

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CASO CLINICO: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN UN PACIENTE CON
PRESENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA
VARONES DEL HOSPITAL CENTRAL FAP 2017**

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR: Lic. Rosario Erika Málaga Arenas
**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ENFERMERIA EN GERONTOLOGIA Y GERIATRIA**

ASESOR: Dra. Esvia Consuelo Tornero Tasayco

Lima, Perú

2017

DEDICATORIA

A Dios por todas las cosas maravillosas que me permite vivir...

A mi familia por todo su apoyo y comprensión en la realización de este proyecto.

En especial a mis dos pequeños Sofia y José por el tiempo que les reste...

AGRADECIMIENTO

A todas las personas que me motivan a ser mejor cada día...

En especial a mi familia por ser el motor y la fuerza que me impulsa a alcanzar nuevas metas y seguir adelante...

INDICE	Pág.
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
CAPITULO I	8
1.1 INTRODUCCIÓN	8
1.2 MARCO TEORICO	10
1.2.1 ULCERAS POR PRESIÓN	10
1.2.2 FISIOPATOLOGÍA	10
1.2.3 ETIOPATOGENIA	13
1.2.4 CLASIFICACIÓN	14
1.2.5 FACTORES DE RIESGO	15
1.2.6 PREVENCIÓN	16
1.2.7 EDUCACIÓN A LA FAMILIA Y CUIDADOR	18
1.2.8 TRATAMIENTO	21
1.3 ANÁLISIS DE LA TEORIA DE ENFERMERIA	25
CAPITULO II	28
2.1 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	28
2.1.1 I ETAPA: VALORACIÓN	28
2.1.2 II ETAPA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	36
2.1.3 III ETAPA: PLANIFICACIÓN	37
2.1.4 IV ETAPA: EJECUCIÓN DE INTERVENCIONES	45
2.1.5 V ETAPA: EVALUACIÓN DE RESULTADOS	45
CAPITULO III	47
3.1 CONCLUSIONES	47
3.2 RECOMENDACIONES	48

3.3 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	49
3.4 ANEXOS	51

RESUMEN

El presente trabajo es un caso clínico que está basado científicamente en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) el cual es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Considerando al Proceso de Enfermería como la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales.

El presente caso clínico es un paciente con presencia de úlceras por presión, al cual se le aplicó el PAE valorando según dominios, haciendo hincapié en patrones alterados, para identificar los diagnósticos de enfermería, y realizar posteriormente el plan de cuidados a seguir y ejecutarlo; logrando a través de la intervención del profesional de enfermería y del equipo de trabajo disminuir el tamaño de las úlceras. Conclusión: las intervenciones dirigidas a pacientes con úlceras por presión, a través del proceso de enfermería, muestran la recuperación de lesiones en la piel.

Palabras clave: Enfermería, atención de enfermería, úlcera por presión.

ABSTRACT

The present work is a clinical case that is scientifically based on the Nursing Care Process (PAE), which is a systematic and organized method to administer individualized care, according to the basic approach that each person or group of people responds to Different way to a real or potential alteration of health.

Considering the Nursing Process as the application of the scientific method in the care practice of the discipline, so that a systematized, logical and rational care can be offered from a nursing perspective.

The present clinical case is a patient with pressure ulcers, who were assessed according to domains, stressing altered patterns, identifying the nursing diagnoses, and subsequently performing the care plan to be followed and executed; Achieving through the intervention of the professional of nursing and of the equipment of work diminish the size of the ulcers. Conclusion: interventions aimed at patients with pressure ulcers, through the nursing process, show the recovery of lesions on the skin.

Keywords: Nursing, nursing care, pressure ulcer.

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son definidas por el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) y el National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) como: “una lesión localizada en la piel y/o en el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de una presión, o presión en combinación con cizallamiento”. (1)

Las UPP, son en la actualidad un problema de salud pública, ya que su incidencia va incrementando día a día, ésta situación afecta directamente a la persona, familia, entorno social; así como a las instituciones y sistemas de salud. (3)

En el Perú a nivel hospitalario, la realidad no es menos significativa, se presenta una prevalencia de 16% en la población de pacientes hospitalizados, principalmente en los servicios de emergencia y medicina. Considerando que éstos pacientes tienen un periodo de hospitalización a largo plazo. (4)

Las úlceras por presión (UPP), son un problema del que se ha investigado ampliamente a lo largo del tiempo y muchos de sus procesos no están del todo claros, aun se observan dificultades en el manejo por parte del personal de enfermería como directa responsable de su cuidado, tal vez por el desconocimiento de su etiología, clasificación y opciones de tratamiento y quizá por no tener un método sistematizado para su manejo. (2)

La profesión enfermera centra su trabajo en los cuidados, y dentro de éstos una parte importante son los cuidados de la piel. Una atención adecuada en este campo ayuda a prevenir la aparición de úlceras por presión. (2)

La labor de enfermería en éste campo es fundamental para mejorar la prevención y tratamiento de dichas lesiones, por lo tanto somos responsables de aplicar el proceso enfermero correctamente, basándose en la evidencia científica más actualizada, con el fin de mejorar la calidad de los cuidados y disminuir la prevalencia de las UPP. (2)

En la actualidad se ha incrementado notablemente el interés por el cuidado y abordaje de las Úlceras Por Presión, las cuales suponen un gran problema de salud, en el que la Enfermería juega un rol muy importante y con mayor independencia con respecto a otros campos. Éste interés, no solo se dirige hacia su tratamiento eficaz, sino que también hace especial hincapié en la prevención; ya que se estima que son evitables entre el 95-98% de los casos. (2)

En el contexto actual el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es considerado por la comunidad científica de Enfermería como el método de cuidado de los profesionales de enfermería, en el que se articulan los cuidados brindados por los profesionales; es, además, una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados de enfermería que promuevan los cuidados humanísticos centrados en unos resultados eficaces que llevan a mejorar el bienestar del paciente. (6)

Todos los profesionales de Enfermería conocemos la transcendencia de una úlcera por presión, en adelante UPP, en nuestro entorno profesional y lo que supone para el paciente o persona que lo padece y para su familia, además del costo que significa para el sistema sanitario. La prevención de UPP constituye un reto y un desafío permanente para los profesionales de salud debido a las circunstancias socioeconómicas, de calidad de vida y repercusiones que éstas conllevan. (5)

El presente Caso Clínico se realizó en el servicio de Medicina Varones del Hospital Central FAP, identificando al paciente que presentaba al momento de su ingreso al servicio una úlcera por presión (upp) de IV grado, motivo por el cual surgió la inquietud de tomar el caso. Se utilizó el PAE para individualizar los cuidados al paciente con UPP estableciendo prioridades con base en sus necesidades, y problemas de salud, encaminado a una mejor calidad de vida para el paciente y su familia e, indirectamente, a la mejora del cuidado de enfermería.

1.2 MARCO TEORICO

1.2.1 ULCERA POR PRESIÓN

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial. (8)

Las Úlceras por presión o más comúnmente conocidas como Escaras, se definen como zonas localizadas de necrosis que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, uno las prominencias óseas del propio paciente y otro una superficie externa. Esto origina una isquemia de la membrana vascular, lo que origina vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular. Si la presión no disminuye, se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración. Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios.

Afectan al 9% de los pacientes ingresados en un hospital y al 23 % de los ingresados en instituciones geriátricas. El tratamiento y la detección precoz aceleran la recuperación y disminuye las complicaciones.(8)

Las Úlceras por presión no son una enfermedad sino un accidente asistencial, de hecho al menos el 95% de las úlceras son evitables. Por tanto, se puede afirmar con rotundidad que su prevención es el mejor tratamiento de éstas que existe.(8)

1.2.2 FISIOPATOLOGÍA

Si una úlcera por presión (UPP), se ha definido como: "lesión de origen isquémico, la cual se localiza en la piel y tejidos subyacentes, sobre una prominencia ósea; causada por presión prolongada o fricción entre dos planos duros: prominencia ósea y sillón o cama, también se origina por fuerzas de cizallamiento en donde se combinan los efectos de la presión y fricción". Dicha presión puede reducir el flujo sanguíneo capilar de la piel y tejidos subyacentes, si la presión no desaparece, puede producir muerte celular, necrosis y rotura tisular. La presión capilar máxima

se encuentra aproximadamente en 20 mmHg y la presión tisular media se ubica entre 16-33 mmHg.1-6. (16)

Kosiac, en 1959 demostró que la aplicación de una presión externa de 70 mmHg sobre las prominencias óseas durante una hora, fue suficiente para producir necrosis de los tejidos y ulceración. Las presiones en el colchón de una cama de hospital, medidas bajo las prominencias óseas, oscilan entre los 100 y los 150 mmHg, en una silla de ruedas se elevan a 300 mmHg o más. La exposición de los tejidos a una presión elevada y sostenida induce a isquemia, vasodilatación, aumento de la presión intersticial, oclusión y obstrucción (microtrombos) de los vasos sanguíneos y linfáticos; provoca extravasación de líquidos, fuga de plasma, proteínas, sangre y células al espacio intersticial, aparece edema y hemorragia; estas alteraciones progresivas provocan el inicio del daño tisular.(16)

El daño tisular se inicia en los tejidos profundos y posteriormente se extiende de forma ascendente hasta la dermis y la epidermis. La lesión tisular profunda se produce en primer lugar en el músculo y en el tejido celular subcutáneo, por una pobre tolerancia a la disminución del flujo sanguíneo. Incluso, se han observado cambios irreversibles en la exposición de una a dos horas a la presión, finalmente, la lesión alcanza la dermis y la epidermis. (16)

Podemos decir que la producción de una úlcera por presión está determinada por la aplicación de presión y por la disminución de la tolerancia tisular mediada por factores intrínsecos y extrínsecos.

1.2.2.1 La presión

Intensidad: debe exceder la presión capilar de los tejidos (32 mmHg), lo que produciría isquemia, muerte celular y ulceración.

- Duración: relación parabólica inversa entre presión y tiempo, es decir, a mayor tiempo de aplicación de la presión, menor es la presión necesaria para generar una úlcera
- Efecto: hipoxia y trombosis a nivel de la microcirculación. En orden de severidad, el plano muscular es el más afectado siendo la epidermis la estructura más resistente a la hipoxia prolongada y por ende, la última en mostrar signos de isquemia (16)

1.2.2.2 La tolerancia tisular

- Además del mecanismo de isquemia-presión, existen múltiples factores que contribuyen en el proceso, disminuyendo la tolerancia tisular y creando las condiciones para que se genere la úlcera. Estos factores pueden ser extrínsecos o intrínsecos.

1.2.2.3 Factores extrínsecos (externos al paciente)

- Maceración, incontinencia, transpiración, exudado de la herida producen un exceso de humedad de la piel, haciéndola más blanda y susceptible de lesionarse.
- Fricción: el roce con otra superficie daña la epidermis y causa abrasiones superficiales.
- Fuerzas cortantes o cizallamiento: la fricción en combinación con la gravedad mueve el tejido blando sobre un hueso fijo produciendo disrupción de vasos, lo que genera más isquemia. Se produce al elevar la cabecera más de 30° y el paciente se desliza hacia abajo.

1.2.2.4 Factores intrínsecos (determinados por el paciente) (16)

- Edad: en pacientes añosos, la piel es más seca, menos elástica y con reducción de la masa tisular lo que favorece la ulceración.
- Nutrición: la baja ingesta oral o la desnutrición favorecen la producción de estas úlceras.
- Movilidad: en circunstancias normales, las personas se mueven cuando la presión produce incomodidad y dolor. La parálisis, los trastornos sensoriales, la debilidad extrema, apatía, falta de lucidez mental y la sedación excesiva afectan esta respuesta.
- Hipoxia tisular: cualquier trastorno que resulte en una hipoxia tisular también favorece la génesis de estas úlceras. Entre estos trastornos están las alteraciones circulatorias o respiratorias, anemia y edema.
- Higiene: la falta de higiene aumenta el número de microorganismos en la piel, la macera y la hace más proclive a lesionarse.
- Lesiones medulares, enfermedades neurológicas, como espasticidad.
- Otros: anemia, hipoproteinemia, hipovitaminosis, drogadicción, patología psiquiátrica asociada, patología respiratoria, síntomas autodestructivos, infecciones crónicas, patología urinaria, digestiva, abandono familiar, patologías óseas y articulares.(16)

1.2.3 ETIOPATOGENIA

La principal causa de formación de una úlcera por presión es la presión ejercida y mantenida entre dos planos duros y la tolerancia de los tejidos a ésta. Por un lado tenemos el plano duro esquelético y prominencias óseas fisiológicas o deformantes del paciente y el otro plano duro generalmente externos a él, representado por la cama, silla, calzado u otros objetos. (9)

Las úlceras por presión comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. (9)

La causa de las úlceras por presión es una presión constante ejercida contra la piel que puede dar lugar a un deterioro de los pequeños vasos sanguíneos. En condiciones normales, la persona suele cambiar varias veces su posición durante el sueño, para evitar que partes de la piel queden comprimidas entre los huesos y la base sobre la que se apoyan. Mientras que en el caso de los pacientes en cama, esto no es posible ya que no pueden moverse ni girarse por sí mismos, quedando en la misma posición durante mucho tiempo. Esta presión permanente sobre la piel comprime los pequeños vasos sanguíneos de manera que la zona correspondiente queda privada del oxígeno de la sangre. La consecuencia es la muerte del tejido y la aparición de una úlcera por decúbito. Además de la presión ejercida, las fuerzas por cizallamiento y los correspondientes desplazamientos producidos por las capas del tejido, con el consiguiente deterioro de los pequeños vasos sanguíneos, son una de las causas principales para el desarrollo de un decúbito. Estas fuerzas por cizallamiento se producen al levantarse o deslizarse en la cama.(19)

En principio, una úlcera por presión puede aparecer en cualquier parte del cuerpo que no esté protegida por músculos o tejido graso debido a una elevada presión de apoyo. En decúbito supino, las partes corporales más expuestas son, principalmente, el sacro, los talones y los codos, mientras que en decúbito lateral son el trocánter menor del fémur y los tobillos.

Las personas que llevan largo tiempo guardando cama y que suelen tener bastante limitada la capacidad de movimiento son las que presentan más riesgo de padecer una úlcera por decúbito. A este grupo pertenecen sobre todo las personas mayores, parálíticas o enfermas de gravedad (tras un accidente, por ejemplo), los pacientes de apoplejía o de enfermedades como la esclerosis múltiple. Un empeoramiento del estado físico general, con desecación (exicosis) y

adelgazamiento (caquexia) tan común entre las personas mayores que no pueden valerse suficientemente de sí mismas, así como fiebre y una fuerte sudoración, son elementos que favorecen las úlceras por decúbito.(19)

La piel cuenta con una rica irrigación sanguínea que lleva oxígeno a todas sus capas. Si esa irrigación se interrumpe durante más de 2 o 3 h, la zona de piel privada de oxígeno al inicio se enrojece e inflama y, a continuación, se necrosa y ulcera, comenzando por la epidermis. Una causa frecuente de irrigación sanguínea reducida en la piel es la presión. El movimiento normal hace variar la presión, para que la circulación sanguínea no quede obstruida durante un largo período. La capa de grasa debajo de la piel, especialmente sobre las prominencias óseas, actúa a modo de almohadilla y evita que los vasos sanguíneos se cierren. Si la presión interrumpe el riego sanguíneo, la zona de piel privada de oxígeno al inicio se enrojece e inflama y, a continuación, se ulcera. Aunque la circulación sanguínea quede sólo parcialmente interrumpida, la fricción y otra clase de daño a la capa externa de la piel también pueden causar úlceras. (9)

La ropa inapropiada, las sábanas arrugadas o la fricción de los zapatos contra la piel pueden contribuir a lesionarla. La prolongada exposición a la humedad (a menudo por sudoración frecuente, orina o heces) puede dañar la superficie de la piel, haciendo muy probable la úlcera por presión. Existen una serie de factores de riesgo que predisponen a la aparición de UP y que se deberían tener en cuenta, como son: inmovilidad y encamamiento prolongado, edad, accidente cerebrovascular, pérdida de sensibilidad, demencia senil, incontinencia de esfínteres, enfermedades endocrinas (diabetes y obesidad), malnutrición, arterioesclerosis, inmovilizaciones mecánicas: férulas, escayolas, etc., tratamiento con corticoides y citostáticos. Las zonas afectas se localizan en un 90% por debajo de la cintura y dependen mucho de la posición del paciente, siendo las más frecuentes: sacro, trocánter mayor, tuberosidad isquiática, talones y maléolo externo.(9)

1.2.4 CLASIFICACIÓN

1.2.4.1 GRADO I

Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras pueden presentar tonos rojos, azules o morados.

En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometido a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:

- Temperatura de la piel (caliente o fría).

- Consistencia del tejido (edema o induración).
- Y /o sensaciones (dolor, escozor).

1.2.4.2 GRADO II

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

1.2.4.3 GRADO III

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente. Puede presentarse en forma de cráter, a menos que se encuentre cubierto por tejido necrótico.

1.2.4.4 GRADO IV

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). En este estadio, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos. (7)

1.2.5 FACTORES DE RIESGO

1.2.5.1 Fisiopatológicos

- Lesiones cutáneas: envejecimiento y patológicas.
- Trastornos del transporte de oxígeno: Insuficiencia vascular periférica, estasis venoso, trastornos cardiopulmonares.
- Déficit nutricionales: delgadez, obesidad, anemias, hipoproteinemias.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección.
- Alteraciones del estado de conciencia: fármacos, confusión, coma.
- Déficit motor: ACV (accidente cerebrovascular), fracturas.
- Déficit sensoriales: pérdida de la sensibilidad térmica y dolor.
- Alteraciones de la eliminación: urinaria y fecal.

1.2.5.2 Derivados del tratamiento

- Inmovilidad impuesta por tratamiento.
- Tratamiento inmunosupresor: radioterapia, quimioterapia.

-Sondajes con fines diagnósticos o tratamiento.

1.2.5.3 Situacionales

- Falta de higiene.
- Arrugas en la ropa.
- Objetos de roce.
- Inmovilidad por dolor, fatiga.

1.2.5.4 Del entorno

- Falta o mala utilización del material de prevención.
- Desmotivación profesional por falta de formación y/o información específica.
- Sobrecarga de trabajo.
- Falta de criterios unificados en la planificación de las curas.
- Falta de educación sanitaria de cuidadores y pacientes.
- Deterioro de la propia imagen de la enfermedad (8)

1.2.6 PREVENCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema de salud que afecta a todos los sistemas sanitarios desarrollados. Existe un amplio grado de consenso en considerar que la prevención constituye el método más eficiente de abordar el problema. La valoración del riesgo es un aspecto clave en la prevención. El objetivo de la valoración del riesgo es la identificación de los individuos que necesitan medidas de prevención y la identificación de los factores específicos que los ponen en situación de riesgo. Para ello se utilizan las escalas de valoración del riesgo. Así tenemos que las cinco escalas validadas hasta la fecha son: Braden, Norton, EMINA, Waterlow y Cubbin-Jackson.(18)

En el presente trabajo se considera que el objetivo inicial en la lucha contra las UPP es evitar su aparición. Así consideramos:

1.2.6.1 Cuidados de la piel

El objetivo consiste en mantener y mejorar la tolerancia tisular a la presión para prevenir una lesión. Se debe realizar:

- Inspección sistemática de la piel una vez al día por lo menos.

- Limpiar la piel con agua tibia y jabones neutros para minimizar la irritación y resequedad de la piel.
- Minimizar los factores ambientales que producen sequedad de la piel (baja humedad < 40% y exposición al frío).
- Tratar la piel seca con agentes hidratantes.
- Evitar el masaje sobre las prominencias óseas.
- Evitar la exposición de la piel a la orina, materia fecal, transpiración y drenaje de la herida mediante el uso de pañales desechables que se cambiarán con frecuencia, hidratantes y barreras para la humedad.
- Reducir al mínimo la fricción y rozamiento mediante técnicas adecuadas de posición, transferencia y cambios de posición.
- Tratar la desnutrición y mejorar la movilidad.
- Ejercicios pasivos y activos que incluyen desplazamiento para disminuir la presión sobre prominencias óseas.

1.2.6.2 Cargas mecánicas

La cabecera de la cama debe encontrarse en el grado más bajo de elevación posible compatible con los problemas médicos. El uso de ropa de cama para mover al paciente disminuye las fuerzas de fricción y rozamiento. Deben realizarse cambios posturales cada dos horas evitando el contacto directo entre las prominencias óseas con almohadas o cualquier otra superficie blanda. Los pacientes sentados deben cambiar el lado que soporta el peso cada 15 minutos si lo pueden realizar por sí mismos. Si no fuera así, se debe hacer sistemáticamente cada hora. El uso de flotadores o similares para sentarse está contraindicado.

1.2.6.3 Superficies de apoyo

A los pacientes con riesgo de desarrollar UPP debe colocar un dispositivo de apoyo que disminuya la presión. Existen dos tipos:

- Estáticas: hule espuma, aire estático, gel o agua o su combinación.
- Dinámicas: aire alternante, pérdida limitada de aire, aire fluidificado.

Los dispositivos estáticos son menos costosos y se consideran apropiados para la prevención de las UPP.

Se tomaría en consideración una superficie dinámica ante dos situaciones:

- Tocar fondo: cuando la superficie estática comprimida mide menos de 2,5 cm.
- Paciente con alto riesgo de UPP y con hiperemia reactiva en una prominencia ósea, a pesar del uso de una superficie estática de apoyo (8)

1.2.7 EDUCACION A LA FAMILIA Y CUIDADOR

La población anciana está aumentando de forma considerable actualmente. A medida que el anciano enferma aumenta su nivel de dependencia, creciendo la necesidad de cuidados, por ello es necesario formar al cuidador.

La familia/ cuidador es el principal punto de apoyo de éstos pacientes, debido a que dedican gran parte de su tiempo a ellos, ya que por su nivel de dependencia, es el cuidador el que proporciona los cuidados necesarios y para ello es preciso que reciba la información adecuada para que la ponga en práctica y obtenga resultados más satisfactorios para el bienestar de ambos. Uno de los principales problemas de la atención médica es que los pacientes cuyo tratamiento ha terminado, no pueden ser dados de alta en el hospital. Esto sucede a menudo con los pacientes de edad más avanzada, que no pueden cuidar de sí mismos en su casa, viéndose esto aumentado cuando son totalmente dependientes. En Suecia, se hacen grupos de apoyo para familias de ancianos dependientes hospitalizados con un diagnóstico particular (por ejemplo: ACV, cáncer...), se reúnen para obtener información sobre la enfermedad, su evolución y sobre los problemas que pueden presentarse en el momento del alta hospitalaria, así como para recibir asesoramiento y apoyo, siendo los resultados de estos grupos positivos, ya que los cuidadores refieren sobrellevar mejor la sensación de sobrecarga y aprender con los consejos prácticos. Otra práctica que también se suele realizar son los grupos de autoayuda, siendo éstos: conjunto de personas que comparten una situación común y se reúnen para ofrecerse mutuo apoyo y beneficiarse de la experiencia grupal.(18)

En pacientes hospitalizados esta necesidad se ve incrementada y por tanto se produce una situación de estrés tanto en mayores como en familiares, no viéndose tampoco libres las personas que atienden a los pacientes dentro del hospital. Conforme la enfermedad progresa, los familiares sufren viendo como se deteriora el paciente y se pierden las posibilidades de comunicación. Inevitablemente y día a día va creciendo la necesidad de cuidados. La dependencia se define como la pérdida de forma temporal o definitiva de la capacidad de la persona para ser autónoma y conlleva un conjunto de dificultades y de sufrimiento para su entorno.

La situación social de dependencia es aquella situación personal que requiere la ayuda prolongada de una tercera persona para realizar los actos vitales de la vida cotidiana, es la necesidad de una atención o cuidados prolongados.

Para proporcionar un buen cuidado al enfermo es necesario la intervención de todos los miembros de la familia, teniendo como único objetivo el cuidado y bienestar del anciano. (18)

El cuidador sufre numerosos cambios en su vida, los más destacados son:

- Su fuerza vital se va desgastando, sintiéndose cansado y dolorido, al tener que cargar con el peso del enfermo, permaneciendo pendiente de él las 24 horas del día.
- La presión psicológica es muy grande, demasiadas decisiones, demasiadas preocupaciones, demasiadas frustraciones...
- Adquiere demasiadas obligaciones para las que no está preparado: medicación, higiene, aseo, alimentación...
- Pierde su independencia.
- Si no tiene con quien compartir la situación se sentirá sólo y triste.
- Tiende a no ocuparse de sí mismo abandonando incluso su salud. Todas estas dificultades, provocan la aparición de una serie de sentimientos contradictorios en el cuidador, produciendo una serie de reacciones emocionales que es importante conocer y saber por qué se producen, ya que influyen en la forma de juzgar y actuar ante las distintas situaciones.(18)

Algunas de las reacciones que se producen en los cuidadores son:

- Tristeza: Sentimiento que se apodera del cuidador en el curso de la enfermedad al comprobar que la persona a la que quiere ya no es la que era.
- Enfado: suele ocurrir cuando empieza a manifestarse la enfermedad ¿por qué me ocurre esto a mí?, ¿por qué no recibo ayuda de nadie?...
- Depresión: Esta enfermedad puede provocar en familiares tristeza, desencanto, desilusión, apatía, fatiga, falta de apetito...
- Soledad: El cuidador se va dedicando cada vez más al enfermo por lo que se aleja del entorno.
- Culpa: aparece cuando se buscan las causas de la enfermedad y provoca recuerdos que le hace sentirse mal .

La relación que se establece durante la prestación de cuidados resulta estresante tanto para el cuidador como para el enfermo, siendo a veces éstos últimos los que

pagan el precio del estrés de los primeros. Cuanto mayor es el estrés menos adecuados son los cuidados.(18)

El bienestar del enfermo depende del propio bienestar del cuidador. No sirve de nada que el cuidador se agote, tanto física como psíquica o emocionalmente. La única consecuencia de esto será una disminución en la calidad de los cuidados que, de todas formas, tendrá que prestar el cuidador a su familiar, por lo que debería obligarse a:

- Descansar: ya que si el cuidador siente que no domina la situación debe tomarse un descanso, este no es un tiempo que le robe al enfermo, sino un tiempo que le hará menos irritable, más disponible y más capaz de prestar el cuidado que ha decidido asumir.
- Disposición de tiempo para el cuidador: es un paso difícil tanto en el plano práctico como en el emocional, pero es un paso decisivo. Es una de las cosas más importantes para poder continuar.
- Relaciones sociales: es preciso que el cuidador encuentre un escape, que hable con otras personas.

En nuestro medio no suele ser frecuente la realización de estas prácticas aunque consideramos que sería necesario llevarlas a cabo para una mejor formación del cuidador y por tanto mejores cuidados del paciente.(18)

Por otro lado las actividades dirigidas a mejorar la salud de las personas, tienen como objetivo que los individuos aumenten sus conocimientos sobre la salud y la enfermedad, sobre el cuerpo y sus funciones, factores de riesgo y protectores que actúan sobre la salud y la utilidad de los Servicios de Salud.(15)

En el ámbito de la cronicidad la educación para la salud y las actividades de autocuidado, toman mayor relevancia; más aún, cuando se asocia a un niño, ya que se involucra toda la familia en el proceso de experiencia de enfermedad, produciéndose un desequilibrio en la dinámica familiar y en el desarrollo del niño originando una alteración en la calidad de vida. (16)

El cuidador es aquel que atiende a una persona dependiente en su vida diaria. Las características y el grado de dependencia de la persona afectada condicionarán y delimitarán los distintos tipos de ayudas que precisa.

Asumir el rol del cuidador puede resultar una experiencia satisfactoria y enriquecedora, pero a menudo se convierte en una situación de soledad y cansancio, llena de vivencias emocionales difíciles de interpretar. (15)

El cuidador deja de lado sus necesidades para poder cuidar a la persona dependiente, pero no tiene presente que su propia salud y su bienestar beneficia directamente a la persona que cuida. Es importante poner límites en la ayuda que se ofrece a la persona dependiente, teniendo presentes las propias limitaciones

del cuidador. El cuidador no tiene que sentirse exhausto para preocuparse de su propio bienestar, sino que éste tiene que ser una prioridad, algo que le dará fuerzas para continuar y le ayudará a prevenir sentimientos de soledad y aislamiento.

La responsabilidad de cuidar no debe recaer exclusivamente sobre una única persona, es importante compartir con otras personas la responsabilidad y tensiones que supone estar inmerso en una situación de estas características. Es importante realizar reuniones familiares para distribuir si es posible las responsabilidades.

Una fuente importante del estrés del cuidador procede del hecho de no saber hacer frente a las atenciones elementales que la persona dependiente necesita. Los cuidadores necesitan apoyo e información por parte de los profesionales sanitarios (médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales) para poder desarrollar su trabajo con el mayor éxito posible anticipándose a los problemas, a las situaciones difíciles, tanto por parte del dependiente como de el mismo.

Es función nuestra como profesionales de enfermería, transmitir a la persona cuidadora todos estos conceptos elementales, para garantizar su salud física y emocional, así como toda aquella ayuda que se encuentre a nuestro alcance. (15)

1.2.8 TRATAMIENTO

El tratamiento de las úlceras por presión atiende a cada caso concreto. El primer punto del tratamiento es eliminar la fuente de presión cambiando regularmente la posición del paciente para que la zona ulcerada no reciba presión. Para conseguir este objetivo, se recomienda un cambio regular de postura al menos cada 2 horas. También es recomendable que el paciente se mueva por sí mismo, siempre que sea posible. Al propiciar el movimiento, es importante prestar atención para que la úlcera nunca quede sometida a presión. Para ello, existen apoyos especiales (sábanas, colchones y almohadas o cojines anti escaras) que favorecen un reparto de la presión adecuado y uniforme.

Es importante recibir un correcto tratamiento una vez que la úlcera se ha formado. El tratamiento consiste en una limpieza exhaustiva de toda la lesión con suero salino y gasas estériles. Es importante mantener limpia la úlcera por decúbito con vendas húmedas y esterilizadas al menos dos veces al día. Es importante utilizar vendas húmedas para que el material del vendaje no se adhiera a la herida abierta. Las vendas secas que se pegan son difíciles de retirar y producen fuertes

dolores dando lugar a una rápida reapertura de la herida. Además, un clima húmedo favorece la curación de la herida. Cuando proceda a cambiar el vendaje, es necesario lavar la úlcera con cuidado con soluciones adecuadas (por ejemplo, una solución de cloruro de sodio al 0,9%) y seguidamente tapanlo con hidrogeles e hidrocoloides humedecidos para que no pueda penetrar en la herida ninguna bacteria del exterior.

No es recomendable el uso de desinfectantes que contengan perfumes o aceites para limpiar una úlcera ya que pueden desencadenar reacciones alérgicas. Tampoco es adecuado aplicar pomadas sobre una úlcera porque tapan los poros impidiendo su transpiración, ni polvos que formen costras en la superficie de la herida. Existe un material especialmente diseñado para tratar las úlceras por decúbito abiertas. Es importante que los familiares, que cuiden a un paciente con úlceras en su casa, consulten siempre al médico o al personal sanitario correspondiente.

Tratar una UPP es mucho más difícil que prevenirla. Afortunadamente, en sus primeras etapas, las UPP suelen curarse por sí solas una vez que se elimina la presión sobre la piel. Antes de iniciar el tratamiento va a ser necesaria una valoración general tanto del paciente, situación física y psicosocial, como de la úlcera. (17)

– **Valoración del paciente:** Se debe realizar una historia clínica completa teniendo en cuenta sus enfermedades de base, el riesgo de padecer UPP, la valoración del estado nutricional y psicosocial.

– **Valoración del entorno:** Es importante que se realice la identificación del cuidador principal, valorar su disponibilidad, sus aptitudes y los recursos de que dispone el paciente.

– **Valoración de la lesión:** El tratamiento varía en función de sus características, por lo que tendremos que fijarnos en la localización, la estadificación, las dimensiones, el tipo de tejido, la piel perilesional, el dolor, la secreción y los signos de infección.

1.2.7.1 Cuidados generales

Mejorar la salud general tomando suplementos de proteínas y calorías, así como un buen soporte emocional puede ayudar a acelerar la curación y evitar la aparición de nuevas lesiones. Es necesario hacer un mayor énfasis en la profilaxis en aquellos pacientes que ya han tenido una úlcera porque el riesgo de volver a presentarla es mayor. (17)

1.2.7.2 Cuidados de la úlcera

Desbridamiento Consiste en hacer desaparecer el tejido húmedo y desvitalizante, que interfiere en el proceso de curación, con métodos distintos en función del tipo de paciente y del tejido que se va a desbridar.

- Desbridamiento quirúrgico: es la forma más rápida de eliminar el tejido necrótico húmedo y desvitalizado en úlceras extensas. Dado que requiere habilidades técnicas y material adecuado debe realizarse en medio hospitalario y si la úlcera es extensa se desbridará en quirófano y por planos comenzando siempre por el centro.

- Desbridamiento químico o enzimático: consiste en ablandar las costras secas y eliminar el tejido necrótico. Es un método más lento aconsejado en úlceras de pequeño tamaño no infectadas. En las de gran tamaño sería muy costoso y acabaría dañando el tejido perilesional. Para llevarlo a cabo se usan productos fibrinolíticos y proteolíticos como la colagenasa (Irujol).

- Desbridamiento autolítico: se usan apósitos sintéticos que permiten al tejido desvitalizado autodigerirse por enzimas endógenas. Es el método menos traumático y más selectivo aunque es más lento y no se recomienda su uso si hay infección. Los apósitos, principalmente los hidrogeles, producen condiciones de cura húmeda.

- Desbridamiento mecánico: está en desuso dado que es muy traumático y poco selectivo. Realiza una abrasión mecánica y por fuerzas de rozamiento.(17)

1.2.7.3 Limpieza de la lesión

Es necesario limpiar la úlcera al comienzo de cada cura. Se hará de forma delicada y usando suero salino fisiológico y no antisépticos tópicos ni corticoides. Debemos conseguir una presión de lavado que consiga el arrastre sin producir lesión en la úlcera

1.2.7.4 Prevención y cuidado de la infección

El diagnóstico de infección de la UPP es clínico. Aparecen signos como inflamación, dolor, olor y exudado. Suele ser suficiente con una buena limpieza y desbridamiento de la zona y realizar las curas en condiciones de asepsia. Si en 2-3 semanas no hay mejoría es necesario usar antibiótico tópico frente a gramnegativos, positivos y anaerobios (sulfadiazina argéntica y ácido fusídico). Si

en 2 semanas no ha remitido haremos cultivo mediante punción percutánea y trataremos con antibiótico empíricamente hasta obtener antibiograma. (17)

1.2.7.5 Tratamiento Farmacológico

a) PRONTOSAN SOLUCIÓN

Solución para el lavado, descontaminación e hidratación de heridas compuesta de agua purificada, 0,1 % Undecilenamidopropil betaína, 0,1 % Polihexanida.

Solución para el lavado de heridas, posee una excelente capacidad de limpieza y de descontaminación de la superficie tisular incluso en superficies de difícil acceso, como cavidades, grietas o heridas profundas. Su aplicación no produce dolor y es bien tolerada por los alérgicos. Los olores desagradables de la herida desaparecen rápidamente.

- Ventajas

Prontosan® Solución puede emplearse en los siguientes casos: heridas agudas (mecánicas y post-operatorias), heridas crónicas, térmicas o químicas, úlceras post-radiación, fístulas, abscesos y celulitis, puertos de entrada para catéteres urológicos y tubos de drenaje, limpieza de la piel periestomal, limpieza e irrigación intraoperativa de heridas, humidificación de vendajes y apósitos de heridas, etc.

b) PRONTOSAN GEL

Hidrogel para el lavado, descontaminación e hidratación de heridas compuesta de agua purificada, 0,1 % Undecilenamidopropil betaína, 0,1 % Polihexanida, glicerol, agua purificada y hidroxietilcelulosa.

Prontosan® gel para el lavado de heridas, posee una excelente capacidad de limpieza y descontaminación de la superficie tisular incluso en superficies de difícil acceso, como cavidades, grietas o heridas profundas. Su aplicación no produce dolor y es bien tolerada por los alérgicos. Los olores desagradables de la herida desaparecen rápidamente.

- Ventajas

Prontosan® gel puede emplearse en los siguientes casos: heridas agudas (mecánicas y post-operatorias), heridas crónicas (esencialmente heridas cavitadas y de difícil acceso) incluyendo úlceras arteriales y venosas, úlceras en pacientes diabéticos y úlceras por decúbito, heridas térmicas (quemaduras de 1er y 2º grado, congelación), heridas químicas e inducidas por radiación, puertos de entrada para catéteres urológicos y tubos de drenaje y estomas. Par ala humidificación de vendajes y apósitos de heridas. Su aplicación es indolora y bien

tolerada para alergias. El olor desagradable de las heridas desaparece rápidamente.

1.3 ANÁLISIS DE LA TEORIA DE ENFERMERÍA

TEORIA DE DOROTEA E. OREM

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión.(10)

Orem divide a su teoría en tres subteorías

- a) Teoría de Autocuidado
- b) Teoría del Déficit del Autocuidado
- c) Teoría de los Sistemas de Enfermería

En el presente trabajo se ha utilizado como base teórica la Teoría del Deficit del Autocuidado y de los Sistemas de Enfermería, del cual nos ubicamos en el Sistema Totalmente Compensador, por el estado actual del paciente postrado y totalmente dependiente del cuidado de enfermería.

-Teoría de déficit de autocuidado

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.

La teoría de déficit de autocuidado de Orem 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.

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. (10)

-Teoría de los sistemas de Enfermería

Señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el

autocuidado o en el cuidado dependiente. Se organizan según la relación entre la acción del paciente y la de la enfermera, de la siguiente manera: sistema totalmente compensador, sistema parcialmente compensador y sistema de apoyo.

En el Sistema totalmente compensador, que es cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado e implica una dependencia total. Por ejemplo los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente; o un paciente encamado con reposo absoluto. De acuerdo a nuestro caso clínico asumimos esta teoría como referente, por el estado de nuestro paciente postrado y dependiente totalmente.

Por lo tanto la teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona humana.(10)

CAPITULO II

PRESENTACION DE CASO CLINICO

En el presente trabajo se ha tomado como caso clínico a un paciente varón de 87 años, que ingresa al Servicio de Medicina varones del Hospital Central FAP, en la unidad Geriátrica, proveniente de Emergencia con signos de alza térmica, tos, decaimiento, lesiones cutáneas, presencia de UPP en zona sacra de IV grado, con los diagnósticos Sepsis Respiratoria vs Dérmica.

Personalmente, he escogido el caso, por el tema de las Úlceras por Presión, por mi especial interés en los pacientes geriátricos. Considero que nuestra responsabilidad como enfermera es proporcionar cuidados para que los pacientes obtengan el máximo beneficio y ofrecer la mejor calidad. En este caso, se estableció un Plan de cuidados en base a las necesidades prioritarias del paciente.

2.1 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

2.1.1 I ETAPA: VALORACIÓN DE ENFERMERIA

Situación Problema:

Paciente adulto mayor de sexo masculino de 87 años de edad, se encuentra hospitalizado, sin compañía de familiares, recostado en cama, en área de Geriátrica del servicio de Medicina del Hospital Central FAP.

Se le observa somnoliento, no responde órdenes al interrogatorio, ventila espontáneamente, presenta abdomen blando y depresible, micción en pañal, no moviliza extremidades, paciente adelgazado presenta piel seca y fría, se le evidencia una upp de IV grado en región sacro, y zonas de presión en ambos trocánter.

Se hospitaliza por presentar una Examen de Orina patológico con 60-70 leucocitos por campo, fiebre, decaimiento, disminución de apetito y lesiones dérmicas como úlcera por presión IV grado al momento de su ingreso al hospital.

El paciente se encuentra hospitalizado para manejo y tratamiento a cargo de la especialidad de Geriátrica, haciéndose responsable su hija como familiar directo; al revisar la historia clínica se visualiza que existe un registro de un ingreso anterior hace 3 meses por otro diagnóstico.

DATOS DE FILIACIÓN:

- * Nombre: J. C. V. G
- * Edad: 87 años.
- * Sexo: Masculino.
- * Fecha de nacimiento: 14/03/1932
- * Lugar de nacimiento: Lima
- * Procedencia: Villa María del Triunfo
- * Dirección: Lte. 12 Mz. J Paradero El trébol VMT
- * Teléfono: 4658680
- * Estado Civil: Casado
- * Ocupación: Electricista (Retiro)
- * Fecha de ingreso: 21/02/2017 Hora: 12:00 am
- * Servicio: Medicina Varones
- * Historia Clínica: 604835B

EXAMEN FISICO: (Céfalo Caudal)

- * Cabeza: Normo céfalo.
- * Cabello: Regular implantación, color blanquecino, escaso, corto.
- * Ojos: - Pupilas: Círculos, apertura ocular espontánea.
 - Escleras: Claras.
- Conjuntivas: Claras.
- * Fosas Nasales: Permeables, con escasa mucosidad.
- * Orejas: Pabellón auricular bien formado, simétricos.
- * Boca: Mucosa oral seca.
- * Cuello: Corto y flexible.
- * Tórax: Simétrico.
- * Piel: Seca, fría, poco elástica, pálida, llenado capilar < 2"

Presenta UPP de IV Grado en región sacra, y zonas de presión en ambos trocánter

- * Zona lumbar: No tumoración, murmullos vesiculares en ambos campos pulmonares.
- * Frecuencia Respiratoria: 23 x´
- * Temperatura: 37.8 ° C
- * Cardio Vascular: Ruidos cardiacos regulares
- * Frecuencia Cardiaca: 83x´
- * Abdomen: Blando depresible, poco distendido, ruidos hidroaereos presentes.
- * Extremidades Superiores: Simétricos, con vía periférica en brazo izquierdo.
- * Genitales: Sin heridas o lesiones.
- * Extremidades Inferiores: Simétricos.
- * Talla: 1.65 aprox.

Recolección de Datos:

a) FUENTE PRIMARIA:

Subjetivo:

Paciente presenta un Glasgow de 12 puntos, no refiere nada al momento de la evaluación. Por momentos permanece callado, no responde, no identifica bien a sus familiares, ni donde se encuentra.

Familiares refieren que hace 2 meses previos a su ingreso, el paciente dejo de caminar, permaneciendo en cama, la mayor parte del día, recibía dieta tipo papilla asistida, pero que hace unos 3 días previos a su ingreso, disminuyó el apetito, le observaron decaimiento, presentando temperatura en casa. Por lo que deciden traerlo por Emergencia, para que lo evalúen, en el hospital.

b) FUENTE SECUNDARIA:

Objetivo:

Historia Clínica:

Según historia clínica, paciente ingresa por el servicio de Emergencia del Hospital Central FAP a las 12:00 am por presentar fiebre, decaimiento, malestar general y presentar lesiones dérmicas en región sacra tipo úlceras por presión . Actualmente se le observa somnoliento, con facies de dolor, subfebril T° 37.8 °C. No se

moviliza en cama, no controla esfínteres, se le observa UPP Grado IV en zona sacra, y zonas de presión en ambos trocánter.

* FUNCIONES BIOLÓGICAS:

- Apetito: Disminuido
- Deposiciones: Normales, 1 vez al día
- Sed: Disminuido
- Sueño: Disminuido
- Peso: 68kg aprox.

* ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS:

- Nacido de parto: Eutócico
- Desarrollo Psicomotor: Adecuado

* ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- HBP II Grado
- Hipotiroidismo
- Vejiga retencionista
- Gastritis aguda: Sin término de tratamiento

* EXAMENES AUXILIARES:

- Hemograma: Hb 11.4, Leucocitos 15,350
- Ex Orina presenta 60-70 leucocitos por campo
- Glucosa 122 mg/dl, Urea 38 mg/dl, Creatinina 1.2 mg/dl
- Placa de Rx. Tórax sin alteraciones

* HABITOS NOCIVOS:

- Alcohol: No
- Tabaco: No
- Café: No
- Drogas: No

* INFORME ACTUAL:

- Diagnostico Medico: Sepsis pp Dérmico y Urinario

* KARDEX DE ENFERMERÍA:

- Dieta Papillada asistida, vol 1200cc
- Via EV Salinizada
- Cefazolina 1gr EV c/12 h
- Levotiroxina 100 mg por SNG 30 min antes de alimentos
- Paracetamol-Tramal c/12 h por SNG
- Ácido Fólico 0.5 mg 2 tab c/12 h por SNG
- Levosulpiride 25 mg 1 tb c/8 h por SNG
- Epoyetina 2000 UI SC Mar-Jue-Sab
- Tansulosina 0.4 mg 1 tab c/24 h 8 pm por SNG
- Enoxoparina de 40 mg SC c/ 24 h
- Atorvastatina 20 mg 1 tab 6 pm por SNG
- Prontosan Solución-Gel en upp c/12 h
- Movilización cada 2 horas
- CFV – BHE

VALORACION SEGÚN DOMINIOS:

DOMINIO	CLASE	INFORMACION
1.-Promoción de la Salud	1.-Promoción de la Salud	El paciente a su ingreso no cumple el Régimen terapéutico adecuado. Presenta Déficit del Conocimiento debido a su estado mental, el paciente no se encuentra lúcido.
2.-Nutrición	1.-Ingestión	La ingestión de nutrientes no es adecuada para el paciente y los problemas de salud que presenta. Su dieta habitual es blanda tipo papilla, pero existen restricciones dietéticas que algunas veces no se cumplen, como por ejemplo el volumen, la consistencia, debe ser hiposódica, etc. Su Peso aproximado es 60 Kg y su Talla es aprox. 1.75 cm , con un IMC 19.6 El paciente no tolera los alimentos muy líquidos, tiene dificultad para masticar y deglutir.
3.- Eliminación/ Intercambio	1.-Sistema urinario 2.-Sistema gastrointestinal	El paciente usa pañal, es incontinente, no controla esfínteres. Ocasionalmente se estriñe, por lo general evacua cada 3 a 4 días, por lo que debe usar laxantes y/o enema.
4.-Actividad/ Reposo	1.-Actividad/ Reposo	Movimiento Físico: Se encuentra postrado en cama. Presenta pulso normal. Respiración espontánea Se mantiene en Reposo absoluto en cama, su Fuerza muscular está disminuida, por lo que no puede realizar movimientos, ni actividades de autocuidado. Descansa a intervalos, por lo que utiliza fármacos prescritos, regularmente.
5.-Percepción /Cognición	1.-Atención 2.-Orientación	Se encuentra desorientado en Espacio, tiempo y persona. Presenta Deterioro de los procesos del pensamiento, deterioro sensorial en el área auditiva y visual.

	3.-Cognición	El paciente presenta un Glasgow de 12 puntos: -Respuesta Ocular: 3 (Orden verbal) -Respuesta verbal: 4 (Confuso) -Respuesta Motora: 5 (localiza el dolor)
6.-Autopercepción	1.-Autoconcepto	En el paciente no expresa claramente cómo valora el concepto que tiene de sí mismo. Su estado de ánimo, permanece estacionario, no se observa cambios. No se evidencia sensación de fracaso. Presenta una conducta introvertida. No presenta conciencia de enfermedad. No participa en su Autocuidado. Su imagen corporal, aparentemente no es aceptada. Presenta su autoestima baja, se muestra callado.
7.-Rol / Relaciones	2.-Relaciones familiares 3.-Interpretación del rol	El paciente vive con su esposa e hija, quienes son su fuente de apoyo familiar. No tiene cuidadora, quien asume los cuidados en el domicilio es su hija. La relación con la familia es afectiva. A si mismo con el personal de salud, presenta buen trato y una relación afectiva. El paciente sabe leer según refieren sus familiares, y se comunica por momentos con la familia, en idioma castellano. Aparentemente no presenta problemas familiares. El consentimiento informado, lo brindó la familia, en virtud del estado del paciente. Requiere de cuidados de enfermería para un paciente postrado.
8.-Sexualidad	1.-Identidad Sexual	El paciente presenta Estado civil: Casado. N° de hijos: 02, vive con una hija, y tiene un hijo que vive en el extranjero. No presenta Problemas de Identidad sexual ni Antecedentes de ETS.
9.-Afrontamiento y tolerancia al estrés.	2.-Respuestas de afrontamiento	Se valora al paciente y se observa que en su Respuesta al stress se le observa tranquilo no se le observa agresivo o irritable. Su actitud frente al tratamiento es buena. No registra Fobias, ni Intentos de suicidio. Su Adaptación al medio hospitalario es buena.

10.- Principios vitales		<p>La Religión que profesa es la católica, no presenta Restricciones religiosas. La familia solicita apoyo espiritual esporádicamente. Si acepta Transfusiones sanguíneas. No se observa en la familia dificultad para tomar decisiones. El principal valor que practica es la armonía. No presenta conexiones con el Arte y la música, más si con la Literatura, según refiere la familia.</p>
11.-Seguridad y Protección		<p>Presenta piel pálida, seca y fría. Además se le observa Edema (++) de miembros inferiores, con presencia de ligera Fovea. No presenta en la piel hematomas, flebitis, celulitis. Presenta UPP antigua de IV grado en zona sacra. Por lo que si requiere dispositivos anti escaras. Requiere sujeciones, ya que por momentos intenta retirarse la via EV periférica. Requiere cama con barandas, además de un familiar que lo acompañe en forma permanente. No registra antecedente de caídas, desmayos, convulsiones, asfixia por líquidos o atragantamientos. No registra tampoco fracturas.</p>
12.-Confort	1.-Confort físico	<p>El paciente presenta dolor crónico difuso, localizado en zona sacra y miembros inferiores y superiores. El manejo que recibe para el tratamiento del dolor, es a base de AINES. Presenta esporádicamente nauseas, no registra vómitos. No se percibe Aislamiento social.</p>
13.- Crecimiento y Desarrollo		<p>No hay aumento de las dimensiones físicas, maduración de los órganos y sistemas o logros de las tareas de desarrollo acordes con la edad.</p>

2.1.2 II ETAPA: DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA:

- 1.- Deterioro de la Integridad cutánea r/c Inmovilidad física y Fuerzas de cizallamiento, presión continua. (00046)
- 2.-Riesgo de Infección r/c Defensas primarias inadecuadas (lesiones en la piel). (00004)
- 3.- Deterioro de la integridad tisular r/c Factores Mecánicos (presión, fricción, cizallamiento) y Déficit nutricional. (00044)
- 4.-Deterioro de la movilidad en la cama r/c deterioro cognitivo y falta de fuerza muscular. (00091)
- 5.-Procesos familiares disfuncionales r/c desconocimiento del familiar-cuidador respecto al proceso de enfermedad y falta de apoyo familiar (00063)

2.1.3 III ETAPA: PLANIFICACIÓN

DIAGNÓSTICO	DOMINIO	CLASE
Deterioro de la Integridad cutánea r/c Inmovilidad física y Fuerzas de cizallamiento, presión continua.	Dominio 11. Seguridad/ Protección.	Clase 2. Lesión física (00046)
Riesgo de Infección r/c Defensas primarias inadecuadas (lesiones en la piel).	Dominio 11. Seguridad/ Protección.	Clase 1. Infección (00004)
Deterioro de la integridad tisular r/c Factores Mecánicos (presión, fricción, cizallamiento) y Déficit nutricional.	Dominio 11. Seguridad/ Protección.	Clase 2. Lesión física (00044)
Deterioro de la movilidad en la cama r/c deterioro cognitivo y falta de fuerza muscular.	Dominio 4: Actividad/Reposo.	Clase 2 Actividad/Ejercicio (00091)
Procesos familiares disfuncionales r/c desconocimiento del familiar-cuidador respecto al proceso de enfermedad, falta de apoyo familiar	Dominio 5. Percepción/ Cognición	Clase 4. Cognición (00063)

Valoración	Diagnóstico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>Dato Subjetivo Familiar refiere que el paciente tiene lesiones que humedecen la cama</p> <p>Dato Objetivo Se valora la integridad de la piel y se observa presencia de UPP grado IV en región sacra</p>	<p>1) Deterioro de la Integridad cutánea r/c Inmovilidad física y Fuerzas de cizallamiento, presión continua.</p>	<p>-Objetivo General Mantener la Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</p> <p>-Objetivo Específico Realizar la curación de herida: por segunda intención.</p>	<p>Cuidados de las úlceras por presión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir características de la úlcera a intervalos regulares (tamaño, estadio, presencia de exudado, tipo de tejido). • Controlar color, temperatura, edema, humedad y apariencia de la piel circundante. • Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave. • Desbridar, si es necesario. • Limpiar úlcera con solución salina estéril, en movimientos circulares, desde el centro. • Anotar características del drenaje. • Aplicar apósito con Prontosan Solución, y dejar por 10-15 min. • Aplicar Prontosan Gel y cubrir con apósito estéril • Cambiar posición cada 1-2 horas. • Controlar estado nutricional. • Observar signos y síntomas de infección. • Utilizar colchones anti escaras. • Educar sobre cuidados de la herida al cuidador o familiar. 	<p>Se registrará en la Historia Clínica, la curación, las características y cambios en la observación de la upp.</p> <p>Se coordinó los cambios posturales mínimo cada 2 horas</p>

Valoración	Diagnóstico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>Dato Subjetivo Se observa gasas con presencia de exudado por lesiones en piel</p> <p>Dato Objetivo Se observa presencia de lesiones con exudado</p>	<p>2) Riesgo de Infección r/c Defensas primarias inadecuadas (lesiones en la piel).</p>	<p>-Objetivo General Disminuir el Riesgo de Infección</p> <p>-Objetivo Específico Realizar acciones para identificar las amenazas contra la salud personal.</p>	<p>Control de infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener técnicas de aislamiento y limitación de visitas, si procede. • Instruir sobre técnicas correctas de lavado de manos al paciente y familia. • Lavado de manos antes y después de cada actividad de cuidado. • Poner en práctica precauciones universales. • Administrar terapia de antibióticos, si procede. • Usar guantes estériles en las curas. • Mantener ambiente aséptico. • Fomentar ingesta adecuada de líquidos y nutrición. • Asegurar una técnica adecuada de cuidado de heridas. <p>Protección contra infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar signos y síntomas de infección, y grado de vulnerabilidad a la misma. • Valorar recuento de granulocitos y glóbulos blancos. • Mantener normas de asepsia. • Proporcionar cuidados 	<p>Observar, registrar e informar los signos de infección.</p> <p>Se utiliza técnica aséptica para el cuidado de las úlceras</p>

			<p>adecuados a la piel en zonas edematosas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la piel y control de Temperatura en cada turno. • Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario. • Proporcionar líquidos y nutrición suficiente. • Fomentar movilidad y ejercicios. • Educar a la familia acerca de los signos y síntomas de infección e informar. • Informar sospechas al personal de control de infecciones. • Informar sobre resultados de cultivos positivos. 	
--	--	--	--	--

Valoración	Diagnóstico	Planificación	Intervención	
<p>Dato Subjetivo Se evidencia tejido en la valoración de las lesiones</p> <p>Dato Objetivo Se observa lesiones con compromiso</p>	<p>3) Deterioro de la integridad tisular r/c Factores Mecánicos (presión, fricción, cizallamiento) y Déficit nutricional.</p>	<p>-Objetivo General Disminuir el riesgo de deterioro de la integridad tisular</p> <p>-Objetivo Específico -Realizar la Curación de la herida: por segunda intención</p>	<p>Cuidados de las úlceras por presión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar camas y colchones especiales anti escaras. • Asegurar una ingesta dietética adecuada. • Describir características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio 	<p>Observación y registro del tamaño de la lesión</p>

Valoración	Diagnóstico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>Dato Subjetivo Familiar refiere que el paciente no se moviliza.</p> <p>Dato Objetivo Se valora al paciente y se evidencia disminución de fuerza muscular, flacidez y debilidad en las extremidades.</p>	<p>4) Deterioro de la movilidad en la cama r/c deterioro cognitivo y falta de fuerza muscular.</p>	<p>-Objetivo General Evitar las consecuencias de la inmovilidad</p> <p>-Objetivo Específico Determinar acciones para identificar las amenazas contra la salud personal.</p>	<p>Vigilancia de la piel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema, drenaje, infección, erupciones, excesiva sequedad o humedad, magulladuras, presión o fricción en la piel y mucosas. • Vigilar color y temperatura de la piel. • Observar si hay zonas de decoloración y pérdida de integridad. • Anotar los cambios en la piel. • Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p.ej., colchón anti escaras, cambios de posición, etc.) <p>Cambio de posición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el estado de oxigenación antes y después de cada cambio de posición. • Poner en posición de alineación corporal correcta. • Poner en posición que facilite la ventilación/perfusión. • Fomentar la realización de ejercicios activos y pasivos. • Evitar posiciones que aumenten el dolor. 	<p>Se realizará la vigilancia estricta de la integridad de la piel.</p> <p>Se observa disminución de los factores de riesgo</p> <p>Se coordina con el personal técnico de enfermería para los cambios posturales y cuidados de la piel.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar el roce cuando se cambia de posición. 	
Valoración	Diagnóstico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>Dato Subjetivo La hija del paciente refiere no saber cuidar a su papa, y que se encuentra sola, con su mamá, una persona lúcida, pero adulta mayor.</p> <p>Dato Objetivo -Se observa deficiencia en el nivel de conocimiento de los familiares para atender a un paciente postrado -Problemas familiares para</p>	<p>5) Procesos familiares disfuncionales r/c desconocimiento del familiar-cuidador respecto al proceso de enfermedad, falta de apoyo familiar</p>	<p>-Objetivo General Mejorar el nivel de conocimientos</p> <p>-Objetivos Específicos -Describir el proceso de la enfermedad. -Describir los síntomas y signos de las complicaciones. -Describir las precauciones para prevenir las complicaciones. -Mejorar los procesos familiares en el manejo del paciente postrado.</p>	<p>Conocimiento Proceso de la enfermedad -Modificación de la conducta: Respecto a los cuidados propios del paciente postrado -Enseñanza: proceso de enfermedad -Enseñanza: individual al familiar cuidador respecto a los cuidados de la piel, cambios posturales, prevención de complicaciones y observación de Signos de Alarma.</p> <p>Enseñanza: actividad/reposo en cama. Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: procedimiento/tratamiento Apoyo al cuidador familiar Conocimiento: régimen terapéutico. Consejería y apoyo a la familia. Coordinación con Servicio social.</p>	<p>Se logra mejorar el nivel de conocimientos de los familiares del paciente postrado.</p> <p>Se logra coordinar con los familiares respecto al cuidado y toma de decisiones y manejo del paciente postrado</p>

<p>el afrontamiento del cuidado de la salud</p>			<p>Apoyo Emocional a la Hija -Facilitar la expresión de sentimientos: ansiedad, tristeza, culpa. -Mostrar comprensión verbal y no verbal, de acompañamiento y comprensión por encontrarse como única responsable del cuidado de su padre.</p>	<p>Se observa a familiar /cuidador con buena receptividad, buen estado de ánimo.</p>
---	--	--	---	--

2.1.4 IV ETAPA: EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES

En la realización del presente caso clínico, se aplicó el PAE valorando según trece dominios, haciendo hincapié en patrones alterados, para identificar los diagnósticos de enfermería, y realizar posteriormente el Plan de Cuidados, priorizando los diagnósticos de acuerdo a las necesidades del paciente.

Se trabajó en equipo con el personal técnico de enfermería para brindar los cuidados de la piel, los cambios posturales, para realizar el manejo de presiones, en cada turno. Además se incidió en los cuidados del paciente, controlando tiempos y coordinando que se cumpla estrictamente los cambios posturales y cuidados de la piel de acuerdo a la programación y secuencia establecida en el servicio.

Además se cumplió con la aplicación del tratamiento Prontosan, el cual fue indicado exclusivamente para el paciente, por una coordinación médica interna con el laboratorio. El cual fue aplicado cada 12 horas por el personal de Enfermería en cada turno correspondiente.

Se realizó la curación de la upp de IV grado con la asistencia del personal técnico de enfermería en el momento del confort al paciente, utilizando técnica aséptica se logró evitar infecciones y disminuir el tamaño de la upp.

Se brindó orientación y educación sanitaria a la familia del paciente, respecto a los cuidados del paciente adulto mayor postrado, la cual se mostró con buena actitud y receptividad al momento de la entrevista.

La ejecución íntegra del caso clínico se realizó con el personal de Enfermería del servicio de Medicina Varones del Hospital Central FAP, el cual se identificó mucho con el paciente, por el tiempo de permanencia del mismo en el servicio.

2.1.5 V ETAPA: EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

El presente caso clínico se llevó a cabo con un paciente adulto mayor de 85 años de edad con diagnóstico Síndrome Febril pp Urinario y Dérmico. Utilizando el Proceso de Atención de Enfermería se inició con la valoración completa, realizando la inspección, palpación y auscultación se obtuvieron datos de fuente primaria: paciente y familiares y secundaria: Historia Clínica.

Se realizó el examen físico sin dificultades, se consideró la valoración con los trece Dominios y sus clases, identificando problemas de los que se priorizó de acuerdo al estado del paciente, para la realización de los diagnósticos, luego se hizo la planeación y ejecución de los diagnósticos e intervención teniendo en cuenta los objetivos y/o resultado esperado, finalmente se contó con la ayuda del personal profesional y técnico de enfermería para poder ejecutar las intervenciones y lograr el resultado esperado para el paciente.

Se trabajó en equipo con el personal profesional y técnico de enfermería del servicio de hospitalización, para la aplicación del Plan de Cuidados, lográndose disminuir el tamaño de la úlcera de IV a III grado, que presentaba el paciente al momento de su ingreso.

Además se observó que gracias al trabajo conjunto, la constancia y la continuidad de los cuidados de la piel se logra mejorar la integridad cutánea y disminuir el riesgo de infección a través de una buena técnica aséptica.

Se pudo coordinar con el personal de Enfermería para incidir en las acciones que permitan cumplir con los objetivos trazados e implementar este plan de cuidados para el paciente postrado.

Se realizó una entrevista con los familiares del paciente, para brindarse Educación sanitaria respecto a los cuidados al paciente postrado, y se observó buena apertura y receptividad de parte de los mismos.

CAPITULO III

3.1 CONCLUSIONES.

- Promover la construcción y aplicación de un Plan de Atención de Enfermería flexible basado en evidencia científica, resultado de los hallazgos de la revisión sistemática, que orienten la toma de decisiones en el cuidado integral de las personas con Úlceras por Presión y contribuyan a la calidad de los servicios de salud mejorando la Calidad de Vida del adulto mayor.
- Con la aplicación del PAE se logró disminuir el tamaño de la upp de IV Grado a III Grado, en un período de tiempo de 2 meses aproximadamente, por lo que la lesión cutánea del paciente está limpia y presenta tejido de granulación.
- Se logró disminuir el riesgo de infección en el paciente, gracias a la intervención de enfermería, utilizando técnica aséptica durante las curaciones.
- El paciente mejoró las zonas de desintegración cutánea que presentaba, la piel del paciente se halla exenta de fricción, humedad o fuerza de cizallamiento y presión excesivas, durante su hospitalización.
- Se logró educar y orientar a los familiares del paciente, respecto a los cuidados del paciente adulto mayor postrado
- Se propició el trabajo en equipo, cumpliendo con las actividades y cuidados de la piel establecidos, para poder así cumplir con los objetivos de acuerdo a los diagnósticos establecidos en el plan de cuidados.
- Es preciso brindar un cuidado integral basado en evidencia científica conducente a establecer medidas preventivas que guíe la intervención de Enfermería eficaz e individualizada de las personas con Úlceras por Presión, aportando al desarrollo y visibilidad de la profesión de Enfermería.
- Las UPP suponen un gran problema de salud, de ahí la necesidad de trabajar y mejorar la calidad de los cuidados en éste ámbito, gracias a la investigación y a la realización de una buena práctica basada en la evidencia científica.
- El cuidado de la persona es un bien que la sociedad debe primar, el cual debe permitir a nuestros adultos mayores disfrutar de la vida con calidad. Si éste objetivo, lo persigue la enfermería desde sus inicios, por lo tanto, es nuestro deber como enfermeras de la especialidad, perseguirlo y trabajar para ello.

3.2 RECOMENDACIONES.

- Promover la elaboración de un Plan de Cuidados de Enfermería estandarizado que sea útil para los profesionales en la prevención y tratamiento de úlceras por presión y que se revise periódicamente para garantizar su eficacia.
- Evaluar periódicamente las cifras de incidencia y prevalencia de úlceras por presión, si mejoran o se mantienen en los servicios de Hospitalización.
- Proponer en los servicios, la utilización de un instrumento oficialmente validado para realizar la valoración del riesgo de presentar upp e incentivar su uso al ingreso del paciente en los servicios de hospitalización.
- Estandarizar criterios en los servicios de salud, para el manejo y tratamiento de úlceras por presión, mediante la difusión de Planes de Cuidados para pacientes con riesgo o que presenten upp.

3.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide [internet]. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. [Fecha de consulta: Marzo 2016]. Disponible en: http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Treatment_in_Spanish.pdf
2. -Martínez-Cuervo F. Las úlceras por presión: una problemática prevenible. Rev. Esp. Geriatr Gerontol 2004; 39 (Supl. 4): 25-34.
3. Necul: Proyecto de Tesis para optar el Título de Enfermero Universitario y Grado de Licenciado en Enfermería.
4. Plan Estratégico Institucional 2007-2011 UNMSM. Oficina General de Plan Estratégico Institucional 2007-2011. Dr. Luis Fernando Izquierdo Vásquez, Rector UNMSM.
5. Plan de actuación de Enfermería sobre úlceras por presión. Utilización en nuestro medio de la escala EMINA. Olena Yesimantovska .Directora: Raquel Sáenz Mendia. Primera Convocatoria De Defensa: Junio De 2014. 4º Curso Grado en Enfermería.
6. Restrepo Medrano J. y col. Propuesta de Atención al paciente con úlceras por presión (UPP) a través del proceso de atención de enfermería (PAE). Artículo de Revisión. Medicina U.PB.32(1) pág. 68-79. Enero a Junio 2013.
7. Manual de Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" Dirección de Enfermería Área de Formación y Calidad. Canet Boledo y col. Año 2003.
8. Arango Salazar C., Fernández Duque O., Torres Moreno B., Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión a Nivel Hospitalario. Capítulo 21. OMS
9. Úlceras por Presión: Etiopatogenia. Úlceras Net. El Peu 2003;(23)4 ,194-198(1). Almendariz Alonso Ma. J. Úlceras por Presión
10. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. vol.36 no.6 Matanzas nov.-dic. 2014. MSc. Prado Solar L., González Reguera M, Noelvis Paz Gómez, Romero Borges K.
11. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Perú, Lima: DGSP/MINSA; 2005.
12. Gonzales J. Epidemiología de las úlceras por presión en un hospital de agudos. Hospital de Getafe. IMSALUD. Madrid. España.

13. Peralta C, Varela L, Gálvez M. Frecuencia de casos de úlceras de presión y factores asociados a su desarrollo en adultos mayores hospitalizados en servicios de Medicina de un hospital general. Revista Médica Herediana. 2009; 20 (1).
14. Diagnósticos de Enfermería. Prescripción Enfermera.com. Clasificación Completa de Diagnósticos Enfermeros. NANDA-I 2015-2017. 27/11/2015
15. Barón Burgos M. y col. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Alcalá, 56 28014 Madrid – España
16. Prado, A., Andrades, P., & Benítez, S. (2005). Úlceras por presión. P. Andrades, Cirugía Plástica Esencial, 111-126
17. Castro Lorenzo A., & Morenó, V. A. (2006). Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Jano: Medicina y humanidades, (1610), 47..
18. Granada, U. S. R. (2005). Implantación de un programa de apoyo al cuidador del anciano dependiente hospitalizado. Nure Investigación, (17), 2.
19. Onmeda Revisión médica: Dra. Patricia Alva (2 de Diciembre de 2011) <http://www.onmeda.es/enfermedades/upp-causas-3593-3.html>
20. Educación a Pacientes, Familia y/o Cuidadores pertenecientes al Programa de asistencia ventilatoria no invasiva. Pamela Salinas, Angélica Farías y col. Programa AVNI-MINSAL, Chile 2017
21. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Prevención de Úlceras por Presión. Logroño: GNEAUPP, 2003.
22. CEPAL. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América latina y el Caribe. Características sociodemográficas y socioeconómicas de la personas de edad en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL; 2009.
23. Pancorbo PL, García FP. Factores de riesgo de aparición de úlceras por presión en ancianos hospitalizados. Gerokomos 2001; 12 (4): 175-84.

3.4 ANEXOS

Evolución de la úlcera de decúbito

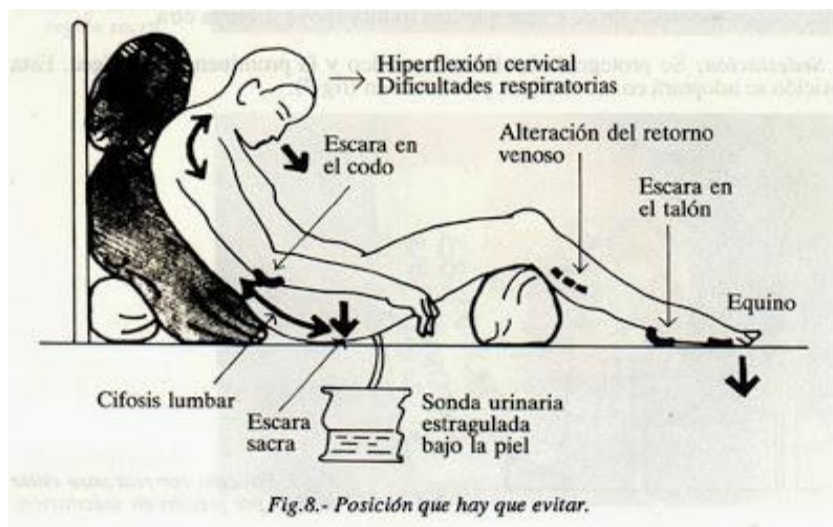
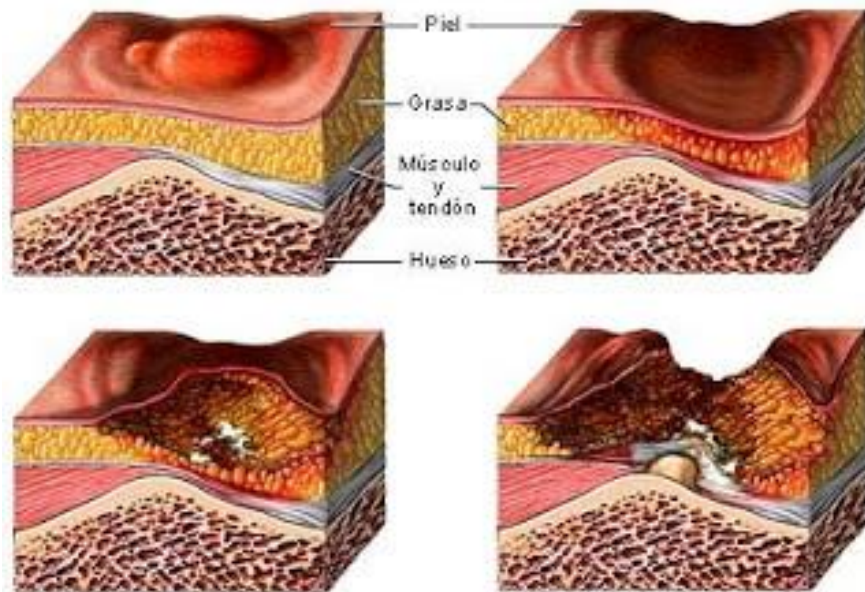
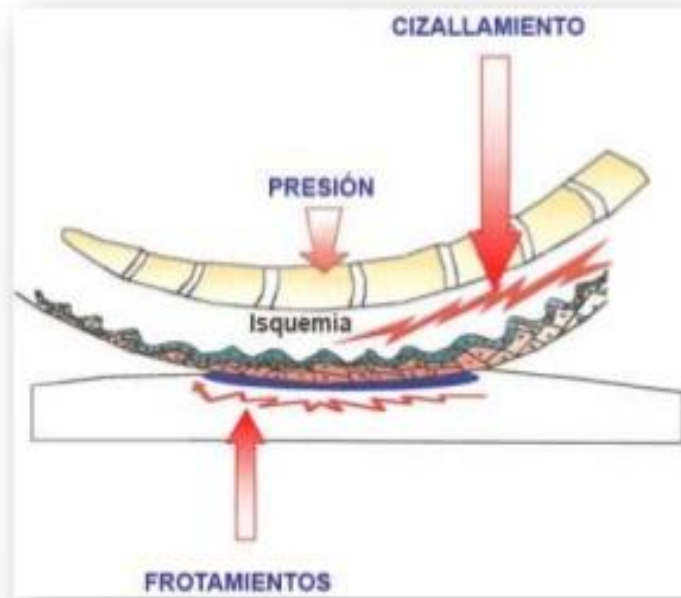


Fig.8.- Posición que hay que evitar.

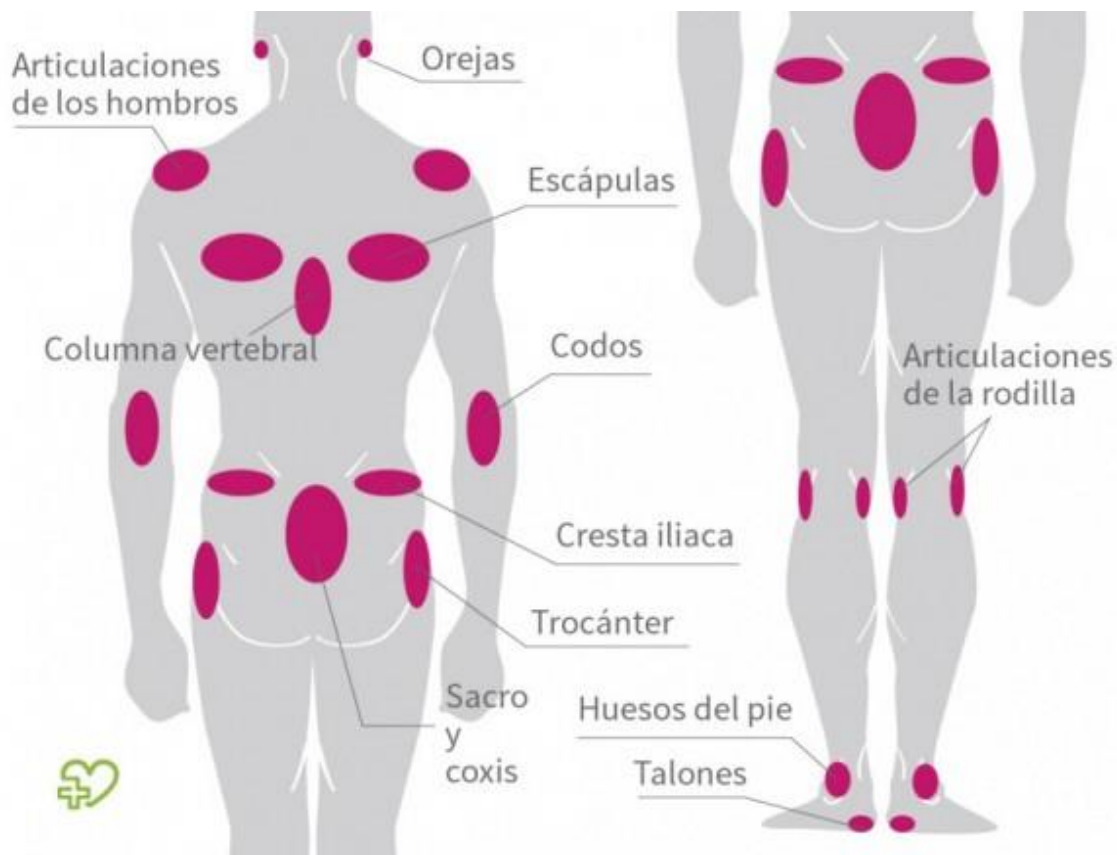
CAUSAS



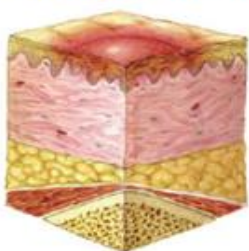
BU-Lic. Rene Castillo Flores

Innovares Capacitación, Tecnología

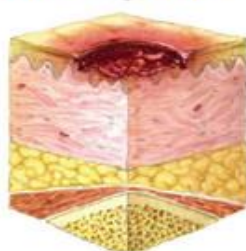
ZONAS FRECUENTES DE UPP



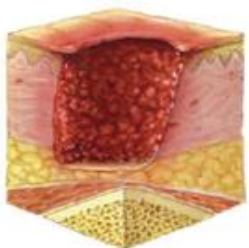
Sistema de clasificación de la NPUAP / EPUAP de las UPP



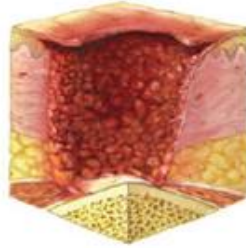
Categoría I
Eritema no blanqueable



Categoría II
Úlcera de espesor parcial



Categoría III
Pérdida total del grosor de la piel



Categoría IV
Pérdida total del espesor de los tejidos

CLASIFICACION DE ULCERAS POR PRESIÓN



Úlcera por Presión de I Grado



Úlcera por Presión de II Grado



Ulcera por Presión de III Grado



Ulcera por Presión de IV Grado

PRESENCIA DE UPP EN CASO CLINICO



UPP DE IV GRADO



UPP DE IV GRADO CON TEJIDO DE GRANULACION



UPP DE III GRADO



PRONTOSAN