



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

UNIVERSIDAD UDS

Licenciatura en Enfermería

Trabajo

**PROCESO DE ATENCION ENFERMERO
A PACIENTE POSTOPERADO CON UPP
EN ESTADIO 2**

Presenta:

Ángel Gabriel Arcos Álvaro

Alejandra López Aquino

blanca flor Díaz Vázquez

Catedrático:

Jessica del Carmen Jiménez Méndez

Fecha: 06 de mayo del 2020

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	3
INFORMACION DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.....	5
EXPLORACIÓN FISICA.....	5
MEDIDAS GENERALES.....	6
II. VALORACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA POR PATRONES FUNCIONALES	7
PLANIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	10
PLANIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	11
CONCLUSION.....	12

INTRODUCCIÓN

Dentro de la carrera de enfermería como una disciplina profesional, necesita llevar a cabo la realización del llenado de algunos documentos con datos específicos del paciente, una manera de proceder para realizar su servicio que se aplicará a los usuarios. El Proceso de atención de Enfermería (PAE), es uno de los principales documentos, que se constituye como una herramienta de guía para organizar el trabajo de enfermería; este documento está dividido por distintas etapas como: La valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

En el presente trabajo realizado por alumnos de la Universidad del Sureste, hace la representación de un proceso de atención de enfermería, donde mostraremos los datos requeridos para llevar a cabo las intervenciones necesarias, y, aplicarlas de acuerdo a su padecimiento, que en este caso se trata de un adulto mayor con la presencia de Úlcera(s) por presión (UPP), que es una lesión a causa del aplastamiento tisular en una prominencia ósea formando una necrosis isquémica que se localiza en la piel y en los tejidos.

Cabe destacar que las UPP se presentan por estar en una posición corporal durante mucho tiempo (inmovilidad), esto a consecuencia de una presión, una fricción, humedad, descamamiento de la piel o un desgarro de los vasos capilares. Que como

antes mencionado causa una lesión en la piel y en su presencia existen factores de riesgo.

Es de suma importancia conocer los tipos de estadios de las UPP para llevar a cabo los cuidados e intervenciones necesarias.

OBJETIVO GENERAL

- Aplicar un plan de cuidados estandarizados a paciente con úlceras por presión para la mejora de la integridad tisular.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el estadio de la(s) úlcera(s) por presión para determinar las intervenciones de enfermería correctas
- Evaluar si la continuidad de las intervenciones dio una mejora a la recuperación
- Educar a los familiares y cuidador sobre las UPP para evitar próximas apariciones

2.1 INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN.

Iniciales del px: MJLV

Fecha de Nacimiento: 16/02/45

Sexo: Femenino

Edad: 75 años

Peso: 50 kg.

Grupo sanguíneo: O+

Talla: 1.60 m

Religión: católica

Alergias: Desconocidas

Diagnostico medico: insuficiencia respiratoria/ insuficiencia cardiaca/ post operatorio de cadera/ Ulcera por presión (2) en región sacra.

Exploración física (cefalocaudal)

Paciente adulto mayor sin alteración cognoscitivo.

- Piel: Hidratada, con presencia de UPP estadio 2 que se refleja en el sacro, zona proximal a la operación.
- Cabeza: sin evidencia de traumatismo, cabello canoso, ojos color café oscuro con poca agudez visibilidad. Nariz integra con mucosa hidratada. Labios hidratados, con buena higiene bucal y dentadura incompleta.

- Cuello: Cilíndrico sin masa palpable.
- Extremidades superiores: integra, sin presencia de edema y úlceras, sin antecedentes de alguna fractura o zafadura. Piel hidratada. Llenado capilar de 2 segundos.
- Tórax: Simétrico, campos pulmonares deficientes por insuficiencia respiratoria.
- Abdomen: Blando, ombligo simétrico centrado, con presencia de estrías.
- Cadera: post operada, sin alteración cutánea en la zona, con poca movilidad, pero con presencia de UPP estadio 2 proximal a la cirugía, zona del sacro.
- Genitales: excreción digestiva deficiente por la falta de movilidad, presenta estreñimiento. Micción excesiva por las noches.
- Extremidades Inferiores: integra y sin presencia de fracturas.

MEDIDAS:

Peso: 50 kg

Talla: 1.60cm

Constantes vitales

TA: 140/65 mmHg

FC: 85x`

TMP: 35.9°

II. VALORACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA POR PATRONES FUNCIONALES

1. Respiración: dificultad para respirar, por lo que incrementa la frecuencia cardiaca del paciente
2. Alimentación/hidratación: él paciente tiene una buena hidratación, con 1.5 de agua al día, alimentación adecuada tipo puré, la cantidad correspondiente por que el paciente tiene problemas para deglutir.
3. Eliminación: el paciente con estreñimiento por falta de movilidad con incontinencia urinaria.
4. Movilidad /postura: Muy limitada, Para aliviar y eliminar la compresión de los puntos de apoyo, es imprescindible realizar cambios posturales y utilizando colchón anti escaras.
5. Dormir descansar: Alteración del sueño inadecuado.
6. Vestirse /desvestirse: Depende del cuidador ya que el paciente no puede

3.4 PLANIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de Enfermería: deterioro de la integridad tisular R/C deterioro de la movilidad M/P daño tisular			
Dominio: 11 seguridad/protección		Clase: 02 lesión física	
Resultado esperado NOC	Indicadores	Intervenciones NIC	Actividades NIC
Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	Ulceras por presión	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados del paciente encamado 	Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas
			Colocar al paciente con una posición alineación corporal adecuada
			alteración de los movimientos torácicos
			Girar al pa.....,
			acuerdo con un programa específico
			Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas
			Facilitar pequeños cambios de del peso corporal
		Ayudar con las actividades de la vida diaria	
		Vigilar estado de la piel	
		<ul style="list-style-type: none"> Manejo del estreñimiento/impactación fecal 	Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento
			Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color según corresponda
			Explicar al paciente la etiología del problema y las razones de las actuaciones
			Pesar al paciente regularmente
			Evaluar la medicación para ver si hay efectos secundarios gastrointestinales
Evaluar el registro de entradas para el contenido nutricional			
Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra			

PLANIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de Enfermería: riesgo de infección R/C alteración de la integridad cutánea			
Dominio: 11 seguridad/protección		Clase: 01 infección	
Resultado esperado NOC	Indicadores	Intervenciones NIC	Actividades NIC
Curación de la herida: por segunda intención	Piel macerada	Cuidados de las úlceras por presión	Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño, estadio, posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización
			Controlar el color, temperatura, edema, humedad y el aspecto de la piel circulante
			Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación
			Limpia la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua
			Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera según corresponda
			Cambiar de posición 1-2 horas para evitar la presión prolongada
			Aplicar calor húmedo a la úlcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona
			Enseñar al individuo o miembros de la familia los procedimientos del cuidado de heridas.
	Ampollas cutáneas	Vigilancia de la piel	Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades
			Observar si hay sequedad o excesiva humedad en la piel
			Documentar los cambios en la piel y mucosas
			Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda

PLANIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de Enfermería: Disconfort R/C control insuficiente de la situación M/P sensación de incomodidad			
Dominio: 12 confort		Clase: 01 confort físico	
Resultado	Indicadores	Intervenciones NIC	Actividades NIC
Nivel de estrés	Inquietud	Facilitar la meditación	Preparar un ambiente tranquilo
			Indicar al paciente que cierre los ojos si lo desea
			Ayudar al paciente a seleccionar un lema mental para repetirlo durante el procedimiento
			Continuar el ejercicio de respiración centrándose en el lema mental elegido
			Enseñar al paciente que debe ignorar los pensamientos que le distraigan volviendo al lema mental utilizado
	Trastornos del sueño	Terapia de relajación	Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles
			Considerar la capacidad y voluntad de la persona para participar
			Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente
			Fomentar el control cuando se realice la técnica de relajación
			Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación

PLANIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de Enfermería: patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación M/P alteración de los movimientos torácicos			
Dominio: 04 actividad/reposo		Clase: 04 respuestas cardiovasculares/pulmonares	
Resultado esperado NOC	Indicadores	Intervenciones NIC	Actividades NIC
Estado respiratorio: ventilación	Frecuencia respiratoria	Ayuda a la ventilación	Mantener una vía aérea permeable
			Enseñar técnicas de respiración según corresponda
			Iniciar un programa de entrenamiento de fortalecimiento y/o resistencia de los músculos respiratorios, según corresponda
			Colocar al paciente de forma que se facilite la concordancia ventilación/perfusión
			Observar si hay fatiga muscular respiratoria
	Saturación de oxígeno	Monitorización respiratoria	Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones
			Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares
			Vigilar los valores de las PFR, sobre todo la capacidad vital, fuerza inspiratoria máxima, volumen espiratorio forzado en un segundo
			Observar los cambios de SaO ₂ , SvO ₂ y CO ₂ , teleespiratorio y los cambios de los valores de gasometría arterial
			Aplicar sensores de oxígenos continuos no invasivos

CONCLUSION

El proceso de atención de enfermería es uno de los documentos más importantes en las 5 etapas establecidas (valoración del paciente, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación del cuidado). Con estas etapas formuladas se lleva un control adecuado para el desarrollo.

permite utilizar el pensamiento crítico para efectuar diagnósticos del problema de salud, reales o potenciales además de que permite brindar cuidados de enfermería más eficaces y orientadas por lo tanto este trabajo nos permite adquirir experiencias en aspectos teóricos.

Existen variedades de enfermedades y accidentes que padecen personas de diferentes etnias, edades y culturas que hacen especial el trabajo ya que a cada una de ellas se les debe brindar el mejor servicio y ayudarles con orientación para mejorar la salud, como en este caso, el usuario quedo satisfecho con las intervenciones de enfermería realizadas.