



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Trabajo de Integración
Curricular previa la obtención
del Grado Académico de
Licenciada en Enfermería

Estudio de Caso:

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SECUELAS DE
TRAUMATISMO INTRACRANEAL: ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO”**

Autora:

Wendy Nallelhy Barrera Marcillo

Directora de Estudio de Caso:

Lcda. Solange Lisseth Acurio Barre, MSc.

Quevedo - Los Ríos - Ecuador.

2025



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Wendy Nallehy Barrera Marcillo**, declaro que la investigación aquí descrita es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este documento, según lo establecido por la ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normatividad institucional vigente.

Wendy Nallehy Barrera Marcillo

C.I: 1208263705



CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

La suscrita, **Lcda. Solange Lisseth Acurio Barre, MSc.**, docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que la estudiante **Wendy Nallelhy Barrera Marcillo**, realizó el Estudio de Caso de grado titulado “**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL: ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO**”, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.

Lcda. Solange Lisseth Acurio Barre, MSc.
DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO

La suscrita, **Lcda. Solange Lisseth Acurio Barre, MSc.**, mediante el presente cumpto en presentar a usted, el informe de estudio de caso titulado **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL: ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO”**, presentado por la estudiante **Wendy Nallehy Barrera Marcillo**, egresada de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, que fue revisado bajo mi dirección según resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, que se ha desarrollado de acuerdo al Reglamento de la Unidad de Integración Curricular de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo y cumple con el requerimiento de análisis de COMPILATIO el cual avala los niveles de originalidad en un 93 % y similitud 7%, del trabajo investigativo. Valido este documento para que la estudiante siga con los trámites pertinentes, de acuerdo como lo establece el Reglamento.



Lcda. Solange Lisseth Acurio Barre, MSc.

DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

ESTUDIO DE CASO

Título:

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SECUELAS DE
TRAUMATISMO INTRACRANEAL: ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO”**

Presentado al Consejo Directivo de Facultad como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Aprobado por:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Lic. Bertha Alejandrina Vásquez Morán, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lic. Karen Gabriela
Macías Sánchez, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Psic. Shirley Vanessa
Betancourt Zambrano, MSc.

QUEVEDO - LOS RIOS - ECUADOR

2025

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por ser mi guía y fortaleza en todo momento.

Su presencia ha sido una fuente constante de inspiración y esperanza, permitiéndome superar los desafíos que he enfrentado a lo largo de este camino.

A mis padres, les expreso mi más profundo agradecimiento por su amor incondicional, su apoyo incansable y por creer en mí en cada paso de este proceso. Gracias por sus sacrificios, por sus consejos y por ser siempre un pilar en mi vida. Este logro es tan suyo como mío.

A mi hermano Dennis, gracias por ser mi compañero, mi confidente y mi inspiración, tu fe en mis capacidades me ha impulsado a seguir adelante incluso en los momentos más difíciles, has sido un apoyo fundamental para alcanzar esta meta, gracias por ser ese hermano que toda persona necesita.

A una de las mejores licenciadas que he conocido en todo el transcurso de mi vida universitaria, Licenciada Abigail, una profesional con un gran corazón y la persona más empática, una buena amiga y guía en este proceso. Su consejo sabio y su generosidad me han ayudado a mantener el rumbo en los momentos más difíciles. Aprecio profundamente su amistad, cariño y el tiempo que ha dedicado a acompañarme en esta etapa tan maravillosa para mí.

Y doy por culminado, a mi directora de caso, Licenciada Solange Acurio, expresándole mi más sincero agradecimiento por su guía y apoyo a lo largo de este proceso. Su paciencia, conocimiento y dedicación han sido fundamentales para mi aprendizaje y crecimiento. Gracias por acompañarme, corregirme y orientarme hasta el final de este trabajo. Su compromiso y confianza en mí han sido una gran motivación.

DEDICATORIA

Dedico esta pequeña parte de mi vida a mi madre, cuyo amor incondicional y constante apoyo han sido la base de cada uno de mis logros. Feliz, porque me has enseñado la importancia de la perseverancia y el esfuerzo que se necesita para mantenerse de pie en este camino. Eres todo para mí y cada logro será siempre tuyo.

A Dennis, mi hermano, quien ha sido una fuente de inspiración y fortaleza. Tus palabras de aliento y tu confianza en mí me han impulsado a superar cada obstáculo. No podría haber llegado hasta aquí sin tu compañía y tus palabras de apoyo de “tú siempre puedes y podrás, mi enfermera favorita”.

Por último, pero no menos importante, a todas las personas que han estado junto a mí en todo este proceso y me han apoyado desinteresadamente cuando he necesitado de cada uno de ellos.

RESUMEN

El traumatismo craneoencefálico (TCE) representa un serio desafío para la salud a nivel mundial, siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, especialmente en hombres jóvenes. Cada año, millones de personas se ven afectadas por esta condición, con una elevada incidencia en América Latina y una prevalencia significativa de secuelas a largo plazo. Por tal razón, este estudio tuvo como objetivo determinar los cuidados enfermeros personalizados en el paciente con secuelas de traumatismo intracraneal a través del proceso de atención de enfermería. Para ello, en cuanto a su metodología se llevó a cabo la recolección de información de la historia clínica y se empleó los patrones funcionales de Marjory Gordon donde se realizó una valoración integral exhaustiva que dió como resultado patrones alterados tales como el patrón nutricional-metabólico, actividad-ejercicio y cognitivo-perceptual. Adicionalmente, se utilizó la escala de Norton con un puntaje de 6 representando un riesgo muy alto a desarrollar próximas UPP, el índice de Barthel el cual obtuvo un puntaje de 15/100 revelando un nivel alto de dependencia en sus actividades diarias y con respecto al dolor se valoró con la escala de Wong – Baker, con calificación de 6 representando dolor moderado ante eventos específicos. Se propusieron cuatro planes de cuidados de enfermería en base a la taxonomía NANDA, NOC y NIC, reconociendo las necesidades individuales de la paciente en el que se establecieron estrategias enfocadas en la lesión por presión en adultos, nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales, movilidad física deteriorada y por último el diagnóstico enfermero despeje ineficaz de las vías respiratorias con el fin de contribuir a la disminución de complicaciones y favorecer a la recuperación integral de la paciente, mejorando su calidad de vida.

Palabras claves: enfermería, secuelas, traumatismo craneoencefálico, úlceras por presión.

ABSTRACT

Cranioencephalic trauma (TBI) represents a serious global health challenge, being one of the leading causes of morbidity and mortality, especially in young men. Every year, millions of people are affected by this condition, with a high incidence in Latin America and a significant prevalence of long-term sequelae. For this reason, this study aimed to determine the personalized nursing care in patients with intracranial trauma through the nursing care process. For this purpose, as far as its methodology is concerned, the collection of information from the clinical history was carried out and the functional patterns of Marjory Gordon were used where a comprehensive assessment was made which resulted in altered patterns such as the pattern nutritional-metabolic, activity-exercise and cognitive-perceptual. In addition, the Norton scale was used with a score of 6 representing a very high risk to develop upcoming UPP, the Barthel index which obtained a score of 15/100 revealing a high level of dependence in their daily activities and with respect to pain was evaluated with the scale of Wong - Baker, with rating of 6 representing moderate pain at specific events. Four nursing care plans were proposed based on the NANDA, NOC and NIC taxonomy, recognizing the individual needs of the patient in which strategies focused on pressure injury in adults, unbalanced nutrition were established: less than the body requirements, impaired physical mobility and finally the diagnosis nurse ineffective clearing of the respiratory tract in order to contribute to the reduction of complications and to favor the integral recovery of the patient, improving their quality of life.

Keywords: nursing, sequelae, cranioencephalic trauma, pressure ulcers.

TABLA DE CONTENIDO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	ii
CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO	iii
CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN POR TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA.....	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	ix
CÓDIGO DUBLÍN	xiii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS.....	4
2.1. Objetivo General.....	4
2.2. Objetivos Específicos	4
3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO	5
3.1 Historia clínica	5
3.2 Valoración Integral de enfermería	8
3.3 Plan de cuidados de enfermería	11
4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO	18
5. CONCLUSIONES	21
6. BIBLIOGRAFÍA	22
7. ANEXOS	24

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Primer plan de cuidados de enfermería

Tabla 2. Segundo plan de cuidados de enfermería

Tabla 3. Tercer plan de cuidados de enfermería

Tabla 4. Cuarto plan de cuidados de enfermería

ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo 1.** Signos vitales de ingreso
- Anexo 2.** Evaluación médica de ingreso
- Anexo 3.** Exámenes de laboratorio (22/05/2024)
- Anexo 4.** Diagnóstico
- Anexo 5.** Tratamiento inicial
- Anexo 6.** Nota de evolución por cirugía general 27/05/2024
- Anexo 7.** Exámenes de laboratorio (28/05/2024)
- Anexo 8.** Nota de evolución 29/05/2024
- Anexo 9.** Reportes de resultados de laboratorio por medicina interna
- Anexo 10.** Exámenes de laboratorio 29/05/2024
- Anexo 11.** Exámenes de laboratorio 30/05/2024
- Anexo 12.** Nota de evolución por Gastroenterología
- Anexo 13.** Nota de evolución por cirugía general 10/06/2024
- Anexo 14.** Nota de evolución por medicina interna
- Anexo 15.** Nota de evolución por Nutrición 12/06/2024
- Anexo 16.** Últimos resultados de laboratorio
- Anexo 17.** Egreso de la paciente
- Anexo 18.** Entrevista por patrones de Marjory Gordon
- Anexo 19.** Escala de Norton
- Anexo 20.** Índice de Barthel
- Anexo 21.** Escala facial de Wong Baker
- Anexo 22.** Evidencia fotográfica

CÓDIGO DUBLÍN

Título:	“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL: ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO”			
Autor:	Wendy Nallehy Barrera Marcillo			
Palabras claves:	enfermería	secuelas	traumatismo craneoencefálico	úlceras por presión
Fecha de publicación:				
Editorial:	Quevedo UTEQ, 2025			
Resumen:	<p>El traumatismo craneoencefálico (TCE) representa un serio desafío para la salud a nivel mundial, siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, especialmente en hombres jóvenes. Cada año, millones de personas se ven afectadas por esta condición, con una elevada incidencia en América Latina y una prevalencia significativa de secuelas a largo plazo. Por tal razón, este estudio tuvo como objetivo determinar los cuidados enfermeros personalizados en el paciente con secuelas de traumatismo intracraneal a través del proceso de atención de enfermería. Para ello, en cuanto a su metodología se llevó a cabo la recolección de información de la historia clínica y se empleó los patrones funcionales de Marjory Gordon donde se realizó una valoración integral exhaustiva que dió como resultado patrones alterados tales como el patrón nutricional-metabólico, actividad-ejercicio y cognitivo-perceptual. Adicionalmente, se utilizó la escala de Norton con un puntaje de 6 representando un riesgo muy alto a desarrollar próximas UPP, el índice de Barthel el cual obtuvo un puntaje de 15/100 revelando un nivel alto de dependencia en sus actividades diarias y con respecto al dolor se valoró con la escala de Wong – Baker, con calificación de 6 representando dolor moderado ante eventos específicos. Se propusieron cuatro planes de cuidados de enfermería en base a la taxonomía NANDA, NOC y NIC, reconociendo las necesidades individuales de la paciente en el que se establecieron estrategias enfocadas en la lesión por presión en adultos, nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales, movilidad física deteriorada y por último el diagnóstico enfermero despeje ineficaz de las vías respiratorias con el fin de contribuir a la disminución de complicaciones y favorecer a la recuperación integral de la paciente, mejorando su calidad de vida.</p>			
Abstract:	<p>Cranioencephalic trauma (TBI) represents a serious global health challenge, being one of the leading causes of morbidity and mortality, especially in young men. Every year, millions of people are affected by this condition, with a high incidence in Latin America and a significant prevalence of long-term sequelae. For this reason, this study aimed to determine the personalized nursing care in patients with intracranial trauma through the nursing care process. For this purpose, as far as its methodology is concerned, the collection of information from the clinical history was carried out and the functional patterns of Marjory Gordon were used where a comprehensive assessment was made which resulted in altered patterns such as the pattern nutritional-metabolic, activity-exercise and cognitive-perceptual. In addition, the Norton scale was used with a score of 6 representing a very high risk to develop upcoming UPP, the Barthel index which obtained a score of 15/100 revealing a high level of dependence in their daily activities and with respect to pain was evaluated with the scale of Wong - Baker, with rating of 6 representing moderate pain at specific events. Four nursing care plans were proposed based on the NANDA, NOC and NIC taxonomy, recognizing the individual needs of the patient in which strategies focused on pressure injury in adults, unbalanced nutrition were established: less than the body requirements, impaired physical mobility and finally the diagnosis nurse ineffective clearing of the respiratory tract in order to contribute to the reduction of complications and to favor the integral recovery of the patient, improving their quality of life.</p>			
Descripción:	54 hojas: dimensiones, 29 x 21 cm + CD-ROM 6162			
URL:				

1. INTRODUCCIÓN

El traumatismo craneoencefálico (TCE) se define técnicamente como una disfunción del contenido intracraneal producida por una transferencia súbita y brusca de energía mecánica hacia el cráneo, este impacto ha generado alteraciones en el tejido cerebral, las cuales se han manifestado en forma de conmoción, contusión, hemorragia o laceración del cerebro; dependiendo de la intensidad del trauma y la localización del daño, las consecuencias variarán desde cambios transitorios en el estado de conciencia hasta graves déficits neurológicos permanentes. Así también, la afectación neurológica se ha presentado en distintos niveles, comprometiendo funciones cognitivas, como la memoria y la capacidad de concentración, así como habilidades motoras y sensoriales; el diagnóstico y tratamiento oportuno de esta condición fueron considerados esenciales para minimizar secuelas a largo plazo (1).

Desde el punto de vista epidemiológico, el TCE representó uno de los mayores desafíos en el ámbito de la salud pública a nivel mundial, su alta prevalencia y la severidad de sus consecuencias llevaron a que fuera catalogado como un problema prioritario, especialmente en poblaciones jóvenes y adultos en edad productiva, quienes constituyen un grupo fundamental para el desarrollo socioeconómico. Un artículo publicado en la revista *Recimundo* por Borja et al., en el 2021 indicaron que anualmente se registran aproximadamente 1,5 millones de muertes relacionadas con traumatismos craneoencefálicos, mientras que entre 20 y 50 millones de personas sufren lesiones no mortales, muchas de las cuales dejan discapacidades significativas. Estas cifras no solo reflejan el impacto clínico, sino también el enorme costo social y económico asociado al manejo médico y rehabilitación de los pacientes afectados, así como la pérdida de productividad laboral (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3), los traumatismos constituyeron una de las epidemias más desatendidas en los países en desarrollo, ocasionando más de 5 millones de fallecimientos anualmente, superando al VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis. Se conoció que por cada 250 a 300 TCE leves hay de 15 a 20 moderados y de 10 a 15 graves (4).

En estudios previos como el de Lovett B., (3) publicado en el 2019 demostró que el TCE provocó muertes con una frecuencia continua superior al 90% exclusivamente en países con bajos y medianos ingresos económicos y aunque estos aplicaban medidas de prevención, sus sistemas de salud no eran capaces de controlar estas situaciones y procedían a colapsar. En registros históricos se ha evidenciado que en América Latina aproximadamente en el 2017, la incidencia de lo que se conoce como TCE osciló entre los 200 y 322 casos por cada 100.000 habitantes donde se estimó un alrededor de 200 casos por cada 100,000 habitantes (5). Por otra parte, el índice de mortalidad entre el año 2010 y el 2020 en el Ecuador fue de 16,9 por cada 100.000 habitantes, siendo en su mayor parte por TCE grave (4).

La prevalencia del traumatismo craneoencefálico, es decir, la proporción de personas que han vivido con secuelas de esta lesión en un momento determinado, se estima que de manera global es de alrededor del 10%. En algunos estudios generados en el 2003, se encontró que la prevalencia puede ser aún más alta que la expresada anteriormente, alcanzando hasta el 20% en la población adulta mayor de 65 años. Estas secuelas han afectado la capacidad para trabajar, estudiar, realizar actividades cotidianas y mantener relaciones sociales, ya que el TCE ha incitado trastornos a nivel sensorial, del movimiento y la marcha, deglución, tono muscular, entre otros; lo que ha generado una carga económica significativa para las familias, debido a los costos de la atención médica, la rehabilitación y los cuidados a largo plazo, es por esto que el manejo del TCE requiere un abordaje multidisciplinario que en primera instancia debe considerarse la atención médica, la rehabilitación, el apoyo nutricional y sobre todo los cuidados de enfermería especializados (5).

Según Sorando et al., (6) en personas con secuelas traumatológicas, la limitación de la movilidad, incontinencia e insensibilidad a la presión son considerados como factores susceptibles que conllevan a úlceras por presión (UPP), las cuales se han determinado como “el área de daño tisular localizada en la piel y/o tejidos subyacentes causadas por presión, cizallamiento o fricción”; por lo que se indican tres apartados para la mejora de estos, los cuales pueden ser la detección y prevención del riesgo, la disminución de la presión sobre las superficies de apoyo

y recomendaciones sobre educación sanitaria e información sobre las úlceras por presión al paciente y al entorno.

La alta incidencia de las llamadas UPP en pacientes con TCE se debe a ciertas causas que han aumentado el riesgo de aparición de estas, donde se observó que tienen una relación directa con la gravedad del paciente, drogas utilizadas, deterioro del nivel de conciencia, estado hemodinámico, inmovilidad, mal nutrición, entre otras. Diversos autores han señalado que la atención de enfermería ha desempeñado un papel crucial en la prevención de toda complicación asociada con el TCE, en conjunto con los planes o metodologías basadas en la prevención de estas complicaciones (7).

Según lo descrito anteriormente el siguiente estudio de caso cobra relevancia debido al impacto significativo que presenta el traumatismo craneoencefálico en la calidad de vida de los pacientes quienes enfrentan complicaciones físicas, cognitivas y emocionales que afectan tanto su bienestar como su capacidad para realizar actividades cotidianas; secuelas como la desnutrición, las úlceras por presión (UPP) y otras dificultades que generan la necesidad de cuidados altamente especializados por parte del personal de la salud. Es así por lo que se propone estrategias de enfermería adaptadas a las necesidades de los pacientes con comorbilidades complejas ofreciendo mejorar su calidad de vida.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar los cuidados enfermeros personalizados en el paciente con secuelas de traumatismo intracraneal a través del proceso de atención de enfermería.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores que influyeron en la evolución de la paciente con secuelas de traumatismo intracraneal.
- Analizar las principales necesidades en base a la valoración integral de enfermería en la paciente con secuelas de traumatismo intracraneal.
- Diseñar planes de cuidados de enfermería en la paciente con secuelas de traumatismo intracraneal.

3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

3.1 Historia clínica

Paciente de sexo femenino de 22 años, con antecedentes patológicos personales de secuelas por TCE severo tras sufrir una descarga eléctrica. En cuanto a sus antecedentes quirúrgicos se encontraban gastrostomía y traqueotomía hace 1 año con cierre espontáneo, sin alergias presentes, con antecedentes ginecológicos de parto único espontáneo y antecedentes familiares de abuela paterna diabética.

Ingresó al servicio de urgencias en ambulancia del ECU 911 acompañada de un familiar por presentar lesión ulcerativa sacra. En el control de los signos vitales se evidenció presión arterial (P/A) 115/81 mmHg, frecuencia cardíaca (Fc) 78 latidos por minuto, frecuencia respiratoria (Fr) 20 respiraciones por minuto, temperatura (T°) de 38.4 °C y saturación de oxígeno de 97%. (Ver anexo 1)

Paciente con Glasgow 7/15, al examen físico presentó cabeza normocefálica, pupilas isocóricas normorreactivas, escaso o nulo panículo adiposo y muscular generalizado, cuello central, no se palpó nodulaciones, tórax simétrico; costillas visibles, campos pulmonares ventilados, ruidos cardíacos rítmicos, sin ruidos agregados; abdomen excavado, ruidos hidroaéreos conservados, blando, depresible, no doloroso; puño percusión lumbar negativo; extremidades en flexión, rígidas, sin presentar edema, UPP a nivel de ambos tobillos y codo grado I y en la región sacro coccígea UPP grado IV; adicional a eso en el área genital se evidenció sonda vesical con orina ligeramente turbia conservando diuresis; emaciación visible, canalizaba flatos. (Ver anexo 2)

Tras los resultados de exámenes de laboratorio se mostró una hemoglobina de 4.80 mg/dl, leucocitos $8.64 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos 85.2 %, hematocrito 14.6 % y plaquetas de 146,000 microlitros de sangre (Ver anexo 3), por lo cual, médico tratante diagnosticó presuntivamente úlcera decúbito etapa IV en región sacra + anemia no especificada + desnutrición proteico calórica no especificada; por tal motivo se realizó orden para trasfusión de hemoderivados de forma que no se inició la trasfusión por presentar test de Coombs (+) más incompatibilidad con paquete globular ORH+ disponible en ese momento. (Ver anexo 4)

De tal manera, médico prescribió la administración de cloruro de sodio al 0.9% 1000 ml a 84 ml/h intravenoso (IV), ciprofloxacino 200 mg IV cada 12 horas, clindamicina 600 mg IV cada 8 horas, omeprazol 40 mg IV cada día, paracetamol 1 gramo IV cada 8 horas, ácido ascórbico 500 mg IV cada 12 horas y eritropoyetina 4000 IU subcutánea (L-M-V). (Ver anexo 5)

Al siguiente día, en interconsulta con cirugía general se evidenció la necesidad de injerto cutáneo secundario a procedimiento de escarotomía prequirúrgica por lesión avanzada, y el requerimiento de nutrición enteral con aporte calórico. Dadas las circunstancias, al quinto día de su ingreso médico reportó la escarotomía en úlcera sacra con mal proceso de cicatrización-granulación, e indicó que la paciente no mejorará si no se inicia esquema nutricional enteral para aporte calórico agresivo, recalcando que el tratamiento debería ser integral con las demás especialidades. (Ver anexo 6)

Luego de una semana, en el control de exámenes de laboratorio sus valores presentados fueron de leucocitos $11.13 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos 86.7%, hematíes $1.64 \text{ mm}^3/\mu\text{L}$, hemoglobina 5.30 g/dl, hematocrito 15.6% (Ver anexo 7). Posteriormente, se obtuvo una cama disponible en sala de mujeres/hospitalización de medicina interna a donde fue trasladada con un índice de masa corporal (IMC) de $6.4 \text{ kg}/\text{mt}^2$ y nuevamente valorada por cirugía general, quien determinó la presencia de UPP con necrosis infectadas a nivel de región sacrocoxígea, extremidades inferiores a nivel de maléolo externo izquierdo y derecho, extremidades superiores en región lateral de codo izquierdo y derecho, en región interdigital entre el primer y segundo dedo, y en apófisis espinosa a nivel de omoplato derecho, en el que se realizó limpieza y desbridamiento quirúrgico dejando colocado Hydrogel crema en áreas afectadas. (Ver anexo 8)

Por otra parte, medicina interna hizo la revisión de exámenes de laboratorio por tres días seguidos (Ver anexo 9): día 1 con glucosa 140.1 mg/dl, neutrófilos 9.80%, leucocitos $13.11 \times 10^3/\mu\text{L}$, en el que se aumentó a su tratamiento Enoxaparina 40 mg subcutánea cada día, ajustando dosis de cloruro de sodio al 0.9% en 40 ml/h y paracetamol por razones necesarias, conservando la demás medicación prescrita; día 2 con glucosa 59.4 mg/dl, leucocitos $16.05 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos 87.9 %, hemoglobina 4.10 g/dl, hematocrito 12.3 % (Ver anexo 10), donde inmediatamente

se inició trasfusión sanguínea de 2 unidades de glóbulos rojos sin capa leuco plaquetaria, considerando riesgo beneficio previa autorización médica y prescripción de hidrocortisona 500 mg IV STAT, sin presentar novedades durante el procedimiento permaneciendo hemodinámicamente estable, también se colocó sonda nasogástrica (SNG) para su alimentación; en el día 3 ante los resultados de leucocitos con $26.25 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos 91.7 %, linfocitos 5.7 %, hematíes $2.92 \text{ mm}^3/\mu\text{L}$, hemoglobina 9.00 g/dl, y hematocrito 25.9 % (Ver anexo 11), médico discontinuó ácido ascórbico 500 mg y cambió antibioticoterapia por imipenem 500 mg IV cada 6 horas.

Posteriormente, paciente con úlcera por presión sangrante que comprometió el hueso en región sacra y extremidades inferiores con edema; seguido de eso, presentó hematoquecia por lo que se solicitó consulta con gastroenterología. Al siguiente día fue valorada por médico especialista quien determinó cuadro clínico de 24 horas de evolución por proctorragia posterior a la defecación con un examen físico de tacto rectal con presencia de fisura anal de 3 mm hora 3 sin estigma de sangrado al tacto rectal dedil, materia fecal amarilla sin sangre; especialista asoció el cuadro a la patología e indicó alta con medidas de cuidado. (Ver anexo 12)

Así también, cirugía general revaloró el estado físico de la paciente con signos vitales de P/A 112/68 mmHg, Fc 145 latidos por minuto, Fr 28 respiraciones por minuto, T° 37.5 °C y saturación de oxígeno 89% al ambiente, donde se encontró pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, cabeza normocefálica, cuello sin adenopatías, mucosas humedad, campos pulmonares murmullo vesicular disminuido y crepitantes y roncus en ambos campos pulmonares, a nivel cardiaco no se auscultaron soplos, latidos rítmicos, tórax simétrico, abdomen depresible no doloroso a la palpación profunda, extremidades superiores con presencia de heridas con tejido de granulación, extremidades inferiores con heridas de aspecto positivo en la evolución sin presencia de tejido necrótico y a nivel sacro presencia de úlceras de presión grado IV, sin edematización. (Ver anexo 13)

Luego fue valorada por medicina interna tras indicación por cirugía general, identificando como diagnósticos úlceras por presión grado IV + secuela neurológica + neumonía. Se evidenció distrés respiratorio, hipertermia y familiar refirió presencia de tos no expectorativa, ante lo cual se valoraron los siguientes signos

vitales: P/A 117/71 mmHg, Fc 139 latidos por minuto, Fr 24 respiraciones por minuto, T° 38.2 °C, saturación de oxígeno 87% al ambiente, por lo que se colocó cánula nasal de 2 a 3 litros, logrando una oxigenación del 99% (Ver anexo 14). A consecuencia de aquello, agregaron levofloxacino 500 mg IV cada día, bromuro de Ipratropio 1ml + 2ml cloruro de sodio 0.9% (nebulizar cada 8 horas), aspiración de secreciones cada 6 horas y por razones necesarias.

Al día siguiente recibió la valoración del Nutricionista, quién valoró medidas antropométricas estimadas por altura talón, rodilla y circunferencia braquial YB de pantorrilla en el que la paciente tuvo un peso de 18,07 kg, talla de 144,62 cm y un IMC de 8,72 kg/m² clasificándola en un estado de desnutrición severa, resaltando una mejoría respecto a su estado inicial al ingreso a hospitalización. Por ende, sugirió mantener la alimentación por SNG con dieta hiperproteica + fórmula enteral polimérica, y la necesidad de colocar un botón gástrico de alimentación debido a la larga estancia de la paciente en condiciones sin deglución. (Ver anexo 15)

Transcurrido un mes de hospitalización, sin cambios neurológicos y sin mala mecánica ventilatoria, fue valorada por el especialista de medicina interna y cirugía general quienes indicaron el alta médica. De acuerdo con los últimos resultados reportados de laboratorio se evidenció una notable mejoría con hemoglobina de 13.10 g/dl, leucocitos 13.43 x 10³/μL, neutrófilos 84.6 %, linfocitos 7 %, hematíes 4.65 mm³/μL y hematocrito 39.6 % (Ver anexo 16). Egresó hemodinámicamente estable con signos vitales de P/A 112/69 mmHg, FC 100 latidos por minuto, FR 23 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 99% al ambiente y T 36.6 °C; se brindó indicaciones generales al familiar para el cuidado en el hogar, donde se mencionó lo siguiente: curaciones diarias de herida en proceso de granulación, cambio de sonda nasogástrica y sonda vesical cada 15 días, mejorar estado nutricional con recomendación de nutricionista, terapia respiratoria, fisioterapia y seguimiento de control por primer nivel de atención. (Ver anexo 17)

3.2 Valoración Integral de enfermería

La valoración integral de enfermería se realizó en el área de hospitalización / sala de mujeres de Medicina Interna, en donde se emplearon instrumentos como los patrones funcionales de Marjory Gordon (Ver anexo 18), escala de Norton e índice

de Barthel, en el que se realizó un enfoque exhaustivo para la comprensión del estado de salud de la paciente, dando como resultado lo siguiente:

En cuanto al patrón percepción – manejo de la salud, por medio de una entrevista con el padre de la paciente manifestó que la causa de su condición actual fue un accidente que ocurrió en el año 2021 por una descarga eléctrica de alto voltaje que la llevó de inmediato a requerir atención médica dejándola en un estado de afasia y cuadriplejía, también mencionó que no tenía alergias y recibió todas las vacunas en su niñez. Adicional a eso, refirió que no iban a consultas médicas de control por la difícil movilización de la paciente y que tampoco le hacían visitas domiciliarias, por lo que había buscado por su propia cuenta a un fisioterapeuta para que le ayuden en la terapia física de la paciente una vez por semana.

Con respecto al patrón nutricional - metabólico, paciente con facies semi pálidas, piel semi hidratada, mucosas orales semi húmedas, con llagas en labios y caries. Sus medidas antropométricas fueron peso 16 kg, talla 158 cm, con un IMC 6.4 kg/mt² encontrándose con una desnutrición severa según la clasificación del estado nutricional; durante su estancia hospitalaria recibía suplementos como Diben, Ensure advance por vía oral una o dos veces al día, con dieta hiperproteica hipercalórica licuada por SNG tres veces al día (desayuno 07h30, almuerzo 12h00 y merienda 18h00). Sin embargo, padre manifestó que la paciente frecuentemente tenía inapetencia y que había momentos que se quejaba durante la alimentación lo cual interpretaba como dolor y lo motivaba a que lo suspenda.

Además, se evaluó el riesgo a desarrollar próximas UPP, en lo cual la escala de Norton dio un puntaje de 6 representando un riesgo muy alto (Ver anexo 19). Se evidenció alteraciones en la piel como cicatrización por gastrostomía y traqueotomía de hace 1 año con cierre espontaneo, UPP con necrosis infectadas a nivel de región sacro coxígea, extremidades inferiores a nivel de maléolo externo izquierdo y derecho, extremidades superiores en región lateral de codo izquierdo y derecho, y en región interdigital entre el primer y segundo dedo, apófisis espinosa a nivel de omoplato derecho, sin edema en cuerpo.

Por otra parte, en el patrón eliminación la paciente mantenía un olor corporal fuerte y acre, similar al amoníaco por la falta de cuidado. Realizaba de 2 a 3 deposiciones

al día en pañal, heces blandas en poca cantidad de color café claro; diuresis presente por medio de sonda vesical permeable.

En el patrón actividad – ejercicio, sus signos vitales fueron de P/A 115/81 mmHg, Fc 78 latidos por minuto, Fr 20 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno 95% al ambiente ameritando posteriormente la colocación de cánula de oxígeno por desaturación que llegaba al 87%, con disnea y tos productiva sin expectoración; con limitación completa para la movilidad en calidad de postración, debido a su condición no le realizaban cambios posturales por la rigidez que presentaba en su cuerpo y el tono muscular disminuido. Adicionalmente, como herramienta complementaria de enfermería se evaluó su grado de dependencia en actividades cotidianas con el instrumento Índice de Barthel, donde se obtuvo como resultado un puntaje de 15/100 traducido en un nivel total de dependencia ya que por su condición no podía realizar ningún tipo de movimiento. (Ver anexo 20)

Así mismo en el patrón sueño – descanso, la paciente dormía casi toda la noche, en el día dormía poco y pasaba el mayor tiempo del día con quejas. De la misma forma en el patrón cognitivo – perceptual, paciente despierta, respondía a estímulos con sonidos incomprensibles y tenía discapacidad intelectual, motora y del lenguaje, en el que se valoró su nivel de consciencia dando una puntuación de 7/15 en la escala de Glasgow; se mantenía álgica y lábil al manejo, especialmente durante los procedimientos como curación de heridas y alimentación. Con respecto a su dolor se valoró con una escala facial de Wong - Baker, con calificación de 6 en el que se describió como un dolor moderado ante eventos específicos (Ver anexo 21). Respecto al patrón autopercepción – autoconcepto, la paciente por su discapacidad no podía hablar por el cual no se pudo valorar.

Dentro del patrón rol - relaciones, vivía con el padre, hermano e hijo, en donde la madre se separó hace algunos años; la paciente mantenía unión libre con el padre de su hijo antes de tener dicho accidente, posterior a eso su pareja la abandonó. Sin embargo, el padre fue la persona que se hizo cargo del cuidado de ella al igual que la madre, trataban los dos como padres de turnarse para mantenerla limpia, alimentándola en las horas adecuadas y ayudaban en el cuidado de su hija con la enfermera en su estadía hospitalaria.

Con relación al patrón sexualidad y reproducción, su menarquia fue a los 9 años de edad y su primer y único embarazo fue en el 2020 sin presentar abortos; en el 2021 tuvo el accidente de la descarga eléctrica que por la gravedad de la situación presentó amenorrea desde ese año hasta la actualidad a consecuencia de las secuelas y no presentaba actividad sexual activa. En el patrón adaptación tolerancia al estrés, la paciente mediante sus facies expresaba tristeza, aunque en momentos se mantenía tranquila. Finalmente, en el patrón valores y creencias, padres refirieron que todos eran católicos, que confiaban en Dios y mantenían esa fe de que su hija mejorará en su calidad de vida.

3.3 Plan de cuidados de enfermería

Al haber realizado una valoración integral de enfermería por medio de los patrones funcionales de Marjory Gordon, se identificaron varios diagnósticos de enfermería debido a que existían patrones alterados que requerían de intervenciones específicas.

Por lo cual, en el presente estudio de caso se utilizaron las taxonomías NANDA, NOC Y NIC para estructurar los planes de cuidado de enfermería enfocados en mejorar la lesión por presión en adultos que se encontraba relacionado con piel seca, disminución de la movilidad física, deshidratación, desnutrición proteico-energética y superficie de la piel alterada manifestada por eritema, área localizada de color púrpura, dolor en los puntos de presión, úlcera está cubierta por una escara (ver tabla 1), de la misma forma se propuso intervenciones ante una nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales relacionado con debilitamiento de los músculos necesarios para la masticación manifestado por peso corporal por debajo del rango de peso ideal para la edad y el sexo, hipotonía muscular (ver tabla 2), además se sugirieron cuidados sobre la movilidad física deteriorada relacionado con disfunción cognitiva, masa muscular insuficiente, rigidez de las articulaciones manifestado por la disminución de la motricidad fina y gruesa, disminución del rango de movimiento (ver tabla 3). Por último, se incluyó el diagnóstico enfermero sobre el despeje ineficaz de las vías respiratorias relacionando con secreciones retenidas manifestándose con sonidos respiratorios adventicios (estertores), ritmo respiratorio alterado. (ver tabla 4)

Tabla 1.

Primer plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)				
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana	
Dominio 11. Seguridad/Protección Clase. 1. Lesión física 00312 Lesión por presión en adultos r/c piel seca, disminución de la movilidad física, deshidratación, desnutrición proteico-energética, superficie de la piel alterada m/p eritema, área localizada de color púrpura, dolor en los puntos de presión, la úlcera está cubierta por una escara.	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Integridad tisular (L) 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	110101 Temperatura de la piel	1. Gravemente comprometido	Mantener en: 3	
		110104 Hidratación	2. Sustancialmente comprometido	Aumentar a: 4	
			3. Moderadamente comprometido	Mantener en: 2	
			4. Levemente comprometido	Aumentar a: 3	
			5. No comprometido		
		110106 Transpiración		Mantener en: 2	Aumentar a: 3
		110103 Integridad de la piel		Mantener en: 1	Aumentar a: 2
		110115 Lesiones cutáneas	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener en: 2	Aumentar a: 3
		110121 Eritema		Mantener en: 2	Aumentar a: 3
110123 Necrosis		Mantener en: 1	Aumentar a: 2		
Dominio: Salud percibida (V)	210127 Incomodidad	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve	Mantener en: 3	Aumentar a: 4	

Clase: Sintomatología (V)	5. Ninguno	Mantener en: 3
2101 Dolor: efectos nocivos	210113 Fascias de dolor	Aumentar a: 5

Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Dominio 2: Fisiológico: complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática	Clase L: Control de la piel/heridas Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos
---	---

3520 Cuidados de las úlceras por presión

- Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante.
- Limpiar alrededor de la úlcera con jabón clorhexidina, solución salina al 0,9% o prontosan.
- Desbridar la úlcera con la solución no toxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro.
- Aplicar pomadas, como sulfadiazina de plata, según corresponda.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.
- Cambiar de posición cada 1 – 2 horas para evitar la presión prolongada.
- Utilizar camas y colchones anti escaras, según corresponda.
- Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda,
- Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.

3590 Vigilancia de la piel

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Vigilar el color y temperatura de la piel.
- Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y perdida de integridad en la piel y las mucosas.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Observar si hay zonas de presión y fricción.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón anti escaras, horario de cambios posturales).
- Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Ayudar con las medidas de higiene.
- Aplicar medidas profilácticas anti embólicas.

Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Dominio 2: Fisiológico: Complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática	Clase H: Control de fármacos Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos
---	---

2210 Administración de analgésicos

- Monitorizar el dolor de los pacientes con alteraciones de comunicación (p. ej., niños, ancianos, con alteraciones cognoscitivas, psicóticos, enfermos críticos, que no hablen el idioma del país, demencia).
 - Determinar el nivel actual de comodidad y el nivel de comodidad deseado de la paciente utilizando una escala de medición del dolor apropiado.
 - Comprobar las ordenes medicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
-

- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de analgesia, especialmente con el dolor intenso, según corresponda.

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 2.

Segundo plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 2. Nutrición Clase. 1. Ingestión 00002 Nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales r/c debilitamiento de los músculos necesarios para la masticación m/p peso corporal por debajo del rango de peso ideal para la edad y el sexo, hipotonía muscular.	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Digestión y nutrición (K) 1004 Estado nutricional	100401 Ingesta de nutrientes	1. Desviación grave del rango normal	Mantener en: 1 Aumentar a: 3
		100405 Relación peso/talla	2. Desviación sustancial del rango normal	Mantener en: 1 Aumentar a: 3
	1005 Estado nutricional: determinaciones bioquímicas	100411 Hidratación	3. Desviación moderada del rango normal	Mantener en: 1 Aumentar a: 3
		100503 Hematocrito	4. Desviación leve del rango normal	Mantener en: 1 Aumentar a: 3
		100504 Hemoglobina	5. Sin desviación del rango normal	Mantener en: 1 Aumentar a: 3

Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Dominio 1: Fisiológico: básico Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	Clase D: Apoyo nutricional Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional.
--	---

1056 Alimentación enteral por sonda

- Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45° durante la alimentación.
- Al finalizar la alimentación esperar de 30 a 60 minutos antes de colocar al paciente con la cabeza en posición declive.
- Parar la alimentación por sonda 1 hora antes de realizar algún procedimiento o traslado si el paciente se ha de colocar en una posición con la cabeza a menos de 30°.
- Irrigar la sonda cada 4 – 6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente.
- Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación.
- Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos.
- Lavar la piel alrededor de la zona de contacto del dispositivo diariamente con jabón suave y secar completamente.

- Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4 – 8 horas, según proceda.
- Controlar el estado hidroelectrolítico
- Observar si hay signos de edema o deshidratación
- Controlar ingesta/excreción de líquidos
- Comprobar si la ingesta de calorías, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales es adecuada (o remitir al dietista) dos veces por semana, disminuyendo hasta una vez al mes
- Preparar al individuo y a la familia para la alimentación por sonda en casa, según corresponde.
- Controlar el peso como mínimo tres veces por semana, según sea conveniente por la edad.

Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Dominio 1: Fisiológico: básico	Clase D: Apoyo nutricional
Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional.

4030 Administración de hemoderivados

- Verificar las órdenes del médico.
 - Obtener o comprobar el consentimiento informado del paciente.
 - Verificar que el hemoderivado se ha preparado y clasificado, que se ha determinado el grupo y que se han realizado las pruebas cruzadas (si corresponde) para el receptor.
 - Verificar que sea correcto el paciente, el grupo sanguíneo, el grupo Rh, el número de unidad y la fecha de caducidad, y registrar según el protocolo del centro.
 - Enseñar al paciente y familiar los signos y síntomas de una reacción transfusional (prurito, mareo, disnea y dolor torácico).
 - Acoplar el sistema de administración con el filtro adecuado para el hemoderivado y el estado inmunitario del receptor.
 - Preparar una bomba IV aprobada para la administración del hemoderivado, si se indica.
 - Monitorizar el sitio de punción IV para ver si hay signos de infiltración, flebitis e infección local.
 - Monitorizar los signos vitales (antes, durante y después de la transfusión).
 - Administrar solución salina cuando la transfusión haya terminado.
 - Registrar la duración de la transfusión.
 - Registrar el volumen transfundido.
 - Detener la transfusión si se producen reacciones sanguíneas y mantener las vías permeables con solución salina.
-

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 3.

Tercer plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dominio 4. Actividad/reposo Clase. 2 Actividad/ejercicio	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
00085 Movilidad física deteriorada r/c disfunción cognitiva, masa muscular insuficiente, rigidez de las articulaciones m/p disminución de la motricidad fina y gruesa, disminución del rango de movimiento.	Dominio: Salud funcional (I) Clase: Movilidad (C)	020415 Articulaciones contraídas	1. Gravemente comprometido	Mantener en: 1 Aumentar a: 2
	0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	020411 Fuerza muscular	2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido	Mantener en: 1 Aumentar a: 2
		020412 Tono muscular	4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Mantener en: 1 Aumentar a: 2
		020414 Movimiento articular		Mantener en: 1 Aumentar a: 2
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 1: Fisiológico: básico Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	Clase A: Control de actividad y ejercicio Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía.			
0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular				
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función. - Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. - Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular. - Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios articulares. - Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad. - Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones. - Proteger al paciente de traumatismos durante el ejercicio. - Fomentar la realización de ejercicios de rango de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado. - Realizar ejercicios pasivos o asistidos de rango movimiento, si está indicado. - Enseñar al paciente/familia a realizar de forma sistemática los ejercicios pasivos o activos o de amplitud de movimiento. - Ayudar en el movimiento articular y rítmico dentro de los límites del dolor, resistencia y movilidad articulares. 				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 4.

Cuarto plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 11. Seguridad/Protección Clase 2. Lesión física	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Cardiopulmonar (E)	041502 Ritmo respiratorio	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal	Mantener en: 3 Aumentar a: 4
00031. Despeje ineficaz de las vías respiratorias r/c secreciones retenidas m/p sonidos respiratorios adventicios (estertores), ritmo respiratorio alterado	0415 Estado respiratorio	041508 Saturación de oxígeno	3. Desviación moderada del rango normal	Mantener en: 2 Aumentar a: 4
		041515 Disnea de pequeños esfuerzos	4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal	Mantener en: 2 Aumentar a: 4
		041531 Tos	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en: 3 Aumentar a: 4
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 2: Fisiológico: complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática.	Clase K: Control respiratorio. Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.			
3140 Manejo de la vía aérea				
<ul style="list-style-type: none"> - Controlar signos vitales, monitorizar el nivel de oxigenación. - Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión. - Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación. - Administrar tratamientos con nebulizador, según corresponda. - Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. 				
3320 Oxigenoterapia				
<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda. - Administrar oxígeno suplementado según órdenes. - Vigilar el flujo de litros de oxígeno. - Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. - Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsímetro). - Comprobar la capacidad de la paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno cuando come. - Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno. 				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

En la investigación de Rodríguez (8), las descargas eléctricas representan una forma de agresión poco común, pero con un alto potencial de provocar daño multisistémico severo, lo que conlleva una elevada morbilidad y mortalidad. Se estima que causan entre 0,5 y 2,5 fallecimientos por cada 100.000 habitantes al año, y en Estados Unidos, aproximadamente 1.000 muertes anuales. No obstante, la corriente de baja tensión suele desplazarse a través de tejidos con menor resistencia, como los vasos sanguíneos y las estructuras del sistema nervioso central (SNC). Las personas que sufren una descarga eléctrica pueden experimentar manifestaciones neurológicas, entre ellas, desorientación, cefalea y diversos déficits como ceguera, sordera, afasia o parálisis temporales.

En relación con la siguiente investigación, la TCE de la paciente se originó por una descarga eléctrica de alto voltaje mientras se encontraba realizando sus actividades diarias en el hogar, en el que padeció varias manifestaciones tanto intelectuales como motoras. Además, como recurso complementario en el área de enfermería, se valoró el nivel de dependencia en las actividades diarias mediante el Índice de Barthel en la que arrojó un puntaje de 15/100, lo que indicó una dependencia total; ya que, debido a su estado, la paciente no tenía la capacidad de realizar ningún movimiento.

Al comparar los datos que se obtuvieron con la historia clínica de la paciente, en el que presentaba movilidad física deteriorada, desnutrición y UPP coinciden con el análisis de Vázquez (9) y Alcón et al. (10), ellos identificaron de igual forma que factores como la inmovilidad, desnutrición e incontinencia aumentan el riesgo de desarrollar úlceras en pacientes hospitalizados.

Investigaciones previas como la de Monnet et al. (11) y Moldes et al. (12), enfatizan la necesidad de un abordaje integral e implementación de planes de cuidados individualizados para una mejora significativa en los resultados clínicos de pacientes con TCE. De tal manera en este estudio la información recolectada fue de gran ayuda para iniciar análisis detallados que describen la evolución clínica de la paciente permitiendo así que se puedan identificar los patrones alterados y las

complicaciones que se presentaron durante su estadía hospitalaria, para planificar las intervenciones necesarias a sus necesidades.

La nutrición, la que se convirtió en uno de los enfoques, fue priorizada por García de Lorenzo et al., mencionaron que la nutrición juega un papel crucial en la recuperación de los pacientes con TCE, por lo que recomiendan el inicio de la nutrición enteral temprana para reducir la pérdida de masa muscular y favorecer la cicatrización de lesiones en el cuerpo (13). Es por eso, que la paciente en relación con su peso/talla tenía una desnutrición severa por lo que se sugirieron cuidados para la alimentación enteral mediante SNG con una dieta hiperproteica hipercalórica.

En cuanto a la prevención de las úlceras por presión, Sorando et al., destacaron la importancia de la redistribución de la presión y la movilización frecuente como unas de las estrategias más eficaces para evitar UPP o próximas a desarrollarse (6). Por lo tanto, se recomendaron planes en la vigilancia de la piel y terapia de ejercicios de movilidad articular, ya que la paciente presentaba rigidez generalizada y era totalmente dependiente de terceros. Asimismo, se realizó una valoración del riesgo de desarrollar futuras úlceras por presión, utilizando la escala de Norton dando un puntaje de 6, lo que reflejaba un nivel de riesgo muy alto.

Según Huayta (14), la incapacidad para ingerir alimentos junto con las alteraciones en el Sistema Nervioso Central impacta directamente en el estado de nutrición e hidratación del paciente. Esta situación propicia la formación de UPP, lo que conlleva un mayor riesgo de lesiones en la piel y tejidos subyacentes. De manera que, la condición del individuo se agrava, afectando su recuperación y comprometiendo aún más su bienestar general. Dada la situación, es por eso que se planteó planes de cuidado tanto en la nutrición, lesión por presión y la movilidad física deteriorada, esperando haya una buena evolución en su condición de vida.

Cabe recalcar, que el manejo del TCE también involucra cuidados con respecto a intervenciones físicas, cobrando relevancia debido al impacto significativo que presenta el TCE en la calidad de vida de los pacientes quienes enfrentan complicaciones físicas.

Rodríguez et. al (15), destacaron que la importancia de la terapia física en el tratamiento de pacientes con secuelas de TCE no debe ser minimizada, ya que esta intervención juega un papel crucial en la mejora de la calidad de vida y en el fomento de la autonomía. Apegándose a esta misma premisa, Guttmann enfatizó que la rehabilitación en pacientes un TCE debe ser completa y continua, para poder tener resultados ya sea a corto o largo plazo (16).

De acuerdo con lo que menciona Corona et al., los factores que incrementan el riesgo de padecer neumonía en contextos clínicos y sociales, incluyen el estilo de vida sedentario, la dificultad para deglutir, el estado de desnutrición, la permanencia en instituciones de cuidado, el reposo prolongado en cama y la presencia de enfermedades crónicas que van siendo acumulativas con la edad (17). De tal manera que la paciente por los factores mencionados de dicho autor desencadenó una infección de neumonía bacteriana intrahospitalaria por causa de encamamiento, tos no expectorativa, saturación baja y otros; por el cual se sugirió intervenciones de cuidado como manejo de la vía aérea y oxigenoterapia.

Este caso clínico estableció recomendaciones enfocadas en intervenciones de enfermería basadas en evidencia para el manejo efectivo del TCE y que esto no solo se enfatice en los cuidados de administración de medicamentos, sino que también en los cuidados personalizados como nutrición adecuada, vigilancia de la piel y UPP, rehabilitación física y manejo de la vía aérea para lograr una mejoría en la calidad de vida de la paciente.

5. CONCLUSIONES

- Se identificaron varios factores que influyeron en la evolución de la paciente, los cuales incluyeron déficit cognitivo/intelectual, problemas motores, desnutrición severa y UPP, mismos que tuvieron un gran impacto en la calidad de vida de la paciente contribuyendo a una estancia hospitalaria prolongada y dificultad en su capacidad de recuperación.
- Se analizaron los principales problemas de la paciente con traumatismo intracraneal por medio de los patrones funcionales de Marjory Gordon, por lo cual se priorizó según sus necesidades el patrón nutricional – metabólico, patrón actividad – ejercicio y patrón el cognitivo – perceptual. Adicionalmente, se utilizó la escala de Norton con un puntaje de 6 representando un riesgo muy alto a desarrollar próximas UPP, el índice de Barthel el cual obtuvo un puntaje de 15/100 revelando un nivel alto de dependencia en sus actividades diarias y con respecto al dolor se valoró con la escala facial de Wong - Baker, con calificación de 6 representando dolor moderado ante eventos específicos.
- Se propusieron cuatro planes de cuidados de enfermería en base a la taxonomía NANDA, NOC y NIC; reconociendo las necesidades individuales de la paciente en el que se establecieron estrategias enfocadas en la lesión por presión en adultos mediante curaciones de las heridas, control del dolor y vigilancia de la piel; nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales a través del inicio temprano de la alimentación enteral y administración de hemoderivados para el manejo de la anemia; movilidad física deteriorada fortaleciendo la fisioterapia; y por último el diagnóstico enfermero despeje ineficaz de las vías respiratorias con actividades como la oxigenoterapia y aspiración de secreciones.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Paredes Zambrano KA, Cedeño Veintimilla MS, De Los Ríos Tomalá PG, Vaca Morla FA. Factores de riesgo y complicaciones del traumatismo craneoencefalico en adulto joven. Recimundo. 2020 Enero 31; 4(1): p. 142-151.
2. Borja Santillan MA, Plúas Cobo KJ, Vintimilla Herrera BP, Rodriguez Orellana GG. Traumatismo craneoencefalico y complicaciones en accidentes moticiclisticos con y sin casco Hospital León Becerra Milagro 2018-2020. ReciMundo. 2021 Noviembre 29; 5: p. 17-30.
3. Lovett Acha BP. Universidad Nacional del Callao. [Online].; 2019 [cited 2025. Available from: https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4096/LOVETT%20ACHA_TRABAJACAD_2019%20%28CORREGIDO%29.pdf?sequence=4&isAllowed=y.
4. Orellana Cada AB. Dspace. [Online]. Cuenca: Universidad del Azuay; 2024 [cited 2025. Available from: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/14458/1/20038.pdf>.
5. Charry J, Cáceres J, Salazar A, López L, Solano J. Trauma craneoencefálico. Revisión de la literatura. Revista Chilena de Neurocirugía. 2019 Septiembre 05; 32(2): p. 177 - 182.
6. Sorando EE, García Martínez ML, López A, Duque PB, Juan Huelves. Úlceras por presión en pacientes traumatológicos: prevencion basada en evidencia médica. Revista española de cirugía osteoarticular. 2004 Octubre - diciembre; 39(220): p. 147 - 156.
7. Pano Calleja O. Universidad Autónoma de Guerrero. [Online].; 2021. Available from: <http://ri.uagro.mx/handle/uagro/2508>.
8. Rodriguez Parrilla M, Verdú F. VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LAS LESIONES TRAS DESCARGA ELÉCTRICA EN EL ÁMBITO LABORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO. Gaceta Internacional de Ciencias Forences. 2017 Abril-Junio;(23).

9. Martín Vázquez L. Relación entre la aparición de las úlceras por presión y el estado nutricional de los pacientes. NPunto. 2021 Mayo 04; IV(38).
10. Alcón BB, Ayuda MB, Tolosa NPC, Delgado IR, Miguel MJ, Vicente PT. Caso clínico: plan de cuidados de enfermería paciente con úlceras por presión y desnutrición. Revista sanitaria de investigacion. 2022 Julio.
11. Monnet DDS, García RM, Delgado DHL. Factores pronóstico del trauma craneoencefálico moderado. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2006 Mayo - Junio; 10(3).
12. Moldes M, González M, Paz N. Proceso de atención de enfermería en el traumatismo craneoencefálico severo. Revista Médica Electrónica. 2024 Mayo; 46.
13. García de Lorenzo y Mateos A, Rodríguez Montes J. Traumatismo craneoencefálico y manejo nutricional del paciente neurológico en estado crítico. Nutrición hospitalaria. 2009 Mayo; 2(2): p. 106 - 112.
14. Huayta Mercado SE. CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTE SÍNDROME CONVULSIVO POST TEC, SERVICIO NEUROLOGIA. HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN EWCOBEDO ESSALUD 2020 [Tesis] , editor. [Arequipa - Perú] : Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021.
15. Rodriguez Quenorán J, Ardila Villareal G. Intervención de pacientes con daño cerebral ocasionado por traumatismo craneoencefálico. CE. Boletín Informatico Salud. 2024; XI(2).
16. Guttman I. Institut Guttman. [Online].; 2010. Available from: [https://www.guttman.com/es/especialidad/traumatismo-craneoencefalico#:~:text=Despu%C3%A9s%20del%20traumatismo%20craneoencef%C3%A1lico%3A%20secuelas&text=Trastornos%20a%20nivel%20sensorial%20\(tacto,tono%20muscular%20o%20la%20espasticidad.](https://www.guttman.com/es/especialidad/traumatismo-craneoencefalico#:~:text=Despu%C3%A9s%20del%20traumatismo%20craneoencef%C3%A1lico%3A%20secuelas&text=Trastornos%20a%20nivel%20sensorial%20(tacto,tono%20muscular%20o%20la%20espasticidad.)
17. Corona Martinez L, Gonzalez Morales I, Fragoso Marchante M, Cruz de los Santos H. Factores relacionados con la letalidad en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad hospitalizados. Medisur. 2021 Febrero; 19(1).

7. ANEXOS

Anexo 1. Signos vitales de ingreso

5 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES													
2. CLINICO		ABUELA PATERNA DIABETICA											
2. CLINICO		QUEMADURA POR DESCARGA ELECTRICA											
6 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES													
PRESIÓN ARTERIAL	115/81	F. CARDIACA min	78	F. RESPIRATORIA min	20	TEMP. BUCAL °C		TEMP AXILAR °C	38.40	PESO Kg.	0.00	TALLA m	0.00
GLASGOW	OCULAR (4)	0	VERBAL (5)	0	MOTORA (6)	0	TOTAL (15)	REACCIÓN PUPILAR DER.	REACCIÓN PUPILAR IZQ.	T. LLENADO CAPILAR	0	SATURA OXIGENO	97
REACCIÓN PUPILAR													

Anexo 2. Evaluación médica de ingreso

1. EVOLUCION			
No	FECHA	MEDICO	CODIGO
1	2024-05-22 22:06:38		
NOTA DE GUARDIA:			
<p>NOTA DE EVOLUCIÓN: NOTA DE CIRUGÍA GENERAL PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD, FEMENINA INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN AMBULANCIA, ACOMPAÑADO DE SU FAMILIAR. CON LESIÓN ULCERATIVA SACRA. SEGÚN REFIERE SU ENFERMEDAD COMENZÓ HACER 2 AÑOS POSTERIOR A SUFRIR DESCARGA ELÉCTRICA QUE PRODUJO DAÑO CEREBRAL, DESDE ENTONCES, POSTRADA, CON LESIONES ULCERATIVAS POR PRESIÓN EN REGIÓN SACRA APP: ELECTROCUCIÓN CON DAÑO CEREBRAL CON SECUELAS NEUROLÓGICAS PERMANENTES, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, MOTORA, DEL LENGUAJE, LIMITACIÓN COMPLETA PARA LA MOVILIDAD EN CALIDAD DE POSTRACIÓN, DEPENDENCIA TOTAL DE TERCEROS APQ: GASTROSTOMÍA HACE 1 AÑO, CIERRE DE GASTROSTOMÍA ESPONTÁNEO, TRAQUEOSTOMÍA CON CIERRE ESPONTÁNEO ALERGIA: NO REFIERE APF: DM ABUELA PATERNA EXAMEN FÍSICO OBJETIVO FASIE DESNUTRICIÓN, EMACIACIÓN VISIBLE, DESHIDRATADA SUBJETIVO AFEBRIL, HEMODINAMIA ESTABLE, CANALIZA FLATOS, DIURESIS CONSERVADA CABEZA: ENOFTALMIA MODERADA ORL: MUCOSAS LABIOS SEMIHÚMEDOS CUELLO: CENTRAL, NO SE PALPAN NODULACIONES TÓRAX: SIMÉTRICO, ESCASO O NULO PANÍCULO ADIPOSO Y MUSCULAR, COSTILLAS VISIBLES. CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, NO RUIDOS AGREGADOS ABDOMEN: EXCAVADO, ESCASO COMPONENTE ADIPOSO Y MUSCULAR, RUIDOS HIDROAÉREOS CONSERVADOS, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, PUÑO PERCUSIÓN LUMBAR NEGATIVO EXTREMIDADES: EN FLEXIÓN, RÍGIDAS, ESCASO PANÍCULO ADIPOSO Y MUSCULAR NO EDEMA DE LOS MIEMBROS INFERIORES SNC: ACTITUD EN FLEXIÓN DE SUS EXTREMIDADES, DÉFICIT DEL LENGUAJE, DÉFICIT MOVILIDAD, DEPENDENCIA DE TERCEROS, GLASGOW 13/15 PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS PLAN: EXÁMENES DE LABORATORIO VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA MEDICINA INTERNA NUTRICIONISTA CURACIÓN ELECTROCARDIOGRAMA VALORACIÓN CARDIOLÓGICA PREQUIRÚRGICA</p>			

Anexo 3. Exámenes de laboratorio (22/05/2024)

	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
Serología			
SEROLOGIA:			
VDRL	NO REACTIVO	--	
HIV 1 + 2	NO REACTIVO	--	
Bioquímica			
BIOQUIMICA:			
UREA	31.5	mg/dl	10 - 50
TGO	15.8	UL37G	< 40 IU/L
TGP	20.1	UL37G	< 40 IU/L
Electrolitos			
ELECTROLITOS NA/K/CA/CL			
SODIO..	138.50	mmol/L	135 - 150
POTASIO..	3.99	mmol/L	3.5 - 5
CALCIO..	1.10	mmol/L	1.1 - 1.35
CLORO..	110.60	mmol/L	94 - 110
LL..	0.05	mmol/L	0.03 - 7.35
pH..	7.39	mmol/L	1.5 - 7.45
Hemostasia			
TIEMPOS			
TPT	42.50	Seg.CentSeg	25 - 38
TP	18.7	Seg.CentSeg	10 - 14
RIN	1.70	--	
TIPO DE SANGRE			
GRUPO SANGUINEO	O	--	
FACTOR RH	POSITIVO	--	
Hematología			
HEMOGRAMA:			
LEUCOCITOS	8.64	x 10 ⁹ /uL	4 - 10
BASOFILOS#	0.01	10 ⁹ /uL	
BASOFILOS %	0.2	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	7.36	10 ⁹ /uL	
NEUTROFILOS %	85.2	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.05	10 ⁹ /uL	
EOSINOFILOS %	0.6	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	0.87	10 ⁹ /uL	
LINFOCITOS %	10.0	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.35	10 ⁹ /uL	
MONOCITOS %	4.0	%	HASTA - 12
HEMATIES	1.52	mm ³ /uL	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	4.80	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO	14.6	%	36 - 47
MCV	96.2	fL	80 - 98
MCH	31.6	pg	27 - 32
MCHC	32.9	%	31 - 36
RDW - CV	18.2	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	61.6	fL	
PLAQUETAS	146	mm ³ /uL	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.1	fL	7.4 - 10.4
PDW	8.90	--	
PCT	0.15	--	
P_LCR	25.63	%	
P_LCC	37.00	--	
*ALY%	0.20	%	
*LIC%	0.30	%	
*NRBC%	0.14	%	
*ALY#	0.02	10 ⁹ /L	
*LIC#	0.03	10 ⁹ /L	
*NRBC#	0.01	10 ⁹ /L	

Anexo 4. Diagnóstico

2	2024-05-23 05:24:15	
<p>NOTA DE GUARDIA: FEMENINA DE 22 AÑOS</p> <p>2DO DIA HOSPITALIZACION</p> <p>DX: DESNUTRICION PROTEICO CALORICA ULCERA POR DECUBITO GRADO IV</p> <p>MUSCULO ESQUELETICO S: PACIENTE POCO ABORDABLE O: PACIENTE CON DESNUTRICION PROTEICO CALORICA SEVERA CON DISMINUCION DE LA RESERVA METABOLICA QUE LE CONLLEVA A PRODUCIR MALA CICATRIZACION CON ESCALA ECOG 3 (NO CANDIDATA PARA ESFUERZO TERAPEUTICO) CON ESCALA KARNOSKY MODIFICA 80% (DEPENDIENTE DE 3ERAS PERSONAS) ESCALA DE BARTHEL 20-35 % DEPENDENCIA TOTAL PARA LAS ACTIVIDADES DIARIAS CON LESION ULCERA SACRA GRADO V CON MALA EN LO QUE RESPECTA A LA ESCALA DE BRADEN BERGSTROM CANDIDATA PARA CICATRIZACION CON INJERTO MUSCULO CUTANEO A: PACIENTE CON NECESIDAD DE INJERTO CUTANEO SECUNDARIO A PROCEDIMIENTO DE ESCAROTOMIA PREQUIRURGÍOICA YA QUE LA LESION ES AVANZADA GRAN CANDIDATA PARA NUTRICION ENTERAL PARA INGRESO DE GRANDES APORTE CALORICOS POR SONDA DE NUTRICION ENTERAL A INTERCONSULTA CON MEDICINA INTERNA PARA CALCULAR PORTE DE LIPIDOS DIARIOS CARBOHIDRATOS DIARIOS Y DE PROTIEINAS DIARIAS P: VALORACION POR MEDICIA INTERNA Y NUTRICION -</p>		

4	2024-05-24 07:50:38	
<p>NOTA DE GUARDIA: PACIENTE SEXO FEMENINO DE 22 AÑOS DE EDAD. APP: ELECTROCUCIÓN CON DAÑO CEREBRAL CON SECUELAS NEUROLÓGICAS PERMANENTES, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, MOTORA, DEL LENGUAJE, LIMITACIÓN COMPLETA PARA LA MOVILIDAD EN CALIDAD DE POSTRACIÓN, DEPENDENCIA TOTAL DE TERCEROS. APO: GASTROSTOMÍA HACE 1 AÑO, CIERRE DE GASTROSTOMÍA ESPONTÁNEO, TRAQUEOSTOMÍA CON CIERRE ESPONTÁNEO. ALERGIA: NO REFIERE APF: DM ABUELA PATERNA</p> <p>IDX. ULCERA DECUBITO ETAPA 2 REGION SACRA + ANEMIA NO ESPECIFICADA+ DESNUTRICION CRONICA.</p> <p>S: PACIENTE EN CONDICIONES DE CUIDADO, PRESUMIBLE DE MAL PRONOSTICO CLINICO CURSA LA MAYORIA DE LA GUARDIA SIN COMPAÑIA DE FAMILIARES. FAMILIARES POCO COLABORADORES EN SU MAYORIA AUSENTES. SE REALIZA ORDEN PARA TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS POR PRESENTAR PACIENTE HB 4.8MG/DL. TRANSFUSION QUE NO SE REALIZA POR PRESENTAR TEST DE COOMBS (+) MAS INCOMPATIBILIDAD CON PAQUETE GLOBULAR ORH+.</p> <p>PLAN: VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA MEDICINA INTERNA NUTRICIONISTA</p>		
<p>NOTA DE EVOLUCIÓN:</p> <p>EXAMEN FISICO: PA. 103/60 DC 87XMIN, SAT 94% T36.1 GALSGOW 13/15.</p> <p>FACIE DESNUTRICIÓN, EMACIACIÓN VISIBLE, MUCOSAS SEMIHUMEDAS. CABEZA: ENOFTALMIA MODERADA ORL: MUCOSAS LABIOS SEMIHUMEDOS CUELLO: CENTRAL, NO SE PALPAN NODULACIONES TÓRAX: SIMÉTRICO, ESCASO O NULO PANÍCULO ADIPOSO Y MUSCULAR. COSTILLAS VISIBLES. CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, NO RUIDOS AGREGADOS ABDOMEN: EXCAVADO, ESCASO COMPONENTE ADIPOSO Y MUSCULAR, RUIDOS HIDROAÉREOS CONSERVADOS, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, PUÑO PERCUSIÓN LUMBAR NEGATIVO EXTREMIDADES: EN FLEXIÓN, RÍGIDAS, ESCASO PANÍCULO ADIPOSO Y MUSCULAR NO EDEMA DE LOS MIEMBROS INFERIORES.</p>		

Anexo 5. Tratamiento inicial

4	2024-05-24 01:33:00	<ol style="list-style-type: none"> 1.- CLORURO DE SODIO 0.9% 1.000 84ML IV HORA 2.- CIPROFLOXACINA 200MG IV CADA 12 HORAS (D1) 3.- CLINDAMICINA 600MG IV CADA 8 HORAS (D1) 4.- OMEPRAZOL 40MG IV DÍA 5.- PARACETAMOL 1 GRAMO IV CADA 8 HORAS 6.- ÁCIDO ASCÓRBICO 500MG IV CADA 12 HORAS
5	2024-05-24 02:01:00	<ol style="list-style-type: none"> 7. ERITROPOYETINA 4000 IU SC (V- L- M).

Anexo 6. Nota de evolución por cirugía general 27/05/2024

NOTA DE GUARDIA: FEMENINA DE 22 AÑOS	
DX : DENUTRICION PROTICO CALORICO SEVERA QUEMAURA ELECTRICA CON DAÑO NEUROLIGCO SEVERO ULCERA POR DECUBITO GRADO 4	
AL MOMENTO EN CURACION POR EL SERVICION DE CIRUGIA GENERAL POR LA PARTE DE LA ULCERA SACRA SE LE REALIZO HACE 3 DIAS ESCAROTOMIA CON MAL PROCESO DE CICATRIZACION Y CON MAL PROCESO DE GRANULACION AUN NO SE INICIA ESQUEMA NUTRICION EL PACIENTE JAMAS VA A MEJORAR SI NO SE INICIA ESQUEMA NUTRICIONAL ENTERAL PARA APORTE CALORICO AGRESIVO TRATAMIENTO DEBERIA SER INTEGRAL CON LAS DEMAS ESPECIALIDADES AUNQUE PRESENTA ESCALDE BARTHEL 50% ,CON KARNOSKY MODIFICADO SIN RESERVA FUNCIONAL EN LA CUAL ENTRARIA EN PROGRAMA AMBULATORIO DE CUIDADOS PALIATIVOS PRONOSTICO SOMBRIO CONDICIONES DE VIDA DE CUIDADO	
NOTA DE EVOLUCIÓN:	
EXAMEN FISICO:	
10	2024-05-27 16:31:16
NOTA DE GUARDIA:	
NOTA DE EVOLUCIÓN: DIAGNOSTICO DE ULCERA DECUBITO REGION SACRA + GRADO V, ANEMIA NO ESPECIFICADA+ DESNUTRICION CRONICA, AL MOMENTO EN CONDICION ESTABLE SE HA REALIZADO CURACIONES DE SU LESION POR SERVICIO DE CIRUGIA. PACIENTE MANEJO EXCLUSIVO DE MEDICINA INTERNA POR SUS ANTECEDENTES CLINICOS YA CONOCIDOS. CIRUGIA A CARGO DE REALIZAR CURACIONES CADA DIA.	

Anexo 7. Exámenes de laboratorio (28/05/2024)

	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
Hematología			
HEMOGRAMA:			
LEUCOCITOS	11.13	x 10 ⁹ /uL	4 - 10
BASOFILOS#	0	10 ³ /uL	
BASOFILOS %	0	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	9.65	10 ³ /uL	
NEUTROFILOS %	86.7	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.02	10 ³ /uL	
EOSINOFILOS %	0.2	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	1.16	10 ³ /uL	
LINFOCITOS %	10.4	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.30	10 ³ /uL	
MONOCITOS %	2.7	%	HASTA - 12
HEMATIES	1.64	mm ³ /uL	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	5.30	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO	15.6	%	36 - 47
MCV	95.4	fL	80 - 98
MCH	32.4	pg	27 - 32
MCHC	34.0	%	31 - 36
RDW - CV	17.3	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	57.5	fL	
PLAQUETAS	214	mm ³ /uL	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.0	fL	7.4 - 10.4
PDW	9.40	--	
PCT	0.21	--	
P_LCR	25.72	%	
P_LCC	55.00	--	
*ALY%	0.30	%	
*LIC%	0.50	%	
*NRBC%	0.14	%	
*ALY#	0.03	10 ⁹ /L	
*LIC#	0.05	10 ⁹ /L	
*NRBC#	0.02	10 ⁹ /L	

Anexo 8. Nota de evolución 29/05/2024

EXAMEN FISICO:	
13	2024-05-29 11:38:08
NOTA DE GUARDIA:	
<p>NOTA DE EVOLUCIÓN: NOTA DE CIRUGIA GENERAL PACIENTE FEMENINO DE 22 AÑOS DE EDAD, DH: BVO DIA EN ESTA CASA DE SALUD APP: ELECTROCUCIÓN CON DAÑO CEREBRAL CON SECUELAS NEUROLÓGICAS PERMANENTES; DISCAPACIDAD INTELECTUAL, MOTORA, DEL LENGUAJE, LIMITACIÓN COMPLETA PARA LA MOVILIDAD EN CALIDAD DE POSTRACIÓN, DEPENDENCIA TOTAL DE TERCEROS. APO: GASTROSTOMÍA HACE 1 AÑO, CIERRE DE GASTROSTOMÍA ESPONTÁNEO, TRAQUEOSTOMÍA CON CIERRE ESPONTÁNEO. ALERGIA: NO REFIERE, APF: DM ABUELA PATERNA</p> <p>AL EXAMEN FISICO GENERAL EN ESTADO DE DESNUTRICION CRONICA SEVERA. SE OBSERVAN ULCERAS POR PRESION A NIVEL DE REGION SACROCOXIGEAS, EXTREMIDADES INFERIORES A NIVEL DE MALEOLO EXTERNOS IZQUIERDO Y DERECHO Y EXTREMIDADES SUPERIORES EN REGION LATERAL DE CODO IZQUIERDO Y DERECHO Y EN REGION INTERDIGITAL ENTRE PRIMER Y SEGUNDO DEDO, SE OBSERVA TAMBIEN UPP EN APOFISIS ESPINOZA A NIVEL DE OMOPLATO DERECHO. TODAS LA UPP CON AREAS DE NECROSIS INFECTADAS. SE RELIZA LIMPIEZA Y DEBRIDAMIENTO QUIRURGICO DE AREAS AFECTADAS EN SALA AISLADA DE MUJERES DE MEDICINA INTERNA.</p>	

Anexo 9. Reportes de resultados de laboratorio por medicina interna

<p>EXAMENES DE LABORATORIO 28/05/2024 BIOQUIMICA: GLUCOSA 140.1, UREA 49.4, ACIDO URICO 2.56, TGO 17.6, TGP 26.4 HEMOGRAMA: LEUCOCITOS 13.11, NEUTROFILOS 9.80, LINFOCITOS 2.53, HEMOGLOBINA 12.10, HEMATOCRITO 38.0, MCV 77.3, MCH 24.6, PLAQUETAS 355</p> <p>29/05/2024 BIOQUIMICA: GLUCOSA 59.4, UREA 29.8, TGO: 21.9, TGP: 25.3, TPT: 57.30, TP: 17.1. HEMOGRAMA: LEUCOCITOS 16.05, NEUTROFILOS 87.9, LINFOCITOS 8.2, HEMOGLOBINA 4.10, HEMATOCRITO 12.3, MCV 93.1, MCH 31.0, PLAQUETAS 409.</p> <p>31/05/2024 HEMOGRAMA: LEUCOCITOS 26.25, NEUTROFILOS 24.07, LINFOCITOS 5.7 HEMOGLOBINA 9.00, HEMATOCRITO 25.9, MCV 88.6, MCH 30.9 PLAQUETAS 232</p>

Anexo 10. Exámenes de laboratorio 29/05/2024

	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
Bioquimica			
BIOQUIMICA:			
GLUCOSA	59.4	mg/dl	70 - 115
UREA	29.8	mg/dl	10 - 50
CREATININA		mg/dl	
TGO	21.9	UL37G	< 40 IU/L
TGP	25.3	UL37G	< 40 IU/L
Hemostasia			
TIEMPOS			
TPT	57.30	Seg.CentSeg	25 - 38
TP	17.1	Seg.CentSeg	10 - 14
RIN	1.55	--	

	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
Hematologia			
HEMOGRAMA:			
LEUCOCITOS	16.05	x 10 ⁹ /μL	4 - 10
BASOFILOS#	0.01	10 ³ /μL	
BASOFILOS %	0.1	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	14.11	10 ³ /μL	
NEUTROFILOS %	87.9	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.08	10 ³ /μL	
EOSINOFILOS %	0.5	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	1.32	10 ³ /μL	
LINFOCITOS %	8.2	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.53	10 ³ /μL	
MONOCITOS %	3.3	%	HASTA - 12
HEMATIES	1.32	mm ³ /μL	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	4.10	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO	12.3	%	36 - 47
MCV	93.1	fL	80 - 98
MCH	31.0	pg	27 - 32
MCHC	33.3	%	31 - 36
RDW - CV	**	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	**	fL	
PLAQUETAS	409	mm ³ /μL	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.4	fL	7.4 - 10.4
PDW	7.70	--	
PCT	0.38	--	
P_LCR	21.02	%	
P_LCC	86.00	--	
*ALY%	0.20	%	
*LIC%	0.80	%	
*NRBC%	0	%	
*ALY#	0.03	10 ⁹ /L	
*LIC#	0.12	10 ⁹ /L	
*NRBC#	0	10 ⁹ /L	

2/2/2023

Anexo 11. Exámenes de laboratorio 30/05/2024

	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
Hematología			
HEMOGRAMA:			
LEUCOCITOS	26.25	x 10 ³ /μL	4 - 10
BASOFILOS#	0.01	10 ³ /uL	
BASOFILOS %	0	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	24.07	10 ³ /uL	
NEUTROFILOS %	91.7	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.12	10 ³ /uL	
EOSINOFILOS %	0.5	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	1.49	10 ³ /uL	
LINFOCITOS %	5.7	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.56	10 ³ /uL	
MONOCITOS %	2.1	%	HASTA - 12
HEMATIES	2.92	mm ³ /μL	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	9.00	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO	25.9	%	36 - 47
MCV	88.6	fL	80 - 98
MCH	30.9	pg	27 - 32
MCHC	34.8	%	31 - 36
RDW - CV	16.9	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	50.1	fL	
PLAQUETAS	232	mm ³ /μL	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.5	fL	7.4 - 10.4
PDW	6.80	--	
PCT	0.22	--	
P_LCR	22.90	%	
P_LCC	53.00	--	
*ALY%	0	%	
*LIC%	0.90	%	
*NRBC%	0	%	
*ALY#	0	10 ⁹ /L	
*LIC#	0.19	10 ⁹ /L	
*NRBC#	0	10 ⁹ /L	

Anexo 12. Nota de evolución por Gastroenterología

26	2024-06-06 15:34:28	
NOTA DE GUARDIA:		
<p>NOTA DE EVOLUCIÓN: VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA FEMENINA DE 22 AÑOS, QUE CURSA INTERNACION EN ESTA CASA DE SALUD CON DIAGNOSTICO DE: ULCERAS DE PRESION GRADO IV + SECUELA NEUROLOGICA MOTIVO DE INTERCONSULTA: PROCTORRAGIA REFIERE CUADRO CLINICO DE 24 HORAS DE EVOLUCION POR PROCTORRAGIA POSTERIOR A LA DEFECACION, NO SIGNOS DE DESCOMPENSACION HEMODINAMICA, SOLO POR UNA OCASION HPY DEPOSICION NORMAL. EXAMEN FISICO: ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO MASA, RUIDOS NORMALES, NO EDEMA, PRESENTA ULCERA DE PRESION CONAPOSITOS SECOS, TACTO RECTAL PRESENCIA DE FISURA ANAL DE 3MM HORA 3. EXAMENES DE LABORATORIO 28/05/2024: GLUCOSA 140.1, UREA 49.4, ACIDO URICO 2.56, TGO 17.6, TGP 26.4, LEUCOCITOS 13.11, NEUTROFILOS 9.80, LINFOCITOS 2.53, HEMOGLOBINA 12.10, HEMATOCRITO 38.0, MCV 77.3, MCH 24.6, PLAQUETAS 355 PACIENTE CON ULCERA DE PRESION REALIZA DEPOSICION CON SANGE ROJA RUTILANTE POR DEFECACION VOLUMINOSA, SE REALIZA INSPECCION ANAL PRESENTE A LA MADRE DONDE SE OBSERVA FISURA ANAL HORA 3, SIN ESTIGMA DE SANGRADO TACTO RECTAL DEDIL MATERIA FECAL AMARILLA SIN SANGRE, SE EXPLICA A LA MAMA LA PATOLOGIA POR GASTROENTEROLOGIA ALTA MEDICA MEDIDAS DE CUIDADOS.</p>		

Anexo 13. Nota de evolución por cirugía general 10/06/2024

NOTA DE EVOLUCIÓN: PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD

DH: 19 DIAS EN ESTA CASA DE SALUD

APP: ELECTROCUCIÓN CON DAÑO CEREBRAL CON SECUELAS NEUROLÓGICAS PERMANENTES, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, MOTORA, DEL LENGUAJE, LIMITACIÓN COMPLETA PARA LA MOVILIDAD EN CALIDAD DE POSTRACIÓN, DEPENDENCIA TOTAL DE TERCEROS. APQ: GASTROSTOMÍA HACE 1 AÑO, CIERRE DE GASTROSTOMÍA ESPONTÁNEO, TRAQUEOSTOMÍA CON CIERRE ESPONTÁNEO. ALERGIA: NO REFIERE, APF: DM ABUELA PATERNA

DIAGNOSTICO DE: ULCERAS DE PRESION GRADO IV + SECUELA NEUROLÓGICA.

S: AL PASE DE VISTIA DE HOY 10/06 PACIENTE REFIERE PRESENCIA DE EXPECTORACION TIPO VERDOSA POR LO QUE SE REALIZA INTERCONSULTA A MEDICINA INTERNA, SE REALIZA DESBRIDAMIENTO DE UPP G-IV CON EQUIPO DE CIRUGIA MENOR, SE REVISÁ HEMOSTASIA Y SE COLOCA APOSITOS LIMPIOS.

O: SIGNOS VITALES
TA: 112/68
FC: 145
FR: 28
TRMP: 37.5
SAT: 89

AL EXAMEN FISICO EL PACIENTE SE ENCUENTRA CON PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ. CABEZA NORMOCEFALO, CUELLO SIN ADENOPATIAS NI INGURGITACION, MUCOSAS HUMEDAS, CAMPOS PULMONARES MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO Y CREPITANTES Y RONCUS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, CARDIACO NO SE AUSCULTAN SOPLOS LATIDOS RITMICOS, TORAX SIMETRICO, DIGESTIVO ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA, EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMA.

PLAN: INTERCONSULTA A MEDICINA INTERNA, CURACIONES DIARIAS POR PARTE DE CIRUGIA GENERAL.

Anexo 14. Nota de evolución por medicina interna

NOTA DE EVOLUCIÓN:
NOTA DE MEDICINA INTERNA:

PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD

DH: 20 DIAS EN ESTA CASA DE SALUD

APP: ELECTROCUCIÓN CON DAÑO CEREBRAL CON SECUELAS NEUROLÓGICAS PERMANENTES, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, MOTORA, DEL LENGUAJE, LIMITACIÓN COMPLETA PARA LA MOVILIDAD EN CALIDAD DE POSTRACIÓN, DEPENDENCIA TOTAL DE TERCEROS.
APF: DM ABUELA PATERNA
APQ: GASTROSTOMÍA HACE 1 AÑO, CIERRE DE GASTROSTOMÍA ESPONTÁNEO, TRAQUEOSTOMÍA CON CIERRE ESPONTÁNEO.
ALERGIA: NO REFIERE

DIAGNOSTICO DE: ULCERAS DE PRESION GRADO IV + SECUELA NEUROLÓGICA + NEUMONIA

S: AL PASE DE VISTIA DE HOY 11/06/2024; FAMILIAR REFIERE LA PRESENCIA DE TOS NO EXPECTORATIVA.

O: AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE CON FIEBRE, PIEL Y MUCOSAS SEMIHIDRATADAS, CAMPOS PULMONARES CON ESTERTORES BILATERALES, RUIDO CARDIACOS RITMICOS Y PRESENTES, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO Y LA PALPACION, EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMAS. SE COLOCA CANULA DE O2 A 3 LITROS.

SIGNOS VITALES
TA: 117/71
FC: 139
FR: 22
TRMP: 38.2
SAT: 99 % CON APORTE DE O2 CANULA A 3 LITROS

Anexo 15. Nota de evolución por Nutrición 12/06/2024

40	2024-06-12 15:44:16		
NOTA DE GUARDÍA:			
NOTA DE EVOLUCIÓN: NUTRICION PACIENTE FEMENINO DE 22 AÑOS DE EDAD TETRAPLEJIA, ALIMENTACION POR SNG ANTROPOMETRIA ESTIMADA POR ALTURA TALON RODILLA Y CIRCUNFERENCIA BRAQUIAL Y B DE PANTORRILLA: PESO: 18,07 KG TALLA: 144,62 CM IMC: 8,72 KG/MT2 MEJORIA EN PESO RESPECTO A LA SEMANA PASADA (16KG) SE SUGIERE MANTENER ALIMENTACION POR SNG HIPERPROTEICA + FORMULA ENTERAL POLIMERICA SE SUGIERE BOTON GASTRICO DE ALIMENTACION DEBIDO A LA LARGA ESTANCIA DEL PACIENTE EN CONDICIONES SIN DEGLUCION.			

Anexo 16. Últimos resultados de laboratorio

	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
<u>Hematología</u>			
<u>HEMOGRAMA:</u>			
LEUCOCITOS	13.43	x 10 ⁹ /μL	4 - 10
BASOFILOS#	0.03	10 ³ /μL	
BASOFILOS %	1.3	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	11.38	10 ³ /μL	
NEUTROFILOS %	84.6	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.05	10 ³ /μL	
EOSINOFILOS %	0.4	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	0.94	10 ³ /μL	
LINFOCITOS %	7.0	%	25 - 50
MONOCITOS#	1.05	10 ³ /μL	
MONOCITOS %	7.8	%	HASTA - 12
HEMATIES	4.65	mm ³ /μL	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	13.10	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO	39.6	%	36 - 47
MCV	85.1	fL	80 - 98
MCH	28.2	pg	27 - 32
MCHC	33.1	%	31 - 36
RDW - CV	14.0	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	46.0	fL	
PLAQUETAS	771	mm ³ /μL	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.6	fL	7.4 - 10.4
PDW	16.00	--	
PCT	0.66	--	
P_LCR	18.00	%	
P_LCC	139.00	--	
*NRBC%	0	%	
*LIC#		10 ⁹ /L	

Anexo 17. Egreso de la paciente

NOTA DE EVOLUCIÓN:

PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD APP: SECUELA NEUROLOGICA + NEUMONIA ASOCIADA A LOS CUIDADOS DE LA SALUD + ULCERAS POR PRESION GRADO IV SOBREENFECTADAS + DESNUTRICION PROTEICOALORICA SEVERA.

AL EXAMEN FISICO:

LA PACIENTE SE ENCUENTRA CON PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, MOTORA DEL LENGUAJE, LIMITACION COMPLETA PARA LA MOVILIDAD, DEPENDENCIA TOTAL DE TERCEROS

CABEZA

NORMOCEFALO, CUELLO SIN ADENOPATIAS, MUCOSAS SEMIHUMEDAS, MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO Y CREPITANTES GENERALIZADOS, RONCUS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES LARGA ESTADIA EN SALA X SEPSIS DE PARTES BLANDA + DESNUTRICION SEVERA

TA 112/69 MMHG FC 100LPM FR 23RPM SPO2 99%AA TEMP: 36.6

SIN CAMBIOS NEUROLOGICOS
SIN MALA MECANICA VENTILATORIA

ALTA EN MEDICINA INTERNA

65 2024-06-26 08:13:02

NOTA DE GUARDIA:

NOTA DE EVOLUCIÓN: PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD, CURSANDO 36 DIAS EN ESTA CASA DE SALUD, ANTECEDENTE PATOLOGICO PERSONALES: ELECTROCUCION CON DAÑO CEREBRAL CON SECUELAS NEUROLOGICAS PERMANENTES.

AL EXAMEN FISICO:

LA PACIENTE SE ENCUENTRA CON PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, MOTORA DEL LENGUAJE, LIMITACION COMPLETA PARA LA MOVILIDAD, DEPENDENCIA TOTAL DE TERCEROS
CABEZA NORMOCEFALO, CUELLO SIN ADENOPATIAS, MUCOSAS SEMIHUMEDAS, MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO Y CREPITANTES, RONCUS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES

EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMA.

EXTREMIDADES SUPERIORES: HERIDAS CON TEJIDO DE GRANULACION

EXTREMIDADES INFERIORES: HERIDAS CON BUENA EVOLUCIÓN, NUEVA HERIDA EN TALÓN SIN PRESENCIA DE TEJIDO NECROTICO A NIVEL SACRO, ULCERAS DE PRESIÓN GRADO IV. DE 5CM A 6CM CON TEJIDO DE GRANULACION LIMPIA EN PROCESO DE CURACION. SE SUGIERE COMUNICAR A DISCAPACIDAD ZONAL DE ACUERDO A LOS INFORMES MEDIOS EN ESPECIAL DE NEUROLOGIA PARA DETERMINAR LA POSIBILIDAD LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

PACIENTE SE MANTIENE CON SONDA NASOGASTRICA PARA ALIMENTACION, SONDA VESICAL, HASTA MEJORAR ESTADO NUTRICIONAL PARA PROGRAMACION QUIRURGICA, SE INDICA ALTA MEDICA,

INDICACIONES DE ALTA MEDICA:

CURACIONES DIARIAS DE HERIDA EN PROCESO DE GRANULACION
CAMBIO DE SONDA NASOGASTRICA Y SONDA VESICAL CADA 15 DIAS
MEJORAR ESTADO NUTRICIONAL
SEGUIMIENTO POR MEDICO DE SUBCENTRO DE SALUD

Anexo 18. Entrevista por patrones de Marjory Gordon

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE GORDON			
*Nombre y apellidos: * * * * *		Fecha de nacimiento: * * * *	
Edad: 23		Sexo: Femenino.	
Motivo de ingreso: lesión ulcerativa en región sacra.			
Antecedentes patológicos:			
Antecedentes familiares: Abuela paterna diabética.			
Antecedente quirúrgicas: Gastrotomía y traqueotomía			
Alergias Si () No <input checked="" type="checkbox"/> Alimentos () Medicamentos () Especifique:			
1. PERCEPCIÓN Y MANEJO DE LA SALUD			
Estilo de vida: Bajo. Estado codripléjica, dependiente de terceras personas.			
Conocimiento de su enfermedad: Si () No <input checked="" type="checkbox"/>			
Régimen terapéutico: Si () No <input checked="" type="checkbox"/>			
Automedicación: Si () No <input checked="" type="checkbox"/>			
Manejo de dispositivos y medicamentos para su tratamiento:			
Factores de riesgo o hábitos tóxicos: Viva solo con papá y no habla a veces tiempo para el aseo, cambio de posiciones, alimentación, etc.			
2.- NUTRICIONAL - METABÓLICO			
Peso: 46 kg	Talla: 158 cm	IMC: 6.4	PC: * * * T*: Variaba.
Nutrición: líquida una vez al día un frasco de suplementos como Diben, ensure, etc.			
Apetito: Normal () Aumentado () Disminuido <input checked="" type="checkbox"/> Náuseas () Vómitos () Reflujo ()			
Suplementos nutricionales: Si <input checked="" type="checkbox"/> No () ¿Cuáles?: <u>Diben, ensure</u>			
Sigue algún tipo de dieta: Diabética () Hiposódica () Hipocalórica () Colesterol () Otra <u>Hiperproteica + fórmula enteral.</u>			
Piezas dentarias Completas <input checked="" type="checkbox"/> Incompletas () Prótesis () Caries <input checked="" type="checkbox"/>			
Alimentación por SNG <input checked="" type="checkbox"/> Parenteral ()			
Disfagia Si <input checked="" type="checkbox"/> No () Sólidos () Líquidos () Cantidad diaria _____			
Equilibrio hídrico		Termorregulación:	
Estado de la piel: Deshidratada, exoras		UPP: nivel sacra.	
3.- ELIMINACIÓN			
Intestinal			
Hábitos intestinales:		Número de deposiciones/día: 1 a 2.	
Estreñimiento () Diarrea () Incontinencia () Ostomía ()			
Dolor abdominal () Distensión urinaria ()			
Sistema de ayuda eliminación intestinal Si () No () Dietéticas () Enemas () Laxantes () Otros _____			
Urinario			
Micciones en el día: <u>5-6</u>		Características de la orina: <u>amarilla.</u>	
Incontinencia urinaria () Ocasional () Permanente ()			
Disuria ()		Poliuria ()	
Polaquiuria ()		Eneuresis ()	
Oliguria o anuria ()		Hematuria ()	
Piel y mucosas			
Sudoración Normal () Profusa <input checked="" type="checkbox"/> Escasa ()		Exudado de herida Si <input checked="" type="checkbox"/> No () Dónde? <u>Nivel sacro.</u>	
Drenajes Si () No ()			
Recursos de ayuda utilizados:			
4.- ACTIVIDAD - EJERCICIO			
Pulso: 78	FR: 20	TA: 115/84	P pedio (derecho) (izqdo.)
Actividad física habitual: Sedentarismo <input checked="" type="checkbox"/> Pasea ocasionalmente () Pasea diariamente () Practica algún deporte ()			
Nivel de energía durante el día: Bueno () Regular () Malo <input checked="" type="checkbox"/> Falta o reducción de la energía para tolerar la actividad ()			
Pérdida de fuerza: Brazos () Manos () Piernas <input checked="" type="checkbox"/> Inestabilidad en la marcha ()			
Alteraciones motoras:			
Temblor grueso ()		Temblor fino () Temblor reposo ()	

<p>Temblores intencionales () Estereotipias () Agitación () Acatisia () Distonía aguda () Capacidad funcional para la alimentación: Independiente () Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Capacidad funcional para baño/higiene general: Independiente <input checked="" type="checkbox"/>, Dependiente () Higiene general incorrecta () Oxigenación (problemas respiratorios-cardiovasculares-hematológicos): Ejercicio: No realiza Riesgo de lesión, caídas: <input checked="" type="checkbox"/> Recursos de ayuda utilizados:</p>	<p>Marcha de puntillas () Manierismo () Hiperactividad () Estupor catatónico ()</p>	<p>Tic () Ecopraxia () Inhibición psicomotora () Rigidez <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>5.- SUEÑO - DESCANSO Número de horas de sueño/día: Patrón habitual de sueño: () Diurno () Nocturno () Dificultad para conciliar el sueño () Interrupción del sueño () Desvelo prolongado () Dificultad para despertar () Apnea del sueño () Hipersomnio () Sonambulismo () Pesadillas () Terrores nocturnos Calidad del sueño: Regular Nivel de energía: Bueno () Regular () Malo <input checked="" type="checkbox"/> Recursos de ayuda utilizados:</p>		
<p>6.- COGNITIVO - PERCEPTUAL Estado de conciencia: Orientado Si () No <input checked="" type="checkbox"/> Tiempo () Espacio () Persona () Nivel de conciencia: Alerta () Letárgico () Obnubilado <input checked="" type="checkbox"/> Estuporoso () Comatoso () Capacidades cognitivas: Dolor agudo o crónico: Si <input checked="" type="checkbox"/> No () Localización: _____ Intensidad: _____ Recursos de ayuda utilizados: Medicamentos.</p>		
<p>7.- AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO Miedo/ ansiedad: <input checked="" type="checkbox"/> Imagen corporal: Ajustada a la realidad () Confusa <input checked="" type="checkbox"/> Equivocada () Otra () Especificar _____ Actitud frente a su cuerpo: Aceptación () Rechazo () Ira () Autoevaluación y competencia personal: Positiva () Negativa () Indiferente () Sentimientos frente a autoevaluación personal: Ansiedad () Culpabilidad () Euforia () Impotencia () Inferioridad () Tristeza <input checked="" type="checkbox"/> Otro () Recursos de ayuda utilizados:</p>		
<p>8.- ROL - RELACIONES Comunicación (verbal y no verbal): No habla, tiene disfunción intelectual, motora y del lenguaje. Relaciones y roles sociales: Sentimiento de aislamiento: ¿Cómo vive la familia su enfermedad? Preocupados, tristes Cansancio en el papel de los cuidadores: <input checked="" type="checkbox"/> Recursos de ayuda utilizados: Alentarlos, educación para los cuidadores del paciente.</p>		
<p>9.- SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN Mujer: <input checked="" type="checkbox"/> Período menstrual Normal () No () Si () Regular No tiene. Menarquia Patrón menstrual: Frecuencia Duración FUM Organos genitales: () Dolor () Secreciones anormales: características Mamas: () Normal <input checked="" type="checkbox"/> Asimetría () Retracciones () Secreciones (características) () Masas: Características Producción láctea: <input checked="" type="checkbox"/> No () Si</p>		

Pezones: () Normal Lesiones () Invertido () Sangrado () Exudado (Características)
 Nódulos axilares: No () Si Características
 N° de gestaciones N° de partos (vaginales/cesareas): 1 N° de hijos vivos 1 Abortos 0
 Embarazo: () No Si Complicaciones NO (Embarazo hace años, aproximadamente 3 a 4 años).
 Puerperio: () No () Si Complicaciones
 Menopausia: Fecha
 Fecha última toma de Papanicolau: Resultados:
Varón:
 Genitales: () Secreciones () Hemorragias () Lesiones
 Características:
 Problemas sexuales: ¿Cuál? Motivo:
 Conductas de riesgo: () No () Si ¿Cuál?:
 Utiliza algún método de planificación familiar: () No () Si ¿Cuál? ¿Problemas con el método?

10.- AFRONTAMIENTO - TOLERANCIA AL ESTRÉS
 Estado emocional: triste, estresada, cansada.
 Cambios importantes en los dos últimos años: Si () No ()
 Especifique _____
 Forma de resolver los problemas (ayudas, medicamentos o drogas relajantes):
 Control de la situación: Alto () Medio () Bajo Nulo ()
 Sentimientos asociados: Alegría () Depresión Frustración () Impotencia () Miedo Rabia () Seguridad ()
 Tranquilidad () Otros () Especificar _____
 Recursos de ayuda utilizados

11.- VALORES - CREENCIAS
 ¿La enfermedad/ situación actual, le permiten vivir según sus creencias y valores? Si No ()
 Especifique _____
 Prioridades en salud _____
 Religión Católica.
 Recursos de ayuda utilizados

Anexo 19. Escala de Norton

ESCALA DE NORTON		
CRITERIO	EVALUADO	PUNTUACION
ESTADO FISICO	BUENO	4
	ACEPTABLE	3
	POBRE	2
	MUY MALO	1
ESTADO MENTAL	ALERTA	4
	APATICO	3
	CONFUSO	2
	ESTUPOR	1
ACTIVIDAD	AMBULANTE	4
	CAMINA CON AYUDA	3
	EN SILLA DE RUEDAS	2
	ENCAMADO	1
MOVILIDAD	BUENA	4
	POCO LIMITADA	3
	MUY LIMITADA	2
	INMOVIL	1
INCOTINENCIA	NINGUNA	4
	OCASIONAL	3
	ORINA	2
	DOBLE	1
	Total:	6

PUNTUACIÓN
De 5 a 11, muy alto riesgo
De 12 a 14, riesgo evidente
≥ 15, riesgo mínimo o no riesgo

Anexo 20. Índice de Barthel

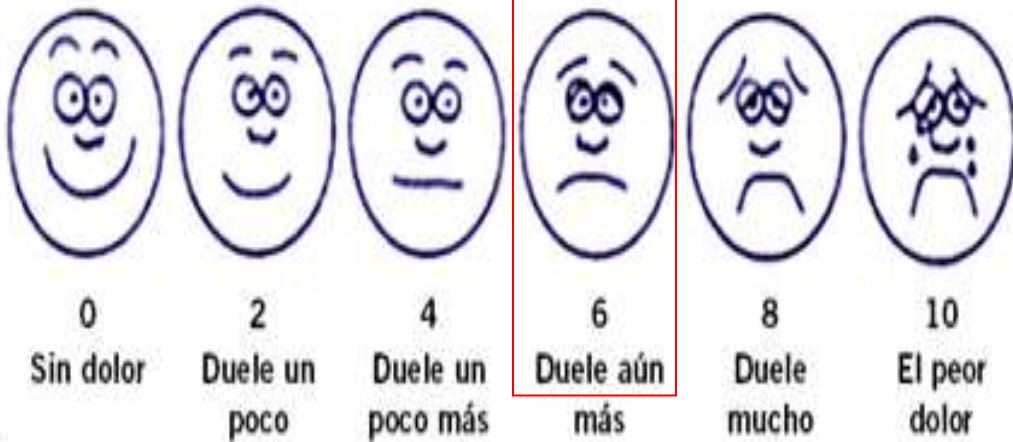
Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc.	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0
TOTAL:		15

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20 – 35	Grave
40 – 55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Anexo 21. Escala facial de Wong - Baker

Escala de caras de Wong-Baker

Escala de caras de Wong-Baker: elija la cara que mejor describe la manera de como se siente.



0: no dolor; 2: dolor leve; 4-6: dolor moderado;
8: dolor intenso; 10: máximo dolor imaginable

Anexo 22. Evidencia fotográfica



Imagen 1. Paciente encamada



Imagen 2. UPP en apófisis espinosa a nivel de omóplato derecho grado I



Imagen 3. UPP en región sacra coxígea grado IV



Imagen 4. UPP a nivel de maléolo izquierdo y derecho del pie grado I