páginas

10.133 Palabras

61.109 Caracteres

turnitin Página 1 of 61 - Portada Identificador de la entrega trn:oid:::1:3232510555

turnitin Página 2 of 61 - Integrity Overview Identificador de la entrega trn:oid:::1:3232510555

18% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text
- Small Matches (less than 10 words)

Top Sources

15% Internet sources
2% Publications
14% Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

DEDICATORIA

Primero, agradezco a Dios, porque sin Él no estaría aquí hoy celebrando mi graduación. También quiero agradecer a mis cuatro maravillosos hijos, quienes no solo me inspiraron, sino que también fueron mis grandes compañeros en este camino. Gracias por cada abrazo de apoyo, por cada “tú puedes” cuando tenía dudas y por cada risa que me motivó a seguir.

Sin su ayuda, este trabajo habría estado guardada en un cajón junto con mis ganas de dormir. A ustedes, que aprendieron a tener paciencia durante mis exámenes, que aguantaron mi estrés y que incluso me cuidaron cuando estaba muy cansado, les dedico este logro.

Este título no es solo mío, es de todos nosotros en el equipo. ¡Juntos lo conseguimos!

Índice General

Carátula i
Dedicatoria iv
Índice General v
Índice de tablas vii
Índice de figuras viiii
Resumen viii
Abstract ixx
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN 1
1.1 Marco teórico 1
1.2 Caso clínico 7
1.3 Valoración según patrones funcionales 8
1.4 Priorización de diagnósticos de enfermeria 11
CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS 12
2.1 Diseño de estudio 12
2.2 Población 12
2.3 Procedimiento de recolección de datos 12
2.4 Método de análisis 13
2.5 Aspectos éticos 13
CAPÍTULO III: RESULTADOS 15
3.1 INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA 15
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN 1
4.1 DISCUSIÓN 1
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 3
5.1 CONCLUSIONES 3
5.2 RECOMENDACIONES 4
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 5
ANEXOS 11
Anexo A. Formato de valoración por patrones funcionales 11
Anexo B. Escala de medición 15
Anexo C. Consentimiento informado 16
Anexo D. Evidencias del trabajo de campo 18

Índice de tablas

Tabla 1. Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con lesión por agente biológico evidenciado por conducta expresiva y expresión facial del dolor.15

Tabla 2. Diagnóstico de enfermería: Lesión por presión en adultos relacionado con conocimiento inadecuado del cuidador sobre estrategias de prevención de lesiones por presión evidenciado por perdida completa del grosor del tejido y la ulcera cubierta por escara.18

Tabla 3. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la motilidad gastrointestinal relacionado con deterioro de la movilidad evidenciado por abdomen globuloso y a la auscultación disminución de ruidos hidroaéreos.21

Tabla 4. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con deterioro de la integridad cutánea y examen auxiliar; leucocitos 10.5 * 103/mm3...24

Tabla 5. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de ingesta nutricional gastrointestinal relacionado con peso 50kg y talla 1.69mt, IMC 17.5 catalogado como bajo peso…27

Índice de figuras

Figura 1. Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con lesión por agente biológico evidenciado por conducta expresiva y expresión facial del dolor…….17

Figura 2. Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Lesión por presión en adultos relacionado con conocimiento inadecuado del cuidador sobre estrategias de prevención de lesiones por presión evidenciado por perdida completa del grosor del tejido y la ulcera cubierta por escara…….....20

Figura 3. Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la motilidad gastrointestinal relacionado con deterioro de la movilidad evidenciado por abdomen globuloso y a la auscultación disminución de ruidos hidroaéreos…….23

Figura 4. Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con deterioro de la integridad cutánea y examen auxiliar; leucocitos 10.5 * 103/mm3……26

Figura 5. Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Riesgo de ingesta nutricional gastrointestinal relacionado con peso 50kg y talla 1.69mt, IMC 17.5 catalogado como bajo peso……29

Resumen

Objetivo: Organizar el plan de intervenciones durante el proceso del cuidado enfermero en un paciente con ulcera por presión en el Hospital San Juan de Lurigancho 2025.

Material y Métodos: El análisis se enfoco en un paciente de 98 años de edad, donde la información fue obtenida por medio de la observación, entrevista y el formato de valoración de Marjory Gordon, donde se realizó el análisis de los datos usando las taxonomías NANDA, NIC y NOC con la finalidad de obtener diagnósticos y poder realizar intervenciones

Resultados: Dolor Agudo, el 20% de las actividades esta en marcha esto se debe a la prevalencia del dolor. Lesión por presión; el 20% de las actividades se encuentran en proceso, ya que es un proceso a media plazo. Deterioro de la motilidad gastrointestinal; el 25% de las acciones se ubican en proceso ya que demanda tiempo poder ejecutarlas. Riesgo de infección; el 30% de las acciones se encuentran en proceso. Riesgo de ingesta nutricional gastrointestinal; el 20% de las acciones están en proceso ya que el educar demanda mayor tiempo.

Conclusión: acorde a la evaluación de las intervenciones fueron efectivas, sin embargo, debe enfocarse en los que tienen porcentajes bajo como; Riesgo de infección donde aun se encuentran el 30% de las acciones en proceso de igual forma con el Riesgo de ingesta nutricional gastrointestinal.

Palabras clave: Enfermeria; Infecciones; Motilidad gastrointestinal, Ulcera por presión; Prevalencia (DeCS/MeSH)

Abstract

Objective: To organize the intervention plan during the nursing care process for a patient with a pressure ulcer at the San Juan de Lurigancho 2025 Hospital.

Material and Methods: The analysis focused on a 98-year-old patient. Information was obtained through observation, interviews, and the Marjory Gordon assessment form. Data was analyzed using the NANDA, NIC, and NOC taxonomies to obtain diagnoses and implement interventions.

Results: Acute pain; 20% of activities are underway, due to the prevalence of pain. Pressure injury; 20% of activities are in progress, as this is a medium-term process. Gastrointestinal motility impairment; 25% of actions are in progress, as it takes time to execute them. Risk of infection; 30% of actions are in progress. Risk of gastrointestinal nutritional intake; Twenty percent of the actions are in progress, as education requires more time.

Conclusion: According to the evaluation, the interventions were effective; however, a focus should be placed on those with low percentages, such as Risk of Infection, where 30% of the actions are still in progress, as is the Risk of Gastrointestinal Nutritional Intake.

Keywords: Nursing; Infections; Gastrointestinal Motility; Pressure Ulcer; Prevalence (MeSH)

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Marco teórico

Las úlceras por presión se refieren a las zonas cutáneas que sufren lesiones debido a la permanencia prolongada en una posición fija, habitualmente se manifiestan en áreas donde el sistema óseo se encuentran próximos a la dermis, tales como los tobillos y los talones, el riesgo se incrementa cuando el individuo se halla confinado en una cama, emplea una silla con ruedas o tiene imposibilitado modificar su posición, las úlceras por presión suelen inducir infecciones severas, otras pueden comprometer la supervivencia del individuo (1).

Un estudio llevado en Alemania en el 2019, indica que el 89,7% de las lesiones por presión se pueden prevenir, con una Prevalencia contemporánea del 9,4% y el 14,8%. Asimismo, se evaluó la relevancia del equipo de enfermeros cuando atienden estos usuarios, con el 48% que demostró adherencia al tratamiento (2). Por otra parte, un análisis desarrollado en el 2020 en Francia, evaluó la efectividad de los cuidados, donde el 75% de estas lesiones son previsibles con cuidados óptimos, cabe resaltar el cumplimiento del protocolo en la atención (3). No obstante, el análisis realizado en el 2020 en la Universidad de Valladolid ubicada en España destaca la importancia crucial que desempeña el enfermero en prevenir y atender de las lesiones, por lo tanto, los profesionales de salud son los que se encargan de ejecutar el proceso de atención del enfermero, y se ha observado que un significativo 75% de los pacientes manifiestan estar contentos con la labor ejercida por estos profesionales (4).

A nivel latinoamericano, la reconocida revista RECIMUNDO publicó un estudio en el 2021, el cual fue en Ecuador, donde las lesiones por presión son lamentablemente frecuentes, con una preocupante tasa de incidencia del 18,7% en pacientes postrados. Además, en dicho estudio se evaluó minuciosamente el valor de cumplir con esta labor, arrojando como hallazgo un 78% de los profesionales demuestran un excelente nivel de cumplimiento en el proceso enfermero (5). Resultado similar al obtenido en el estudio realizado en Colombia durante el 2020, donde se evaluó la implementación del protocolo en los cuidados otorgados por los enfermeros, se encontró que las actividades son llevadas a cabo en un 87% de los

casos, se resalta que la actividad de los enfermeros es importante en la prestación de servicios hospitalarios (6). No obstante, en Chile en el trayecto de 2022, se ha encontrado que los pacientes se encuentran altamente satisfechos con la atención médica brindada. Según un estudio reciente, el 69% de las actividades ejecutadas por el personal de salud estaban orientadas hacia el beneficio y la promoción y prevenir estas lesiones (7).

Mientras en el contexto nacional, el estudio realizado en la ciudad de Lima, refiere que las Lesiones son un grave inconveniente de salud que afecta de forma gradual en la calidad de vida de los pacientes afectados, los investigadores descubrieron que únicamente el 74% de los enfermeros cumplen con las medidas de cuidado y prevención de estas lesiones, por consiguiente, se hace imperativo tener con una completa guía de actividades, así como con programas de capacitaciones y evaluación continuos, con el fin de incrementar y unificar los conocimientos del personal a cargo del manejo de estas lesiones (8). Por otro lado, es relevante mencionar que un estudio llevado en la ciudad de Ica en el año 2023 puso de manifiesto la trascendencia de la labor desempeñada por el personal sanitario en lo que cuenta que previene y trata estas lesiones, en este sentido, se evidenció que, reducido el porcentaje, correctamente el 3.8% de los pacientes admitidos en el hospital, presentaron lesiones por presión (9). Finalmente, el análisis llevado en un hospital de la ciudad de Lima durante el 2021, reveló la trascendental relevancia de los enfermeros en el abordaje de estas lesiones, en dicho estudio se documenta de manera contundente la crucial importancia de llevar a cabo la movilización de los pacientes cada 2 a 4 horas, práctica que demostró reducir significativamente en un impresionante 67% la incidencia de complicaciones en etapas posteriores del tratamiento (10).

En cuanto al marco teórico, una lesión por presión es una afección que se produce cuando la piel y/o los tejidos aledaños sufren daños ocasionado por la presión por mucho tiempo, la fricción y el cizallamiento, esta condición resulta en la pérdida de sustancia cutánea en áreas específicas del cuerpo, como las prominencias óseas o los tejidos blandos sometidos a presión externa, estas lesiones pueden ser causadas por diversos materiales o dispositivos clínicos que ejercen presión sobre la piel, lo que provoca daño tisular y la formación de úlceras (11).

Aunque las lesiones por presión son un problemática que se presenta un valor alto con frecuencia en los adultos, también puede afectar a la población que se encuentra expuesta a factores de riesgo, como por ejemplo los pacientes que requieren ingresos prolongados en Unidades de Cuidados Intensivos, así como aquellos que se ubican en una situación de extrema fragilidad y/o vulnerabilidad (11).

El entendimiento profundo de la fisiopatología de las úlceras puede ser de gran aporte para poder identificar de manera más precisa y certera la verdadera causa de las lesiones cutáneas, la principal razón detrás de la forma de las lesiones por presión es la constante presión ejercida por diversas fuerzas mecánicas sobre los tejidos blandos, los cuales se ven atrapados entre las protuberancias óseas y las superficies externas (12).

Cuando esta presión supera la presión capilar promedio, se desencadena un deterioro de la red capilar, resultando en una reducción del aporte de oxígeno a los tejidos. Esta situación desencadena una isquemia local severa que aumenta la permeabilidad capilar, resultando en una vasodilatador de líquidos e infiltración celular, dando inicio a un proceso que se encuentra infamado y que culminará en una hiperemia (11).

Cuando esta presión persiste durante un período prolongado, la isquemia local desencadena alteraciones irreversibles que conducen a la ulceración y la necrosis, pudiendo penetrar en estratos más profundos y provocar la destrucción de músculos, huesos, vasos sanguíneos, nervios y aponeurosis (13).

Las razones que propician la manifestación de estas afecciones suelen ser multifactoriales y, en casi todos los casos, su identificación puede ser realizada con antelación. Por lo tanto, resulta esencial identificar los factores de riesgo para implementar las estrategias preventivas y prevenir la formación de la lesión, tanto los factores como la localización de las lesiones son análogos a los de la población adulta, aunque con ciertas diferencias, los principales mecanismos que contribuyen a la obtención de estas lesiones son la presión, la fricción y la cizalla (14).

Además de la presión, la fricción y la cizalla, otros factores causales han sido asociados con la aparición de estas lesiones, las principales afecciones incluyen la

inmovilidad, la incontinencia, la insuficiencia nutricional y el problema cognitivo, que son altamente incidentes en los pacientes que reciben cuidados paliativos.

Las áreas más comunes de estas lesiones fluctúan en función de la edad. Las áreas más propensas a la en tener estas lesiones en individuos de edad avanzada son los talones y el sacro, mientras que la cabeza tiende a ser el primer lugar donde se manifiesta.

Estas lesiones se originan debido a su mayor tamaño y mayor peso en comparación con otras regiones corporales (15).

La reducción en la cantidad de cabello y tejido subcutáneo intensifica las perturbaciones generadas por la presión y la fricción. Las áreas donde se apoyan los dispositivos terapéuticos representan una de las áreas de mayor riesgo de aparición de estas lesiones (16).

Según la clasificación sobre las lesiones por presión; estadio I: Eritema presente en piel preservada, con eritema no blanqueante en una zona específica, comúnmente sobre una prominencia del sistema óseo, decoloración cutánea, calor, edemas, endurecimiento o dolor también pueden manifestarse. El área afectada puede manifestar síntomas de dolor, firmeza, suavidad, o una temperatura más elevada o baja en comparación con los tejidos adyacentes (17).

Estadio II: disminución del grosor de la dermis o la ampolla, la pérdida parcial de espesor de la piel se manifiesta en forma de úlcera abierta de escasa profundidad, con un líquido de la lesión que oscila entre rosado y rojo, sin esfacelos. Además, se manifiesta como una ampolla, abierta o rota, repleta de suero o de suero sanguíneo (17).

Estadio III: pérdida total del tejido, grasa subcutánea posiblemente visible; sin embargo, los huesos, tendones o músculos permanecen ocultos. Es posible que se manifiesten esfacelos. Además, las dimensiones de las úlceras por presión de estadio III fluctúan en función de su ubicación en la anatomía del paciente (17).

Estadio IV: pérdida total del grosor de los tejidos, incluyendo el músculo y el hueso visible. Pérdida total del espesor del tejido expuesto a la exposición de hueso, tendón o músculo. Es posible la aparición de esfacelos o escaras (17).

El diagnóstico se trata de evaluar de forma clínica, considerando los antecedentes médicos, afecciones de base, tratamientos farmacológicos y factores, evaluar el riesgo de lesiones a través de utilizar instrumentos validados y efectuar un examen físico integral que incorpore una evaluación precisa de la lesión y sus propiedades (18).

Dorothea Elizabeth Orem desarrolló su modelo conceptual como una teoría de enfermería, la cual abarca 3 teorías interconectadas: la teoría del autocuidado, la teoría de la deficiencia del autocuidado y la teoría del sistema de cuidados. Además, establece el propósito de la enfermería de la siguiente manera: brindar asistencia a un individuo para llevar a cabo y mantener actividades de autocuidado con el fin de preservar la salud, recuperarse de la patología y afrontar las repercusiones derivadas de la misma (19).

DETERIORO DE LA MOTILIDAD GASTROINTESTINAL

El diagnostico de deterioro de la motilidad gastrointestinal según la clasificación NANDA 2024-2026, se define como un incremento, disminución, ineficacia de actividad peristáltica en el tracto digestivo (20). La obstrucción del tracto gastrointestinal puede afectar el proceso de tránsito de los alimentos desde el estómago hasta su salid (21). El conjunto de acciones motoras que facilitan el tránsito del alimento hasta el ano (22). Se trata de un proceso fisiológico que facilita la digestión, la secreción y la absorción de compuestos (23).

RIESGO DE INGESTA NUTRICIONAL INADECUADA

El diagnostico de riesgo nutricional inadecuada según la clasificación NANDA 2024-2026, lo caracteriza como susceptible a un consumo insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas, lo cual dificulta la satisfacción de las necesidades metabólicas. (20). Una ingesta nutricional insuficiente puede inducir desnutrición o malnutrición, afecciones que se manifiestan cuando el organismo no obtiene los nutrientes necesarios (24). El consumo de alimentos resulta insuficiente para cumplir con las demandas de energía alimentaria requeridas (25). La desnutrición se caracteriza por una deficiencia en la ingesta de nutrientes esenciales para el funcionamiento óptimo del organismo (26).

RIESGO DE INFECCIÓN

El diagnostico de riesgo de infección según la clasificación NANDA 2024-2026, lo define como susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos (20). La posibilidad de ser invadido por microorganismos patógenos es un riesgo constante para nuestra salud (27). Además, se considera fundamental mantener hábitos de higiene adecuados y reforzar nuestro sistema inmunológico para prevenir enfermedades infecciosas (28). El estado de vulnerabilidad en el que el individuo se encuentra expuesto a ser invadido por un agente patógeno (29).

LESIÓN POR PRESIÓN EN ADULTOS

El diagnostico de lesión por presión en adultos según la clasificación NANDA 2024-2026, Lo caracteriza como daño localizado en la piel y/o el tejido subyacente de un individuo adulto, que se origina a partir de la presión o de la presión combinada con el cizallamiento. (20). Las lesiones por presión, también conocidas como úlceras por presión, son causadas por la presión constante e interrumpido ejercida sobre la piel y los tejidos subyacentes (30). Estas lesiones suelen desarrollarse en áreas del cuerpo que se encuentran en contacto con una superficie dura durante períodos prolongados de tiempo, como por ejemplo cuando una persona permanece acostada en la misma posición por mucho tiempo (31). Una úlcera por presión surge cuando el flujo sanguíneo a una zona del cuerpo se detiene en consecuencia a una presión excesiva y prolongada ejercida sobre ella (32).

DOLOR AGUDO

El diagnostico dolor agudo según la clasificación NANDA 2024-2026, Lo define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, vinculada o similar a la asociada con un daño tisular tangible o potencial, con una duración que no excede tres meses. (20). El dolor es una clara señal que emite el sistema nervioso para indicar que algo no está funcionando correctamente en el organismo, es importante prestar atención a estas señales y buscar la causa subyacente del malestar para poder abordarla de manera adecuada (33). El dolor constituye una sensación desagradable que señala un perjuicio tangible o potencial (34). El dolor surge como consecuencia de una estimulación por parte de las terminaciones nerviosas sensibles de la región afectada (35).

1.2 Caso clínico

Paciente con iniciales S.M.L, de 98 años, del género masculino, en la etapa de adulto mayor, ingresa al área de emergencias del Hospital de San Juan de Lurigancho, por presentar dolor constante en la zona sacra, donde tiene antecedentes hipertensión arterial y antecedente quirúrgico apendicetomía hace 10 años, el cual ingresa en silla de ruedas en compañía de su cuidadora, el médico de guardia previa evaluación indica la admisión y el alojamiento en el área de observación varones, es por tal motivo que se realiza la valoración céfalo caudal, el paciente se halla en estado LOTEP, se observa inquietud, mal humor, facies de dolor, una escala de EVA 7/10, escala de Norton con una puntuación 7, cuenta con una escala de Glasgow 15/15, normocéfalo, pupilas isocóricas fotoreactivas, cuello y tórax simétrico, abdomen globuloso dolor a la palpación, disminución de ruidos hidroaéreos, tono muscular disminuido, en la zona sacra se halla la presencia de lesión por presión de grado II de 5 a 7 cm de diámetro y una profundidad de 1 a 2cm sin presencia de secreción, un peso de 50 kg y una talla de 1.69cm, con un IMC de 17.5 como resultado bajo peso, se controló funciones vitales los cuales se obtuvieron los siguientes resultados; Tº= 36.6, PA=110/70, SPO2 =98% FC=98LPM FR=14 RPM, donde los resultados de laboratorio indican; hemograma completo: leucocitos 10.5 x 103 / mm3, hemoglobina 9.8 mg/dl, glucosa 118 mg/dl, se evidencia leucocitos valores normales y una disminución de la hemoglobina debido a una mala alimentación

1.3 Valoración según patrones funcionales

Patrón 1: Percepción manejo de la salud

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
Datos subjetivos • La cuidadora refiere, la señora pasa mucho tiempo en cama **Dato Objetivo** • Presencia de LPP diámetro de 5 a 7cm • Leucocitos 10.5 * 103/mm3.	**Dominio 11:** Seguridad/protección **Clase 1:** infección

Fuente: Esquema de valoración de Marjory Gordon/Creación propia

Patrón 2: Nutrición – metabólico

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
Datos subjetivos • La señora come poco **Dato Objetivo** • Peso 50kg y talla 1.69mt • IMC 17.5 catalogado como bajo peso	**Dominio 2:** Nutrición **Clase 1:** Ingestión

Fuente: Esquema de valoración de Marjory Gordon/Creación propia

Patrón 3: Eliminación

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
Datos subjetivos • No hace deposiciones hace 2 días **Dato Objetivo** • Abdomen globuloso, dolor a la palpación • Disminución de ruidos hidroaéreos • Deterioro de la movilidad	**Dominio 3:** Eliminación **Clase 2:** Función gastrointestinal

Fuente: Esquema de valoración de Marjory Gordon/Creación propia

Patrón 4: Actividad – ejercicio

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
Datos subjetivos • La señora para mucho tiempo en cama **Dato Objetivo** • Perdida completa del grosor del tejido. • LPP de 5 a 7cm de diámetro y profundidad 1 a 2 cm • LPP de II grado	**Dominio 11:** Seguridad/protección **Clase 2:** Lesión física

Fuente: Esquema de valoración de Marjory Gordon/Creación propia

Patrón 6: Cognitivo perceptual

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
Datos subjetivos • La señora se queja de dolor **Dato Objetivo** • Facies de dolor • EVA 7 / 10	**Dominio 12:** Confort **Clase 1:** Confort físico

Fuente: Esquema de valoración de Marjory Gordon/Creación propia

DIAGNOSTICO ENFERMERO

Primer Diagnóstico

Etiqueta Diagnostica: Riesgo de infección

Característica Definitorias:

Factores relacionados: Deterioro de la integridad cutánea y examen auxiliar; leucocitos 10.5 * 103/mm3.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de infección relacionado con deterioro de la integridad cutánea y examen auxiliar; leucocitos 10.5 * 103/mm3.

Segundo Diagnóstico

Etiqueta Diagnostica: Riesgo de ingesta nutricional gastrointestinal

Característica Definitorias:

Factores relacionados: Peso 50 kg y talla 1.69mt, IMC 17.5 catalogado como bajo peso.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de ingesta nutricional gastrointestinal relacionado con peso 50kg y talla 1.69mt, IMC 17.5 catalogado como bajo peso.

Tercer Diagnóstico

Etiqueta Diagnostica: Deterioro de la motilidad gastrointestinal

Característica Definitorias: abdomen globuloso y a la auscultación disminución de ruidos hidroaéreos

Factores relacionados: Deterioro de la movilidad

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la motilidad gastrointestinal relacionado con deterioro de la movilidad evidenciado por abdomen globuloso y a la auscultación disminución de ruidos hidroaéreos

Cuarto Diagnóstico

Etiqueta Diagnostica: Lesión por presión en adultos

Característica Definitorias: Presión sobre las prominencias óseas

Factores relacionados: conocimiento inadecuado del cuidador sobre estrategias de prevención de lesiones por presión

Enunciado diagnóstico: Lesión por presión en adultos relacionado con conocimiento inadecuado del cuidador sobre estrategias de prevención de lesiones por presión evidenciado por perdida completa del grosor del tejido y la ulcera cubierta por escara

Quinto Diagnóstico

Etiqueta Diagnostica: Dolor Agudo

Característica Definitorias: Expresión fácil de dolor, conducta expresiva y una escala de EVA 7/10

Factores relacionados: Lesión por agente físico.

Enunciado diagnóstico: Dolor Agudo relacionado con Lesión por agente físico evidenciado por expresión fácil de dolor, conducta expresiva y una escala de EVA 7/10.

1.4 Priorización de diagnósticos de enfermeria

1. Dolor agudo relacionado con lesión por agente biológico evidenciado por conducta expresiva y expresión facial del dolor
2. Lesión por presión en adultos relacionado con conocimiento inadecuado del cuidador sobre estrategias de prevención de lesiones por presión evidenciado por perdida completa del grosor del tejido y la ulcera cubierta por escara.
3. Deterioro de la motilidad gastrointestinal relacionado con deterioro de la movilidad evidenciado por abdomen globuloso y a la auscultación disminución de ruidos hidroaéreos
4. Riesgo de infección relacionado con deterioro de la integridad cutánea y examen auxiliar; leucocitos 10.5 * 103/mm3.
5. Riesgo de ingesta nutricional gastrointestinal relacionado con peso 50kg y talla 1.69mt, IMC 17.5 catalogado como bajo peso.

CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Diseño de estudio

El estudio de caso clínico constituye un método de investigación frecuentemente empleado en las diferentes ciencias de la salud. Se caracteriza por implicar un procedimiento meticuloso de investigación y análisis.

2.2 Población

La muestra del estudio está diseñada por un paciente adulto mayor de 98 años, identificado con las iniciales S.M.L, quien presenta el diagnóstico de Ulceras por presión, en la unidad de emergencias en el Hospital San Juan de Lurigancho.

2.3 Procedimiento de recolección de datos

2.3.1 Autorización y coordinación previas para la recolección de datos: Para iniciar con la recolección de datos, se obtuvo previamente el consentimiento del familiar, dando permiso para coordinar directamente con el equipo de salud a cargo.

2.3.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos:

La obtención de información se ejecutó durante el mes de marzo del año en curso. Se instauró una alianza preliminar con la jefatura de enfermería del Hospital San Juan de Lurigancho para designar un día específico para la evaluación de enfermería en el servicio de emergencia. Tras la culminación de la recolección, se realizó una meticulosa revisión del correcto llenado del instrumento.

2.2.3 Técnica de recolección de datos:

Se uzo la técnica de observación y la entrevista, dado que facilita la obtención de la información requerida de manera precisa y eficiente.

2.3.4. Instrumento de recolección de datos:

Para la obtención los hallazgos, se empleará el formato de valoración basada en patrones funcionales, desarrollado por Marjory Gordon. Este formato comprende 11 patrones funcionales que evalúan al usuario a lo largo de su contexto completo. Para organizar la atención sanitaria, se utilizó el modelo de planificación funcional, que comprende los siguientes elementos: diagnóstico de enfermería, objetivo

principal, resultados proyectados, acciones de enfermería, implementación y evaluación.

2.4 Método de análisis

Tras la culminación de la obtención de datos del paciente adulto, se llevó durante la digitalización de la información empleando las nomenclaturas taxonómicas NANDA, NIC y NOC, con sus correspondientes codificaciones internacionales. Estos datos fueron estructurados en tablas específicas, las cuales serán sometidas a análisis e interpretación para derivar resultados, los cuales serán objeto de discusión posterior.

2.5 Aspectos éticos

En el cuidado de una persona con úlcera por presión, se garantiza la seguridad y protección mediante principios bioéticos que dirigen las acciones de enfermería. Se respeta la autonomía del paciente al pedir su consentimiento informado, asegurando que recibe información completa sobre los procedimientos y decisiones que afectan su salud. Esta perspectiva ética ayuda a ofrecer atención justa y de buena calidad, basada en datos concretos que ayuden a resolver el problema, sin que el objetivo sea criticar el trabajo del personal de salud (36).

Principio de autonomía

Se informa al familiar del paciente sobre los instrumentos utilizados para recoger datos y se le pide su permiso para participar en el estudio. Además, se ofrece información completa al personal de salud sobre los objetivos y procedimientos de la investigación, que busca obtener el título profesional, asegurando claridad en cada etapa del proceso (36).

Principio de beneficencia

El estudio resalta la importancia y los avances en el cuidado que brindan los enfermeros en el tratamiento de las úlceras por presión. Asegura que las acciones realizadas mejoran el bienestar del paciente, aumentan su confianza y aseguran una atención de calidad durante su tiempo de observación (36).

Principio de no maleficencia

Se aclaran todas las dudas de la familia sobre el estudio, asegurándoles que ninguna de las intervenciones pondrá en riesgo su salud o bienestar. También se garantiza al personal de salud que el proceso de recolección de datos y las tareas generales no afectarán negativamente el cuidado habitual del paciente (36).

Principio de justicia

Se asegura una atención justa y respetuosa al paciente, sin importar su condición de salud. En todo momento, se promueve la amabilidad, el respeto y la cordialidad, evitando cualquier tipo de discriminación o violación de derechos, lo que ayuda a crear un ambiente de atención más humano (36).

CAPÍTULO III: RESULTADOS

3.1 INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

Tabla 1. Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con lesión por agente biológico evidenciado por conducta expresiva y expresión facial del dolor

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del Logro NOC
Dominio 12: Confort **Clase 1:** confort físico **Código:** 00132 Dolor agudo relacionado con lesión por agente biológico evidenciado por conducta expresiva y expresión facial del dolor	**Dominio:** Salud y calidad de vida (V) **Clase:** sintomatología (V) **Nivel del dolor** **Código:** 2102 **Indicadores:** **210201** intensidad del dolor referido (sustancial 2) **210206** expresiones facies de dolor (sustancial 2)	**6482: Manejo del confort** 1. Determinar metas de gestión del ambiente y confort optimo 2. Cambiar de posición para facilitar la comodidad 3. Documentar las estrategias implementadas para optimizar el confort. 4. cambiar la temperatura del lugar a la más cómodo para el individuo. 5. Evitar el contacto de la piel o las mucosas con sustancias irritantes. **1410: Manejo del dolor**	Proporcionar comodidades para mejorar la sensación de bienestar. 1. Elaborar objetivos destinados a optimizar el confort y la comodidad. 2. Es necesario identificar la posición óptima que proporcione confort. 3. Documentar las actividades con el objetivo de establecer que las medidas implementadas son las adecuadas. 4. Garantizar un confort acompañado de una temperatura apropiada para el caso en cuestión. 5. El objetivo es prevenir potenciales lesiones vinculadas al interactuar con agentes irritantes. Disminuir la intensidad de la sensación dolorosa. Encontrar métodos para reducir la incomodidad física	**Nivel del dolor** **INDICADORES** **210201** intensidad del dolor referido (moderado 3) **210206** expresiones facies de dolor (leve 4)

	1. Realizar valoración meticulosa del dolor que contemple localización, aparición y duración. 2. Vigilar el dolor utilizando herramientas de medición valida 3. indagar al usuario sobre el grado de dolor que permita su tranquilidad 4. Administrar analgésicos las 24 horas o según prescripción 5. Seguir los protocolos en la selección de analgésicos y dosis	1. Realizar un análisis de localización para discernir su procedencia y la magnitud de su intensidad. 2. El objetivo es establecer una valoración cuantificable. 3. Se procederá a examinar qué acciones podrían provocar dolor, por lo que se recomienda no ejecutarlas. 4. Facilitar una reducción de forma segura y ropa de vestir. 5. Garantizar la selección en conformidad con las regulaciones establecidas.	

Fuente. NANDA, NOC Y NIC/Elaboración propia

Figura 2. Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Dolor Agudo relacionado con Lesión por agente físico evidenciado por expresión fácil de dolor, conducta expresiva y una escala de EVA 7/10.

Diagnóstico enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda		
			Se Ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Dominio 12: Confort **Clase 1:** confort físico **Código:** 00132 Dolor Agudo relacionado con Lesión por agente físico evidenciado por expresión fácil de dolor, conducta expresiva y una escala de EVA 7/10.	**Dominio:** Salud y calidad de vida (V) **Clase:** sintomatología (V) **Nivel del dolor Código:** 2102 **Indicadores:** **210201** intensidad del dolor referido (sustancial 2) **210206** expresiones facies de dolor (sustancial 2)	**6482: Manejo del confort** 1. Determinar metas de gestión del ambiente y confort optimo 2. Cambiar de posición para facilitar la comodidad 3. Documentar las estrategias implementadas para optimizar el confort. 4. Cambiar la temperatura del lugar a la más cómodo para el individuo. **5.** Registrar las medidas adoptadas para mejorar el confort	**80%**		**20%**
		1410: Manejo del dolor 1. Realizar valoración meticulosa del dolor que contemple localización, aparición y duración. 2. Vigilar el dolor utilizando herramientas de medición valida 3. indagar al usuario sobre el grado de dolor que permita su comodidad 4. Administrar analgésicos las 24 horas o según prescripción 5. Seguir los protocolos en la selección de analgésicos y dosis	**80%**		**20%**

Fuente: Información derivada del análisis clínico del paciente.

Respecto al Diagnostico Dolor agudo relacionado con lesión por agente biológico evidenciado por conducta expresiva y expresión facial del dolor, se señala que el 80% de las intervenciones se llevaron de manera efectiva, mientras que el 20% están en proceso mostrando una mejora satisfactoria en el patrón respiratorio del paciente

Tabla 2. Diagnóstico de enfermería: Lesión por presión en adultos relacionado con conocimiento inadecuado del cuidador sobre estrategias de prevención de lesiones por presión evidenciado por perdida completa del grosor del tejido y la ulcera cubierta por escara

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del Logro NOC
Dominio 11: Seguridad / protección **Clase 2:** Lesión física **Código:** 00312 Lesión por presión en adultos relacionado con conocimiento inadecuado del cuidador sobre estrategias de prevención de lesiones por presión evidenciado por perdida completa del grosor del tejido y la ulcera	**Dominio:** Salud fisiológica (II) **Clase:** integridad tisular (L) **Integridad tisular: piel y membranas mucosas Código:** 1101 **Indicadores:** **110113 Integridad de la piel** (moderada 3) **110123 necrosis** (sustancial 2)	**3520: Cuidado de las lesiones por presión** 1. El análisis de las características de la lesión ocasionada por la presión a intervalos regulares abarca dimensiones, localización y tamaño. 2. Monitorear el color, temperatura, humedad, y aspecto de la cutáneo del entorno. 3. Se procederá a aplicar calor húmedo a las lesiones, conforme a lo requerido. 4. Cambiar de posición cada 1 a 2 horas según proceda. 5. uso camas y colchones especiales, conformo a lo requerido **3590: Vigilancia de la piel** 1. Examinar la presencia de enrojecimiento cutáneo.	Aseguramiento de la continuidad de los cuidados 1. Establecer si las lesiones exhiben fluctuaciones. 2. Garantizar que la lesión se mantenga en la misma condición inicial de su aparición. 3. El calor húmedo potencia la circulación sanguínea en la región afectada. 4. Evitar la presión en las áreas sujetas a presión. 5. Esta medida contribuye a la reducción de la presión, lo cual favorece la reducción de la misma. Visualizar las condiciones de la piel. 1. Establecer la emergencia de nuevas áreas de presión.	**Curación de heridas: por primera intención** **INDICADORES** **110113** Integridad de la piel (escaso 4) **110123** necrosis (moderado 3)

cubierta por escara	2. Usar una herramienta para evaluar y identificar a los usuarios con riesgo de pérdida de la integridad de la piel 3. Se implementarán estrategias para prevenir un deterioro más significativo. 4. Observar si la ropa queda ajustada 5. Valorar el estado de la zona	2. El objetivo es conocer a los pacientes con un alto riesgo de manifestar lesiones debido a la presión. 3. Las que propiciarán que el deterioro persista. 4. Prevendrá la emergencia de nuevas áreas que no sean susceptibles de identificación previa. 5. Contribuirá a una supervisión continua y constante.	

Fuente. NANDA, NOC Y NIC/Elaboración propia

Figura 2. Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Lesión por presión en adultos relacionado con conocimiento inadecuado del cuidador sobre estrategias de prevención de lesiones por presión evidenciado por perdida completa del grosor del tejido y la ulcera cubierta por escara

Diagnóstico enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	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:** 00312 Lesión por presión en adultos relacionado con perdida completa del grosor del tejido con exposición del musculo evidenciado por presión sobre las prominencias óseas.	**Dominio:** Salud fisiológica (II) **Clase:** integridad tisular (L) **Integridad tisular: piel y membranas mucosas:** 1101 **Indicadores:** **110113 Integridad de la piel** (moderada 3) **110123 necrosis (**sustancial 2)	**3520: Cuidado de las lesiones por presión** 1. Describir las características de la lesión por presión a intervalos regulares, incluye tamaño, localización, exudado, profundidad 2. Monitorear el color, temperatura, humedad, y aspecto cutáneo del entorno circundante. 3. Se procederá a aplicar calor húmedo a las lesiones, conforme a lo requerido. 4. Cambiar de posición cada 1 a 2 horas según proceda. 5. uso camas y colchones especiales, conforme a lo requerido	**80%**		**20%**
		3590: Vigilancia de la piel 1. Examinar la presencia de enrojecimiento cutáneo. 2. Usar una herramienta de evaluación para identificar a los usuarios con riesgo de pérdida de la integridad de la piel 3. Se implementarán estrategias para prevenir un deterioro más significativo. 4. Mirar si la ropa esta ajustada 5. Valorar el estado de la zona.	**80%**		**20%**

Fuente: Información derivada del análisis clínico del paciente.

Respecto al Diagnostico Lesión por presión en adultos relacionado con conocimiento inadecuado del cuidador sobre estrategias de prevención de lesiones por presión, se señala que el 80% de las intervenciones se desarrollaron de manera efectiva, mientras que el 20% están en proceso mostrando una mejora.

Tabla 3. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la motilidad gastrointestinal relacionado con deterioro de la movilidad evidenciado por abdomen globuloso y a la auscultación disminución de ruidos hidroaéreos

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del Logro NOC
Dominio 3: Eliminación e intercambio **Clase 2:** Función gastrointestinal **Código:** 00423 Deterioro de la motilidad gastrointestinal relacionado con deterioro de la movilidad evidenciado por abdomen globuloso y a la auscultación disminución de ruidos hidroaéreos	**Dominio:** Salud fisiológica (II) **Clase:** Eliminación (F) **Eliminación intestinal** **Código:** 0501 **Indicadores:** **050101** Patrón de eliminación (moderadamente comprometido 3) **050112** facilidades de eliminación de heces (moderadamente comprometido 3	**0430: Manejo intestinal** 1. Establecer los factores que influyen en el comportamiento intestinal. 2. Anotar los problemas intestinales preexistentes, la rutina intestinal. 3. Monitorizar síntomas y signos de estreñimiento e impactación. 4. Dar a conocer los alimentos particulares de un ritmo intestinal optimo. 5. Instruir acerca los hábitos a seguir. **1804: Ayuda con el autocuidado: defecación**	Proporcionar comodidad al nivel intestinal. 1. La identificación contribuye a la erradicación de estos factores que perturban la funcionalidad intestinal. 2. Con el fin de que los demás expertos puedan entender la realidad del caso en cuestión. 3. Para la implementación anticipada de estrategias, es esencial identificar los signos y síntomas. 4. Los que suministren fibra para facilitar una evacuación intestinal. 5. Para fomentar una rutina y facilitar la evacuación intestinal, se propone incentivar una rutina. Promover y estimular la conciencia en el cuidado de la salud por parte del usuario.	**Eliminación intestinal** **INDICADORES** **050101** Patrón de eliminación (levemente comprometido 4). **050112** facilidades de eliminación de heces (Levemente comprometido 4).

	1. Considerar la cultura del paciente a la hora de favorecer las actividades de autocuidado. 2. Brindar intimidad durante la evacuación 3. Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad. 4. Monitorizar la integridad de la piel del paciente. 5. vigilar la integridad de la piel del usuario	1. Determinar la cultura del paciente y acorde a ello intervenir. 2. El cual generara confianza y confort para lograr la defecación. 3. Tomar en cuenta su respuesta ya que esto demuestra interés en el cuidado. 4. Para evitar lesiones asociados a la humedad o la presencia de una mala higiene posterior a la defecación 5. Para identificar ciertas lesiones que puedan surgir	

Fuente. NANDA, NOC Y NIC/Elaboración propia

Figura 3. Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la motilidad gastrointestinal relacionado con deterioro de la movilidad evidenciado por abdomen globuloso y a la auscultación disminución de ruidos hidroaéreos

Diagnóstico enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda		
			Se Ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Dominio 3: Eliminación e intercambio **Clase 2:** Función gastrointestinal **Código:** 00423 Deterioro de la motilidad gastrointestinal relacionado con deterioro de la movilidad evidenciado por abdomen globuloso y a la auscultación disminución de ruidos hidroaéreos	**Dominio:** Salud fisiológica (II) **Clase:** Eliminación (F) **Eliminación intestinal** **Código:** 0501 **Indicadores:** **050101** Patrón de eliminación (moderadamente comprometido 3) **050112** facilidades de eliminación de heces (moderadamente comprometido 3)	**0430: Manejo intestinal** 1. Establecer los factores que influyan en el comportamiento intestinal. 2. Anotar los problemas intestinales preexistentes, la rutina intestinal. 3. Monitorizar síntomas y signos de estreñimiento e impactación. 4. Dar a conocer los alimentos particulares que contribuyan a conseguir un ritmo intestinal optimo. 5. Instruir acerca los hábitos a seguir	**75%**		**25%**
		1804: Ayuda con el autocuidado: defecación 1. Considerar la cultura del paciente a la hora de favorecer las actividades de autocuidado. 2. Brindar intimidad durante la evacuación 3. Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad. 4. Monitorizar la integridad de la piel del paciente. 5. Vigilar la integridad de la piel del usuario.	**75%**		**25%**

Fuente: Información derivada del análisis clínico del paciente.

Respecto al Diagnostico Deterioro de la motilidad gastrointestinal relacionado con deterioro de la movilidad evidenciado por abdomen globuloso y a la auscultación disminución de ruidos hidroaéreos, se indica que el 75% de las intervenciones se realizaron con éxito, mientras que el 25% están en curso y muestran una mejora en el nivel gastrointestinal.

Tabla 4. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con deterioro de la integridad cutánea y examen auxiliar; leucocitos 10.5 * 103/mm3.

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del Logro NOC
Dominio 11: Seguridad / protección **Clase 1:** Infección **Código:** 00004 Riesgo de infección relacionado con deterioro de la integridad cutánea y examen auxiliar; leucocitos 10.5 * 103/mm3.	**Dominio:** Conocimiento y conducta de salud (V) **Clase:** Control del riesgo (T) **Detección de riesgo** **Código: 1908** **190801** reconoce los signos y síntomas que indican riesgos (A veces demostrado 3) **190802:** Identifica los posibles riesgos para la salud (A veces demostrado 3)	**6540: Control de infecciones** 1. Se recomienda el lavado de manos o el uso de desinfectante de manos previo y posterior a cada actividad de asistencia. 2. Seguir las indicaciones universales en todas las actividades asistencial. 3. Administra terapéutica antibiótica o agentes inmunizantes, según corresponda. 4. enseñar al usuario sobre la técnica de lavado de manos. 5. Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.	Brindar seguridad determinando posibles amenazas de infección 1. Con el objetivo de prevenir infecciones propagadas por las manos. 2. Se implementará el principio de universalidad con el fin de prevenir infecciones cruzadas entre el personal sanitario y el paciente. 3. Contrarrestar cualquier brote bacteriano que comprometa la operatividad estándar. 4. El paciente puede interactuar y el lavado de manos minimiza de manera significativa la propagación de bacterias en las áreas afectadas. 5. Para la evaluación del entendimiento e implementar nuevas estrategias.	**Eliminación intestinal** **INDICADORES** **050101** Patrón de eliminación (levemente comprometido 4). **050112** facilidades de eliminación de heces (Levemente comprometido 4).

	6610: Identificación de riesgos 1. Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos 2. Determinar la posibilidad y calidad de recursos 3. Identificar los recursos del lugar para ayudar a reducir los factores de riesgo. 4. Enseñar sobre los factores de riesgo y planificar cómo disminuir el riesgo. 5. Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermeria.	Determinar y evaluar los posibles riesgos de infección que podrían surgir en determinadas circunstancias 1. Es posible identificar determinadas actividades que podrían propiciar un incremento en posibles infecciones. 2. Para proporcionar una atención eficiente con el objetivo de proporcionar un servicio de atención de alta calidad. 3. Conocer los recursos disponibles para tomar medidas adecuadas ante dicho riesgo. 4. Para una identificación colectiva, por lo que la detección será de carácter global. 5. Se proporcionarán incentivos para mantener el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.	

Fuente. NANDA, NOC Y NIC/Elaboración propia

Figura 4. Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con deterioro de la integridad cutánea y examen auxiliar; leucocitos 10.5 * 103/mm3.

Diagnóstico enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda		
			Se Ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Dominio 11: Seguridad / protección **Clase 1:** Infección Código: 00004 Riesgo de infección relacionado con deterioro de la integridad cutánea y examen auxiliar; leucocitos 10.5 * 103/mm3.	**Dominio:** Conocimiento y conducta de salud (V) **Clase:** Control del riesgo (T) **Código:** 1908 **Detección de riesgo** **190801** reconoce los signos y síntomas que indican riesgos (A veces demostrado 3) **190802:** Identifica los posibles riesgos para la salud (A veces demostrado 3)	**6540: Control de infecciones** 1. Se recomienda el lavado de manos o el uso de desinfectante de manos previo y posterior a cada actividad de asistencia. 2. Seguir las precauciones universales en todas las actividades. 3. Administra terapéutica antibiótica o agentes inmunizantes corresponda. 4. Instruir al paciente sobre la técnica de lavado de manos. 5. Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.	**70%**		**30%**
		6610: Identificación de riesgos 1. Revisar los datos de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos 2. Determinar la posibilidad y calidad de recursos 3. Identificar los recursos del lugar para ayudar a reducir los factores de riesgo. 4. Enseñar sobre los factores de riesgo y planificar cómo disminuir el riesgo. 5. Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermeria.	**70%**		**30%**

Fuente: Información derivada del análisis clínico del paciente.

Respecto al Diagnostico Riesgo de infección relacionado con deterioro de la integridad cutánea y examen auxiliar; leucocitos 10.5 * 103/mm3, se indica que el 70% de las intervenciones son efectivas, mientras que el 30% están en proceso y muestran una buena mejora en reducir el riesgo de infección.

Tabla 5. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de ingesta nutricional gastrointestinal relacionado con peso 50kg y talla 1.69mt, IMC 17.5 catalogado como bajo peso

Diagnostico enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de enfermería	Evaluación del Logro NOC
Dominio 2: Nutrición **Clase 1:** Ingestión **Código:** 00409 Riesgo de ingesta nutricional gastrointestinal relacionado con peso 50kg y talla 1.69mt, IMC 17.5 catalogado como bajo peso.	**Dominio:** Salud fisiológica (II) **Clase:** Digestión y nutrición (K) **Estado nutricional** **Clase:** 1004 **Indicadores:** **100401** ingesta de nutrientes (Desviación sustancial del rango normal 2) **100405:** Relación peso/talla (Desviación sustancial del rango normal 2)	**1050: Alimentación** 1. Identificar la dieta recomendada. 2. Identificar las preferencias de comida, cultura o religión y añadirlas a la dieta diaria. 3. Preguntar qué alimentos prefieren. 4. Enseñar sobre los alimentos que ayudan a tener un buen ritmo intestinal. 5. Comer despacio y sin apuro. **1120: Terapia nutricional** 1. Revisar la información sobre el estado nutricional	Ofrecer una nutrición adecuada es fundamental. 1. Con el objetivo de proporcionar un aporte nutricional adecuado al paciente. 2. Con el objetivo de fomentar la ingesta de alimentos que se alineen con la cultura y la religión. 3. Se comunicará nuestra inquietud respecto a su estado de salud. 4. Proporcionaremos conocimientos sobre las ventajas inherentes a los alimentos. 5. Para optimizar la digestión, con el objetivo de potenciar la capacidad digerible. La dieta no se debe conceptualizar como una ingesta, sino como una fuente de nutrición y alimentación. 1. El objetivo es identificar el estado presente en relación con la nutrición y adoptar las acciones pertinentes	**Estado nutricional** **INDICADORES** **100401** ingesta de nutrientes (Desviación leve del rango normal 4) **100405:** Relación peso/talla (Desviación leve del rango normal 4)

	2. Identificar los riesgos nutricionales 3. Medir el peso y talla 4. Determinar las preferencias de alimentos 5. Ofrecer suplementos nutricionales, según corresponda	para implementar las medidas necesarias. 2. El objetivo es prevenir la alteración del régimen nutricional. 3. Determinar el avance de una dieta equilibrada y balanceada. 4. Se debe fomentar la participación activa del paciente. 5. Para promover una recuperación inmediata, se recomienda la administración de suplementos nutricionales.	

Fuente. NANDA, NOC Y NIC/Elaboración propia

Figura 5. Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Riesgo de ingesta nutricional gastrointestinal relacionado con peso 50kg y talla 1.69mt, IMC 17.5 catalogado como bajo peso

Diagnóstico enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda		
			Se Ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Dominio 2: Nutrición **Clase 1:** Ingestión **Código:** 00409 Riesgo de ingesta nutricional gastrointestinal relacionado con peso 50kg y talla 1.69mt, IMC 17.5 catalogado como bajo peso.	**Dominio:** Salud fisiológica (II) **Clase:** Digestión y nutrición (K) **Estado nutricional Clase:** 1004 **Indicadores:** **100401** ingesta de nutrientes (Desviación sustancial del rango normal 2) **100405:** Relación peso/talla (Desviación sustancial del rango normal 2)	**1050: Alimentación intestinal** 1. Identificar la dieta recomendada. 2. Identificar las preferencias de comida, cultura o religión y añadirlas a la dieta diaria. 3. Preguntar qué alimentos prefieren. 4. Enseñar sobre los alimentos que ayudan a tener un buen ritmo intestinal. 5. Comer despacio y sin apuro	**70%**		**30%**
		1120: Terapia nutricional 1. Revisar la información sobre el estado nutricional 2. Identificar los riesgos nutricionales 3. Medir el peso y talla 4. Determinar las preferencias de alimentos 5. Ofrecer suplementos nutricionales, según corresponda	**70%**		**30%**

Fuente: Información derivada del análisis clínico del paciente.

Respecto al Diagnostico Riesgo de ingesta nutricional gastrointestinal relacionado con peso 50kg y talla 1.69mt, IMC 17.5 catalogado como bajo peso, se señala que el 70% de las intervenciones se realizaron de manera efectiva, mientras que el 30% están en proceso y muestran una mejora en la alimentación.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN

En el escenario de pacientes con ulcera por presión, la atención primordial se enfoca en el tratamiento del dolor agudo, atribuible a la presión aplicada sobre una región de la piel que interrumpe el flujo sanguíneo y, por ende, genera dolor. En este contexto, es crucial que los enfermeros posean una formación adecuada para prevenir posibles complicaciones.

Con respecto al análisis del primer diagnóstico de enfermería; Dolor Agudo relacionado con Lesión por agente físico, se destaca que se han ejecutado el 80% de las intervenciones, mientras que el 20% aún se encuentran en proceso de ejecución, esto evidencia un alivio significativo del dolor. Según NANDA 2024-2026, el diagnóstico del dolor agudo lo define como experiencia sensorial y emocional, similar a la que se siente con un daño en los tejidos reales, que dura menos de 3 meses (20).

Referente al segundo diagnóstico de enfermería; Lesión por presión en adultos relacionado con perdida completa del grosor del tejido con exposición del musculo, la ejecución del 80% de las intervenciones evidenció un cuidado de la piel optimizado y una supervisión rigurosa, mientras que el 20% de las actividades aún se encuentran en proceso. Por otra parte, NANDA 2024-2026, define La lesión por presión en adultos se caracteriza como una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente de un individuo adulto, originada por la presión o la presión combinada con el cizallamiento (20).

Por otra parte, referente al tercer diagnóstico: Deterioro de la motilidad gastrointestinal relacionado con deterioro de la movilidad, el 75% de las intervenciones de enfermería se llevaron a cabo, lo cual se manifiesta en una reducción de las molestias a nivel intestinal. Sin embargo, el 20% de las intervenciones se encuentran en fase de desarrollo. Según NANDA al deterioro de la motilidad gastrointestinal lo define como un aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el tracto digestivo (20).

Asimismo, con el análisis obtenido en el cuarto diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con deterioro de la integridad cutánea, se constató que el 70% de las acciones se efectuaron de manera satisfactoria, lo que contribuye a la adquisición de conocimientos para la detección de determinados indicadores de alarma. Sin embargo, aún el 30% de las intervenciones se encuentran en proceso de ejecución. Según NANDA define al riesgo de infección como susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos (20).

Finalmente, a la evaluación del quinto diagnóstico; Riesgo de ingesta nutricional gastrointestinal relacionado con un IMC 17.5 catalogado como bajo peso, se logró verificar que el 70% de las actividades han sido completadas y el 30% de las intervenciones están en proceso, lo cual ha sido instrumental para divulgar las repercusiones de un bajo peso. Según NANDA 2024-2026, lo define como susceptible de consumo insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas (20).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Con respecto al examen exhaustivo de la implementación eficaz del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), se puede determinar que es esencial identificar y priorizar los diagnósticos.

- En relación con la representación gráfica número 1, es importante destacar que un porcentaje significativo del 80% de las intervenciones realizadas hasta el momento han demostrado ser ejecutadas de manera eficaz, mientras que el restante 20% se encuentra en proceso. Es notable la evidencia de un alivio notable en los niveles de dolor experimentados por el paciente, lo que ha contribuido a generar un alto grado de satisfacción en el paciente.
- Según los hallazgos presentados en la Figura 2, se constata que el 80% de las intervenciones se han llevado a cabo, lo que sugiere una mejora en la atención de la lesión y señala un progreso positivo, sin embargo, el 20% de las acciones se ubican en proceso, lo cual es comprensible dado que se trata de un proceso extenso.
- En relación con la figura número 3 presentada, se puede observar que el 75% de las intervenciones fueron ejecutadas con éxito, logrando resultados positivos en la gestión de la función intestinal. Por otro lado, el 25% restante se encuentra actualmente en curso, ya que se trata de un proceso que se desarrolla en un período de tiempo relativamente corto.
- En relación con la Figura 4, se constata que el 70% de las actividades se llevaron a cabo de manera satisfactoria, lo que evidencia una identificación de los riesgos de infección, sin embargo, el 30% aún está en proceso, debido a la necesidad de tiempo para la impartición del conocimiento.
- En la Figura 5, se observa que el 70% de las intervenciones fueron implementadas con el objetivo de divulgar las repercusiones de un peso reducido, mientras que el 30% de las intervenciones continúan en proceso de desarrollo debido al tiempo requerido para instruir al paciente.

5.2 RECOMENDACIONES

- Se propone la implementación de una guía para la gestión óptima del dolor, complementada con intervenciones de enfermería que pueden abarcar desde la valoración hasta su implementación, con el objetivo de mitigar el dolor del paciente.
- Se recomienda la implementación de una detallada guía que proporcione información ampliada sobre las diversas intervenciones de enfermería en el cuidado de las lesiones por presión, de acuerdo con la gravedad de la lesión, lo cual contribuirá significativamente a los cuidados y facilitará una supervisión minuciosa de la piel.
- Implementar medidas para fortalecer las estrategias en intervenciones relacionadas con el manejo gastrointestinal, dado que en la situación actual no se dispone de dichas herramientas, lo que contribuiría a reducir esta incomodidad y a mejorar la molestia durante la estancia en el hospital.
- Elaboración de programas pedagógicos que proporcionen conocimientos sobre la detección de ciertos indicadores de alarma como una infección, lo que contribuye a la prevención de posibles complicaciones futuras.
- Es esencial instruir a los pacientes acerca de las implicaciones de un peso bajo, tanto desde una perspectiva científica como común, con el objetivo de fomentar su conciencia de una alteración del peso corporal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PUCCH. Prevención, evaluación y manejo de las lesiones por presión en APS [Internet]. Escuela de Medicina. 2022 [citado el 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://medicina.uc.cl/publicacion/prevencion-evaluacion-y-manejo-de-las-lesiones-por-presion-en-aps/
2. de Investigación P. IMPACTO DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LA EVOLUCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN: [Internet]. Uva.es. [citado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/69472/TFG-H3460.pdf?sequence=1
3. Casanova PL. Cuidados de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión [Internet]. GNEAUPP. 2014 [citado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: https://gneaupp.info/cuidados-de-enfermeria-en-la-prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion/
4. Alonso PL. Diagnósticos de Enfermería en Úlceras Por Presión [Internet]. Uva.es. 2021 [citado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/20462/TFGO%20857.pdf?sequence=1
5. Jara Sagñay MA, García Silva DA, Loja Muzha FD, Vasconez Chusino AI. Prevención de las úlceras por presión (UPP). Anál comport las líneas crédito través corp financ nac su aporte al desarro las PYMES Guayaquil 2011-2015 [Internet]. 2019 [citado el 22 de febrero de 2025];3(3):47–67. Disponible en: https://recimundo.com/index.php/es/article/view/510
6. González Consuegra RV, Matiz Vera GD, Hernández Martínez JD, Guzmán Carrillo LX. Plan de Atención Integral de Enfermería para el Cuidado de Personas con Úlceras por Presión. Rev Fac Med Univ Nac Colomb [Internet]. 2015 [citado el 22 de febrero de 2025];63(1):69–80. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112015000100007
7. Prevención, evaluación y manejo de las lesiones por presión en APS [Internet]. Escuela de Medicina. 2022 [citado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: https://medicina.uc.cl/publicacion/prevencion-evaluacion-y-manejo-de-las-lesiones-por-presion-en-aps/

8. Yanarico ADG. cuidados de enfermería en la prevención y tratamiento de lesiones por presión en pacientes de la unidad de cuidados intensivos [Internet]. Edu.pe. 2024 [citado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/15982/Cuidados_GonzalesYanarico_Alice.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Hilda REC. cuidados de enfermeria en la prevención de ulceras por presión en pacientes de cuidados intensivos de un Hospital De Ica 2022 [Internet]. Edu.pe. 2023 [citado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/1681/TRABAJO%20ACADEMICO-ROMERO%20ESCALANTE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Márquez LSA. cuidados de enfermería para la prevención de lesiones por presión en pacientes pronados en la unidad de cuidados intensivos [Internet]. Edu.pe. 2020 [citado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13193/Cuidados_ArambuloMarquez_Liz.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Ramos A, Ribeiro ASF, Martín A, Vázquez M, Blanco B, Corrales JM, et al. Prevalencia de úlceras por presión en un centro sociosanitario de media-larga estancia. Gerokomos [Internet]. 2013 [citado el 22 de febrero de 2025];24(1):36–40. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100008
12. Mervis JS. Lesiones por presión [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/lesi%C3%B3n-por-presi%C3%B3n/lesiones-por-presi%C3%B3n
13. TENNA. Clasificación de úlceras por presión [Internet]. Com.pe. TENA; 2019 [citado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.tena.com.pe/academia-tena/clasificacion-ulceras-presion/
14. Presión LP. Prevención y manejo de LPP [Internet]. Hospitalclinicomagallanes.cl. [citado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: https://hospitalclinicomagallanes.cl/wp-content/uploads/2021/12/Prevencion-y-manejo-de-LPP.pdf

15. Actualización del protocolo de prevención de Lesiones Por Presión (LPP) [Internet]. Hospital Provincial de Ovalle / Dr. Antonio Tirado Lanas. [citado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: https://hospitaldeovalle.cl/prevencion-de-lesiones-por-presion/
16. Guijarro AMM, Sancho PA, Díaz Díaz R, Ortega DG. Impacto de la implantación de la guía de buenas prácticas: valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión en ámbito hospitalario. Gerokomos [Internet]. 2021 [citado el 22 de febrero de 2025];32(3):187–92. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000400010
17. 3M. Prevencion de Ulceras por Presion [Internet]. Multimedia.3m.com. [citado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: https://multimedia.3m.com/mws/media/2032944O/infographic-risk-reduction-recommendations-pi-dai-and-3m-solution.pdf
18. Casanova PL. Recomendaciones para la prevención de LPP secundaria a elementos de protección personal [Internet]. GNEAUPP. 2020 [citado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: https://gneaupp.info/recomendaciones-para-la-prevencion-de-lpp-secundaria-a-elementos-de-proteccion-personal/
19. Canut MTL, Canut MTL, Merino JFR. Diseños de proyectos de investigación en enfermería de salud mental y adicciones [Internet]. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona; 2007. Disponible en: https://books.google.at/books?id=0qT5GMvN65YC
20. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2024-2026 [Internet]. Elsevier Health Sciences; 2024. Disponible en: https://books.google.at/books?id=N8wtEQAAQBAJ.
21. Furusho JKY, Adame EC, Elizondo GV, Troche JMR. Neuro gastroenterología y motilidad gastrointestinal [Internet]. Editorial Alfil, editora. Editorial Alfil; 2004 [citado el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Neurogastroenterolog%C3%ADa_y_motilidad_gast/LT_hEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=motilidad+gastrointestinal&pg=PA192&printsec=frontcover
22. Díaz Rubio M. Trastornos motores del aparato digestivo [Internet]. Panamericana M, editora. Editorial Médica Panamericana; 2004 [citado el 28 de marzo de 2025]. Disponible en:

https://www.google.com.pe/books/edition/Trastornos_motores_del_aparato_digestivo/Ll4b_DVYsUsC?hl=es-419&gbpv=1&dq=motilidad+gastrointestinal&pg=PA1&printsec=frontcover

23. Sernka Thomas J, Jacobson ED. Fundamentos de fisiología gastrointestinal [Internet]. Reverte ESA, editor. revertir; 1981. Disponible en: https://books.google.at/books?id=8TJ0RvvCTgwC
24. De Luis Román DA. Manual de nutrición y metabolismo [Internet]. de Santos D, editor. Daniel Antonio de Luis Román; 2004 [citado el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Manual_de_nutrici%C3%B3n_y_metabolismo/gtDLW0MLMGcC?hl=es-419&gbpv=1&dq=nutricion&pg=PR8&printsec=frontcover
25. Hans Konrad Biesalski PG. Nutrición texto y atlas [Internet]. Panamericana M, editor. Tapa blanda; 1989 [citado el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Nutrici%C3%B3n/9XqTwTkBh4QC?hl=es-419&gbpv=1&dq=nutricion&pg=PR7&printsec=frontcover
26. Williams MH. nutrición para la salud la condición física y el deporte [Internet]. Paidotribo, editor. Tapa dura; 2002 [citado el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/NUTRICI%C3%93N_PARA_LA_SALUD_LA_CONDICI%C3%93N_F/8rSpvU2FISMC?hl=es-419&gbpv=1&dq=nutricion&pg=PA19&printsec=frontcover
27. Vargas Tuidoaz J. Manual de Bioseguridad Y Control de la Infeccion Para la Practica Odontologica [Internet]. Unam, editor. Unam; 1989 [citado el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Manual_de_Bioseguridad_Y_Control_de_la_I/s5BJ0EWlq0oC?hl=es-419&gbpv=1&dq=infeccion&pg=PA4&printsec=frontcover
28. Guirao Garriga X. Infecciones Quirúrgicas [Internet]. Ediciones A, editora. Arán Ediciones; 2001 [citado el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Infecciones_Quirurgicas/92A416emBjcC?hl=es-419&gbpv=1&dq=infeccion&pg=PA78&printsec=frontcover
29. Rodríguez Jiménez JP. Avances en el manejo de la infección quirúrgica [Internet]. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo, editor. 2000

[citado el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Avances_en_el_manejo_de_la_infecci%C3%B3n_qu/mA7VF4rkni8C?hl=es-419&gbpv=1&dq=infeccion&pg=PA240&printsec=frontcover

30. Torres Morera LM. Tratado de cuidados críticos y emergencias [Internet]. Ediciones A, editor. Arán Ediciones; 2001 [citado el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Tratado_de_cuidados_cr%C3%ADticos_y_emergenc/-bZQZQhitGYC?hl=es-419&gbpv=1&dq=lesion+por+presion&pg=PA1820&printsec=frontcover
31. Probst S. Cuidado de heridas en enfermería Un enfoque centrado en la persona [Internet]. Elsevier Health Sciences, editor. Elsevier Health Sciences; 2006 [citado el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Cuidado_de_heridas_en_enfermer%C3%ADa/GZEtEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=lesion+por+presion+ulceras&printsec=frontcover
32. Molina Castillo E. Úlceras por presión. Actualizaciones y puesta al día [Internet]. Formación Alcalá SL, editor. Formación Alcalá, S.L.; 2007 [citado el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/%C3%9Alceras_por_presi%C3%B3n_Actualizaciones_y/MOJmAAAACAAJ?hl=es-419
33. Sebastián Angos NB, Escandón CV. Dolor agudo. Fisiopatología-Diagnóstico-Tratamiento [Internet]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, editor. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2022 [citado el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Dolor_agudo_Fisiopatolog%C3%ADa_Diagn%C3%B3stico/sJOWEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=dolor+agudo&pg=PT306&printsec=frontcover
34. Tapia Ilabaca P. Dolor Agudo Y Dolor Cronico [Internet]. Editorial Universitaria, editor. Editorial Universitaria; 1999 [citado el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Dolor_Agudo_Y_Dolor_Cronico/guwEMhn_ouUC?hl=es-419&gbpv=1&dq=dolor+agudo&pg=PA48&printsec=frontcover

35. Klieg man RM, Game JWS, Blum N, Shah SS, Tasker RC. Nelson. Tratado de Pediatría [Internet]. 21a ed. Kriegman RM, Game JW III, Blum N, Shah SS, Tasker RC, editors. Elsevier; 2020. Disponible en: https://books.google.at/books?id=YgDpDwAAQBAJ
36. Psicológica Ética. ¿Qué son los principios éticos? [Internet]. Eticapsicológica.org. Ética Psicológica; 2018 [citado el 21 de abril de 2025]. Disponible en: http://eticapsicologica.org/index.php/documentos/articulos/item/16-que-son-los-principios-eticos

ANEXOS

ANEXO A. FORMATO DE VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

UMA
Universidad María Auxiliadora

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO

DATOS GENERALES
Nombre del paciente: Saul Martinez Fecha de Nacimiento: 8/8/2008 Edad: 10 Dirección: Suco.
Fecha de ingreso al servicio: ..... Hora: ..... Persona de referencia: ..... Telf: .....
Procedencia: Admisión ( ) Emergencia ( ) Otro hospital ( ) Otro ( )
Forma de llegada: Ambulatorio ( ) Silla de ruedas ( ) Camilla ( ) Otro ( )
Peso: 50kg Estatura: 1.69 PA: 16/10 FC: 98 FR: 14 T°: 36,5°C.
Fuente de información: Paciente ( ) Familiar ( ) Otro: .....

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRURGICAS:
HTA (X) DM ( ) Gastritis/Úlcera ( ) Asma ( ) TBC ( ) Otros: Apendicitis Cirugías Si (X) No ( )
Especifique: Apendice Fecha: 2 Alergias y otras reacciones: Fármacos ( ) Alimentos (X)
Signos y síntomas: dolor Otros: Dx. Médico: .....

VALORACIÓN DE ENFERMERIA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD
¿Qué sabe Ud. Sobre su enfermedad? Poco.
¿Qué necesita saber sobre su enfermedad? Poco para que sirve.
Estado de enfermedad: Controlada: Si ( ) No (X)
Herida Quirúrgica: .....
Estilos de vida/Hábitos
USO DE TABACO: SI ( ) NO (X) Cant/Frec. _____
USO DE ALCOHOL: SI ( ) NO (X) Cant/Frec. _____
Comentarios: .....
Consumo de medicamentos con o sin indicación:

¿Qué toma actualmente?	Dosis/Frec.	Ultima dosis
dompyron	—	noche

Motivo de incumplimiento de indicaciones médicas en la familia y comunidad: .....
Estado de higiene:
Corporal: regular.
Hogar: R.
Comunidad: .....
Estilo de alimentación: regular.
Termorregulación: Inefectiva ( ) Motivo: .....
Hipertermia ( ) Hipotermia (X) Temperatura: .....
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 inespecificas, 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?

PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO
Cambios de peso durante los últimos 6 meses: SI (X) No ( )
Apetito: Normal ( ) Anorexia ( ) Bulimia ( )
Dific. Para deglutir: No ( ) Si ( ) Motivo: edad.
Nauseas ( ) Pirosis ( ) Vómitos ( ) Cant: .....
SNG: No (X) Si ( ) Especificar: .....
Abdomen: Normal ( ) Distendido (X) Doloroso (X)
Ruidos hidroaéreos: Aumentado ( ) Disminuido ( ) Ausente ( )
Drenaje: No ( ) Si ( ) Especificar: .....
Hidratación piel: Seca ( ) Turgente ( ) Otro: .....
Estado de piel y mucosas: .....
Edema: No ( ) Si ( ) Tipo y localización: .....
Comentarios adicionales: .....
Aliment. Niño: Lactancia No (X) 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 (X)
Riesgo (X) Retraso ( ) en:
Motricidad: Gruesa ( ) Fina ( )
Lenguaje ( ) Coordinación ( ) Social ( )
Comentarios Adicionales: .....
FACTORES DE RIESGO: Nutricional ( ) Ceguera ( ) Pobreza ( )
Lesión cerebral ( ) Enfermedad mental ( )
ADULTO: NUTRICIÓN: IMC: .....
Normal ( ) Delgadez ( ) Obesidad ( )
DESARROLLO:
Signos de incapacidad para mantener su desarrollo
Anorexia ( ) Fatiga ( ) Deshidratación ( ) Enfermedad ( )
Dificultad para razonar ( )
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 liquidos 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

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN
Hábitos intestinales: Número de deposiciones/día: 2 veces.

UMA
Universidad María Auxiliadora

Estreñimiento (X) Diarrea ( ) Incontinencia ( ) Ostomía ( )
Comentarios Adicionales.....
Hábitos Vesicales: Frecuencia.....diaria..... Disuria ( )
Retención ( ) Incontinencia ( ) Otros.....
Edema: No (X) Si ( ) Tipo y localización.....
Sistemas de ayuda: Si ( ) No (X) Pañal ( )
Sonda ( ) Fecha coloc..... Colector ( ) Fecha coloc.....
Hábitos alimentarios.....
Consumo de liquidos.....
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	Alto	Medio	No riesgo

Clasificación de Úlceras Vasculares – Wagner

GRADO	LESION	CARACTERISTICAS
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes dedos en garra, deformidad ósea
I	Ulceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel
II	Ulceras profundas	Penetra la piel hasta la grasa y ligamentos, pero sin afectar hueso, infectada
III	Ulceras 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 venioso, lipo–dermato –esclerosis)
Clase 5 : Cambios cutáneos, con ulcera cicatrizada
Clase 6 : Ulcera 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?

PATRÓN 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
	DEPENDIENTE : No se viste solo
Usar Retrete	INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda entrar o salir de la baño. Usa el baño DEPENDIENTE :Incluye usar el orinal o la chata
Movilidad	INDEPENDIENTE : No requiere la ayuda para sentarse o acceder 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 (X) Muletas ( ) Andador ( )
S. de Ruedas ( ) Bastón ( ) otros ( )
Movilidad de miembros:
Contracturas ( ) Flacidez ( ) Parálisis ( )
Fuerza Muscular: Conservada ( ) Disminuida ( )
Fatiga Si ( ) No (X) Otros motivos de déficit de autocuidado
.....
ACTIVIDAD CIRCULATORIA
Pulso ( ) Irregular ( )
Pulso periférico : Pedio ( ) ( ).....( ) ( )
Poplíteo ( ) ( ).....( ) ( )

0 = AUSENCIA
+1 = DISMINUCION NOTABLE
+2 = DISMINUCION MODERADA
+3 = DISMINUCION LEVE
+4 = PULSACION NORMAL

Edema Si ( ) No ( ) Localización.....
+ (0 - 0.65cm.) ++ (0.65 – 1.25cm.) +++(1.25 – 2.50cm)
Riesgo periférico:
Extremidades Superiores: Normal (X) Cianosis ( ) Fría ( )
Extremidades Inferiores: Normal (X) Cianosis ( ) Fría ( )
Presencia de líneas Invasivas .....
ACTIVIDAD RESPIRATORIA: Respiración: Regular ( ) Irregular ( )
Disnea ( ) Cianosis ( ) Fatiga ( ) Otro ( )
Gasometría..... Comentarios Adicionales.....
Traqueostomía No (X) Si ( ).....
Ayuda endotraqueal / Ventilador Mecánico..... $SatO_2$.....

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 subiendo 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

UMA
Universidad María Auxiliadora

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

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?

PATRÓN 5: SUEÑO DESCANSO

Horas de sueño.....8 Horas **Problemas para dormir:**
Si ( ) No ( ) tiempo: .....minutos
Toma algo para dormir Si ( ) No ( )
Padece de insomnio ( ) Pesadillas ( )
Conciliar el sueño adecuadamente si ..... **No .....**
Excesiva somnolencia
Cuantas veces se ha despertado por la noche: .....no.....

- ¿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?

PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL

Estado de inconsciencia: No ( ) Si ( ) Tiempo.....
NIVEL DE CONCIENCIA (ESCALA DE GLASGOW)

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

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

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

Especificar intensidad
Tiempo y frecuencia.....
Nauseas: No (X) Si ( ) Motivo.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Dificultades para oír o ver correctamente? ¿Utiliza audífono 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.?
- ¿Caídas o riesgos personales/ambientales?
- ¿Tiene dolor?
- ¿Qué tipo de dolor es agudo o crónico?
- ¿Qué medidas toma para controlar?
- ¿Se automedica?

PATRÓN 7 : AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO

Concepto de sí mismo:.....
Sensación de fracaso: Familia ( ) Trabajo ( ) Otro ( )
Especifique..... Tiempo.....
Cuidado de su persona
Corporal.....
Vestimenta.....
Alimentación.....
Aceptación en la familia y comunidad: Si ( ) No ( )
Motivo.....
Reacción frente a cirugías y enfermedades graves: Ansiedad ( )
Indiferencia ( ) Desesperanza ( ) 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?

PATRÓN 8 : ROL/RELACIONES

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

UMA
Universidad María Auxiliadora

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?

PATRÓN 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

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?

PATRÓN 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?

PATRÓN 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. ESCALA DE MEDICIÓN

Escala de Norton el riesgo para LPP

Escala de Norton

	ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4	Bueno	Alerta	Caminando	Total	Ninguna
3	Débil	Apático	Con ayuda	Disminuida	Ocasional
2	Malo	Confuso	Sentado	Muy limitada	Urinaria
1	Muy Malo	Estuporoso	En cama	Inmóvil	Doble Incontinencia

La puntuación máxima es de 20, quedando establecido el riesgo de padecer una úlcera cuando la puntuación total es de 14 o inferior.

- Puntuación de 5 a 9 - Riesgo Muy Alto.
- Puntuación de 10 a 12 - Riesgo Alto.
- Puntuación de 13 a 14 - Riesgo Medio.
- Puntuación mayor de 14 - Riesgo mínimo.

Escala de Eva para medir el dolor

ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

PERÚ | Ministerio de Salud | HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

N° H Clínica: 0453866
Fecha 15/03/25 Hora 08:30 am

Es conveniente que lo escriba de puño y letra el paciente (padre o tutor) y que lo firme delante del médico interviniente y un testigo.

Yo por el presente consiento que se me efectúe el procedimiento terapéutico / quirúrgico
Samuel Martinez Lopez

Aconsejado por padecer la siguiente patología: Ulceras por presión

Se me ha explicado la naturaleza y el objetivo de lo que se me propone, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles. Estoy satisfecho con esas explicaciones y las he comprendido.

También consiento la realización de todo procedimiento, tratamiento o intervención adicionales o alternativos que en opinión del Dr. Jaime Espinoza Ramirez sean inmediatamente necesarios.

Asimismo acepto que a su criterio, sea asistido por cirujanos, clínicos y equipo médico de la institución donde se interne mi hijo.

Lima 15 de Marzo de 2025

Firma del Padre o tutor

Documento DNI N° 06938370

Firma aclarada del Testigo (conviene que no sea un administrativo)

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento propuesto, me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he contestado completamente todas las preguntas hechas. Creo que los padres / tutores / encargados / han comprendido completamente lo que he explicado y contestado.

Firma y Sello del Médico Cirujano

Consentimiento informado

Propósito y procedimientos

Se me ha informado sobre el trabajo académico "proceso del cuidado enfermero ", cuyo objetivo es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería. Este caso clínico está siendo ejecutado por la estudiante **López Melendez, Natali Violeta,** bajo la consultoría del **Mg. Espinoza Camones Eloy Lucio** Los datos obtenidos por medio de la guía de valoración, entrevista y examen físico serán de carácter confidencial y se usarán solo con fines de estudio.

Riesgo del estudio.

Se me a comunicado que no hay ningún peligro físico, químico, biológico y psicológico; agregado con este trabajo académico. Pero como se conseguirán algunos datos personales, está la probabilidad de que mi identidad pueda ser reconocida por la información brindada. Sin embargo, se tendrá prudencia, como la identificación por números para para disminuir dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay pago alguno por la participación del estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi colaboración en el estudio es totalmente voluntaria y que tengo derecho ha retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté terminado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este trabajo.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del estudiante, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido: Samuel Martinez Lopez

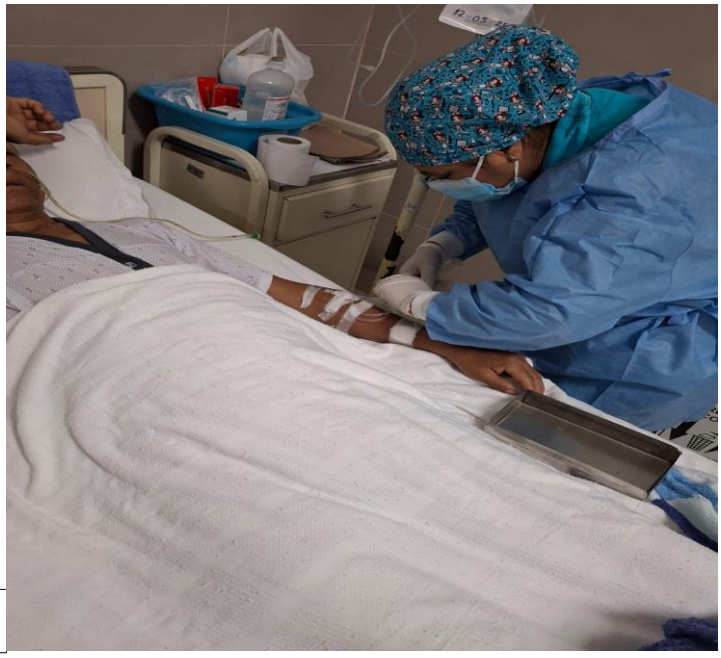
DNI: _____ Fecha: 15-7-25

_____ Firma

ANEXO D. EVIDENCIAS DEL TRABAJO DE CAMPO

The image part with relationship ID rd65 was not found in the file.

The image part with relationship ID rd65 was not found in the file.



The image part with relationship ID rd65 was not found in the file.