



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA
MEXICANA DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ**



INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 8715/12

PROCESO CUIDADO ENFERMERO

“A PACIENTE SENIL QUE PRESENTA ÚLCERAS POR PRESIÓN”

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA (O) EN ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

ALEJANDRA MEDRANO LOPEZ

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA
MEXICANA DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ**



INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 8715/12

PROCESO CUIDADO ENFERMERO

“A PACIENTE SENIL QUE PRESENTA ÚLCERAS POR PRESIÓN”

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA**

ALEJANDRA MEDRANO LOPEZ

ASESOR:

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA
MEXICANA DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ**



INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 8715/12

**CARTA DE ACEPTACIÓN DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO
PARA LA TITULACIÓN DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

ALEJANDRA MEDRANO LOPEZ

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

**“PROCESO CUIDADO ENFERMERO A PACIENTE SENIL QUE PRESENTA ÚLCERAS
POR PRESIÓN”**

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en exámenes de grado de Licenciatura en Enfermería

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López

Tutor

M.E.y.A.S. Clara Elena Infante Granja

Presidenta

L.E.O Agripina Gutiérrez García

Secretaria

M.E.y.A.S. Rita de Guadalupe Martínez

Rocha

Vocal

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

Dedicatoria y agradecimientos	7
Resumen	8
II. INTRODUCCIÓN	9
III. JUSTIFICACION	11
IV. OBJETIVOS	13
4.1 Objetivo General	13
4.2 Objetivos Específicos	13
V. MARCO TEORICO	14
5.1 Enfermería como profesión disciplinaria.	14
5.2 El cuidado como objeto de estudio	16
5.3 Proceso de Atención de Enfermería	20
5.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PCE	22
5.4.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado	27
5.5 Etapas del Proceso Cuidado Enfermero	27
5.5.1 Valoración	29
5.5.2 Diagnóstico	30
5.5.3 Planeación	33
5.5.4 Implementación	34
5.5.5 Evaluación	35
5.5.6. Problemática de salud de la persona	35
5.5.6.1 Patología	41
5.5.6.2 Epidemiología	42
5.5.6.2 Fisiopatología	44
5.5.6.3 Manifestaciones clínicas	46
5.5.6.4 Medios Diagnósticos	50
5.5.6.5 Tratamiento	53
• Alivio de la presión	53
• Soporte nutricional	53
VI. RESUMEN DEL CASO CLINICO	65
6.1 Valoración Clínica del sujeto del cuidado (Patrones funcionales de M. Gordon)	65
6.2 Diagnóstico (s) Enfermero (s)	69
6.3 Planificación (Indicadores de resultados NOC)	70
6.4 Ejecución (NIC, GPC, fundamentación de cada intervención)	71

6.5 Evaluación (medición de indicadores)	73
VII. PLAN DE ALTA	90
VII. CONCLUSIONES	93
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	95
X. GLOSARIO DE TERMINOS	100
XI. ANEXOS	103

Dedicatoria y agradecimientos

Este trabajo se lo dedico principalmente a dios, por darme fuerza para seguir adelante con el proceso de uno de mis más anhelados deseos de convertirme en Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

A mis padres por su amor, trabajo y esfuerzo en ayudarme a convertirme en enfermera, a mis hermanos por brindarme su apoyo cuando lo necesito, a mi pareja por ser paciente y estar en cada paso de mi carrera por brindarme su apoyo incondicionalmente para concluir mis estudios, a mi hijo por llegar a mi vida en el mejor momento, ya que sin su ayuda no podría ser lo que soy al día de hoy, gracias por sus regaños, por sus consejos, por guiarme de la mejor manera para poder salir adelante y aunque el camino no fue fácil siempre creyeron en mí y nunca dejaron que me rindiera.

A mis amigas, maestros y personal de enfermería que día con día nos enseñaron algo nuevo porque gracias a ustedes aprendí muchas cosas a lo largo de 5 años, y aunque nunca se deja de aprender todos ustedes fueron una parte importante para que este sueño fuera hecho realidad.

Resumen

Introducción: Las úlceras por presión constituyen un gran problema de salud en los adultos mayores, deteriorando la calidad de vida, y generando un incremento en el consumo de recursos y en las actividades que ejerce enfermería.

Objetivo: Realizar un proceso de cuidado enfermero en un paciente senil con úlceras por presión para la identificación de las acciones preventivas, correctivas y de tratamiento apoyando en la mejora de la calidad de los cuidados.

Metodología: Se realizó una investigación en diferentes bibliografías seleccionadas a través de criterios establecidos, todos con un alto nivel de competencia. Se aplicaron: análisis-síntesis; inducción-deducción; enfoque de sistema y modelación; como método empírico. Se empleó un análisis de las fuentes documentales y el procesamiento de las opiniones de expertos. Bibliotecas virtuales de Guías de Práctica Clínica (GPC): Guíasalud.es, "biblioteca del GNEAUPP.

Resultados: la prevención de úlceras por presión del paciente encamados o en el contexto hospitalario, evaluando así el control se establecieron indicadores que generen un mejor cuidado, prevención y tratamiento.

Conclusiones: en referencia a la estructura y contenido para la problematización en los adultos mayores la actuación de enfermería es de gran ayuda para la prevención de úlceras por presión en pacientes encamados o hospitalizados, ya que ellos son los elementos propuestos por los expertos para la prevención y mejora de la calidad de vida.

Palabras clave: Úlceras por Presión, Riesgo, Lesión, Adulto Mayor, Enfermería, Escalas

II. INTRODUCCION

Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico producidas como consecuencia del aplastamiento tisular provocado por una presión prolongada, rozamiento, fricción o cizallamiento del tejido entre dos planos (generalmente entre las prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa). Aparecen principalmente en pacientes encamados o con movilidad disminuida. (Benito, 2018)

Existen condiciones por diversos factores intrínsecos y extrínsecos, tales como la edad avanzada, el estado nutricional y la presencia de alteraciones en la movilidad (factores intrínsecos), así como la exposición de la piel a la humedad y a las fuerzas de fricción y cizalla (factores extrínsecos).

Entre los resultados más relevantes destacan que un 84,7% de los pacientes con UPP son mayores de 65 años, así como la relación entre mortalidad y la presencia de UPP. Entre un 10 % y un 20 % de las personas mayores de 65 años se pueden considerar frágiles y este porcentaje es superior al 50% en el grupo de mayores de 85 años, conocidos como “oldest old” (los ancianos más ancianos). Este colectivo presenta un elevado riesgo para desarrollar úlceras por presión, que nos debe concienciar de la importancia que tiene el aplicar las medidas de prevención de esta patología.

Las UPP continúan siendo un problema para los pacientes hospitalizados en unidades hospitalarias de segundo nivel de atención, que requieren de intervenciones a nivel asistencial, de los gestores del cuidado y autoridades sanitarias, optimizar los recursos materiales y humanos disponibles y formular políticas sanitarias enfocadas en la prevención y atención de las UPP. (Stegensek, Jiménez, Romero, Aparicio, 2015).

Así mismo se cuenta con el aumento de la población adulta mayor a lo largo de los años en México, ocasionado que se genere un incremento en enfermedades y pacientes con mayor vulnerabilidad de contraer una UPP, esto contribuye al aumento de la carga de trabajo en enfermería y su manejo asistencial, al aumento de consumo de insumos hospitalarios y a un aumento en costos al mantener algún nos obliga a mantener herramientas para la prevención y manejo de las úlceras por presión, y así otorgar un tratamiento y seguimiento a los pacientes que lo necesiten.

El impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes nos hace reconocer que las UPP, son una complicación que requiere una evaluación integral basada en aspectos biológicos, psicológicos, sociales y funcionales que nos permiten evaluar diferentes condiciones como el deterioro cognoscitivo, delirium, depresión, trastornos del sueño, déficit sensorial, mareo, incontinencia, malnutrición, caídas, trastornos de la marcha, úlceras por presión, abatimiento funcional, polifarmacia, maltrato, entre otros.(Rosen sl,2011).

Vela, 2013 Realizo una investigación en México, como estudio de prevalencia a nivel nacional, en el Sistema Nacional de Salud, su objetivo era conocer la magnitud de las UPP en los pacientes que se encuentran hospitalizados.

La información recibida procede de 175 unidades médicas de segundo nivel de atención, de 32 entidades federativas, con un total de 13 137 pacientes valorados, de los cuales 1 697 presentaron una o más UPP, con un total de 2 754 UPP. (Vela, 2013)

A nivel nacional, el porcentaje de prevalencia cruda fue de 12.92 %, en tanto que la prevalencia media fue de 20.07 % con una desviación estándar de +/- 15.79 %. (Vela, 2013)

Las entidades federativas con mayor prevalencia cruda de UPP fueron Jalisco (64.08 %), Querétaro (41.86 %), Campeche (38.15 %) y Colima (33.33 %), lo que permitió identificar la magnitud en el contexto nacional, local e institucional. (Vela, 2013)

Aunque existen 16 escalas para valorar las UPP Braden, Norton y Emina son las escalas de medición más utiliza en todos los pacientes que tienen un riesgo mayor de presentar UPP, el cambio de posición y verificar que el paciente se encuentre seco o libre de humedad ayuda a que las UPP disminuyan en gran porcentaje.

En este trabajo se aborda distintos artículos en los cuales se pretende encontrar un mejor manejo para la prevención y tratamiento de úlceras por presión en el paciente senil, contribuyendo a brindar un mejor cuidado a los pacientes que lo requieran siendo así el personal de enfermería el que contribuya a identificar herramientas para su valoración integral en los diferentes aspectos de cada paciente.

III. JUSTIFICACIÓN

Con base a la modalidad de presentación de caso clínico se presenta a continuación el “PROCESO CUIDADO ENFERMERO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE SENIL” (UPP), se realizará en base a 5 etapas que son VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN (NOC), EJECUCIÓN (NIC/GPC), EVALUACIÓN (NOC) y se agrega una etapa más que es el PLAN DE ALTA, para proporcionar más información acerca del cuidado y prevención UPP las cuales llegan a presentarse con más frecuencia en pacientes adultos mayores ya que su edad es un factor en el cual el cuerpo se reconoce más frágil para su aparición.

Desde el año de 1994, se creó el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) y o Sociedad Iberoamericana Úlceras y Heridas (SILAUHE) la cual destaca la importancia de proporcionar información sobre las UPP, priorizando líneas de actuación en el ámbito de la salud para el cuidado la prevención y el tratamiento que se debe de llevar a cabo con todos los pacientes.

Las UPP son un problema de salud muy grande a lo largo de todo el mundo, que afecta a millones de personas deteriorando su salud y su calidad de vida ya que puede conducir a la discapacidad o a la muerte, generando así un costo elevado para su tratamiento e implicaciones legales y éticas para los profesionales de la salud generando una sobrecarga de trabajo asistencial y costos de servicios. Vela, 2013, Silva, 2014, Blanco, 2015, revelan en sus estudios que las UPP son prevenibles en un 95 %, por ello brindar cuidados preventivos nos ayudan a que este tipo de lesiones no aparezcan en la piel de los pacientes que cuentan con poca o nula movilidad física, ya que son los adultos mayores los más vulnerables.

Las úlceras por presión son uno de los 3 indicadores de calidad de enfermería más representativos en adultos mayores, ya que puede agravar su estado de salud, por el aumento de infección local y sistemática elevando así su estancia en hospitales y llevando a un largo tratamiento, Joan (2016) menciona que la enfermería es la responsable del

cuidado de los pacientes, asumiendo el liderazgo de acciones de prevención y tratamiento de las UPP.

Estas lesiones son un evento adverso que ponen en riesgo la vida de cada paciente llegando a ser una amenaza primaria para su seguridad por ello es indispensable comprometernos con las políticas establecidas para su prevención, su manejo y tratamiento para una pronta recuperación, aplicando criterios de calidad y con evidencia científica para los materiales preventivos y terapéuticos.

Es importante que la enfermería y el área médica promueva el cuidado de los pacientes en todo lugar ofreciéndoles una mejor calidad de vida con un enfoque interdisciplinar innovando los conocimientos en el cuidado mejorando la práctica profesional y ofreciéndoles el mejor cuidado a los pacientes que se encuentran en riesgo o con alguna lesión por UPP.

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

- Realizar un proceso cuidado enfermero en un paciente senil con úlceras por presión para la identificación de las acciones preventivas, correctivas y de tratamiento apoyando en la mejora de la calidad de los cuidados

4.2 Objetivos Específicos

- Evaluar con la escala de Braden los riesgos de desarrollar una úlcera por presión.
- Evitar que las lesiones que se encuentran en la piel progresen a estadios superiores para favorecer al proceso de una buena cicatrización.
- Implementar cuidados en los que participe el familiar y el paciente para un mejor cuidado.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Enfermería como profesión disciplinaria.

En la actualidad, la enfermería se define como una profesión disciplinaria del cuidado de las personas y de su entorno, para un mejor cuidado en el paciente, esta definición lleva 2 componentes uno como profesión y otro como disciplina, es importante recordar que para una buena aplicación de procedimientos debemos de llevar a cabo un tipo de estudio y de práctica con esto se pretende avanzar a una mejor práctica, desarrollo y profesionalización en enfermería ya que aunque sigue cumpliendo con las características de profesión, es ahora de apoyar y fundamentar su práctica no solo con conocimiento y dominio tecnológico, sino con perfeccionamiento de este, y avanzar para un buen cuidado.

Hablar de la Enfermería como profesión, siempre ha provocado la admiración hacia las personas que orientan sus esfuerzos, hacia un importante acompañamiento en los procesos del cuidado y la preservación de la salud humana. La enfermería es una profesión que desarrolla la práctica del cuidado en las necesidades de salud de los individuos y de la sociedad, a través del conocimiento y la aplicación de la ciencia, la tecnología y la metodología terapéutica (UNAM, 2018).

La disciplina de la enfermería posee conocimientos propios para evaluar de manera independiente; y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia, consta de sustentos científicos propios y otras disciplinas. Que están relacionados con el arte de la tecnología y el cuidado.

La disciplina y profesión de enfermería tiene logros y utilidad práctica, el llevar conocimiento directo hacia la práctica utilizando información que le competen y le permiten resolver necesidades humanas de salud, para ello tener nuevos conocimientos para el cuidado, que hará más fácil la autonomía e identidad profesional. De este modo la enfermería también se rige bajo principios éticos y morales que le permiten desarrollarse de manera efectiva y

elocuente dentro de los problemas y/o enfermedades que se le presentan en la vida diaria y con respecto al cuidado de la persona.

Esta profesión, siempre ha perseguido el objetivo de la promoción de la salud, la innovación a partir de la investigación documental y clínica; lo cual nos habla de una carrera que incentiva la superación y aprendizaje constante en pro del mejoramiento de los Seres Humanos (finalidad que, ya de por sí es loable).

La enfermería como disciplina tiene como finalidad, facilitar el conocimiento necesario y suficiente que deben utilizar los profesionales en la práctica, lo cual compromete a quien la ejerce a construir o reconstruir conocimientos propios que contribuyen cada día más a su consolidación como ciencia del cuidado.

La disciplina de enfermería coloca como agrupación la práctica y el conocimiento como uno solo ya que esta debe de gobernar como un cuidado en la práctica profesional, debe de aportar el sustento teórico- metodológico y tecnológico necesario para el buen desempeño de los profesionales en el cuidado del individuo, familia y comunidad, base indispensable para la consolidación de una disciplina que, aunque vieja como arte, en la actualidad demanda su construcción y consolidación como ciencia.

El progreso y consolidación de una disciplina puede medirse por la extensión de la capacidad entre sus miembros en lo referente a identificar preguntas significantes, así como de proveer respuesta coherente en lo relacionado a su naturaleza fisiológica – epistemológica que apoyen su construcción como disciplina.

Sin embargo , cabe enfatizar que la consideración de enfermería como una profesión disciplinaria del cuidado a la persona, se sintetiza y se significa como profesión; por poseer la característica de integrar el aspecto técnico en el hacer y el aspecto ciencia o disciplina en el ser, logrando que durante el ejercicio profesional, se brinde cuidado sin perder de vista el ser-hacer lo cual permite a la enfermería tener una identidad propia, conociendo la dirección en que debe dirigir el cuidado y sobre todo defender el cuidado que brinda.

El impacto que genera al profesional de enfermería tener una identidad profesional dentro de un ambiente institucional, determina el crecimiento como disciplina, al ser generadora de conocimientos y realizar en la persona actividades independientes que generen cuidados de vida mejorando el bienestar de la persona, plantear estrategias del cambio que mejore el cuidado; interactuando con ella, logrando que el individuo desarrolle todo el potencial de sus capacidades en su auto cuidado, con el objetivo de mantener y preservar la vida, logrando de esta el bienestar mutuo.

5.2 El cuidado como objeto de estudio

El cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el ámbito de la enfermería desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirla del campo de salud. La literatura indica que el término cuidado ha venido usándose de manera creciente desde el año 1960 hasta hoy en día. Al revisar la literatura es evidente que la mayoría de ideas y fundamentos para actualizar y sistematizar de forma conceptual la noción de cuidado, se ha extendido del campo de la filosofía y psicología existencial, humanista y personalista.

El cuidado se define como una actividad que requiere de una persona y del personal médico para la conservación, restablecimiento y del autocuidado, en relación enfermero - paciente. La enfermería como ciencia humana practica un conjunto organizado de conocimientos avalados por las investigaciones científicas, teorías y modelos. El cuidado de los pacientes representa una serie de actos con el fin de mantener un buen pronóstico de vida.

La evaluación es la fase final del proceso de enfermería y se produce siempre que el profesional de enfermería interacciona con el paciente.

La evaluación se puede llevar a cabo como parte del proceso de enfermería cuando se compara el estado de salud del paciente con los objetivos definidos por el profesional de enfermería. Como objetivo de esta actividad, usted determinará si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o si necesita revisión. Si el paciente no ha conseguido los

objetivos, usted se dedicará a la resolución del problema para determinar cómo revisar el plan de cuidados.

La evaluación formal consta de tres pasos:

1. Valoración de la situación actual del paciente

Los datos para la evaluación formal se reúnen aplicando las técnicas explicadas en la fase de valoración: entrevista, observación, valoración física y revisión de la historia clínica para completar la información con los datos aportados por otros profesionales.

2. Comparación de la situación actual con los objetivos marcados y emisión de un juicio o conclusión.

Tras reunir los datos actuales, éstos se comparan con los resultados identificados como deseables en los objetivos, comparación que puede llevar a uno de estos tres resultados:

- Los objetivos se han conseguido totalmente.
- Se han conseguido parcialmente.
- No se han conseguido en absoluto.

En el primer caso, esto es, cuando los objetivos se han logrado plenamente, se avanzará al siguiente paso. Cuando, por el contrario, los objetivos se han logrado parcialmente o no se han logrado en absoluto, Alfaro (1998) sugiere que la enfermera se formule las siguientes preguntas:

- ¿Los objetivos y las intervenciones eran realistas y apropiados para esta persona?
- ¿Se realizaron las actividades de forma coherente, tal como estaban planificadas?
- Los problemas nuevos o las reacciones adversas ¿se detectaron prontamente y se hicieron los cambios adecuados?
- ¿Cuál es la opinión del paciente respecto al logro de los objetivos marcados en el plan de cuidados?

- ¿Cuáles fueron los factores que dificultaron el progreso?
- ¿Cuáles fueron los factores que facilitaron el progreso?
- ¿Se buscaron en la bibliografía estudios de investigación artículos prácticos, aplicables en este caso?

Si la respuesta a las tres primeras preguntas es afirmativa, es preciso seguir indagando en esa misma línea, por lo que sugerimos añadir las siguientes preguntas:

- ¿Los diagnósticos identificados reflejaban una situación del paciente que la enfermera pudiera estar?
- Los datos a partir de los cuales se formuló el diagnóstico, ¿son suficientes y exactos?

Es evidente que hallar las respuestas no siempre es fácil porque implica replantearse con espíritu crítico el trabajo realizado desde el principio y estar dispuestas (os) a aceptar que cometemos errores; sin embargo, esta reflexión resulta fundamental no sólo para brindar mejores cuidados al paciente, centro y eje de nuestra actuación, sino también para aumentar los conocimientos de la enfermera, y detectar y corregir los posibles puntos débiles en la valoración, diagnóstico, planificación o puesta en práctica del plan.

3. Mantenimiento, modificación o finalización del plan

Finalmente, debe tomarse una decisión sobre la actuación que se debe seguir en adelante.

Mantenimiento del plan

Se optará por mantener el plan inicial cuando los objetivos se hayan alcanzado parcialmente y, al analizar todo el proceso, se compruebe que el diagnóstico y las intervenciones siguen siendo adecuados para la situación del paciente, aunque el logro de los objetivos marcados inicialmente requiera un plazo más largo.

Modificación del plan

Se procederá a modificar el plan inicial cuando los objetivos se hayan logrado parcialmente o no se hayan logrado en absoluto, y al revisar todo el proceso se llega a la conclusión de que:

- El plan inicial no era el más adecuado.
- Ha habido cambios en la situación del paciente que no se han reflejado en el plan.

- Han aparecido factores externos que influyen en el logro de los objetivos propuestos que no se han reflejado en la planificación.

También cabe la posibilidad de modificar el plan cuando se hayan conseguido totalmente los objetivos marcados, pero persistan los factores de riesgo que hacen presumir que el problema puede reaparecer si no se establece un plan para mantener los logros actuales.

Finalización del plan

Estará indicada la finalización del plan cuando los objetivos se hayan conseguido totalmente, las causas que lo provocaban hayan desaparecido o se hayan controlado, y el paciente demuestre la capacidad necesaria para mantener estable su situación actual de salud.

La enfermería tiene como principio de conocimientos el ámbito teórico- práctico que se caracteriza por poseer un objeto de estudio o de conocimiento, que le permite delimitar un objeto de estudio que lo define o caracteriza, de tal forma que quienes conforman la comunidad científica comparten ese mismo objeto de estudio y un lenguaje común; es así que en la actualidad es aceptado de manera universal que el cuidado es el objeto de estudio de la enfermería.

El acto de salvaguardar la integridad física del individuo es el resultado de la naturaleza misma del ser humano, con esto se puede decir que cuidar es un acto inherente en el individuo. El cuidado como objeto de estudio logra una relevancia muy significativa en la sociedad, pues es la misma sociedad la que demanda y justifica la existencia de este.

La enfermería como disciplina es, tener una amplia visión preestablecida relacionada con el cuidado profesional, debiendo reconocer a otros profesionales y al gremio como seres activos trascendentes, considerando a la persona como ser holístico, implementando la investigación con un abordaje cualitativo capaz de retroalimentar la práctica de enfermería basada en el cuidado.

El acto del cuidado es el arte y la ciencia que puede transformarse en reflexivo, deliberado y autónomo, a través de la disciplina enfermera que integra su práctica como solo es posible descifrar la complejidad del cuidado humano.

5.3 Proceso de Atención de Enfermería

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos centrados en unos objetivos (resultados) eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo.

CARACTERÍSTICAS DEL PAE EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ES:

Sistemático. Como el método de solución de problemas, consta de cinco fases que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para obtener los resultados esperados.

Dinámico. A medida que adquiera más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre las distintas fases del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final. Por ejemplo, las enfermeras principiantes con frecuencia necesitan valorar metódicamente a un usuario antes de llegar a formular un diagnóstico, mientras que las enfermeras expertas con frecuencia sospechan de inmediato la presencia de un determinado diagnóstico y luego valoran más estrechamente a la persona para determinar si es correcto o no.

Humanístico. Porque los cuidados se planifican y se ejecutan teniendo en cuenta las necesidades, intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad. Como enfermeras debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu, ver el ser humano de una manera holística. Nos esforzaremos por comprender los problemas de salud de cada individuo y el correspondiente impacto del mismo en la percepción de bienestar de la persona y en su capacidad para las actividades de la vida diaria. Centrado en los objetivos

(resultados). Las fases del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente. Los requerimientos más específicos de documentación proporcionan los datos clave que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas en situación similar.

El proceso de atención de enfermería es la herramienta básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente, ya que se basa en un amplio marco teórico y con fundamentos en distintas áreas de conocimiento. Por ello, se considera que es un importante instrumento que permite cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

Lo cual hace énfasis en la satisfacción y profesionalización de enfermería. Esto con el fin de facilitar la profesión de enfermería, la comprensión de sus fases del proceso que son: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación. Y llevar a cabo actividades profesionales desarrolladas en base a conocimientos mediante esta guía que nos ayuda para la formación de práctica en cada una de las enfermedades que se presenten en el ámbito de enfermería.

Por ello este proceso se valora como un método ordenado y sistemático, donde se realiza con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por lo tanto, es evidente que la aplicación del método científico en el que la enfermería es un componente esencial para el cuidado de cada paciente.

Por ello exige que el profesional cuente con algunas características para llevar a cabo cualquier práctica las cuales son: habilidades y destrezas efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros profesionales de la salud.

Es un instrumento en la práctica del profesional, que puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, nos proporciona el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.

Asegura la mejor atención individualizada, y así ofrece ventajas para que el profesional preste la atención requerida y así obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad.

Llevar a cabo un control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería, y así Asegura la atención individualizada, ofreciendo fortalecer las ventajas para el profesional preste la atención requerida en el cuidado y que para quien la recibe permita evaluar el desempeño y el impacto de la intervención de enfermería. El proceso de atención tiene como propiedades: ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado.

5.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PCE

El Proceso de Atención de Enfermería - PAE - como método, se constituye en una herramienta científica, técnica y humanística que les permite a los profesionales de enfermería brindar acciones de cuidado y responder adecuadamente al encargo social que le asiste a esta profesión.

Teoría de la enfermería aplicada

VIRGINA HENDERSON

Nació en 1897 en Kansas y falleció el 19 de marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su interés comenzó en la primera guerra mundial, y se destacó por ayudar sus semejantes, estudio enfermería en la escuela del ejército a la edad de 21 años, su interés era en el Desarrollo de la docencia e investigación profesional, realizó un máster y luego la especialización. Recibe nueve títulos doctorales honoríficos. (HISTORIA DE LA ENFEERMERIA , 2013)

Para ella la enfermería era: “Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna, a que el pudiera realizar por sí solo como si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

Y que con ello logre su independencia a la mayor brevedad posible". (HISTORIA DE LA ENFEERMERIA , 2013)

Método de aplicación del modelo

- Valoración: se determina el grado de dependencia-independencia en la satisfacción de las 14 necesidades; las causas de dificultad en su satisfacción; las interrelaciones de unas necesidades con otras; la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas. (HISTORIA DE LA ENFEERMERIA , 2013)

- Planificación: Se formulan los objetivos de independencia en base a las fuentes de dificultades identificadas, en la elección del modo de intervención (ayuda-suplencia) y en la determinación de las actividades a realizar. Esos criterios guiarán la puesta en marcha del plan de cuidados en la intervención. (HISTORIA DE LA ENFEERMERIA , 2013)

- Evaluación: Se comparan los criterios de niveles de independencia que se establecieron en el plan de cuidados con el grado de independencia conseguido. Distintos elementos del metaparadigma de enfermería. (HISTORIA DE LA ENFEERMERIA , 2013)

- Salud: definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por si sólo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico (satisfacciones) y a nivel fisiológico (emocional). (HISTORIA DE LA ENFEERMERIA , 2013)

La salud es la independencia.

- Entorno: todas las condiciones externas que influían en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano. Es el lugar donde la persona aprende su patrón vital.

- Persona: hace dos definiciones: Es un ser bio-psico-social, es decir, la persona además de una estructura biológica, posee una psicológica y también se relaciona; y esto es lo que define a la persona como ser integral. (HISTORIA DE LA ENFEERMERIA , 2013)

ESPECIALIDADES EN LA ENFERMERIA

- El paciente es el ser bio-psico-social al que se le ayuda para que logre su independencia; la mente y el cuerpo son inseparables; el paciente y la familia forman una unidad. (HISTORIA DE LA ENFEERMERIA , 2013)

- Enfermería: Es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda volver a realizarlas de manera independiente. Los cuidados de enfermería irían dirigidos a recuperar esa independencia. (HISTORIA DE LA ENFEERMERIA , 2013)

Necesidades humanas básicas

Revolucionó el mundo de la enfermería redefiniendo el concepto de la misma y catalogando las 14 necesidades básicas, con las cuales hoy en día aún se trabaja, tratando cubrir completamente las necesidades del paciente en el modo en que sea posible; necesidades que serían comunes a toda persona, enferma o sana. Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. (HISTORIA DE LA ENFEERMERIA , 2013)

La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual. Finalmente, las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo. Para Henderson es básica y fundamental la independencia del paciente en la medida de lo posible, y orienta sus cuidados a que este la consiga del modo más rápido posible. (HISTORIA DE LA ENFEERMERIA , 2013)

El paciente, según Virginia tiene que ser ayudado en las funciones que él mismo realizaría si tuviera fuerza, voluntad y conocimientos. (HISTORIA DE LA ENFEERMERIA , 2013)

Necesidades básicas

- Respiración y circulación.
- Nutrición e hidratación.
- Eliminación de los productos de desecho del organismo.

- Moverse y mantener una postura adecuada.
 - Sueño y descanso.
 - Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.
 - Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
 - Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.
 - Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).
 - Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
 - Creencias y valores personales.
 - Trabajar y sentirse realizado.
 - Participar en actividades recreativas.
 - Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad
- (HISTORIA DE LA ENFERMERIA , 2013)

COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN LA VALORACIÓN DE MARJORY GORDON.

Marjory Gordon (1931-2015) fue una profesora y teórica estadounidense que creó una técnica de valoración para enfermería conocida como los patrones funcionales de Gordon.

Patrones funcionales de Marjory Gordon

Consiste en una lista de actividades y comportamientos que contribuyen a la salud y la calidad de vida de las personas. Esto sirve para examinar a los pacientes usando preguntas y lenguaje que ellos puedan comprender y así nosotros conocer las partes que están afectadas en cada paciente con enfermedad. (Álvarez, Castillo, Fernández y Muñoz, 2016)

1.- Percepción de la salud: Este patrón busca determinar el grado de preocupación de la salud por parte del paciente, además de investigar sobre sus hábitos y su nivel actual de bienestar.

2.- Nutrición y metabolismo: Este patrón se centra en examinar la cantidad de nutrientes y calorías que el paciente ingiere y su relación con las cantidades diarias que necesita. Por ello se le cuestionó sobre su alimentación.

3.- Eliminación: Este patrón investiga el correcto funcionamiento del aparato excretor del cuerpo; es decir, de la orina, el sudor y las funciones del intestino.

4.- Actividad y ejercicio: Este patrón investiga el nivel de actividad física del paciente, para realizar actividades cotidianas y tareas de la vida diaria.

5.- Sueño y descanso: Este patrón se centra en estudiar los patrones de sueño y descanso del paciente. Si se levanta por las noches. Si su sueño es reparador, si tiene problemas para conciliarlo.

6.- Cognición y percepción: Este patrón trata de identificar la habilidad del paciente para percibir elementos de su entorno mediante los cinco sentidos, además de su capacidad para tomar decisiones, seguir instrucciones, pensar lógicamente y usar la memoria.

7.- Autopercepción y autoconcepto: El autoconcepto y la autopercepción tienen que ver con la forma en la que nos vemos a nosotros mismos.

8.- Rol y relaciones: Este patrón sirve para investigar sobre las relaciones interpersonales del paciente con las personas de su entorno; Si los familiares o amigos están presentes, el enfermero podría también observar las relaciones entre ellos para adquirir datos objetivos.

9.- Sexualidad y reproducción: Este patrón sólo debe utilizarse si es apropiado para la edad y situación concretas del paciente.

10.- Tolerancia al estrés: Este patrón se encarga de estudiar los niveles de estrés de los pacientes, examinando tanto su forma de enfrentarse a las situaciones vitales complicadas como las situaciones difíciles que ha tenido que vivir en los últimos tiempos.

11.- Valores y creencias: En esta se trata de saber si el paciente cree en alguna religión o en algún ser supremo ya que algunas religiones tienen prohibido algunos procedimientos médicos.

5.4.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado

Marjory Gordon, fue una enfermera estadounidense, desarrolló una teoría para identificar problemas de salud desde la perspectiva profesional de la enfermería (Álvarez, Castillo, Fernández y Muñoz, 2016).

La valoración de enfermería se basa en identificar los problemas de salud reales y potenciales permitiendo establecer los diagnósticos enfermeros. Para poder llevar a cabo la valoración de enfermería se puede utilizar patrones funcionales de Marjory Gordon que son válidos independientemente del modelo a utilizar (Álvarez, Castillo, Fernández y Muñoz, 2016).

Los patrones funcionales se definen como un conjunto de conductas y configuraciones de comportamiento que determinan el estado de salud y se dan de manera secuencial en el proceso evolutivo de la persona (Álvarez, Castillo, Fernández y Muñoz, 2016).

Permite realizar valoraciones exhaustivas obteniéndose datos del paciente en todos sus factores posibles físicos, psíquicos, sociales con la comunidad. etc. (Álvarez, Castillo, Fernández y Muñoz, 2016).

5.5 Etapas del Proceso Cuidado Enfermero

El plan de cuidados de enfermería con la interacción de las taxonomías NANDA, NIC y NOC facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados y permite manejar un lenguaje estandarizado.

La NANDA proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de guía, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería.

La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición.

La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado.

La metodología de trabajo del profesional de enfermería, debe conducir a establecer un cuidado eficiente y de calidad, elaborando planes de cuidado de enfermería, que garanticen la seguridad del usuario.

Breve descripción fase del proceso Cuidado enfermero.

Valoración. Recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal de riesgo que pueden generar problemas de salud (por ej. Tabaquismo). También puede buscar evidencias de los recursos con que cuenta el cliente.

Diagnóstico (identificación de los problemas). Analizar los datos e identificar los problemas reales y potenciales, que constituyen la base del plan de cuidados. También hay que identificar los recursos, que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.

Planificación. Aquí hay que realizar cuatro cosas clave, que son:

Determinar las prioridades inmediatas. ¿Qué problemas requieren una atención inmediata? ¿Cuáles pueden esperar? ¿En cuáles debe centrarse la enfermera? ¿Cuáles puede delegar o referir a otros? ¿Cuáles requieren un enfoque multidisciplinar? Fijar los objetivos (resultados) esperados. Exactamente, ¿Cómo se beneficiará la persona de los cuidados

enfermeros? ¿Qué podrá hacer el usuario y cuándo? Determinar las intervenciones. ¿Qué intervenciones, acciones enfermeras, prescribirá para prevenir o tratar los problemas y lograr los objetivos? Anotar o individualizar el plan de cuidados. ¿Escribirá su propio plan o adaptará un plan estándar o computarizado para responder a la situación específica del usuario?

Ejecución. Puesta en práctica del plan –pero no solo actuar-. Piense y reflexione sobre lo que está haciendo.

Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Continúe con su planeación o modifíquela si es necesario.

5.5.1 Valoración

Valoración. Consiste en la recolección, organización y validación de los datos relacionados con el estado de salud de la persona. Se realiza a través de la entrevista, observación y exploración física.

La valoración implica la recopilación de datos subjetivos y objetivos (por ejemplo, signos vitales, entrevista del paciente/familia, examen físico) y de la revisión histórica proporcionada por el paciente/familia, o que se encuentra en el historial clínico del paciente. La enfermera también recopila datos sobre las fortalezas del paciente/familia (para identificar oportunidades de promoción de la salud) y riesgos (para prevenir o posponer problemas potenciales). Las valoraciones pueden basarse en una teoría específica de enfermería, como la desarrollada por Florence Nightingale, Wanda Horta o Sor Castilla Roy, o en un marco de valoración estandarizado como los patrones funcionales de Marjory Gordon. Estos marcos proporcionan una forma de categorizar grandes cantidades de datos en un número manejable de patrones relacionados o categorías de datos.

El fundamento del diagnóstico enfermero es un razonamiento clínico. El razonamiento clínico implica el uso del juicio clínico para decidir que está mal con un paciente y la toma de decisiones clínicas para decidir qué se debe de hacer (Levett-Jones et al 2010). El juicio clínico es “una interpretación o conclusión sobre las necesidades, inquietudes o problemas de salud de un paciente o la decisión de actuar (o no)” (Tanner 2006, p. 204). Los problemas

clave, o los focos de diagnóstico, pueden ser evidentes al principio de la valoración (por ejemplo, alteración de la integridad de la piel, soledad) y permite que la enfermera comience el proceso diagnóstico. Por ejemplo, un paciente puede reportar dolor o mostrar agitación mientras agarra una parte del cuerpo. La enfermera reconocerá la incomodidad según el informe del cliente o las conductas de dolor. Las enfermeras expertas pueden identificar rápidamente grupo de indicios clínicos a partir de los datos de valoración y avanzar sin problemas hasta los diagnósticos enfermeros. Las enfermeras principiantes toman un proceso más secuencial para determinar los diagnósticos enfermeros apropiados. (Heather y Kamitsusu, 2018-2020).

5.5.2 Diagnóstico

Diagnóstico de enfermería. Es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar.

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico relacionado con una respuesta humana a las condiciones de salud/proceso de vida, o la vulnerabilidad de esa respuesta, por parte de un individuo, familia o grupo o comunidad. (NANDA- I 2013) un diagnóstico enfermero típicamente contiene dos partes: (1) descriptor o modificador y (2) núcleo del diagnóstico o del concepto clave diagnóstico. Hay algunas excepciones en el que el diagnóstico enfermero es solo una palabra, como ansiedad (00146), estreñimiento (00011), fatiga (00093) y náuseas (00134). En estos diagnósticos, el modificador y el núcleo son inherentes al término (Heather y Kamitsusu, 2020)

Las enfermeras diagnostican problemas de salud, estados de riesgo y preparación para la promoción de la salud. Los diagnósticos enfocados en los problemas no deben considerarse más importantes que los diagnósticos de riesgo. A veces, un diagnóstico de riesgo puede ser el diagnóstico con la mayor prioridad para un paciente. Un ejemplo puede ser un paciente que tiene los diagnósticos enfermeros intolerancia a la actividad (00092), deterioro

de la memoria (00131), disposición para mejorar la gestión de la salud (00162), y riesgo de caída (00155), y ha sido recientemente admitido en un centro de enfermería especializada. Aunque la intolerancia a la actividad y deterioro de la memoria son los diagnósticos centrados en el problema, el riesgo de caída puede ser el diagnóstico de prioridad número uno, especialmente cuando la persona se adapta a un nuevo entorno. Esto puede ser especialmente cierto cuando se identifican factores de riesgo relacionados en la evaluación (por ejemplo, mala visión, dificultad para caminar, historial de caídas, ansiedad con la reubicación) (Heather, Kamitsusu, 2020).

Cada diagnóstico enfermero tiene una etiqueta y una definición clara. Es importante señalar que simplemente tener una etiqueta o una lista de etiquetas no es suficiente. Es fundamental que las enfermeras conozcan las definiciones de los diagnósticos que utilizan con más frecuencia. Además, necesitan conocer los "indicadores de diagnóstico", la información que se utiliza para diagnosticar y diferenciar un diagnóstico de otro. Estos indicadores de diagnóstico incluyen las características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo (Heather y Kamitsusu, 2020).

Diagnóstico enfermero: Problema, fortaleza o riesgo identificado para un paciente, familia, grupo o comunidad. (Heather y Kamitsusu, 2020).

Característica definitoria: Signo o síntoma (datos objetivos o subjetivos)

Factor relacionado: Causas o factores contribuyentes (factores etiológicos)

Factor de riesgo: Determinante (incrementa el riesgo)

Poblaciones en riesgo: Grupos de personas que comparten una característica que hace que cada miembro sea susceptible a una respuesta humana particular. Estas son características que no son modificables por la enfermera profesional.

Condiciones asociadas: Diagnósticos médicos, procedimientos de lesiones, dispositivos médicos o agentes farmacológicos. Estas condiciones no son modificables de manera independiente por la enfermera profesional (Heather y Kamitsusu, 2020).

Las características definitorias son señales/inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico (por ejemplo, signos o síntomas). Una evaluación que identifica la presencia de una serie de características definitorias presta apoyo la precisión

del diagnóstico enfermero. Los factores relacionados son un componente integral de todos los diagnósticos de enfermería enfocados en el problema. Los factores relacionados son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero (por ejemplo, causa, factor contribuyente). Una revisión del historial del cliente a menudo ayuda a identificar factores relacionados. Siempre que sea posible, las intervenciones de enfermería deben dirigirse a estos factores etiológicos para eliminar 'la causa subyacente del diagnóstico enfermero. Los factores de riesgo son influencias que aumentan la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable (por ejemplo, ambiental, psicológico, genético), (Heather y Kamitsusu, 2020).

Nuevo en esta edición del libro Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones son las categorías de poblaciones en riesgo y condiciones asociadas dentro de los diagnósticos enfermeros relevantes. Las poblaciones en riesgo son grupos de individuos que comparten características que hacen que cada miembro sea susceptible a una respuesta humana en particular. Por ejemplo, los individuos en edades extremas son una población en riesgo que comparte una mayor susceptibilidad al volumen deficiente de líquidos. Las condiciones asociadas son diagnósticos médicos, lesiones, procedimientos, dispositivos médicos o agentes farmacológicos. Estas condiciones no son modificables de manera independiente por una enfermera profesional. Algunos ejemplos de condiciones asociadas son un infarto de miocardio, agentes farmacológicos o procedimientos quirúrgicos. Los datos sobre las poblaciones en riesgo y las condiciones asociadas son importantes, a menudo se recopilan durante una evaluación y pueden ayudar a la enfermera a considerar posibles diagnósticos y confirmarlos. Sin embargo, las poblaciones en riesgo y las condiciones asociadas no cumplen con la intención de características definitorias o factores relacionados, ya que las enfermeras no pueden cambiar o impactar estas categorías de manera independiente (Heather y Kamitsusu, 2020).

Un diagnóstico enfermero no necesita tener todo tipo de indicadores de diagnóstico (por ej., características definitorias, factores relacionados y/o factores de riesgo). Los diagnósticos enfermeros enfocados en el problema contienen características definitorias y factores relacionados. Los diagnósticos de promoción de la salud, generalmente solo tienen características definitorias, aunque se pueden usar algunos factores relacionados si es que

contribuyen a mejorar la comprensión de los diagnósticos. Solo los diagnósticos de riesgo tienen factores de riesgo (Heather y Kamitsusu, 2020).

Un formato común utilizado al aprender diagnóstico enfermero incluye: [diagnóstico enfermero] relacionado con [causa/ factores relacionados] como lo demuestra [síntomas/características definitorias]. Por ejemplo, cansancio del rol de cuidador relacionado con Responsabilidades de atención las 24 horas, complejidad de las actividades de atención y estado de salud inestable del receptor de atención como lo demuestra la dificultad para realizar las tareas requeridas, preocupación por la rutina de cuidado, fatiga y alteración en el patrón de sueño. Dependiendo del registro de salud electrónico en una institución de atención de la salud particular, los componentes "relacionados con" y "como lo demuestra" pueden no estar incluidos en el sistema electrónico. Esta información, sin embargo, debe reconocerse en los datos de valoración recopilados y registrados en el historial del paciente para brindar apoyo para el diagnóstico enfermero. Sin esta información, es imposible verificar la precisión del diagnóstico, lo que cuestiona la calidad del cuidado (Heather y Kamitsusu, 2020).

5.5.3 Planeación

Etapa en la que se establecen las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en el diagnóstico o para promocionar la salud. En esta etapa se determinan los resultados esperados e intervenciones independientes e interdependientes, entendiendo las primeras como, aquellas que realiza el profesional de enfermería sin que exista de por medio una indicación médica y las segundas son realizadas en coordinación con otros miembros del equipo de salud. (Heather y Kamitsusu, 2020).

Una vez que se identifican los diagnósticos, debe darse prioridad a los diagnósticos enfermeros seleccionados para determinar las prioridades de atención. Se debe identificar los diagnósticos enfermeros de alta prioridad (es decir, necesidad urgente, diagnósticos con alto nivel de congruencia con características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo) de modo que se pueda dirigir la atención para resolver estos problemas o

disminuir la gravedad o el riesgo de ocurrencia (en el caso de diagnósticos de riesgo) (Heather y Kamitsusu, 2020).

Los diagnósticos enfermeros se utilizan para identificar los resultados esperados de la atención y planificar las intervenciones específicas de enfermería de forma secuencial. Un resultado de enfermería se refiere a una conducta o percepción medible demostrada por un individuo, una familia, un grupo o una comunidad que responde a la intervención enfermera (Centro de Clasificación de Enfermería y Efectividad Clínicas [CNCI, n.d.]). La clasificación de resultados de enfermería (NOC) es un sistema que puede utilizarse para seleccionar medidas de resultados relacionadas con un diagnóstico enfermero. Las enfermeras a menudo, e incorrectamente, pasan directamente del diagnóstico enfermero a la intervención enfermera sin tener en cuenta los resultados deseados. En cambio, los resultados deben identificarse antes de que se determinen las intervenciones. El orden de este proceso es similar a la planificación de un viaje por carretera. Simplemente subirse a un automóvil y conducir llevará a una persona a algún lugar, pero puede que ese no sea el lugar al que realmente quería ir. Es mejor tener primero en mente una ubicación clara (resultado), y luego elegir una ruta (intervención), para llegar a la ubicación deseada (Heather y Kamitsusu, 2020).

5.5.4 Implementación

Etapa en la que se pone en práctica el PLACE para lograr los resultados específicos y consta de tres fases: preparación, ejecución y documentación. Se define como "cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento que realiza una enfermera para mejorar los resultados del paciente/cliente" (CNC, n.d.). La clasificación de las intervenciones enfermeras (NIC) es una taxonomía de las intervenciones que las enfermeras pueden usar en diversos entornos de atención. Utilizando los conocimientos enfermeros, las enfermeras realizan intervenciones tanto independientes como interdisciplinarias. Estas intervenciones interdisciplinarias se superponen con la atención brindada por otros profesionales de la salud (por ejemplo, médicos, terapeutas respiratorios y físicos). Por ejemplo, el manejo de la glucosa en la sangre es un concepto importante para las enfermeras, riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) es un diagnóstico enfermero,

y las enfermeras implementan intervenciones de enfermería para tratar esta condición. Diabetes mellitus, en comparación, es un diagnóstico médico, pero las enfermeras brindan intervenciones independientes e interdisciplinarias a los clientes con diabetes que tienen varios tipos de problemas o estados de riesgo. Posteriormente el sistema propone intervenciones y actividades. (Heather y Kamitsusu, 2020).

5.5.5 Evaluación

Es la última etapa del proceso y se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios indicadores.

Las enfermeras se moverán entre la valoración y el diagnóstico enfermero, por ejemplo, a medida que se recopilan datos adicionales y se agrupan en patrones significativos y se evalúa la precisión de los diagnósticos. De manera similar, la efectividad de las intervenciones y el logro de los resultados identificados se evalúan continuamente a medida que se evalúa el estado del cliente. En última instancia, la evaluación debe realizarse en cada paso del proceso enfermero, así como una vez que se haya implementado el plan de A continuación se muestran algunas preguntas a considerar: ¿Qué datos podría haber pasado por alto? ¿Estoy haciendo un juicio inadecuado? ¿Qué tan seguro estoy de este diagnóstico? ¿Necesito consultar con alguien con más experiencia? ¿He confirmado el diagnóstico con el paciente/familia/grupo/comunidad? ¿Los resultados establecidos son apropiados para este cliente en este contexto, dada la realidad de la condición del paciente y los recursos disponibles? ¿Las intervenciones se basan en evidencia o tradición de investigación (por ejemplo, lo que siempre hacemos")? (Heather y Kamitsusu, 2020).

5.5.6. Problemática de salud de la persona

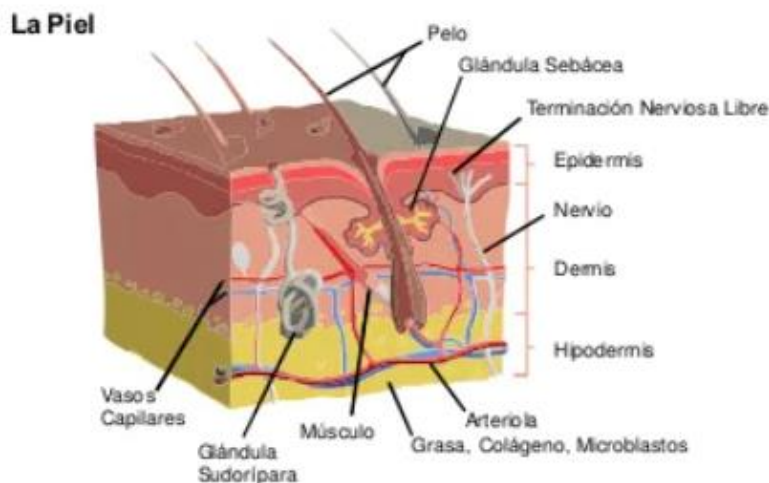
Anatomía y fisiología

La piel y sus generalidades

La piel es un órgano vital para el desarrollo de la vida ya que se encuentra por todo el organismo recubriendo la superficie corporal y ejerce funciones vitales para todo el organismo. En el adulto, la piel llega a pesar entre 3 y 5 kg. La piel se encarga de conferir adaptación, información y conexión con el medio externo y protección frente a agresiones físicas, químicas y biológicas. Además, realiza sus propias funciones metabólicas, las cuáles son imprescindibles para mantener su integridad y su capacidad de regenerarse a sí misma. (Bravo, 2021)

La piel es el órgano más extenso del cuerpo, al que recubre en su totalidad. Además de actuar como un escudo protector contra el calor, la luz, lesiones e infecciones, la piel también cumple con otras funciones:

- Regular la temperatura corporal
- Almacenar agua y grasa
- Es un órgano sensorial
- Evita la pérdida del agua
- Previene la entrada de bacterias



CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DE LA PIEL DEL ADULTO MAYOR

La piel del anciano es cualitativamente diferente a la piel del adulto más joven, por lo cual los ancianos presentan un alto riesgo de padecer daños en la piel. Las diferencias más significativas son:

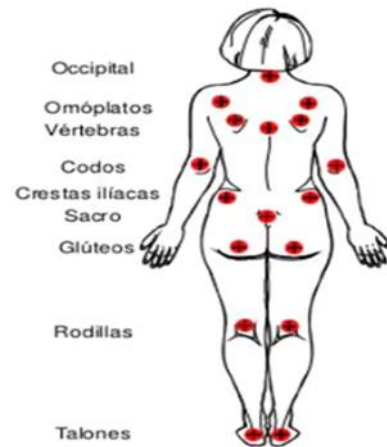
- La epidermis presenta una disminución del grosor potenciando su fragilidad. El origen está en una disminución de la mitosis celular de los queratinocitos, de su vida media y de la desorganización celular.
- Mayor permeabilidad, lo que permite el paso de la humedad exterior y aumenta la fricción.
- Mayor sequedad por reducción de la cantidad y calidad del sudor y del manto ácido graso.
- Alteración en la pigmentación cutánea por alteraciones en la melanina.
- Fragilidad capilar, disminución del flujo sanguíneo, alteración de la termorregulación y el deterioro de la red nerviosa.
- Pérdidas en las alteraciones mecánicas de la piel (elasticidad y recuperación).
- Modificaciones en la unión dermoepidérmica (membrana basal de la dermis) favoreciendo que traumatismos mínimos produzcan hematomas subepidérmicos.
- Cambios y modificaciones en los anejos cutáneos. En el mayor, los cuidados de la piel deben de extremarse por las peculiaridades que se derivan de las modificaciones estructurales y funcionales fruto del paso del tiempo

Está compuesta por las siguientes capas, cada una de ellas desempeña distintas funciones:

Capas de la piel	Características	Células principales	Fisiología
<i>Epidermis</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Capa más superficial de la piel. • Su grosor oscila entre 0,4 y 1,5 mm. • Está compuesta por 4 estratos de epitelio escamoso (estrato germinativo o capa basal, estrato espinoso, estrato granuloso y estrato córneo) <ul style="list-style-type: none"> – Están encargados de dar soporte como las uñas o sudoríparas, que se van renovando continuamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Queratinocitos</i>: representan el 80% de las células de la epidermis. Sus funciones son: <ul style="list-style-type: none"> – Síntesis de queratina. – Mantener el espesor y estructura habitual para evitar pérdidas excesivas de agua. – Proteger al organismo frente a agentes tóxicos. • <i>Melanocitos</i>: sintetizan y segregan pigmento melánico, especializado en la secreción de melanina, protegiendo así a la piel de la luz absorbiendo las radiaciones solares dañinas). • <i>Células de Langerhans</i>: responsables de reacciones inmunitarias, segregando citoquinas, pequeños polipéptidos que estimulan el crecimiento y diferenciación celular cuando se produce un daño en la piel, logrando así una función macrofagocítica. • <i>Células de Merckel</i>: funcionan como receptores táctiles. 	<p>La epidermis se encuentra en íntimo contacto con el medio en el que vivimos, por lo que se encuentra implicada en el aislamiento y protección frente a impactos mecánicos, físicos, químicos y microbiológicos.</p> <p>Participa en la regulación de la temperatura (termorregulación), en la regulación del equilibrio hidroelectrolítico.</p> <p>Por último, participa en la síntesis y metabolismo de proteínas, lípidos y vitamina D.</p>
<i>Unión dermodérmica</i>	Es la interfase entre epidermis y dermis.	Está formada por una membrana basal dividida en 4 planos: plano intraepidérmico con queratinocitos basales, la lámina lúcida, la lámina densa y la lámina fibrosa sub-basal o lámina reticular, formada por fibroblastos dérmicos, colágeno y procolágeno que dan cohesión a esta unión.	<p>Ejerce de barrera semipenetrable, tratándose de una zona de localización de antígenos y de regulación de la síntesis de los queratinocitos y fibroblastos.</p> <p>Determina la orientación y crecimiento de las células basales en el proceso de curación de las heridas.</p>
<i>Dermis</i>	Es una estructura amorfa rica en mucopolisacáridos llamada sustancia fundamental formada por tejido conectivo rico en fibras, apéndices epidérmicos y numerosos plexos nerviosos, linfáticos y vasculares.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fibroblastos</i>: responsables de la síntesis de procolágeno y de la degradación de la matriz proteica. • <i>Monocitos, células dendríticas dérmicas, mastocitos y linfocitos</i>: constituyen el sistema fagocitario de la dermis, interviniendo en respuestas inmunitarias, reacciones de hipersensibilidad, hematopoyesis, coagulación y curación/remodelación de las heridas. • Están formadas por fibras colágenas (responsables de dar elasticidad y resistencia a la piel), elásticas (se encargan de dar extensibilidad a la piel) y reticulares (precursoras de fibras de colágeno). 	<p>Confiere características de flexibilidad, elasticidad y resistencia a la tensión, ofreciendo así protección frente a estímulos mecánicos.</p> <p>Sus células sintetizan gran cantidad de mediadores que participan en procesos de fagocitosis en el inicio del proceso de reparación de las heridas, en la angiogénesis, en múltiples reacciones antígeno-anticuerpo y en la defensa ante bacterias.</p> <p>Retiene agua e interviene en la regulación térmica.</p>
<i>Hipodermis</i>	Se localiza unida a la dermis y a las estructuras anatómicas subyacentes, como las fascias.	Está formada por tejido conjuntivo laxo, fibras colágenas y células adiposas.	<p>La grasa subcutánea de la hipodermis aísla al organismo de los cambios bruscos de temperatura, absorbiendo así energía en los traumas mecánicos.</p> <p>Es una importante reserva de energía.</p>

Diferenciación anatómica y fisiológica de las capas de la piel, según las características y células principales caa partir de García-Fernández, FP; Soldevilla-Agreda, J.Javier; Torra i Bou J-E. Atención integral de las heridas crónicas. 2ª edición. 2016. 756 p (Bravo, 2021)

Las áreas de riesgo más comunes son la región sacra, los talones, las tuberosidades isquémicas y las caderas.



Las localizaciones más frecuentes son:

Decúbito supino

Occipital

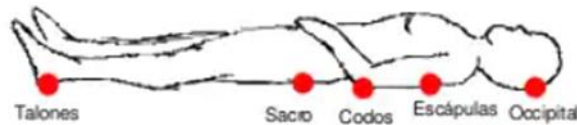
Escapula

Codo

Sacro

Talón

Decúbito supino



Decúbito lateral

Costillas

Orejas

Cresta iliaca

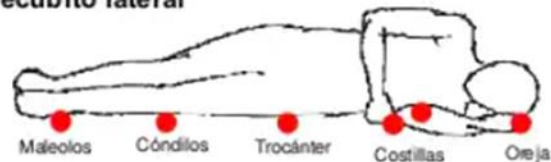
Codos

Maléolos

Hombro

Trocater

Decúbito lateral



Decúbito prono

Mejillas

Mamas

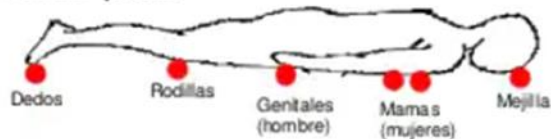
Genitales

Rodillas

Punta de los dedos de los pies

Nariz

Decúbito prono



En SEDESTACIÓN:

el isquion

el coxis

los omóplatos

los trocánteres

los talones

los dedos de los pies



Otras localizaciones

Meato por sonda vesical

Orificios nasales por gafas/ mascarillas para oxigenoterapia, sonda nasogástrica (SGN)

Muñeca/tobillo por sujeción

Isquion por sedación prolongada

Boca por tubos endotraqueales

Zonas inmovilizadas con férulas o yesos

FACTORES INTRÍNSECOS (Osakidetza, 2017)

- Edad
- Movilidad disminuida
- Medicación: inmunosupresores, benzodiacepinas, corticoides, sedantes, inotrópicos.
- Trastornos en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, estasis venosa, trastornos cardiovasculares.
- Alteraciones cognitivas: desorientados, confusos.
- Déficit sensorial y motor
- Pérdida sensitiva/motora: paresia/parálisis,
- pérdida de la sensibilidad dolorosa.
- Espasticidad/contracturas
- Alteraciones nutricionales y metabólicas
- Incontinencia: fecal, urinaria, mixta.

FACTORES EXTRÍNSECOS (Osakidetza, 2017)

- Humedad

- Fricción
- Sujeción mecánica
- Inmovilidad requerida por el proceso (inestabilidad hemodinámica...).
- Uso de dispositivos sanitarios
- Entorno social de riesgo: situación socioeconómica, lejanía de prestaciones sanitarias y ayudas sociales.
- Formación inadecuada del cuidador o el profesional.
- SEMP inexistente o inadecuada
- Hábitos tóxicos: tabaquismo, alcohol

5.5.6.1 Patología

ETIOLOGIA DE UPP

Las UPP son consecuencia directa del aplastamiento tisular entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente (hueso) y otro externo a él (dispositivos terapéuticos, etc.), al que se le pueden asociar fuerzas tangenciales que actúan como elementos de cizalladura y que inducen lesiones en los planos profundos.

La presión capilar normal oscila entre valores de 16mmHg (en espacio venoso capilar) y 33 mmHg (en espacio arterial capilar). Se puede considerar que los 20 mmHg como máxima presión de oclusión capilar, una vez que se ejercen presiones superiores a 20 mmHg en un área limitada y durante un tiempo prolongado, se inicia un proceso de isquemia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes, desencadenando así una degeneración de los tejidos por la respiración anaerobia, provocando alteraciones a nivel de la membrana celular y liberación de aminas vasoactivas, que en caso de no ser revertido a tiempo da lugar a necrosis y muerte celular en esa zona.

El tipo y la duración de la presión van a condicionar la aparición o no de UPP. Podemos afirmar que el factor tiempo y la presión son inversamente proporcionales, de forma que, para producirse la lesión, a mayor tiempo, se necesita una presión menor. El tiempo tiene más importancia que la presión a la hora de formarse UPP o no, ya que la piel no es capaz de soportar presiones tan altas en periodos cortos de tiempo.

Los elementos a tomar en cuenta en la valoración del paciente son los siguientes:

- Valoración de la piel: Identificar cualquier dato de lesión cutánea ocasionada por presión, fricción, cizallamiento o humedad, prestando especial atención a los puntos donde se encuentran prominencias óseas, las áreas sometidas a humedad constante y las regiones de la piel que se encuentren en contacto con tubos y catéteres.
- Valoración de la oxigenación: Identificar los factores que propicien la disminución del aporte de oxígeno a los tejidos, tales como tabaquismo, anemia, alteraciones de la glicemia, enfermedades respiratorias y estados hipotensivos.
- Valoración del estado hídrico y nutricional: Determinar si el aporte calórico y la cantidad de líquidos son suficientes para satisfacer las necesidades del paciente, tomando en cuenta su edad, condición de salud y actividad física, así como cualquier dificultad para deglutir o procesar los alimentos, depresión y apatía.
- Valoración de la movilidad: Identificar cualquier restricción en la movilidad debido a afectaciones neurológicas, enfermedades del sistema músculo-esquelético, intervenciones quirúrgicas de larga duración y reposo prolongado por afectaciones en el estado de ánimo.

Las UPP son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, o pacientes inmovilizados. Representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.

Según sean las posiciones que el paciente mantenga durante un tiempo no superior a dos horas, las zonas más susceptibles de desarrollar UPP son el sacro, los glúteos, los talones, el pliegue ínter glúteo, el trocánter y los maléolos.

5.5.6.2 Epidemiología

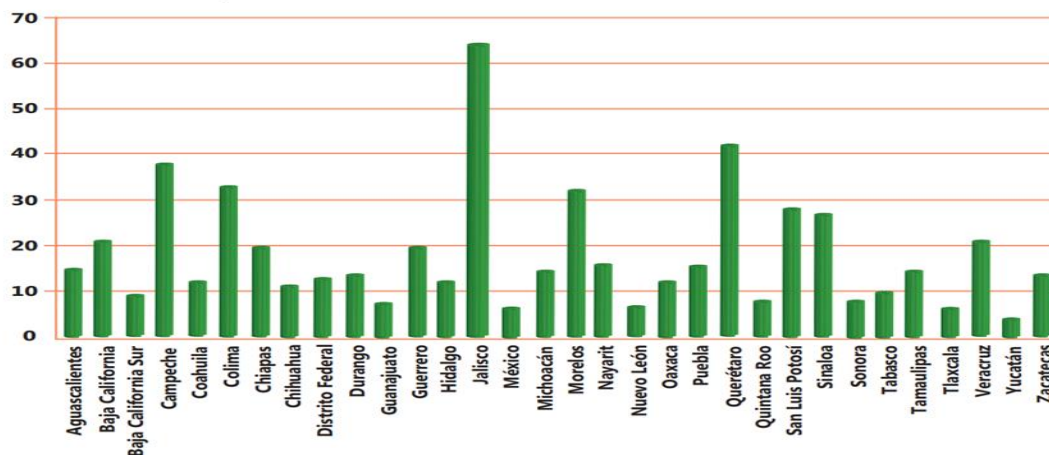
La presencia de UPP se considera un indicador negativo de la calidad asistencial, ya que puede agravar el estado físico, pero también emocional del paciente debido a las consecuencias que provoca en la calidad de vida.

Además, se considera que la aparición de las mismas es evitable en un 95%, porcentaje alarmante debido a la gran prevalencia conocida. Existe una diferenciación de género en lo relativo a las zonas de aparición de úlceras por presión, siendo las mujeres las más afectadas (58,3%) pero con lesiones epidérmicas y menos severas. Se observó que los hombres presentan lesiones como flictenas y descamación de la piel con más frecuencia que el sexo femenino. El 93% de úlceras por presión aparecen en la mitad inferior del cuerpo, predominando sacro y talones. (Vela-Anaya, 2013)

En México, se realizó un estudio publicado en 2013 por Vela el cual buscaba mirar el impacto económico que generaba el tratamiento de las lesiones por presión, se realizó en 14 unidades de 6 primer nivel de atención. La información recibida procede de 175 unidades médicas de segundo nivel de atención, de 32 entidades federativas, con un total de 13 137 pacientes valorados, de los cuales 1 697 presentaron una o más UPP, con un total de 2 754 UPP. (Vela-Anaya, 2013)

En el ámbito de la hospitalización, la OMS señala que uno de cada diez pacientes presenta un efecto adverso relacionado con la atención sanitaria, entre los que se encuentran las úlceras por presión. (Vela-Anaya, 2013)

Figura 1. Prevalencia cruda por entidad federativa



(Vela-Anaya, 2013)

Otro elemento para encauzar las intervenciones de enfermería es la clasificación de las UPP según estadios, se observó que 73 % se encontraba en estadio I y II, lo que significa que se debe poner énfasis en la detección de factores de riesgo en pacientes hospitalizados

mediante la valoración de riesgo a presentar UPP en cada cambio de turno, o bien en cualquier cambio del estado de salud del paciente. (Vela-Anaya, 2013)

La identificación del 27 % de pacientes en estadios III y IV induce al trabajo de diagnóstico oportuno y de tratamiento temprano a partir de la utilización de los insumos científicamente recomendados para evitar complicaciones en los pacientes. (Vela-Anaya, 2013)

5.5.6.2 Fisiopatología

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y/o tejidos subyacentes, producida por la acción combinada de factores extrínsecos, entre los que se destacan las fuerzas de presión, fricción y cizallamiento, siendo determinante la relación presión-tiempo.

Mencionando a Arango, Fernández, Torres en (2021) Las UPP se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado.

La presión capilar máxima se cifra en torno a los 20 mm Hg, y la presión tisular media entre los 16-33 mm Hg. Presiones superiores ejercidas sobre un área concreta durante un tiempo prolongado desencadenan un proceso isquémico que, si no se revierte a tiempo, origina la muerte celular y su necrosis. (Arango, Fernández y Torres, 2021).

En la formación de la UPP parece tener más importancia la continuidad en la presión que la intensidad de la misma, ya que la piel puede soportar presiones elevadas, pero sólo durante cortos períodos de tiempo, por lo que se puede afirmar que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales. (Arango, Fernández y Torres, 2021)

Los principales factores que contribuyen al desarrollo de las UPP son:

Presión

Es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel; debido a la gravedad, provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los

tejidos y necrosis si continúa. Representa el factor de riesgo más importante. (Arango, Fernández y Torres, 2021).

Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre. La humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel. (Arango, Fernández y Torres, 2021)

De pinzamiento vascular

Combina los efectos de presión y fricción; por ejemplo, la posición de Fowler que provoca presión y fricción en sacro. (Arango, Fernández y Torres, 2021)

Factores de Riesgo

a) Fisiopatológicos (Arango, Fernández y Torres, 2021)

Lesiones cutáneas: envejecimiento y patológicas.

— Trastornos del transporte de oxígeno: Insuficiencia vascular periférica, estasis venosa, 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.

b) Derivados del tratamiento (Arango, Fernández y Torres, 2021)

— Inmovilidad impuesta por tratamiento.

— Tratamiento inmunosupresor: radioterapia, quimioterapia.

— Sondajes con fines diagnósticos o tratamiento.

c) Situacionales (Arango, Fernández y Torres, 2021)

— Falta de higiene.

— Arrugas en la ropa.

— Objetos de roce.

— Inmovilidad por dolor, fatiga.

d) Del entorno (Arango, Fernández y Torres, 2021)

- 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.

e) Humedad

En la piel puede tener varios orígenes como en la presencia de la orina, heces, jugos gástricos, sudor o mal secado del paciente tras el lavado. Esto da como resultado de una maceración de la piel y un desprendimiento más rápido de las úlceras superficiales y protectoras de la misma, dejando al descubierto la piel más frágil. Un continuo contacto con la humedad podría evaluar la lesión más profunda.

f) Socio-económicos.

- Resultado de modificaciones de las condiciones personales.
- Hábitos higiénicos inadecuados o insuficientes.
- Desconocimiento de los factores que amenazan la integridad de los tejidos y la forma de evitarlos: movilización activa y pasiva, evitar arrugas en ropa y cama.
- Bajo nivel económico: con baja calidad alimenticia.

5.5.6.3 Manifestaciones clínicas

Clasificación y estadiaje de las UPP

Las UPP se clasifican en cuatro estadios según el grado de la lesión tisular:

• Estadio I:

- Eritema cutáneo en piel íntegra que no palidece/desaparece con la presión; en pieles oscuras puede presentar tonos rojos, azules o morados.
- En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:

- Temperatura de la piel (caliente o fría)
- Consistencia del tejido (edema, induración)
- Y/o sensaciones (dolor, escozor)

- Estadio II:

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

- Estadio III:

- Pérdida total del grosor de la piel, que implica lesión del tejido subcutáneo, que puede extenderse hasta la fascia muscular.

- Estadio IV:

- Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, lesión en músculo, hueso y/o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc....).
- En este estadio IV como en el III, pueden presentarse necrosis, lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos. En todos los casos que proceda, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

Parámetros para describir la lesión

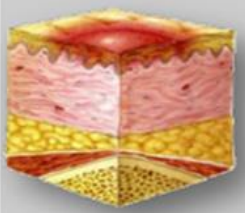
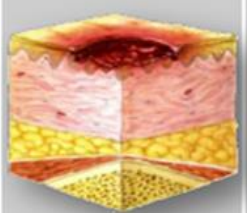
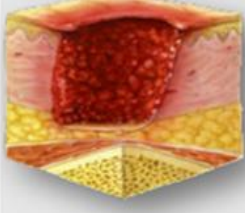
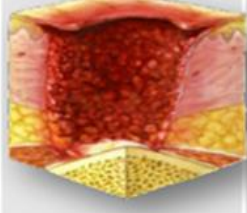

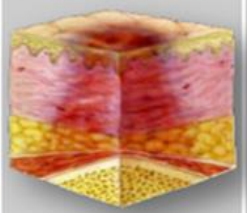
- Dimensiones: Longitud, anchura (diámetro mayor y menor) y volumen.
- Cavidades: Tunelizaciones y fístulas.
- Tejido del lecho de la úlcera: Eritema, esfacelado, necrótico, epitelización y granulación.
- Estado de la piel periulceral: Íntegra, eritema, lacerada, macerada, eczema y edema.
- Borde de la herida: Bien definido, irregular, con forma de cráter, hinchado, calloso, macerado y reseco.
- Exudado de la úlcera: Cantidad (mínimo, moderado, alto), tipo (purulento, hemorrágico, seroso) y olor.
- Signos de infección: Local y sistémica.

Fases del proceso de cicatrización

- Fase Exudativa o de Limpieza: Se produce la coagulación, inflamación y limpieza de la herida. La finalidad de esta fase es la de limpiar la herida y luchar contra la infección, eliminando las células y tejidos desvitalizados.
- Fase de Granulación: Se produce la reconstrucción vascular, que va a facilitar el aporte de oxígeno y nutrientes al nuevo tejido, que irá rellenando el lecho de la herida para reemplazar el tejido original destruido. El tejido de granulación presenta un aspecto brillante, carnosos y rojo.
- Fase de Epitelización: Una vez el lecho de la lesión se ha rellenado con tejido neoforado, éste se va revistiendo de nuevo tejido epitelial, desde los bordes de la herida hasta recubrirla totalmente. El tejido epitelial presenta un aspecto rosa perlado.
- Fase de Maduración: Esta fase puede durar hasta un año o más, y nuestro objetivo en ella es proteger la zona cicatricial, ya que es muy sensible a las agresiones físicas y químicas. Las UPP cicatrizan hacia una menor profundidad, pero no se produce una sustitución del tejido dañado destruido. (Una úlcera en estadio IV no puede pasar a ser de estadio III, estadio II o estadio I).

Una úlcera de un estadio determinado después de su cicatrización será clasificada como úlcera de dicho estadio cicatrizada; no como úlcera de estadio cero. El lecho ulceral es rellenado por tejido de granulación, compuesto por células endoteliales, fibroblastos, colágeno y matriz extracelular.

CLASIFICACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN LA (NPUAP, 2014) (IMSS, 2018)

CUADRO 30. CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DE ACUERDO A CATEGORÍA			
<p>CATEGORIA I</p> 	<p>Categoría/Estadio I. En pacientes con piel clara eritema cutáneo que no palidece en piel intacta; en individuos de piel oscura puede ser difícil la detección de la palidez. Estas lesiones suelen acompañarse de induración, dolor, insensibilidad, edema, aumento o disminución de la temperatura en la periferia.</p>	<p>CATEGORIA II</p> 	<p>Categoría/Estadio II. Pérdida parcial del grosor de la piel que puede afectar a epidermis y/o dermis. La úlcera es una lesión superficial que puede tener aspecto de abrasión, flictena, o pequeño cráter superficial.</p>
<p>CATEGORIA III</p> 	<p>Categoría/Estadio III. Pérdida total del grosor de la piel, con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiéndose extender más hacia dentro pero sin afectar la fascia subyacente. La lesión presenta el aspecto de un cráter que puede socavar o no al tejido subyacente.</p>	<p>CATEGORIA IV</p> 	<p>Categoría/Estadio IV. Plena lesión de todo el grosor de la piel con destrucción masiva, necrosis tisular o daño en el músculo, hueso o elementos de sostén. Las lesiones de estadio IV pueden presentar trayectos sinuosos y socavados.</p>
<p>Categoría No clasificable</p> 	<p>No clasificable. Existe una pérdida total del tejido y el tejido necrótico presente en la base de la úlcera no permite valorar la profundidad de la misma. La base puede estar cubierta por una escara o placa de coloración amarillenta, verdosa, gris o café. La lesión puede categorizarse una vez que se haya retirado el tejido necrótico.</p>	<p>Sospecha de lesión profunda</p> 	<p>Sospecha de lesión profunda no determinada. Lesiones con pérdida coloración de la piel o lesiones marmóreas, azuladas o grises en piel íntegra. O bien presentarse como una flictena hemorrágica derivada de la presión o el cizallamiento.</p>

Adaptado de: NPUAP/EPUAP/ PPIA. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media; Osborne Park, Western Australia; 2014.

Existen diferentes complicaciones:

Entre ellas las más frecuentes son dolor e infección (local o sistémica).

Las complicaciones sistémicas potenciales son:

Amiloidosis
 Endocarditis
 Formación de hueso heterotópico
 Infestación de parásitos
 Fistula uretero- perineal
 Pseudosneursmas
 Artritis séptica

5.5.6.4 Medios Diagnósticos

Existen entre 16 escalas para valorar el riesgo de aparición de UPP, las más utilizadas o más comunes son:

Escalas de valoración del riesgo, más importantes:

1 Escala de Norton

ESCALA DE NORTON					
Estado físico general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso Comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

CLASIFICACIÓN DE RIESGO	
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	Mínimo/no riesgo

Escala de Braden

ESCALA BRADEN				
<p>Percepción sensorial</p> <p>Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión</p>	<p>1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.</p>	<p>2. Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.</p>	<p>3. Ligeramente limitada. Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.</p>	<p>4. Sin limitaciones. Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.</p>
<p>Exposición a la humedad</p> <p>Nivel de exposición de la piel a la humedad</p>	<p>1. Constantemente húmeda. La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.</p>	<p>2. A menudo húmeda. La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.</p>	<p>3. Ocasionalmente húmeda. La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.</p>	<p>4. Raramente húmeda. La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.</p>
<p>ACTIVIDAD</p> <p>Nivel de actividad física</p>	<p>1. Encamado/a Paciente constantemente encamado/a.</p>		<p>3. Deambula ocasionalmente. Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.</p>	<p>4. Deambula frecuentemente. Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.</p>
<p>MOVILIDAD</p> <p>Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo</p>	<p>1. Completamente inmóvil. Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.</p>	<p>2. Muy limitada. Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.</p>	<p>3. Ligeramente limitada. Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a.</p>	<p>4. Sin limitaciones. Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.</p>

NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	1. Muy pobre. Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	2. Probablemente inadecuada. Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	3. Adecuada. Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rechazar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4. Excelente. Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1. Problema. Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	2. Problema potencial. Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	3. No existe problema aparente. Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	
<ul style="list-style-type: none"> • ALTO RIESGO: Puntuación total < 12 • RIESGO MODERADO: Puntuación total 13 – 14 puntos. • RIESGO BAJO: Puntuación total 15 – 16 si menor de 75 años o de 15 – 18 si mayor o igual a 75 años. 				

Escala de Emina

ESCALA EMINA					
	Estado mental	Movilidad	Humedad R/C Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	Orientado Paciente orientado y consciente	Completa Autonomía completa para cambiar de posición en la cama o en la silla	No Tiene control de esfínteres o lleva sonda vesical permanente, o no tiene control de esfínter anal pero no ha defecado en 24 horas	Correcta Toma la dieta completa, nutrición enteral o parenteral adecuada. Puede estar en ayunas hasta 3 días por prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o con dieta sin aporte proteico. Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio	Deambula Autonomía completa para caminar
1	Desorientado o apático o pasivo Apático o pasivo o desorientado en el tiempo y en el espacio. (Capaz de responder a órdenes sencillas)	Ligeramente limitada Puede necesitar ayuda para cambiar de posición o reposo absoluto por prescripción médica	Urinaria o fecal ocasional Tiene incontinencia urinaria o fecal ocasional, o lleva colector urinario o cateterismo intermitente, o tratamiento evacuador controlado	Ocasionalmente incompleta Ocasionalmente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio	Deambula con ayuda Deambula con ayuda ocasional (bastones, muletas, soporte humano, etc.)
2	Letárgico o hipericónico Letárgico (no responde a órdenes) o hipericónico por agresividad o irritabilidad	Limitación importante Siempre necesita ayuda para cambiar de posición	Urinaria o fecal habitual Tiene incontinencia urinaria o fecal, o tratamiento evacuador no controlado	Incompleta Diariamente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio	Siempre precisa ayuda Deambula siempre con ayuda (bastones, soporte humano, etc.)
3	Comatoso Inconsciente. No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado	Inmóvil No se mueve en la cama ni en la silla	Urinaria y fecal Tiene ambas incontinencias o incontinencia fecal con deposiciones diarreas frecuentes	No ingesta Oral, ni enteral, ni parenteral superior a 3 días y/o desnutrición previa. Albúmina y proteínas con valores inferiores a los estándares de laboratorio	No deambula Paciente que no deambula. Reposo absoluto
Sin riesgo: 0. Riesgo bajo: 1-3. Riesgo medio: 4-7. Riesgo alto: 8-15.					

5.5.6.5 Tratamiento

<p>Cuidados generales (Palomar, 2010)</p> <ul style="list-style-type: none">• Alivio de la presión Alivio de la presión sobre los tejidos y prevención de nuevas lesiones. Los pacientes que presentan o presentaron una o varias lesiones son considerados pacientes de alto riesgo de desarrollar nuevas lesiones.• Soporte nutricional La nutrición juega un papel relevante en la prevención y el abordaje de la cicatrización de las heridas. -Un buen soporte nutricional favorece la cicatrización de las UPP, también puede evitar la aparición de éstas, y de la infección. - Las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas debido a las necesidades inherentes al proceso de cicatrización. - La dieta del paciente con úlceras por presión deberá garantizar el aporte como mínimo de:<ul style="list-style-type: none">· Calorías (30-35 Kcal x Kg.peso/día)· Proteínas (1.25 - 1.5 gr./Kg.peso/día, pudiendo ser necesario un aumento de hasta un máximo de 2 gr./Kg.peso/día).·Minerales: Zinc , Hierro, Cobre· Arginina	<p>2. Cuidados locales (Palomar, 2010)</p> <ul style="list-style-type: none">• Limpieza Objetivos de la Limpieza<ul style="list-style-type: none">· Retirar restos orgánicos e inorgánicos y exudados presentes en la lesión.· Rehidratar la superficie de la herida para facilitar medio húmedo.· Facilitar la inspección de la lesión.· Disminuir el riesgo de infección.• Desbridamiento Es un paso imprescindible para evaluar el grado de la UPP. - Objetivos del desbridamiento:<ul style="list-style-type: none">· Eliminar restos necróticos, esfacelos, detritus celulares, que son los que entorpecen la curación, y van a potenciar la aparición de infección ya que son una fuente excelente de alimentación bacteriana. Evidencia Alta· Eliminar el mal olor.· Favorecer la restauración estructural y funcional de la piel.· Facilitar la curación, acelerando las fases de proliferación celular.· Permitir ver la existencia de posibles cúmulos de exudado o abscesos.· Permitir evaluar la profundidad de la lesión.
--	---

- Vitaminas : Vit C, Vit A, Complejo B
- Aporte hídrico (1cc Agua x Kcal.día)(30 cc Agua/día x Kg.peso)

En caso de que la dieta habitual del paciente no cubra estas necesidades se debe recurrir a dietas enriquecidas.

MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL (MUST) (HERRAMIENTA UNIVERSAL DE LA INVESTIGACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN)

PASO 1 Puntuación para el IMC IMC kg/m ² : Puntuación > 20 = 0 (≥30 Obesidad) = 0 18.5 – 20 = 1 < 18.5 = 2	PASO 2 Puntuación para la pérdida de peso Pérdida de peso no planificada en los últimos 3 - 6 meses % Puntuación < 5 = 0 5 – 10 = 1 > 10 = 2	PASO 3 Puntuación para el efecto de la enfermedad aguda Si el paciente presenta estrés metabólico y no ha comido o existe la posibilidad de que no coma durante un periodo de > 5 días Puntuación 2
--	---	---

PASO 4 Riesgo global de malnutrición Suma los puntos para conocer el riesgo global de malnutrición BAJO RIESGO: Puntuación 0 / RIESGO MEDIO: Puntuación 1 / ALTO RIESGO: puntuación ≥ 2

PASO 5 Guías de Manejo		
0 Bajo Riesgo	1 Riesgo Medio	≥ 2 Alto Riesgo
Cuidados clínicos rutinarios Repita el despistaje: - Hospital: semanalmente - Residencias de mayores: mensualmente - Atención primaria: anualmente a grupos especiales (por ejemplo, > 75 años)	Observe Cuando el paciente se encuentre hospitalizado o en una residencia de mayores, mantenga un registro de la ingesta diaria del paciente por un periodo de 3 días • En caso: - De mejoría o ingesta adecuada: baja relevancia clínica - De que no se observe mejoría: relevancia clínica, siga el protocolo del centro • Repita el despistaje: - Hospital: semanalmente - Residencias de mayores: como mínimo mensualmente - Atención Primaria: como mínimo cada 2-3 meses	Tratamiento* • Refiere al dietista, al equipo de soporte nutricional o implemente las directrices locales • Mejore e incremente la alimentación global del paciente • Monitoree y revise el plan de cuidados: - Hospital semanalmente - Residencias de mayores: mensualmente - Atención Primaria: mensualmente * A menos que sea perjudicial o no se obtenga ningún beneficio del apoyo nutricional (por ejemplo, muerte inminente)

Para todos los niveles de riesgo:

- Tratar el problema médico subyacente del paciente. Adicionalmente, ayudar y sugerir en relación a la elección de los alimentos a consumir; comer y beber cuando sea necesario.
- Registre el nivel de riesgo de la malnutrición.
- Registre la necesidad de dietas especiales e implemente la política local.

Obesidad:

- Registre la presencia de obesidad.
- Los paciente que presenten otro tipo de problema médico subyacente, son por lo general controlados previo tratamiento de la obesidad.

Obesidad:

- Registre la presencia de obesidad.
- Los paciente que presenten otro tipo de problema médico subyacente, son por lo general controlados previo tratamiento de la obesidad.

• Manejo del dolor

Valorar a todos los pacientes en cuanto al dolor relacionado con la U.P.P., con su tratamiento y patologías asociadas. La percepción del dolor es subjetiva, cuando un paciente se queja de dolor hay que tratarlo. Considerar los parámetros siguientes:

- Intensidad: para medir la intensidad del dolor se recomienda hacer una valoración previa del estado cognitivo del paciente para poder aplicar la escala

- Para la elección de la técnica de desbridamiento a utilizar deberemos valorar:

- Situación general de la persona; posibilidades de curación del proceso, expectativas de vida, problemas y beneficios que le aportamos.

Es necesario prestar una consideración especial en personas en situación terminal de su enfermedad.

- Características de la lesión (tipo de tejido, profundidad, localización, presencia de dolor, signos de infección)

-Vascularización de la zona: si es una zona altamente vascularizada, controlar el sangrado; de lo contrario si es una zona con falta de riego sanguíneo no va a permitir una óptima regeneración tisular, alargándose el proceso.

• Tratamiento con anticoagulantes

Hay una importante excepción del desbridamiento: es el caso de la placa dura necrótica (escara que no presenta edema, eritema, fluctuación o drenaje) en talón, en este caso se recomienda no desbridar y someterla a una estricta vigilancia.

Esta placa necrótica va a actuar siempre como una barrera natural ante una posible osteomielitis del calcáneo.

- Antes de iniciar el desbridamiento tendremos en cuenta:

<p>de valoración más adecuada.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cualidad: continuo, incidental (relacionado con las movilizaciones o las curas). - Irruptivo: de aparición impredecible. <p>- Manejar el dolor eliminando o controlando su fuente de origen: cura en ambiente húmedo, cubriendo heridas, ajustando las superficies de apoyo, recolocando al paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un aumento del dolor sugiere un deterioro mayor y la posibilidad de una infección. - Si se considera necesario y adecuado proporcionar analgesia. - Tener en cuenta los factores psico-sociales que pueden influir en la percepción del dolor, así como el estado cognitivo. <p>• Valoración psicosocial</p> <p>Es necesario identificar al cuidador principal y valorar la capacidad, habilidad, conocimientos, recursos, y motivación de éste y del paciente para participar en el plan de cuidados. Diseñar, aplicar y evaluar medidas de implicación del paciente y familia en la prevención y cuidado de las UPP. Así como, facilitarles el acceso a los recursos sociales para planificar sus necesidades.</p> <p>• Soporte emocional</p> <p>La presencia de una UPP puede provocar un cambio importante en las actividades de la</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rapidez (con lo que se quiere actuar) - Infección (presente o no) - Profundidad y localización. - Dolor. <p>-Coagulopatías y tratamientos anticoagulantes</p> <p>- Métodos de desbridamiento:</p> <p>- Quirúrgico</p> <p>Retirada completa de tejido necrótico realizada en una sola sesión, se lleva a cabo en quirófano o sala quirúrgica bajo anestesia. Indicado en escaras gruesas, muy adherentes, tejido desvitalizado de lesiones extensas, profundas, de localizaciones especiales, y con signos de celulitis o sepsis.</p> <p>Retirada de forma selectiva de tejido necrótico y desvitalizado, en diferentes sesiones y hasta el nivel de tejido viable, es el más efectivo y permite el desbridamiento de forma más rápida. Se realiza “a pie de cama”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar el uso de medidas de control del dolor, generales y locales antes de iniciar la técnica - Tener especial precaución en personas con coagulopatías o tratadas con anticoagulantes.
--	--

vida diaria del individuo y su familia a tener presente en la planificación de sus cuidados:
-Problemas físicos, emocionales, sociales y económicos que se pueden traducir en un déficit en la demanda de autocuidados y la habilidad de proveer esos autocuidados.

-Déficit de autonomía, autoimagen, autoestima, etc.

- Necesidad de apoyos Sociales ante situación de difícil manejo en su entorno

• **Educación**

Informar continuamente a todos los miembros del equipo asistencial y/o red de cuidadores informales del estado, evolución y tratamiento de la lesión Implicar a todos los miembros del equipo asistencial y/o red de cuidadores informales en la planificación, ejecución y seguimiento de los cuidados de prevención y tratamiento.

-Valorar la capacidad del paciente/cuidador para participar en su programa de prevención y tratamiento.

-Desarrollar un programa de educación que sea:

- Organizado, estructurado y comprensible.
- Dirigido a todos los niveles: pacientes, familiares, cuidadores, gestores, y que incluyan mecanismos de evaluación sobre su eficacia.

· En caso de sangrado, controlarlo con presión digital, apósitos hemostáticos, o apósitos de Alginato Ca.

· Vigilar los signos de sangrado significativo durante las primeras 24 horas, valorando la conveniencia de mantener los apósitos.

· No está indicado en zonas de escasa o nula vascularización, dificulta la cicatrización

· Realizar con instrumental estéril, extremando las medidas de asepsia

· Enzimático Es la aplicación local de enzimas exógenas (principalmente colagenasa, estreptoquinasa) que funciona de forma sinérgica con las enzimas endógenas, degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina, separando el tejido necrótico del tejido viable.

· Se recomienda realizar cortes con bisturí en caso de placa dura necrótica, para facilitar que el producto penetre en la lesión

· Se recomienda aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción









· Proteger la piel perilesional

· Su acción puede ser neutralizada en contacto con algunas soluciones jabonosas, metales pesados y antisépticos

· Autolítico Es el fisiológico, ocurre en todas las heridas de forma natural, aunque su

acción es más lenta que otros métodos. Se favorece con la aplicación de apósitos concebidos en el principio de cura en ambiente húmedo. Es el método más selectivo, atraumático y no doloroso. Bien aceptado por el paciente puede provocar maceración de la piel periulceral si no es bien utilizado.

• **Productos recomendados dependiendo del estado de la UPP**

TEJIDO DEL LECHO		OBJETIVO		TTO LOCAL ACONSEJADO	
	Tejido necrótico	Eliminar el tejido no viable		a. Desbridamiento enzimático: Colágenasa + apósito secundario	
	Tejido esclerado			b. Desbridamiento autolítico: - Hidrogel + apósito secundario* (en ausencia de exudado) - Alginato, hidrofibra, espuma o cualquier otro producto de cura en ambiente húmedo (en presencia de exudado) c. Desbridamiento Cortante d. Combinación de cualquiera de ellos	
	Tejido de Granulación	EXUDADO	Nulo/ Escaso	Evitar la maceración	Hidrogel + apósito secundario
			Moderado/ Abundante	Alginato o hidrofibra + apósito secundario	
	Hipergranulación	Eliminar exceso de tejido		- Nitrato de plata - Pomada de Corticoide	
	Presencia/ sospecha de infección	EXUDADO	Ausente	Reducir la carga bacteriana	- Hidrogel + apósito de plata + apósito secundario - Gel de polihexanida con betaina + apósito secundario - Apósito de plata + apósito secundario - Solución de Polihexanida con betaina + apósito secundario
			Presente	Hidrogel + carbón + apósito secundario	
	Presencia de mal olor con / sin infección	EXUDADO	Ausente	Evitar el mal olor	Alginato o hidrofibra + carbón + apósito secundario
			Presente		
	Epitelización	Favorecer la epitelización		Colágeno + apósito secundario	
	Piel íntegra	Restablecer el film hidro-lipídico protector de la piel		- Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) - Productos Barrera: - Películas Barrera - Cremas con óxido de zinc (anticongestivas)	

TIPOS DE APÓSITOS

Elección del apósito según el estado de la UPP

Tipo úlcera	Objetivo	Apósito	Indicaciones	Contraindicaciones	Nombre comercial
UPP estadio I	Disminuir la fricción	HIDROCOLOIDES EXTRAFINOS	UPP estadio I, II y III		Comfeel plus transparente Varihesive extrafino
	Disminuir la presión y la fricción	POLIURETANOS	- UPP estadio I y II. - Lesiones superficiales.		Allevyn Allevyn Heel Biatain sacro Mepilex Mepilex sacro Mepilex border lite
UPP estadio II	Si flictena pincharía con asepsia	Ídem estadio I			
	Igual que en estadio I				
UPP estadio III y IV	Desbridar	HIDROGELES	-Úlceras infectadas -Necrosis secas -Heridas en fase de granulación.		Hydrosorb Comfort Varihesive hidrogel (carboximetilcelulosa)
	+ cura húmeda	HIDROCOLOIDES	- UPP estadio I, II y III. - Protección frente a fricción	- Úlceras con exposición a partes nobles. - Úlceras infectadas.	Comfeel plus sacro Comfeel plus Transparente Varihesive extrafino; Urgotul
		POLIURETANOS	- Prevención y protección frente a fricción. - Como apósito 2º de fijación.	- Heridas infectadas.	Allevyn; Allevyn Heel; Biatain sacro; Mepilex ; Mepilex sacro Mepilex border lite
		ALGINATOS	- Úlceras vasculares de exudado moderado o abundante + piel circundante frágil. -Úlceras infectadas, cavitadas y necrosis húmedas.	- Necrosis secas. - Heridas no exudativas.	Algisite M
		APÓSITO DE PLATA	- Heridas infectadas. - Heridas tórpidas sin signos de infección local.		Actisorb plus (+plata) Aquacel AG Biatain AG
		APÓSITO DE PLATA	Cavidades o fistulizaciones		cinta

Fuente: Biblioteca de UPNA, TFG de Irene Lauzirika

Existen varios tipos de apósitos, referentes a la protección del lecho de las úlceras y heridas:

A) MALLAS O LÁMINAS PROTECTORAS

Son apósitos tejidos uniformemente y porosos, impregnados con distintos componentes (hidrocoloide, siliconadas, nylon, vaselinas, etc.) que les confieren mayor o menor capacidad de ayuda a la cicatrización (Ilustración 3). Su función es como



Ilustración 3. Apósito de malla

apósito primario, evitar la adhesión al lecho o el dolor según el tipo de herida o técnica realizada y necesitan un apósito secundario (apósito que aísla la úlcera del exterior). (Palomar, 2010)

B) ESPUMAS

Son esponjas muy absorbentes (4 ó 5 veces su volumen). Hoy en día se pueden considerar en muchos casos como apósitos de espuma a todos aquellos productos mixtos en su composición formada por 1, 2 ó 3 láminas y con mayor o menor capacidad de absorción y de almohadillado (alginatos, hidrofibra, dextrómeros gelificantes). Son poliuretanos con variabilidad en el poro y de distintas densidades que les harán más o menos absorbentes.



Ilustración 4. Apósito de espuma

Ayudan a un desbridamiento autolítico, pero deben de mantenerse en el lecho bastante tiempo para que este permanezca húmedo. Se aplican en lesiones muy exudativas, permiten el intercambio gaseoso, pero hacen de barrera frente a microorganismos o líquidos, no se adhieren al lecho de la úlcera. Pueden tener una capa adhesiva o necesitar un apósito secundario para su sujeción y están cubiertos por un poliuretano fino que los hace semioclusivos permitiendo el intercambio gaseoso. Son apósitos utilizados como secundarios para aislar la úlcera del medio ambiente. (Palomar, 2010)

C) ALGINATOS

Compuestos de sales de calcio de algas marinas, que en contacto con la herida absorben los iones sodio del exudado y liberan iones de calcio formándose un gel.

Mantienen la cura en ambiente húmedo. Es un apósito polímero, de ácidos gulurónico (forma lentamente el gel y es más rígido) y manurónico (lo contrario al gulurónico), con un tejido almohadillado en fibra muy absorbentes (30 ó 40 veces su volumen), se acopla perfectamente en el lecho de la úlcera o en sus cavidades, no debe sobrepasar los límites de ésta, ya que puede adherirse en el borde y si no lo humedecemos bien al retirarlo, podemos



Ilustración 5. Apósito de alginato

eliminar parte de la epitelización que va desde el borde. Su desbridamiento es autolítico por mantener la humedad, y en las úlceras, heridas, fístulas, mal perforante, etc. ayuda a mantener el tejido de granulación siempre y cuando este tenga un moderado o excesivo exudado. (Palomar, 2010)

Incluso, se puede aplicar con heridas infectadas y controladas con antibioticoterapia. También puede aplicarse junto con otros productos enzimáticos en pomada impregnados en él, principalmente en úlceras cavitadas. La cura debe de ser cada 24 horas, pues si contiene mucho exudado la úlcera, el Alginato se saturará más rápidamente. Los alginatos pueden utilizarse como apósitos primarios. (Palomar, 2010)

Su retirada es sencilla y rápida y no traumática, simplemente con irrigación y arrastre; tienen propiedades hemostáticas debido a los iones de calcio. Para su sujeción debe de ponerse un apósito secundario, preferiblemente un hidrocoloide o una espuma. Se presenta en forma de láminas cuadradas, rectangulares o en cinta. (Palomar, 2010)

D) HIDROFIBRAS

Compuestas por fibras de carboximetilcelulosa sódica entrelazadas, lo que la diferencia es que la absorción es vertical gracias a que los exudados quedan en estas fibras a diferencia de otros productos donde el exudado está entre las distintas fibras o poros que lo diseñan, se utilizan como apósitos primarios. (Palomar, 2010)



Ilustración 6. Apósito de hidrofibra de hidrocoloide

E) HIDROCOLOIDES

Son los apósitos pioneros de las curas en “Ambiente húmedo”. Compuestos principalmente por la carboximetilcelulosa-sódica, gelatina y pectina, sustancia no reabsorbible que absorbe agua por mediación del ión sodio y aumenta de volumen. Aplicados en forma de apósitos, hacen que las úlceras se mantengan en un ambiente húmedo y cálido, debido a la gelificación por el propio exudado en el apósito, y provocando un cambio de color y olor y aumento de volumen dando la similitud a una ampolla. Apósito de hidrocoloide. Los apósitos están en el mercado como semioclusivos, dejan transpirar la úlcera pero no dejan pasar por sus capas hacia el interior, bacterias, líquidos, etc., son muy flexibles, elásticos, maleables para su adaptabilidad, fácil adherencia y transparentes según su grosor. Es decir, son impermeables desde el exterior y permeables desde la capa interior que está en contacto con la úlcera. Son apósitos que pueden utilizarse en caso de alta carga bacteriana y siempre con un control diario, no deben de ponerse directamente sobre hueso a no ser que éste esté protegido. Son prácticos para el personal de enfermería,



Ilustración 7. Apósito de hidrocoloide

pues se pueden alargar las curas incluso 7 días y son prácticos para el paciente ya que sus vendajes están menos sucios de exudados y las visitas a las consultas son más distanciadas. El desbridamiento es autolítico y de mantenimiento, estimula la angiogénesis, la proliferación de los queratinocitos y la diferenciación de los fibroblastos; estos apósitos se ponen en la fase de granulación y con escaso o moderado exudado, aunque también se ponen en placas de necrosis acompañados de pomadas enzimáticas. En el mercado se presentan en todas las variedades: en placa (finos o extraabsorbentes, que son utilizados como apósitos secundarios), hidrofibra, malla, pasta, gránulos (estos últimos se utilizan en lesiones cavitadas, pero poniendo las dos terceras partes de la cavidad). (Palomar, 2010)

F) APÓSITOS ANTIMICROBIANOS O DE COMPONENTE ARGÉNTICO

Compuestos por diferentes modalidades de plata, actúan como bactericidas y bacteriostáticos. La plata controla o reduce la carga bacteriana, es una alternativa a la utilización de antibióticos tópicos y su utilización siempre ha estado presente en diluciones argénticas actuando “in Vitro” sobre unos 150 microorganismos. Apósitos de componente argéntico. Los iones plata eliminan a los microorganismos bloqueando el sistema enzimático respiratorio y alterando el ADN y la pared celular, no tienen efectos tóxicos en las células humanas in vivo. Deben utilizarse en lesiones altamente contaminadas y según su forma de presentación pueden utilizarse como primarios o secundarios. Son fáciles de aplicar en el lecho o en cavidades ulcerosas y necesitan apósito secundario. (Palomar, 2010)

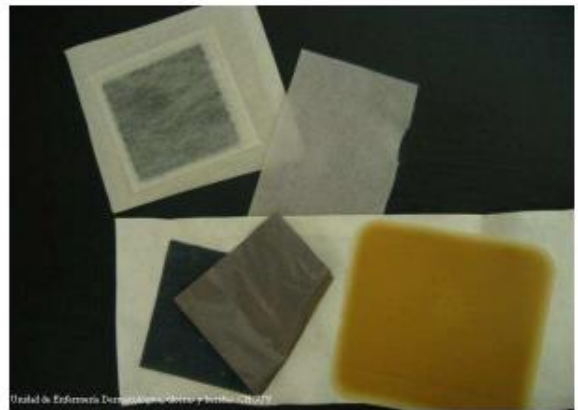


Ilustración 8. Apósitos de componente argéntico

G) MIEL

Descrita como bactericida por el agua oxigenada existente cuando ésta se diluye, porque la glucosa oxidasa está inhibida si la miel no está diluida y estimula la mitogénesis de los linfocitos T y B que activan los neutrofilos. También descrita como desbridante osmótico por la activación de las proteasas por el



Ilustración 9. Apósito con miel

agua oxigenada, la metaloproteasa de la matriz se activa por oxidación y el inhibidor de la proteasa de los neutrofilos presente en el tejido de la herida se inactiva por oxidación; la acidificación de la propia miel hace que se libere más oxígeno de la hemoglobina. (Palomar, 2010)

H) SILICONA

Son apósitos formados por una red poliamida con gel de silicona no adherentes al lecho de la úlcera pero sí a la piel perilesional, no causando dolor a su retirada y sin dañarla por su facilidad para retirarlo; se utilizan en fase de granulación y en úlceras dolorosas. En el mercado se encuentran en forma de gasa hilada o como componente de poliuretano en esponja para su utilización en úlceras exudativas o lesiones más superficiales o dolorosas. (Palomar, 2010)

I) APÓSITOS LIBERADORES DE IBUPROFENO

Los antiinflamatorios no esteroides (AINES), tienen a su vez efectos analgésicos y en algunos casos también antipiréticos, actúan bloqueando la síntesis de prostaglandinas. En el siglo V a.c., Hipócrates empleó una pócima de extracto de hojas de sauce (*Salix latinum*) para aliviar la fiebre y el dolor. En la Edad Media se daban infusiones de la corteza del sauce para aliviar el dolor. En 1828, el profesor de farmacia Johan Andreas Buchner, desarrolló

una masa amarillenta procedente de la corteza del sauce a la que denominó salicina, posteriormente fue convertida en cristales por el francés Leroux y en 1859 Kolbe sintetizó el ácido salicílico que es el precursor del ácido acetilsalicílico. Los antiinflamatorios no esteroides de primera generación inhiben las actividades de la ciclooxigenasa 1 (cox-1) y ciclooxigenasa 2 (cox-2), con el inconveniente de que la Cox-1 es protectora de la mucosa gástrica, riñón, endotelio y plaquetas. La segunda generación de antiinflamatorios no esteroides inhibe selectivamente la Cox2, concentrando su actividad en el proceso inflamatorio. El ibuprofeno es un derivado arilpropiónico, es utilizado principalmente como analgésico en cefaleas, dolor menstrual, dental, muscular y postquirúrgico Como efectos secundarios puede presentar: cefalea, vómitos, estreñimiento, diarrea, mareos, gastropatías como úlcera gástrica y duodenal. (Palomar, 2010)

J) CARBON ACTIVADO

Su función es como desodorante, absorbiendo partículas o microorganismos (Palomar, 2010)

VI. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

6.1 Valoración Clínica del sujeto del cuidado (Patrones funcionales de M. Gordon)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 86 años de edad, viudo, zona rural, con diagnóstico médico de úlceras por presión, por permanencia en cama desde hace 1 año, escolaridad primaria, niega alergias, crónicos degenerativos diabético, con esquema de vacunación completo para la edad, los familiares refieren que después de la muerte de su esposa su estado de ánimo cambió y ya no quiso realizar más actividades hasta llegar a la postración en cama.

Antecedentes heredofamiliares línea paterna diabetes, línea materna abuelo alcoholismo, abuela alzheimer. Familiares comentan que no recuerdan si el señor les contó que en la infancia contrajo alguna enfermedad y/o accidentes sólo que él consumía alcohol y tabaco desde muy pequeño.

APARIENCIA GENERAL

Postrado en cama en el primer piso de su casa, higiene adecuada, ropa acorde a la temperatura ambiental, poco cooperador al manejo, con facies de dolor, se encuentra en un entorno familiar estable con ayuda de familiares, disminución de la agudeza visual y auditiva, complexión ectomorfa, lesiones en la piel como hematomas por fragilidad en piel y UPP en sacro y talones.

1 PERCEPCIÓN MANEJO DE SALUD

El paciente considera su estado de salud “regular”, diabético de 20 años de evolución con adecuado apego a su tratamiento y consultas de control; por el hecho de ser de la tercera edad y no tener movilidad, acepta su condición ya que dice que es por falta de movimiento que su cuerpo está así, no realiza ninguna actividad, pero cuenta con líneas de apoyo que son sus hijas quienes lo ayudan a moverse un poco, no conoce mucho de su enfermedad solo lo que sus hijas le dicen o le explican.

Metformina, media tableta cada 8 horas

2 NUTRICIÓN METABÓLICO

Palidez generalizada de tegumentos, con deshidratación leve, disminución de la turgencia de la piel, lienzo húmedo positivo, con presencia de halitosis en donde se observa adónica completa por lo que se le dificulta comer de todos los grupos de alimentos, su hija refiere que come pocas verduras, la carne no la puede masticar y no acepta las fruta, toma pocos líquidos y se le complementa con suplemento alimenticio (ensure 1 lata al día), con pérdida de la integridad cutánea por presencia de úlceras por presión en sacro grado 4 pérdida de el grosor de la piel con destrucción, daño en músculo, estructuras de sostén y lesiones con tunelizaciones, talón derecho grado 3 perdida del grosor de la piel con lesión en tejido subcutáneo que no afecta la fascia subyacente , talón izquierdo grado 1 presencia de eritema cutáneo no regresa a su coloración a la liberación de la presión.

Peso 70 kg, Talla 1.90 lo que lo ubica en bajo peso por IMC 19.4, glicemia capilar se encuentra con 110 mg/ dl, Temperatura axilar 35.4°.

3 ELIMINACIONES

Evacúa en pañal 2 veces al día, Bristol de 6 trozos blandos y esponjosos, con bordes irregulares y consistencia pastosa y presencia de trozos de comida mal digerida

su eliminación intestinal se presenta como buena, son blandas de color café, orina 4 veces al día amarilla concentrada. En úlcera de grado 4 presenta liquido purulento con aspecto viscoso, color amarillo y necrosis húmeda con afección en dermis epidermis y tejido subcutáneo.

4 ACTIVIDAD EJERCICIO

El paciente se encuentra postrado en cama por su avanzada edad, Barthel menor de cero con dependencia total, índice de Katz G dependiente en todas las funciones, Lawton y Brody es incapaz de realizar las actividades, escala de Tinetti marcha y equilibrio de 0 puntos, no tiene ninguna alteración respiratoria maneja una FC: de 68x1 en repos, pulso regular, se encuentra con sedentarismo, su tiempo libre lo usa para dormir o escuchar película.

5 SUEÑO DESCANSO

Su descanso durante el día es de 10 horas, durante la noche duerme 6 a 8 horas, toma siestas de 1 o 2 hora durante las tardes, no tiene dificultad para conciliar el sueño, ronca por las noches, después de tomar su baño se queda dormido, tardando entre 15 y 20 minutos para poder conciliar un sueño en REM ETAPA 1 sueño ligero y llegando a una etapa III O IV sueño profundo en 2 horas, valorando la escala de Atenas del insomnio el paciente cuenta con un 3 en puntaje ya que su sueño es suficiente.

6 COGNITIVO – PERCEPTUAL

En Mini Mental se encuentra con un puntaje de 14 moderado, con un Glasgow de 11, EVA de 8, su memoria es anterógrada, con atención central, algunas veces tiene alucinaciones de tipo auditivas contesta algo que no se le pregunta o comienza a platicar, él presenta una limitación en vista catarata en ojo izquierdo y audición pérdida de audición en oído derecha, su apoyo son aparatos auditivos pero el familiar comenta que se los quita.

7 AUTOPERCEPCIÓN

Refiere “sentirse cansado” en Goldberg su estado cuenta con ansiedad y depresión, no le gusta estar acostado le gustaría seguir realizando sus actividades, pero sabe que por sí solo ya no se puede mover, no está a gusto consigo mismo ya está postrado en cama, presenta cambios de ánimo como tristeza y felicidad, su imagen corporal es regular, su estado afectivo es de desesperanza ya que por su edad él sabe que en algún momento va a morir, gracias a que sus hijos trabajan en estados unidos le ayudan a solventar su enfermedad.

8 ROL RELACIONES

Su rol dentro de la familia es el de padre, él se encuentra satisfecho con todo lo que ha logrado en la vida, cuenta con apoyo de sus hijos económicamente y sus hijas le brindan los cuidados que él requiere durante la semana cuenta con una buena relación de familia porque le ayudan a sobrellevar su vejez, el comenta que aún lo visitan familiares que lo

conocieron, cuenta con un espacio donde duerme el solo, su vivienda se encuentra en buenos cimientos en el Apgar familiar disfunción leve.

9 SEXUALIDADES REPRODUCCIÓN

Ya no cuenta con vida sexual activa, no utiliza ningún método, solo tuvo 1 pareja la cual falleció hace 1 año, no tiene problemas de identidad sexual, se realizó examen de cáncer de próstata hace 3 años no presenta ninguna anomalía en el examen no se encontró infección de trasmisión sexual.

10 ALTERACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

En el último año sufrió una crisis ya que su esposa murió la mayor parte del tiempo está relajado, para sentirse bien le gusta dormir, y algunas veces se toma un té al día para relajarse, no cuenta con medicamentos no prescritos, no consume drogas, su apoyo más grande son sus 3 hijas y sus 3 hijos mayores que viven en estados unidos ya que ellos son los que se encargan de mandar dinero para el cuidado que él necesita.

11 VALORES CREENCIAS

El sí cree en un ser supremo y profesa la religión católica, para él importante la religión ya que le gustaba ir a misa en la actualidad solo la escucha en la tele, para él lo más importante es su familia ya que sin ella no podría estar vivo aun él se siente satisfecho con su vida, su actitud ante la religión, el duelo y la muerte es bueno ya que sabe que va a pasar pero no le gusta hablar de ese tema dice que es muy triste, él comenta que ya no tiene planes a futuro ya que para él su vida ya la disfruto a él le gustaría morir en casa y cerca de su familia.

6.2 Diagnóstico (s) Enfermero (s)

DIAGNÓSTICO 1

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00046)

DEFINICIÓN: Alteración de la epidermis y/o de la dermis.

DIAGNÓSTICO 2

DOLOR CRÓNICO (00133)

DEFINICIÓN: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (internacional association fo the study of pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 3 meses.

DIAGNÓSTICO 3

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (00085)

DEFINICIÓN: limitación del movimiento independiente intencionado del cuerpo o de una o más extremidades

DIAGNÓSTICO 4

RIESGO DE CAÍDAS (00155)

DEFINICIÓN: susceptible a un aumento de las caídas que puede causar daño físico y que puede comprometer la salud.

DIAGNÓSTICO 5

RIESGO DE SÍNDROME DE FRAGILIDAD DEL ANCIANO (00231)

DEFINICIÓN: susceptible a un estado dinámico de equilibrio inestable que afecta a los individuos más ancianos que experimentan deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que conlleva un aumento en la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.

DIAGNOSTICO 96

DETERIOROR DE LA INTEGRIDAD TISULAR (00044)

DEFINICION: Estado en que el individuo experimenta una lesión de las membranas mucosa o corneal, integumentaria o del tejido subcutáneo. Es una situación en la que está alterado un tejido corporal.

6.3 Planificación (Indicadores de resultados NOC)

NOC 1

INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS 1101

NOC 2

CONTROL DEL DOLOR 1605

NIVEL DEL DOLOR 2102

NOC 3 MOVILIDAD 0208

ADAPTACION A LA DISCAPACIDAD FISICA 1308

NOC 4

CAIDAS 1912

SEVERIDAD DE LA LESION FISICA 1913

NOC 5

AUTOCONTROL: ENFERMEDAD CRÓNICA 310

NOC 9

CURACION DE LA HERIDA POR PRIMERA INTENCION

6.4 Ejecución (NIC, GPC, fundamentación de cada intervención)

NIC 1

MANEJO DE PRESION 3500

PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION 3540

VIGILANCIA DE LA PIEL 3590

NIC 2

ADMINISTRACION DE ANALGESICOS 2210

MANEJO DEL DOLOR 1400

NIC 3

FOMENTO DE LA MECANICA CORPORAL 0140

TERAPIA DE EJERCICO AMBULACION 0221

NIC 4

MANEJO AMBIENTAL SEGURIDAD 6486

PREVENCION DE CAIDAS 6490

NIC 5

ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO 5618


NIC 9

CIUIDADOS DE LA HERIDA

6.5 Evaluación (medición de indicadores)

DIAGNOSTICO 1

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN				
<p>Patrón (es): Percepción manejo de salud</p> <p>Seguridad protección</p> <p>Datos objetivos: Pérdida del grosor de la piel valoración con escala de Braden. Mal olor</p> <p>Datos Subjetivos: Siente un hueco en la espalda baja. Siente su piel seca. Le calan los huesos</p>	<p>Dominio: 11 Seguridad /protección</p> <p>Clase: 2 lesión física</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea (00046)</p> <p>Factor(es) relacionado(s): Humedad Presión sobre las prominencias Oseas Secreciones Hidratación</p> <p>Características definitorias:</p> <p>Alteraciones de la integridad cutánea Rigidez Hematomas</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)				
		Dominio 02: salud fisiológica		Clase L: integridad tisular		
		Criterio de resultado: 02 nutrición – metabólico Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1101				
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*		
110101 Temperatura de la piel	2 Sustancial	4 Leve				
110102 Sensibilidad	1 Grave	3 Moderado				
110103 Elasticidad	1 Grave	3 Moderado				
110104 Hidratación	2 Sustancial	4 Leve				
110108 Textura	2 sustancial	4 Leve				
110109 Grosor	3 Moderado	4 Leve				
110113 Integridad de la piel	1 Grave	3 Moderado				
110105 Pigmentación anormal	1 Grave	3 Moderado				
110115 Lesiones cutáneas	1 Grave	3 Moderado				
110116 Lesiones de la mucosa	1 Grave	3 Moderado				
110119 Descamación cutánea	2 Sustancial	4 Leve				
110121 Eritema	2 Sustancial	4 Leve				
110124 Induración	2 Sustancial	3 Moderado				


INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo 02: fisiológico: complejo Clase L: control de la piel/ heridas</p> <p>INTERVENCIÓN: MANEJO DE PRESIONES 3500</p> <p>DEFINICIÓN: minimizar la presión sobre las partes corporales.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vestir al paciente con prendas no ajustadas. • Colocar al paciente sobre un colchón/cama terapéutica. • Colocar la zona sobre una almohadilla de espuma de poliuretano, según corresponda. • Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada. • Elevar la extremidad lesionada. • Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico. • Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel. • Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo del paciente (escala de Braden). • Aplicar protectores de talones, si lo precisa el caso. • Vigilar el estado nutricional del paciente. • Observar si hay fuentes de presión y fricción. 	<p>Considera los siguiente al tratar a pacientes inmovilizados por largos periodos: La movilización y brindar una adecuada posición al paciente es importante en todas las superficies. Se debe considerar lo siguiente al tratar a los pacientes que permanecen inmovilizados por periodos de tiempo prolongados: Prevenir atelectasias y neumonía girando a todos los pacientes. Las almohadas de la cama en el área en donde va la cabeza no deben de ser colocadas en un ángulo superior a los 30 grados por periodos prolongados de tiempo, siempre y cuando esto sea compatible con las metas del cuidado del paciente. Una angulación excesiva producirá fuerzas de cizalla en las regiones sacra e isquiática, lo que puede contribuir a la formación de una úlcera.</p> <p>Se debe alentar a los pacientes en silla de ruedas a cambiar de posición tan frecuentemente como sea posible, cada 15 minutos como mínimo. Si no son capaces de mover su propio peso, no deben permanecer sentados por más de una hora.</p> <p>Se debe movilizar a los pacientes encamados cada dos horas como mínimo. Los pacientes con alto riesgo requieren ser reposicionados con mayor frecuencia. Tenga en mente que las primeras investigaciones sobre la presión y las consiguientes ulceraciones fueron llevadas a cabo en voluntarios jóvenes y sanos. Los pacientes gravemente debilitados pueden desarrollar lesiones en un periodo de tiempo menor a lo esperado y pueden requerir cambios de posición con mayor frecuencia.</p> <p>Los pacientes no deben ser posicionados directamente sobre una úlcera.</p> <p>Los pacientes no deben ser "girados" totalmente de un lado a otro. En lugar de esto, requieren ser posicionados a 30 grados en decúbito lateral.</p> 	<p>Criterio de resultado:</p>	
		<p>Indicador (es)</p>	<p>Puntuación final</p>
		<p>110101 Temperatura de la piel</p>	<p>4 Leve</p>
		<p>110102 Sensibilidad</p>	<p>3 Moderado</p>
		<p>110103 Elasticidad</p>	<p>3 Moderado</p>
		<p>110104 Hidratación</p>	<p>4 Leve</p>
		<p>110108 Textura</p>	<p>4 Leve</p>
		<p>110109 Grosor</p>	<p>4 Leve</p>
		<p>110113 Integridad de la piel</p>	<p>3 Moderado</p>
		<p>110105Pigmentación anormal</p>	<p>3 Moderado</p>
		<p>110115 Lesiones cutáneas</p>	<p>3 Moderado</p>
		<p>110116Lesiones de la mucosa</p>	<p>3 Moderado</p>
		<p>110119Descamación cutánea</p>	<p>4 Leve</p>
		<p>110121 Eritema</p>	<p>4 Leve</p>
		<p>110124 Induración</p>	<p>3 Moderado</p>


INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN																																																										
<p>Campo: 02 fisiológico: complejo 04: seguridad</p> <p>Clase:L control de la piel / heridas V control de riesgos</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN 3540 Definición: Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden). • Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de úlceras por presión, según el protocolo del centro. • Documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras por presión. • Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. • Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria. • Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda. • Darse la vuelta continuamente cada 1-2 horas, según corresponda. • Poner el programa de cambios posturales al lado de la cama, según corresponda. • Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos. • Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón. • Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas. • Humedecer la piel seca intacta. 	<p>Utilizar la escala de Braden para la valoración del riesgo de presentar úlceras por presión:</p> <p>Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:</p> <table border="1" data-bbox="1108 402 1423 570"> <thead> <tr> <th>PERCEPCIÓN SENSORIAL</th> <th>Completamente Limitada (1)</th> <th>Muy Limitada (2)</th> <th>Ligeramente Limitada (3)</th> <th>Sin Limitaciones (4)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD:</td> <td>Constante Humedad (1)</td> <td>A menudo Humedad (2)</td> <td>Ocasionalmente Humedad (3)</td> <td>Raramente Humedad (4)</td> </tr> <tr> <td>ACTIVIDAD:</td> <td>Encamada (1)</td> <td>En Silla (2)</td> <td>Ocasionalmente (3)</td> <td>Frecuentemente (4)</td> </tr> <tr> <td>MOVILIDAD:</td> <td>Completamente Inmóvil (1)</td> <td>Muy Limitada (2)</td> <td>Ligeramente Limitada (3)</td> <td>Sin Limitaciones (4)</td> </tr> <tr> <td>NUTRICIÓN:</td> <td>Muy Pobre (1)</td> <td>Probablemente Inadecuada (2)</td> <td>Adecuada (3)</td> <td>Excelente (4)</td> </tr> <tr> <td>NOTA Y RIESGO DE LESIONES:</td> <td>Problema (1) Requiere movilidad y máxima asistencia</td> <td>Problema Potencial (2) Se requiere movilidad y equipo de máxima asistencia</td> <td>No Existe Problema (3)</td> <td>Apresente (4)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Clasificación de Riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alto Riesgo: Puntuación Total = 12. • Riesgo Moderado: Puntuación Total 13 - 14. • Riesgo Bajo: Puntuación Total 15 - 18 o es menor de 75 años, Puntuación Total 15 - 18 o es menor de 75 años. <p>ACCIONES A REALIZAR PARA COMPLEMENTAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medir la temperatura de la piel • Valorar estados anteriores de úlceras • Verificar el estado de la piel en cada cambio de posición la cual se recomienda 2 horas. • Vigilar que el paciente se encuentre seco y que el pañal y las sábanas no se encuentren arrugadas. • Colocar al paciente en almohadillas para no ejercer presión 	PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente Limitada (1)	Muy Limitada (2)	Ligeramente Limitada (3)	Sin Limitaciones (4)	EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD:	Constante Humedad (1)	A menudo Humedad (2)	Ocasionalmente Humedad (3)	Raramente Humedad (4)	ACTIVIDAD:	Encamada (1)	En Silla (2)	Ocasionalmente (3)	Frecuentemente (4)	MOVILIDAD:	Completamente Inmóvil (1)	Muy Limitada (2)	Ligeramente Limitada (3)	Sin Limitaciones (4)	NUTRICIÓN:	Muy Pobre (1)	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4)	NOTA Y RIESGO DE LESIONES:	Problema (1) Requiere movilidad y máxima asistencia	Problema Potencial (2) Se requiere movilidad y equipo de máxima asistencia	No Existe Problema (3)	Apresente (4)	<p>Criterio de resultado:</p> <table border="1" data-bbox="1446 326 1959 1250"> <thead> <tr> <th data-bbox="1446 326 1766 402">Indicador (es)</th> <th data-bbox="1766 326 1959 402">Puntuación final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1446 402 1766 479">110101 Temperatura de la piel</td> <td data-bbox="1766 402 1959 479">4 Leve</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1446 479 1766 508">110102 Sensibilidad</td> <td data-bbox="1766 479 1959 508">3 Moderado</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1446 508 1766 537">110103 Elasticidad</td> <td data-bbox="1766 508 1959 537">3 Moderado</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1446 537 1766 566">110104 Hidratación</td> <td data-bbox="1766 537 1959 566">4 Leve</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1446 566 1766 596">110108 Textura</td> <td data-bbox="1766 566 1959 596">4 Leve</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1446 596 1766 625">110109 Grosor</td> <td data-bbox="1766 596 1959 625">4 Leve</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1446 625 1766 654">110113 Integridad de la piel</td> <td data-bbox="1766 625 1959 654">3 Moderado</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1446 654 1766 683">110105 Pigmentación anormal</td> <td data-bbox="1766 654 1959 683">3 Moderado</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1446 683 1766 712">110115 Lesiones cutáneas</td> <td data-bbox="1766 683 1959 712">3 Moderado</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1446 712 1766 742">110116 Lesiones de la mucosa</td> <td data-bbox="1766 712 1959 742">3 Moderado</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1446 742 1766 771">110119 Descamación cutánea</td> <td data-bbox="1766 742 1959 771">4 Leve</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1446 771 1766 800">110121 Eritema</td> <td data-bbox="1766 771 1959 800">4 Leve</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1446 800 1766 829">110124 Induración</td> <td data-bbox="1766 800 1959 829">3 Moderado</td> </tr> </tbody> </table>	Indicador (es)	Puntuación final	110101 Temperatura de la piel	4 Leve	110102 Sensibilidad	3 Moderado	110103 Elasticidad	3 Moderado	110104 Hidratación	4 Leve	110108 Textura	4 Leve	110109 Grosor	4 Leve	110113 Integridad de la piel	3 Moderado	110105 Pigmentación anormal	3 Moderado	110115 Lesiones cutáneas	3 Moderado	110116 Lesiones de la mucosa	3 Moderado	110119 Descamación cutánea	4 Leve	110121 Eritema	4 Leve	110124 Induración	3 Moderado
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente Limitada (1)	Muy Limitada (2)	Ligeramente Limitada (3)	Sin Limitaciones (4)																																																								
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD:	Constante Humedad (1)	A menudo Humedad (2)	Ocasionalmente Humedad (3)	Raramente Humedad (4)																																																								
ACTIVIDAD:	Encamada (1)	En Silla (2)	Ocasionalmente (3)	Frecuentemente (4)																																																								
MOVILIDAD:	Completamente Inmóvil (1)	Muy Limitada (2)	Ligeramente Limitada (3)	Sin Limitaciones (4)																																																								
NUTRICIÓN:	Muy Pobre (1)	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4)																																																								
NOTA Y RIESGO DE LESIONES:	Problema (1) Requiere movilidad y máxima asistencia	Problema Potencial (2) Se requiere movilidad y equipo de máxima asistencia	No Existe Problema (3)	Apresente (4)																																																								
Indicador (es)	Puntuación final																																																											
110101 Temperatura de la piel	4 Leve																																																											
110102 Sensibilidad	3 Moderado																																																											
110103 Elasticidad	3 Moderado																																																											
110104 Hidratación	4 Leve																																																											
110108 Textura	4 Leve																																																											
110109 Grosor	4 Leve																																																											
110113 Integridad de la piel	3 Moderado																																																											
110105 Pigmentación anormal	3 Moderado																																																											
110115 Lesiones cutáneas	3 Moderado																																																											
110116 Lesiones de la mucosa	3 Moderado																																																											
110119 Descamación cutánea	4 Leve																																																											
110121 Eritema	4 Leve																																																											
110124 Induración	3 Moderado																																																											

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo 02: fisiológico: complejo</p> <p>Clase L: control de la piel/ heridas</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>VIGILANCIA DE LA PIEL 3590</p> <p>DEFINICIÓN: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. • Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades. • Vigilar el color y la temperatura de la piel. • Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden). • Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel. • Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. • Observar si hay zonas de presión y fricción. • Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas. • Documentar los cambios en la piel y las mucosas. • Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales). • Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda. 	<p>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL CUIDADO DE LA PIEL Y MUCOSAS</p> <p>Cuidados de la piel y mucosas</p> <p>Mantenga una temperatura uniforme, evitando cambios bruscos.</p> <p>Los cambios bruscos de temperatura o una elevación de la misma pueden ocasionar la aparición de ampollas.</p> <p>Evite usar sondas. El uso de cualquier tipo de sonda (esofágica, nasogástrica, rectal...) puede ocasionar lesiones en las mucosas.</p> <p>No use elementos adhesivos sobre la piel (apósitos, electrodos...).</p> <p>Para la fijación de dispositivos se emplearan tiras para pieles frágiles (p.e.: silicona, poliuretano con gel silicona).</p> <p>Si la persona es portadora de sonda de gastrostomía se protegerá con apósito no adhesivo.</p> <p>Hidrate la piel para restaurar la humedad.</p> <p>La deshidratación de la piel es un elemento favorecedor de la aparición de lesiones en personas con EB.</p> <p>Una vez epitelizada la lesión, el mecanismo fisiológico de deshidratación continúa, es por ello que debemos hidratar de forma activa la piel, aportando sustancias coadyuvante para su recuperación y el mantenimiento evitando con esto la sequedad de la piel que es la causante del prurito o picores.</p> <p>Las sustancias empleadas podrán aplicarse en forma de cremas, emulsiones o geles y deben contener glicerina, propilenglicol, sorbitol, urea, ceras, vitaminas liposolubles (Vit A, y E), y colágeno.</p> <p>Si la hidratación no disminuye el prurito, debe valorarse el tratamiento sistémico.</p> <p>Aplique productos de fotoprotección en zonas epitelizadas.</p> <p>Debido al alto grado de sensibilización que tienen estas personas a la exposición solar, es necesario la utilización de productos de protección solar para evitar pigmentaciones o trastornos del color (discromías) en zonas epitelizadas.</p> <p>Los productos de protección solar deben proteger frente a los rayos ultravioletas A y B (UVA y UVB). La radiación UVB es la principal causante de inflamación cutánea («quemadura solar») y del subsiguiente enrojecimiento de la piel (eritema). La radiación UVA causa el envejecimiento prematuro de la piel.</p> <p>Para mantener la protección, repita con frecuencia la aplicación del producto, especialmente tras transpirar, bañarse o secarse. En las personas con EB se recomienda productos con categoría de protección alta. Sin embargo, los factores de protección solar por encima de 50 no aumentan sustancialmente la protección frente a la radiación UV (A y B). Por tanto puede reducirse el ámbito de los factores de protección solar que figuran en las etiquetas sin que disminuyan las opciones de protección del paciente.</p> <p>Las áreas lesionadas deben protegerse del sol durante al menos 1 año después de la curación, evitando las horas puntas solares 46.</p>	Criterio de resultado:	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>110101 Temperatura de la piel</p> <p>110102 Sensibilidad</p> <p>110103 Elasticidad</p> <p>110104 Hidratación</p> <p>110108 Textura</p> <p>110109 Grosor</p> <p>110113 Integridad de la piel</p> <p>110105 Pigmentación anormal</p> <p>110115 Lesiones cutáneas</p> <p>110116 Lesiones de la mucosa</p> <p>110119 Descamación cutánea</p> <p>110121 Eritema</p> <p>110124 Induración</p>	<p>4 Leve</p> <p>3 Moderado</p> <p>3 Moderado</p> <p>4 Leve</p> <p>4 Leve</p> <p>3 Moderado</p> <p>3 Moderado</p> <p>3 Moderado</p> <p>4 Leve</p> <p>4 Leve</p> <p>3 Moderado</p>

DIAGNOSTICO 2

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			PLANEACIÓN		
Patrón (es): Confort Cognitivo perceptual Datos objetivos: Dolor de 8 en Eva Datos Subjetivos: Refiere tener dolor a la manipulación	Dominio: 12 confort Clase: 1 confort físico Etiqueta diagnóstica: Dolor crónico (00133) Factor(es) relacionado(s): Agentes que provocan lesiones (puede estar presente, pero no es necesario; el dolor puede ser de etiología desconocida) Malnutrición Características definitorias: Autoinforme de características del dolor utilizando instrumentos estandarizados Autoinforme de intensidad con escalas estandarizadas del dolor Expresión facial del dolor	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio 04: conocimiento y conducta de salud	Clase Q: conducta de salud		Dominio: 05 salud percibida	Clase: V sintomatología	
		Criterio de resultado: 01 percepción – manejo de la salud CONTROL DE DOLOR 1605			Criterio de resultado: 06 cognitivo – perceptivo NIVEL DE DOLOR 2102		
		Indicador (es):	Puntuación inicial*	Puntuación Diana*	Indicador (es):	Puntuación inicial*	Puntuación Diana*
		160510 Utiliza un diario para apuntar síntomas de dolor	2 sustancial	5 ninguno	210204 Duración de los episodios de dolor	2 Moderado	4 Leve
160503 Utiliza medidas preventivas	1 Sustancial	4 Leve	210217 Gemidos y gritos	1 Grave	3 Moderado		
160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas	2 Sustancial	4 Leve	210206 Expresiones faciales de dolor	2 Sustancial	4 Leve		
160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada	2 Sustancial	3 Moderado	210208 Inquietud	2 Sustancial	4 Leve		
160511 Refiere dolor controlado	2 Sustancial	4 Leve	210224 Muecas de dolor	2 Sustancial	3 Moderado		
			210225 Lágrimas	2 Sustancial	4 Leve		
			210209 Tensión muscular	1 Grave	3 Moderado		



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN												
<p>Campo: 01 fisiológico básico</p> <p>Clase: E fomento de la comodidad física</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>MANEJO DEL DOLOR 1400</p> <p>DEFINICIÓN: alivio del dolor o disminución del dolor a nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente .</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos). Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos). Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor, según corresponda. Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. Animar al paciente a utilizar medicación analgésica adecuada. 	<p>Efectos farmacológicos</p> <p>Analgésico central y periférico antes mencionado. Su eficacia analgésica es limitada (efecto techo)</p> <p>Antipirético: inhibición de la formación de PG, principalmente E2.</p> <p>Antiinflamatorio: es variable (en general son más eficaces frente a inflamaciones agudas que crónicas), dependiendo del tipo de proceso inflamatorio, participación relativa de algunos eicosanoides en él y también de la posibilidad de que actúen, además, por mecanismos de acción independientes de la inhibición de las ciclooxigenasas. Los analgésicos antitérmicos como paracetamol y metamizol tienen escasa o nula acción antiinflamatoria.</p> <p>Antiagregante plaquetario: consecuencia de su efecto inhibidor de la COX-1. Reviste especial interés terapéutico en el caso del ácido acetil salicílico (AAS) debido, probablemente, al hecho de que su efecto inhibidor de la ciclooxigenasa es irreversible. El tromboxano interviene en la agregación plaquetaria, no todos los fármacos. El paracetamol no afecta la función plaquetaria y puede ser de elección en pacientes trombocitopénicos.</p> 	<p>Criterio de resultado:</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1465 410 1745 480">Indicador (es)</th> <th data-bbox="1745 410 1944 480">Puntuación final</th> </tr> </thead> </table>	Indicador (es)	Puntuación final									
Indicador (es)	Puntuación final													
<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="1465 480 1745 578">210204 Duración de los episodios de dolor</td> <td data-bbox="1745 480 1944 578">4 Leve</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1465 578 1745 643">210217 Gemidos y gritos</td> <td data-bbox="1745 578 1944 643">3 Moderado</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1465 643 1745 724">210206 Expresiones faciales de dolor</td> <td data-bbox="1745 643 1944 724">4 Leve</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1465 724 1745 773">210208 Inquietud</td> <td data-bbox="1745 724 1944 773">4 Leve</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1465 773 1745 821">210224 Muecas de dolor</td> <td data-bbox="1745 773 1944 821">3 Moderado</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1465 821 1745 886">210225 Lágrimas</td> <td data-bbox="1745 821 1944 886">4 Leve</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1465 886 1745 1364">210209 Tensión muscular</td> <td data-bbox="1745 886 1944 1364">3 Moderado</td> </tr> </tbody> </table>	210204 Duración de los episodios de dolor	4 Leve	210217 Gemidos y gritos	3 Moderado	210206 Expresiones faciales de dolor	4 Leve	210208 Inquietud	4 Leve	210224 Muecas de dolor	3 Moderado	210225 Lágrimas	4 Leve	210209 Tensión muscular	3 Moderado
210204 Duración de los episodios de dolor	4 Leve													
210217 Gemidos y gritos	3 Moderado													
210206 Expresiones faciales de dolor	4 Leve													
210208 Inquietud	4 Leve													
210224 Muecas de dolor	3 Moderado													
210225 Lágrimas	4 Leve													
210209 Tensión muscular	3 Moderado													

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN													
<p>Campo: 02 fisiológico: complejo</p> <p>Clase: h control de fármacos</p> <p>INTERVENCIÓN:</p> <p>ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS 2210</p> <p>DEFINICIÓN: utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Comprobar el historial de alergias a medicamentos. • Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implicar al paciente, según corresponda. • Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno. • Firmar el registro de narcóticos y otros medicamentos restringidos de acuerdo con el protocolo de la institución. • Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales. • Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente. • Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. • Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o familiares sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción y riesgos de sobredosis). • Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay signos y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad de boca y estreñimiento). • Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. • Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas para la implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor. 	<p>Mecanismo de acción</p> <p>Actúan, fundamentalmente, a nivel del SNC y en el sistema gastrointestinal, encontrándose mediada su acción por una serie de receptores específicos localizados a nivel de la membrana celular: mu(μ), kappa(κ), y delta(δ), son todos ellos receptores ligados a proteína G/o los cuales inhiben la adenilatociclasa y disminuyen la producción de AMPc, promueven la apertura de canales de potasio, el cierre de canales de calcio presinápticos, acciones que disminuyen la excitabilidad neuronal. Se ha establecido que su efecto analgésico deriva de su capacidad de inhibir directamente la transmisión ascendente de la información nociceptiva desde el asta dorsal de la médula espinal y de activar los circuitos de control del dolor que descienden desde el mesencéfalo a través de la médula ventromedial rostral (MVR) hasta el asta dorsal de la médula espinal.</p> <p>Efectos farmacológicos</p> <p>Poseen gran actividad analgésica, pueden ser naturales o bien derivados semisintéticos o análogos sintéticos con muchas características en común. Entre otros efectos se destacan disminución de la respuesta al estrés, en algunos enfermos crean tolerancia, hiperalgesia, disminución de la motilidad gástrica, aumento del tono del esfínter anal. Aunque resultan eficaces ante el dolor neuropático, se ha considerado poco beneficioso indicarlos en primer momento. Los opioides permiten ser aplicados por vía neuroaxial con el inconveniente de la alta incidencia de prurito.</p> 	<p>Criterio de resultado:</p> <table border="1" data-bbox="1482 267 1927 1323"> <thead> <tr> <th data-bbox="1482 267 1726 316">Indicador (es)</th> <th data-bbox="1726 267 1927 316">Puntuación final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1482 316 1726 414">160510 Utiliza un diario para apuntar síntomas de dolor</td> <td data-bbox="1726 316 1927 414">5 ninguno</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1482 414 1726 487">160503 Utiliza medidas preventivas</td> <td data-bbox="1726 414 1927 487">4 Leve</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1482 487 1726 584">160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas</td> <td data-bbox="1726 487 1927 584">4 Leve</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1482 584 1726 682">160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada</td> <td data-bbox="1726 584 1927 682">3 Moderado</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1482 682 1726 1323">160511 Refiere dolor controlado</td> <td data-bbox="1726 682 1927 1323">4 Leve</td> </tr> </tbody> </table>		Indicador (es)	Puntuación final	160510 Utiliza un diario para apuntar síntomas de dolor	5 ninguno	160503 Utiliza medidas preventivas	4 Leve	160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas	4 Leve	160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada	3 Moderado	160511 Refiere dolor controlado	4 Leve
Indicador (es)	Puntuación final														
160510 Utiliza un diario para apuntar síntomas de dolor	5 ninguno														
160503 Utiliza medidas preventivas	4 Leve														
160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas	4 Leve														
160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada	3 Moderado														
160511 Refiere dolor controlado	4 Leve														

DIAGNOSTICO 3




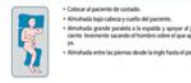

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			PLANEACIÓN			
Patrón (es): Actividad ejercicio Percepción/ manejo de salud Datos objetivos: Dificultad para cambios de posición Edad Datos Subjetivos: No estira y flexiona las piernas por sí solo	Dominio: 4 Actividad / ejercicio Clase: 2 Movilidad Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la movilidad física (00085) Factor(es) relacionado(s): Disminución en la fortaleza muscular Dolor Estilo de vida sedentario Características definitorias: Alteraciones en la marcha Dificultad para girarse Disminución de habilidades motoras finas	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio : 01 salud funcional		Clase : C movilidad	Dominio: 03 salud psicosocial		Clase: N adaptación psicosocial	
		Criterio de resultado: Criterio de resultado: actividad – ejercicio Movilidad 0208			Criterio de resultado: 10 afrontamiento-tolerancia al estrés Adaptación a la discapacidad física 1308			
		Indicador (es):	Puntuación inicial*	Puntuación Diana*	Indicador (es):	Puntuación inicial*	Puntuación Diana*	
020809 Coordinación	1 Grave	5 Ninguno	130801 Verbaliza capacidad para adaptarse a la discapacidad	2 Sustancial	4 Leve			
020810 Marcha	1 Grave	4 Leve	130803 Se adapta a las limitaciones funcionales	3 Moderado	3 Moderado			
020803Movimiento muscular	1 Grave	5 Ninguno	130804 Modifica el estilo de vida para adaptarse a la discapacidad	1 Grave	3 Moderado			
020804Movimiento articular	1 Grave	4 Leve	130806 Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad	2 Sustancial	4 Leve			
020802Mantenimiento de la posición corporal	1 Grave	5 Ninguno	130808 Identifica maneras para afrontar los cambios en su vida	2 Sustancial	4 Leve			
020806 Ambulación	1 Grave	4 Leve	130809 Identifica el riesgo de complicaciones asociadas con la discapacidad	2 Sustancial	4 Leve			
020814 Se mueve con facilidad	1 Grave	4 Leve	130812 Acepta la necesidad de ayuda física	2 Sustancial	3 Moderado			
			130821 Obtiene información sobre la discapacidad	3 Moderado	3 Moderado			
			130823 Obtiene ayuda de un profesional sanitario	2 Sustancial	3 Moderado			
			130824 Utiliza un sistema de apoyo personal	2 Sustancial	3 Moderado			
			130818 Refiere disminución de los sentimientos negativos	3 Moderado	4 Leve			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 01 fisiológico: básico</p> <p>Clase: A control de actividades y ejercicio</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Fomentar la mecánica corporal 0140</p> <p>Definición: Facilitar el uso de posturas y movimientos en las actividades diarias para evitar la fatiga y la tensión o las lesiones musculoesqueléticas.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar mediante fisioterapia en el desarrollo de un plan para fomentar la mecánica corporal, si está indicado. • Determinar la comprensión del paciente acerca de la mecánica y ejercicios corporales (p. ej., demostración de técnicas correctas mientras se realizan actividades/ejercicios). • Instruir al paciente acerca de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la postura óptima para movilizar y utilizar el cuerpo. • Instruir al paciente sobre la necesidad de usar posturas correctas para evitar fatigas, tensiones o lesiones. • Enseñar al paciente a utilizar la postura y la mecánica corporal para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física. • Determinar la conciencia del paciente sobre las propias anomalías musculoesqueléticas y los efectos potenciales de la postura y del tejido muscular. • Enseñar a no dormir en decúbito prono. • Ayudar a mostrar las posturas correctas para dormir. • Ayudar a evitar sentarse en la misma posición durante períodos de tiempo prolongados. • Ayudar al paciente/familia a identificar ejercicios posturales adecuados. • Ayudar al paciente a realizar ejercicios de flexión para facilitar la movilidad de la espalda, si está indicado. • Instruir al paciente/familia acerca de la frecuencia y número de veces que ha de repetirse cada ejercicio 	<p>GUÍA DE APLICACIÓN DE MECÁNICA CORPORAL CONCEPTOS BÁSICOS DE LA MECÁNICA CORPORAL</p> <p>Mecánica corporal.- La mecánica corporal es la forma en que movemos nuestro cuerpo durante nuestras actividades diarias.</p> <p>Postura.- Es la posición correcta que representa un buen hábito que constituye el bienestar del individuo.</p> <p>Equilibrio.- Es la posición firme y estable la capacidad de controlar las diferentes posiciones del cuerpo ya sea en reposo o en movimiento.</p> <p>Alineación.- La alineación favorece un equilibrio óptimo y una función corporal máxima en cualquier posición adoptada.</p> <p>Al dormir</p> <p>a. Dormir boca arriba con una almohada debajo de las rodillas, o sobre un costado con una almohada entre las rodillas. Esto le ayuda a mantener recta la columna vertebral.</p> <p>b. No use almohadas que sean demasiado altas o demasiado bajas. En vez de ello, utilice un cojín cilíndrico o almohada debajo del cuello mientras duerme.</p> <p>c. Duerme sobre un colchón que le dé buen apoyo, con una almohada debajo del cuello.</p> <div data-bbox="951 1073 1335 1305" data-label="Image"> </div> <p>Fuente: GILLIAN Leyva, (2015)</p>	Criterio de resultado:	
		Indicador (es)	Puntuación final
		161602 Utiliza una postura sentada correcta 161603 Utiliza una postura acostada correcta 161604 Utiliza técnicas de elevación correctas 161613 Mantiene la fuerza muscular 161614 Mantiene la flexibilidad de las articulaciones 161611 Utiliza ejercicios prescritos para prevenir lesiones 161615 Utiliza la mecánica corporal adecuada	4 Leve 3 Moderado 3 Moderado 4 Leve 4 Leve 4 Leve 3 Moderado

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 01 fisiológico: básico</p> <p>Clase: A control de actividades y ejercicio</p> <p>INTERVENCION: Terapia de ejercicios: ambulación 0221</p> <p>DEFINICIÓN: Estimular y ayudar al paciente a caminar para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vestir al paciente con prendas cómodas. • Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente. • Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia. • Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales. • Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación, si es preciso. • Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario. • Colocar tarjetas con instrucciones en la cabecera de la cama, para facilitar el aprendizaje acerca de los traslados. • Animar al paciente a que esté «levantado según le apetezca», si es apropiado 	 <p>Guía para el cuidador de pacientes encamados Una persona mayor encamada o con movilidad muy reducida tiene un riesgo elevado de padecer múltiples complicaciones: escaras, infecciones respiratorias, trombosis venosa, rigidez articular y atrofia muscular.</p> <p>La fisioterapia a domicilio resulta imprescindible para la prevención y el tratamiento de todas esas complicaciones. Nos vamos a centrar en las cuatro más frecuentes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Prevención de escaras de pacientes encamados 2.- Prevención de infecciones respiratorias de pacientes encamados. 3.- Prevención de trombosis venosa de pacientes encamados. 4.- Prevención de rigidez articular y atrofia muscular. 	Criterio de resultado:	
		Indicador (es)	Puntuación final
		130801 Verbaliza capacidad para adaptarse a la discapacidad	4 Leve
		130803 Se adapta a las limitaciones funcionales	3 Moderado
		130804 Modifica el estilo de vida para adaptarse a la discapacidad	3 Moderado
		130806 Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad	4 Leve
		130808 Identifica maneras para afrontar los cambios en su vida	4 Leve
		130809 Identifica el riesgo de complicaciones asociadas con la discapacidad	4 Leve
		130812 Acepta la necesidad de ayuda física	3 Moderado
		130821 Obtiene información sobre la discapacidad	3 Moderado
		130823 Obtiene ayuda de un profesional sanitario	3 Moderado
		130824 Utiliza un sistema de apoyo personal	3 Moderado
		130818 Refiere disminución de los sentimientos negativos	4 Leve

DIAGNOSTICO 4

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			PLANEACIÓN		
Patrón (es): Actividad ejercicio Percepción/ manejo de salud Datos objetivos: Inmovilidad de miembros Edad Datos Subjetivos: No tiene fuerza	Dominio 11: Seguridad /protección Clase 2: lesión física Etiqueta diagnóstica: Riesgo de caídas (00155) Factor(es) de riesgo: Fisiológicos Deterioro de la movilidad Deterioro de la fuerza en las extremidades inferiores Dificultad para caminar	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio: 04 conocimiento y conductas de salud	Clase: T control de riesgo y seguridad		Dominio 04: conocimiento y conductas de salud	Clase: T control de riesgo y seguridad	
		Criterio de resultado: 01 percepción- manejo de la salud CAIDAS 1912			Criterio de resultado: 01 percepción- manejo de la salud SEVERIDAD DE LA LESION FISICA 1913		
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	Indicador (es):	Puntuación inicial*	Puntuación Diana*
		191204 Caídas de la cama	2 Sustancial	4 Leve	191301 Abrasiones cutáneas	2 Sustancial	4 Leve
191205 Caídas durante el traslado	2 Sustancial	3 Moderado	191302 Hematomas	2 Sustancial	3 Moderado		
191209 Caídas al ir al servicio.	2 Sustancial	4 Leve	191303 Laceraciones	1 Grave	3 Moderado		
			191316 Deterioro de la movilidad	1 Grave	4 Leve		
			191320 Disminución del nivel de conciencia	2 Sustancial	4 Leve		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 04seguridad</p> <p>Clase: V control de riesgos</p> <p>INTERVENCION: MANEJO AMBIENTAL SEGURIDAD 6486</p> <p>DEFINICION: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognitiva y el historial de conducta del paciente. • Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos). • Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible. • Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. • Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente. 	<p>GUÍA BÁSICA DE CUIDADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Alimentación: Favorecer una alimentación rica y variada al paciente en la que se tenga en cuenta sus gustos y preferencias así como sus limitaciones y dificultades. • 2 Higiene corporal • Realizar por zonas corporales, en el siguiente orden: • cara y cuello • tronco • brazos • axilas • piernas • espalda • pies • genitales • región perianal • 3 Colocación de pañales  <p>CAMBIO DE PIE. COLOCACIÓN INVERSA.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Retirar el absorbente desechable y limpiar la zona con agua y jabón. 2. Colocar el absorbente nuevo con la parte superior hacia el paciente. 3. Ajustar el absorbente para que quede bien sujeto y cubrir toda la zona. 4. Colocar el pañal nuevo por debajo del anterior. 5. Ajustar el pañal para que quede bien sujeto y cubrir toda la zona. <ul style="list-style-type: none"> • 4 Prevención de úlceras por presión en pacientes encamados • Área de la piel que se destruye debido al contacto prolongado de una persona en una sola posición sin desplazar el peso • 5 Cambios posturales en pacientes encamados  <p>DECÚBITO SUPINO (TUMBAO ROSA/RUBI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en posición supina. • Ajustar los brazos y piernas. • Colocar los brazos a los lados con los codos flexionados. • Poner un ángulo recto poniendo un cojín entre las piernas. • Poner el pie de apoyo.  <p>DECÚBITO PRONO (TUMBAO OSCURO/ROJO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente sobre el estómago. • Ajustar los brazos y piernas. • Colocar los brazos a los lados con los codos flexionados. • Poner un ángulo recto poniendo un cojín entre las piernas. • Poner el pie de apoyo.  <p>DECÚBITO LATERAL (DE LAZADO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente de lado. • Ajustar los brazos y piernas. • Colocar los brazos a los lados con los codos flexionados. • Poner un ángulo recto poniendo un cojín entre las piernas. • Poner el pie de apoyo.  <p>SEDESTACIÓN (SENTADO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en posición sentada. • Ajustar los brazos y piernas. • Colocar los brazos a los lados con los codos flexionados. • Poner un ángulo recto poniendo un cojín entre las piernas. • Poner el pie de apoyo. <ul style="list-style-type: none"> • 6 Técnicas de movilización • Mover y cambiar las posturas del paciente. • Prevenir la aparición de úlceras. • Prevenir la pérdida de tono muscular y las contracturas musculares. • 7 Prevención de caídas • Las caídas constituyen uno de los problemas más frecuentes con la edad y pueden ocasionar importantes lesiones. • La mayoría de las caídas se producen en los domicilios. Hay que tener en cuenta los factores que aumentan el riesgo de caídas, como: <ul style="list-style-type: none"> • la dificultad para mantener el equilibrio y moverse convenientemente, • los problemas de visión, tanto por falta de iluminación como por la vista, • el calzado inadecuado (mal sujeto o no adaptado a sus pies), • problemas de los pies que dificultan la correcta pisada, • las características del entorno (hospital, domicilio, vía pública). 	Criterio de resultado:	
		Indicador (es)	Puntuación final
		191301 Abrasiones cutáneas	4 Leve
		191302 Hematomas	3 Moderado
		191303 Laceraciones	3 Moderado
		191316 Deterioro de la movilidad	4 Leve
		191320 Disminución del nivel de conciencia	4 Leve

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN																																												
<p>Campo: 04 seguridad</p> <p>Clase: V control de riesgos</p> <p>INTERVENCION: PREVENCIÓN DE CAÍDAS 6490</p> <p>DEFINICIÓN: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas). • Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camilla en la transferencia del paciente. • Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. • Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa. • Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc. • Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario. • Responder a la luz de llamada inmediatamente. • Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad. • Disponer una superficie antideslizante en la bañera o la ducha. • Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos 	<p>ESCALA DE DOWNTON utilizar la escala de riesgo de caídas:</p> <table border="1" data-bbox="1052 358 1467 634"> <thead> <tr> <th colspan="3">Valoración del estado de la o el paciente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Limitación física</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Estado mental alterado</td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Tratamiento farmacológico que implica riesgos</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Problemas de idiomas o socioculturales</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pacientes sin factores de riesgo evidentes</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Total de puntos</td> <td></td> <td>10</td> </tr> <tr> <th colspan="3">Determinación del grado de riesgo de caídas</th> </tr> <tr> <th>Nivel</th> <th>Puntos</th> <th>Código</th> </tr> <tr> <td>Alto riesgo</td> <td>4-10</td> <td>Rojó</td> </tr> <tr> <td>Mediano riesgo</td> <td>2-3</td> <td>Amarillo</td> </tr> <tr> <td>Bajo riesgo</td> <td>0-1</td> <td>Verde</td> </tr> </tbody> </table> <p>No dejar al paciente solo durante la noche</p> <p>Atender rápidamente al llamado</p> <p>Intentar que 2 o mas personas ayuden al movimiento dependiendo del peso</p>	Valoración del estado de la o el paciente			Limitación física		2	Estado mental alterado		3	Tratamiento farmacológico que implica riesgos		2	Problemas de idiomas o socioculturales		2	Pacientes sin factores de riesgo evidentes		1	Total de puntos		10	Determinación del grado de riesgo de caídas			Nivel	Puntos	Código	Alto riesgo	4-10	Rojó	Mediano riesgo	2-3	Amarillo	Bajo riesgo	0-1	Verde	<p>Criterio de resultado:</p> <table border="1" data-bbox="1484 302 1885 1393"> <thead> <tr> <th data-bbox="1484 302 1682 378">Indicador (es)</th> <th data-bbox="1688 302 1885 378">Puntuación final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1484 383 1682 516">191204 Caídas de la cama</td> <td data-bbox="1688 383 1885 516">3 Moderado</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1484 521 1682 654">191205 Caídas durante el traslado</td> <td data-bbox="1688 521 1885 654">2 Sustancial</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1484 659 1682 792">191209 Caídas al ir al servicio</td> <td data-bbox="1688 659 1885 792">2Sustancial</td> </tr> </tbody> </table>	Indicador (es)	Puntuación final	191204 Caídas de la cama	3 Moderado	191205 Caídas durante el traslado	2 Sustancial	191209 Caídas al ir al servicio	2Sustancial
		Valoración del estado de la o el paciente																																												
		Limitación física		2																																										
Estado mental alterado		3																																												
Tratamiento farmacológico que implica riesgos		2																																												
Problemas de idiomas o socioculturales		2																																												
Pacientes sin factores de riesgo evidentes		1																																												
Total de puntos		10																																												
Determinación del grado de riesgo de caídas																																														
Nivel	Puntos	Código																																												
Alto riesgo	4-10	Rojó																																												
Mediano riesgo	2-3	Amarillo																																												
Bajo riesgo	0-1	Verde																																												
Indicador (es)	Puntuación final																																													
191204 Caídas de la cama	3 Moderado																																													
191205 Caídas durante el traslado	2 Sustancial																																													
191209 Caídas al ir al servicio	2Sustancial																																													

DIAGNOSTICO 5

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN				
Patrón (es): Percepción manejo de la salud Datos objetivos: Edad Deterioro del cuerpo Cansancio Datos Subjetivos: Ya no se siente con la misma fuerza	Dominio: 1 promoción a la salud Clase: 2 gestión de la salud Etiqueta diagnóstica: Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano (00231) Factor(es) de riesgo: Agotamiento Debilidad muscular Deterioro de la movilidad Disminución de la fuerza muscular Estilo de vida sedentario	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)				
		Dominio: 04 conocimiento y conducta de salud		Clase: FF gestión de salud		
		Criterio de resultado: 01 percepción- manejo de la salud Autocontrol: enfermedad crónica 3102				
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*		
310201 Acepta diagnóstico	2 Sustancia	4 Leve				
310203 Controla los signos y síntomas de la enfermedad	1 Grave	3 Moderado				
310204 Sigue las precauciones recomendadas	1 Grave	3 Moderado				
310206 Controla signos y síntomas de las complicaciones	1 Grave	4 Leve				
310208 Utiliza estrategias de alivio de los síntomas	1 Grave	4 Leve				
310209 Identifica las creencias culturales que afectan al tratamiento	1 Grave	4 Leve				
310211 Sigue el tratamiento recomendado	1 Grave	4 Leve				
310212 Realiza procedimiento prescrito	1 Grave	3 Moderado				
310213 Utiliza correctamente los dispositivos de tratamiento	1 Grave	3 Moderado				
310218 Sigue régimen de medicación	1 Grave	3 Moderado				
310221 Controla los efectos adversos de la medicación	1 Grave	3 Moderado				
310223 Busca ayuda para el autocuidado	1 Grave	4 Leve				
310224 Sigue la dieta recomendada	1 Grave	4 Leve				
310225 Sigue el nivel de actividad recomendado	1 Grave	3 Moderado				
310230 Controla los signos vitales	1 Grave	4 Leve				
310232 Utiliza estrategias para prevenir complicaciones	2 Sustancial	4 Leve				
310233 Ajusta la rutina de vida para una salud óptima	2 Sustancial	3 Moderado				
310234 Utiliza estrategias para afrontar los efectos de la enfermedad	2 Sustancial	3 Moderado				
310235 Utiliza estrategias para mejorar el confort	1 Grave	4 Leve				
310236 Utiliza estrategias para controlar el dolor	1 Grave	3 Moderado				
310237 Utiliza estrategias para mantener el sueño adecuado	1 Grave	3 Moderado				
310238 Equilibra actividad y descanso	1 Grave	3 Moderado				
310249 Mantiene la cita con el profesional sanitario	1 Grave	3 Moderado				

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 03 conductual Clase: S educación de los pacientes</p> <p>INTERVENCIÓN: Enseñanza: procedimiento/tratamiento 5618</p> <p>DEFINICIÓN: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente/allegados acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento, según corresponda. • Informar al paciente/allegados acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento. • Informar al paciente/allegados sobre la persona que realizará el procedimiento/tratamiento. • Determinar las experiencias anteriores del paciente y el nivel de conocimientos relacionados con el procedimiento/tratamiento. • Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento. • Describir las actividades previas al procedimiento/tratamiento. • Explicar el procedimiento/tratamiento. • Obtener/ser testigo del consentimiento informado del paciente del procedimiento/tratamiento de acuerdo con la política del centro, según corresponda. • Enseñar al paciente cómo cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento, según corresponda. • Implicar al niño en el procedimiento (sujetar el vendaje) pero no dar elección sobre el procedimiento completo. • Realizar una visita a la habitación del procedimiento/tratamiento y a la zona de espera, si resulta posible. • Presentar al paciente al personal implicado en el procedimiento/tratamiento, según corresponda. • Comentar la necesidad de medidas especiales durante el procedimiento/tratamiento, según corresponda. • Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda. • Dar tiempo al paciente para que practique y se prepare para los acontecimientos que sucederán. • Enseñar al paciente a utilizar técnicas de afrontamiento dirigidas a controlar aspectos específicos de la experiencia (relajación e imágenes guiadas), según corresponda. • Discutir tratamientos alternativos, según corresponda. • Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes. • Incluir a la familia/allegados, si resulta oportuno. 	<p>Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente</p> <p>Factores para que un adulto mayor reciba atención de un cuidador</p> <p>Es importante reconocer cuáles son los factores determinantes para que un adulto mayor deba recibir ayuda por parte de un cuidador. A continuación los mencionamos:</p> <p>1. Factores físicos asociados con la edad que se dan cuando el adulto mayor se ve imposibilitado a realizar actividades que solían ser cotidianas y sencillas, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El deterioro natural del cuerpo por envejecimiento. • Enfermedades degenerativas • Disminución o pérdida total de las habilidades motrices, visuales o auditivas. <p>2. Factores psicológicos generados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Trastornos del ánimo • Alteraciones de la memoria <p>3. Factores sociales que tienen que ver con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escasos recursos económicos • Vivienda inadecuada para su desarrollo • Falta de atención por parte de los familiares <p>Una vez que hemos reconocido los problemas del adulto mayor, es necesario aprender cuáles deben ser las características de un cuidador y qué tipos de cuidados necesitan ser llevados por ellos.</p>	Criterio de resultado:	
			Indicador (es)
		<p>310201 Acepta diagnóstico</p> <p>310203 Controla los signos y síntomas de la enfermedad</p> <p>310204 Sigue las precauciones recomendadas</p> <p>310206 Controla signos y síntomas de las complicaciones</p> <p>310208 Utiliza estrategias de alivio de los síntomas</p> <p>310209 Identifica las creencias culturales que afectan al tratamiento</p> <p>310211 Sigue el tratamiento recomendado</p> <p>310212 Realiza procedimiento prescrito</p> <p>310213 Utiliza correctamente los dispositivos de tratamiento</p> <p>310218 Sigue régimen de medicación</p> <p>310221 Controla los efectos adversos de la medicación</p> <p>310223 Busca ayuda para el autocuidado</p> <p>310224 Sigue la dieta recomendada</p> <p>310225 Sigue el nivel de actividad recomendado</p> <p>310230 Controla los signos vitales</p> <p>310232 Utiliza estrategias para prevenir complicaciones</p> <p>310233 Ajusta la rutina de vida para una salud óptima</p> <p>310234 Utiliza estrategias para afrontar los efectos de la enfermedad</p> <p>310235 Utiliza estrategias para mejorar el confort</p> <p>310236 Utiliza estrategias para controlar el dolor</p> <p>310237 Utiliza estrategias para mantener el sueño adecuado</p> <p>310238 Equilibra actividad y descanso</p> <p>310249 Mantiene la cita con el profesional sanitario</p>	<p>4 Leve</p> <p>3 Moderado</p> <p>3 Moderado</p> <p>4 Leve</p> <p>4 Leve</p> <p>4 Leve</p> <p>3 Moderado</p> <p>3 Moderado</p> <p>3 Moderado</p> <p>4 Leve</p> <p>4 Leve</p> <p>3 Moderado</p> <p>3 Moderado</p> <p>4 Leve</p> <p>3 Moderado</p> <p>3 Moderado</p> <p>3 Moderado</p> <p>4 Leve</p> <p>3 Moderado</p> <p>3 Moderado</p> <p>3 Moderado</p> <p>3 Moderado</p> <p>3 Moderado</p>

DIAGNOSTICO 6

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN				
<p>Patrón (es): Percepción manejo de salud</p> <p>Seguridad protección</p> <p>Datos objetivos: Pérdida del grosor de la piel valoración con escala de Braden. Mal olor</p> <p>Datos Subjetivos: Siente un hueco en la espalda baja. Siente su piel seca. Le calan los huesos</p>	<p>Dominio:11 seguridad / protección Clase: 2 lesión física</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la integridad tisular</p> <p>Factor(es) relacionados: conocimiento insuficiente acerca de la protección de la integridad tisular conocimiento insuficiente acerca del mantenimiento de la integridad tisular Estado nutricional desequilibrado</p> <p>Características definitorias: Daño tisular Dolor agudo Ruborización</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)				
		Dominio: 02 Salud fisiológica		Clase: L integridad tisular		
		Criterio de resultado: 02 Nutrición metabólico Curación de la herida por primera intención				
		<p>Indicador (es)</p> <p>110201 aproximación cutánea 110202 supuración purulenta 110203 secreción serosa de la herida 110208 eritema cutáneo circundante 110209 edema perilesional 110211 olor de la herida 110213 aproximación de los bordes de la herida 110214 formación de cicatriz 110215 contusión cutánea circundante</p>	<p>Puntuación inicial *</p> <p>2 Sustancial 1 Grave 1 Grave 2 Sustancial 2 sustancial 3 Moderado 1 Grave 2 Sustancial 2 Sustancial</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>4 Leve 3 Moderado 3 Moderado 4 Leve 4 Leve 4 Leve 3 Moderado 3 Moderado 4 Leve</p>		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN									
<p>Campo:02 fisiológico: complejo</p> <p>Clase: L control de la piel / heridas</p> <p>INTERVENCION: Cuidados de las heridas Definición : prevención de complicaciones de heridas y estimulación de su curación</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Despegar los apósitos esparadrapo • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Medir el lecho de la herida, según corresponda • Limpiar solución salina fisiológica o un limpiador no toxico, según corresponda. • Administrar cuidados de la úlcera cutánea, si es necesario. • Aplicar una crema adecuada en la piel/lesión, según corresponda • Reforzar el apósito si es necesario • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje • Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje • Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido por la herida • Cambios de posición al paciente por lo menos cada 2 horas • Fomentar la ingesta de líquidos • Ayudar al paciente y a la familia a obtener material. 	<p>Manual Clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas</p> <p>Valoración de la herida Esta sección se subdividirá por etiología de la herida y describirá la información específica que se obtendrá del examen físico e historial de los pacientes con heridas agudas y crónicas. Se describirán las pruebas invasivas y no invasivas que se pueden llevar a cabo para obtener información específica acerca de la naturaleza de la herida. En la valoración de la herida es fundamental realizar una curación que permita identificar la etapa del proceso de cicatrización en la que se encuentra. De primera intención se valoran las características generales de la herida:</p> <table border="1" data-bbox="865 911 1358 1268"> <thead> <tr> <th data-bbox="865 911 1115 954">FASES DEL PROCESO DE CICATRIZACIÓN</th> <th data-bbox="1115 911 1358 954">MANIFESTACIONES CLÍNICAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="865 954 1115 1057"> INFLAMATORIA Hemostasia Inflamación </td> <td data-bbox="1115 954 1358 1057"> Blanqueamiento de la piel circundante, formación de un coágulo, cese del sangrado. Dolor Calor Eritema Edema </td> </tr> <tr> <td data-bbox="865 1057 1115 1159"> PROLIFERATIVA Migración Producción de la matriz extracelular Angiogénesis Epitelización </td> <td data-bbox="1115 1057 1358 1159"> Ocurre a los 4 días aproximadamente Formación de tejido de granulación Restablecimiento de la epidermis </td> </tr> <tr> <td data-bbox="865 1159 1115 1268"> REMODELACIÓN </td> <td data-bbox="1115 1159 1358 1268"> Puede durar 1 año o más Remodelación y alineación de las fibras de colágeno </td> </tr> </tbody> </table>	FASES DEL PROCESO DE CICATRIZACIÓN	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	INFLAMATORIA Hemostasia Inflamación	Blanqueamiento de la piel circundante, formación de un coágulo, cese del sangrado. Dolor Calor Eritema Edema	PROLIFERATIVA Migración Producción de la matriz extracelular Angiogénesis Epitelización	Ocurre a los 4 días aproximadamente Formación de tejido de granulación Restablecimiento de la epidermis	REMODELACIÓN	Puede durar 1 año o más Remodelación y alineación de las fibras de colágeno	Criterio de resultado:	
FASES DEL PROCESO DE CICATRIZACIÓN	MANIFESTACIONES CLÍNICAS										
INFLAMATORIA Hemostasia Inflamación	Blanqueamiento de la piel circundante, formación de un coágulo, cese del sangrado. Dolor Calor Eritema Edema										
PROLIFERATIVA Migración Producción de la matriz extracelular Angiogénesis Epitelización	Ocurre a los 4 días aproximadamente Formación de tejido de granulación Restablecimiento de la epidermis										
REMODELACIÓN	Puede durar 1 año o más Remodelación y alineación de las fibras de colágeno										
		Indicador (es)	Puntuación final								
		110201 aproximación cutánea 110202 supuración purulenta 110203 secreción serosa de la herida 110208 eritema cutáneo circundante 110209 edema perilesional 110211 olor de la herida 110213 aproximación de los bordes de la herida 110214 formación de cicatriz 110215 contusión cutánea circundante	4 Leve 3 Moderado 3 Moderado 4 Leve 4 Leve 4 Leve 3 Moderado 3 Moderado 4 Leve								

VII. PLAN DE ALTA

Nombre del (la) paciente: J.A.R.E Fecha de nacimiento: 12-09-1935
sexo: MASCULINO Edad: 86
Diagnóstico (s) Medico (s): PACIENTE SENIL QUE PRESENTA ULCERAS POR PRESION
PLAN DE ALTA / RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO
COMUNICACIÓN hospitales de 2 y 3 nivel médicos cirujanos y enfermeras las hijas son las que lo pueden trasladar en dado caso de que presente alguna molestia que el paciente este de acuerdo que el personal médico lo atienda
URGENTE dolor fiebre calor y enrojecimiento en puntos de presión no blanqueables educación sanitaria al paciente y cuidadores. manejo de la presión: cambios posturales (frecuencia), actividad y movilidad, semp y protección local. control de la humedad. cuidados de la piel. cuidados nutricionales valoración cada mes laboratorios en caso de infección
INFORMACION El paciente conoce muy poco de su enfermedad igual que su hija: Se orienta sobre el cuidado de cada úlcera en base al tratamiento que especifique el doctor

¿QUÉ SON?

Son lesiones en la piel o debajo de ella.
Causadas por una presión mantenida en una zona del cuerpo.

Se llaman también **ESCARAS** o **LLAGAS**.

Son difíciles de curar.

Pueden comprometer seriamente la salud.

¿POR QUÉ SE PRODUCEN?

PRESIÓN: el peso del cuerpo aprieta los tejidos entre la cama y el hueso.

FRICCIÓN: al subir al paciente hacia la cabecera arrastrándolo.

DESPLAZAMIENTO: cuando el paciente está sentado y se va resbalando poco a poco.

MACERACIÓN: producida por humedad excesiva de la piel: Piel húmeda (con orina y heces).

¿DÓNDE APARECEN?

Paciente acostado:



Paciente acostado bocarriba:



Paciente acostado lateralmente:



¿CÓMO SE PREVIENEN?

1º Higiene y cuidado de la piel



Lave la piel prestando atención a los pliegues cutáneos.

Aclaire y seque minuciosamente sin frotar enérgicamente.

SI agua tibia y jabón suave.

NO agua caliente, colonia o alcohol.

Mantener la piel **SECA** (sin heces y orina) y bien **HIDRATADA**.

2º Realizar cambios posturales

Pacientes encamados → cada 3 horas

Pacientes sentados → cada 1 hora

USO DE DISPOSITIVOS DE ALIVIO DE PRESIÓN:



Mover al Paciente **EVITANDO ARRASTRES** para que no friccione la piel sobre la ropa.

EVITAR: botones, costuras de ropa o restos de alimentos.

NO elevar la cama a más de 30° mucho tiempo.

SI sábanas de algodón o lino.

SI sábanas estiradas, sin arrugas, limpias y secas.

ALIMENTACIÓN ADECUADA



Rica y variada: que le guste y prefiera.

Si tiene problemas para masticar o tragar: comida triturada.

Líquidos (entre 1 litro y medio a 2 litros diarios): agua, zumos, infusiones.

Ambiente agradable y comidas con buena presentación.



USTEDES: Las familias y/o cuidadores desempeñan un papel determinante en el cuidado integral y continuado del paciente.

Son el eslabón entre el paciente y profesional sanitario.

Son sujetos activos en el mantenimiento y mejora de la calidad de vida.

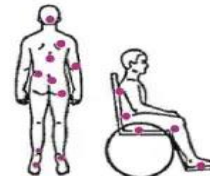
Por la mejora de la Calidad y la seguridad del paciente.

Acción Médica a Domicilio



Consultorio Médico: Jr. Rene Bartra # 180-Tarapoto
Telef.: (042) 52-4837
Cel.: 957859545 (Mov.) - 8957859545 (RPM) - 992168550 (Claro)
Correo: accionmedicaadomicilio@hotmail.com

Acción Médica a Domicilio



ULCERAS DE PRESIÓN (ESCARAS)

INFORMACIÓN DIRIGIDA A PACIENTES Y CUIDADORES

Tu Salud es lo primero...!
Todo paciente tiene el derecho a ser Escuchado, Asistido y Respetado.

DIETA

Informal al paciente que debe de hacer una dieta nutritiva, variada y balanceada para un buen aporte calórico, lavar los alimentos, conservar alimentos en refrigeración si es necesario, hacer 3 comidas al día con 2 colaciones, dar alimentos como papilla por la anodoncia, frutas y verduras, administrara medicamentos en sus horarios

AMBIENTE

Que el paciente se encuentre en una habitación que este ventilada, libre de polvo, no convivir con animales y plantas, si es posible adecuar un cuarto que se encuentre en el primer piso para que el paciente no tenga que subir ni bajar escaleras, no usar tapetes que puedan ocasionar que el paciente o el cuidador puedan tener alguna caída, que el baño se encuentre cerca para poder trasladar a la hora del baño.

RECREACIÓN Y USO DE TIEMPO LIBRE

Ayudar al paciente a tener cambios de posición cada 2 horas para evitar que se presenten más upp, ayudar a que el paciente realice ejercicios de movilización dentro de cama, realizar curación cada que sea necesario en ulcera de grado 4, y limpieza en ulcera de grado 1 y 3, liberando presión con los cambios de posición

ESPIRITUALIDAD

Corroborar que el paciente crea en algún ser supremo que le pueda ayudar con su enfermedad ya salir adelante, verificar si existe unión familiar, ayudar al paciente a que se sienta agusto con sigo mismo para no generar depresión.

Nombre completo de enfermería: ALEJANDRA MEDRANO LOPEZ

VII. CONCLUSIONES

Las UPP continúan siendo uno de los problemas hospitalarios más frecuentes en unidades médicas en el segundo nivel de atención, no solo por su elevada prevalencia e incidencia, sino por los costos que implican para las instituciones sanitarias y el sistema de salud en general.

En cuanto a la detección oportuna de factores de riesgo, se planea dar a conocer todas las escalas con las cuales se pueden valorar a los pacientes que cuentan con un riesgo inminente para presentar una UPP y con ello poder clasificar a los pacientes según su grado de vulnerabilidad, como parte de un protocolo estandarizado para la prevención de UPP, la identificación de lesiones por presión desde sus etapas iniciales y la implementación de medidas terapéuticas que resulten efectivas para las instituciones de salud donde prestan sus servicios.

Como parte de una solución se consideró que no todos los profesionales de la salud son conscientes de la magnitud del problema que representan estas lesiones en la piel de todos los pacientes que se encuentran hospitalizados y/o encamados, ya que diferentes estudios revelan que son prevenibles en un 95 %, se propone capacitar tanto a los profesionales de enfermería y medicina que laboran en el ámbito asistencial y con ello también a los gestores del cuidado.

En base a los cuidados logramos que el paciente tuviera una mejora en las UPP que presentaba, la de grado 1 logró desaparecer y la de 3 y 4 manteniendo en los estadios que se encontraban, ya que, por su enfermedad diabética, aunque este controlada es difícil que las úlceras progresen rápidamente y así ayudado a la mejora continua de la calidad de vida.

Se espera que el paciente continúe con su tratamiento para así poder reducir el riesgo de presentar úlceras por presión y teniendo en vigilancia la piel de diferentes zonas y realizando cambios de posición cada 2 horas.

El paciente realiza ejercicios para mejorar la movilidad en extremidades inferiores y superiores, los cuales le ayudan a mantener una buena circulación y reducir el riesgo de que aparezcan otras úlceras en algún otro parte del cuerpo.

Es importante recordar que los profesionales de la salud tienen la responsabilidad ética y moral para continuar con capacitaciones de los conocimientos de forma continua, con el fin de hacer frente a este y a cualquier otro fenómeno del cuidado, por lo cual se deberá tener en cuenta las prácticas de vanguardia y los costos de la atención a la salud.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Mijangos, M. A., Puga, C. L., Guillén, L. C., & Zúñiga, I. R. (2015). El manejo de las úlceras por presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario (2nd ed., Vol. 8, pp. 77-83). Playa Del Carmen: EVIDENCIA MEDICA E INVESTIGACION. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2015/eo152e.pdf>.
- Herrera, O., Marina, L.K., Luna, L.A., (2018). ZONAS MÁS FRECUENTES DE APARICIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN Y SU CLASIFICACIÓN SEGÚN LOS ESTADIOS EN PACIENTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE III NIVEL DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA. (UNIVERSIDAD DE SANTANDER FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ENFERMERIA IX SEMESTRE BUCARAMANGA., PP.1-72). BUCARAMANGA: TITULACION DE ENFERMERIA. Obtenido de <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/405/1/Zonas%20m%C3%A1s%20frecuentes%20de%20aparici%C3%B3n%20de%20las%20ulceras%20por%20presi%C3%B3n%20y%20su%20clasificaci%C3%B3n%20seg%C3%BAn%20los%20estadios%20en%20pacientes%20que%20ingresan%20al%20servicio%20de%20urgencias%20de%20un%20hospital%20de%20III%20nivel%20de%20la%20ciudad%20de%20Bucaramanga..pdf>
- Ministerio de Salud Pública. Seguridad del Paciente - Usuario. Manual. Primera edición; (2016). Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud – MSP. Quito 2016. Disponible en: <http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/manual-de-seguridad-del-paciente-usuario-SNS.pdf>
- Osvaldo J. Patiño O, Hernán A. Aguilar y Anahí L. Belatti. (2018). Úlceras por presión: cómo prevenirlas. (1ra ed., Vol.38, pp. 40 – 46). Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. ACTUALIZACIÓN Y AVANCES EN INVESTIGACIÓN. obtenido de http://www.afam.org.ar/textos/04_12_18/materialparapaginawebdiciembre/ulceras_por_presion_preencion.pdf
- Baldeón, E. Jiménez, C. Mata, C. Marco, M^a., T. Torrecilla, T. (2009). GUÍA para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Úlceras por Presión. Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de La Rioja. (PP.1-76) Obtenido de <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion.pdf>
- ABAD, R. AGUIRRE, R. M. ARIZMENDI, M. BEASKOETXEA, P. BEISTEGUI, I. CAMIRUAGA, I. GARCÍA, R. GUTIÉRREZ, N. LANDALUCE, M., G. MARTÍNEZ, I. MONGUILÓ M^a., J. PÉREZ, K. TISCAR, V. (2017). GUÍA DE ACTUACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN. (PP. 1-126) Osakidetza. (Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco). Documento reconocido de interés profesional por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento

en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) como documento tipo C-Nivel I (muy recomendado). Obtenido por https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publicos/adjuntos/enfermeria/UPP_es.pdf

Cerdá, G. Oliver, V.(2010). EVOLUCIÓN DE LA CURA TÓPICA EN ÚLCERAS Y HERIDAS CON DIFERENTES TRATAMIENTOS Estudio comparativo de casos clínicos”. TESIS DOCTORAL. (pp. 1 -147). Valencia, Obtenido por <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2020/11/tesis-palomar.pdf>

Silva, O. Sabroso, J. Cáceres, Y. Bermúdez, M., T. García, I. Suarez, C. Gómez, F., J. Naranjo, C. Batista, A. Hernández, A. García, C. Fuster, A. (2014). GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LAS ULCERASO POR PRESION.(Canarias, pp 1 - 38). Complejo hospitalario universitario infantil- materno infantil. Obtenido de <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/cuidados-de-enfermeria-en-la-prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion.pdf>

Stegensek .E.,M. Jiménez, A. Gálvez, R. Aguilar, A. (2015). úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención. (Vol.12, pp. 173-181). México. ENFERMERIA UNIVERSITARIA. Obtenido por <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000615>

Rosa. M^a., J. García, M. Serrano, M^a., De I M. Hornero, A. Robles, V. Peral, L. Fuentes, E. Bartolomé, I. Navarro, M^a., D. (2018). Protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión. (pp. 1- 45) Gerencia de áreas de salud de Plasencia. Plasencia. Obtenido por <http://areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/717181201.pdf>

Hospital Universitario Ramón y Cajal Dirección Enfermera. (2014) ULCERAS POR PRESIÓN. Madrid España. (pp.1-12). Obtenido por https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/31_pdf.pdf

Hernández. P., A. Fernández, C. (2014). ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS. Documento reconocido de interés profesional por el GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas). (pp. 1-88) DEPARTAMENTO DE SALUD

DE LA MARINA BAIXA. Obtenido por <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/ulceras-por-presion-y-heridas-cronicas.pdf>

Vela, A. (2012). Magnitud del evento adverso. Úlceras por presión. Coordinación Normativa de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), Secretaría de Salud. México, Distrito Federal, México. (pp. 1-6). Obtenido por http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/viewFile/168/256

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). Valoración geriátrica integral EN UNIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA. Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: GPC-IMSS-190-18.(pp. 1-217) Obtenido por <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/190GER.pdf>

Guía de cuidados: prevención de las úlceras por presión. (2012). Salud Madrid. (pp. 1-25) Obtenido por https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/guia_cuidados_prevencion_upp.pdf

Gonzalez, C., M. (2021). Impacto psicológico de las úlceras por presión. N PUNTO. (Vol. IV. NO. 38. PP1-26) ASTURIAS. Obtenido por <http://oaji.net/articles/2021/8607-1623059890.pdf>

BLANCO. R., M. LOPEZ, E. QUESADA, C. GARCIA, MA.,R. (2015). Resumen. Guía de recomendaciones basadas en la evidencia en Prevención y Tratamiento de las ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS. OSI EZKERRALDEA- ENKARTERRI-CRUCES. (pp. 1-18) Obtenido por <https://gneaupp.info/resumen-guia-de-recomendaciones-basadas-en-la-evidencia-en-prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion-en-adultos/>

historia de la enfermería.(2021). Virgínea Henderson. <https://historia-de-enfermeria8.webnode.mx/personajes-importantes-de-la-enfermeria2/virginia-henderson/> Obtenido por <https://historia-de-enfermeria8.webnode.mx/personajes-importantes-de-la-enfermeria2/virginia-henderson/>

Cañadas, F. Pérez, L. Martínez, P. .(2019) Guía de práctica clínica para el cuidado de la piel y mucosas en personas con epidermolisis bullosa. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. (PP.¿1-84) Obtenido por <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0504.pdf>

Ibañez, A. Dilla, Y. Gabiola, A. Moreno, M.,C. Olealdecoa, M. Puertas, A., I. Recalde, N. Sarduy, E. (2013). GUIA BASICA DE CUIDADOS. Direcciones de Enfermería del Hospital de Santa Marina y de Comarca Bilbao (Osakidetza) (1RA EDICION) Obtenido por https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osapa_apoyo_cuidador/es_def/adjuntos/guia_basica_cuidados.pdf

CAGUANA, C.(2015). GUÍA DE APLICACIÓN DE MECÁNICA CORPORAL. CENTRO DE REHABILITACIÓN MEDICA Nº 1 CONOCOTO. (PP.1-20) Obtenido por <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/5364/2/GUIA%20DE%20PALICACION%20DE%20MECANICA%20CORPORAL.pdf>

PANTOJA, J. (2014). Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente. (PP.1-36). Obtenido por https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf

ORGANIZACIÓN PANOAMERICANA DE LA SALUD. (2016). Manual Clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas. (PP. 1-96)
http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/Manual_Clinico_Heridas.pdf

JUAREZ. F. (2016). GUIA DE ACTUACION PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA. (PP.26)
<http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/0/Procedimientos+relacionados+con+la+movilizaci%C3%B3n+del+paciente.+Cap.+VI>

SANTAMARÍA, A. (2006). incontinencia y úlceras por presión. grupo nacional para el estudio y asesoramiento en células por presión y heridas crónicas. (1RA. EDISION PP. 1-17) https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/18_pdf.pdf

AMBITO FARMACOLOGICO. (2019) úlceras por presión prevención, tratamiento y consejos desde la farmacia. (VOL.23.pp. 1- 124) <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13059416>

- (ALVIA, 2015)
- (Osvaldo J. Patiño O, Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2018)
- (palmar., 2010)
- (Osakidetza. C/ Álava, octubre de 2017)
- (Llatas, Valencia, a 7 de Julio de 2010)
- (Bolaños, 2014)
- (MEJIA, 2015)
- (López, 2018)
- (D^a Carmen Canet Bolado, 2013)
- (Universitario, 2014)
- (presión, s.f.)
- (Vela-Anaya, 2013)
- (IMSS, 2018)
- (MADRID, 2012)
- (María Alexandra Mijangos Pacheco, Vol. 8, Núm. 2 • Abril-Junio 2015 •)

- (Huergo, Mayo 2021)
- (Claudia Arango Salazar, 2021)
- (ROSA M. BLANCO ZAPATA, 2015)
- (sur, 2014)
- (HISTORIA DE LA ENFEERMERIA , 2013)
- (Bravo, 2021)
- (R., 30 de April de 2016,)
- (ayosso Islas E], 2014)

GNEAUPP: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.

- EPUAP: European Pressure Ulcer Advisory Panel.
- UPP: Úlcera por Presión.
- LESCAH: Lesiones Cutáneas Asociadas a la Humedad.
- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.
- AGHO: Ácidos Grasos Hiperóxigenados.
- AOVE: Aceite de Oliva Virgen Extra.
- SEMP: Superficies Especiales para el Manejo de la Presión.

X. GLOSARIO DE TERMINOS

A

Anticoagulantes: Dicho de una sustancia o de un producto: Que impiden la coagulación de la sangre.

Antiséptico: Producto químico que se aplica sobre los tejidos vivos con la finalidad de eliminar microorganismos patógenos o inactivar los virus. No tiene actividad selectiva, ya que eliminan todo tipo de gérmenes. A altas concentraciones pueden ser tóxicos para los tejidos vivos. Algunos pueden interferir la acción de otros productos tópicos utilizados en los cuidados de las heridas (colágenas). Otros como la Povidona Yodada, retrasa el crecimiento del tejido de granulación. En algunos casos se puede generar resistencias bacterianas a los antisépticos.

B

Braden: nombre que se le da a la escala para valorar úlceras por presión.

C

Cicatrización: Acción y efecto de cicatrizar

Cizalla: lesión que se produce cuando el paciente no es adecuadamente movido en la cama o silla en la que reposa, pero también puede tratarse de una deformación ósea o de una herida ocasionada

Coagulopatías Enfermedad que consiste en un trastorno del sistema de la coagulación que funciona deficientemente (hipocoagulabilidades congénitas, como la hemofilia o la enfermedad de Von Willebrand; hipocoagulabilidades adquiridas, como la falta de síntesis de factores de coagulación; presencia de anticoagulantes circulantes; exceso de consumo de factores o hiperdestrucción) o en exceso (trombosis e hipercoagulabilidad).

Cutánea: De la piel de una persona.

E

Extrínsecos: Que es adquirido o superpuesto a la naturaleza propia de algo.

Esfacelos: Tejido amarillo o blanco que se adhiere al lecho de la úlcera en bandas de aspecto fibroso, bloques o en forma de tejido blando muciforme adherido.

F

Flictenas: Ampolla epidérmica, llena de serosidad, que se provoca por un agente traumático o irritante.

Fricción: rozamiento entre dos cuerpos en contacto, uno de los cuales está inmóvil

I

Intrínseco: Que es propio o característico de la cosa que se expresa por sí misma y no depende de las circunstancias

Irruptivo: es un ingreso impetuoso a un sitio o un acto repentino y sorpresivo.

Isquémico: Falta de suministro de sangre a una parte del cuerpo. La isquemia puede causar daño a los tejidos debido a la falta de oxígeno y nutrientes.

M

Maléolo: tobillo (II protuberancia)

N

Necrosis: Es la muerte de tejido corporal. Ocurre cuando muy poca sangre fluye al tejido. Esto puede suceder por lesión, radiación o sustancias químicas. La necrosis no se puede revertir.

O

OMS: organización mundial de la salud

P

Patología: Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen.

Piel: Capa de tejido resistente y flexible que cubre y protege el cuerpo del ser humano.

S

Subcutánea: Que está o se desarrolla inmediatamente debajo de la piel

Subyacentes: Que subyace por debajo de algo

T

Tejido epitelial: En las úlceras superficiales, nuevo tejido (o piel) rosado o brillante que crece de los bordes de la herida o en islotes en la superficie de la misma.

Tejido de granulación: Tejido rojo o rosáceo con una apariencia granular y brillante.

Tejido necrótico: Tejido oscuro, negro o marrón, que se adhiere al lecho o los bordes de la herida.

Tumefacción: Hinchazón que se forma en una parte del cuerpo

U

Úlcera: Llaga o lesión que aparece en la piel o en el tejido de las mucosas a causa de una pérdida de sustancia y que no tiende a la cicatrización.

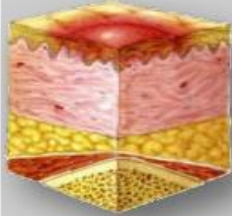
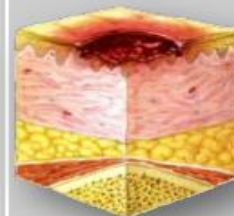
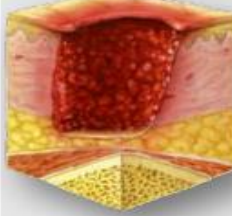
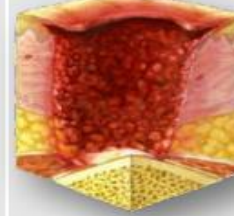
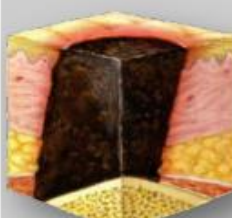
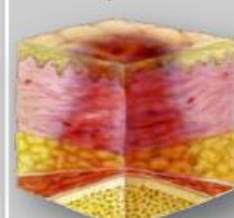
Úlcera contaminada: Es una úlcera con presencia de bacterias en su superficie. Se considera que todas las úlceras crónicas están contaminadas.

Úlcera colonizada: Cuando en la superficie de la úlcera existen gérmenes contaminantes que están multiplicando, sin producir infección.

Úlcera infectada: Cuando existen invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos de la úlcera, ocasionando una lesión local y aparecen signos de inflamación, dolor, mal olor y exudado purulento.

XI. ANEXOS

Anexo No. 1 CLASIFICACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESEION SEGÚN LA (NPUAP, 2014) (IMSS, 2018)

CUADRO 30. CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESEION DE ACUERDO A CATEGORÍA			
<p>CATEGORIA I</p> 	<p>Categoría/Estadio I. En pacientes con piel clara eritema cutáneo que no palidece en piel intacta; en individuos de piel oscura puede ser difícil la detección de la palidez. Estas lesiones suelen acompañarse de induración, dolor, insensibilidad, edema, aumento o disminución de la temperatura en la periferia.</p>	<p>CATEGORIA II</p> 	<p>Categoría/Estadio II. Pérdida parcial del grosor de la piel que puede afectar a epidermis y/o dermis. La úlcera es una lesión superficial que puede tener aspecto de abrasión, flictena, o pequeño cráter superficial.</p>
<p>CATEGORIA III</p> 	<p>Categoría/Estadio III. Pérdida total del grosor de la piel, con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiéndose extender más hacia dentro pero sin afectar la fascia subyacente. La lesión presenta el aspecto de un cráter que puede socavar o no al tejido subyacente.</p>	<p>CATEGORIA IV</p> 	<p>Categoría/Estadio IV. Plena lesión de todo el grosor de la piel con destrucción masiva, necrosis tisular o daño en el músculo, hueso o elementos de sostén. Las lesiones de estadio IV pueden presentar trayectos sinuosos y socavados.</p>
<p>Categoría No clasificable</p> 	<p>No clasificable. Existe una pérdida total del tejido y el tejido necrótico presente en la base de la úlcera no permite valorar la profundidad de la misma. La base puede estar cubierta por una escara o placa de coloración amarillenta, verdosa, gris o café. La lesión puede categorizarse una vez que se haya retirado el tejido necrótico.</p>	<p>Sospecha de lesión profunda</p> 	<p>Sospecha de lesión profunda no determinada. Lesiones con pérdida coloración de la piel o lesiones marmóreas, azuladas o grises en piel íntegra. O bien presentarse como una flictena hemorrágica derivada dela presión o el cizallamiento.</p>

Adaptado de: NPUAP/EPUAP/ PPIIA. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media; Osborne Park, Western Australia; 2014.

Anexo No. 2 Zonas de mayor susceptibilidad para el desarrollo de UPP

CUADRO 29. ZONAS SUSCEPTIBLES DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN POSICIÓN	
<p>Decúbito supino:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Occipital. • Escápula. • Codos. • Sacro. • Coxis. • Talones. • Dedos de pies. 	
<p>Decúbito lateral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pabellón auricular. • Acromion. • Costillas. • Trocánter. • Crestas ilíacas. • Cóndilos (rodilla). • Tibias. • Maléolos tibiales. • Dedos/lateral del pie. 	
<p>Decúbito prono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frente. • Pómulos. • Pabellón auricular. • Pechos. • Crestas. • Ilíacas. • Pubis. • Genitales (en hombres). • Rodillas. • Dedos de los pies. 	
<p>Sedestación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Occipital. • Escápulas. • Codos. • Sacro • Tuberosidades isquiáticas. • Subglúteos. • Huecos poplíteos. • Talones. <p>Sujeción mecánica y otros dispositivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tubos endotraqueales. • Fosas nasales (con sondajes). • Meato urinario (sonda vesical). • Muñecas y tobillos por sujeciones. 	
<p>Adaptado de: GTUPPLR. Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de La Rioja. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja; España, 2009.</p>	

Anexo No. 3 Escala de Coma de Glasgow (GCS)

LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS): tipos de respuesta motora y su puntuación

ELSEVIER

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la **respuesta verbal**, la **respuesta ocular** y la **respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

	4	3	2	1		
OCULAR	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
VERBAL	5	4	3	2	1	
	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS INCOMPRESIBLES	SONIDOS INCOMPRESIBLES	NINGUNA RESPUESTA	
MOTORA	6	5	4	3	2	1
	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
				(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)	

Anexo No. 4 Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS)

	Sí	No
1 ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 ¿Ha estado muy preocupado por algo?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 ¿Se ha sentido muy irritable?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4 ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5 ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6 ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8 ¿Ha estado preocupado por su salud?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10 ¿Se ha sentido con poca energía?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14 ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
15 ¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
17 ¿Se ha sentido usted enlentecido?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

La cumplimentación de este cuestionario interactivo no reemplaza en ningún caso una evaluación formal a cargo de un profesional de la salud. Para calcular el resultado obtenido con sus respuestas presione sobre el botón «Evaluar».

Resultado ([enlace permanente](#))

Subscala de ansiedad: 4
Subscala de depresión: 5

Este cuestionario no exige para su funcionamiento de una conexión a Internet, pudiendo por tanto ser utilizado en ordenadores sin acceso a la Red. La versión más reciente está disponible en la dirección

Anexo No. 5 Escala de Resvech

<p>1. Dimensiones de la lesión</p> <p>0. Superficie = 0 cm² 1. Superficie < 4 cm² 2. Superficie = 4 - < 16 cm² 3. Superficie = 16 - < 36 cm² 4. Superficie = 36 - < 64 cm² 5. Superficie = 64 - < 100 cm² 6. Superficie ≥ 100 cm²</p>	
<p>2. Profundidad / Tejidos afectados</p> <p>0. Piel intacta cicatrizada 1. Afectación de la dermis-epidermis 2. Afectación del tejido subcutáneo (tejido adiposo sin llegar a la fascia del músculo) 3. Afectación del músculo 4. Afectación de hueso y/o tejidos anexos (tendones, ligamentos, cápsula articular o escara negra que no permite ver los tejidos debajo de ella)</p>	
<p>3. Bordes</p> <p>0. No distinguibles (no hay bordes de herida) 1. Difusos 2. Delimitados 3. Dañados 4. Engrosados ("envejecidos", "evertidos")</p>	
<p>4. Tipo de tejido en el lecho de la herida</p> <p>4. Necrótico (escara negra seca o húmeda) 3. Tejido necrótico y/o esfacelos en el lecho 2. Tejido de granulación 1. Tejido epitelial 0. Cerrada/cicatrización</p>	
<p>5. Exudado</p> <p>3. Seco 0. Húmedo o cicatrización 1. Mojado 2. Saturado 3. Con fuga de exudado</p>	
<p>6. Infección/inflamación (signos-biofilm)</p> <p>6.1. Dolor que va en aumento Si =1 No = 0 6.2. Eritema en la perilesión Si =1 No = 0 6.3. Edema en la perilesión Si =1 No = 0 6.4. Aumento de la temperatura Si =1 No = 0 6.5. Exudado que va en aumento Si =1 No = 0 6.6. Exudado purulento Si =1 No = 0 6.7. Tejido friable o que sangra con facilidad Si =1 No = 0 6.8. Herida estancada, que no progresa Si =1 No = 0 6.9. Tejido compatible con Biofilm Si =1 No = 0 6.10. Olor Si =1 No = 0 6.11. Hipergranulación Si =1 No = 0 6.12. Aumento del tamaño de la herida Si =1 No = 0 6.13. Lesiones satélite Si =1 No = 0 6.14. Palidez del tejido Si =1 No = 0</p> <p>¡SUME LA PUNTUACIÓN DE CADA SUB-ITEM!</p>	
PUNTUACIÓN TOTAL (Máx. = 35, Mín. = 0)	

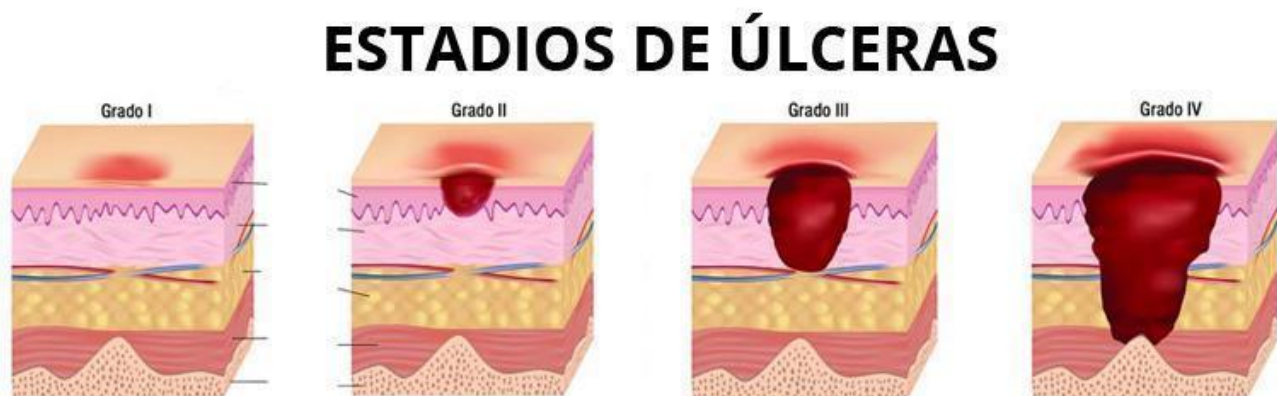
Anexo No. 6 Estadios de las úlceras por presión

ESTADIO I. Alteración que se observa en piel íntegra, relacionada con la presión, manifestado por eritema que no palidece al presionar. Puede presentar cambios en comparación con área del cuerpo no sometida a presión en cuanto a temperatura, consistencia y/o sensaciones.

ESTADIO II. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. Es una úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

ESTADIO III. Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo. Puede extenderse hacia abajo pero no a la fascia subyacente.

ESTADIO IV. Pérdida total del grosor de la piel, con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular...). En este caso como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos



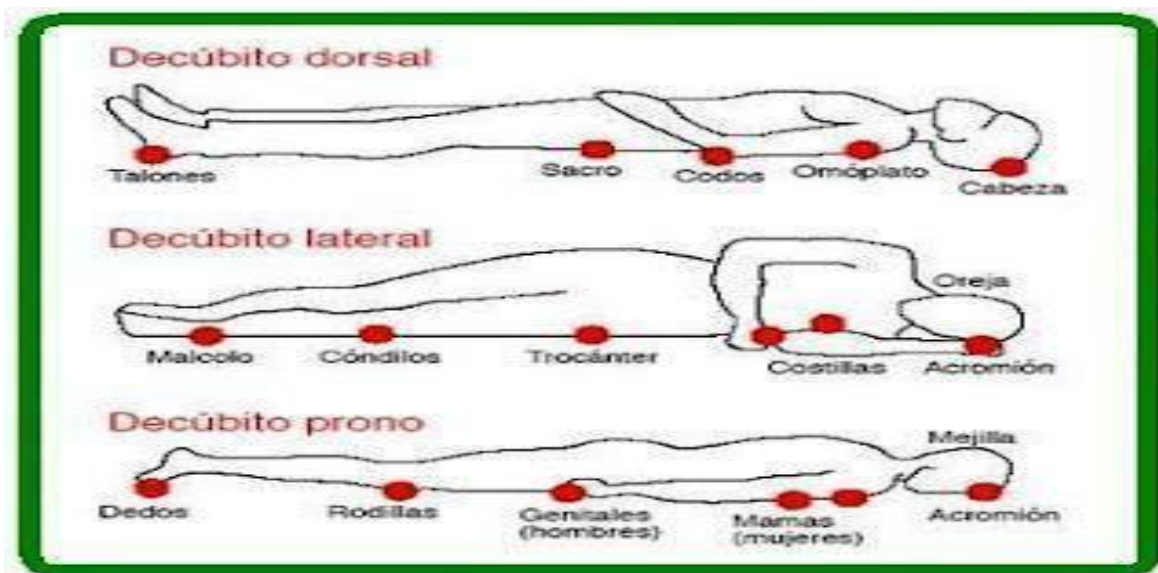
Anexo No. 7 Localizaciones más frecuentes de las UPP según la posición

- Decúbito supino: Occipital, sacro, omóplatos, cóccix, codos, talones.
- Decúbito lateral: Orejas, hombros-acromion, costillas, trocánter, cresta ilíaca, cara interna de las rodillas, maléolos.
- Decúbito prono: Mamas, espinas ilíacas, rodillas, dedos de los pies, genitales, nariz.
- Sedestación: Omóplatos, codos, isquion, sacro, cóccix, talones, metatarsianos.

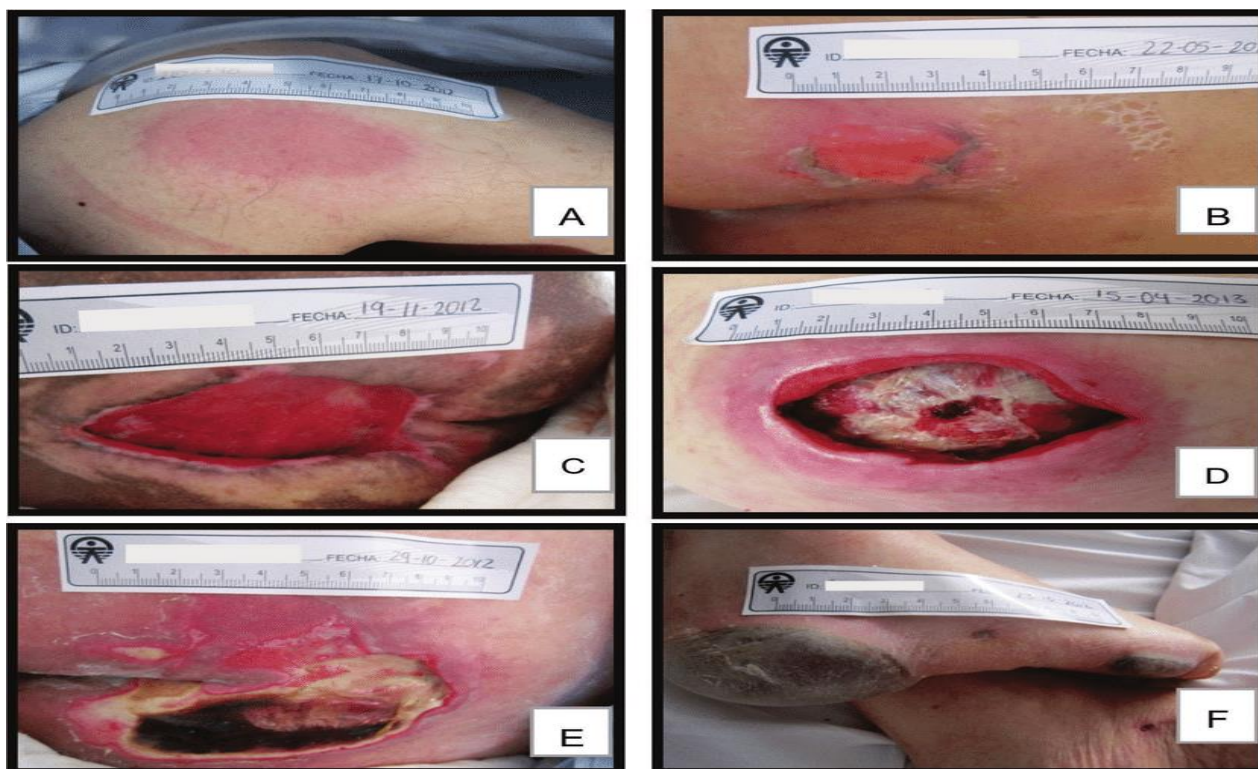
Anexo No. 8 Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN				
PUNTUACION	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	COMPLETAMENTE LIMITADA Al tener disminuido el nivel de consciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir la mayor parte del cuerpo.	MUY LIMITADA Reacciona solo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación, o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	LIGERAMENTE LIMITADA Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presente alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	SIN LIMITACIONES Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad.	CONSTANTEMENTE HÚMEDA La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	A MENUDO HÚMEDA La piel está a menudo, pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	OCASIONALMENTE HÚMEDA La piel esta ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	RARAMENTE HÚMEDA La piel esta generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina. Actividad.
NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA	ENCAMADO Paciente constantemente encamado/a	EN SILLA Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	DEAMBULA OCASIONALMENTE Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o silla de ruedas.	DEAMBULA FRECUENTEMENTE Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	COMPLETAMENTE INMÓVIL Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de posición del cuerpo o de alguna extremidad.	MUY LIMITADA Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo/a.	LIGERAMENTE LIMITADO Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a.	SIN LIMITACIONES Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	MUY POBRE Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	PROBABLEMENTE INADECUADA Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético o recibe menos que la cantidad optima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	ADECUADA Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día en proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida o tomara un suplemento dietético si se le ofrece o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	EXCELENTE Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa ninguna comida. Habitualmente come un total de 4 o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	PROBLEMA Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento éntrelas sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación, producen un roce casi diario.	PROBLEMA POTENCIAL Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistema de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	NO EXISTE PROBLEMA APARENTE Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	RIESGO ALTO <12 (evaluación diaria) RIESGO MEDIO 13-15 (evaluación 3 días) RIESGO BAJO >16 (evaluación 7 días)

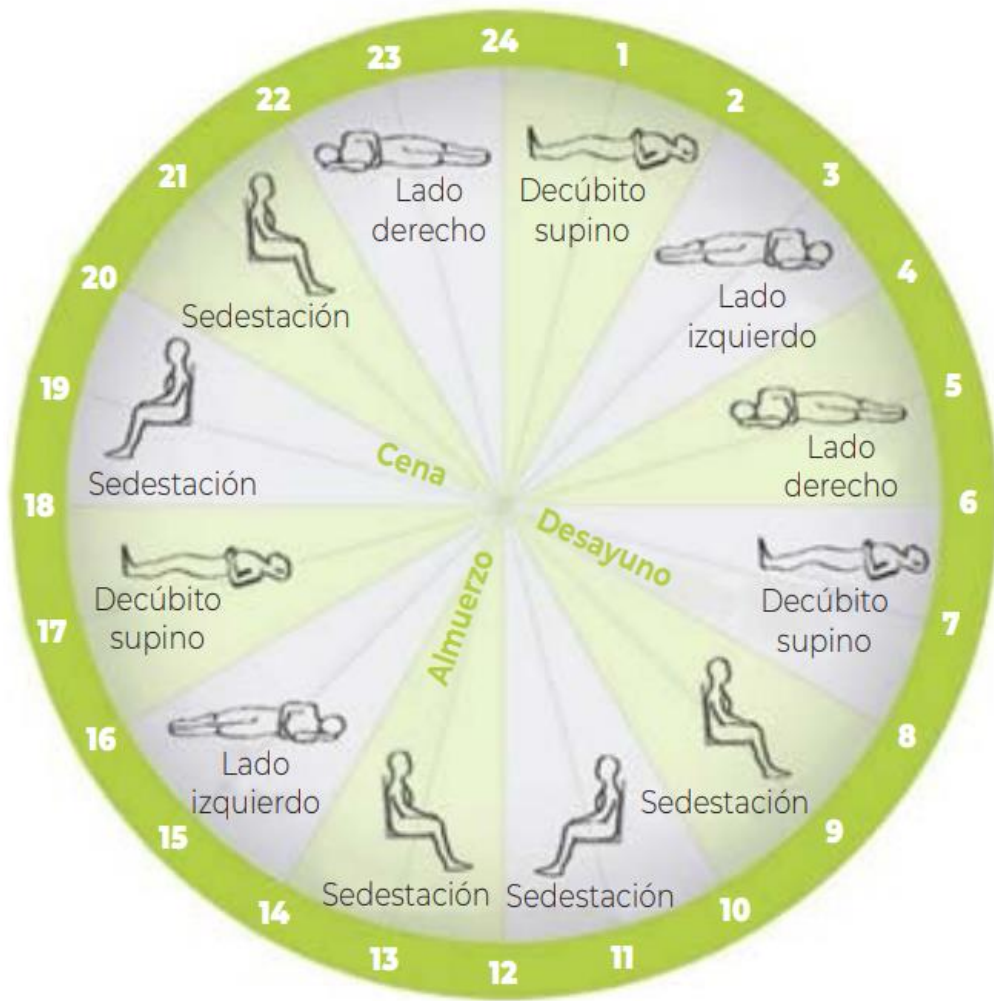
Anexo No. 9 Diferentes puntos de presión de riesgo par UPP según la posición










Anexo No. 10 Diferentes tipos de úlceras



Anexo No. 11 Posiciones que se deben realizar cada 2 horas en pacientes que presentan úlceras por presión



Anexo No. 12 Tipo de lesiones




















CARACTERÍSTICAS LECHO DE LA LESIÓN Federico Palomar Llatas. Cátedra Hartmann Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia Enferm Dermatol. 2018;12(33)			
Dolor: + (0-3), ++(4-6), +++ (7-10)	ASPECTO	CARACTERÍSTICAS	DESBRIDAMIENTO cortante
Granulación		Rojo vivo y brillante, aspecto granuloso, compacto, al tacto es blando y no doloroso. Matriz extracelular	No desbridar. Si existe hipergranulación crema de hidrocortisona
Biofilm fibrina naturalizada		Amarillo/blanquecino, aspecto gelatinoso, gomoso al tacto, no doloroso, rico en componentes del seroma (plaquetas, factores crecimiento). 1 – 2mm de espesor no adherido al lecho	Fácil retirar, una vez a la semana y no sangra.
Biofilm Bacteriano		Amarillo mate e incluso amarillo verdoso – gris (dependiendo de la flora colonizante), doloroso (+++) al tacto. 1-2 mm de espesor con fijación en el lecho. (Confirmación por microbiología)	Desbridamiento cortante, fácil sangrado
Film fibrina desnaturalizada (Fibrinoso)		Amarillo mate o gris pardo, duro al tacto, doloroso (+), 1mm de espesor, fijación al lecho (forma parte de el)	Desbridamiento por legrado, con existencia de sangrado, recomendable anestésico local
Esfacelo		Es de aspecto viscoso, de color amarillo / blanquecino/grisáceo, es una necrosis húmeda con gran cantidad de fibrina. Doloroso al estiramiento (+++)	Desbridamiento cortante, de fácil retirada nunca debe de estirarse o arrancar, sería doloroso
Necrosis (Placa)		Es de aspecto duro, compacto, de color negro / marrón oscuro, es una necrosis con gran cantidad de colágeno y fibrina. Doloroso a la presión (++)	Desbridamiento cortante, con precaución no dañar tejido sano o vasos importantes. Fácil sangrado
Tejido graso		Aspecto amarillo/ blanco y formando celdas de los lipocitos. Tejido mas profundo entre dermis y fascia u ósea. No doloroso	Puede licuar y excretar líquido aceitoso, no recomendable desbridar a no ser que su aspecto sea seco con tonalidad marrón

























Anexo No. 13 Tipos de Tejido

1.2.3. Tipos de tejido

Necrótico	Aspecto oscuro, negro o marrón que no se adhiere a los bodes de la herida
Esfacelo	Tejido amarillo o blanco que se adhiere a los bordes de la herida en bandas de aspecto fibroso
Granulación	Rojo o rosáceo con una apariencia granular y brillante
Úlcera contaminada	Es una úlcera con presencia de bacterias en su superficie. Se consideran que toda las úlceras crónicas están contaminadas.
Úlcera colonizada	Es cuando en la superficie de la úlcera existen gérmenes contaminantes que están multiplicándose sin producir infección
Úlcera infectada	Cuando existe invasión multiplicación de bacterias en los tejidos de la úlcera, ocasionando una lesión local y aparecen signos de inflamación: dolor, mal olor, exudado purulento

Anexo No. 14 Características relacionadas con el tipo de lesión

TABLA I		CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON EL TIPO DE LESIÓN		Traducido y adaptado con autorización de Defloor et al, 2005
	UPP	LESIÓN POR "HUMEDAD"	A TENER EN CUENTA	
Causas	 <p>La presión y/o cizalla debe estar presente.</p>	 <p>Debe haber humedad (ej. piel mojada y brillante causada por incontinencia urinaria o fecal).</p>	 <p>Si la humedad y la presión/cizalla están presentes a la vez, la lesión puede ser tanto una upp como una lesión por humedad (lesión mixta o combinada).</p>	
Localización	 <p>Una herida que no está sobre una prominencia ósea es improbable que sea una upp.</p>	 <p>Una lesión por humedad puede producirse sobre una prominencia ósea. Aunque tanto la presión como la cizalla deberían excluirse como causas.</p>	 <p>Es posible desarrollar un upp donde los tejidos blandos se pueden comprimir (ej. sonda nasogástrica, gafas nasales o catéter urinario).</p>	
		 <p>Una combinación de humedad y fricción puede causar lesiones por humedad en pliegues cutáneos.</p>	<p>Las heridas en los pliegues cutáneos de pacientes muy obesos pueden estar causadas por una combinación de fricción, humedad y presión.</p>	
		 <p>Una lesión limitada sólo al surco anal y tiene una forma lineal es probable que sea una lesión por humedad.</p>	 <p>Los huesos pueden ser mucho más prominentes donde hay una pérdida significativa de tejido (pérdida de peso).</p>	
		 <p>El enrojecimiento perianal/irritación de la piel es muy probable que sea una lesión por humedad resultante de las heces.</p>		
Forma	 <p>Si la lesión está limitada a un solo lugar, es probable que sea una upp. Las heridas circulares o con una forma regular son muy probablemente upp; aunque la posibilidad de daño por fricción se debe haber excluido.</p>	 <p>Lesiones superficiales, difusas y en más de un lugar es más probable que sean lesiones por humedad.</p>	 <p>Formas irregulares de las lesiones, a menudo, están presentes en lesiones combinadas (upp y lesión por humedad).</p>	
		 <p>En una lesión "por beso" o "espejo" (copia de lesión), al menos una de las lesiones es muy probable que se haya causado por humedad (orina, heces, transpiración o exudado de herida).</p>	 <p>La fricción en los talones puede causar una lesión circular que abarca la pérdida total de la piel. La distinción entre una lesión por fricción y una upp debería basarse en la historia clínica y la observación.</p>	
		 <p>Una lesión limitada sólo al surco anal y tiene una forma lineal es probable que sea una lesión por humedad.</p>		
Necrosis	 <p>Una escara negra necrótica sobre una prominencia ósea es una upp de estadio III ó IV. Si bajo la escara la masa muscular es escasa, la lesión es una upp de estadio IV. También se puede considerar necrosis cuando, en los talones, está presente y visible una mancha negra azul (la lesión probablemente se tornará en una escara).</p>	 <p>No hay necrosis en las lesiones por humedad.</p>	 <p>La necrosis comienza sin un borde claro pero acaba definiendo los bordes. La necrosis asciende hacia arriba y cambia de color (ej. azul, marrón, amarillo, o gris) pero nunca es superficial. Se debe distinguir entre una escara negra necrótica y una flictena con sangre seca.</p>	

	UPP	LESIÓN POR "HUMEDAD"	A TENER EN CUENTA
Profundidad	 <p>La pérdida parcial de la piel está presente sólo cuando se ha lesionado la primera capa de la piel (estadio II).</p>  <p>En la pérdida total de la piel, todas las capas de la piel están dañadas (estadio III ó IV).</p>  <p>Si hay una pérdida total de la piel y la capa muscular está intacta, la lesión es de estadio III.</p>  <p>Si la capa muscular está lesionada, entonces la lesión debería diagnosticarse como de estadio IV.</p>	 <p>Las lesiones por "humedad" son superficiales (pérdida parcial de la piel).</p>  <p>En los casos donde la lesión por humedad está infectada, la profundidad y la extensión de la herida puede aumentar de manera importante.</p> 	 <p>Una abrasión es causada por fricción.</p>  <p>Si se ejerce fricción en una lesión por humedad, ésta dará lugar a la pérdida superficial la piel en la cual se rasgan y hacen punta los fragmentos la piel.</p>
Bordes	 <p>Si los bordes son claramente distinguibles, la lesión será una UPP.</p> <p>Las heridas con los bordes levantados y engrosados son lesiones antiguas.</p>	 <p>Las lesiones por humedad suelen tener bordes irregulares o difusos.</p>	 <p>Los bordes dentados en las lesiones por humedad se considera que se han expuesto a la fricción.</p>
Color	 <p>Piel roja: Si el enrojecimiento es no blanqueable, lo más probable es que sea una upp de estadio I.</p>  <p>Para la gente con la piel oscura, el enrojecimiento persistente puede manifestarse como azul o púrpura.</p>  <p>Rojo en el lecho de la herida: Si hay tejido rojo en el lecho la herida puede ser una upp de estadio II, III ó IV con tejido de granulación.</p>  <p>Amarillo en el lecho de la herida: Si hay necrosis blanda, amarilla y no superficial, puede ser una upp de estadio III ó IV.</p>  <p>El esfacelo es una capa superficial, fina y de aspecto cremoso; estaría en una upp de estadio III ó IV.</p>  <p>Negro en el lecho de la herida: El tejido necrótico negro en el lecho indica una upp de estadio III ó IV.</p>	 <p>Piel roja: Si el enrojecimiento no está distribuido uniformemente, probablemente sea una lesión por humedad (excluyendo la presión y la cizalla como causas).</p>  <p>Piel rosa o blanca alrededor: Maceración como resultado de la humedad.</p>	 <p>Piel roja: Si la piel (o la lesión) es roja y seca o roja con un brillo blanco, podría ser una infección fúngica o un impétigo.</p> <p>A menudo se observa en el surco anal.</p>  <p>Verde en el lecho de la herida: infección.</p>  <p>Tener en cuenta que los preparados a base de óxido de zinc blanquean la piel.</p>  <p>Aunque la eosina no está recomendada, se sigue usando en algunos lugares. Ésta puede tornar la piel de color rojo/marrón y obstaculizar la observación de la piel.</p>

Anexo No. 15 Escalas para UPP

ESCALAS PUBLICADAS ORDENADAS ALFABÉTICAMENTE	AÑO
4 Factores	2000
Andersen	1982
Arnell	1983
Batson	1993
Braden	1987
Braden Q	1996
CBO	1992
Cockett	1998
Compton	2008
Cubbin-Jackson	1991
Douglas	1986
Decubitus Ulcer Potencial Analyzer (DUPA)	1995
Ek / Modified Norton Scale (MNS)	1987
EMINA	1998
EVARUCI	2001
FRAGMMENT	2002
Glamorgan	2007
Gosnell I	1973
Gosnell II	1987
Hospital Costa del Sol (Brea-Almazán)	1995
Hospital Infantil de Derbyshire	1997
Hospital Infantil de Oakland	1996
HPUR (Henoch)	2003
Hunters Hill	2000
Jackson-Cubbin	1999
Knoll	1977
MDS	2000
Medley	1987
Norton	1962
Norton modificada Hospital clinico San Carlos	1995
Norton modificada INSALUD	1997
Nova 4	1994
NSRAS	1997
Pajariño	1993
Pattold	1998
Pressure Sore Prediction Score (PSPS)	1983
Pressure Ulcer Predictor Scale (PUPS)	1994
Risk Assessment Pressure Sore (RAPS)	2002
Rubio-Soldevilla	1985
Salzberg	1996
Shannon	1984
SS	2006
Sunderland	1995
Valoracion riesgo pediátrico (Waterlow modificada)	1993
Walsall	1996
Waterlow	1985
Watkinson	1997

AÑO	ESCALAS ORDENADAS POR AÑO DE PUBLICACIÓN
1962	Norton
1973	Gosnell I
1977	Knoll
1982	Andersen
1983	Arnell
1983	Pressure Sore Prediction Score (PSPS)
1984	Shannon
1985	Rubio-Soldevilla
1985	Waterlow
1986	Douglas
1987	Braden
1987	Ek / Modified Norton Scale (MNS)
1987	Gosnell II
1987	Medley
1991	Cubbin-Jackson
1992	CBO
1993	Batson
1993	Pajariño
1993	Valoracion riesgo pediátrico (Waterlow modificada)
1994	Nova 4
1994	Pressure Ulcer Predictor Scale (PUPS)
1995	Decubitus Ulcer Potencial Analyzer (DUPA)
1995	Hospital Costa del Sol (Brea-Almazán)
1995	Norton modificada Hospital clinico San Carlos
1995	Sunderland
1996	Braden Q
1996	Hospital Infantil de Oakland
1996	Salzberg
1996	Walsall
1997	Hospital Infantil de Derbyshire
1997	Norton modificada INSALUD
1997	NSRAS
1997	Watkinson
1998	Cockett
1998	EMINA
1998	Pattold
1999	Jackson-Cubbin
2000	4 Factores
2000	Hunters Hill
2000	MDS
2001	EVARUCI
2002	FRAGMMENT
2002	Risk Assessment Pressure Sore (RAPS)
2003	HPUR (Henoch)
2006	SS
2007	Glamorgan
2008	Compton

Anexo No.16 Tipos de desbridamiento y control de la infección e inflamación

MANUAL CLÍNICO PARA LA ESTANDARIZACIÓN DEL CUIDADO
Y TRATAMIENTO A PACIENTES CON HERIDAS AGUDAS Y CRÓNICAS

Control del tejido no viable⁴²

Cuadro 16. Tipos de desbridamiento

TIPO	MECANISMOS	PRECAUCIONES	COMENTARIOS
QUIRÚRGICO	Retirada del tejido desvitalizado con tijeras curvas, cureta o escarpelo (#1,15)	Asegurarse de que existan las condiciones adecuadas para inicial la curación ABI>0.5 Presión en el dedo del pie>50mm Hg Saturación transcutánea de oxígeno>30 mm/Hg	Es el método más eficaz para retirar los restos y tejido necrótico que podrían ser el medio ideal para la infección. Anestésico local - tópico
AUTOLÍTICO	Uso de apósitos húmedo interactivos (hidrogeles) que rehidratan la escara y contribuyen a la eliminación del esfacelo	Los restos sueltos deben eliminarse en los cambios de apósito para evitar infecciones. La frecuencia de cambio de apósito, al principio del tratamiento, es de entre 24-48 horas.	Los apósitos oclusivos reducen el dolor.
ENZIMÁTICO	La colagenasa† tiene la propiedad de descomponer el colágeno no viable sin alterar la formación del nuevo tejido de granulación	Los detergentes, hipoclorito, hexaclorofeno y metales pesados como son la plata y el mercurio pueden desactivar la acción de las colagenasas.	El desbridamiento enzimático puede favorecerse realizando incisiones en la escara sin causar sangrado.

TIPO	MECANISMOS	PRECAUCIONES	COMENTARIOS
BIOLÓGICO	La utilización de larvas (magots) es la forma normal en que la naturaleza elimina el tejido necrótico. El efecto de los magots se base en la ingestión del tejido necrótico por larvas que matan las bacterias bien sea por las larvas en sí o su secreción.	Aceptación por parte del Paciente y tener el profesional la destreza para aplicarlas y la facilidad de obtención de las larvas.	En principio, todo tipo de heridas puede desbridarse de esta forma, si bien se utilizan de forma más asidua en úlceras de pie diabético
MECÁNICO	Irrigación suave de la superficie de la herida - presión inferior a 3 Kg por centímetro cuadrado.	Una presión excesiva ocasionaría una lesión tisular. Utilizar un catéter de calibre 18-20 con una jeringuilla de 30-60 cc.	Como métodos alternativos de desbridamiento existe el hidromasaje o la alternancia de gasas en solución salida de mojado a seco.

Control de la inflamación y la infección⁴³

PREPARACIÓN	USO CORRIENTE	BENEFICIOS	DESVENTAJAS
SALES DE PLATA			
Nitrato de plata	Solución del 0.5% en heridas por quemaduras	Fácil de utilizar Citotóxico para el huésped	La coloración cutánea puede llevar a un desequilibrio electrolítico
Sulfadiazina argéntica	1% en forma de crema para tratamiento de heridas crónicas	Baja citotoxicidad (<i>in vivo</i>)	Citotóxica (<i>in vitro</i>)

PREPARACIÓN	USO CORRIENTE	BENEFICIOS	DESVENTAJAS
Apósito de plata-sodio carboximetilcelulosa	Apósito que contiene 1.2% de plata iónica liberada por intercambio iónico	Proporciona el bloqueo del exceso de fluido para evitar macerar la piel perilesional	Baja concentración de plata liberada. El bloqueo del fluido puede englobar bacterias.
PLATA POR ABSORCIÓN			
Carbón-plata	Plata absorbida en carbón para controlar el olor.	La plata elimina los organismos que son absorbidos por el carbón	No hay liberación de plata en la herida
Alginato de calcio con plata iónica	Plata iónica o nanocristalina absorbida en carbón para controlar el olor y los fluidos.	La plata elimina los organismos que son absorbidos por el alginato de calcio. Controla el alto nivel de exudado.	No hay liberación de plata en la herida
Hidrofibra con plata iónica	Plata absorbida por hidrofibra para controlar el olor y los fluidos.	La plata elimina los organismos absorbidos por la hidrofibra. Controla el exudado.	No hay liberación de plata en la herida
Plata Nanocristalina			
Recubrimiento de plata en apósito absorbente	Quemaduras Heridas crónicas	Equivalente al nitrato de plata en quemaduras con menor frecuencia de cambios de apósito	Liberación de elevadas concentraciones de plata ionizada

PREPARACIÓN	USO CORRIENTE	BENEFICIOS	DESVENTAJAS
Recubrimiento de plata con 7 capas en apósito absorbente	Úlceras de pierna y otras heridas crónicas, hasta 7 días de uso	Liberación mantenida de concentraciones de plata bactericidas durante 7 días	Útil en la compresión semanal durante la terapia de úlceras venosas
Recubrimiento de plata en alginato de calcio.	Úlceras de pierna, úlceras por presión y otras heridas crónicas altamente exudativas, hasta 7 días de uso	Liberación mantenida de concentraciones de plata bactericidas hasta 7 días y absorción de altos niveles de exudado	Útil en la absorción de alto nivel de exudado con liberación de plata en la herida.

Anexo No. 17 Tipos de Apósitos

Apósitos Alternativos y Agentes Tópicos⁴⁴

Cuadro 17. Tipos de agentes antimicrobianos para el control de la inflamación e infección

AGENTE	VEHÍCULO	S. AUREUS	STREPTOCOCCUS	PSEUDOMONAS	COMENTARIOS
Cadexómero Yodado ⁴	Crema o pomada de color amarillo-marrón	x	x	x	Libera lentamente yodo, antimicrobiano de amplio espectro, incluyendo virus y hongos
Ácido Fusídico ¹ crema/pomada ²	Crema de glicerina o pomada de lanolina	x	x		La base con pomada de lanolina puede actuar como sensibilizante
Sulfato de Gentamicina ¹ crema/pomada	Base alcohólica en la crema o pomada de vaselina	x	x	x	Amplio espectro ante los gram negativos

AGENTE	VEHÍCULO	S. AUREUS	STREPTOCOCCUS	PSEUDOMONAS	COMENTARIOS
Gel / crema de Metronidazol ³	Cera - crema de glicerina y carbogel 940/ gel de propilen glicol				Buena cobertura anaeróbica y desodorante de la herida
Mupirocin 2% pomada/ crema ³	Pomada de propilen glicol	×	×		Bueno ante los SARM Excelente penetración tópica
Sulfato de polimixin B - Bacitracin zinc ³	Pomada o crema de vaselina blanca	×	×	×	Amplio espectro Bajo costo (La pomada contiene un incremento de Bacitracin en los Estados Unidos de Norteamérica)
Sulfato de polimixin B - Bacitracin zinc - neomicina ²	Pomada de caselina blanca	×	×	×	La neomicina es un sensibilizante potente y puede crear reacciones cruzadas en el 40 % de los casos ante los aminoglicósidos
Sulfadiazina argéntica ³	Crema soluble en agua	×	×	×	Para la profilaxis y tratamiento de la infección en heridas por quemadura. En algunos países puede utilizarse también como ayuda en el tratamiento, a corto plazo, de la infección de úlceras de pierna y úlceras por presión.

Control de la humedad⁴⁵

Tratamiento interactivo de la humedad en el cuidado de heridas

Cuadro 18. Tipos de apósitos para el control de la humedad

TIPO DE APÓSITO	COMENTARIO
<p>1. Apósitos Absorbentes Absorbencia - máxima (4) Tiempo de uso - hasta 4 días</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Son apósitos buenos para heridas con elevada exudación en fase de granulación • Pueden macerar la piel perilesional pudiéndose utilizar vaselina o pomadas a base de óxido de zinc como barrera. La espuma puede recortarse a las dimensiones interiores de la úlcera y engrosados como apósitos secundarios
<p>2. Alginato Cálcico Absorbencia - (3) Tiempo de uso - 12-48 horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se convierte en gel al entrar en contacto con el exudado • Si la fibra no gelifica, la herida no está produciendo suficiente fluido.
<p>3. Ambiente de Hidrogeles Absorbencia - (2) Cambios desde diarios hasta 72 horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bueno para el desbridamiento autolítico • Herida en fase de granulación
<p>4. Hidrocoloides Absorbencia - (1 - 2) Cambios para desbridar de 24 - 48 horas, o bien cada 3-7 días o si existen fugas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras secas en el momento del desbridamiento, fase de granulación o re-epitelización • Alergias ocasionales a los adhesivos
<p>5. Membranas/Cubrimientos Absorbencia - Ninguna Tiempo de uso - variable hasta 6 días</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Re-epitelización / Protección

Clave: Niveles de absorción 1=Bajo, 4=Alto

Sistemas de compresión para el tratamiento de úlceras de pierna⁴⁶

Cuadro 19. Sistemas de compresión venosa

TIPO DE APÓSITO	COMENTARIO
Vendajes con óxido de Zinc	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento tópico / compresivo de las úlceras de etiología venosa y/o mixta, se puede aplicar en combinación con un sistema de compresión de corta elasticidad que ejerza una presión reducida, intermitente y gradual. • La utilización de estos vendajes suavizan y protegen la piel, indicado para eczemas varicosos y dermatitis crónica.
Vendaje de compresión	<ul style="list-style-type: none"> • Vendajes de compresión con poca elasticidad. Proporcionan alta compresión durante la actividad y baja compresión en reposo.
Vendaje de Compresión multicapa	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionan compresión gradual y sostenida por 7 días para úlceras vasculares de etiología venosa. • La aplicación de la compresión externa inicia diversos efectos fisiológicos y bioquímicos complejos que afectan a los sistemas venoso, arterial y linfático. Siempre que el nivel de compresión no afecte adversamente al flujo arterial y se apliquen las técnicas y materiales correctos, los efectos de la compresión pueden ser drásticos, reduciendo el edema y el dolor a la vez que favorecen la curación de úlceras causadas por insuficiencia venosa.

Anexo No. 18 Posiciones anatómicas y sus usos

POSICIONES ANATÓMICAS Y SUS USOS

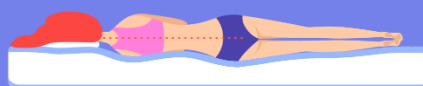
Los cambios de posición son actividades y ejercicios que deben realizarse diariamente con el fin de movilizar la anatomía de una persona que no puede hacerlo por sus propios medios. De este modo, no solo es posible garantizar su comodidad, sino que también tiene múltiples beneficios físicos, emocionales y biológicos.

DECÚBITO DORSAL O SUPINO



Punto de partida para los cambios posturales, se utiliza para examen de miembros superiores e inferiores.

DECÚBITO LATERAL



Para masajes, colocación de supositorios, colocar inyecciones intramusculares y para prevenir escaras.

DECÚBITO PRONO O VENTRAL



Para pacientes post operatorios o inconscientes. En cambios posturales del adulto mayor y para prevenir náuseas post cirugía.

POSICIÓN DE TRENDELENBURG



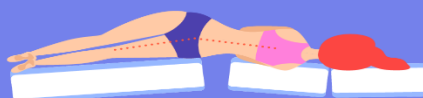
Mejora la circulación. Ayuda a drenar secreciones bronquiales. Evita hemorragias internas. Se aplica tras cirugía de órganos pélvicos.

POSICIÓN SEMI FOWLER Y FOWLER



Utilizada para examen en otorrino-laringología. También en pacientes con problemas respiratorios graves y tras recaídas cardiovasculares.

NEFRECTOMÍA



Solo de uso quirúrgico. Es de las posiciones anatómicas más delicadas y que requieren cuidado especial.

POSICIÓN ROSER O PROETZ



Aplicada en exploraciones y cirugías en la zona del cuello. También para entubación y para la higiene del cabello.

POSICIÓN INGLESA



Durante la colocación de sondas renales o para drenaje, administración de edemas o post operatorios.

TheraMart