

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR
PRESIÓN EN PACIENTES POSOPERADOS DE ARTROPLASTÍA DE CADERA
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA FUERZA AÉREA
DEL PERÚ, LIMA--2020**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRURGICOS**

GLORIA FLORENCIA ESTEBAN ROJAS

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI PRESIDENTE
- DRA. NOEMI ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- DRA. MERCEDES LULILEA FERRE MEJIA VOCAL

ASESORA: DRA. TOMASA VERONICA CAJAS BRAVO

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 99-2019

Fecha de Aprobación de la tesis: 15 de abril del 2019

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

INTRODUCCION.....	.3
1. Descripción de la situación problemática.....	5
2. Marco Teórico.....	6
2.1. Antecedentes del estudio.....	6
2.2. Bases Teóricas.....	14
2.3. Marco Conceptual	17
3. Desarrollo de actividades para plan de mejoramiento en relación con la situación problemática Plan de cuidados de enfermería.....	32
3.1. Valoración.....	32
3.2. Diagnóstico de enfermería.....	38
3.3. Planificación.....	40
3.4. Ejecución.....	50
3.5. Evaluación.....	50
4. Conclusiones.....	51
5. Recomendaciones.....	52
6. Referencia Bibliográficas	52
7. Anexos	54.

INTRODUCCION

El presente trabajo académico titulado “Cuidados de enfermería en la prevención de úlceras por presión (UPP) en pacientes operados de artroplastia de cadera en el servicio de cirugía del Hospital Central FAP Lima – Perú, 2020”. Durante los 9 años de la labor profesional en diferentes IPRES y actualmente ejerciendo la labor asistencial, administrativa, investigación y docencia en el Hospital Central FAP dentro de los diferentes servicios de esta institución, brindando atención integral a través de los cuidados de enfermería ; básicamente realizando actividades dirigidas a pacientes dentro de su periodo de pre quirúrgico y post quirúrgico desarrollando todo tipo de actividad que va ayudar a que se mantenga y recupere cada necesidad del paciente desde su ingreso, permanencia hasta el alta hospitalaria considerando actividades y funciones que ayudan a satisfacer necesidades básicas para su pronta recuperación deteriorados por un proceso patológico y reducir los daños provocados por la enfermedad.

Las úlceras por presión (U.P.P) constituyen uno de los problemas de salud más importantes, el cual no solo va afectar al paciente y su entorno familiar, sino que va a generar un gran impacto en cada sistema sanitario debido a la incidencia y prevalencia en todo el mundo. Es por ello la importancia de desarrollar este tema pues Florence Nightingale, la cual es considerada como una de las fundadoras de la enfermería actual de Charlot, en el año mil ochocientos cincuenta y nueve realizó la publicación de unas “notas sobre enfermería”, referenciando claramente la responsabilidad del personal de enfermería para prevenir las U.P.P. “Si un paciente tiene frío o fiebre, o está marcado, o tiene una escara, la culpa, generalmente, no es de la enfermedad, sino de la enfermería.”

Las fracturas de cadera en personas con una edad avanzada son una de las lesiones más graves, frecuentes y que va suponer una elevada morbi-mortalidad. Muy aparte, toda consecuencia de esta va ser devastadora, va dar lugar a un cambio permanente en los estilos de vida, independencia y movilidad de la persona afectada. Se debe de considerar que todo paciente sometido a un procedimiento quirúrgico va presentar un riesgo más elevado para el desarrollo de U.P.Ps, los factores que tenemos en cuenta en personas sometidas a un procedimiento quirúrgico son: la malnutrición, la confusión aguda, el tiempo de demora de la cirugía y la edad.

El interés de este trabajo viene dado porque todo paciente sometido a algún procedimiento quirúrgico va presentar un riesgo más elevado de que termine desarrollando “ulceras por presión” (U.P.P) en el centro hospitalario de la fuerza aérea del Perú (F.A.P), en el año dos mil diecinueve fueron atendidos quinientos noventa y nueve personas con diferentes diagnósticos, de ellos 54 con fractura de cadera post operados de artroplastia correspondiendo 43 a las mujeres y 11 a los hombres cuya edad va estar comprendida entre 48 y 102 años de edad, entre los meses de enero y febrero del presente año 65 pacientes atendidos 10 con fractura de cadera, una incidencia de 2% de personas que sufrieron de U.P.P en el tiempo que estuvieron hospitalizados.

El hospital central de la FAP ubicado en la Av. Andrés Aramburu cdra. 2 – Miraflores, cuyo objetivo es “Brindar atención integral de Salud y de alta complejidad” al personal militar de la F.A.P, con el fin de lograr la optimización de la capacidad operativa y de calidad de vida ampliando sus acciones a la familia y todo el entorno social; dentro de esta institución se han identificado personas con un proceso traumatológico, se observó que las U.P.P son altamente incidentes en todo paciente que presenten fracturas de cadera, llevo desarrollando la labor de enfermera asistencial mis funciones son brindar atención directa, integral, individualizada y especializada al paciente post operados según el grado de dependencia aplicando los procesos de atención de enfermería. Planifico y ejecuto los cuidados de enfermería con el proceso de atención (ingreso, hospitalización, alta). Realizo acciones de enfermería a través de los formatos y listas de cheque vigente (Aplicación de la escala de Norton, balance hídrico, notas de enfermería, Kardex)

Este trabajo académico tiene como objetivo principal. Establecer la relación que hay entre los Cuidados de enfermería para prevenir las U.P.P, y como uno de los objetivos específicos llevar a cabo la identificación de cada factor de riesgo relacionados con el proceso quirúrgico.

1. Descripción de la situación problemática

La O.M.S calculó que en el año dos mil cincuenta aproximadamente seis millones de fracturas de cadera van a ocurrir en el planeta anualmente, trayendo como una de las consecuencias una demanda hospitalaria más alta (Palomino L. 2016) Las fracturas de cadera son una de las causas más comunes de hospitalización en el area de emergencias en ortopedia, su incidencia va creciendo de forma exponencial mientras pasan los años de edad. El sexo femenino se va ver afectado el doble o triple que el sexo masculino, pero el índice de mortalidad en los primeros doce meses de la etapa post operatoria es más elevada en los hombres, hasta en un veintiséis por ciento.

Todo paciente que padezcan estas lesiones son mayormente adultos mayores de más de ochenta y cinco años de edad. Algunos de los factores de riesgo son las edades avanzadas, el sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y consumo de cafeína, así como cada medicamento que tenga algún efecto secundario los cuales probablemente van a causar alguna caída, etc. Aunque el par de factores que más van a contribuir en la elevada incidencia de toda fractura de cadera en adultos mayores son la osteoporosis y las caídas a pie plano, las caídas es uno de los factores causales más importantes en las fracturas de cadera. El riesgo de sufrir caídas se incrementa según van avanzando los años de edad, en este van a influir una gran cantidad de factores entre los cuales va destacar todo cambio neuromuscular asociado con las edades avanzadas, el deterioro general, el consumo de medicamentos ansiolíticos que van a reducir el estado de alerta de las personas, toda enfermedad neurológica que afecte el sistema locomotor (enfermedad de Parkinson, alguna enfermedad cerebro vascular, la pérdidas de la agudeza de la vista, catarata, presbicia, degeneración de la macula vinculada a los años de edad) o algún estado de demencia.

En nuestro país, como en alguna otra parte del planeta, la fractura de cadera va constituir uno de los problemas más importantes en nuestra sociedad dado la tendencia de la pirámide poblacional, en donde el envejecimiento avala en proceso asistencial de nuestro Hospital.

En todos los casos de fractura de cadera el paciente queda permanentemente inmóvil ocasionando la reducción de la capacidad del desempeño de toda actividad cotidiana por toda función motora deteriorada. Este es uno de los diagnósticos de enfermería con el que nos encontramos en nuestra actividad laboral diaria, dicha actividad se

desarrolla en los servicios de hospitalización de traumatología del Hospital Central FAP.

Las úlceras por presión son lesiones isquémicas, localizadas en la dermis y cada tejido subyacente con pérdida de sustancias cutáneas producidas por lesiones prolongadas o fricción entre un par de planos duros.

La cantidad de factores para que se desarrolle alguna úlcera por decúbito son demasiados y dentro de ellos van a estar incluidos diversos factores intrínsecos que van a interferir en la provisión sanguínea, los cuales van a impedir la irrigación de los tejidos en la zona de presión, provocando isquemia que posiblemente evolucione a una necrosis de los tejidos, todas las personas confinadas en cama por un periodo de tiempo prolongado, con disfunción a nivel motor y sensitivo, presencia de edemas, atrofia muscular, son propensos a desarrollar UPP.

Por esa razón, las U.P.P en pacientes hospitalizados, es una de las complicaciones más frecuentes de inmovilidad ocasionada por la fractura que va impactar negativamente en la salud de los individuos y, normalmente, va producir el incremento de días de hospitalización y costos a nivel sanitario. No obstante, es preocupante ya que se puede evitar, como lo ha mencionado una investigación realizada en el hospital de navarra, en el cual “El 95% de las UPP en las instituciones hospitalarias son evitables y un porcentaje importante (60%) de estas serían prevenibles través de la valoración y riesgo de UPP en las instituciones hospitalarias donde con mayor frecuencia se presentan esta afección”

La complejidad del tratamiento y rehabilitación de una fractura de cadera va convertirla en un marcador de integridad y eficacia por parte de los profesionales de enfermería. Se hace énfasis que los trabajos de enfermería es en primera intención preventiva, pero en el area de hospitalización no se valora el nivel de riesgo de UPP en los adultos mayores al momento que ingresan a las unidades. La escala de Norton aplicada nos va permitir realizar la identificación del nivel de riesgo de UPP en el paciente, según las estadísticas va ser el dos por ciento el porcentaje de manifestación de estas U.P.P en las personas hospitalizadas.

Trabajar con protocolos de cuidados de enfermería significaría unificar distintos criterios en el nivel asistencial, por otra parte, garantizaríamos la continuidad de estos cuidados y tener un respaldo de estas actividades por medio de normativas basadas en evidencia científica.

Exponer argumentos que deben responder en que consistirá la situación que quiere mejorar, señalar todo hecho, posible, causa, consecuencia y como intervinieron en esta situación.

2. Marco teórico

2.1.- Antecedentes del estudio

A Nivel Internacional

DIAZ MARTINEZ, JUANA, 2019, Barcelona Título “**Úlceras por presión en el postoperatorio de intervenciones quirúrgicas de cadera o de rodilla**”. Esta revista tuvo el objetivo la obtención de información epidemiológica respecto a la frecuencia de úlceras por presión (U.P.P) en personas que han sido sometidas a una intervención quirúrgica para reemplazar la cadera o la rodilla, El estudio fue prospectivo longitudinal. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico con una muestra de ochenta y nueve pacientes. Resultado: Se incluyeron noventa y un personas en esta investigación, de las cuales el setenta y siete por ciento eran de sexo femenino. Las edades promedio de las personas afectadas fue de poco más de setenta y dos años (más / menos ocho años y medio). Casi el cien por ciento de personas presentaban riesgo de U.P.P, según la escala E.M.I.N.A (riesgo medio: diecinueve y medio por ciento, elevado: setenta y siete por ciento). Un total de dieciocho pacientes (veinte por ciento) desarrollaron U.P.P durante su periodo de hospitalización tras ser intervenidos. Catorce U.P.P (sesenta y siete por ciento) fueron detectadas en grado uno, seis en grado dos (veintiocho y medio por ciento) y una úlcera (cuatro y medio por ciento) fue detectada como no estudiable (escaras necróticas). El promedio de tiempo hasta la manifestación de las U.P.P fue de poco más de tres días y medio (I.C: noventa y cinco por ciento: 2,73 por ciento - 4,71 por ciento). Los protocolos de prevención se aplicaron irregularmente: colchones viscoelásticos (cien por ciento), cambio postural (cero por ciento), ácidos grasos hiperoxigenados (sesenta y nueve por ciento), protección de talón (cuarenta y tres por ciento). Por medio de análisis uni-variante no hubo asociación alguna entre las U.P.P presentes y algún factor mencionado a continuación: género, unidad del hospital, clase de anestesia, riesgos anestésicos A.S.A, riesgos de U.P.P, años de edad, tiempo intra operatorio, tiempo isquémico de las extremidades e intensidad de dolores post operatorios. La clase de intervención quirúrgica estuvo en el límite de la significancia estadística ($p= 0,059$), con una incidencia mayor entre cada paciente intervenido quirúrgicamente en la cadera. En general se concluyó que todo paciente sometido a una intervención quirúrgica en la cadera o alguna de las rodillas (artroplastia o reparación de fractura) van a presentar

uno de los riesgos más altos, que va traducirse en una incidencia elevada de U.P.P en la etapa del post operatorio. No se encontró asociación alguna entre el desarrollo de U.P.P y diversos factores que se relacionaron con este procedimiento quirúrgico. Es probable que toda intervención de reparaciones quirúrgicas de fractura de cadera esté asociadas con una alta incidencia de U.P.P. Las primeras noventa y seis horas posteriores a la operación van a ser críticas ya que en estas personas va a aparecer hasta en el cincuenta por ciento de las U.P.P. El empleo de cada medida preventiva se realizó de forma irregular, razón por la cual va ser imprescindible optimizar su adaptación a este tipo de paciente e ir mejorando el grado de aplicación de los protocolos.

SAENZ JALÓN, MARIA, 2016, España, Título “Prevalencia de úlceras por presión en pacientes sometidos artrodesis de columna” Tipo de investigación: diseño descriptivo, transversal retrospectivo. **Resultados:** Fueron valoradas doscientos sesenta y nueve personas, cincuenta y dos por ciento son mujeres, con un promedio de edad de cincuenta y ocho años y medio. La posición más frecuente fue decúbito supino seguida de la de decúbito prono (treinta y cuatro por ciento en ambas). Las U.P.P fueron prevalentes en un catorce por ciento, con un cincuenta y uno y medio por ciento de grado dos, y una de las localizaciones más frecuentes fue la torácica y frontal. Frecuentemente aparecía a partir de las cuatro horas de haber sido intervenido, pero no se halló ninguna relación de gran significancia entre la manifestación de alguna úlcera por presión y/o alguna otra variable.

Conclusión: Es importante investigar sobre las intervenciones para la prevención de U.P.P a nivel quirúrgico, debido a que son escasas las fuentes bibliográficas sobre esto. Por otra parte, la elevada incidencia hallada va hacer que nos planteemos a nosotros mismos sobre la necesidad de incrementar cada medida preventiva por parte del área de enfermería.

VIRGINIA GONZALES, RENATA, 2015, Colombia, Titulo “Prevención de lesiones de piel: educación en el equipo de salud y familiares de personas hospitalizadas”: Tipo de investigación: Investigación de intervención de tipo prospectivo con pruebas de entrada diagnósticas para la identificación de los conocimientos del area de enfermería. Se llevaron a cabo tres intervenciones a nivel educativo y después se aplicaron pruebas que establecieron cada cambio logrado. De

la misma manera, se aplicaron cuestionarios de intervención a tres encargados de cuidar pacientes de forma permanente, logrando identificar cada actividad preventiva de las que tenían conocimiento y de qué forma las ejecutaban; para finalizar, se les entregó un folleto de apoyo en tópicos a nivel general de cuidados dérmicos.

Resultado: Fueron veintiuno las personas, las que se caracterizaron por identificar que los grados de conocimiento son superiores, mientras las edades son mayores y con un experiencia a nivel laboral más prolongada. Fueron establecidos algunos cambios de forma positiva en el conocimiento del área de enfermería entre la tasa de pruebas de entrada diagnósticas (setenta y siete por ciento) y las pruebas posteriores a la intervención (ochenta y cuatro y medio por ciento).

Conclusión. Es imprescindible la realización de cada intervención educativa permanente a todo el personal implicado en los cuidados preventivos de cualquier lesión a nivel dérmico con el fin de lograr una transformación positiva en el equipo de salud y su respectivo equipo cuidador.

JIMENEZ MENDOZA, 2015, México, Título “Ulceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención” Tipo de investigación: Investigación descriptiva y transversal donde fue valorada la población mayor de edad del área de servicio de cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva, medicina interna y U.C.I de un hospital de nivel 2 de atención. Cada uno de los pacientes fue valorado a diario durante un mes de forma consecutiva aplicando formatos de registro clínico. **Resultado:** Fueron doscientos dieciocho personas a las cuales se les valoró, de estas sesenta y uno sufrieron una o más U.P.P, fueron detectadas un total de trescientos setenta y ocho lesiones. Se indicó que eran prevalentes en un veintiocho por ciento e incidentes en un trece por ciento. Las edades promedio de las personas afectadas se encontraron en el rango de sesenta y un años y medio más/menos veintiún años. Las enfermedades más comunes fueron la de origen cardiovascular. La mayoría de personas con U.P.P padecían alguno de los tipos de incontinencia y/o exceso de peso. La puntuación promedio en la “Escala de Braden” fue de doce y medio más/menos dos con ocho décimas. El mayor número de U.P.P estuvo localizada en el area del talón, zona sacra y de cada omóplato, en el el ochenta y uno y medio por ciento de los casos. **Conclusión:** Las U.P.P actualmente es uno de los problemas de mayor importancia para todo paciente hospitalizado en alguna unidad

hospitalaria de nivel dos de atención, que van a requerir de una intervención asistencial, de cada gestor de cuidado y autoridad sanitaria, optimización de recursos.

GONZALES CONSUEGRA, RENATA, 2015, Colombia. Título: “Prevención de lesiones de piel: educación en el equipo de salud y familiares de personas hospitalizadas”. Con el objetivo de Fortalecimiento del conocimiento para prevenir cualquier lesión de piel del área de enfermería y de personas encargadas de cuidar a pacientes en el área de medicina interna y U.C.I de uno de los hospitales universitarios de Bogotá.

Tipo de investigación: Investigación de intervención de tipo prospectivo con pruebas de entrada diagnósticas para la identificación de los conocimientos del area de enfermería. Se llevaron a cabo tres intervenciones a nivel educativo y después se aplicaron pruebas que establecieron cada cambio logrado. De la misma manera, se aplicaron cuestionarios de intervención a tres encargados de cuidar pacientes de forma permanente, logrando identificar cada actividad preventiva de las que tenían conocimiento y de qué forma las ejecutaban; para finalizar, se les entregó un folleto de apoyo en tópicos a nivel general de cuidados dérmicos. **Resultado:** Fueron veintiuno las personas, las que se caracterizaron por identificar que los grados de conocimiento son superiores, mientras las edades son mayores y con un experiencia a nivel laboral más prolongada. Fueron establecidos algunos cambios de forma positiva en el conocimiento del área de enfermería entre la tasa de pruebas de entrada diagnósticas (setenta y siete por ciento) y las pruebas posteriores a la intervención (ochenta y cuatro y medio por ciento). **Conclusión.** Es imprescindible la realización de cada intervención educativa permanente a todo el personal implicado en los cuidados preventivos de cualquier lesión a nivel dérmico con el fin de lograr una trasformación positiva en el equipo de salud y su respectivo equipo cuidador.

A.- nivel nacional

RODRIGUEZ SANCHEZ GINETH, 2019. Lima. Título de investigación “Fractura de cadera como factor de riesgo de evolución desfavorable de úlceras por presión en adultos mayores del centro médico naval 2011 – 2014”, (Tesis de pregrado). Universidad Científica del Sur. Esta tesis tuvo como Objetivo: “Determinar la evolución desfavorable en paciente con úlceras por presión y fractura de cadera como

factor de riesgo en adultos mayores, atendidos ambulatoriamente en clínica de día del servicio de geriatría del Centro Médico Naval”. Esta investigación fue retrospectiva y análisis secundario de base de información. Con una muestra de noventa y ocho pacientes del servicio de Geriatría

Se obtuvieron como resultados que del total 33% fueron mujeres y 66% hombres. La edad promedio de estas personas fue 89.05 ± 7.99 años. Se incluyó en el estudio la variable fractura de cadera, encontrándose una frecuencia de 12%. Del total de pacientes 14% de pacientes presentaron úlceras grado uno, 32% grado dos, 33% grado tres y 20% grado cuatro, de las cuales 39% se encontraban en región sacra, 38% en glúteo, en talón un 26%, en tobillo 12%, en cadera 8% y otras ubicaciones con 8%. Las úlceras por presión fueron tratadas con undec ilenamidopropil betaína 0.1% / polihexanida 0.1% en 38% de los pacientes, cura convencional en 27% y 33% con parche hidrocoloide. El 60% tuvo antecedente de presentar comorbilidades. Y se concluyó que el grado alto de úlceras por presión se ve relacionado a fractura de cadera y otras comorbilidades como diabetes mellitus tipo 2, demencia y accidente cerebro vascular.

ROSA GUERRERO ANTÓN, 2018, Lima, Título “calidad del cuidado y aplicación de medidas preventivas de úlceras por presión en pacientes postrados, servicio de medicina, hospital Alberto sabogal es salud 2018”. Fue una investigación descriptiva, con diseño correlacional de cohorte transversal, de tipo cuantitativo. La muestra se formó por ciento veintitrés familiares o personas que cuidaban de cada paciente hospitalizado que acudió al área de Medicina. Para recolectar la información se hizo uso del cuestionario, el cual fue confiable en un ochenta y ocho y medio por ciento y ochenta y cinco por ciento. **Resultado:** El treinta y tres por ciento de los familiares o personas que cuidaba del paciente hospitalizado a los que encuestaron percibieron un nivel bueno con respecto a la calidad de los cuidados, el cuarenta y siete por ciento percibieron un nivel regular y el diecinueve y medio por ciento uno deficiente. De igual forma, el veintiocho y medio por ciento de los familiares o encargados de cuidar al paciente hospitalizado que encuestaron percibieron un nivel bueno con respecto a las variables de aplicación de toda medida preventiva de U.P.P, el cincuenta y dos por ciento percibieron un nivel regular y el diecinueve y medio por ciento uno deficiente.

MAMANI MALDONADO, NANCY. 2017, Perú, Título “Cuidados que brinda el profesional de enfermería para la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en un hospital nacional” **Objetivo:** Establecer todo cuidado que van a brindar los profesionales de enfermería para prevenir las U.P.P en personas hospitalizadas en un hospital nacional en el año dos mil dieciséis. **Materiales y Métodos.** Esta investigación fue a nivel aplicativo, cuantitativa, descriptiva de corte transversal. La población fue de treinta y seis profesionales de enfermería. Las técnicas fueron las encuestas y uno de los instrumentos empleados fue la “Escala de Likert” modificada, aplicando previamente los consentimientos informados en cada uno de los pacientes. **Resultado:** Del cien por ciento (treinta y seis profesionales), el sesenta y seis por ciento (veinticuatro profesionales) refirieron que casi siempre, diecisiete por ciento (seis de ellos) siempre y el diecisiete por ciento (seis) nunca respecto a los cuidados que van a brindar los profesionales de enfermería para prevenir las U.P.P. Respecto a los cuidados de la piel el sesenta y nueve por ciento (veinticinco profesionales) casi siempre, veintitrés por ciento (ocho) siempre y ocho por ciento (tres) jamás; en la dimensión movilización un setenta y cinco por ciento (veintisiete) manifestaron que casi siempre, ocho por ciento (tres) siempre y diecisiete por ciento (seis) nunca; respecto a la higiene y confort el setenta y dos por ciento (veintisiete) casi siempre, diecisiete por ciento (seis) siempre y once por ciento (cuatro) nunca. Todo aspecto referido a casi siempre se dio porque el veintiocho por ciento de ellos (diez profesionales) logran identificar a un paciente con riesgo de sufrir U.P.P, once por ciento (cuatro profesionales) llegan a planificar y ejecutar ejercicios pasivos y/o activos de cada miembro superior e inferior y/o según los requerimientos, y treinta y uno por ciento (once profesionales) supervisan los baños de esponja realizados a los pacientes; lo de siempre un veintidós por ciento (ocho personas) registraron cada actividad realizada en los pacientes, treinta y seis por ciento (trece de ellos) realizaron algún cambio postural esporádico o a demanda y el veinticinco por ciento (nueve profesionales) supervisaron los baños realizados en los pacientes; y nunca un treinta y nueve por ciento (catorce) protegieron cada zona sensible que pueda lesionarse, ochenta y nueve por ciento (treinta y dos) realizaron cada cambio postural programado y cuarenta y siete por ciento (diecisiete) masajearon toda zona que pueda sufrir alguna lesión. **Conclusión.** El cuidado que brindan los profesionales de enfermería para prevenir las U.P.P en personas hospitalizadas en un Hospital Nacional; gran parte de ellos casi siempre y siempre se encargan de proteger toda zona sensible a las

lesiones, un cambio postural esporádico o a demanda, y se encargan de aplicar alguna crema o loción hidratante dérmica; seguido por bajo porcentaje que no se encargan de controlar el peso de forma periódica, planificar y ejecutar ejercicios pasivos y/o activos de cada miembro superior e inferior, y evaluar el tendido de las camas hospitalarias evitando cualquier tipo de pliegue.

ORTIZ DE ORUÉ USCA, 2017, Cusco. Título “El nivel de conocimiento y práctica de prevención de úlceras por presión de los cuidadores del adulto mayor. Padomi. Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco – Es salud”. **Objetivo:** Determinar de qué manera se relacionan los niveles de conocimiento con las prácticas para prevenir las U.P.P en las personas que cuidan pacientes adultos mayores. Siendo un estudio descriptivo, transversal, con una muestra de cincuenta y tres cuidadores de pacientes adultos mayores. Las técnica empleada fue la observación de forma directa y adicionalmente las entrevistas, y como uno de los instrumentos: La guía de observación sobre las prácticas para prevenir las U.P.P y una encuesta sobre los niveles de conocimiento sobre U.P.P. Teniendo como **resultado** con relación a los niveles de conocimiento para prevenir las U.P.P más de la mitad (cincuenta y tres por ciento) de encargados de cuidador a pacientes adultos mayores poseían conocimientos regulares sobre todo aspecto general y las dimensiones de higiene, alimentación y movilización. Respecto a las prácticas para prevenir las U.P.P varios de ellos (cincuenta y seis y medio por ciento) presentaron prácticas regulares. Conclusión: que los cuidadores tienen conocimientos regulares sobre cada aspecto general y dimensión de higiene, alimentación y movilización y los practican regularmente.

HOYOS CHICANA KEILA, 2016, Chiclayo, Título “**Intervenciones de enfermería para prevenir úlceras por presión en pacientes atendidos en el servicio de Medicina interna. Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – Perú 2016**” **Objetivo:** Determinar toda intervención de las enfermeras para la prevención de U.P.P en los personas hospitalizadas en el área de Medicina Interna del “Hospital Regional Docente las Mercedes”, se realizó esta investigación descriptiva, tomando como muestra a veintitrés enfermeras, que estaban laborando en alguno de los tres turnos del centro hospitalario. Las técnica utilizada fue observacional teniendo como instrumento “La escala de Norton” para la evaluación de los niveles de riesgo para el

desarrollo de U.P.P en todo paciente hospitalizado, de igual forma los checklist y fichas de registros, elaboradas por la investigadora; con el fin de obtener la confiabilidad de estos instrumentos se utilizó la prueba estadística Kuder – “Richardson K.R-20”. **Resultado:** El resultado con mayor relevancia obtenido fue que toda intervención de enfermería para prevenir las U.P.P, el noventa y seis por ciento de ellos no hacen las camas con pliegues para los dedos del pie, el sesenta y uno por ciento no cambian los pañales, así como también el noventa y seis por ciento no secan la piel con sudor, el noventa y uno por ciento no humectan la dermis del paciente, el ochenta y siete por ciento no realiza ningún tipo de cambio postural, el setenta y ocho por ciento no emplean ningún tipo de mecanismo para eliminar la presión, y el ochenta y tres por ciento no educan a los pacientes y familiares de estos, respecto a los tipos de registro solo el diecisiete por ciento de personal de enfermería registran toda intervención en las notas de enfermería.

JIMENEZ CHUNGA, ELISA, 2015, Perú, Título “Nivel de conocimientos de las Enfermeras sobre las úlceras por presión antes y después de una capacitación. Instituto nacional de enfermedades neoplásicas. Perú, 2014”

Tipo de investigación: de diseño descriptivo, cuasi experimental, prospectivo, observacional de corte transversal. La muestra incluyó al total de la población de enfermeras del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas que laboraron en el año 2014, los cuales fueron 90 participantes. Se utilizó instrumentos validados y adaptados a la investigación. Se planteó como hipótesis principal que el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre toda U.P.P, va variar previa y posteriormente a la capacitación. Se **concluyó** que el nivel de conocimientos es medio antes de la capacitación de las enfermeras, luego de la cual el nivel de estos conocimientos fue alto tanto en las medidas preventivas de las U.P.P; así como con el empleo de las escalas de valoración de riesgo de úlcera.

CARBAJAL RIXE, JESSICA, 2015, Lima. Título de la investigación: “Efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento del cuidador primario a prevención de UPP en los servicios de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia”. Teniendo como uno de los objetivos saber que tan efectivo va ser un “Programa Educativo en el Nivel de Conocimiento del Cuidador Primario sobre la Prevención de las Úlceras por Presión” en todo paciente internados de

prolongadamente en camas, hospitalizados en los área de cirugía. Esta investigación fue cuantitativa pre-experimental, esta intervención se realizó a través de programas educativos aplicados y la efectividad de estos fue medida realizando la aplicación de instrumentos antes y después. La población estuvo formada por cincuenta y cinco personas encargadas de cuidar al paciente del área de medicina. Una de las técnicas empleadas fue la entrevista y el instrumento aplicado un cuestionario de veinte preguntas cerradas.

Resultado: Previamente a las intervenciones educativas fueron prevalente los niveles de conocimiento intermedio en un cuarenta y siete por ciento, seguido del elevado en un cuarenta y dos por ciento, y un once por ciento manifestó un mínimo nivel de conocimiento. Posteriormente de haber intervenido educativamente, el cien por ciento de personas encargadas de cuidar a los pacientes presentaron un elevado nivel de conocimientos para prevenir las U.P.P hospitalizados prolongadamente en cama.

Conclusión: El nivel de conocimiento de todo cuidador primario de personas con permanencia alargada en cama fue mejorando posteriormente de haber recibido uno de los programas educativos para prevenir las U.P.P.

2.2 Bases Teóricas

Teoría de enfermería: DOROTHEA OREM 1969-DEL AUTOCAUIDADO

“Naranjo, Y., Concepción, J. y Rodríguez, M.” (2017) Señalan que la teoría del autocuidado por “Dorothea E Orem” en el año mil novecientos sesenta y nueve, define el auto cuidado como una de las actividades aprendida por cada individuo, la cual esta orientada a un objetivo, es decir es una de las conductas que va existir en alguna situación concreta de la vida, dirigida por una persona sobre sí misma, hacia los demás o al entorno, con el fin de lograr la regulación de cada factor que afecte su propio desarrollo y funcionamiento para beneficio de su vida, salud o bienestar.

La teoría del déficit de auto cuidado está compuesta por un trío de teorías que se relacionan entre sí. La teoría del auto cuidado, la del déficit del auto cuidado y la de los sistemas de enfermería, como un marco referencial para practicar, educar y gestionar la enfermería.

La teoría a determinado cada requisito de auto cuidado, que además de ser uno de los componentes principales del modelo va ser parte de la valoración de los pacientes, el término “requisito” es emplea a nivel teórico y se define como una de las actividades que los individuos deben llevar a cabo para cuidarse, “Dorotea E Orem” propuso a

este tres clases de requisitos: Requisito de auto cuidado universal, del desarrollo y de desviación de la salud.

El requisito de auto cuidado de desviación de la salud es la razón u objetivo de toda acción de auto cuidado que va realizar la persona con algún tipo de incapacidad o con alguno de los tipos de enfermedades crónicas. Dentro de cada factor que afecta al individuo en su capacidad para poder auto cuidarse: son los factores internos o externos como: años de edad, sexo, estado de salud, orientación socio cultural, cada factor del sistema de cuidado de la salud, todo factor del sistema familiar, los patrones de vida, cada factor ambiental, disponibilidad y adecuación de cada recurso; pueden ser seleccionados para el propósito de cada uno de los estudios con el fenómeno de interés que se pretende investigar.

“Dorothea E Orem” determinó la existencia de tres tipos de sistemas de enfermería: Compensatorio de forma total, Compensatorio de forma parcial y de apoyo educativo. Sistema compensatorio de forma total: Cuando el personal de enfermería realiza uno de los principales papeles compensatorios para los pacientes. Consiste en que los profesionales de enfermería se encarguen de satisfacer cada requisito del auto cuidado universal de los pacientes hasta que estos puedan “auto cuidarse” o hayan logrado adaptarse a cualquiera de los tipos de incapacidad.

Sistemas parcialmente compensadores: Las enfermeras van a actuar con un papel compensatorio, pero los pacientes van a encontrarse mucho más implicados en su autocuidado al momento de tomar alguna decisión o realizar alguna acción.

Sistema de apoyo educativo: Este es uno de los sistemas de enfermería más apropiados para los pacientes que son capaces de realizar cada acción necesaria para el cuidado propio y puede aprender a adaptarse a toda nueva situación, pero en la actualidad va requerir ayuda del personal de enfermería, en algunas ocasiones esto va ser una alertar. La función de las enfermeras se va limitar a colaborar con la toma de alguna decisión y a la comunicación de todo conocimiento y habilidad.

“La teoría de Dorothea E Orem” busca promover y el mantener la salud mediante un conjunto de acciones educativas, además de la capacidad que los profesionales de enfermería deben poseer para que definan en qué momento los pacientes van a poder puede auto cuidarse y en qué momento intervenir para que ellos mismos lo logren, y va servir como uno de los referentes teóricos, metodológicos y prácticos para todo profesional que se dedique a investigarlos.

La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de auto cuidado es una relación entre la demanda del auto cuidado terapéutico y la acción del auto cuidado de cada propiedad humana en las cuales cada aptitud desarrollada para el auto cuidado que van a constituir esta acción, no va a ser operativa ni adecuada para reconocer o llevar a cabo la identificación de algún componente o todos estos de la demanda de auto cuidado terapéutico que existe o previsto.

Las personas poseen una gran capacidad de adaptación a todo cambio que se produzca en ellas mismas o en el entorno de esta. Pero hay situaciones en las cuales la demanda total que se les realiza a los individuos va exceder su capacidad para responder a esta. En estas situaciones, las personas probablemente requieran ayuda, la cual procederá de diversas fuentes, incluyendo la intervención de la familia, de las amistades y/o personal enfermero.

“Dorothea E Orem” empleo el término “agente de auto cuidado” para referirse a las personas que realmente proporcionan todo cuidado o realizan algunas acciones específicas. Cuando un individuo realiza su propio auto cuidado va ser considerado como un agente de auto cuidado.

La agencia de auto cuidado es una de las capacidades del individuo para que participe en el auto cuidado.

Todo individuo que sabe satisfacer sus propias necesidades de salud posee una agencia de auto cuidado desarrollada capaz de generar la satisfacción de cada necesidad de auto cuidado. En otras personas, la agencia de auto cuidado recién se está desarrollando, como en por ejemplo en un niño. Otra clase de individuo puede poseer una agencia de auto cuidado desarrollada que no va funcionar. Por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad van a impedir que uno solicite ayuda, aunque esta misma sepa que requiere de esta.

El auto cuidado: Es uno de los procesos que comienza al tomar conciencia del estado de salud de uno mismo. Este momento va requerir en si mismo un pensamiento racional para el aprovechamiento de las experiencias personales, cada norma cultural y conducta aprendida, con el objetivo de decidir sobre el estado de salud, en el cual existirá el deseo y compromiso de seguir con lo planeado.

Limitaciones del cuidado: Es toda barrera o limitación para el auto cuidado que es posible, cuando las personas carecen del conocimiento suficiente sobre sí mismas y probablemente no deseen adquirirlo. En ciertos casos presentan algún tipo de

dificultad para emitir algún juicio sobre su salud y saber en qué momento debe de buscar ayuda y/o recibir consejos de otra persona.

El aprendizaje del auto cuidado: El aprendizaje del auto cuidado y de cómo mantenerlo de forma continua es una función humana. Todo requisito central para el auto cuidado con el aprendizaje y el empleo de los conocimientos para la realización de cada secuencia de acciones de auto cuidado que se encuentren orientadas de forma interna y externa. Si las acciones de auto cuidado son internas o externas en su orientación pueden ser determinadas a través de la observación, logrando obtener información subjetiva del agente de auto cuidado o de las dos formas.

2.3 Marco conceptual

Úlcera por presión

Las úlceras por presión (U.P.P) son lesiones isquémicas localizadas en la dermis y/o tejido subyacente, que se va producir por una acción combinada de factores extrínsecos, entre los cuales van a destacar la fuerza de presión, la de fricción, cizallamiento y factores intrínsecos como la nutrición edad, patologías asociadas.

Etiopatogenia:

Una U.P.P es una lesión de etiología conocida y multifactorial, con un par de elementos clave: La fuerza de presión, fricción y/o cizalla y la reducción de la tolerancia de cada tejido a este tipo de fuerza, propiciada por diversos factores de riesgos de origen extrínseco, intrínseco o la mezcla de estos dos.

PRESIÓN: Es una de las fuerzas que un cuerpo va ejercer por unidad de área y formando un ángulo recto al plano afectado. La presión va comprimir y distorsionar toda estructura subyacente que probablemente cause una isquemia.

Respecto a la etiología de las U.P.P deben de ser considerados cuatro componentes que van a influir en ellas:

a.- **Magnitud:** Es un tipo de presión de origen externo que va sobrepasar la presión capilar promedio (entre diecisiete y veinte milímetros de Mercurio), va ser suficiente para que los tejidos se dañen si esta se encuentra presente en un lapso de tiempo considerable.

b.- **Dirección:** Va depender de la localización anatómica de la zona donde va ejercer la presión; en todo tejido próximo a alguna prominencia ósea van a observarse las

fuerzas de forma perpendicular existentes junto con las de clase tangencial (tensión y cizalla).

c.- Tiempo: En toda prominencia ósea, una alta presión por períodos de tiempo cortos al igual que las bajas por periodos largos de tiempo van a ser perjudiciales de la misma forma.

d.- Micro clima: (humedad y temperatura de los pacientes): la resistencia cutánea va variar cuando coexiste un incremento térmico o de la humedad.

CIZALLA. - Es la fuerza que se va ejercer por unidad de área paralelamente al plano de interés; esta fuerza va distorsionar la piel y todo tejido blando subyacente, causando a la persona desgarros internos de algún tejido.

FRICCIÓN. - Es una de las fuerzas tangenciales, con la misma dirección y sentido contrario, la cual se va oponer al movimiento de las superficies cutáneas sobre otras superficies exteriores (camas, sillas); esta asociada al rozamiento de las superficies dérmicas. No es ninguna de las causas directas de la etiología de las U.P.P, su importancia va estar asociada fundamentalmente a la forma en que va contribuir en la generación de cizallamiento.

HUMEDAD: Controlar ineficazmente la humedad puede causar la manifestación de problemas de origen cutáneo como la maceración. Los dos tipos de incontinencia (fecal y urinaria), sudoración profusa, piel mal secada después de haber de la higiene y los exudados de una herida van a causar edemas y que la piel se deteriore, reduciendo la resistencia de esta, causando una mayor predisposición que se ulcere o erosione. La humedad va aumentar de igual forma con los riesgos de infección.

Características:

La zona en algunos casos es dolorosa firme, puede poseer una mayor suavidad o ser fría comparada con algún otro tejido adyacente; se presenta, se observa infección, exudación granulación cavitación, tunelización necrosis

Clasificación:

Las UPP para Ortiz de Orue, G. y Condori, F. (2016) van a ser clasificadas en cuatro estadios según los grados de lesión tisular:

-Estadio uno: Eritemas cutáneos en piel íntegra que no palidecen/desaparecen con la presión; en piel oscura puede haber tonos rojizos, azulados o color morado, a comparación de una zona (adyacente u opuesta) del cuerpo que no haya sido sometida a algún tipo de presión, en algunos casos incluye varios cambios en uno o

varios de los siguientes aspectos: temperatura cutánea (alta o baja), consistencia histológica (edema, induración) y/o sensación alguna (dolores, escozores).

-Estadio dos: Se pierde parcialmente el grosor cutáneo, que va a afectar la epidermis, la dermis o a estas dos en algunos casos y úlceras superficiales que van a tener aspecto abrasivo, ampollas o cráteres superficiales.

-Estadio tres: Cuando se pierde totalmente el grosor cutáneo, lo cual va a implicar lesiones subcutáneas, que algunas veces se extienden hasta la fascia muscular.

-Estadio cuatro: Cuando se pierde totalmente el grosor cutáneo, además de haber destrucción extensa, lesiones musculares, óseas y/o alguna estructura de sostén (tendones, cápsulas articulares, etc....), en este estadio a igual que en el tercero, suele haber necrosis, alguna lesión concaverna, tunelización o trayecto sinuoso.

En cualquiera de estos casos se va a proceder, a retirar los tejidos necróticos previa determinación del estadio de las úlceras.

Localización de las úlceras por presión (UPP)

Algunas de las zonas con mayor susceptibilidad para el desarrollo de U.P.P son:

-Decúbito supino: Occipital, escápulas, codos, sacro, coxis, talones, dedos de cada pie.

Se debe evitar lo más que se pueda que el paciente se apoye de forma directa sobre la lesión, evitar que haya arrastres: realizar toda movilización disminuyendo toda fuerza tangencial y de fricción, las extremidades superiores e inferiores deberán mantener una posición funcional.

-Decúbito lateral: Pabellón auricular, acromion, costillas, trocánter, crestas ilíacas, cóndilos (rodilla), tibias, maléolos tibiales, dedos/lateral del pie

-Decúbito prono: Frente, pómulos, pabellón auricular, pechos, crestas ilíacas, pubis, genitales (en los hombres), rodillas, y dedos de los pies.

-Sedestación: Occipital, escápulas, codos, sacro y tuberosidades isquiáticas. Sus glúteos, huecos poplíteos y talones

Factores de riesgo:

En términos generales, no hay un solo factor que explique la manifestación de U.P.P, en su lugar cada factor va a interactuar de forma compleja y va a incrementar la probabilidad de que se desarrollen. Según una reciente investigación todo factor de riesgo va a surgir frecuentemente como un predictor independiente del desarrollo de U.P.P serán los siguientes:

- A. El relacionado con las actividades / movilidad de los pacientes:
- Reducción de las actividades (en cama, sentado).
 - Reducción de la movilidad (pacientes inmóviles o con movilidad de forma limitada).
- B. Relacionado con el estado cutáneo:
- Presencia de factores que harán que la piel se encuentre más propensa a desarrollar las U.P.P, por ejemplo, piel rojiza, palidez, eritema, sequedad, etc.
 - Úlceras de grado uno presentes.
- C. Relacionado con alguna alteración de la perfusión:
- Patologías de origen vascular.
 - Hipotensión mantenida.
 - Hay evidencias de que la diabetes va a aumentar la probabilidad de que se desarrollen U.P.P, por el déficit de perfusión que va a producir en el tejido cutáneo.
- D.
- Otros factores de riesgo también importantes pero que no aparecen con tanta frecuencia como los descritos en los tres grupos anteriores son:
- El estado nutricional (desnutrición y deshidratación).
 - La anemia y la disminución de los niveles de albúmina.
 - La humedad de la piel y la incontinencia (urinaria y/o fecal).
 - La edad.
 - Enfermedad aguda o crónica, grave o terminal.

Factores de riesgo que se asocian a la intervención quirúrgica:

Existen escritos literarios que expresan varios factores de riesgo de forma específica que se asocian a una intervención quirúrgica y son:

- La duración de la intervención.
- La posición.
- Aumento de los episodios hipertensivos durante la operación.
- Baja temperatura corporal durante la cirugía.
- La administración de medicamentos vaso-activos, sedantes y anestésicos.
- Movilidad reducida durante el primer día del post operatorio.

Tratamiento de las úlceras por presión: Ortiz de Orue, G. y Condori, F. (2016) señalan que el tratamiento se basa en:

– Soporte nutricional

La nutrición va a jugar uno de los papeles de mayor relevancia para prevenir y abordar la cicatrización de cada herida. Un soporte nutricional apropiado va a favorecer la cicatrización de las U.P.P, en algunas ocasiones evitará la manifestación de estas, y de cualquier tipo de proceso infeccioso. El requerimiento nutricional de las personas con U.P.P está aumentado debido a cada necesidad inherente al proceso de cicatrización. La dieta de los pacientes con U.P.P va a tener que garantizar el aporte mínimo de: Calórico (treinta a treinta y cinco Kilocalorías por kilogramo.), Proteico (uno a un gramo y medio por Kilo gramo de peso), siendo necesario en algunos casos el incremento de hasta dos gramos por kilogramo de peso diario. Minerales: Zinc, Hierro, Cobre, Arginina, Vitaminas: C, A, Complejo B y Aporte hídrico (un centímetro cúbico de agua por Kcal diario) (30 centímetros cúbicos de agua diarios por Kilo de peso)

– Control del dolor

Valoración de cada paciente respecto a los dolores relacionados con las U.P.P, tratamientos de estas y toda patología asociada. El dolor percibido es subjetivo, cuando los pacientes se quejan de los dolores hay que tratarlos.

El incremento de los dolores va a sugerir un deterioro mayor y un aumento en la probabilidad de que haya un proceso infeccioso, si va a considerar necesaria y apropiada la colocación de analgesia y tener en cuenta cada factor psicosocial que influya en la percepción del dolor, así como el estado cognitivo

– Valoración Psico-Social

Es necesaria la identificación de los cuidadores principales y realizar la valoración de la capacidad, habilidad, conocimiento, recursos y motivación de éste y de los pacientes para la participación en el plan de cuidados.

Diseño, aplicación y evaluación de cada medida de implicación de los pacientes y familia en la prevención y cuidados de las U.P.P. Así como, la facilitación del acceso a todo recurso social para la planificación de cada necesidad propia de ellos.

– Soporte Emocional

La presencia de las U.P.P en algunos casos provoca cambios importantes en toda actividad de la vida diaria de los individuos y sus familiares a tener

presente al momento de planificar el cuidado de ellos: Todo problemas físico, emocional, social y económico que se pueda traducir en un déficit en la demanda de auto cuidados y la habilidad de proveer auto cuidados. Déficit de autonomía, auto imagen, autoestima, etc. Y la necesidad del apoyo social en situaciones difíciles de manejar en el entorno de ellos.

– Educación

Informar de manera continua a cada miembro del equipo asistencial y/o red de cuidadores informales del estado, cómo evolucionan y de qué manera se tratan las lesiones, va implicar a cada miembro del equipo asistencial y/o red de cuidadores informales en la planificación, ejecución y seguimiento del cuidado, prevención y tratamiento, valoración de las capacidades de los pacientes/cuidadores para la participación en programas de prevención y tratamientos para el desarrollo de programas de educación que sean: Organizados, estructurados y comprensibles dirigidos a cada nivel: Paciente, familia, cuidadores y todo gestor que incluya algún mecanismo para evaluar la eficacia de estos.

Medidas preventivas para el cuidado de la piel:

Cuidar la piel es una estrategia para prevenir toda úlcera, ya sean estas causas por presión o por humedad (U.P.H). Va ser de gran importancia el conocimiento óptimo de la etiopatogenia de este tipo de lesión para la aplicación de cada cuidado específico para prevenirlas; para esto debe de inspeccionarse la piel, manejar el grado de humedad, disminuir al mínimo la presión y asegurar la hidratación a través de la ingesta hídrica apropiada.

a. Valoración de la piel:

Los signos indicativos de lesión por presión son: eritemas, calor local, edema, induración y deterioro cutáneo. Los colores de piel más oscuros son más complicados de examinar de forma visual, por lo cual deberá prestarse atención al calor local, edema e induración en este caso. Es necesario:

- Inspeccionar la piel de todos los pacientes al ingreso hospitalario.
- Inspeccionar la piel al menos cada 24 horas para detectar signos de enrojecimiento en los pacientes con riesgo de padecer UPP.
- Prestar especial atención a las prominencias óseas, los talones, tuberosidades isquiáticas, región sacra y zonas con lesiones anteriores.

- Observar la zona de la piel donde se encuentren dispositivos
- terapéuticos que produzcan presión sobre la misma (por ejemplo, aparatos ortopédicos, férulas, catéteres, sonda nasogástrica,
- dispositivos de oxigenoterapia, etc.), siempre que sea posible, retirar, movilizar estos dispositivos para permitir una valoración integral de la piel.
- Registrar todas las valoraciones de la piel tan pronto como sea posible después de su ingreso y en un mínimo de 8 horas.

b. Cuidado de la dermis:

- Emplear jabones con pH apropiado para la piel, evitando el uso de agua excesivamente caliente
- Aclaramiento y secado completo de la piel para que se encuentre protegida del exceso de humedad dando mayor importancia a todo pliegue cutáneo.
- Mantener una apropiada hidratación para la protección cutánea, ya que al encontrarse seca va ser más elevado el riesgo de manifestación de alguna nueva lesión.
- Evitar la frotación vigorosa de la piel de los pacientes.
- La crema hidratante, debe ser aplicada suavemente, no frotándola sobre cualquiera prominencia ósea ya que probablemente provoque roturas capilares y provoque a los pacientes alguna úlcera involuntariamente.
- Emplear un ácido graso hiper oxigenado, solo en toda zona de riesgo más elevado de presión, aparte de ser hidratante, evita la sequedad y descamación que genera toda crema hidratante e incrementa la resistencia dérmica.
- No usar ningún agente irritante dérmico como puede ser algún producto que contenga alcohol.

c. Control de la humedad:

La humedad relacionada con la incontinencia puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión. Es necesario limpiar y secar la piel tan pronto como sea posible después de cada episodio de incontinencia, eliminando los productos de desecho como orina, heces y transpiración para prevenir la irritación química que se produce, además si la piel está húmeda es frágil y más susceptible a la fricción, por ello es necesario:

- Reemplazar todo absorbente frecuentemente.
- Realizar el cambio de ropa de las camas cuando se encuentre húmedas.
- Evitar todo producto plastificado o derivado de este, ya que van a aumentar la temperatura y van a hacer que se retenga la humedad en la piel.
- Proteger la piel del exceso de humedad, empleando algún agente tópico que proporcione la barrera protectora apropiada.
- Si es empleado como protector dérmico el óxido de zinc se debe retirar algún producto oleoso, retirarlo con agua va ser ineficiente y el hecho de frotarlo de forma necesaria va causar daños en la piel. Una solución transparente siempre va permitir valorar continuamente la dermis.
- Evitar todo producto humectante como urea, glicerina, ácido alfa-hidroxi o ácido láctico, ya que estos van a retener el agua.

Manejo de la presión:

El control apropiado de la presión va contribuir con la disminución del riesgo del desarrollo de U.P.P. Este control va incluir la movilización, cada cambio postural, toda superficie especial para el control de la presión (S.E.M.P) y la protección de toda zona vulnerable.

a- Movilización

- Planificación de todo cuidado fomentando el movimiento de los pacientes, además de educar e implicar, siempre que se pueda a los pacientes, familia y encargados de cuidar de ellos.
- Facilitar un dispositivo que simplifique el movimiento de forma independiente (trapezios, barandillas en los lados de la cama, andadores, etc.) con el fin de hacer menos complicada la movilización de ellos. (9)

b- Cambio Postural:

- Cada cambio postural va reducir la duración y la magnitud de las presiones ejercida en cada zona vulnerable.
- Se van a realizar, siempre que no existan contraindicaciones, con el fin de que se evite y minimice la presión en cada paciente con movilidad y actividad mínimas.
- Deberá mantenerse la comodidad de los pacientes y la capacidad funcional de estos.
- La frecuencia se va determinar por el estado cutáneo, cada necesidad de los pacientes y la re distribución de la presión superficial de apoyo. Va ser imprescindible ejecutarlos con más frecuencia cuando las superficies donde van a encontrarse los pacientes no redistribuyen la presión.
- Una de las norma general va ser la realización de estas por dos o tres horas diarias y, como máximo, cada cuatro horas en la noche, coordinando esta con alguna otra actividad cuando se pueda, con el fin de contribuir con el descanso de los pacientes.

Recomendaciones para realizar un cambio de postura:

- Rotar de forma programada e individualizadamente, alternada en posición decúbito supino, lateral derecha y lateral izquierda; también se incluirá en la rotación en posición decúbito prono si el estado hemodinámico de los pacientes lo permiten y lo toleran. Mantener la alineación corporal y fisiológica, el peso distribuido y el equilibrio de los pacientes.
- Tratar de que la piel no esté expuesta a la presión y a la cizalla, empleando algún aparato auxiliar para el desplazamiento del paciente. Se deberá elevar y evitar arrastrar a los pacientes al momento de realizar los cambios posturales.
- No colocar los pacientes sobre cualquier prominencia ósea que presente eritema que no desaparezca al suprimir la presión.
- En la posición decúbito lateral se aconseja que el ángulo sea de treinta grados o menos para que no apoye de forma directa sobre algún trocánter, logrando así la elevación la zona de los pies un ángulo máximo de veinte grados.

- Emplear una almohada o cuña de espuma para evitar el contacto entre cada prominencia ósea.
- Evitar posicionar a los pacientes sobre algún catéter, drenaje u otro tipo de dispositivo terapéutico.
- Entre los cambios posturales, se van a realizar pequeñas modificaciones dentro de estas mismas posiciones.

Cambio postural en sedestación:

- Tratar de que la posición permita a los pacientes llevar a cabo cualquier actividad posible.
- Colocar cada pie, si es posible, sobre dispositivos (bancos, reposapiés) cuando estos no logren alcanzar el suelo, con el fin de que estos no se deslicen sobre el sillón.
- En sedestación la movilización de los pacientes va ser horaria y si estos son autónomos, se les va instruir para que se movilicen cada cuarto de hora.
- La exposición a la presión que se ejerce sobre las tuberosidades isquiáticas en el paciente sentado es muy alta y por tanto puede producirse una UPP en poco tiempo, por ello es preciso limitar el tiempo que pasa el paciente en sedestación sin alivio de la presión.

a. Superficies especiales para el manejo de la presión

El objetivo de las superficies para aliviar la presión es reducir la magnitud, o la duración, o la presión, o ambas (incluidos el roce y la fricción) entre los pacientes y su superficie de apoyo (lo cual se denomina "presión del punto de contacto").

- Para la selección de una superficie de apoyo apropiada debe tenerse en consideración, el nivel individual de movilidad del paciente en la cama.
- Como norma general y siempre que haya disponibilidad, deben utilizarse colchones de espuma de alta especificidad (espuma visco-elástica) en los pacientes que presenten riesgo de desarrollar úlceras por presión (U.P.P.)
- En los pacientes sentados con movilidad reducida pueden utilizarse cojines que redistribuyan la presión.
- Siempre que haya disponibilidad, debe utilizarse una superficie de apoyo activa (sobre colchón o colchón de aire alternante) en el caso de pacientes con muy alto riesgo de desarrollar úlceras por presión y donde no es posible efectuar cambios posturales frecuentes.
- Aunque se empleen una superficies especiales para controlar la presión seguirá siendo imprescindible llevar a cabo cada cambio postural, siempre que el estado de los pacientes lo vaya a permitir.
- Evitar el empleo de piel de cordero sintética, cualquier dispositivo en forma de anillos y/o guantes llenos de agua.

a. Protección local de cada zona vulnerable

En cada zona de riesgo propensa a sufrir de U.P.P como la zona del talón en el pie va ser imprescindible el empleo de un dispositivo que alivie al cien por ciento la presión sobre estos.

- Emplear almohadas u otros dispositivos debajo de cada pantorrilla para que cada talón quede elevado totalmente, de manera que vaya a distribuirse el peso de las piernas a lo largo de las pantorrillas, manteniendo las rodillas flexionadas mínimamente.
- Inspección cutánea de cada talón por lo menos una vez al día.

En cada zona de apoyo de algún dispositivo terapéutico como puede ser una sonda, mascarilla de oxígeno, gafa nasal, drenaje, etc.:

- Observar las zonas afectadas y movilizar los dispositivos, si es posible.
- Emplear algún tipo de protección en caso haya riesgo de fricción.

Medidas Preventivas Específicas para los Pacientes Sometidos a Intervenciones Quirúrgicas

En todo paciente sometido a alguna cirugía con cada factor de riesgo descrito va ser imprescindible:

- Emplear superficies que redistribuyan la presión en la mesa de cirugía para cada paciente que presente un riesgo elevado de desarrollar U.P.P.
- Colocar a los pacientes, cada vez que se pueda, de modo que sea mínimo el riesgo de desarrollar U.P.P durante la intervención quirúrgica.
- Si los procedimientos quirúrgicos lo permiten, ir elevando cada talón de los pacientes durante la intervención quirúrgica con el fin de disminuir el riesgo de aparición de U.P.P en los talones.
- Emplear protección en cada zona de mayor riesgo (careta, protector de espuma o siliconas).
- Evitar la humedad en exceso que se asocia al empleo de toda solución de preparación cutánea.
- Colocación de los pacientes, siempre que se pueda, en posiciones diferentes de las que mantienen durante la cirugía “antes y después” de la misma

Ortiz de Orue, G. y Condori, F. (2016) señalan que las Técnicas de posición terapéuticas más eficaces para prevenir de esta clase de lesión tenemos:

- Decúbito supino: Las almohadas se van a colocar: Una debajo de la cabeza, una debajo de la cintura, una debajo de los muslos, una debajo de las piernas, una apoyando la planta del pie, dos debajo de los brazos (opcional). Y deberán quedarse libres de presión: Talones, glúteos, zona sacro-coxígea, escápulas y codos. Precauciones: las piernas deberán quedar ligeramente separadas, los pies y manos deben conservar una posición funcional, evitar la rotación del trocánter.
- Decúbito lateral. Las almohadas se colocarán: Una debajo de la cabeza, una apoyando la espalda, una entre las piernas. Precauciones: la espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45-60°, las piernas quedarán en ligera flexión, los pies formando ángulo recto con la pierna, si la cabecera de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30°. En pacientes que pueden realizar algún movimiento en la cama se deberá animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros necesarios que faciliten su movilización, los pies y manos deben conservar una posición funcional.
- Sentado: Las almohadas se colocarán en la región cervical y región lumbo-sacra. Precauciones: Es importante que estén sentados correctamente manteniendo el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio, no utilizar roscas de caucho o flotadores. Los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encarnados. Evitar la hiper flexión cervical, la cifosis lumbar, la compresión de los huecos poplíteos que impide un correcto retorno venoso, el pie equino y el estrangulamiento de la sonda urinaria bajo la piel. (Sol de villa, 2007).

En los talones es necesario emplear almohadas u otros dispositivos debajo de cada pantorrilla para que cada talón quede elevado de forma completa, con el fin que el peso de la pierna sea distribuido, manteniendo las rodillas flexionadas de forma ligera, realizar la inspección de la piel de cada talón por lo menos diariamente y emplear una protección cuando haya riesgo de fricción.

Para Martínez, R. y Ponce, D. (2011)

La superficie de apoyo se utilizará según el riesgo detectado de desarrollar úlceras por presión y la situación clínica del paciente.

Paciente de riesgo bajo: Superficies estáticas (colchonetas- cojines estáticos de aire, colchonetas-colchones-cojines de fibras especiales, colchones de espuma especiales, colchonetas-cojines visco elásticos).

Pacientes de riesgo medio: Superficies dinámicas (colchonetas alternantes de aire de celdas medias) o superficies estáticas de altas prestaciones (colchones de espuma especiales, colchones- colchonetas visco elásticos).

Pacientes de riesgo alto: Superficies dinámicas (colchones de aire alternante, colchonetas de aire alternante de grandes celdas).

Considere siempre a las superficies especiales no sustituye al resto de cuidados como la movilización y los cambios posturales

Nutrición:

La nutrición juega un papel relevante en el abordaje de las úlceras por presión.

Un buen soporte nutricional no sólo favorece la cicatrización de las úlceras por presión, sino que también puede evitar la aparición de éstas. Una situación nutricional deficiente, produce un retraso o imposibilidad de la cicatrización total de las lesiones y favorece la aparición de nuevas. Por lo tanto, las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas y la dieta alimentaria de la paciente rica en proteínas y vitamina C, deberá garantizar el aporte mínimo.

ARTROPLASTIA DE CADERA

La Artroplastia de cadera, es una prótesis de cadera, se trata de una intervención quirúrgica de tipo ortopédica que tiene como objetivo el reemplazo de la articulación dañada de la cadera de forma entera o parcialmente, mediante un implante artificial. Esta intervención quirúrgica va hacer que los pacientes vivan de forma plena, sin ningún tipo de dolor, así como una mejora importante en la calidad de vida de ellos.

Va ser de gran importancia el cumplimiento de algunos requisitos en el material de las prótesis. Debe ser antioxidante, compatible con el organismo de los pacientes, resistentes a todo tipo de presión y carga de torsión. Mayormente se emplea titanio, cromo, cobalto, cerámica o algún material de plástico especial, como polietileno altamente denso.

“CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION (UPP) EN PACIENTES POS OPERADOS DE ARTROPLATIA DE CADERA”:

Es importante valorar al paciente por medio de las escalas de Norton para poder realizar la identificación de todo riesgo y prevenir de forma más específica las U.P.P. La prevención no solo va reducir lo incidente y recurrentes que puedan llegar a ser las U.P.P, también van a disminuir los dolores y toda complicación. La educación sanitaria va formar parte de la estrategia de prevención como de los tratamientos de U.P.P, y va favorecer la implicación de pacientes y cuidadores para planificar los diferentes tipos de cuidado del paciente.

MEDIDAS DE PREVENCION

- Realizar cambio postural al paciente que permanece en cama cada dos a tres horas.
- Mantener el cuerpo de forma alineada distribuyendo de forma correcta el peso de este
- Evita el arrastre del paciente al moverse reduciendo ese tipo de movimiento.
- No emplear ningún tipo de flotador
- Emplear todo dispositivo que contribuya con la distribución de cada fuerza y mitigue la presión:
Colchón anti escaras y almohadas.
- Evaluar toda prominencia ósea.
- Realizar la valoración del estado nutricional de los pacientes
- Mantener una correcta higiene corporal con un perfecto secado evitando la Humedad.
- Tratar que las sábanas de cama no tengan arrugas y estén totalmente estiradas.
- Aplicación de aceite protector.

ROL DEL CUIDADOR FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES

Un cuidador familiar es una persona que brinda cuidados informalmente, a un paciente discapacitado de alguna manera, minusválido o incapacitado, razón por la cual no va poder desarrollar normalmente cualquier actividad vital, por eso debe comenzar a aprender a ser partícipe en el auto cuidado de la persona afectada de forma continua, por ello debe poseer los conocimientos y entender al paciente que va cuidar, cada

necesidad, fortaleza y debilidad de este, y con ello brindar un punto de vista más humano, personal y auto-responsable de los cuidados de la salud del familiar.

Por ello debe aprender a ser partícipe en el auto cuidado de los pacientes y realizarlo de forma continua, con conocimientos y actuación correcta y oportuna en la prevención de U.P.P para lo cual se va necesitar que los profesionales de enfermería intervengan como educadores y orientadores con el objetivo de disminuir complicaciones, lograr la recuperación de los pacientes y garantizar todo cuidado en el hogar.

Las enfermeras se van a encargar de difundir la importancia de la participación de la familia, ya que es considerada como uno de los mejores apoyos para que los pacientes se recuperen rápidamente.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES POSTOPERADOS DE CADERA

El post operatorio de forma inmediata va comenzar cuando concluyen las intervenciones: Va abarcar el primer día. Los pacientes van a ser conducidos a una sala de recuperación post quirúrgica estos cuidados van a incluir:

- Recibir e identificar a los pacientes.
- Comprobar las gráficas de anestesia y hojas quirúrgicas (tipo de intervención, clase de anestésico e incidente).
- Valorarlo a nivel neurológico, signos de despierta, niveles de sedación, agitación, etc.
- Monitorear la función cardiológica y hemodinámicas P.A, F.C, F.R, Sat-O2, E.C.G.
- Administración de oxígeno según el requerimiento.
- Controlar y regular la temperatura (con mantas térmicas).
- Valorar el dolor, administrar la analgesia correspondiente.
- Acomodación de los pacientes, manteniendo las posturas correctas, evitando que roten internamente + aducción de la cadera.
- Mantener las articulaciones afectadas en posturas prescritas y cuerpo de forma alineada.
- Comprobación de la sensibilidad, pulso, temperatura y movilidad de los dos pies.
- Controlar y revisar cada drenaje y apósito quirúrgico.

- Vigilar sangrados en la herida de la cirugía, en lo que respecta a los apósitos como en lo que contiene el drenaje.
- Administrar la medicación, las sueroterapias, y cada hemoderivado según la prescripción.
- Controlar la diuresis y el balance de líquido corporal.
- Apoyar emocionalmente a los pacientes informándoles en donde están, cada acción que se le va realizar y tiempo de hospitalización aproximado en el área.
- En una situación de emergencia vital, se aplicara cada regla básica para la reanimación a nivel cardiopulmonar, así como mantener y reponer carro de parada cardio-respiratoria y carro para manejo de vías aéreas difíciles (20,21)

3.- Desarrollo de actividades para plan de mejoramiento con relación a la situación problemática.

Plan de cuidados de Enfermería

3.1 Valoración:

3.1.1 Datos de Filiación:

Nombre: C.Z.R

Historia Clínica: 027542

Sexo: Femenino

Edad: 70 años

Ocupación: Docente

Estado civil: Casada

Religión: Católico

Lugar de nacimiento: Lima – Surco

Grado de instrucción: Superior

Número de hijos: 04 hijos

Fecha de admisión: 14 /02/2020

Causa de hospitalización: Fractura de cadera de lado derecho.

Fecha de valoración: 14. /02/2020

Fecha de intervención: 17/02/2020

3.1.2 Motivo de Consulta:

Paciente anciano con cadera derecha fracturada, con tiempo de enfermedad de seis meses de forma insidiosa y curso progresivo. Dolor en cadera derecha irradiada hacia rodilla.

3.1.3 Enfermedad Actual:

Paciente poso perada inmediata de Artroplastia de cadera derecha despierta, herida operatoria cubierta más vendaje circular en cadera con vía endovenosa, ubicada en el ambiente 413 del servicio de cirugía.

3.1.4 Antecedentes:

Antecedentes perinatales:

Nacido de parto eutócico, con desarrollo psicomotor normal y calendario de Vacunas completas.

Antecedentes familiares:

Padre con hipertensión arterial

Madre con diabetes mellitus.

Antecedentes personales:

RAM: Penicilinas

Hábitostóxicos: no consume tabaco, no alcohol.

Hipertensión arterial a los 34 años.

Diabetes Mellitus a los 20 años.

Úlcera gástrica en el 2014.

Hernia Umbilical en el año 2012.

Antecedentes socioeconómicos y culturales:

Pensionista con ingreso fijo, número de habitantes cuatro. De nacionalidad peruana.

3.1.5 Examen Físico:

Peso: 78 Kg.

Talla: 176 cm

Presión Arterial: ciento treinta – setenta milímetros de mercurio.

Frecuencia Cardíaca: ochenta y dos X'

Frecuencia Respiratoria: veintidós X'

Saturación de Oxígeno: 90%

Temperatura: 36.8°C

-Arreglo personal: Aparente buen estado de higiene.

-Estado de la piel: piel semi húmeda, turgente no cianótica, no icterica, tejido celular subcutáneo sin presencia de edemas, presenta zona de presión a nivel de talones y coxis. Con vía periférica en ambos miembros superiores

-Tono y modulación de la voz: lenta y ronca.

Posición: cabecera a 30 grados.

-Postura adoptada: decúbito dorsal, permanece acostada.

-Expresión facial: evidencia de dolor escala de EVA 7/10, con facies de Sensación nauseosa.

- Movimientos corporales: con limitación de movimiento en cadera derecha y miembro inferior
- Marcha: paciente en cama
- Estatura: 1.76cm aprox.
- Forma/estructura corporal: anatómicamente estructural
 - Conformación corporal: miembros superiores e inferiores completos
- Estado nutricional: de acuerdo con el peso y talla
- Cuero cabelludo: normal
- Cabello: negro con presencia de canas.
- Estado de audición: normal.
- Nariz y senos paranasales: Fosas nasales permeables
- Cavidad oral: boca, labios, lengua, dientes cavidad oral sin alteraciones.
 - No Ingiere líquidos por vía oral.
- Cuello: movilidad del cuello simétrico, normal
- Ganglios linfáticos, no presentes, no palpables
- Examen pulmonar: alterado con nivel de saturación de 90%, con oxígeno por cánula bina sal a 2 litros.
 - Examen cardiaco: función y actividad cardiaca normal
 - Examen de abdomen: ruidos hidroaéreos incrementados por permanencia en cama.
 - Examen neurológico: paciente despierta lucida orientada en las tres esferas Espacio tiempo y persona. Respuesta ocular, verbal y motora normal.
 - Examen genitourinario: micción espontanea con sonda Foley, orina clara.

3.1.6VALORACION SEGÚN MODELOS DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES:

DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD

Clase 1: Toma de conciencia de la salud:

Conocimiento de las enfermedades.

Clase 2: Gestión de la salud: conoce las complicaciones.

DOMINIO 2: NUTRICION

Clase 1: Ingestión: paciente en nada por vía oral, aún no ingiere líquidos

Clase 2: Digestión: no ingiere alimentos solidos

Clase 5: Hidratación: Mucosa oral semi-hidratada recibiendo paquete
Globular (hemoglobina 10 g/dl) perdida sanguínea en sala de
Operaciones vol.500 c/c en sala de operaciones.
Con infusión endovenosa vol.1000 en 24 horas.

DOMINIO 3: ELIMINACION

Clase 1: Función urinaria: con sonda Foley, orina clara, volumen adecuado
Balance hídrico + 230.

Clase 2: Función gastrointestinal: no deposición paciente en reposo

Clase 3: Función tegumentaria: presencia de zonas de presión en talones y coxis.
Con herida operatoria en cadera derecha con apósitos húmedos y hemático

DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

Clase 1: Reposo / somnolencia: bajo efectos de anestesia

Clase 2: Actividades/ejercicios: permanece en cama, movimientos limitados en
cadera derecha y miembro inferior derecho

Clase 4: Respuestas cardiovasculares y pulmonares: con apoyo de oxígeno por
cánula bina sal 2 litros por minuto saturación 90%.

Clase 5: Autocuidado: sigue al pie de la letra los cuidados, posición decúbito
dorsal, miembro afectado con rodilla flexionada.

DOMINIO 5: PERCEPCION / COGNICION

Clase 1: Atención: obedece ordenes

Clase 2: Orientación: orientado en tiempo espacio y persona

Clase 4: Cognición: preocupada por su situación de volver a caminar

Clase 5: Comunicación: normal.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCION

Clase 1: Auto concepto: con limitación de movimiento por cierto tiempo

Clase 2: Autoestima: preocupada por su situación

Clase 3: Imagen del cuerpo: desmejorado.

DOMINIO 7: ROL / RELACIONES

Clase 1: Función de los cuidadores: preocupación permanente

Clase 2: Relación familiar: recibe visita de sus familiares, que expresan ansiedad y preocupación.

Clase 3: Desempeño del rol: obedece las recomendaciones

DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCION

Clase 1: Infecciones: Herida quirúrgica, hemoglobina 10 mg/dl, con sonda y Foley y vía periférica en ambos brazos

Clase 6: Termorregulación: tiempo de operación 3 horas, piel fría

DOMINIO 12: CONFORT

Clase 1: Confort físico: Con facies de dolor en escala de EVA 7/10, náuseas, Salivación.

3.1.7ESQUEMA DE VALORACIÓN:

FLUJOGRAMA

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	V A L O R A C I O N
-------------------------------------	--

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">-Piel: presencia con herida operatoria con gasas y apósito húmedo cero hemático y vendaje circular a nivel cadera derecha.-Nutrición: poso perada en nada por vía oral-Dolor: en zona operatoria a la movilización-Abdomen: distendidos ruidos hidroaéreos incrementados (++) con dificultad para eliminar gases.-Hidratación: mucosa oral semihidratada, con infusión endovenosa 1000 en 24 horas, pérdida sanguínea 500cc en sala de operaciones, hg (10 g/dl)-Respiratorio: saturación 90% con oxígeno por cánulabina sal 2 litros por minuto-interrupción del proceso familiar: Va a expresar tristeza y/o preocupación en rostros.-Ansiedad.-Orina clara con sonda Foley-Movilización limitada en cama.Administración de medicamentos. | |
|---|--|

INTERVENCION INTERDEPENDIENTE

Coordinar con:

- Radiología: para la toma de placas radiográficas de la especialidad (posoperatorio)
- Banco de sangre: transfusión sanguínea
- Laboratorio clínico: para toma de muestra post transfusional, glucosa, urea, creatinina.
- Coordinar con traumatólogo de servicio.

- alteración de la nutrición
- Riesgo de desequilibrio de volumen líquido
- alteración de la integridad de la piel
- Dolor agudo
- Riesgo de infección
- Riesgo de caída
- Ansiedad
- Deterioro de la integridad cutánea
- Respiratorio ineficaz

DIAGNOSTICOS

3.2. Diagnósticos de Enfermería

3.2.1 Lista de Hallazgos Significativos

- Presencia de invasivos
- Paciente en NPO
- Dependencia total

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Riesgo de infección	procedimientos invasivos (intervención quirúrgica, drenajes, catéteres, etc.)	Herida operatoria Enrojecida, drenaje laminar con salida de secreción mal oliente.	Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos (intervención quirúrgica, catéteres, y sonda Foley, etc.)
Dolor agudo	Intervención quirúrgica (herida, drenajes, etc.)	Dolor en zona operatoria intenso, tipo punzada.	Dolor agudo r/c intervención quirúrgica (herida, con gasa y apósito, húmeda cero hemática.)
Riesgo de sangrado	intervención quirúrgica	Sangrado + 500 dl/ mg en tras operatorio	Riesgo de sangrado r/c intervención quirúrgica
Riesgo de caída	estado por operatorio	Paciente Postrado en cama con dependencia caer	Riesgo de caída r/c disminución de las fuerzas en las extremidades inferiores.
Deterioro de la movilidad física	dolor, temor al manejo de dispositivos terapéuticos y falta de conocimientos con respecto al valor de la actividad	Paciente con temor a la movilización por sangrado.	Deterioro de la movilidad física r/c dolor, temor al manejo de dispositivos terapéuticos y falta de conocimientos con respecto al valor de la actividad
Ansiedad	R/C cambios en el estado de salud	Pacientes ansiosos por la intervención quirúrgica	Ansiedad R/C cambios en el estado de salud E/P intranquilidad, preocupación con facies de ansiedad e intervención quirúrgica

-Caída

-Dolor

- Ansiedad

-Presencia de sonda Foley con uso de pañal

- Herida operatoria con gasa y apósito, con venda circular en cadera

- So2 90 % con CBN a 2 litros.

3.2.2 Diagnósticos de Enfermería según datos Significativos

- Riesgo de infección
- Dolor agudo
- Riesgo de sangrado
- Riesgo de caídas
- Deterioro de la movilidad física
- Ansiedad.

3.2.3 Esquema de Diagnósticos de Enfermería

3.3. PLANIFICACIÓN

3.3.1 Esquema de Planificación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos (intervención quirúrgica, catéteres, y sonda Foley, etc.)	<u>Control de riesgo 1902</u> identificar los factores de riesgo controlar los factores de riesgo ambiental 1.-Nunca demostró 2.-Raramente demostró 3.-A veces demostró 4.-Frecuentemente demostró 5.-Siempre demostró	<u>control de las infecciones (6540)</u> <ul style="list-style-type: none">• Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.• Usar guantes según lo exigen las normas de preocupación universal.• Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano• Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de líneas centrales a pie de cama.• Asegurar una técnica de cuidados de heridas	Paciente disminuye el alto riesgo de infección de sitio operatorio con las con los cuidados de enfermería

	<p>Cocimiento de control de la infección 1842.</p> <p>-Signos y síntoma de la infección</p> <p>-Uso de antibióticos en el tratamiento de la infección</p> <p>-Importancia de la higiene de la mano.</p> <p>1 =Ninguna conocida 2 =Conocimiento escasa 3= Conocimiento moderada 4= Conocimiento sustancial 5= Conocimiento externo</p>	<p><u>Administración de medicación (2210)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguir los cinco principios de la administración de medicación. • Verificar la receta o la orden de medicación antes de administra el fármaco. • Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos. • Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco. <p>Administra la medicación con la técnica y vía adecuadas</p> <p><u>Vigilancia de la piel (3590)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo. • Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación • Valorar el estado de incisión • Vigilar el color y temperatura de la piel • Observar si la ropa queda ajustada. • monitorización de los signos vitales (6680) 	<p>Paciente disminuye el alto riesgo de infección de sitio operatorio con las con los cuidados de enfermería</p>
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.• Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome los medicamentos.• Controlar periódicamente el pulso y el estado respiratorio.• Controlar la saturación de oxígeno• Observar si hay cianosis central o periférica.• Monitorizar los ruidos pulmonares.• Monitorizar la presencia y la calidad del pulso.	
--	--	---	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Dolor agudo r/c intervención quirúrgica (herida, con gasa y apósito, húmeda cero hemática.)</p>	<p><u>Control de dolor 1605I.</u> Utilizar medidas preventivas para el control de dolor</p> <p>Utilizar analgésico como se recomienda</p> <p>Reconocer los sistemas asociados del dolor</p> <p>1 =Nunca demostrado 2 = realmente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado 5= siempre demostrado</p>	<p><u>administración de medicación (2300)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguir los cinco principios de la administración de medicación. - Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco. - Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto al medicamento - Vigilar los signos vitales. - <p><u>enseñanza: procedimiento/ tratamiento (5618)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente que se le realizara un procedimiento. - Explicar el procedimiento/ tratamiento. Enseñar al paciente como cooperar durante el procedimiento y tratamiento 	<p>Paciente expresa alivio a dolor en su estancia hospitalaria.</p>

	<p><u>Nivel dolor 2102</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Dolor referido-Duración de los episodios de dolor-Expresión facial el dolor <p>1 =Grave 2 =Sustancial 3= Moderado 4= Leve 5=Ninguno</p>	<p><u>manejo del dolor (1400)</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/ duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos <p><u>manejo ambiental: confort (6482)</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo- Proporcionar un ambiente tranquilo y seguro- Evitar interrupciones necesarias y permitir periodos de reposo.	
--	---	---	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	EVALUACIÓN
<p>Deterioro de la movilidad física r/c dolor, temor al manejo de dispositivos terapéuticos y falta de conocimientos con respecto al valor de la actividad</p>	<p>Nivel de movilidad 208</p> <ul style="list-style-type: none"> -movimiento muscular -Movimiento muscular. <p>1.- Dependencia no participa</p> <p>2.-Ayuda personal.</p> <p>3.-Completamente independiente.</p> <p><u>Función muscular</u></p> <p><u>209</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Movimiento muscular sostenido. -Tono muscular -Control de movimiento 	<p>Apoyo al cuidador principal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. - Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso. - Animar la aceptación de independencia entre los miembros de la familia. - Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente. - Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente. - Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente. - Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento 	<p>Paciente inicia la movilización asistida.</p>

	<p>1.- extremadamente 2.- sustancialmente. 3.- Moderadamente 4.- levemente. 5.- No comprometido</p>	<p>mediante llamadas por teléfono.</p> <p><u>Enseñanza: actividad/ ejercicio (5612):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Movilizar al paciente indicándole la importancia de moverse -Instruir en la realización de sencillos ejercicios de flexo extensión que se puedan hacer en la cama. <p>Fomento del ejercicio (0200):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Levantar al sillón al día siguiente de la cirugía. -Fomentar la deambulacion precoz - Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. 	
--	---	--	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Ansiedad R/C cambios en el estado de salud E/P intranquilidad, preocupación con facies de ansiedad e intervención quirúrgica</p>	<p><u>Autocontrol de la ansiedad (1402)</u></p> <p>Monitorizar la intensidad de la ansiedad</p> <p>Eliminar precursores de ansiedad</p> <p>Identificar factores que desencadena la ansiedad</p> <p>1 =Nunca demostrado 2 = Realmente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentemente</p>	<p><u>monitorización de los signos vitales (6680)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda. • Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome los medicamentos. • Controlar periódicamente el pulso y el estado respiratorio. • Controlar la saturación de oxígeno • Observar si hay cianosis central o periférica. • Monitorizar los ruidos pulmonares. • Monitorizar la presencia y la calidad del pulso. <p><u>Apoyo emocional. (5270)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con el paciente. • Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. • Animar al paciente a que exprese los sentimientos de 	<p>Paciente disminuye el nivel de ansiedad con los cuidados de enfermería</p>

	<p>demostrado</p> <p>5= siempre demostrado</p> <p>Equilibrio emocional (1204)</p> <p>-Muestra de afecto adecuado a la situación</p> <p>-Muestra un estado de ánimo sereno</p> <p>-Muestra concentración</p> <p>1 =Nunca demostrado</p> <p>2 = realmente demostrado</p> <p>3= A veces demostrado</p> <p>4= Frecuentemente demostrado</p> <p>5= siempre demostrado</p>	<p><u>monitorización de los signos vitales (6680)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda. • Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome los medicamentos. • Controlar periódicamente el pulso y el estado respiratorio. • Controlar la saturación de oxígeno • Observar si hay cianosis central o periférica. • Monitorizar los ruidos pulmonares. • Monitorizar la presencia y la calidad del pulso. <p><u>Apoyo emocional. (5270)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con el paciente. • Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. • Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza • Favorecer la conversación como medio de disminuir la respuesta emocional 	<p>Paciente disminuye el nivel de ansiedad con los cuidados de enfermería</p>
--	---	---	---

		<p><u>Mejora de la autoconfianza (5395)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar conducto deseado.• Explorar la percepción del individuo de los beneficios de ejecutar el conducto deseado.• Identificar la percepción del individuo de los riesgos de no ejecutar conducto deseado.• Reforzar la confianza al hacer los cambios de conducto y emprenderla acción <p>Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales desarrollado de una nueva conducta</p>	
--	--	---	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Riesgo de caída r/c disminución de las fuerzas en las extremidades inferiores.</p>	<p>EQUILIBRIO (O2O2)</p> <p>I.- Equilibrio al caminar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No comprometido 2. Moderadamente comprometido 3. Gravemente comprometido <p>II.- Tambaleo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Moderado <p>Ninguno ayuda con los autocuidados: aseo (1804)</p> <p>MOVIMIENTO COORDINADO (0212)</p> <p>I.- Control del movimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No comprometido 2. Moderadamente comprometido 	<p><u>Prevención de caídas (6490)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. - Controlar la marcha, el equilibrio de la deambulación - Pedir al paciente su percepción de equilibrio - Ayudar a la deambulación de la persona inestable - Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse. <p><u>Cambios de posición (0840)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocar sobre un colchón firme - Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición - Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. 	<p>Paciente no presenta caída.</p>

	Gravemente comprometido	<p><u>Ayuda con los autocuidados: aseo (1804)</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Ayudar al paciente en el aseo- Disponer de la intimidad durante la eliminación <p>Controlar la integridad cutánea del paciente.</p> <p><u>Ayuda con los autocuidados: transferencia</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo- Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente.- Proporcionar privacidad, evitar corrientes de aire y preservar el pudor del paciente	
--	-------------------------	--	--

4 Ejecución y Evaluación:

3,4.1 Registro de Enfermería: SOAPIE

S: Paciente refiere: “me duele la herida cuando me muevo”

O: Paciente adulto con diagnóstico médico de Fractura de cadera derecha (S72.4) retorna de Recuperación post operados inmediato de Artroplastia de cadera derecha con prótesis no cementada, grado de dependencia II, despierta al llamado, lúcida orientada en tiempo, espacio y persona, ventilando espontáneamente con apoyo de oxígeno por cánula bina sal 2 litros por minuto, mucosa oral semihidratada piel pálida fría y turgente, abdomen ligeramente timpánico con ruidos hidroaéreos incrementados (++)

Con doble vía periférica en cada miembro superior en una recibiendo paquete globular por otra infusión analgésica de ketoprofeno, paciente con náuseas y vómitos de dolores en zona intervenida con escala del dolor EVA. 7/10, con herida operatoria con apósitos ligeramente húmedos y hemáticos con vendaje circular, micción espontánea con sonda Foley permeable orina clara. Los hijos de la paciente preguntan “mi mamá podrá caminar, no sabemos cómo salió de la operación es una persona activa”, con funciones vitales P/A 130/70mmHg, Pulso 72 latidos por minuto, Respiración 20 minutos, T: 36.8°C, Saturación 90%.

A: - Riesgo de infecciones r/c procedimiento invasivo (cirugía, catéter, sonda Foley.

- Dolores agudos r/c intervenciones quirúrgicas (herida operatoria con gases húmedos y hemáticos)

-Deterioro de la movilidad física r/c dolor, miedo al control de todo dispositivo terapéutico y ausencia de todo conocimiento respecto a los valores de las actividades.

-Ansiedad r/c cambios en el estado de salud e/p intranquilidad, preocupación con facies de ansiedad.

-Riesgo de caída r/c reducción de toda fuerza en cada extremidad inferior.

P: -Evitar y/o disminuir el riesgo de infección en zona operatoria y catéteres

-Disminuir el nivel del dolor en escala de EVA 3/10.

-Favorecer la movilización con apoyo.

-Disminuir el grado de ansiedad.

-Evitar y/o prevenir lesiones y/o caídas

I: -Observar herida operatoria vigilando signos de alarma, monitoreo de funciones vitales.

-Administrar antibióticos, analgésicos, controlar infusión analgésica endovenosa indicada, según el médico e nutricionista

- se brinda dieta indicada

-Coordinar con médico tratante para curación de herida operatoria.

-Balance hídrico

- Apoyo emocional a paciente y familiares.

-Educación para la movilización correcta y traslado de paciente

-Inicio de tolerancia oral.

-Vigilar estado de conciencia, colocar cama con barandas.

E: Paciente queda en su ambiente menos ansiosa, logra disminuir el nivel del dolor, no presenta lesiones y/caídas, estable en observación.

4. Conclusiones:

Se concluye que todo paciente post operados que presenta herida quirúrgica requiere de cuidados de enfermería dirigidos a la curación considerando cada medida de asepsia y anti-sepsia con el objetivo de evitar complicaciones como la infección de la herida quirúrgica. La enfermera centrará su atención en el tratamiento, seguimiento y valoración de la herida favoreciendo de esta manera su cicatrización.

Todo paciente post operados de cadera (artroplastia de cadera) presentador, considerando el dolor como uno de los principales componentes ya que se toma en cuenta el umbral del dolor que puede modificarse de acuerdo con el tiempo de exposición del dolor como la intensidad del estímulo, siendo el tratamiento de elección el multimodal que es la combinación de analgésicos para potenciar la analgesia y así disminuir el dolor y posterior evaluación según la escala de EVA.

La limitación de movimiento a consecuencia del dolor es considerada como un factor para las posibles complicaciones posoperatoria, como la presencia de úlceras por presión (UPP) Para evitar y sobre todo prevenir estas complicaciones enfermería debe realizar la valoración de escala de Norton desde el primer momento y concientizar al paciente realizando movimiento y deambulación precoz siempre en cuando no estén contraindicadas, y educar adecuadamente a los pacientes, familia y/o cuidadores para la continuación de los ejercicios de rehabilitación en casa.

5. Recomendaciones:

El área de enfermería va desempeñar una de las actividades de mayor importancia en el servicio de salud al ofrecer todo cuidado de forma apegada a todo principio científico y ético cuya intervención va permitir el fortalecimiento de la calidad en cada servicio de salud, mediante una acción inter disciplinaria. De esta forma el área de enfermería deberá prestar atención a las siguientes recomendaciones.

- Evitar la manifestación de úlceras por presión es una prioridad incluida en el cuidado de todo paciente susceptible de padecer de estas siendo imprescindible para esto, no solo la colaboración de todo profesional sanitario sino también de los propios pacientes y de las personas encargadas de cuidarlos.
- Desarrollar un programa de mejora de calidad para la prevención de las “Úlceras de Presión” (UPP)
- Todo paciente debe tener una valoración de la escala de Braden desde su ingreso al servicio hospitalario.
- Determinar las coordinaciones de forma eficiente con el equipo inter profesional de salud.

Establecer un ambiente de calidez y confort

6. Referencias bibliográficas:

1- REVISTA ELECTRONICA DE PORTALES MEDICOS, COM-ISSN 1886-8924- Revista de periodicidad quincenal dirigida a los profesionales de la Salud de habla hispana interesados en mantener sus conocimientos científicos al día y cultivar una formación continuada en las diversas especialidades en que se divide el conocimiento Medico actual.

https://www.revista-portales_medicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-ulceras-por-presion-upp/

2- REVISTA MEDICA ELECTRONICA PORTALES MEDICOS, Cuidados de Enfermería en úlceras por presión (UPP)

http://www.revista-portales_medicos.com/revista-medica/cuidados_de_enfermeria-ulceras-por-presion-UPP/

3- BUSTOS LOPEZ, R.*; PIÑA MARTINEZ, A.J**; PASTOR MOLINA, M, **; BENITES LASERNA, A**; VILLORA FERNANDEZ, MP. P**; GONZALES

PEREZ, A.D, *** Plan de cuidados estándar de enfermería en artroplastia de cadera.

scielo. iscii, es.php?script=sci_arttext&pid=s1695-61412012000200021

4- JUANA M, DIAZ MARTINEZ, PILAR LOPEZ-DONAIRE, PILAR MOLINA MERCADO, MANUELA PELAEZ-PANADERO, JUAN CARLOS TORRES-AGUILAR, PEDRO L. PANCORBO-HIDALGO. Úlceras por presión en el posoperatorio de intervenciones quirúrgicas de cadera o de rodilla.

Scielo, iscii, es/scielo, popcraft=sci_arttext&pid=s1134-928x2009000200006

5.-SERRANO FENANDEZ, PEDRO. Epidemiología de las úlceras por presión en pacientes con fractura de cadera. Biblioteca Lascasas,2011;7(1). Disponible en

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0624.php>

5.- CODEM. Metodología enfermera: Guía de cuidados de enfermería en un paciente con fractura de cadera en urgencias. Disponible en

http: www.codem.es/Docs/Noticias/poster_fx_cadera_identificado.pdf

6.-CRISTINA MARIBLANCA SEVILLA, Plan de cuidados de fractura de cadera. Universidad complutense de Madrid. E. U. Enfermería, Fisioterapia y podología. Facultad de Medicina, Pabellón II.Avda. Complutenses/ciudad Universitaria.28040 Madrid.

Keywords: Hip Fracture-Care pla

ANEXO



HOJA DE ADMISION DE ENFERMERIA

CAMA N° 302 A REGISTRO N° 93595
 apellido y nombres: Carriaco Piza Neiza
 Edad: 95 Sexo: F H.C.L. 489070
 APELLIDOS Y NOMBRES DEL GARANTE: _____
 GRADO: _____ UNIDAD: _____

FECHA: 08-04-20 Procedencia: _____ Religion: _____
 HORA: 18:00 Lugar de Nac: _____ Ocupacion: _____
 SERVICIO: 3.º N. Estado Civil: _____

I. DATOS DEL INGRESO

TIPO DE INGRESO	LLEGA A LA UNIDAD	ACOMPANADO DE:
Admision: <input type="checkbox"/>	Caminando: <input type="checkbox"/>	Familiar: <input checked="" type="checkbox"/>
Emergencia: <input checked="" type="checkbox"/>	Silla de ruedas: <input type="checkbox"/>	Pers. Hospital: <input checked="" type="checkbox"/>
Transferencia: <input type="checkbox"/>	Camilla: <input checked="" type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>

DIAGNOSTICO MEDICO: EP: sudor 199

NOTAS DEL INGRESO AL SERVICIO:
10 R.P. con O2 amburol, quipiamon con accion
chuvia 14113, sin tubos P2 amburol 61 por el
via ACP tubo blanco, mucos espumosa de
purpur 16519 realice refuerzo de hidratacion

FUNCIONES VITALES: T°: 38.5 P: 72 R: 20 PA: 130/70

ANTECEDENTES PATOLOGICOS Y MEDICACION HABITUAL	INDIC. TERAPEUTICA ACTUAL
<u>Ningun</u>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Alergias: <u>Nieci</u>	AVISO DE ADMISION:
	DR: _____
	Hora: _____
	Por Telefono: _____

II. INFORMACION REFERENCIAL:

TRAE H. CL. ANTIGUA	EXAMENES AUXILIARES	IMAGENES
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hematologia: <input checked="" type="checkbox"/>	RX: <u>TOPA</u> (R)
N° Folders: <u>01</u>	Bioquimica: <input checked="" type="checkbox"/>	TAC: _____
	Ex. Orina: <input checked="" type="checkbox"/>	RMN: _____
	Cultivos: <input type="checkbox"/>	ECO: _____
	Otros: <input type="checkbox"/>	OTROS: _____

III. PERTENENCIAS:

Objetos de Valor SI NO

ENTREGADO A: _____

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dir: _____

N°/NSA: _____

Objetos personales Permitidos

Utiles de aseo:

Pijama:

Bata:

Toalla:

Sandalias:

OBSERVACIONES: _____

[Firma]
 Lic. Luisa V. A. Benaver
 ENFERMERA
 N.º 123456789
 FIRMA Y SELLO DE ENFERMERIA

ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAIDAS DE JH DOWNTON

MODERADO
 CARRASCO RIVERA
 Edad: 95 años
 Fecha: 01.04.20
 Servicio: 3001

Grupos	ESPECIFICACIONES	SI/1	NO/0
Medicamentos	Algunos Tranquilizantes o sedantes Dureticos Hipotensivos (no duricos) Antagonistas ionicos Antihipertensivos Otros medicamentos (vitaminas) Antimicrobianos Antidolores		
Valoración funcional	Algunos Alteraciones visuales Alteraciones Auditivas Estimulantes (potentes para períodos de atención regional) Paciente traumático Alteraciones de conducta Alteraciones Neurológicas Orientado Confuso		
Movilidad	Normal Segue con ayuda Incapaz con fin ayuda dependiente		

SUMAR UN PUNTO POR CADA ITEM CON ASTERISCO
 TRES O MAS PUNTOS INDICAN ALTO RIESGO DE CAIDA
 CLASIFICACION:
 4 o mas: Alto riesgo
 2 o mas: Moderado riesgo
 0 o 1: Bajo riesgo

Firma de Enfermera Responsable

HOJA DE VALORACION DE RIESGO DE CAIDAS DE JH DOWNTON

APellidos y Nombres: Carrasco Rivera Nivaris
 Edad: 95 SEXO: H FECHA DE INGRESO: 08.04.20
 PROCEDENCIA: UNIDAD:

ESCALA DE BRADEN - BERGSTROM

PERCEPCION SENSORIAL	EXPOSICION ALA HUMEDAD	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	NUTRICION	RIESGO DE LESIONES CUTANEAS
1 COMPLETA-MENTE LIMITADA	1 CONSTANTE-MENTE HUMEDA	1 ENCAMAD O EN SILLA	1 COMPLETA-MENTE INMOVIL	1 MUY POBRE	1 PROBLEM A
2 MUY LIMITADA	2 HUMEDA CON FRECUENCIA	2	2 MUY LIMITADA	2 PROBABLE-MENTE INADECUADA	2 PROBLEM A POTENCIAL
3 LIGERA-MENTE LIMITADA	3 OCASIONAL-MENTE HUMEDA	3 DEAMBULA OCASIONAL	3 LIGERAMENTE LIMITADA	3 ADECUADA	3 NO EXISTE PROBLEM A
4 SIN LIMITACIONE S	4 RARAMENTE HUMEDA	4 MENTE FRECUENTE	4 SIN LIMITACIONE S	4 EXCELENTE	

RIESGO DE UPP	BRADEN - BERGSTROM	BRADEN - BERGSTROM	BRADEN - BERGSTROM	ALTO RIESGO	MODERADO RIESGO	BAJO RIESGO
	< 13	13-14	> 14			

Firma de Enfermera Responsable

ANOTACIONES

Atención
 1 x
 2

ÚLCERAS POR PRESIÓN

@Enfermerapresente

- ESTADIO I**
- Edema y enrojecimiento.
 - Afecta: epidermis y dermis.
 - Importante la prevención.

- ESTADIO III**
- Se forma flictena
 - Herida enrojecida
 - Aparición de esfácelo
 - Afecta: Epidermis, dermis
y hipodermis
 - Se implementa desbridamiento
químico.

- ESTADIO II**
- Se forma un eritema
 - Afecta: Epidermis y dermis.
 - Evitar que se extienda.

- ESTADIO IV**
- Pérdida total del grosor
de la piel con destrucción
extensa y necrosis del
tejido.
 - Afecta: Hasta tejido muscular
y hueso.
 - Importante desbridamiento.

