

Proceso de atención de Enfermería en paciente con síndrome de Fournier según el modelo de Marjory Gordon

ANEXOS

TABLA 1. Estudios sobre la Gangrena de Fournier realizados en Ecuador (1980-2017)						
Año publicación	Área de estudio	Período de estudio (años)	N° de casos		Edad promedio (años)	Tasa de mortalidad (%)
			H	M		
2001	Hospital Teodoro Maldonado Carbo, IESS, Guayaquil (16)	1998-2001	21	2	50.78	0.13%
2005	Hospital Regional del IEES, Guayaquil (19)	1980-2004	48	3	49	15.5
2007	Hospital Naval de Guayaquil (17)	1989-2007	22	2	45-50	8.3
2010	Hospital "Luis Vernaza", Guayaquil (18)	2003-2008	55	5	49.33	8.33
2017	Hospital Universitario de Guayaquil (20)	2013-2016	65	35	46-65	No hubo registro de fallecidos

Fuente: Elaboración propia, 2018

TABLA N°2. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DOLOR AGUDO			
DOMINO: 12 Confort		CLASE: 1 Confort físico	PATRÓN: 6 Cognitivo-perceptivo
DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
<p>(00132) Dolor agudo R/C herida quirúrgica M/P informe verbal del dolor localizado en la herida, taquicardia, hipertensión arterial, diaforesis, lesión perineo genital, celulitis en escroto y pene.</p>	<p>Nivel del dolor (2102) Indicadores: 1. Dolor referido 2. Expresiones faciales de dolor 3. Irritabilidad</p>	<p>(6680) Monitorización de los signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda. • Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente. <p>(1400) Manejo del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. • Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, etc.) • Fomentar períodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor. 	<p>Escala: 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p> <p>Indicadores: Mantener a: 1. Moderado (3) 2. Sustancial (2) 3. Moderado (3) 4. Sustancial (2)</p> <p>Mantener en: 10 Aumentar a: 1. Ninguno (5) 2. Moderado (3) 3. Leve (4) 4. Leve (4)</p> <p>Aumentar en: 16</p>

TABLA N°3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA			
DOMINO: 11 Seguridad/Protección		CLASE: 2 Lesión física	PATRÓN: 2 Nutricional-metabólico
DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
<p>(00046) Deterioro de la integridad cutánea R/C lesión tisular M/P edema en pene y escroto, desepitelización de dermis, tejido necrótico, secreción purulenta.</p>	<p>(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p> <p>Indicadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Necrosis <p>(1102) Curación de la herida: por primera intención</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Eritema cutáneo circundante 3. Olor de la herida <p>Severidad de la infección (0703)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Supuración fétida 5. Fiebre 6. Aumento de leucocitos. 	<p>(2300) Administración de medicación Administrar la medicación con la técnica y vías adecuadas.</p> <p>(3660) Cuidados de las heridas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Cuidar el sitio de incisión, según sea necesario. • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. • Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida. <p>(3440) Cuidados del sitio de incisión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. • Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica adecuada. <p>(1750) Cuidados perineales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener el perineo seco. <p>(3590) Vigilancia de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el color y la temperatura de la piel. • Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel 	<p>Escalas:</p> <p>A. Desde Grave (1) hasta Ninguno (5)</p> <p>B. Desde Extenso (1) hasta Ninguno (5).</p> <p>Indicadores: Mantener a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave (1) 2. Sustancial (2) 3. Sustancial (2) 4. Sustancial (2) 5. Sustancial (2) 6. Grave (1) <p>Mantener en: 10 Aumentar a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Moderado (3) 2. Moderado (3) 3. Moderado (3) 4. Leve (4) 5. Moderado (3) 6. Moderado (3) <p>Aumentar en: 19</p>

TABLA N°4. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DETERIORO DE LA DEAMBULACIÓN			
DOMINO: 4 Actividad/Reposo		CLASE: 2 Actividad/Ejercicio	PATRÓN: 4 Actividad-ejercicio
DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
(00088) Deterioro de la ambulación R/C Gangrena de Fournier M/P limitación en la amplitud de movimientos	(0208) <u>Movilidad</u> Indicadores: 1. Ambulación 2. Se mueve con facilidad	<p>(0740) Cuidados del paciente encamado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar las razones del reposo en cama • Cambiar de posición al paciente, según lo indique el estado de la piel. <p>(6490) Prevención de caídas Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.</p> <p>(0221) Terapia de ejercicios: ambulación Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.</p> <p>(1800) Ayuda con el autocuidado Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.</p>	<p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido <p>Indicadores:</p> <p>Mantener a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sustancialmente comprometido (2) 2. Sustancialmente comprometido (2) <p>Mantener en: 4</p> <p>Aumentar a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Levemente comprometido (4) 2. Levemente comprometido (4) <p>Aumentar en: 8</p>