



ESCUELA DE ENFERMERÍA CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8715/12



**PROCESO CUIDADO ENFERMERO A “ADULTO MAYOR CON
ÚLCERAS POR PRESIÓN”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DULCE BERENICE GARCÍA MONSIVAIS

SAN LUIS POTOSI, S.L.P, NOVIEMBRE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



ESCUELA DE ENFERMERÍA CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8715/12



**PROCESO CUIDADO ENFERMERO A “ADULTO MAYOR CON ÚLCERAS
POR PRESIÓN”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DULCE BERENICE GARCÍA MONSIVÁIS

ASESOR:

L.E. CLAUDIA GLAFIRA MARTINEZ SALDAÑA

SAN LUIS POTOSI, S.L.P, NOVIEMBRE 2021



**ESCUELA DE ENFERMERÍA CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8715/12**



**CARTA DE ACEPTACIÓN DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO
ENFERMERO PARA LA TITULACIÓN DE LA LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

DULCE BERENICE GARCÍA MONSIVAIS

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

**PROCESO CUIDADO ENFERMERO A “ADULTO MAYOR CON ÚLCERAS
POR PRESIÓN”**

**En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea
sustentado en examen de grado de licenciatura en enfermería y obstetricia**

L.E CLAUDIA GLAFIRA MARTÍNEZ SALDAÑA M.E.y.A.S. CLARA ELENA INFANTE GRANJA

ASESORA

PRESIDENTE

M.E.y.A.S. RITA DE GAUADALUPE MARTINEZ ROCHA L.E.O MIGUEL ANGEL PEREZ

SECRETARIA

VOCAL

SAN LUIS POTOSI, S.L.P, NOVIEMBRE 2021

	INDICE	
II	INTRODUCCIÓN.....	8
III	JUSTIFICACIÓN.....	10
IV	OBJETIVOS.....	12
	4.1 Objetivo general	12
	4.2 Objetivos específicos.....	12
V	MARCO TEÓRICO.....	13
	5.1 Enfermería como profesión disciplinaria.....	13
	5.2 El cuidado como objeto de estudio.....	17
	5.3 Proceso de atención de enfermería.....	19
	5.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PCE.....	20
	5.2.1 Elemento fundamentales del modelo actualizado.....	22
	5.5 Etapas del Proceso Cuidado Enfermero.....	23
	5.5.1 Valoración.....	23
	5.5.2 Diagnostico.....	26
	5.5.3 Planificación.....	28
	5.5.4 Ejecución.....	29
	5.5.5 Evaluación.....	30
	5.5.6 Problemática de salud de la persona.....	31
	5.5.7 Diagnóstico y tratamiento.....	34
VI	RESUMEN DEL CASO CLINICO.....	37
	6.1 Valoración clínica del sujeto del cuidado.....	37
	6.2 Formato de registro del plan de cuidados de enfermería....	42
VII	PLAN DE ALTA	49
VIII	CONCLUSIONES.....	50
IX	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	51
X	GLOSARIO DE TERMINOS.....	54
XI	ANEXOS.....	55

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado vida y permitirme llegar hasta el momento más importante de mi formación profesional. Todo esto nunca hubiera sido posible sin el apoyo y cariño incondicional que me otorgaron mis padres, Beatriz Monsiváis y Andrés García, que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los periodos más difíciles, por apoyarme en todas las situaciones que se me han presentado entendieron mis ausencias y mis malos momentos, mis palabras nunca serán suficientes para decirles lo mucho que los aprecio a ellos todo mi agradecimiento y gratitud.

Al Centro Universitario de la Salud que me ayudo a crecer con valores y planes de estudio relacionados a esta profesión. Mis respetos a todos mis docentes encargados de mi formación.

Así como también agradecer a mi esposo Marcos Zarazúa que me ha apoyado durante toda mi carrera, y a nuestro hijo Lucas que ha sido la gran motivación durante este proceso de mi titulación.

RESUMEN DEL TRABAJO

Introducción: Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico y localizadas como consecuencia de aplastamiento tisular provocado por una presión prolongada, hoy en día es uno de los principales problemas que se presentan a nivel hospitalario. El proceso cuidado enfermero es la aplicación de un método científico en la práctica del personal de enfermería, que permite indagar sobre el problema del paciente, así como implementar intervenciones y actividades para brindarle los cuidados necesarios para satisfacer las necesidades propias del paciente. **Objetivo:** Dar a conocer el proceso cuidado enfermero en paciente adulto mayor con úlceras por presión, así como las intervenciones de enfermería, para brindar una atención individualizada. **Metodología:** Se implementó un proceso cuidado enfermero (PCE) a un paciente adulto mayor con úlceras por presión, el cual se llevó a cabo a través de una valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, así como la Teoría de Dorothea Elizabeth Orem, llamada Teoría de Déficit del autocuidado, utilizando las herramientas metodológicas taxonomía NANDA, NOC, NIC. **Resultados:** se logró identificar patrones alterados, así como diagnósticos de enfermería, implementando intervenciones con fundamento científico, se realizó un plan de alta acorde al entorno de nuestro paciente. **Conclusiones:** La elaboración del PCE permite la elaboración de intervenciones oportunas, para el bienestar del paciente. **Palabras clave:** proceso cuidado enfermero, úlceras por presión (UPP) modelo, curación, adulto mayor.

II INTRODUCCIÓN

El proceso cuidado enfermero PCE es la aplicación de un método científico en la práctica del personal de enfermería siendo una herramienta que ayuda a brindar los cuidados de enfermería de una manera racional, también permite conocer las intervenciones conforme las necesidades del paciente. Ramos, A. (marzo de 2013). A través de esta herramienta se individualiza el cuidado de cada paciente y se logra priorizar a través de cada una de las etapas del PCE.

El personal de enfermería, como parte integrante del equipo de salud es un elemento clave para el abordaje de situaciones críticas en salud y de las que se vuelven crónicas, como lo pueden ser las úlceras por presión, siendo crucial la participación en su prevención y tratamiento utilizando el proceso cuidado enfermero como metodología del trabajo.

Todos los pacientes hospitalizados especialmente los adultos mayores presentan alto riesgo para la presencia de problemas de la piel e infecciones con las cuales generalmente no llegan, sino que las adquieren dependiendo de los días de estancia hospitalaria; es por eso que en lo personal me intereso llevar a cabo la realización del PCE de úlceras por presión especialmente en el adulto mayor.

Por otro lado, las úlceras por presión están entre los tres principales eventos adversos más frecuentes, de acuerdo al estudio latinoamericano de seguridad del paciente y la acreditación en salud. (SALUD, 2017), relacionado a factores entre ellos debilidades en el sistema de salud por alta demanda de pacientes de acuerdo a la cantidad de personal para su atención aunado a la probable deshumanización del personal.

El presente trabajo contiene la descripción del problema del paciente así como la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon llevada a cabo en un paciente adulto mayor con síndrome de anciano frágil , identificando los patrones alterados conociendo cada uno de los problemas de nuestro paciente y verificando nuestros diagnósticos de enfermería, llevando a cabo la realización de intervenciones y actividades por parte del personal de enfermería conforme a las necesidades de cada nuestro paciente, diseñando un plan de alta conforme al estilo de vida de nuestro paciente teniendo en cuenta, sus cuidados en casa y exposición a microorganismos en el hogar.

Las úlceras por presión suponen un importante impacto para cualquier nivel asistencial. Ocasionalmente ocasionan consecuencias de diferente índole, y de gran importancia que afectan el nivel de salud y la calidad de vida de los pacientes, reduce su independencia para el autocuidado de la vida diaria y también causan una baja autoestima, esto repercute negativamente en los cuidadores y familiares, ya que se originan sufrimientos por dolor y desesperanza.

Para ello es de vital importancia informar los diferentes aspectos que hagan referencia directa o indirectamente sobre temas de higiene, movilización y medidas preventivas, nutrición e hidratación.

III. JUSTIFICACIÓN

Las úlceras por presión son un problema de salud muy frecuente en los adultos mayores y altamente asociados al síndrome del anciano frágil como lo es la desnutrición e inmovilidad física, este tipo de pacientes requieren de una atención integral e individualizada ya que necesitan de intervenciones y cuidados por parte del personal de enfermería.

La organización mundial de la salud (OMS) considera la presencia de úlceras por presión como un indicador de la calidad asistencial tanto en los pacientes que ya las presentan como los que corren el riesgo de padecerlas como lo son los adultos mayores. Los indicadores de calidad son instrumentos de medición de carácter tangible que permiten evaluar la calidad de los procesos.

Este tipo de heridas constituyen un importante problema por que repercuten en el nivel de salud y calidad de vida de quienes las presentan.

Las úlceras por presión han causado un gran impacto en el sector salud, siendo unos de los tres principales problemas de salud, en nuestro país se ha reportado una prevalencia del 12.92% que lo ubica en un nivel medio respecto a otros países como España y Alemania, cuya prevalencia oscila entre 3 y 13% siendo la principal causa de elevar costos en el sector salud. Mijangos, A., (2015).

Esta situación en México y en el mundo son un problema de salud pública que afecta la calidad de vida de las personas que las padecen y sus familias, ya que estas heridas pueden conducir a días de estancia hospitalaria prolongada, así como periodos de dolor e incomodidad, además de impedir la realización de actividades en su vida cotidiana.

En la guía de práctica clínica de las úlceras por presión en el adulto menciona que en la actualidad el hecho de que un paciente padezca úlceras por presión, ya es considerado como un evento adverso este problema impacta en las diferentes esferas humanas debido a que se conduce a un desgaste físico, emocional, carga económica y social del entorno familiar, así como el consumo de recursos materiales, lo cual se traduce en altos costos para los sistemas de salud. (Anaya, 2015)

Cabe mencionar que las úlceras por presión, son un indicador a nivel mundial y uno de los eventos adversos más usuales en el sector salud. Por último, el propósito de dicho proceso es destacar la importancia que tiene llevar a cabo las intervenciones, actividades, así como cada uno de los cuidados por parte del personal de enfermería.

Conociendo la problemática de los pacientes, a través de sus factores relacionados y las propias características definitorias, llevando a cabo la mejoría y brindando una atención de calidad.

Así mismo autosatisfacerse al brindar un cuidado de excelencia a cada paciente, de igual manera conocer nuevos métodos y así poder aplicarlos fácilmente en situaciones que se presenten cotidianamente en la práctica laboral. Enriquecer el conocimiento permitirá desarrollar nuevos procesos, todo con el afán de poder brindar un mejor acompañamiento y cuidados al paciente.

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Presentar el proceso cuidado enfermero de un paciente adulto mayor con úlceras por presión, que sirva de referente para el manejo holístico de esta condición y participe en la mejora de la calidad en la atención de enfermería.

4.2 Objetivos específicos

- Reflexionar el modelo de enfermería sobre la teoría de Dorothea Orem déficit del autocuidado. Para poder guiar el cuidado del paciente.
- Conocer Intervenciones y actividades para la atención propia del paciente.
- Establecer un Plan de alta para fortalecer el cuidado y favorecer su independencia en el hogar con los cuidados aptos, llevando a cabo un cambio en su estilo de vida.
- Favorecer la comprensión sobre los estadíos de las úlceras por presión, las capas de la piel dañadas y cómo puede afectar al paciente.

V. Marco teórico

5.1 Enfermería como profesión disciplinaria

La enfermería se define como como una profesión disciplinaria del cuidado la cual se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y así poder contribuir a mejorar la atención y la calidad de vida. (ENFERMERIA, 2013)

La profesión de enfermería ha logrado llevar el conocimiento directo hacia la práctica formulando la resolución de problemas, adecuando cada uno de los cuidados a las necesidades propias de cada uno de los pacientes, también conlleva principios éticos y morales los cuales nos permiten desarrollarnos de manera efectiva ante situaciones que afecten directamente al paciente, así como la patología y procedimientos realizados en la práctica.

Conlleva los aportes de los cuidados de salud desde sus comienzos hasta el tiempo actual aportando fundamentos para llevarlos a cabo a través de la práctica profesional.

La disciplina de la enfermería posee conocimientos propios para evaluar siempre de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia con sustentos científicos propios y algunas otras que están relacionadas con este ámbito del cuidado.

Esta profesión con el tiempo ha buscado ser innovada a partir de la investigación documental y clínica lo cual nos habla de superación, aprendizaje constante a través de nuevas experiencias, nuevos instrumentos de estudio, para que surja así el mejoramiento de nuestra atención hacia cada uno de nuestros pacientes por parte del personal de enfermería.

La enfermería integra como agrupación la práctica y el conocimiento para portar un sistema teórico-metodológico y tecnológico, para todos los profesionales que elaboran un cuidado hacia el paciente, familia y comunidad.

En México el impacto que genera todo el personal de enfermería es tener una identidad profesional dentro de un ambiente que determine el crecimiento como disciplina para el cuidado de cada individuo. Tomando decisiones independientes, intervenciones y actividades que mejoren la calidad de vida del paciente, así como su bienestar social y mental, llevar a

cabo un planteamiento de plan de alta, logrando que el paciente tenga la capacidad llevar a cabo el autocuidado, manteniendo como objetivo preservar la vida y mejorar su estilo de vida.

El metaparadigma en enfermería es la perspectiva más global de la disciplina persona entorno salud y cuidado. Ayudan a identificar un campo de estudio, esto tiene que abarcar todos los intereses que tengamos sobre un paciente, familia o comunidad.

Se definen como:

Persona: incluye a individuo familia o comunidad e identifica los receptores de los cuidados.

Entorno: identifica las circunstancias físicas sociales que afecten a la persona como tal.

Salud: estado de bienestar físico social y mental.

Cuidado: son las propias acciones de enfermería, esto con lleva a un proceso cuidado enfermero que la enfermera hace a cada paciente, teniendo en cuenta cada una de las etapas, valoración, diagnóstico, planificación, intervención, y evaluación. También se necesita establecer relaciones entre estos mismos, por ejemplo: persona-salud, persona entorno-salud.

Un modelo es una representación de ciertos aspectos de nuestra realidad, los modelos son especialmente útiles, en el desarrollo teórico, ya que ayudan a seleccionar los conceptos relevantes necesarios para así poder representar un fenómeno de interés y así poder determinar los modelos que nos auxilian a nosotros como profesionales de enfermería en el sentido que les ofrecen una explicación observable de los elementos que pueden integrar una teoría.

Por lo tanto, una teoría son afirmaciones específicas y concretas entre dos o más conceptos, estas son similares a los modelos ya que los derivan, pero proponen resultados basados en el uso y en la aplicación del modelo de la práctica.

Las principales teóricas son:

Modelo de Dorothea Orem

- Es un modelo de ayuda
- Es una teoría de las necesidades humanas de Maslow
- Y en general es una teoría de sistemas.

Para Dorothea Orem el ser humano es un organismo biológico que junto con el medio interacciona, tiene la capacidad de pensar, crear y realizar actividades para uno mismo y los demás.

El autocuidado es una necesidad humana, que constituye cada acción que realizamos a través de nuestras creencias y valores. Cuando una persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones ya sea por incapacidad o limitación se produce una dependencia de cuidados. Las necesidades fundamentales que tiene cada individuo es comer, respirar y beber. En este modelo se debe complementa con personas y comunidades en la realización de los autocuidados.

- Modelo de Hildegard Peplau
- Modelo de interrelación
- Teoría psicoanalítica
- Teoría de las necesidades humanas

El ser humano es un organismo que vive en un equilibrio inestable, con capacidad para aprender y desarrollar diferentes aptitudes para poder solucionar problemas y adaptarse a sus necesidades.

Estas relaciones se establecen durante las fases que atraviesa la persona en el proceso de su enfermedad o de necesitar ayuda.

Modelo de Callista Roy

Teoría de la adaptación

El ser humano es un ser biopsicosocial en interacción constante con el entorno, se lleva a cabo por medio de la adaptación que para Roy son 4 esferas de la vida:

- Área fisiológica: circulación, temperatura, líquidos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- Área de autoimagen: esta se forma teniendo en cuenta la imagen que uno tiene de sí mismo.
- Área de dominio del rol: los diferentes papeles que el ser humano cumple a lo largo de su vida.
- Área de independencia: interacciones positivas de su entorno.

5.2 El cuidado como objeto de estudio

Cuidado: según la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013 PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD es la acción encaminada a hacer por alguien lo que una persona no puede hacer por sí mismo, con respecto a sus necesidades básicas, también incluye la explicación para mejorar la promoción a la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, con la intención de poder mejorar la calidad de vida del enfermo. (Duran, 2013)

Desde su origen es un acto propio de cada ser humano son una serie de necesidades fisiológicas que promueven lucha contra el dolor la enfermedad y probablemente hasta la muerte, con el tiempo se han determinado distintos estilos de cuidar desde el inicio de la civilización hasta nuestros días nosotros debemos tomar como referente las cuatro etapas las cuales son; doméstica, vocacional, técnica y profesional.

La evolución del cuidado llevo a la mujer a convertirse en cuidadora de acuerdo a la práctica aplicando los conocimientos a partir de sus vivencias, lo cual la cualificaba para atender.

La etapa domestica va encaminada a la mujer en el hogar la que se encargaba al cuidado y mantenimiento del hogar, desde el principio de la etapa pre-moderna se pensó en la mujer como cuidadora de los hijos y por tanto la responsable de la conservación de la especie

La etapa vocacional se encuadra más a la a la historia desde el origen de pensamiento cristiano es en donde salud-enfermedad adquiere un valor religioso. La etapa técnica se enfoca a la persona como enfermo y, las personas encargadas de prestar cuidados, adquieren un papel de auxiliar médico. (Gomez, 2011)

Y, por último, la etapa profesional en la que la enfermera se consolida como disciplina y como profesión con una responsabilidad definida como lo es el cuidado de la salud. Profesionalizar la enfermería se inició con Florence Nigthingale quien actuando en consecuencia a las necesidades que planteaba su época, donde se requería con urgencia enfermeras para atender heridos durante la, guerra. (Gomez, 2011)

El cuidado ocupa un espacio muy fundamental en el ámbito de enfermería desde el punto de vista disciplinar el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirla del campo de salud.

Es por eso que la enfermería se distingue por que su principal rol es cuidar, abarca cuidados autónomos y en colaboración que se ofrecen al paciente, familia o comunidad. Puede ser a la persona sana o enferma cuya acción también es llevar a cabo la promoción a la salud identificando factores de riesgo para la población. Para llevar a cabo la prevención de la enfermedad.

Según el consejo internacional de enfermería (CIE) menciona que las funciones esenciales del profesional son: la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la salud y en la gestión de los pacientes, y la formación.

(Carmen-Canoles, 2018)

5. 3. Proceso de atención de enfermería

El proceso de enfermería(PE) es el método científico simplificado, que se caracteriza la integración de toda la experiencia y competencias: conocimientos, habilidades, actitudes, y valores adquiridos por el o la enfermera para proporcionar el cuidado de las respuestas humanas del paciente, con calidez y calidad requeridas por la dignidad de la persona humana.

Como antecedentes históricos el PCE tiene sus orígenes, en 1955 fue considerado como proceso gracias a Hall y después de ella se unieron las demás teóricas, en 1959 Johnson, en 1961 Orlando y en 1963 Wiedenbach, ellos consideraron solamente tres etapas (valoración, planeación y ejecución) en 1967 Yura y Walsh establecieron cuatro (valoración, planificación realización y evaluación) en 1974 Blosh, Roll y Aspinall establecieron las cinco actuales añadiendo la etapa diagnóstica.

El objetivo principal del proceso cuidado enfermero es construir una estructura que individualiza las necesidades del paciente familia o comunidad, tal como poder identificar las necesidades reales y potenciales de cada persona, nos sirven para así poder actuar y resolver los problemas de la enfermedad.

El PCE contiene una serie de características las cuales son:

- Es dinámico e interactivo para el personal de enfermería
- Es sistémico
- Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre paciente y profesional.
- Se puede aplicar en cualquier modelo de enfermería.
- Tiene validez universal
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales

La aplicación del proceso cuidado enfermero define el campo del ejercicio profesional, nuestro paciente se beneficia ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería.

5.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PCE

Teoría de Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Elizabeth Orem nació en 1914 en Baltimore, Maryland y falleció un 22 de junio del 2007 a los 94 años de edad.

Ella comenzó su carrera de enfermera con las hermanas de la caridad en el Hospital en Washington D.C. y se recibe en el año 1930.

En 1939 en la Universidad Católica de América recibe el B.S.N.E. (Bachelor of Science in Nursing Education). En la misma universidad en 1946 obtuvo un M.S.N.E (Master of Science in Nursing Education).

La experiencia profesional la desarrolló en unidades de pediatría y adultos siendo supervisora en urgencias.

Dorothea Orem presenta su teoría general de enfermería que a su vez está conformada por tres teorías relacionadas las cuales son:

Teoría del Autocuidado: En esta teoría Orem explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo en su propia existencia.

El autocuidado es una actividad aprendida por las propias personas, es una conducta que existe en situaciones de la vida diaria dirigida por uno mismo o hacia los demás o en el entorno, para regular los diferentes factores que pueden afectar su propio desarrollo o su bienestar.

Define además tres requisitos de autocuidado, que son los resultados que se quieren alcanzar a través del autocuidado.

- Requisitos de autocuidado universal: estos son comunes en la mayoría de los individuos incluyen la conservación del aire, agua, interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promueve las condiciones que son necesarias para prevenir la aparición de condiciones adversas o efectos de situaciones en el desarrollo humano.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: están vinculados directamente a los estados de salud.

Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto.

Teoría de Déficit del Autocuidado: En esta teoría describe y también explica las causas que puede provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado, aquí es donde se determina la intervención de enfermería.

Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado. La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes. Las enfermeras establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.

Teoría de Sistemas: En esta teoría se explican las acciones en que las enfermería pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadoras: La enfermería sule al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo—educación: La enfermería actúa ayudando a los individuos, para que sean capaces de realizar actividades de autocuidado, pero que no podrian hacer sin esta ayuda.

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Orem que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir las necesidades existentes.

Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado.

5.2.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado

Persona: Orem define como paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales y con potencial para aprender y desarrollarse, con capacidad para auto conocerse así mismo puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado, si no es así serán otras personas las que le proporcionen los cuidados

Entorno: en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales ya sean estos familiares o comunitarios que pueden influir e interactuar en la persona.

Salud: estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de la función física y mental. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de posibles complicaciones.

Enfermería: ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.

Aunque no lo define Entorno como tal, se reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Enfermería actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse, para ello D. Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, que se basan en la relación de ayuda hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
2. Orientar a nuestro paciente, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente al paciente. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

5.5 Etapas del proceso cuidado enfermero

1. Valoración
2. Diagnostico
3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación

5.5.1 Valoración

La valoración, primera etapa del PAE, es el proceso organizado y metodológico es el encargado de recoger información procedente de diversas fuentes, verificar analizar y comunicar datos sistemáticamente, a fin de identificar el estado de salud de la persona o grupos de personas; debe ser sistematizada y premeditada; es un proceso intencionado que se basa en un plan para recoger información exacta, concreta y completa para facilitar las siguientes etapas. (Cepeda, 2007)

Existen diferentes enfoques teóricos para llevar a cabo la valoración a través de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon o las 14 necesidades de Virginia Henderson

Los profesionales de enfermería realizamos la valoración, aplicando el razonamiento critico simultáneamente para así saber la problemática del paciente y poder llevar a cabo intervenciones y actividades de enfermería

A medida que los profesionales de enfermería adquieren mayor autonomía y compromiso para prestar un servicio de calidad, tomando en cuenta las aptitudes de valoración, mismas que permiten formular preguntas u obtener referencias relevantes sobre el caso de cada paciente y así lograr priorizar las urgencias, lo importante y lo necesario.

Como instrumentos podemos utilizar diferentes modelos o esquemas, para organizar los datos obtenidos de nuestra recogida de datos (valoración) estos varían dependiendo la institución o el estado de salud de nuestro paciente. En este caso se utilizó el marco de referencia basado en la valoración por patrones funciones funcionales de Marjory Gordon

Tipos de valoración

La valoración se puede realizar de acuerdo con el estado de salud de la persona o con el momento en que entre en contacto con el profesional de enfermería.

Valoración inicial o básica:

Esta se realiza durante la entrevista inicial con la persona para reunir información sobre todos los aspectos del estado de salud, a través de la guía estructurada. Esta información también se llama "datos de referencia"; comunica el estado de salud antes de la intervención y es de gran utilidad para establecer comparaciones, posteriores en el momento de evaluar la evolución de la persona.

Valoración continuada o focalizada:

Esta valoración se realiza para reunir información detallada sobre las respuestas a problemas de salud o a procesos vitales de un solo aspecto o patrón. Este tipo de valoración se puede realizar con preguntas cortas, importantes y las más relevantes para cada patrón, por ejemplo:

¿Cuál es el estado actual del paciente?

¿Ha mejorado, ha empeorado o no hay variación, comparada con los datos de referencia?

¿Factores que contribuyen al estado de salud?

¿Cuál es la perspectiva de la persona con respecto a la situación actual?

Valoración de urgencia o rápida:

Se realiza para reunir información en el menor tiempo posible, generalmente en personas en estado crítico, con el fin de obtener datos que permitan la intervención lo más rápido que el personal de enfermería pueda reunir.

(Cepeda, 2007)

Fases de la valoración:

1. Recolección de datos
2. Validación de los datos
3. Organización de los datos
4. Registro de la valoración

1. Recolección de datos

Un dato es una información concreta que se obtiene de un paciente, familia o comunidad y que hace referencia a su estado actual de salud, estos datos pueden ser:

- Datos subjetivos
- Datos objetivos
- Datos actuales
- Datos históricos

2. Validación de los datos

Consiste en confirmar que los datos objetivos y subjetivos que se han obtenido son verdaderos.

3. Organización de los datos

En esta fase la información recogida será agrupada, de tal manera que se facilite y oriente la etapa de diagnóstico

4. Registro de la valoración

Los objetivos correctos de una valoración son:

- Establecimiento de un sistema de comunicación entre el personal sanitario.
- Extraer conclusiones sobre la efectividad de los cuidados aplicados
- Validar un testimonio legal

5.5.2 Diagnóstico

El diagnóstico es un juicio clínico es en donde conocemos respuestas de nuestro paciente así conocemos sus problemas de salud, los cuales nos sirven para tener bases para la selección de aquellas actuaciones de lo que nosotros como personal de enfermería tenemos la responsabilidad de influir en la atención propia de nuestro paciente.

La Taxonomía diagnóstica NANDA un instrumento que el personal de enfermería utiliza para la búsqueda de diagnósticos para cada situación o problemática de nuestro paciente. La versión actual 12ª edición presenta:

13 dominios

267 diagnósticos enfermeros

47 clases

Componentes del diagnóstico:

Etiqueta: (enunciado del problema): aquí se define el nombre del diagnóstico que el personal priorice para la atención de nuestro paciente

Características definitorias: aquí se definen los signos y síntomas con los que llega nuestro paciente a recibir atención patologías observables que se consideran como manifestaciones en un diagnóstico enfermero.

Factores relacionados: estos factores suelen mostrar algún patrón alterado, lo podemos relacionar con el diagnóstico enfermero.

Factores de riesgo: se debe considerar todos los factores que pongan en riesgo la salud de nuestro paciente elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos. Que incrementen la vulnerabilidad de que nuestro paciente enfrente un evento no saludable Los tipos de diagnósticos son:

Diagnóstico enfermero real: este describe respuestas de cada persona en condiciones de salud, son el problema que el paciente presenta en el momento de la valoración.

Diagnóstico enfermero de promoción a la salud: este diagnóstico conlleva los deseos de la persona, grupo familia o comunidad para aumentar el bienestar de la persona.

Diagnóstico enfermero de riesgo: condiciones de salud que tiene una alta probabilidad de desarrollarse en una persona, familia grupo o comunidad.

5.5.3 Planificación

En esta etapa se trata de seleccionar las intervenciones de enfermería una vez que se han analizado los datos de valoración y así poder ver los cuidados que nuestro paciente necesita. Se trata de establecer intervenciones de enfermería que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. (Cepeda R. M., 2015)

Establecimiento de prioridades

Cuando se ha identificado más de un diagnóstico de enfermería, el personal de enfermería necesita establecer un orden de prioridad entre ellos, para orientar las intervenciones; para establecer dicha prioridad.

El orden de prioridad es un sistema de clasificación dirigido a orientar la acción hacia:

- Protección de la vida
- Prevención y alivio al sufrimiento
- Prevención y corrección de las defunciones
- Búsqueda de bienestar

Por tanto, para fines de enseñanza de esta etapa es necesario determinar cuál es el criterio de priorización fundamentado, para que el estudiante y el profesional de enfermería comprenda porque un diagnóstico tiene prioridad sobre otro.

La taxonomía NIC es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona a obtener un resultado esperado. La taxonomía NIC sustituye los dominios por campos estructurándose en:

En la 7ª edición de NIC se incluyen:

- 565 etiquetas de intervenciones de enfermería
- 7 campos
- 30 clases

La taxonomía NOC es la organización sistemática de resultados en grupos o categorías basados en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. Esta clasificación contiene 540 resultados, diseñados para medir el impacto de las intervenciones de enfermería en el individuo. La estructura de la taxonomía NOC tiene cinco niveles: En la 6ª edición contiene:

- 7 Dominios
- 34 Clases
- 540 Resultados
- Indicadores
- Escalas de medición

5.5.4 Ejecución

En esta etapa se pone en marcha el plan de cuidados y está enfocada en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan a la persona a sentirse mejor.

Para llevar a cabo la ejecución el personal de enfermería debe considerar:

- Verificar las capacidades de las personas para realizar o reanudar sus actividades de la vida diaria.
- Los recursos humanos y económicos de que dispone nuestro paciente.
- Un entorno seguro en su comunidad que conduzca a los tipos de actividades necesarias.
- La edad del paciente.
- Las complicaciones surgidas durante la hospitalización prolongada.
- Los problemas de salud con los cuales llegó nuestro paciente.
- El estado moral de la persona.

Aquí se debe demostrar flexibilidad al realizar el proceso cuidado enfermero ya que puede haber cambios en el estado de salud del paciente y en los recursos disponibles del hospital o área física.

Estas tres habilidades son necesarias para ejecutar satisfactoriamente el plan de cuidados.

Habilidades cognitivas. Para la solución de problemas en el caso de nuestro paciente toma de decisiones, para un cuidado seguro.

Habilidades interpersonales. Estas son los recursos que las personas utilizan para comunicarse directamente con otras, incluyen habilidades verbales, no verbales, que son necesariamente para todas las intervenciones de enfermería.

Habilidades técnicas. Son habilidades psicomotoras o manuales para la manipulación de equipo y material, colocar vendaje, movilizar un paciente, etc.

5.5.5 Evaluación

Esta etapa es la comparación entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Es el instrumento que poseen las enfermeras para medir la calidad de los cuidados que realizan, y de esta forma determinar si los planes han sido eficaces para el bienestar del paciente. En este sentido los dos criterios más importantes que valora la enfermería son la eficacia y la efectividad de las actuaciones, el proceso de evaluación consta de los siguientes aspectos.

- Obtención de datos sobre el estado de salud o el problema que queremos evaluar
- Comparación con los resultados esperados

Las fases de evaluación de los cuidados enfermeros deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones que nos sirvan para plantear correcciones. El paciente ha alcanzado el resultado esperado. El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema.

Después de obtener los datos sobre el estado de salud de la persona y comparar los resultados, la enfermera verifica logros obtenidos los cuales solo pueden ser dos, si han sido logrados o no se han logrado.

5.5.6 Úlceras por presión

DEFINICIÓN: una úlcera por presión es cualquier lesión de la piel y tejido subyacente provocada por la restricción del flujo sanguíneo causada por la presión prolongada como una lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, se lleva a cabo por factores extrínsecos, las fuerzas de presión tracción o fricción. También se puede definir como un daño tisular debido a una compresión prolongada de la piel entre una prominencia ósea y un plano duro. Osakidetza, C., Álava, (2017),

Siendo así estas dos definiciones nos plantean dos de los orígenes más fundamentales por los cuales ocurre la aparición de úlceras por presión en nuestro paciente hospitalizado, se suelen presentar más en adultos de edad avanzada, adultos con problemas de desnutrición y pacientes con inmovilidad física.

EPIDEMIOLOGIA:

En México la prevalencia de las úlceras por presión es del 12.92%, mientras que en España y Alemania la prevalencia es entre el 6 y el 13%, mientras que, en Reino Unido, Suecia, Bélgica, y Australia es del 15%. Vela, G., (2013),

Las principales causas de las úlceras por presión son.



La presión constante de un paciente en cualquier parte del cuerpo puede disminuir el flujo sanguíneo que va hacia los tejidos

También la fricción se produce cuando la piel roza contra la ropa o la ropa de la cama, la piel frágil como lo es la de los adultos mayores son más vulnerables a estas lesiones.

La tracción o el rozamiento esta se produce cuando dos superficies se mueven en dirección opuesta.

FISIOPATOLOGÍA

La piel es el órgano más grande del cuerpo. Es la que recubre al cuerpo en su totalidad.

La piel consta de dos partes principales que son la epidermis, que es toda la capa superficial y la dermis que es la parte más gruesa y más profunda.

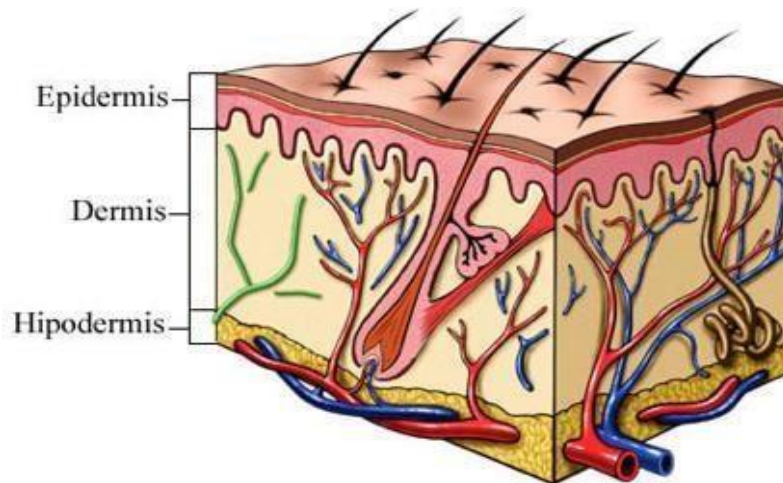
Además, la epidermis es avascular que quiere decir que esta no produce sangrado, en cambio la dermis esta vascularizada la cual si causa sangrado. (Tortora G. J., 2010)

Y debajo de la dermis esta una clase de tejido que se llama tejido subcutáneo, y también se le llama como hipodermis que es la última capa de la piel. Esta almacena grasa y contiene vasos sanguíneos grandes que irrigan la piel.

Las funciones de nuestro sistema tegumentario son:

- Este nos ayuda a regular la temperatura corporal.
- Nos almacena sangre.
- Nos protege del medio externo
- También detecta sensaciones en la piel
- Excreta y absorbe sustancias
- Y por último Sintetiza vitamina C

(Tortora G. J., 2010)



Según Silva, O., (2014), el personal de enfermería puede identificar el grado de las úlceras a través de su clasificación, según estadios.

- **ESTADÍO I**

La piel no está del todo dañada, solo esta enrojecida y tampoco se pone blanco al tocarla.

- **ESTADÍO II**

Es la pérdida parcial del grosor de la piel, está ya afecta a la epidermis y dermis o a ambas.

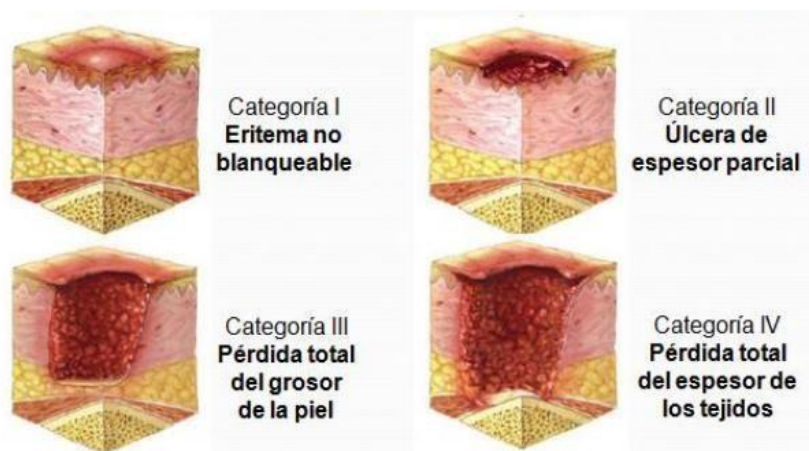
Este tipo de úlceras tiene un aspecto como abrasión.

- **ESTADÍO III**

Perdida ya total del grosor de la piel que implica una lesión o definitivamente necrosis del tejido.

- **ESTADÍO IV**

En este último estadio es cuando ya hay una pérdida total del grosor de la piel con una destrucción extensa, lesiones en musculo y hueso o lesiones con cavitaciones o tunelizaciones.



CUADRO CLÍNICO

- Eritema cutáneo
- Color de la piel
- Cambios en la temperatura de la piel
- Consistencia del tejido
- Sensación de dolor
- Drenaje similar a pus

TRATAMIENTO

Habría que seleccionar un apósito teniendo en cuenta, en donde se localiza la úlcera por presión, estadio en el cual se encuentre y la disponibilidad de recursos en el hospital.

- Mantener la piel limpia seca e hidratada.
- Lavado de manos
- Limpieza de la herida
- Irrigar con solución fisiológica al 0.9%
- Desbridamiento de la herida
- Utilizar apósitos dependiendo el estadio de las úlceras por presión

COMPLICACIONES

- Sepsis
- Osteomielitis
- Celulitis
- Cáncer
- Infecciones Oseas o articulares Palmar, (2010),

Cicatrización de las heridas cutáneas

El daño de la piel activa una secuencia de procesos de reparación que le permiten recuperar su estructura y su función normales (o casi normales). Se pueden identificar dos procesos de cicatrización de las heridas, que dependen de la profundidad de las lesiones. La curación de las heridas epidérmicas se produce cuando las lesiones solo afectan epidermis, mientras que las heridas profundas penetran en la dermis. (Tortora G. J., 2010)

FASES DEL PROCESO DE CICATRIZACIÓN	MANIFESTACIONES CLÍNICAS
INFLAMATORIA Hemostasis Inflamación	Blanqueamiento de la piel circundante, formación de un coagulo, cese del sangrado. <ul style="list-style-type: none">➤ Dolor➤ Calor➤ Eritema➤ Edema
PROLIFERATIVA Migración. Producción de la matriz extracelular. Angiogénesis epitelización.	Ocurre a los cuatro días aproximadamente Formación de tejidos de granulación Restablecimiento de la epidermis.
REMODELACIÓN	Puede durar un año o más. Remodelación y alineación de las fibras de colágeno.

Anaya, J. A. (2015).

	PERCEPCIÓN SENSORIAL	EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	NUTRICIÓN	RIESGO DE LESIONES CUTÁNEAS
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

RIESGO DE ULCERAS POR PRESION

- <13 = alto riesgo
- 13-14 riesgo moderado
- >14 = bajo riesgo

La escala de Braden es un instrumento que permite conocer el riesgo que un paciente tiene de padecer ulceras por presión durante su estancia hospitalaria.

Blanco Zapata, R., (2015),

VI. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

6.1 Valoración clínica del sujeto del cuidado

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Datos Generales

Nombre: R S G Edad: 93 años Sexo: Masculino Estado civil: Viudo

Domicilio: Enrique Estrada #16 Procedencia: Ciudad Valles

Unidad Familiar: Hospital General de Soledad Expediente: 58672

Fecha de ingreso: 8 de julio del 2021 Días de estancia: 10 Fecha de valoración: 18 de julio 2021 Cama: 201

Diagnóstico por CIE-10: Desnutrición más síndrome de adulto mayor frágil más úlceras por presión estadios II III

Tratamiento Farmacológico Actual: metamizol sódico, telmisartán tramadol.

Escolaridad: Primaria

Alergias: Negadas

Esquema de vacunación: Completo

Patrón 1 Manejo percepción de la salud

Motivo de ingreso: desnutrición más síndrome de adulto mayor frágil. Paciente niega alergias, padece hipertensión arterial desde hace 10 años. Nunca ha sido intervenido quirúrgicamente, actualmente su tratamiento farmacológico es metamizol, tramadol y telmisartán, los cuales tramadol y metamizol para el dolor, refiere dolor al movilizarse, Eva de 7, así como continuar su tratamiento de la hipertensión con telmisartán el cual no se toma en tiempo ni hora, refiere el hijo que lo deja de tomar por días y en ocasiones por semanas. Hábitos tóxicos: refiere que fumaba durante su adolescencia cuando tenía 20 años, dejó de hacerlo a los 70, ocasionalmente bebe alcohol, y niega alguna otra sustancia nociva.

Patrón 2 Nutricional metabólico

Temperatura: 36.5

Peso: 45kg

Talla: 1.50

IMC: 20kg/m²

Glucemia: 78mg/dl postprandial

Dieta: licuada en quintos 1500kcl

Estado de deshidratación: Severo basándonos en la pérdida de peso que el paciente ha presentado en los últimos meses.

Paciente con palidez de tegumentos de +++, mucosa oral deshidratada, con dificultad para deglutir, el paciente ha disminuido su ingesta en los últimos tres meses. Con sonda nasogástrica desde su ingreso, el desorden alimenticio que padece ya se considera como anorexia.

Come solo, refiere tener poco apetito desde que falleció su mujer, en los últimos meses ha perdido alrededor de 10 kg. Comenta que llena con facilidad, él usa dentadura postiza por lo cual no le favorece en la masticación y deglución.

Se observa piel seca sobre todo en extremidades inferiores, tiene mal higiene en su cuerpo, refiere que se ducha solo una vez a la semana, cuando su vecina lo ayuda.

Sufre de úlceras por presión en miembros inferiores en fémur derecho peroné izquierdo y en ambos talones, sacro y testículo derecho.

Patrón 3 Eliminación

Sufre de estreñimiento su orina es concentrada color amarillo paja, con sonda Foley instalada a derivación sin datos de infección de un calibre de 16 Fr, con fecha de instalación del día 8 de Julio del 2021. El cual durante 24 horas el paciente orino 800 ml, calculando que el gasto urinario que generó fue de 0.7. lo cual nos indica que el paciente presenta oliguria conforme la clasificación del gasto urinario. Con sudoración escasa durante el día, pero refiere que durante la noche si comienza a sudar.

Patrón 4 Actividad y ejercicio

Presión arterial: 138/90

Frecuencia cardiaca: 86 x¹

Frecuencia respiratoria: 20 x¹

Llenado capilar de dos segundos.

No realiza ningún tipo de actividad física, con el tiempo, padece de deterioro de la movilidad física lo cual le impide realizar movimiento en cama, no tiene ninguna enfermedad respiratoria satura al 97% en medio ambiente sin, ayuda de ningún dispositivo de oxigenoterapia.

Desde hace tiempo se siente cansado, decaído para saber su grado de dependencia yo utilice el índice de Barthel. Con el cual se obtuvo una puntuación de 20 lo que significa una dependencia total.

Patrón 5 Sueño descanso

Desde hace tiempo, ya se muestra con exceso de sueño, con mucho cansancio, pero se rehúsa a descansar a lo mucho descansa en el día 6 horas, con una pequeña almohada, en cama con colchón y cobija. Y todo el día se la pasa en cama sin cambios posturales, y lo cambian de una a dos veces durante el día, una vecina que cuida de él.

Patrón 6 Cognitivo perceptual

EVA de 7

Glasgow de 15

Presenta alteración visual y auditiva. Tiene conocimientos deficientes sobre su autocuidado y sus problemas actuales de salud.

Patrón 7 Autopercepción auto concepto

El paciente se ve deteriorado en su imagen física el ya no valerse por si mismo, implica estar en estado depresivo la mayor parte del, tiempo es dependiente de otra persona para sus cuidados, sin baños de esponja, ni cuidados especiales. No contesta lo que se le pregunta.

Patrón 8 Rol relaciones

Paciente viudo, su mujer falleció hace seis meses por lo que, actualmente lo cuida una vecina, la cual solo le da vueltas durante el día, tiene dos hijos ellos viven lejos, y por pandemia no acudieron a verlo durante varios meses, en los cuales su estado de salud se fue deteriorando cada vez más, los problemas que actualmente afectan al paciente son los emocionales ya que se ha sentido solo, está en depresión y no quiere comer.

Patrón 9 Sexualidad reproducción

Tuvo dos hijos, solo tuvo una pareja sexual. Debido a la muerte de su mujer no se profundizo mucho este patrón, se le pregunto si ha tenido o actualmente tiene algún problema de próstata y comenta que no, requerí a su historia clínica lo cual no tiene ningún dato de padecer de próstata.

Patrón 10 Adaptación tolerancia al estrés

Actualmente está afrontando el duelo, por la pérdida de su esposa, y al mismo tiempo el alejamiento de los hijos, y el quedarse solo en casa. Sin cuidados ni nadie quien vea por su salud y cuidados.

Patrón 11 Valores y creencias

Comparte que su religión es muy importante en su vida ya que la mayor parte de su vida, la pasaba en la iglesia recolectando dinero para fiestas patronales que era muy de su agrado, salir en bici a todas las casas, cuando reza se tranquiliza. Pide a dios que no lo haga sufrir mucho.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
		CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
Patrón (es): 02 nutricional metabólico	Dominio: 11 seguridad/protección	Dominio: 02 salud fisiológica	Clase: L integridad tisular	
	Clase: 02 Lesión física			
	Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la integridad cutánea (00046)	Criterio de resultado: integridad tisular: piel y membranas mucosas. (1101)		
Datos objetivos: Úlceras por presión	Alteración en la epidermis y/o dermis.	Indicador(es):	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
	Factores(s) relacionado(s)	110101 Temperatura de la piel	• 2	• 5
	Presión sobre las prominencias óseas	110102 Sensibilidad	• 2	• 5
		1110104 Hidratación	• 2	• 5
		110115 Lesiones cutáneas	• 2	• 5
Datos Subjetivos: Depresión	Características definitorias: Alteraciones de la integridad cutánea	110123 Necrosis	• 2	• 5
			Escala de Likert: 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Nunca demostrado	



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 02 fisiológico: complejo Clase: L control de la piel/ heridas</p> <p>INTERVENCIÓN: Cuidados de las úlceras por presión (3520)</p> <p>Facilitar la curación de las úlceras por presión</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>352001 Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño, longitud y profundidad.</p> <p>352003 Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación</p> <p>352010 Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera según corresponda</p> <p>352013 Aplicar vendajes si está indicado</p> <p>352015 Observar si hay signos y síntomas de infección</p>	<p>El tratamiento de las úlceras por presión debe incluir el desbridamiento de tejido necrótico, la limpieza de la herida y en caso de infección la prescripción de antibióticos locales, por último elegir un producto que mantenga continuamente la úlcera húmeda y a temperatura corporal. El tratamiento quirúrgico es la forma más rápida de eliminar áreas adheridas a planos profundos. Se realiza por medio de planos y en diferentes sesiones comenzando por el área central y liberando el tejido desvitalizado. se requiere aplicar anestesia tópica.</p> <p>La presencia de tejido desvitalizado o necrosado es un obstáculo para el proceso de cicatrización ya que dificulta valoración del lecho de la úlcera.</p> <p>Los productos de apósitos tradicionales para la atención de heridas se usan en general como apósitos principales o secundarios para proteger la herida de contaminación.</p>	Criterio resultado: estado de salud personal	
		Indicador (es): integridad tisular: piel y membranas mucosas	Puntuación final:
		<p>110101 Temperatura de la piel</p> <p>110102 Sensibilidad</p> <p>1110104 Hidratación</p> <p>110115 Lesiones cutáneas</p> <p>110123 Necrosis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 5 • 4 • 4 • 3 • 3



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
		CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
Patrón (es): 04 Actividad/ejercicio Datos objetivos: Incapacidad para moverse Datos Subjetivos: Tristeza Estreñimiento	Dominio: 11 seguridad/protección Clase: 02 movilidad Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la movilidad física (00085) Limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades Factores(s) relacionado(s) Disminución en la fortaleza muscular Características definitorias: Alteraciones en la marcha	Dominio: 03 salud psicosocial Clase: N adaptación psicosocial Criterio de resultado: Adaptación a la discapacidad física (1308)	Clase: N adaptación psicosocial	
		Indicador(es): 130801 verbaliza capacidad para adaptarse a la discapacidad 130803 se adapta a las limitaciones funcionales 130804 modifica el estilo de vida para adaptarse a la discapacidad 130808 identifica maneras para afrontar los cambios en su vida 130809 identifica el riesgo de complicaciones asociadas con la discapacidad	Puntuación inicial * • 2 • 3 • 1 • 2 • 2	Puntuación Diana* • 5 • 5 • 5 • 5 • 5
			Escala de Likert: 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Nunca demostrado	



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 01 fisiológico/básico Clase: C control de inmovilidad</p> <p>INTERVENCIÓN: Cuidados del paciente encamado (740)</p> <p>Fomento de la comodidad y la seguridad, así como prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama</p> <p>ACTIVIDADES 74002 colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado. 74003 colocar al paciente con una alineación corporal adecuada 74006 colocar en la cama una base de apoyo para los pies 74009 subir las barandillas según corresponda 74014 cambiar de posición al paciente según lo indique el estado de la piel</p>	<p>Los cuidados de enfermería en un paciente encamado están encaminados a prevenir la seguridad y fomentar la comodidad en el paciente que no puede levantarse de la cama</p> <p>Es fundamental realizar cambios posturales en estos pacientes</p> <p>La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del paciente y de su calidad de vida ya que determina su independencia.</p>	Criterio resultado Adaptación a la discapacidad física	
		Indicador (es)	Puntuación final
		130801 verbaliza capacidad para adaptarse a la discapacidad	• 3
		130803 se adapta a las limitaciones funcionales	• 3
130804 modifica el estilo de vida para adaptarse a la discapacidad	• 2		
130808 identifica maneras para afrontar los cambios en su vida	• 4		
130809 identifica el riesgo de complicaciones asociadas con la discapacidad	• 2		



PLAN CUIDADOS DE ENFERMERIA



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): 02 nutricional metabólico</p> <p>Datos objetivos: Movilidad Abandono</p> <p>Datos Subjetivos: Falta de apetito</p>	<p>Dominio: 01 Promoción a la salud</p> <p>Clase: 02 Gestión de la salud</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Síndrome de fragilidad del anciano (00257)</p> <p>Estado dinámico inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro de uno o más dominios de la salud, física, psicológica o social.</p> <p>Factores(s) relacionado(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la fortaleza muscular <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déficit del autocuidado: alimentación • Deterioro de la movilidad física • Desesperanza 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: 05 Salud percibida	Clase: U salud y calidad de vida		
		Criterio de resultado: estado de salud personal (2006) funcionamiento físico, psicológico y social en conjunto de un adulto.			
		Indicadores	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
200602 Nivel de movilidad	• 2	• 5			
200603 Nivel de energía	• 2	• 5			
200604 Nivel de confort	• 2	• 5			
200605 Ejecución de actividades de la vida diaria	• 2	• 5			
200617 Estado nutricional	• 2	• 5			
			<p>Escala de Likert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Nunca demostrado 		



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 03 Conductual Clase R: Ayuda para el afrontamiento</p> <p>INTERVENCIÓN: Mejorar el afrontamiento (5230)</p> <p>Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los cambios o amenazas percibidas que interfieren a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>523031 Favorecer las situaciones que fomenten la autonomía del paciente</p> <p>523047 Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida</p> <p>523049 Ayudar al paciente a afrontar el duelo y superar las pérdidas causadas por la</p>	<p>Un afrontamiento adecuado favorece a tener un buen ajuste emocional las personas tienen un mejor nivel de ánimo y ansiedad y mejorar su estilo de vida.</p> <p>Al hablar de afrontamiento se pueden distinguir diferentes estrategias de afrontamiento, lo que la persona hace en concreto para hacer frente a su enfermedad. Las cuales son:</p> <p>Dirigidas al problema: que son la enfermedad y tratamiento; por ejemplo, búsqueda de soluciones, colaboración en la rehabilitación.</p> <p>Dirigidas a la emoción: ansiedad, depresión, relajación.</p>	Criterio resultado Adaptación a la discapacidad física	
		Indicador (es)	Puntuación final
		200602 Nivel de movilidad	• 3
		200603 Nivel de energía	• 3
		200604 Nivel de confort	• 2
		200605 Ejecución de actividades de la vida diaria	• 4
		200617 Estado nutricional	• 2

<p>enfermedad y/o discapacidad crónica.</p> <p>523041 Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social</p> <p>523048 Alentar a la familia y verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.</p>			
---	--	--	--

VII PLAN DE ALTA

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN	Se informa al paciente sobre cómo se deben realizar las curaciones en domicilio, enseñando al cuidador a usar el material proporcionado por institución.
URGENTE	Se orienta a cuidador y paciente sobre datos de alarma, signos de infección. Los cuales son: salida de pus, mal olor en heridas, comezón, temperatura caliente en el sitio.
INFORMACIÓN	Conocimiento formal de las heridas, su manejo y frecuencia de las curaciones en domicilio.
DIETA	Información relativa a la nutrición que debe llevar en casa.
AMBIENTE	Disminuir objetos perjudiciales para la salud, favorecer un ambiente limpio, desinfectar áreas para mantener material de curación limpio.
RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE	De acuerdo a la valoración de Barthel propiciar actividades que lo mantengan entretenido, al mismo tiempo que el cuide su herida en su domicilio.
MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	Orientar cuidados ante el uso de, apósitos y clarificar dudas respecto a remedios caseros permitidos y no permitidos.
ESPIRITUALIDAD	Fomentar su creencia que le ayude a mantener su autocuidado.

VIII. CONCLUSIONES

Brindar atención a un paciente adulto mayor, con úlceras por presión me permitió contribuir a la mejoría del estado de salud mismo que realizando este proceso cuidado enfermero, se logra en gran parte el objetivo, conocer el manejo de las úlceras por presión, saber cuáles son los signos y síntomas de infección y sobre todo fomentar la autonomía para el autocuidado propio del paciente.

Así mismo conocer a mi paciente a través de la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, me sirvió para saber que patrones fueron los alterados y así encontrar y priorizar diagnósticos, que en un futuro sirvan al personal de salud para acudir a revisarlos y así saber sobre las intervenciones que un paciente adulto mayor con úlceras por presión necesita.

En lo personal al elaborar este proceso cuidado enfermero me ayudo más a indagar sobre el tema, ya que en el hospital en donde laboro hoy en día, los adultos mayores son la población con más riesgo de padecer úlceras por presión, llevando al paciente a permanecer más días en estancia hospitalaria alargando su recuperación.

Las úlceras por presión siguen siendo un problema grave y frecuente en el paciente adulto mayor es por eso que se llevó a cabo la examinación de los problemas de salud y del déficit de autocuidado en el paciente adulto mayor, adecuando intervenciones de enfermería y actividades que puedan satisfacer la salud del paciente brindando una atención de calidad.

Con este proceso cuidado enfermero el paciente mejoró su capacidad de realizar autocuidados en su domicilio, a través de información otorgada en el plan de cuidados. Brindándole un leguaje apto para su entendimiento y así continúe su recuperación en casa, con o sin ayuda de su cuidador.

IX. REFERENCIAS

- Armendáriz, A., (1999), **Úlceras por presión en: ¿Heridas crónicas y agudas?** EDIMSA Madrid.
- Alvia, K., (2015) **Prevención de Úlceras por presión.** Unidad de cuidados de enfermería, Hospital General Napoleón Dávila.
- Arango, C., (2021), **Tratado de geriatría par residentes,** Síndromes geriátricos.
- Anaya, J. A. (2015). **prevencion diagnostico y manejo de las ulceras por presion en el adulto.** catalogo maestro de las guias de practica clinica.
- Blanco Zapata, R., (2015), **Guía de recomendaciones basadas en la evidencia en Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión en Adultos,** GNEAUPP, Osakidetza.
- Bolado, C., (2013), **Manual de Prevención y tratamiento de las úlceras por presión.** Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.
- Bolaños, E. (2014), **Plan de cuidados de enfermería para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.** Querétaro.
- ***Carmen-Canoles, Z. K.-c. (13 de abril de 2018). scielo.***
- Cepeda, R. M. (2007). **En Proceso de atención de enfermería** (pág. 55).

- ENFERMERIA, H. D. (2013). **HISTORIA DE LA ENFERMERÍA** . Obtenido de HISTORIA DE LA ENFERMERÍA : <https://historia-de-enfermeria8.webnode.mx/personajes-importantes-de-la-enfermeria2>.
- Gomez, M. d. (2011). Redalyc **Cuidado Profesional de Enfermería** . Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/714/71421163009.pdf>
- Huergo, M., (2021), **Impacto psicológico de las úlceras por presión**, Revista para profesionales de la salud, Vol. 7, pág., 93-118, Asturias.
- IMSS (2018), Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica, Evidencias y recomendaciones catálogo maestros de guías de práctica clínica. IMSS 190-18.
- López, (2018) **Protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión**, Gerencia de área de salud de Plasencia.
- Llatas, F. (2010), **Evolución de la cura tópica en úlceras y heridas con diferentes tratamientos**, Valencia.
- Mejía (2015), **Úlceras por presión en diversos servicios en un hospital de segundo nivel de atención**, Enfermería Universitaria, Vol. 12, Edición 4, pág. 173- 181.
- Mijangos, A., (2015). **El manejo de las úlceras por presión**, Evid. Med. Invest. Salud,8 (2): 77-83.
- Moreno, J. C.-R. (1998). Scielo. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>
- Osakidetza, C., Álava, (2017), **Guía para la prevención y cuidados de las úlceras por presión**. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Osakidetza 201785.

- Osvaldo, J. Patiño, O., (2018). **Úlceras por presión. como prevenirlas**. Rev. Hosp. Ital. B. Aires
- Palmar, (2010), **Guía para la prevención. diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión**. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja.
- Servicios Madrileños de Salud (2012), Guía de Cuidados: Prevención de Úlceras por presión, Edi. 1, Madrid.
- Silva, O., (2014), **Guía de cuidados para la enfermería en la prevención y tratamientos de las úlceras por presión**, Complejo Hospitalario Universitario Insular, Servicio Canario de Salud, Canarias.
- Vela, G., (2013), **Magnitud del Evento Adverso. Úlceras por presión**. Revista de Enfermería Instituto Mexicano Seguro Soc. 21(01): 3-8.

X. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Adulto mayor: persona que tiene más de 60 años

Apósito: producto sanitario empleado para cubrir y proteger una herida

Anciano frágil: todo aquel que reuniera al menos uno de los criterios más aceptados para su definición: edad igual o superior a 80 años, vivir solo, pérdidas reciente de la pareja.

Cuidado: esencia de la disciplina de enfermería.

Dermis: primera capa de la piel

Desbridamiento de heridas: remoción del tejido muerto o dañado de una herida para mejorar el proceso de cicatrización.

Epidermis: capa de la piel más profunda.

Escala de Baden: mide la probabilidad de que un paciente desarrolle úlceras por presión

Índice de Barthel: instrumento ampliamente utilizado para este propósito y mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria

Modelo: los modelos describen establecen y examinan los fenómenos que conforman la práctica de la enfermería.

Metaparadigma: es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros.

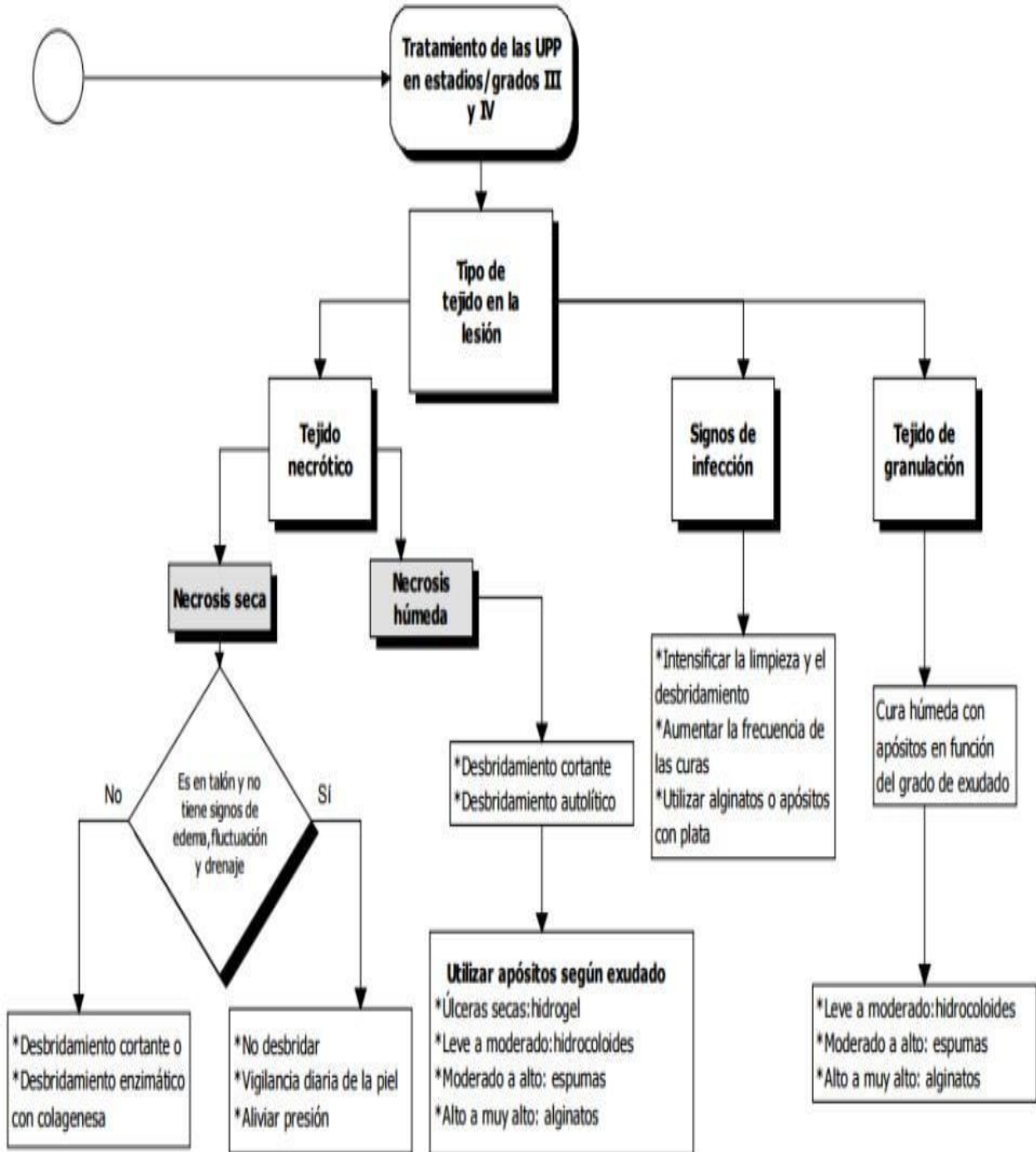
Necrosis: muerte del tejido corporal. Ocurre cuando muy poca sangre fluye al tejido

Piel: órgano más grande del cuerpo **proceso cuidado enfermero:** método sistemático y organizado que se centra en la identificación de las respuestas únicas de la persona, alteraciones de salud reales o potenciales.

UPP: úlceras por presión

XI ANEXOS

Anexo 1 algoritmo de tratamiento de úlceras por presión



Anexo 2: Fases de la cicatrización

<p style="text-align: center;">FASES DEL PROCESO DE CICATRIZACIÓN</p>	<p style="text-align: center;">MANIFESTACIONES CLINICAS</p>
<p>INFLAMATORIA Hemostasis Inflamación</p>	<p>Blanqueamiento de la piel circundante, formación de un coagulo, cese del sangrado. Dolor Calor Eritema Edema</p>
<p>PROLIFERATIVA Migración Producción de la matriz extracelular Angiogénesis epitelización</p>	<p>Ocurre a los cuatro días aproximadamente Formación de tejidos de granulación Restablecimiento de la epidermis</p>
<p>REMODELACIÓN</p>	<p>Puede durar un año o mas Remodelación y alineación de las fibras de colágeno</p>

Anaya, J. A. (2015).

Anexo 3 Escala de Barthel

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

(Moreno, 1998)

Anexo 4 Existen diversas escalas, pero se recomienda utilizar esta, ya que ha sido efectiva para el personal de enfermería.

ESCALA DE BRADEN

	PERCEPCIÓN SENSORIAL	EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	NUTRICIÓN	RIESGO DE LESIONES CUTÁNEAS
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	
<p>RIESGO DE ULCERAS POR PRESION <13 = alto riesgo 13-14 riesgo moderado >14 = bajo riesgo</p>						

Blanco Zapata, R., (2015),