



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado  
de Licenciado(a) en Enfermería**

**TEMA DEL CASO CLÍNICO**

Proceso de atención de enfermería en paciente de 78 años de edad, que presenta úlceras por presión a nivel sacrocoxígea en el área de medicina interna en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

**AUTOR**

Lissett Yomayra López Paredes

**TUTOR**

Lic. María Martínez Angulo

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

**2020**

# ÍNDICE

<b>TEMA DEL CASO CLÍNICO</b> .....	I
<b>RESUMEN</b> .....	II
<b>SUMMARY</b> .....	III
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	IV
<b>I. MARCO TEÓRICO</b> .....	1
<b>Plan de atención de enfermería (P.A.E.)</b> .....	1
<b>Principales etapas del proceso de atención de enfermería</b> .....	2
<b>Principales componentes del plan de cuidados</b> .....	4
<b>Las Ulceras por Presión</b> .....	4
<b>Ulceras por presión a nivel sacro coxígea</b> .....	5
<b>Causas</b> .....	6
<b>Síntomas</b> .....	7
<b>Factores de riesgo</b> .....	8
<b>Tratamiento</b> .....	8
<b>Prevención</b> .....	9
<b>1.1 Justificación</b> .....	10
<b>1.2 Objetivos</b> .....	11
<b>1.2.2 Objetivo General</b> .....	11
<b>1.2.3 Objetivos Específicos</b> .....	11
<b>1.3 Datos Generales</b> .....	12
<b>II METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO</b> .....	17
<b>2.1 Análisis del Motivo de consulta y antecedente. Historial clínico del paciente</b> 17	
<b>2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)</b> .....	18
<b>2.3 Examen Físico (Exploración Física)</b> .....	18
<b>Patrones Funcionales Alterados</b> .....	20
<b>2.4 Información de exámenes complementarios realizados</b> .....	20
<b>2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.</b> .....	21
<b>2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar</b> .....	22
<b>PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA</b> .....	23
<b>PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA</b> .....	24
<b>PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA</b> .....	25

<b>2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales. d</b> .....	26
<b>2.8 Seguimiento</b> .....	26
<b>2.9 Observaciones</b> .....	27
<b>CONCLUSIONES</b> .....	28
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	29

## **TEMA DEL CASO CLÍNICO**

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 78 AÑOS DE EDAD, QUE PRESENTA ULCERAS POR PRESION A NIVEL SACROCOXIGEA EN EL AREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENGRO.

## RESUMEN

El caso clínico que se presenta a continuación tiene como finalidad informar a todas las personas interesadas sobre la importancia de prevenir las úlceras por presión, que puede presentar cualquier persona que se encuentre en estado de reposo perenne en cama, ya que por tal motivo se puede generar la presencia escara. Por tal motivo se estudia un caso clínico de un paciente de sexo masculino, de 78 años de edad; junto con un familiar que alega que él paciente presenta hace un mes escaras a nivel sacra (encamamiento por 4 años). En estos momentos con heridas de olor fétidas que se acompaña de hipertermia por lo que acude al centro de salud.

Una vez establecidos los patrones funcionales alterados, se generó el plan de atención de enfermería para garantizar una buena atención al paciente; de igual manera una vez establecido el diagnóstico y el tratamiento necesario se le comunico a los familiares del paciente, se les explico la patología y las causas, por ende el tratamiento necesario, al cual accedieron y se mostraron en la disposición de colaborar.

**Palabras claves:** Úlceras por presión, Sacrocoxigea, necrosar y escaras.

## SUMMARY

The clinical case presented below is intended to inform all interested persons about the importance of preventing pressure ulcers, which can be presented by any person who is in a state of perennial rest in bed, since for this reason you can generate the presence of bedsores. For this reason, a clinical case study of a 78-year-old male patient is studied; Together with a family member who alleges that the patient presented a month ago has bedsores in the region of the left thigh and sacral region (bedridden for 4 years). At this time with very foul injuries that is accompanied by hyperthermia so he goes to the health center.

Once the altered functional patterns were established, the nursing care plan was generated to ensure good patient care; In the same way, once the diagnosis and the necessary treatment were established, the patient's relatives were informed, the pathology and the causes were explained, therefore the necessary treatment, which they agreed to and were willing to collaborate.

**Keywords:** Pressure ulcers, Sacrocoxigea, necrosis and bedsores.

## INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión son un problema de salud que durante mucho tiempo ha pasado desapercibido; suponen un empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes, dificultando su recuperación. Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante mucho tiempo.

Comúnmente se forman donde hay menos tejido adiposo, como los tobillos, los talones y las caderas, el riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Pueden constituir un problema para las personas en los centros de cuidados especializados. Teniendo en cuenta esa premisa y en el caso de las úlceras por presión se hace necesario contar con estrategias que favorezcan su prevención.

Al realizar este estudio de caso, amplié mis conocimientos mediante la investigación de signos y síntomas que llevó a cabo la indagación de antecedentes clínicos, patológicos y quirúrgicos tanto del paciente como de los familiares, luego se realizó la exploración física y se establecieron los patrones funcionales alterados para poder generar un Plan de Atención de Enfermería, con la finalidad de brindar la mejor atención al paciente y que tenga una excelente recuperación.

## I. MARCO TEÓRICO

### **Plan de atención de enfermería (P.A.E.)**

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”, es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica, se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran (Reina G., 2010).

Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática. Se considera el Proceso de Atención de Enfermería como la base del ejercicio de nuestra profesión ya que es la aplicación del método científico a la práctica enfermera, el método por el que se aplican los conocimientos a la práctica profesional. La práctica de los cuidados ha ido cambiando a lo largo de la historia; ha pasado de ser considerado como un arte, a desarrollar un marco conceptual propio. Los cuidados de enfermería han tenido un importante desarrollo en los últimos años con el



establecimiento de Procedimientos, Protocolos y Planes de Cuidado. Esta profesionalización de los cuidados con actividades ejecutadas por enfermería, dan respuesta a una necesidad específica de salud en todos los campos: promoción, tratamiento y prevención. (Rodríguez, 2020)

### **Principales etapas del proceso de atención de enfermería**

Para la Universidad Internacional de Valencia (2019) el proceso de atención de enfermería suele tener una serie de etapas, entre las que podemos destacar las siguientes:

**Valoración:** En esta etapa se realiza inicialmente una recogida de datos en relación al paciente para conocer su situación. Las fuentes de información para la obtención de datos suelen ser las siguientes: el historial médico del paciente, el propio paciente, su familia o alguna persona relacionada con él. Esta información va a ser la base para la toma de decisiones que se lleve a cabo posteriormente.

**Diagnóstico:** En esta etapa del proceso, es el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo. En relación a los diferentes tipos de diagnósticos encontramos:

- ✓ **Diagnóstico de enfermería real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias identificables. Se basa en la presencia de signos y síntomas asociados. Es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería.

- ✓ **Diagnóstico de enfermería de riesgo:** según el juicio clínico del profesional de enfermería sobre un individuo, familia o comunidad, no existe un problema; pero hay factores de riesgo que indican la probabilidad de que se presente un problema, a no ser que intervenga el profesional de enfermería.
- ✓ **Diagnóstico de enfermería de bienestar:** describe las respuestas humanas al bienestar de un individuo, una familia o una comunidad que tienen una disposición para mejorar y alcanzar un mayor grado de bienestar. La enfermera puede deducir esta capacidad por los deseos manifiestos de la persona, familia o comunidad. (Salcedo, 2009)
- ✓ **Diagnóstico de enfermería posible:** son enunciados que describen un problema sospechado. No son claras o son insuficientes las pruebas de que existe un problema de salud. Este tipo de diagnóstico requiere más datos para apoyarlo o refutarlo.

**Planeación:** En esta tercera fase, una vez valorada la información proveniente de las diversas fuentes anteriormente mencionadas y elaborado un diagnóstico de enfermería se establecen los cuidados de enfermería que se van a realizar.

**Ejecución:** Esta etapa es decisiva dentro del proceso de atención de enfermería y supone la puesta en práctica de las decisiones que se hayan tomado en la etapa anterior, es decir, se ejecutan los cuidados que se ha decidido aplicar. En esta fase es muy importante la recogida de datos para poder valorarlos en la fase siguiente.

**Evaluación:** En la fase de evaluación, una vez aplicados los cuidados al paciente, se determina si el estado del paciente se corresponde con los resultados que se esperaban. En esta fase del proceso se valora si la

evolución es correcta o se deben introducir cambios en las decisiones tomadas. La evaluación requiere el examen de varios aspectos como: el examen físico del paciente, el análisis del historial clínico y la entrevista con el paciente, entre otros. ( Universidad Internacional de Valencia, 2019)

### **Principales componentes del plan de cuidados**

El componente de planificación del Proceso de Enfermería consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades.
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Asegurarse de que el plan está adecuadamente anotado (documentación del plan).

### **Las Úlceras por Presión**

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos. Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.

### **Clasificación de úlceras por presión:**

Estadio I: eritema cutáneo que no palidece. En paciente de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local. (Moreno, 2006)

Estadio II: úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial. Pérdida de piel de espesor parcial que involucra la epidermis, dermis o ambas.

Estadio III: pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.

Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén. En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con caverna, tuberizaciones o trayectos sinuosos.

### **Úlceras por presión a nivel sacro coxígea**

La úlcera por presión es una lesión de la piel, producida secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulación y hueso (López, 2003).

Las úlceras por presión son el resultado de la destrucción cutánea y por consiguiente necrosis del tejido subyacente, grasa y músculo. Son producidas por diversos factores como la humedad, desnutrición, obesidad, presencia de enfermedades subyacentes, temperatura corporal elevada, infección y circulación periférica deficiente. (Paredes, 2014)

Úlcera por presión se refiere a un daño de la piel o del tejido que se produce cuando disminuye la circulación sanguínea debido a la presión en una zona específica. Inicialmente se puede notar un ligero enrojecimiento en la zona afectada (el primer signo de daño tisular). El tejido debajo de esta zona muere debido a un aporte insuficiente de sangre. Pueden estar afectadas varias capas de piel, músculos y huesos. Las regiones que están particularmente en riesgo son el sacro, los talones, los codos y los omóplatos (Braun, 2012).

El 80% de úlceras por presión se encuentran en sacro (coxis) o talones. Debemos ser conscientes del aumento de trabajo que el cuidado y tratamiento de las UPP ocasionará en un futuro a la enfermería. La población envejece y la incidencia de las UPP aumenta. Por ello, para que enfermería actúe de manera correcta tiene que tener conocimiento de la prevención y tratamiento de las UPP. Diferentes estudios centran sus investigaciones en comparar las técnicas tanto de prevención, de curación y de evaluación de las mismas. Las zonas del cuerpo más afectadas son los talones y el sacro. Las UPP más dolorosas y de evolución más insidiosa son las de talón. Los pacientes refieren más dolor en el momento de la cura, puntúan entre 7 y 8 en la Escala Visual Analógica (EVA), sobre todo en el cambio del apósito. Además, estos pacientes evitan el movimiento porque dicha actividad les resulta molesta. (Valle & Garcia, 2014)

## **Causas**

La principal causa de su formación es la presión ejercida y mantenida entre dos planos duros y la tolerancia de los tejidos a ésta. Por un lado tenemos el plano duro esquelético y prominencias óseas fisiológicas o deformantes del paciente y el otro plano duro generalmente externos a él, representado por la cama, silla, calzado u otros objetos (López, 2003).

Según (Queralt, 2016) las causas fisiopatológicas son las siguientes:

- Lesiones cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad, fragilidad; aumentan la probabilidad de producción de heridas de cualquier clase ante lesiones menores.
- Trastorno en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, estasis venosa, trastornos cardiopulmonares.
- Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso): disminución de la capa grasa subcutánea, pérdida de masa magra o muscular, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación. Salud Mayores. Úlceras por presión en personas mayores. Factores de riesgo
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección generalizada o localizada.
- Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma, trastornos que disminuyen la movilidad del paciente.
- Deficiencias motoras: paresia, parálisis.
- Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa, general por estupor o localizada por alteraciones de los troncos nerviosos (por ejemplo poli o mononeuropatías).

## **Síntomas**

Los principales síntomas de la ulcera son:

- Piel agrietada o desgarrada.
- Llagas en la piel.
- Pérdidas de sangre en las zonas afectadas.
- Cambios en el color de la piel.

- Hinchazón.
- Aparición de zonas sensibles

## **Factores de riesgo**

Dentro de los factores intrínsecos podemos enumerar los siguientes:

- Estado general de salud del paciente
- Nivel de movilidad del paciente
- Estado nutricional
- Edad
- Nivel de hidratación de la piel

En cuanto a los factores extrínsecos (Ferreira, 2014) los enumera en 4 puntos:

- Presión. Se define como la carga o fuerza ejercida de forma perpendicular sobre el tejido. Esta presión que deforma la piel y el tejido, a menudo se produce entre una estructura ósea y una superficie externa y provoca isquemia y necrosis en la zona afectada.
- Fricción. Fuerzas de contacto paralelas a la superficie de la piel en caso de movimiento. La fricción entre el tejido y la superficie de contacto puede provocar el deterioro de las capas de la piel.
- Cizalla. Consecuencia de las fuerzas tangenciales aplicadas a la superficie del tejido. Estas fuerzas ocurren en combinación con la presión y aumentan como consecuencia de los movimientos laterales del paciente sobre la zona afectada.
- Microclima o humedad. En general se refiere a las condiciones de humedad y temperatura del tejido y de la superficie de contacto.

## **Tratamiento**

Cuando las úlceras de decúbito se infectan se utilizan antibióticos o antisépticos para matar o desacelerar el crecimiento de los microorganismos que causan la infección y pueden prevenir que una

infección empeore o se disemine. También pueden ayudar a la que la úlcera cicatrice. Cuando las úlceras no están infectadas, habitualmente presentan poblaciones de microorganismos. Se piensa que pueden cicatrizar mejor si dichos microorganismos se reducen mediante los agentes antimicrobianos. Sin embargo, la relación entre la infección y las poblaciones de microorganismos en las úlceras y la cicatrización de la úlcera no está muy clara (Norman & Dumville, 2016).

Los preparados tópicos como las cremas o pomadas pueden utilizarse para acelerar el proceso de curación a la vez que previenen un mayor daño cutáneo. Un tipo de productos químicos conocidos como depuradores de radicales libres del oxígeno pueden utilizarse también para prevenir el daño celular a nivel genético. (Group, 2020)

Tratar el dolor persistente (neuropático) de la úlcera por presión con un anestésico local o un adyuvante (antidepresivo o antiepiléptico), así como con estimulación transcutánea de los nervios, compresas templadas, o antidepresivos tricíclicos. Delegue al individuo con dolor crónico relacionado con una úlcera de presión a las unidades clínicas apropiadas sobre el dolor y / o heridas. (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016)

## **Prevención**

El tratamiento de las úlceras crónicas se basa actualmente en la llamada cura húmeda y contempla un doble aspecto: el de la enfermedad de base y el tratamiento local. El tratamiento local es siempre necesario e incluye:



limpieza, desbridamiento, control de la infección, si existe, y la aplicación de diversos agentes tópicos, tanto desde el punto de vista de la medicación como del uso de apósitos. Recientemente se establecen nuevas estrategias terapéuticas, algunas en vías de valoración, que incluyen: reemplazamiento de piel a través de sustitutos biológicos de la misma, factores de crecimiento, láser, oxígeno hiperbárico, estimulación eléctrica o curas con sistema de presión negativa (Giménez, 2010).

Hay una serie de consejos a seguir que sirven para prevenir la aparición de úlceras:

- Tener la piel siempre limpia.
- Cambiar de posición en la cama o en la silla al menos cada dos horas.
- Usar siempre almohadas y similares para disminuir la presión.
- Movilizar frecuentemente el cuerpo si el paciente está encamado.

## **1.1 Justificación**

Las úlceras por presión a nivel Sacrocoxigea es un riesgo al que están expuestos todos aquellos pacientes que duran periodos prolongados de tiempo acostados, es deber de las personas encargadas (de las enfermeras cuando el paciente está en un centro de salud) de estos pacientes, brindar las medidas de prevención pertinentes. Ya que estas aparte de representar un riesgo de infección importante para el paciente, es una situación que los incomoda y los hace sentir muy irritados.

Garantizar los cuidados necesarios para el paciente con úlceras por presión es deber de la enfermera la cual debe realizar una serie de procedimientos, empezando con la exploración física, seguido del establecimiento de los patrones funcionales alterados para poder realizar un plan de atención de enfermería y así brindar los cuidados que el caso amerite; la misma debe llevar un seguimiento de evolución y dar al paciente y familiares las medidas preventivas.

El caso clínico que se presenta a continuación tiene como finalidad informar a todas las personas interesadas sobre la importancia de prevenir las úlceras por presión, que puede presentar cualquier persona que se encuentre en estado de reposo perenne en cama, ya que por tal motivo se puede generar la presencia escara que si no tienen atención debida pueden ir empeorando y aumentando de nivel, hasta convertirse en una importante infección.

También se busca generar un aporte al área de enfermería, esperando que la siguiente investigación sirva como una guía detallada que los procedimientos de enfermería que se pueden aplicar en un caso como tal. Y de igual manera a todas aquellas personas que estén a cargo del cuidado de una persona en riesgo de presentar UPP y pueda aplicar los cuidados y medidas preventivas necesarias, garantizando la estabilidad y la comodidad de quien está bajo su atención.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.2 Objetivo General**

Elaborar el proceso del cuidado de enfermería en el paciente, con diagnóstico de úlceras de presión a nivel sacro cóxigea, en el Área de Medicina Interna en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

### **1.2.3 Objetivos Específicos**

- Planificar los cuidados de atención de enfermería en úlceras por presión para controlar y minimizar los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de las úlceras por presión.
- Establecer las acciones de enfermería que contribuyan a solucionar o a disminuir las úlceras por presión
- Aplicar los cuidados de atención de enfermería de acuerdo a los problemas de salud detectados.

### **1.3 Datos Generales**

Nombre: NN

Edad: 78 años

Sexo: Masculino

Fecha de Nacimiento: 01/08/1942

Nacionalidad: ecuatoriana.

Raza: Mestizo.

Grupo Sanguíneo: A Rh+

Residencia actual: Barrió San Francisco, Cantón Caluma, Provincia Bolívar.

Estado civil: soltero

Nivel de instrucción: básica

Fecha de ingreso: 02/11/2019

## II METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

### 2.1 Análisis del Motivo de consulta y antecedente. Historial clínico del paciente

Paciente de sexo masculino, de 78 años de edad; de raza mestiza con antecedentes clínicos de fractura, acude por emergencia con familiar por presentar hace un mes úlceras por presión a nivel sacro coxígea, junto con hipertermia, dolor muscular, en su herida presenta olor fétido, dificultad para la deglución, fractura de cadera, condición que lo mantiene encamado desde hace 4 años y no puede ser intervenido quirúrgicamente debido a su avanzada edad, por la cual acude a una casa de salud.

**Antecedentes Familiar:** No refiere.

#### **Antecedentes Personales**

##### **Clínicos:**

- Fractura de cadera hace 4 años
- Artrosis DX hace 5 años toma ocasional meloxicam un TAV NO taquicardia paroxística DX.

##### **Quirúrgicos:**

No refiere.

##### **Traumatología:**

Laceración a nivel de hombro derecho hace 1 año

Fractura de cadera.

## **2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)**

Paciente de sexo masculino, de 78 años de edad; ingresa a emergencia acompañado de un familiar, por presentar úlceras por presión a nivel sacro coxígea, junto con hipertermia, dolor muscular, en su herida presenta olor fétido, dificultad para la deglución, sonda vesical, fractura de cadera, condición que lo mantiene encamado desde hace 4 años y no puede ser intervenido quirúrgicamente debido a su avanzada edad, una vez realizada la valoración cefalocaudal, se observó facies semipalidas, mucosas orales secas, piel fría seca descamativa, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, región lumbo sacra con presencias de úlceras por presión, en extremidades superiores e inferiores sin presencia de edema, razón por la cual acude a una casa de salud.

## **2.3 Examen Físico (Exploración Física)**

**FC.** 95/min **FR.** 25/min **T°:** 38.5c° **TA:** 101/60 mmHg

**SPO2:** 88%

**Piel:** fría seca descamativa

**Boca:** mucosas orales secas

**Tórax:** simétrico, con expansibilidad y elasticidad conservada

**Corazón:** ruidos cardiacos rítmicos, hipo fonéticos

**Pulmones:** murmullo vesicular conservado

**Abdomen:** suave, depresible, no doloroso a la palpación RHA presentes.

**Región dorsal:** cifoescoliosis + lordosis

**Región lumbosacra:** úlcera de presión con criptas supurativas fétidas de color verde

**Región glútea:** presencia de úlcera de presión

**RIG:** No valorada

**Extremidades:** anquilosantes, sin edema en miembros inferiores

### **Valoraciones de Patrones Funcionales (M, GORDON)**

**1. Patrón Promoción de la salud.** - Paciente de 78 años de edad, con apariencia deprimida, a causa de su estado de salud, refiere que ha su juventud haber consumido alcohol.

**2. Patrón Nutrición.** – Paciente es auto independiente a la hora de alimentarse, con una dieta blanda prescrita por el médico, ingiere alrededor de dos litros de agua al día.

**3. Patrón Eliminación.** - Paciente presenta eliminación de secreciones en la región sacro, sonda vesical.

**4. Patrón Actividad /Reposo.** - Paciente no tiene actividad física, permanece encamado por fractura de cadera, se realiza masajes diarios en las extremidades inferiores y superiores.

**5. Patrón percepción y cognición.** - Paciente está orientado en tiempo y espacio, se encuentra deprimido, se siente solo, no tiene hijos.

**6. Patrón Auto percepción.** - Paciente se encuentra acompañado de su sobrina, pero no puede evitar sentirse deprimido

**7. Patrón Rol /Relaciones.** – Paciente refiere que es el abuelo de la familia, que tiene una buena relación familiar.

**8. Patrón Sexualidad.** - Paciente no tiene actividad sexual, ni pareja estable.

**9. Patrón Afrontamiento Y Tolerancia Al Estrés.** - Paciente refiere sentir mucho estrés, se encuentra cansado de estar en cama le gustaría tener actividad física.

**10. Patrón Principios Vitales.** - Paciente que en los últimos años se ha acercado a Dios, para sobre llevar su enfermedad.

**11. Patrón Seguridad Y Protección.** - Paciente presenta fractura de cadera y las escaras en región sacra coxígea.

**12. Patrón Confort.** - Paciente refiere tener buena atención de parte del personal de salud ya que le brindan ayuda psicológica.

**13. Patrón crecimiento y desarrollo.** - Paciente de avanzada edad, alega haber tenido un crecimiento normal.

### **Patrones Funcionales Alterados**

1. Patrón Promoción de la salud
2. Patrón Nutrición
3. Patrón Eliminación
4. Patrón actividad y Reposo
5. Patrón Precepción y Cognición.
9. Patrón Afrontamiento Y Tolerancia Al Estrés.
11. Patrón Seguridad Y Protección.

### **2.4 Información de exámenes complementarios realizados.**

#### **HEMATOLOGICO**

<b>VARIABLES</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>VALORES REFERENCIALES</b>
<b>LINFOPENIA</b>	<b>51%</b>	<b>23 – 35%</b>
<b>NEUTROFILOS</b>	<b>91.3%</b>	<b>40 – 60%</b>
<b>PLAQUETAS</b>	<b>280.000mm3</b>	<b>150.000 a 400.000</b>
<b>LEUCOCITOS</b>	<b>19.150mm3</b>	<b>4000 a 11000mm3</b>



## QUIMICA

VARIABLES	RESULTADO	VALORES REFERENCIALES
CREATININA	0.87 mg/dL	0.6 a 1.1 mg/dl
UREA	46.4 mg/dl	< 40 mg/dl
NA	151	20 a 130
K	4.4	3.7 a 5.2

### Análisis de exámenes

En los resultados de los exámenes realizados el paciente muestra valores alterados; en la BH la linfógena se encuentre muy por encima de los valores normales, al igual que los neutrófilos; en la QS el nivel de urea se encuentra por encima del rango normal al igual que la NA, y leucocitos presentan valores altos de lo normal.

### 2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

**Diagnostico presuntivo:** se detectó que la paciente tenía ulceraciones con tejido necrótico, por lo que se presume de úlceras por presión.

**Diagnóstico diferencial:** Una vez realizada la exploración física se determina que son úlceras de presión.

**Diagnóstico definitivo:** Por las características de las lesiones se diagnosticó que eran úlceras de presión a nivel sacro coxígea.

## **2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar**

Paciente vive acompañado de su sobrina, refiere que hace 4 años permanece en cama por fractura de cadera, lo cual le produjo úlceras por presión.

Este cuadro clínico es común en adultos mayores que no presenta actividad física, la presencia de úlceras de presión es causal de infección, ocasionándole fiebre por tiempo prolongado

### **Medicación**

- Suplemento nutricional, 3 medidas en 250ml de agua c/8 horas
- Dextrosa 5% en solución salina 0.9% 1LT 20ml/h.
- Paracetamol 500mg c/8 horas
- Espirolactona 25mg
- Vitamina C 500mg
- Aplicar compresas templadas

### **Cuidados de enfermería.**

- Control de signos vitales.
- Canalización de vía periférica
- Control de balance hídrico.
- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que presenta el paciente.
- Realizar constantes movimientos del cuerpo en la cama para evitar más úlceras.
- Suministrar los medicamentos prescritos en el tratamiento.
- Verificar el nivel de molestia con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica e informar a otros profesionales sanitarios que trabajan con el paciente.
- Mantener las lesiones con las medidas sanitarias pertinentes.

NANDA: 00132  
NOC: 01602  
NIC: 3500



## PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA



**DX:** Dolor agudo

**R/C:** Agentes lesivos

**E/P:** lesiones en la piel

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)

**DOMINIO** ° IV: Conocimiento y Conducta de Salud.

**CLASE N°:** 2 Conocimiento sobre salud

**ETIQUETA:** Conocimiento: manejo del dolor

RESULTADO (NOC)

**CAMPO:** Fisiológico Básico

**CLASE:** Fomento de la comodidad física.

**ETIQUETA:** Manejo de presiones

Escala de Likert

Indicadores	1	2	3	4	5
Estrategias para controlar el dolor		X		✓	
Signos y síntomas del dolor			X	✓	
Causas y factores que contribuyen al dolor	X			✓	
			X		

### ACTIVIDADES:

- ✓ Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento.
- ✓ Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debidos a los procedimientos.
- ✓ Controlar los factores ambientes que pueden influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación iluminación y ruidos)

NANDA: 00004  
NOC: 1101  
NIC: 3520



## PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA



**DX:** Riesgo de infección

**R/C:** alteración de la integridad de la piel

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)

**DOMINIO II:** - Salud Fisiológica.

**CLASE L°:** 2 Integridad Tisular.

**ETIQUETA:** Integridad Tisular: piel, y membranas mucosas

RESULTADO (NOC)

**CAMPO:** Fisiológico: complejo

**CLASE:** Control de la Piel/heridas

**ETIQUETA:** Cuidados de ulceras por presión

**E/P:** infección de ulceras por presión

Escala de Likert

Indicadores	1	2	3	4	5
Integridad de la piel		X		✓	
Transpiración			X		✓
Temperatura de la piel	X			✓	
Palidez		X		✓	

### ACTIVIDADES:

- ✓ Controlar el color, la temperatura, la humedad y el aspecto de la piel circundante.
- ✓ Aplicar calor húmedo a la ulcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona.
- ✓ Observar si hay síntomas y signos de infección en la herida.
- ✓ Cambiar de posición cada 1 – 2 horas para evitar la opresión prolongada.
- ✓ Verificar la ingesta adecuada de calorías y proteínas de alta calidad.

NANDA: 00146  
NOC: 1211  
NIC: 5820



## PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA



**DX:** Ansiedad

**R/C:** Estrés

↓  
**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)**

**DOMINIO III °:** Salud Psicosocial.

**CLASE M°:** 2 Bienestar Psicológico.

**ETIQUETA:** Nivel de Ansiedad.

↓  
**RESULTADO (NOC)**

**CAMPO:** Conductual.

**CLASE T:** Fomento de la comodidad psicológica.

**ETIQUETA:** Disminución de la ansiedad

**E/P:** lesiones en la piel

**Escala de Likert**

Indicadores	1	2	3	4	5
Irritabilidad			X		✓
Incomodidad por lesiones		X		✓	
Tensión muscular			X	✓	
Ansiedad verbalizada		X			✓

### ACTIVIDADES:

- ✓ Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- ✓ Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- ✓ Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- ✓ Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- ✓ Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

## **2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales. d**

### **Dorothea Orem (Modelo de Autocuidado)**

Es significativo este estudio de caso para poner en práctica la teoría de Dorothea Orem, que es considerada como un producto social que va a estar vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales del paciente,

Este modelo no aplica en todos los pacientes, sino una pequeña parte de ellos que respondan a una necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma la calidad y cantidad de cuidados requeridos para mantener la vida y el bienestar como causa de una situación de salud particular.

## **2.8 Seguimiento**

Se le recomendó al paciente cumplir de manera estricta con su tratamiento prescrito, cumpliendo con el régimen de limpieza en las zonas afectadas y debe acudir a evaluación médica semanalmente, hasta haber erradicado por completo las lesiones. En su primera consulta después de haber sido tratado, afirma continuar con tratamiento constantemente, al cual está respondiendo de manera muy positiva, se espera que continúe con el tratamiento y las indicaciones dadas.

Después de 3 semanas se acude a domicilio, donde se observó que vive en condiciones óptimas, su sobrina que está a cargo de su cuidado refiere verlo mejor con más ánimo, que ya no da problemas para la alimentación, que se realizó la valoración céfalo caudal y se observó fascias semipalidas, mucosas

orales semihúmedas, cuello sin adenopatía, abdomen blando depresible no dolorosa a la palpación en la región sacro coxígea aun hay presencia de escaras, aunque ya no hay presencia de olor fétido, extremidades superiores y inferiores sin edema.

El paciente refiere que el personal del centro de salud más cercano lo visita diario para realizar la curación de su herida. Se realizó el control de signos vitales están dentro los parámetros normales.

Se le brindo confort al paciente, y queda tranquila, asegura seguir con el tratamiento, y asistir a la consulta en la fecha establecida

## **2.9 Observaciones**

Paciente de 78 años de edad; responde bien al tratamiento y evoluciona de manera satisfactoria, no hubo presencia de complicaciones durante el proceso por lo que se pudo tratar exitosamente la patología, se le administración la medicación prescrita por el médico, se le brindo los cuidados de enfermería de acuerdo a su patología, paciente se siente más seguro de sí mismo y desea s pronto recuperación, colabora en la curación de la herida.

## **CONCLUSIONES**

Las úlceras por presión representan un problema que depende de muchos factores. Hay que valorar al paciente en su conjunto y establecer un plan de prevención y tratamiento adecuado, teniendo en cuenta que si no hay contraindicación se aconseja una dieta rica en proteínas y vitamina C, eliminar los factores de riesgo detectados y aplicar el tratamiento elegido.

En este estudio de caso clínico se ha llegado a la conclusión que el proceso de atención de enfermería es una herramienta básica para garantizar una buena atención al paciente; manera una vez establecido el diagnóstico y el tratamiento necesario se le comunico a los familiares del paciente, se les explico la patología y las causas, por ende, el tratamiento necesario, al cual accedieron y se mostraron en la disposición de colaborar. Finalmente, con la atención adecuada y el apoyo de su familia el paciente ha ido mejorando progresivamente y cumpliendo con las medidas preventivas para evitar que se repitan las úlceras por presión.



## BIBLIOGRAFIA

- Universidad Internacional de Valencia. (2019). Proceso de atención de enfermería: concepto y etapas. VIU.
- Braun, B. (2012). Úlceras por presión (úlceras de decúbito). Melsungen AG.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel. (2016). Tratamiento de las Úlceras por Presión. European Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Ferreira. (2014). Factores de riesgo que influyen en desarrollo de úlceras por presión . Geriatricarea.
- Giménez, J. C. (2010). Tratamiento de las úlceras crónicas. España: Elsevier España, S.L. .
- Group, D. H. (2020). TRATAMIENTO DE ULCERAS.
- López, J. L. (2003). Definición y clasificación de las úlceras por presión. Barcelona: Unidad de Lesionados Medulares Hospitals Vall d'Hebron.
- Moreno, C. A. (2006). *ÚLCERAS POR PRESIÓN*. Madrid - España: Alberto Alcocer, 13, 1º D.
- Norman, G., & Dumville, J. (2016). Antibióticos y antisépticos para las úlceras de decúbito. Wounds Group.
- Paredes, L. B. (2014). LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS DEL INER. INER.
- Queralt, D. M. (2016). Factores de riesgo de las úlceras por presión. Advance Medical.
- Reina G., N. C. (17 de diciembre de 2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO . *Umbral Científico*, págs. 18-23 .
- Rodríguez, J. (2020). Plan de atención de enfermería . Actualización en enfermería .
- Salcedo, G. (2009). Proceso de Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. En P. G. Salcedo, *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* (págs. . 47-76). Bogotá, Colombia: Vol. 11, núm.
- Valle, S. R., & Garcia, J. (2014). Comparación entre diferentes procedimientos de actuación en las úlceras por presión. *Revista Electronica de Enfermería*.