

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN Y
TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN EN EL
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS**

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:

LIC. ELIZABETH MERCEDES ROJAS PONCE

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
ADMINISTRACION Y GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ASESOR:

DRA. NANCY GAMBOA KAN

Lima, Perú

2017

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios y a mis padres. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

Elizabeth Mercedes Rojas Ponce

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios por haberme guiado por el camino de la felicidad hasta ahora; en segundo lugar a cada uno de los que son parte de mi familia a mi PADRE Celestino Rojas , mi MADRE Mercedes Ponce, a mi esposo Jesús Fuster, a mis Hijos Alberth, Luis Carlos, Berenice, Joshua; Motivo de mi superación; por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora. Por último y no menos importante a mi asesora Dra. Nancy Gamboa por su dedicación para la culminación de éste trabajo

Elizabeth Mercedes Rojas Ponce

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO	3
ÍNDICE	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	
1.1 Bases teóricas.....	8
1.2 Teoría de enfermería	22
1.3 Antecedentes	27
CAPITULO II: APLICACIÓN DEL PAE – EBE	
2.1 Valoración según dominios	30
2.2 Diagnósticos de Enfermería	35
2.3 Planteamiento de Objetivos y prioridades	37
2.4 Ejecución de las Intervenciones.....	39
2.5 Evaluación de los Resultados	40
CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
3.1 Conclusiones.....	43
3.2 Recomendaciones	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	49

RESUMEN

El presente trabajo académico consiste en la descripción de los cuidados de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión, considerando lo importante y relevante que es el cuidado oportuno a través de un plan.

El cuidado de enfermería de los pacientes hospitalizados generalmente se realiza sin la aplicación ordenada del proceso de enfermería por lo que el presente trabajo permitirá orientar a la enfermera su aplicación desde la valoración, identificación de diagnósticos, planificación, intervención y evaluación de resultados.

El plan de cuidado de enfermería es la evidencia de un trabajo profesional que permite visualizar la autonomía en la toma de las decisiones siendo nuestra competencia el cuidado humano.

En el caso clínico descrito, se aplicó un plan de cuidados que permitió priorizar los diagnósticos, determinar los objetivos, las intervenciones y la evaluación de los resultados, el cual permitirá continuar con las intervenciones de enfermería en los diferentes turnos del día, y durante su estancia hospitalaria.

PALABRAS CLAVE: Úlcera por presión, cuidado, prevención.

ABSTRACT

The present academic work consists of the description of nursing care in the prevention and treatment of pressure ulcers, taking in consideration how important and relevant adequate care is throughout a plan.

The nursing care of hospitalized patients is usually performed without the ordered application of the nursing care process, therefore the objective of this work is to guide the nurse to its application from the assessment, diagnosis identification, planning, intervention and evaluation of results.

A nursing care plan is the evidence of a professional work that allows us to visualize the autonomy in making decisions, being human care our competence.

The clinical case describes the application of a care plan that allowed to prioritize the diagnoses and determine the objectives, interventions and the evaluation of the results reflecting the patient's satisfaction.

KEYWORDS: pressure ulcer, care, prevention

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales problemas con el que se encuentra el personal de enfermería en el desarrollo de sus funciones, es el de las úlceras por presión que representan una condición frecuente de morbilidad en los servicios de medicina en especial en el adulto mayor. Establecer la prevalencia y el nivel de riesgo a través de las escalas de valoración, permite elaborar estrategias preventivas que optimizan calidad del cuidado de enfermería y recursos.

Las úlceras por presión son un importante reto al que nos enfrentamos cada día los profesionales en la práctica asistencial. El tratamiento efectivo de las úlceras por presión implica un trabajo en equipo incluyendo a los cuidadores y/o familiares.

Las úlceras pueden y deben prevenirse con una buena evaluación, utilizando la Escala de Norton, brindando un buen cuidado y atención al paciente. Es importante afianzar roles y responsabilidades de todo el equipo multidisciplinario para disminuir la incidencia de las úlceras por presión, disminuir la prevalencia de éstas es un objetivo de calidad asistencial.

El presente informe de Trabajo Académico consta de tres capítulos: CAPITULO I: Marco Teórico, CAPITULO II: Aplicación del PAE - EBE, CAPITULO III: Conclusiones y Recomendaciones.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 BASES TEÓRICAS

1.1.1.-ULCERAS POR PRESIÓN

Las úlceras por presión son lesiones producidas en la piel y tejidos adyacentes originados por un bloqueo en la irrigación sanguínea y linfática de la región afectada, ocasionada por la compresión prolongada y constante entre dos planos duros uno intrínseco al paciente (el hueso) y otro generalmente extrínseco a él (la cama, el sillón, etc.), lo que provoca una isquemia tisular en la zona comprimida (1)

1.2.2.- ETIOPATOGENIA

Las úlceras pueden aparecer cuando se mantiene una posición determinada por un período de tiempo de dos horas o más. Una presión superior a 20 mmhg entre dos y cuatro horas conduce a la aparición de la úlcera ya que los tejidos blandos están comprimidos entre dos planos, las prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa, esta presión interfiere en el riego sanguíneo, se origina una isquemia de la membrana vascular, lo que produce vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular. En algunas ocasiones se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, las cuales conducen, finalmente, a una necrosis y ulceración. Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios. El tamaño de estas úlceras puede variar desde pequeñas y superficiales a grandes y profundas. Se presentan principalmente en inmobilizados, ya sea en silla de ruedas o encamados. Es importante señalar que el tejido muscular es más sensible a la isquemia que la piel, de manera que los músculos profundos pueden estar necrosados antes que se afecte la piel que los recubre. (2)

1.2.3.-CAUSAS DE LA FORMACIÓN DE ULCERAS POR PRESION

1.- Presión.- Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 6 – 32 mm de Hg. Una presión superior a 32 mm de Hg, ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos.

2.- Fricción.- Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. En los pacientes hospitalizados o encamados, se puede producir fricción al tirar de las sábanas en los cambios de postura, esta acción puede erosionar el estrato córneo, y la piel pierde su función de barrera.

3.-Estiramiento.- Desgarramiento del tejido que puede producirse al “resbalar” el paciente de la cama al estar sentado. Este deslizamiento hace que los tejidos externos se mantengan apegados a las sábanas mientras que los profundos se deslizan hacia abajo. Los tejidos estirados en direcciones opuestas producen estiramiento, obstrucción o desgarro del tejido. (1)

1. 2.4.- LOCALIZACIÓN:

Habitualmente en las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo.. La localización de estas úlceras depende de la posición adoptada por el individuo, así tenemos las áreas de mayor riesgo son:

- Decúbito dorsal: cabeza, omóplato, codo, sacro y talones.
- Decúbito lateral: oreja, acromion, costillas, trocánter, cóndilos y maléolos.
- Decúbito prono: mejillas, acromion, mamas en mujeres, órganos genitales en hombres, rodillas y dedos

1.2.5.- ESTADIOS O GRADOS DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN

Según la evolución de la úlcera, estas se pueden calificar en cuatro grados:

- Grado 1: Zona enrojecida en la piel que no recupera su color normal después de 15 – 20 minutos de aliviar la presión (ejemplo: giro del paciente). La piel está intacta, pero la piel puede permanecer pálida al eliminar la presión.
- Grado 2: Pérdida de la capa superficial de la piel. La úlcera suele ser superficial, con una base rosada y se puede observar tejido blanco o amarillo.
- Grado 3: Úlceras profundas que se extienden a la dermis y tejidos subcutáneos. Suele existir tejido blanco, gris o amarillo en el fondo de la úlcera y el cráter de la úlcera puede presentar un labio o reborde. Es frecuente la secreción purulenta
- Grado 4: Úlceras profundas que se extienden al músculo y al hueso. Estas úlceras tienen mal olor y el tejido es marrón o negro. Es frecuente la secreción purulenta.

1. 2.6.- TRATAMIENTO

El tratamiento de las UPP debe abarcar tres esferas, sin las cuales será imposible la cicatrización de la misma:

a) ESFERA CLÍNICA.- Como siempre en la actividad clínica deberemos de empezar por una historia clínica completa con anamnesis, exploración y valoración completa.

Antecedentes personales, tratamiento actual, grado de incapacidad mental y funcional son factores que van a determinar las posibilidades de curación de la UPP. No podemos olvidar que tanto la aparición como la curación de la UPP será una consecuencia de muchos factores clínicos asociados, por ello estaremos obligados a mejorar la situación clínica global del paciente, del mismo modo, tendremos en cuenta que existen fármacos con gran riesgo de dificultar la curación de la UPP como son los que afectan al SNC, antihipertensivos, diuréticos y corticoides, fármacos todos ellos que deberemos usar con mesura en este tipo de pacientes.

b) ESFERA NUTRICIONAL.- Es esencial para la resolución de la UPP que se mantenga un buen estado nutricional, la UPP en si misma supone un catabolismo importante en el paciente, y si no somos capaces de aportar la suficiente cantidad de calorías y de proteínas estaremos ante balances negativos que en nada favorecerán el proceso de cicatrización.

Empezaremos por realizar una valoración nutricional, tras lo cual, determinaremos las necesidades calóricas del pacientes y si son necesarios suplementos alimenticios e incluso la administración de dieta enteral completa.

VALORACIÓN NUTRICIONAL.- Para determinar el estado nutricional no existe ninguna prueba Standard sino que se valorarán múltiples factores como la historia clínica y exploración que ya vimos antes, y el estudio de parámetros antropométricos y bioquímicos.

Parámetros antropométricos:

- Peso, talla, índice de masa corporal, pliegue tricipital, circunferencia del brazo, circunferencia muscular del brazo.
- Otros parámetros analíticos: Albúmina, Linfocitos, Colesterol, Hemoglobina, Niveles de oligoelementos y vitaminas, hierro, zinc.

Como dijimos al principio, a pesar de no existir ningún parámetro que por sí mismo determine el estado nutricional, si recurrimos a la exploración detenida del paciente, tomamos parámetros antropométricos como peso y talla si es posible, con lo que obtendremos el índice de masa corporal; el pliegue tricipital y la circunferencia del brazo lo que nos permitirá obtener la circunferencia muscular del brazo y hacemos una analítica básica con N° de lífocitos, albúmina y colesterol, podremos tener una idea bastante aproximada de cuál es la situación nutricional del paciente.

Es evidente que si disponemos del resto de los parámetros existentes podremos hilar más fino, pero en ningún caso debemos complicar en exceso la valoración nutricional, entre otras cosas porque en los que tenemos una actividad clínica diaria con pacientes de este tipo debemos realizarla en todos los casos, y no podremos dejar de hacerla alegando la no posibilidad de

obtener todos los parámetros vistos ya que la incidencia en la morbilidad de la desnutrición es decisiva.

c) ESFERA AMBIENTAL DE LA UPP.- Deberemos atender a todos los factores que pueden alargar las distintas fases de cicatrización, como tejido necrótico, exudados, infecciones, presiones y desecación. Tratando siempre la eliminación rápida del tejido lesionado y favoreciendo el crecimiento y actividad de los fibroblastos, para ello, deberemos mantener en el lecho de la UPP un ambiente húmedo y limpio. A estas tres esferas debemos añadir otro apartado más del tratamiento que es el control del dolor. (3)

Dentro de esta esfera debemos atender a cuatro frentes: evitar la presión sobre la UPP, eliminar el tejido necrótico y exudados, mantener un ambiente húmedo en el lecho de la UPP sin dañar al fibroblasto, control y tratamiento de la infección.

1) *Evitar la presión sobre la UPP.*

No podemos pretender curar una UPP si está sometido a presiones que hacen que el mecanismo fisiopatológico de formación de la misma se mantenga. Es por ello, por lo que se hace imprescindible evitar toda presión sobre la superficie lesionada, no sólo por el apoyo sobre las superficies, sino también por presión en la colocación de los apósitos.

Las superficies más adecuadas ya han sido comentadas en el apartado de prevención, del mismo modo todas las recomendaciones de cambios posturales, posturas adecuadas así como los artilugios para disminuir las presiones y roces son aplicables igualmente en este apartado. Debemos tener presente que a veces no disponemos de las mejores superficies para disminuir las presiones sobre la UPP, entre otras cosas porque las mejores superficies como pueden ser la cama de "de aire fluido" pero es muy cara tanto su compra y de mantenimiento. En los casos que se pueden disponer de ellas se podrán utilizar en los pacientes que a pesar de un tratamiento correcto no mejoran. Quizás los más utilizados son los colchones neumáticos capaces de cambiar

presiones o los de aire estático que son considerablemente más baratos. En cualquier caso es necesario esmerarse en los cuidados generales de la piel así como en los cambios posturales y en las posiciones más adecuadas, evitando la presión sobre las UPP.

2) Eliminación del tejido necrótico y exudados.

Método enzimático.- se realiza a través de sustancias químicas que aplicadas sobre la úlcera son capaces de producir proteólisis del tejido necrótico. Es un método del que no deben esperarse progresos espectaculares, pueden ser útiles usados como complemento del método quirúrgico que veremos más tarde.

Método mecánico.- En este caso el mecanismo es por arrastre o arrancamiento del tejido necrótico, pudiéndose incluir en este método los sistemas de lavados y los apósitos mojados-secos que son gasas empapadas normalmente en suero salino y que se deja secar para que al retirar el apósito se vengán pegadas en él todo el tejido necrótico. Son métodos que tienen el inconveniente de producir dolor y de dañar además del tejido necrótico el tejido de granulación que pueda existir en la úlcera.

Método quirúrgico.- Es un método rápido y expeditivo, en muchos casos es la única forma de desbridar en un tiempo razonable, como es cuando se ha formado una escara o costra dura, en UPP extensas y con mucho tejido necrótico así como en los casos de infección no controlada con fiebre, celulitis y sepsis. Tiene los inconvenientes de ser doloroso, poder abrir nuevas vías de sepsis y poder producir hemorragia.

3) Mantenimiento del ambiente húmedo en el lecho de la UPP.

La UPP sólo debe de lavarse con suero salino a chorro, con jeringa que no produzca excesiva fuerza de arrastre para evitar el daño del tejido de granulación que esté formado. No deben usarse jabones erosivos, ni

soluciones antisépticas (betadine, agua oxigenada, ácido acético etc.) que dañan el fibroblasto.

En cuanto al apósito a utilizar debe ser uno que mantenga constantemente el lecho de la úlcera húmedo. También debemos tener en cuenta que no hay evidencias de que haya diferencias claras entre los distintos apósitos húmedos que pueden usarse, será las características de tamaño, profundidad, cantidad de tejido necrótico y de exudados, las que nos haga usar un tipo de apósito u otro. Por ejemplo, una úlcera con mucho exudado, tejido necrótico y grandes dimensiones probablemente sea más apropiado el uso de gasas empapadas con suero salino, y curadas varias veces al día, que no usar un apósito de hidrocoloide que probablemente tengamos que cambiar con más frecuencia de la recomendable para este tipo de apósito. Podemos encontrar muchos tipos de apósitos:

Apósito con gasa empapada en suero salino.- Se coloca en el lecho de la herida gasas impregnada con solución salina, en unos casos suero fisiológico y en otros con suero salino hipertónico que se humedece con una frecuencia suficiente para mantenerse siempre húmeda. Se recomiendan el uso del suero salino a una concentración de 4,4gr/100cc por ser una concentración con gran poder bacteriostática, debridante y al mismo tiempo no produce efectos secundarios al paciente como prurito e irritación.

Apósito de hidrogel.- Está formados por polímeros acuosos.

Apósito de Hidrocoloide.- Es un material adhesivo, impermeable al vapor de agua, oxígeno, agua. Tiene capacidad para absorber exudados y mantener un ambiente húmedo en la úlcera, a pesar de ser más costoso tiene la ventaja de poder estar de dos a 4 días sin cambiarse.

Apósito de Alginato.- Son vendas absorbentes de algas.

Apósitos de poliuretano.- Son apósitos permeables a los gases pero no a los líquidos, es adherente pero no tiene capacidad de absorción.(3)

4) Control y tratamiento de la infección

La mejor forma de controlar y evitar la infección de una UPP es el adecuado desbridaje y limpieza de la misma, ya que son los restos necróticos las zonas de colonización más importante.

Las UPP siempre van a estar colonizadas por gérmenes, esto no significa que estén produciendo infección. En los casos en que la UPP presente signos locales de infección (inflamación, reaparición de tejido necrótico, exudado, etc.) a pesar de llevar unas semanas con tratamiento adecuado en todas las esferas vistas, debemos obtener cultivos de la misma y continuar además una adecuada limpieza y desbridaje, realizando la cura con suero salino varias veces al día para que no se pierdan las condiciones de humedad.

Cuando tengamos datos del cultivo podemos iniciar tratamiento antibiótico local según antibiograma durante dos semanas si con el suero salino hipertónico vemos que no se está resolviendo el problema. En estos casos no está indicado el tratamiento con antibióticos sistémicos.

Debemos pensar en la posibilidad de que la UPP esté infectada en toda UPP que a pesar de estar limpia y sin signos de infección local, con un tratamiento correcto en todas las esferas, no presenta signos de progreso en la curación después de varias semanas, por lo que realizaremos cultivo y seguiremos todo el proceso como en el caso anterior.

En casos de signos de celulitis invasivas, sepsis y bacteriemia tomaremos cultivos de la UPP y hemocultivos e iniciaremos tratamiento sistémico para cubrir estafilococo aureus, anaerobios, bacilos Gram negativos.

En los casos de persistencia de la infección debemos pensar en la posibilidad de una osteomielitis, una fístula o absceso. En cualquier caso será una indicación para valoración por cirugía, ya que en muchos casos una

exploración quirúrgica e incluso la toma de biopsia de tejido óseo clarifican el problema (3)

5) Tratamiento del Dolor

El dolor en las heridas en general y las UPP en particular no es fácil que sea valorado adecuadamente por varios motivos, entre ellos, la distintas circunstancias que pueden originar dolor en la misma UPP (infección, cambio de apósito, presión etc.), el deterioro del estado cognitivo que presentan la mayoría de los pacientes geriátricos con UPP, aparición de dolor en muchas localizaciones, distintos tipos de dolor coexistiendo en el mismo paciente, y el riesgo aumentado a sufrir efectos secundarios con los analgésicos, hace que la valoración y tratamiento de estos pacientes no sea a veces del todo correcto. En ningún caso, la posibilidad de que aparezcan efectos secundarios justifica la no adopción de medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas para combatir el dolor, por lo que se hacen necesarios protocolos rutinarios de valoración y tratamiento del dolor en este tipo de pacientes.

La valoración del dolor en pacientes con buen nivel cognitivo y con posibilidades de comunicación intactas son conocidas. Estas van desde la simple pregunta sobre la existencia de dolor y sus características en cuanto a cualidad e intensidad, hasta las escalas analógicas visuales, de las cuales la no numerada parece la menos propicia en el anciano. (2)

1.2.6.- PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

En la prevención de las úlceras por presión debe fomentarse el uso de tablas o registros de valoración que analizan los factores que contribuyen a su formación y que nos permitan identificar a los pacientes con riesgo, sobre los que establecen protocolos preventivos. Para este fin existen tablas similares que son recomendadas como el primer paso en la PREVENCIÓN.

Estas deben ser cómodas, fáciles de usar y que incluyan el máximo de factores de riesgo, para así poder estar alerta a los factores que pongan en peligro la susceptibilidad del paciente. Estas tablas deben ser elegidas por el equipo asistencial, y este debe regular su uso, al ingreso o primer contacto con el paciente y después en los plazos que establezca el equipo. Entre estas tablas se encuentran la de NORTON.

Según NORTON el 70% de las úlceras que aparecen en las dos primeras semanas de su hospitalización y que es cuando el paciente se encuentra en las peores circunstancias, siendo estos pacientes generalmente ancianos, y con un estado general más débil. Norton diseñó una escala de valores en la que a través de una puntuación a unos criterios reflejados, sabremos al nivel de riesgo, alto riesgo o mínimo riesgo a padecer unas UPP.

Existen otro tipo de escalas de valoración como puede ser la de Braden, pero en nuestro trabajo se utilizará la escala de NORTON validada en el ESSALUD, la cual es muy fiable y completa para detectar el riesgo de UPP.

ESCALA VALORACIÓN DE NORTON

Es importante la valoración del paciente cuando nos viene bien por urgencias o por vía de hospitalización programada y así poder prevenir las lesiones que muchas veces una simple rojez que no se le da la importancia que tiene en ciertos pacientes nos puede llevar a un fracaso profesional e incluso la muerte al paciente por una sepsis.

La valoración de enfermería será la detección de problemas y necesidades de los pacientes, teniendo en cuenta el estado físico, psíquico y social o familiar de este y así poder adecuar las actuaciones de enfermería para una prevención y cuidados de la integridad cutánea. Todo ello será validado con la escala de Norton modificada que consta de cinco parámetros para evaluar el estado de riesgo de los pacientes, a desencadenar unas U.P.P.

Se puntúa cada valoración del 1 al 4, siendo 1 el de mayor riesgo y 4 el de menor riesgo para cada uno de estos parámetros mencionados, es decir, el cómputo total de la suma de los cinco parámetros de la escala de Norton será de 5 para los de mayor riesgo y 20 para los de bajo o inexistente riesgo, teniendo como media para su valoración:

- Entre 5-11, alto riesgo; 12 - 14, moderado riesgo y 15 - 20, sin riesgo.

DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA DE VALORACION DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN – NORTON

a) ESTADO FISICO GENERAL

BUENO

- Nutrición: Persona que realiza 4 comidas diarias. tomando todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas 2.000 Kcal. Índice de masa corporal (I.M.C.) entre 20-25
- Líquidos: 1.500-2.000 cc/día (8-10 vasos)
- T° corp.: de 36-37° C
- Hidratación: Persona con el peso mantenido, mucosas húmedas rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo.

MEDIANO

- Nutrición: Persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones proteínas/día y 2.000 Kcal. IMC >20 y <25
- Líquidos: 1.000-1.500 cc/día (5-7 vasos)
- T° corp.: de 37° a 37,5° C
- Hidratación: Persona con relleno capilar lento y recuperación del pliegue cutáneo lento

REGULAR

- Nutrición: Persona que realiza 2 comidas diarias. Toma la mitad del menú, una media de 2 raciones de proteínas al día y 1.000 Kcal IMC >50

- Líquidos: 500-1.000 cc/día (3-4 vasos)
- T°corp. : de 37.5° a 38° C
- Hidratación: Ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa

MUY MALO

- Nutrición: Persona que realiza 1 comida al día. Toma un tercio del menú, una media de 1 ración de proteínas al día y menos de 1.000Kcal IMC >50
- Líquidos: < 500 cc/día (<3 vasos)
- T°corp. : + de 38.5° ó - de 35.5° C
- Hidratación: Edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia del pliegue cutáneo

b) ESTADO MENTAL

ALERTA

- Paciente orientado en tiempo, espacio y lugar
- Responde adecuadamente a estímulos: visuales, auditivos y táctiles
- Comprende la información

Valoración: Solicitar al paciente que diga nombre, fecha lugar y hora

APATICO

- Alertado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso
- Ante estímulos reacciona con dificultad y permanece orientado
- Obedece ordenes sencillas
- Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante

Valoración: Dar instrucciones al paciente como tocar con la mano la punta de la nariz

CONFUSO

- Inquieto, agresivo, irritable, dormido.
- Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos.
- Cuando despierta, responde verbalmente, pero con discurso breve e inconexo.

- Si no hay estímulos fuertes se vuelve a dormir.
- Intermitentemente desorientado en tiempo, lugar y/o persona.

Valoración: Pellizcar la piel, pinchar con una aguja.

ESTUPOROSO

- Desorientado en tiempo, lugar y persona.
- Despierta solo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal.
- Nunca está totalmente despierto.

Valoración: Presionar el tendón de Aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.

c) NIVEL DE ACTIVIDAD:

TOTAL

- Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla

DISMINUIDA

- Inicia movimientos con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener algunos de ellos.

MUY LIMITADA

- Solo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar todos los movimientos.

INMOVIL

- Es incapaz de cambiar de postura por si mismo, mantener la posición corporal o sustentarla.

c) MOVILIDAD

DEAMBULA

- Independiente total

- Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo, o lleve prótesis.

CAMINA CON AYUDA

- La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con mas de un punto de apoyo.

SENTADO

- La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón.
- La persona precisa ayuda humana y/o mecánica.

ENCAMADO

- Dependiente para todos sus movimientos.
- Precisa ayuda humana para conseguir cualquier objeto (comer, asearse...)

d) GRADO DE INCONTINENCIA

NINGUNA

- Control de ambos esfínteres.
- Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal.

OCASIONAL

- No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 h.

URINARIA O FECAL

- No controla uno de los dos esfínteres permanentemente.
- Colocación adecuada de un colector con atención a las fugas, pinzamientos puntos de fijación.

AMBOS: URINARIA Y FECAL

- No controla ninguno de sus esfínteres.

1.2.-TEORÍAS DE ENFERMERÍA

TEORIA DE DEFICIT DEL AUTOCUIDADO (DOROTHEA OREM)

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras.

Los enfermeros(as) establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.(4)

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Orem que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ej. cuadripléjico. Pero también valora a aquéllas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ej. el baño y aquellas actividades en que el paciente puede

realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda, ej. la atención a un paciente pos operado de una cardiopatía congénita. (4)

Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

TEORIA DE NIGHTINGALE

La teoría de Nightingale se centró en el entorno. Todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte (Murray y Zenther, 1975). Si bien Nightingale no utilizó el término entorno en sus escritos, definió y describió con detalles los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos que integran el entorno.

Su preocupación por un entorno saludable no incluía únicamente las instalaciones hospitalarias en Crimea e Inglaterra, sino que también hacían referencia a las viviendas de los pacientes y a las condiciones físicas de vida de los pobres. Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de enfermería adecuados.

Su teoría sobre los 5 elementos esenciales de un entorno saludable (aire puro, agua potable eliminación de aguas residuales, higiene y luz) se consideran tan indispensables en la actualidad como hace 150 años.

Que todos los pacientes tuvieran una ventilación adecuada parecía ser una de las grandes preocupaciones de Nightingale. Instruía a sus enfermeras para que los pacientes pudieran respirar un aire tan puro como el del exterior.

Rechazaba la teoría de los gérmenes (recientemente creada en esa época). El énfasis en la ventilación adecuada hacía reconocer a este elemento del entorno tanto como causa de enfermedades como también para la recuperación de los pacientes.

El concepto de iluminación también era importante en su teoría. Descubrió que la luz solar era una necesidad específica de los pacientes: la luz posee tantos efectos reales y tangibles sobre el cuerpo humano. Se enseñaba a las enfermeras a mover y colocar a los pacientes de forma que estuvieran en contacto con la luz solar.

La higiene como concepto es otro elemento esencial de la teoría del entorno de Nightingale. En este concepto se refirió al paciente, a la enfermera y al entorno físico. Observó que un entorno sucio (suelos, alfombras, paredes y ropas de camas) era una fuente de infecciones por la materia orgánica que contenía. Incluso si el entorno estaba bien ventilado, la presencia de material orgánico creaba un ambiente de suciedad; por tanto, se requería una manipulación y una eliminación adecuadas de las excreciones corporales y de las aguas residuales para evitar la contaminación del entorno. Nightingale era partidaria de bañar a los pacientes a menudo, incluso todos los días. También exigía que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia.

También incluyó los conceptos de temperatura, silencio y dieta en su teoría del entorno. Por lo que elaboró un sistema para medir la temperatura corporal con el paciente palpando las extremidades, con la finalidad de calcular la pérdida de calor. Se enseñaba a la enfermera a manipular continuamente el entorno para mantener la ventilación y la temperatura del paciente encendiendo un buen fuego, abriendo las ventanas y colocando al paciente de modo adecuado en la habitación.

La enfermera también debía evitar el ruido innecesario, y valorar la necesidad de mantener un ambiente tranquilo.

Nightingale se preocupó por la dieta del paciente. Enseñó a las enfermeras a valorar la ingesta alimenticia, así como el horario de las comidas y su efecto sobre el paciente. Creía que los pacientes con enfermedades crónicas corrían el peligro de morir de inanición, y que las enfermeras debían saber satisfacer las necesidades nutricionales de un paciente.

Otro elemento de su teoría fue la definición del control de los detalles más pequeños. La enfermera controlaba el entorno física y administrativamente. Además controlaba el entorno para proteger al paciente de daños físicos y psicológicos: debía evitar que el paciente recibiera noticias que pudieran perturbarlo, que recibiera visitas que perjudicaran su recuperación y que su sueño fuera interrumpido. Nightingale reconoció que la visita de pequeños animales domésticos podría beneficiar al paciente.

CONCEPTOS DE LA DISCIPLINA SEGÚN LA TEORIA DE FLORENCE

- **Enfermería:**

Para Nightingale, toda mujer, en algún momento de sus vidas, ejercería de enfermera de algún modo, ya que la enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otras personas (5)

Su idea principal era que toda mujer debe recibir formación para poder cuidar un enfermo y que las enfermeras que proporcionan una atención sanitaria preventiva necesitan una formación aún más amplia. Las enfermeras debían ser excelentes observadoras de los pacientes y de su entorno. Las enfermeras con formación debían realizar una vigilancia continua.

- **Persona:**

Nightingale hacía referencia a la persona como paciente. Las enfermeras realizaban tareas para y por el paciente y controlaban el entorno de este

paciente para favorecer su recuperación. Se enseñaba a las enfermeras a preguntarle sus preferencias, poniendo de manifiesto la creencia de que Nightingale veía a cada paciente como un individuo.

Ella hizo especial hincapié en que la enfermera debía mantener siempre el control y la responsabilidad sobre el entorno del paciente, sobre las elecciones y las conductas personales. Nightingale respetaba a las personas de diversos orígenes sin emitir juicios sobre su nivel social. Su convicción sobre la necesidad de enfermeras laicas apoya el respeto por las personas sin emitir juicios originados por sus creencias religiosas o por la falta de ellas.

- **Salud:**

Definió salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona.

Contemplaba la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía debido a una falta de atención. Utilizó el término naturaleza como sinónimo de Dios. Este empleo se veía respaldado por las creencias religiosas del unitarismo. Concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social. Describió la enfermería de salud pública moderna y el concepto de promoción de salud.

- **Entorno:**

Según Fitzpatrick y Whall, describen el concepto de entorno según Nightingale como “aquellos elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas e incluyen desde la comida y las flores hasta las interacciones verbales y no verbales con el paciente”. No se excluye prácticamente ningún elemento del mundo del paciente. Aconsejaba a las enfermeras a crear y mantener un entorno terapéutico que mejoraría la comodidad y recuperación.

Creía que los enfermos se beneficiarían física y mentalmente de las mejoras del entorno. Las enfermeras podrían ser el instrumento para cambiar el estatus social de los pobres, al mejorar sus condiciones de vida físicas y psicológicas. (5)

1.3 ANTECEDENTES

Nivel Internacional.

JORDAN Y CLARK; “Prevalencia de las úlceras por presión (UPP) entre los ancianos que residen en nuestro Hospital Insular de Lanzarote”- 2010. Investigación que tiene como objetivo; Analizar la prevalencia de las úlceras por presión (UPP), Determinar las características de situación mental, física y nutricional de los pacientes que presentan UPP y los que no las presentan y Comparar, si las hubiera, las diferencias existentes en dichas características entre los pacientes ingresados en las distintas unidades del hospital. El estudio es descriptivo, llegó a las siguientes conclusiones: La edad media de la población en estudio fue de 81.25 años.

En cuanto a la estancia media de dichos pacientes fue de 33,76 meses aunque un 15% de ellos llevaban más de 5 años. También se encontró que en un 12% de los casos se presentaban úlceras por presión, siendo esta prevalencia similar a la del ingreso en el hospital. En cuanto al grado observamos: grado I, un 25% eran grado II, grado III el 16.7% y grado IV un 33.3%. Es llamativo el hecho de que el 83.3% de los ancianos afectados de UPP presentaban deterioro cognitivo frente al 62.5% encontrado entre los que no padecían úlceras. En la Residencia de Asistidos el porcentaje de ancianos que padecían demencia fue un 36%. Un factor importante en la aparición de UPP, como es la incontinencia (urinaria y fecal) alcanza cifras no despreciables en nuestra población, así la prevalencia de incontinencia urinaria fue de 75%, y la fecal era en el momento del estudio padecida por el 67% de los que tenían UPP y el 46.6% de los que no presentaban dichas lesiones.(6)

ROCIO VALLEJO EXPOSITO; en Chile, en el año 2011, realizó un trabajo de investigación sobre, “Unidad Familiar en Enfermería”, cuyo objetivo fue identificar cual es el papel que cumple la familia dentro de la atención de enfermería en el cuidado del paciente familiar hospitalizado. Este trabajo fue realizado en la Escuela U. Enfermería Virgen del Rocío. Dentro de las conclusiones tenemos que la familia debe ser vista de manera sistemática porque cualquier problema de salud acarrea problemas en el entorno familiar y viceversa.(7)

SILVESTRE, L. DOMENCH, “Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en el Hospital de Navarra” España, 2011-2012; El presente estudio pretende evaluar la prevalencia en los dos últimos años comparando: la prevalencia de pacientes ulcerados, la valoración de riesgo de desarrollar úlceras y los factores asociados al desarrollo de úlceras. Se ha realizado un estudio transversal. Los resultados muestran: Una disminución de los pacientes de riesgo y de la prevalencia de úlceras en 1998 respecto al año anterior. Esta disminución podría ser debida a una detección más precoz del riesgo, por medio de las escalas valorativas NORTON Y BRADEN que hubiera dado lugar a la instauración inmediata de cuidados preventivos en los pacientes de mayor riesgo. Esta deducción está basada en el hecho de que todos los pacientes ulcerados (excepto uno) en 1998 habían sido considerados de riesgo y de inmediato han recibido cuidados preventivos. En 1998, aumenta el número de pacientes de riesgo en el momento del ingreso, hecho que puede estar explicado porque también se dobla el número de pacientes valorados al ingreso. (8)

A Nivel Nacional

TRINIDAD MAYTA RAMIRES y DINA CASTILLO HURTADO; en Lima, en el 2010, realizaron un estudio sobre “La familia como agente de autocuidado en la prevención de úlceras por presión en pacientes inmovilizados de la tercera edad de los servicios de medicina, del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, cuyo objetivo general fue evaluar la efectividad de la participación familiar como agente de autocuidado en la prevención de úlceras por presión en pacientes de

la tercera edad. Llegando a las siguientes conclusiones entre otras: "Que la participación familiar como agente de autocuidado ha demostrado ser efectiva, para la prevención de úlceras por presión en pacientes inmovilizados de la tercera edad. (9)

ARMAS RIVERA KARINA LISBETH; Conocimientos que tienen los familiares sobre la prevención de úlceras por presión en pacientes con permanencia prolongada en cama en el Servicio de Medicina del HNDAC– 2011 Lima Perú, tuvo como objetivo determinar los conocimientos de los familiares sobre la prevención de úlceras por presión en pacientes con permanencia prolongada en cama. Por lo que se concluye que la mayoría de los familiares tienen un nivel de conocimiento medio acerca de los cuidados en la prevención de úlceras por presión. (10)

CAPITULO II

APLICACIÓN DEL PAE – EBE

PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

Adulto mayor Julio Mota Guzman de 81 años de edad, ingresa al servicio procedente de emergencia en camilla en compañía de su hija en MEG, parcialmente orientado, ansioso con sujeción mecánica del lado izquierdo, postrado con secuela neurológica (hemiplejía), portador de sonda nasogástrica para alimentación enteral recibe NET a 50 cc/h, sonda vesical que fluye orina clara, con soporte de oxígeno por máscara de Venturi, con úlcera por presión en zona sacra de grado III protegido por hidrocoloide.

2.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

DATOS GENERALES

Nombre del paciente: Julio Mota Guzmán

Fecha de nacimiento: 07-01-1936 edad: 81 años

Fecha de ingreso al servicio: 20-06-2017 hora: 15 horas

Persona de referencia: Patricia Mota Vega

Procedencia: emergencia

Forma de llegada: camilla.

Fuente de información: hija.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRURGICO:

Hipertensión 05 años atrás.

Asma hace 20 años

Aneurisma cerebral hace 10 años

PO 23 Evacuación de hematoma por ACV hemorrágico

Alérgico a la penicilina

DX MEDICO.

- ✓ DCV: hemorrágico.
- ✓ Neumonía adquirida en la comunidad.
- ✓ Diabetes Mellitus tipo II

TRATAMIENTO MEDICO

- ❖ Dieta enteral Glucerna 50 ml/hr.
- ❖ Meropenen 500 mg.cada 8 horas
- ❖ Atorvastatina 10 mg. 2 tab por noche por SNG.
- ❖ Omeprazol 20 mg. 1 tab en ayunas por SNG.
- ❖ Haloperidol 5 mg 1 amp. PRN a agitación.
- ❖ Tiamina clorhidrato 100 mg. 1 tab. Al día por SNG.
- ❖ Beclometasona 2 puff c/12 h con aerocamara.
- ❖ Bromuro de ipotropio 2 puff c/6 horas con aerocamara.
- ❖ Nebulización con solución salina c/ 8 horas.
- ❖ Aspiración de secreciones a demanda.
- ❖ Control de funciones vitales cada turno.
- ❖ Control de glicemia
- ❖ Oxigeno por mascara de venturi al 50 %
- ❖ Curación de ulcera por presión

EXAMEN FISICO DEL PACIENTE.

El paciente se encuentra decúbito lateral, color de la piel pálida mucosas hidratadas, parcialmente orientado.

Cabeza normo cefálica con alopecia leve

Ojos simetría pupilar, esclera clara.

Nariz tabique alineado

Oídos buena implantación, membrana timpánica permeable

Boca mucosa poco permeable poco reseca

Cuello tiroides no palpable, no masas

Tórax simetría normal se aprecia tiraje intercostal

Corazón Ruidos cardiacos regulares

Pulmones Se ausculta murmullo vesicular, moviliza secreción bronquial.

Extremidades superiores e inferiores lado derecho sin estimulo, lado izquierdo adormecimiento .

SIGNOS VITALES

PA 140/90

FC. 69 X´

FR. 38 X

T° 37.2 °C

Talla 1.78 cm

Peso 56 kg.

FUNCIONES BIOLÓGICAS

Apetito conservado

Sueño conservado

Sed conservado

Orina 500 cc al día clara

Heces interdiario de características normales.

Grupo sanguíneo O Rh+

EXAMENES AUXILIARES.

Hb. 8.2 g /dl

Htto. 14.4 %

Hematies 2.5

Plaquetas 250.000

Leucocitos 20.000

Neutrofilos 85 %

Glucosa 110 mg/dl

Creatinina 1 mg/dl

Calcio 7 mg/dl

VALORACION SEGÚN DOMINIOS: (11)

<p>DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higiene corporal conservado. -Estilo alimentario: a través de sonda nasogástrica. - No realiza ejercicios: paciente postrado 	<p>DOMINIO 2: NUTRICION:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación por sonda nasogástrica, NET a 50 cc hora. - Abdomen blando depresible.
<p>DOMINIO 3: ELIMINACION:</p> <p>Deposiciones normales (usa pañal)</p> <p>Sonda Foley, diuresis normal aspecto claro.</p>	<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO.</p> <p>Dependiente.</p> <p>Soporte de oxigeno por mascara de Venturi FIO2 al 50 %.</p>
<p>DOMINIO 5: PERCEPCION COGNITIVA</p> <p>Reflejos ausentes del lado derecho por hemiplejia.</p> <p>Afásico.</p> <p>Función motora limitada.</p> <p>Estado de conciencia: Parcialmente</p>	<p>DOMINIO 6: AUTOPERCEPCION</p> <p>No participa en su autocuidado</p>
<p>DOMINIO 7: ROL RELACIONES.</p> <p>Cansancio del cuidador</p>	<p>DOMINIO 8: SEXUALIDAD</p> <p>Ninguno en la actualidad.</p>
<p>DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO</p> <p>Estado emocional Ansioso</p>	<p>DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES</p> <p>Ninguno en la actualidad.</p>

<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION</p> <p>Estado de enfermedad controlada</p> <p>Estado de conciencia parcialmente orientado</p> <p>Piel y coloración Pálida, parcialmente hidratada</p> <p>Lesiones cutáneas UPP en sacro grado III</p> <p>Escala de Downton Alto riesgo de caída</p>	<p>DOMINIO 12: CONFORT / BIENESTAR</p> <p>Permanece con sujeción mecánica.</p>
<p>DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO</p> <p>Ninguno en la actualidad.</p>	

2.2.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PRIORIZADOS.

- 00044 Deterioro de la integridad tisular relacionada con el deterioro de la movilidad física, factores mecánicos (presión, cizallamiento, fricción) evidenciado por la destrucción tisular (ulcera por presión en zona sacra de grado III.
- 00085 Deterioro de la movilidad física relacionado con el deterioro del sensorio perceptivo manifestado por limitación de la capacidad para las habilidades motoras.
- 00002 Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con la incapacidad para ingerir sus alimentos evidenciados por pérdida de peso.
- 00146 Ansiedad relacionado con la amenaza de muerte
- 00004 Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	DEFINICION
00044 Deterioro de la integridad tisular	Lesión de las membrana mucosa, corneal, tegumentaria o de los tejidos subcutáneos
00085 Deterioro de la movilidad física	Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.
00002 Desequilibrio nutricional por defecto	Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.
00146 Ansiedad	Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañado de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona) Sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.
00004 Riesgo de infección	- Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EBE

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos: Refiere leve dolor</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Paciente presenta ulcera por presión en zona sacra de grado III de 4cm x 6cm con bordes necróticos, con secreción serosa moderada, no se evidencia signos de infección.</p>	<p>Reales 00044 Deterioro de la integridad tisular relacionado con deterioro de la movilidad física, factores mecánicos(presión, cizallamiento, fricción) evidenciado por la destrucción tisular (ulcera por presión en zona sacra de grado III)</p>	<p>Objetivos:</p> <p>General.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recuperación de la integridad tisular <p>Específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curar la ulcera por presión según protocolo. -Registrar la evolución. -Prevenir zonas de presión. 	<p>Curación de herida por segunda intención.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza la curación de la ulcera con la solución salina, movimientos circulares de adentro a fuera. - Se desbrida tejido necrótico. - Observamos las características de la ulcera, tamaño, profundidad, estadio, granulación o necrosis, epitelización, - Se aplica un apósito hidrocoloide. - Queda registrado la evolución de ulceras por presión en la tarjeta de control. <p>Cuidado de la ulcera por presión.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza cambios posturales cada dos horas. - Tiene una cama con colchón anti escaras. - Se mantiene la cama limpia, seca sin arrugas. - Mantiene la alineación corporal - Tolera dispositivos para mantener posición anatómica. - No se observar signos de infección. - Tolera la ingesta de dieta según prescripción. - Se controla el color, la temperatura, edema, la humedad, apariencia de la piel circundante. -Se administra medicación. 	<p>Ulcera por presión en proceso de granulación.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos: Paciente refiere no sentir la presencia de brazo y pierna del lado derecho.</p> <p>Datos objetivos: Paciente adulto mayor postrado con limitación de la capacidad para las habilidades motoras</p>	<p>Reales 00085 Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro cognitivo y sensorial evidenciado por limitación de la capacidad para las habilidades motoras</p>	<p>Objetivos:</p> <p>General. Lograr movimiento del cuerpo y extremidades de acuerdo a tolerancia.</p> <p>Específicos. Mantener alineación corporal.</p> <p>Disminuir los riesgos de complicación de la postración.</p>	<p>Mantenimiento de la posición corporal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambios frecuentes de posición cada 2 horas - El paciente se encuentra con una alineación corporal correcta - Se realiza ejercicios activos y pasivos - El paciente se encuentra en posición semifowler que facilite la ventilación - Se realiza masajes suaves con crema hidratante - La cama se encuentra limpia, seca y sin arrugas - Se evitó zonas de fricción por cizallamiento. - Las barandas de la cama se encuentran alineadas según corresponde. - Recibe apoyo con las actividades de la vida diaria (comodidad y confort, alimentación) - Se monitoriza la aparición de complicaciones de la postración (hipotonía muscular, estreñimiento, aumento del estrés, neumonía) 	<p>Mantenimiento de la posición corporal</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Paciente geriátrico con un estado nutricional deficiente. Peso 56 Kg Talla 1.78 cm IMC 17.6 Hb. 8.2</p>	<p>- 00002 Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con la incapacidad de ingerir sus alimentos evidenciado por pérdida de peso.</p>	<p>Objetivos</p> <p>General</p> <p>Lograr que el paciente ingiera nutrientes suficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.</p> <p>Específicos</p> <p>Observar tolerancia de dieta indicada</p> <p>Determinar el requerimiento nutricional adecuado.</p>	<p>Administración de requerimiento nutricional de paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se preparó la nutrición aplicando los principios de bioseguridad - Se administró la dieta prescrita por SNG (Glucerna infusión continua a 50 cc/hr por 20 horas) - El paciente se encuentra en posición semifowler o fowler. - Se verificó la ubicación de la sonda antes de administrar la dieta correspondiente. - Queda marcado con indeleble el nivel de inserción de la sonda. - Se verificó si hay residuo gástrico antes de iniciar la infusión de la dieta. - Se realizó higiene oral después de la infusión de la dieta. - Observar si hay náuseas, vómitos, diarreas - Balance hídrico estricto 	<p>Estado nutricional en mejoría</p> <p>Tolerancia adecuada de nutrición enteral (Glucerna a 50 cc/hr)</p>
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Adulto mayor refiere que llegó la hora de partir.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Paciente con facie de ansiedad, sudoroso, intranquilo.</p>	<p>- 00146 Ansiedad relacionado con amenaza de muerte</p>	<p>Objetivos</p> <p>General</p> <p>Evitar la sensación vaga e intranquilidad</p>	<p>Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hacer un acercamiento tranquilo para que se sienta más seguro. - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que han de experimentar durante los procedimientos - Apoyo espiritual 	<p>Nivel de ansiedad controlado.</p> <p>Afrontamiento de la situación</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Paciente geriátrico con catéter venoso periférico, sonda nasogástrica, sonda vesical con ulcera por presión en zona sacra de grado III</p>	<p>- 00004 Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos</p>	<p>Objetivos</p> <p>General</p> <p>Evitar la presencia o invasión de microorganismo patógenos</p> <p>Específicos</p> <p>Mantener las medidas de bioseguridad en el cuidado del paciente y la unidad del mismo.</p> <p>Educar a la familia en principios básicos de bioseguridad.</p>	<p>Control de infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higiene de manos en los 5 momentos. - El ambiente se encuentra adecuadamente limpio - Las úlceras por presión se encuentran bien protegidos. - La sonda vesical correctamente cuidada - La sonda nasogástrica registra fecha de inserción y se encuentra limpia adecuadamente fijada. - Catéter periférico sin signo de flogosis, limpio y vigente. - La piel conservada e hidratada. - Se educa a la familia acerca de las técnicas correcta de lavado de manos e identificación de signos y síntomas de infección para notificar. - Se limita el número de visitas de familiares. 	<p>Control del riesgo: proceso infeccioso</p>

EVALUACION DE LOS RESULTADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	NRO DE ORDEN	OBJETIVO vs. RESULTADO
00044 Deterioro de la integridad tisular relacionado con el deterioro de la movilidad física, factores mecánicos (presión, cizallamiento, fricción) evidenciado por la destrucción tisular (ulcera por presión en zona sacra de grado III).	1	<p>-Recuperación de la integridad tisular.</p> <p>-Ulcera por presión en proceso de granulación.</p>
00085 Deterioro de la movilidad física relacionado con el deterioro del sensorio perceptivo manifestado por limitación de la capacidad para las habilidades motoras.	2	<p>-Lograr movimiento del cuerpo y extremidades de acuerdo a tolerancia.</p> <p>-Mantenimiento del alineamiento corporal</p>
00002 Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con la incapacidad para ingerir sus alimentos evidenciados por pérdida de peso.	3	<p>-Lograr que el paciente ingiera nutrientes suficientes para satisfacer sus necesidades metabólicas.</p> <p>-Tolerancia adecuada de nutrición enteral (Glucerna a 50 cc/hr)</p>

<p>00146 Ansiedad relacionado con la amenaza de muerte</p>	<p>4</p>	<p>-Evitar la sensación vaga e intranquilidad.</p> <p>-Nivel de ansiedad controlado.</p> <p>-Afrontamiento de la situación.</p>
<p>00004 Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos.</p>	<p>5</p>	<p>-Evitar la presencia o invasión de microorganismo patógenos.</p> <p>-Control del riesgo del proceso infeccioso</p>

CAPÍTULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 CONCLUSIONES

- El caso corresponde a un paciente postrado grado IV (según escala de Barthel) condición que mantendrá hasta el final de sus días.
- Durante la estancia hospitalaria y los cuidados brindados según el plan se logró mitigar los riesgos al cual está expuesto el paciente.
- El plan de cuidados permitió mantener la calidad de vida del paciente y su dignidad como ser humano.
- El plan de cuidados es un instrumento que permite al profesional de enfermería acrecentar sus conocimientos, haciendo que este cuidado sea basado en evidencias científicas. (EBE).
- El plan de cuidados permitió sistematizar los cuidados brindados, identificando los diagnósticos pertinentes, determinando los objetivos, las intervenciones y la evaluación de los resultados que permitirá continuar con los cuidados en los diferentes turnos del día y mientras dure su estancia hospitalaria.

3.2 RECOMENDACIONES

- La familia debe participar en el plan de cuidados, dado a su condición de dependiente permanente.
- Los cuidados de enfermería deben ser continuos en función a los diagnósticos priorizados con el objetivo de evitar los riesgos potenciales.
- Los cuidados de enfermería debería garantizar un trato con calidad y dignidad.
- El trabajo profesional del personal de enfermería debe estar basado en evidencias científicas las mismas que deben ser reflejadas en el plan de cuidados.
- Cada paciente debe contar con plan de cuidados único la misma que debe ser aplicadas en los diferentes turnos del día y durante su estancia hospitalaria.
- Unificar y sistematizar en formatos únicos el esbozo del plan de cuidado por cada paciente en el ámbito del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins.

BIBLIOGRAFÍA





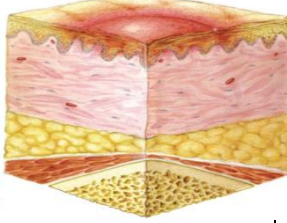
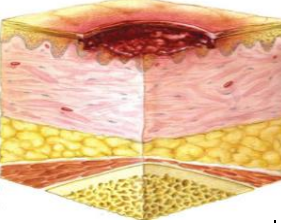
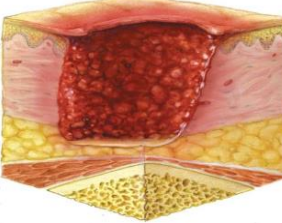
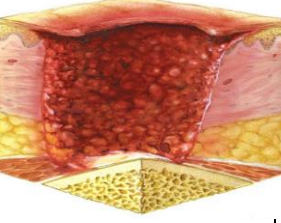
1. Kathleen Bereck. Clínica Norteamericana de Enfermería. 18ava Ed. D.F Mexico: Edit. Interamericana; 1980.
2. Smith Cecil. Tratado de la Medicina Interna. 8ava Ed. Mexico: Edit. Interamericana; 1990.
3. Otilia Silva. Guía de cuidados de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Complejo Hospitalario materno Infantil 2007.
4. Dorotea Orem. Teoría del Autocuidado. España: Edit. Pinedo; 1980
5. Patricia Chavarry. Introducción a los Modelos y Teorías de enfermería. Universidad Alas Peruanas 2008.
6. Jordán Y Clark; "Prevalencia de las úlceras por presión (UPP) entre los ancianos que residen en nuestro Hospital Insular de Lanzarote"- 2010.
7. Roció Vallejo Exposito; en Chile, "Unidad Familiar en Enfermería", 2011.
8. Silvestre, L. Domench, "Evolución de la prevalencia de úlceras por presión" Hospital de Navarra" España, 2011-2012.
9. Trinidad Mayta Ramírez y Dina Castillo Hurtado; en Lima, en "La familia como agente de autocuidado en la prevención de úlceras por presión en pacientes inmovilizados de la tercera edad" servicio de medicina, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2010.
10. Armas Rivera Karina Lisbeth; Lima, "Conocimientos que tienen los familiares sobre la prevención de úlceras por presión en pacientes con permanencia prolongada en cama" Servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2011.
11. Mery Bravo Peña Guía Metodológica del PAE taxonomías NANDA, NOC, NIC 4ta edición Febrero 2016.
12. Hilda María Cañón Abuchar y otros. Úlcera-Guía de Intervención en Enfermería basada en la Evidencia Científica. 18ava Ed. Colombia: Edit. Interamericana; 2000 (2)
13. OPS Boletín. Volumen 98. Perú. 1985 (3)

ANEXOS

ULCERAS POR PRESIÓN

Las Ulceras por presión son lesiones producidas por la compresión prolongada y constante entre dos planos duros uno intrínseco al paciente (el Hueso) y otro generalmente extrínseco a el (la cama, el sillón, etc.), lo que provoca una isquemia tisular en la zona comprimida.

CATEGORIAS DE LAS ULCERAS POR PRESION

Estadío I:	Estadío II:	Estadío III:	Estadío IV:
			
			
<p>Piel integra. Eritema cutáneo. Cambios en Tº de la piel. Puede haber Edema, induración y/o dolor.</p>	<p>Pérdida parcial del grosor de la piel (epidermis y dermis). Úlcera superficial con aspecto de Ampolla, Abrasión o Cráter superficial.</p>	<p>Pérdida total del grosor de la piel. Lesión o Necrosis Tejido Celular Sub Cutáneo.</p>	<p>Pérdida total grosor de la piel con destrucción extensa. Necrosis TCSC. Lesión músculo, hueso, estructuras (tendón, cápsula articular).</p>

ÍNDICE DE NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Estado General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Caminando	4. Total	4. Ninguna
3. Débil	3. Apático	3. Con ayuda	3. Disminuida	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Sentado	2. Muy limitada	2. Urinaria
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble Incontinencia

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN:

1.- Identificar al paciente en riesgo (Escala de Norton).

La puntuación máxima de la escala de Norton es de 20, quedando establecido el riesgo de padecer una úlcera cuando la puntuación total es de 14 o inferior.

- Puntuación de 5 a 9 – riesgo muy alto
- Puntuación de 10 a 12 – riesgo alto
- Puntuación de 13 a 14 – Riesgo medio
- Puntuación mayor de 14 – riesgo mínimo/no riesgo

2.- Eliminar o reducir la presión:

- Cambios posturales cada 2 ó 3 horas, siguiendo una rotación determinada (agujas del reloj).
- Nunca debe arrastrarse al paciente sobre la cama para evitar que se produzca úlceras por tracción o cizallamiento.
- Levantar a los pacientes en cuanto sea posible.
- Movilización pasiva aprovechando los cambios posturales.
- Utilización de medios complementarios que mitiguen la presión, (cojines, colchones antiescaras, apósitos hidrocoloides). Tener en cuenta que estos materiales no sustituyen la movilización.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.

3.- Cuidado de la piel:

- Vigilar los puntos más frecuentes de localización de úlceras por presión.
- Cuidados de la incontinencia urinaria y fecal: reeducación de esfínteres, pañales, colectores, sondas vesicales, tratamiento médico.
- Piel limpia, seca y bien hidratada: usado jabón neutro y un buen secado de la piel.
- No realizar masajes sobre las prominencias óseas.
- Ropa de cama limpia: sábanas estiradas.

4.- Nutrición:

- Dieta equilibrada según edad y sexo.
- Hidratación.

5.- Atención a las patologías y alteraciones de base (respiratorias, endocrinas, circulatorias, quirúrgicas...)

MEDIDAS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESION.

1.- Valoración del paciente y su entorno.

- Identificación del cuidador principal.
- Valoración de actividades, habilidades, conocimientos y posibilidades del entorno cuidador.

2.- Valoración de la lesión: Localización, estadiaje, dimensiones, secreción, dolor, signos de infección, tipo de tejido.

3.- Limpieza de las lesiones:

- Utilizar como norma solución salina.
- No limpiar la herida con antisépticos locales.
- Utilizar la suficiente presión de lavado para mejorar la limpieza de la herida sin producir traumatismo en el lecho de la herida, así como para su secado.
- En el caso de que exista más de una úlcera en el paciente, atender a las más contaminadas en último lugar.
- Usar instrumentos estériles para desbridar las úlceras.
- La limpieza y desbridamiento adecuados impiden que la colonización bacteriana evolucione a infección clínica.

- Ante signos de infección se debe descartar la presencia de osteomielitis, y se debe realizar un cultivo bacteriano.

4.- Selección de apósitos:

- Los apósitos deben mantener la integridad fisiológica de la herida. Un apósito ideal debe proteger la herida, ser compatible y proporcionar una hidratación adecuada.

APÓSITOS DE ALTA TECNOLOGÍA

➤ **LAMINA DE POLIURETANO**

Lamina transparente con adhesivo, crea un medio húmedo, permeable al vapor evitando que la piel se masajee. Indicado como **protector de la piel intacta** de irritantes y fricción, favorece el desbridamiento autolítico.

Puede cambiarse cada 7 días como máximo, resiste la exposición del baño, **NO** usar si hay signos de infección

➤ **HIDROCOLOIDE EN LAMINA**

Compuesto de gelatina, pectina, carboximetilcelulosa, provee humedad a la herida. Semipermeables e impermeables según la lamina de poliuretano que lo recubre. Capacidad de absorción mínima a moderada. Indicado para promover la granulación, epitelización y desbridamiento, protege la herida frente a la contaminación. Puede cambiarse de 3 a 7 días, según la cantidad de drenaje, deterioro del apósito o fuga del exudado. No usar en heridas infectadas. Puede provocar un olor desagradable a la herida que no debe ser confundido con infección.

➤ **HIDROGELES**

Polímero compuesto de 75 a 90% de agua, posee alta capacidad hidratante promoviendo un ambiente húmedo. Indicado en heridas con escaso exudado, con tejido necrótico, en lesiones infectadas, evita adherencia del apósito. Favorece el desbridamiento autolítico, absorbe y dona humedad, reduce el riesgo de infección.

Requiere de un apósito secundario para fijarlo a la herida. Su cambio será de 1 a 4 días.

➤ **ALGINATO DE CALCIO**

Producto a base de sales de calcio y sodio extraído de un tipo de algas marinas, indicado en heridas de moderada y alta exudación, cavitadas, heridas sangrantes. No dejarlo más de 4 días, absorbe el color y olor del drenaje existente, precisa de apósito secundario. **Contraindicado** en lesiones secas.

➤ **PRODUCTOS CON PLATA**

La plata es activa contra una gran variedad de patógenos bacterianos gran positivos y negativos, psuedomonas, fungales y virales. En el mercado existe apósito hidrofibra con plata este permite la liberación gradual de plata iónica durante un periodo de tiempo eliminando así la necesidad de cambios frecuentes y la crema de sulfadiazina argenica de plata con éxito en lesiones infectadas su aplicación es diaria 2 veces al día Indicado en heridas de moderado y alto exudado, infectadas o con riesgo a infección. Los cambios pueden ser de 7 a 14 días.

➤ **SAF GEL**

Gel con ácido bórico, gel hidratante para heridas en fase de granulación y epitelizacion sin infección. Mantiene un ambiente húmedo propicio para favorecer la promoción formación del tejido de granulación y epitelizacion, favorece el desbridamiento autolitico, absorbe el exudado, no requiere cambios diarios puede dejarse hasta 4 días.

MEDIDAS ESPECIFICAS PARA LAS ULCERAS POR PRESIÓN.

- Compromiso familiar en los cuidados.
- Aplicar estrictamente las medidas de prevención de úlceras por presión.

USO DE PRODUCTOS DE ALTA TECNOLOGIA SEGÚN ESTADIOS

		
<p>ULCERA GRADO I HIDROCOLOIDE EN LAMINA FIJAR CON ESPADRADRAPO CAMBIO DE APOSITOS CADA 7 DIAS</p>	<p>ULCERA GRADO II EVACUAR FLICTENA, NO RETIRAR LA PIEL APOSITO HIDROCOLOIDE EN LAMINA POR 7 DIAS</p>	<p>ULCERA GRADO III TEJIDO DESVITALIZADO, EXUDADO MODERADO HIDROCOLOIDE EN GEL ALGINATO DE CALCIO HIDROCOLOIDE EN LAMINA RETIRO DE TEJIDO CAMBIO CADA 4 DIAS</p>
		
<p>ULCERA GRADO III TEJIDO NECROTICO Y DESVITALIZADO HIDROCOLOIDE EN GEL HIDROCOLOIDE EN LAMINA CAMBIO CADA 3 DIAS RETIRO DE TEJIDO</p>	<p>ULCERA GRADO III TEJIDO NECROTICO EXUDADO ESCASO HIDROCOLOIDE EN GEL HIDROCOLOIDE EN LAMINA DELGADO O LAMINA TRANSPARENTE CAMBIO DE 2 -3 DIAS RETIRO DE TEJIDO</p>	<p>ULCERA GRADO IV TEJIDO DESVITALIZADO, NECROTICO, ALTA CARGA EXUDATIVA HIDROFIBRA CON AG HIDROCOLOIDE EN GEL HIDROCOLOIDE EN LAMINA CAMBIO CADA 3 - 4 DIAS RETIRO DE TEJIDO</p>
		
<p>ULCERA GRADO III TEJIDO DESVITALIZADO Y NECROTICO, BORDES ESFACELADOS HIDROCOLOIDE EN GEL ALGINATO DE CALCIO HIDROCOLOIDE EN LAMINA CURACIONES DE 3 - 4 DIAS RETIRO DE TEJIDO</p>	<p>ULCERA GRADO IV TEJIDO DE GRANULACION CLORURO DE SODIO APOSITO INTERACTIVO EN GEL ALGINATO DE CALCIO HIDROCOLOIDE EN LAMINA CURACIONES CADA 4 DIAS</p>	<p>ULCERA GRADO IV TEJIDO DESVITALIZADO Y FIBRINO HIDROCOLOIDE EN GEL ALGINATO DE CALCIO HIDROCOLOIDE EN LAMINA CAMBIO CADA 4 DIAS</p>