

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN,
REHABILITACIÓN Y RECUPERACIÓN DE PACIENTES CON
LESIONES POR PRESIÓN DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL
HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ – ESSALUD
HUANCAYO, 2020 - 2021**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

YURI CRUZ BOZA

**Callao - 2022
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| • DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA | PRESIDENTA |
| • DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ | SECRETARIA |
| • DRA. HAYDEE BLANCA ROMAN ARAMBURU | VOCAL |

ASESORA: DRA. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO

Nº de Libro:07

Nº de Acta: 066-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 17 de mayo del 2022

Resolución de Consejo Universitario N° 099-2021-CU/FCS, de fecha 30 de Junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, por motivarme constantemente para alcanzar mis anhelos y a mis hijos por su apoyo, tolerancia y comprensión.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiar e iluminar mi sendero

A mis amados padres, por darme el ejemplo de fortaleza y perseverancia

A mis hijos, por ser mi motor y motivo en mi vida diaria.

A mis estimados docentes, por el apoyo incondicional en esta etapa,

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

ÍNDICE

Introducción	2
Capítulo I.	
Descripción de la situación problemática.....	4
Capítulo II. Marco teórico	
2.1 Antecedentes.....	6
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	6
2.1.2 Antecedentes Nacionales	9
2.2 Bases Teóricas.....	13
2.2.1 Teoría del cuidado de Florence Nightingale.....	13
2.2.2 Metaparadigmas.....	15
2.3 Bases Conceptuales.....	16
2.3.1 Lesión por Presión.....	16
2.3.2 Cuidados De Enfermería De Lesiones Por Presion.....	20
Capítulo III: Plan de cuidados de enfermería en la prevención, rehabilitación y recuperación de pacientes adultos con lesiones por presión del servicio de Geriatria	
3.1 Valoración.....	35
3.2 Diagnostico de Enfermería.....	45
3.3 Planificación.....	47
3.4 Ejecución y Evaluación.....	55
Conclusiones.....	58
Recomendaciones.....	59
Anexos.....	63

INTRODUCCIÓN

La población adulta mayor en el Perú representa el 9,4% de la población total del país (2 millones 907 mil personas), con una proyección a 11,2% para el 2021, para cubrir las necesidades en servicios de salud que requiere este grupo etéreo, se incrementó la demanda a un 13.2% del total de atenciones brindadas, ocasionadas por patologías que comprometen el estado funcional, predisponiendo al desarrollo de úlceras por presión (1)

Considerándose que una lesión por presión (LPP) es una lesión dérmica y del tejido subyacente sobre una prominencia ósea, resultado de la presión ejercida y mantenida, la fricción, cizallamiento y humedad; constituyendo un problema sanitario evitable en un 95% tras la aplicación de medidas preventivas; como son la Identificación del paciente con riesgo de presentar LPP (a través de la Escala de Norton que evalúa la movilización, incontinencia y el estado mental físico, general); la valoración del estado de la piel; la educación al familiar con énfasis en la higiene del paciente, y la aplicación de los cambios posturales. (2)

Las LPPs se previenen hasta en el 95% de los casos y su aparición está íntimamente relacionada con la calidad de los cuidados prestados, por ello el papel de los profesionales de enfermería expertas en la ciencia del cuidado quienes diariamente entregan su calidez humana para evitar estos eventos adversos. (1)

El hecho de que aparezca una LPP depende de una compleja interacción entre factores relacionados con el paciente, condiciones de comorbilidad y factores tisulares; así como circunstancias relacionadas a la hospitalización y administración de medicamentos. (3)

El presente trabajo académico titulado “Cuidados de Enfermería en la prevención, rehabilitación y recuperación de pacientes con lesiones por presión del servicio de geriatría del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo 2020-2021”, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión. Asimismo, contribuirá a disminuir los casos de esta afección en el adulto mayor hospitalizado que estriba en una estancia hospitalaria cinco veces mayor que en pacientes sin esta condición, un incremento en la mortalidad, un aumento

significativo de complicaciones infecciosas y comorbilidad, un incremento en los costos de manejo, estimándose en 489 dólares por úlcera, con un tiempo medio de tratamiento de 116 días y mejorar así la calidad de vida de los pacientes adultos mayores. (1)

Mencionado trabajo se realizó como parte de la experiencia profesional como enfermera del servicio de medicina adultos del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale - ESSALUD, este servicio actualmente brinda atención diferenciada a las PAMs (personas adultas mayores), lo cual ha permitido aperturar el área de "ULCERAS POR PRESION", en un esfuerzo conjunto con el equipo multidisciplinario de salud y los familiares de los pacientes.

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un Plan de Intervención para la prevención, rehabilitación y recuperación de los pacientes con úlceras por presión, el cual contiene la justificación, objetivos, metas, programación de actividades, recursos, ejecución y evaluación. Cabe mencionar que fue ejecutado durante los años 2020 - 2021 y fue elaborado en su totalidad por la autora, y será presentado a la Jefatura del servicio en referencia, a fin de posibilitar su implementación formal y permita también ser un punto de referencia para otros servicios de la institución, ya que se cuenta con suficiente evidencia de que se ha logrado curar y reducir los índices de UPP durante la estancia hospitalaria de los pacientes.

Finalmente, el contenido del trabajo académico consta de: Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Las lesiones por presión conocidas también como lesiones por decúbito, son lesiones producidas en la piel y tejidos adyacentes originados por la presión prolongada de una superficie corporal sobre todo en prominencias óseas. La presión prolongada en estas zonas origina un bloqueo en la irrigación sanguínea y linfática ocasionando isquemia que puede progresar hasta la muerte de los tejidos afectados (necrosis tisular). La presión de la superficie corporal causa el cierre de los capilares, disminuyendo el aporte de oxígeno y nutrientes que van a conllevar a una necrosis tisular. (3)

Actualmente, las lesiones por presión representan un importante problema de salud a nivel mundial y aún más cuando se observa con frecuencia que las instituciones hospitalarias reportan porcentaje significativo de esta afección y que va en aumento debido al crecimiento de la población del adulto mayor. Sin embargo, es preocupante debido a que es evitable, como lo menciona un estudio realizado en el hospital de Navarra, donde nos dice “El 95% de las LPP en las instituciones hospitalarias son evitables y un porcentaje importante (60%) de estas serían prevenibles a través de la valoración y riesgo de UPP en las instituciones hospitalarias donde con mayor frecuencia se presentan esta afección”. (2)

A nivel mundial, la prevalencia oscila entre 0,4-38% y la incidencia 3,8%-12%. A nivel nacional se estima una prevalencia entre 11,4%-16% en la población adulta mayor, guardando relación con el déficit del sistema sanitario (6). En el 2018, en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé según el área de curaciones de úlceras por presión, se evidencia que se atendió a 381 pacientes en el año 2020, y 520 en el año 2021, realizando 9300 y 11548 curaciones a pacientes con UPP en el 2020 y 2021 respectivamente. (1)

Además, el departamento de Enfermería del citado centro hospitalario realiza constantemente actividades educativas a los familiares de los pacientes para su autocuidado en el hogar y mejorar la calidad de vida de los asegurados

Se reconoce que hasta el 70% de las lesiones por presión (LPP) ocurren en personas mayores de 60 a 70 años de edad, siendo en orden de incidencia los pacientes con limitaciones secundarias por daño neurológico". Así mismo a pesar del avance tecnológico en medidas preventivas y terapéuticas (muchas veces inalcanzables por costos) la incidencia se ha incrementado en un 55% desde 1983. A nivel hospitalario entre 3 y 11% de los adultos mayores desarrollan úlceras por presión, de los cuales el 70% se producen en las primeras semanas de estancia hospitalaria; en tal sentido, las úlceras por presión representan una condición frecuente de morbimortalidad en los servicios de medicina, en especial en el adulto mayor por lo que es necesario elaborar estrategias preventivas y recuperativas en el servicio de medicina interna, que permita optimizar la calidad del cuidado. (1)

La aplicación de la escala de NORTON permite identificar el nivel de riesgo de úlceras por presión en el adulto mayor en el momento de ingreso al servicio de Medicina Interna. (4)

En el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, según el área de Curaciones de lesiones por presión se han realizado 9300 y 11548 curaciones en el año 2020 y 2021 respectivamente, en pacientes hospitalizados con estancia prolongada en las diversas áreas de mencionado nosocomio. (5)

Es de trascendental importancia elaborar un plan de cuidados para la prevención, rehabilitación y recuperación de los pacientes con lesiones por presión, para así dar a conocer el manejo adecuado de esta afección, ya que se ha observado practicas no recomendables en el cuidado de los pacientes con riesgo, así como una inadecuada evaluación y manejo, tanto en la parte medica como en la de enfermería, con este plan pretendo estrategias de cuidado, para implementar un programa educativo y mejorar los protocolos de atención para disminuir la incidencia y prevalencia de este problema, lo cual representaría una mejor calidad en la asistencia de los pacientes atendidos por el personal del hospital y un decremento en los costos asociados a insumos relacionados con la curación de estas heridas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

PAEZ L, MACHAIN G, (PARAGUAY, 2019) en su estudio “Úlceras por presión en el servicio de urgencias de adultos del hospital de clinicas en el periodo 2014-2019”. Es un estudio de diseño retrospectivo, observacional, analítico, de corte transversal, con un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Se analizaron los datos de 178 pacientes. La patología de base predominante (24%) fue el accidente cerebrovascular. Localización más frecuente fue la escara sacra (58%). Existió una relación estadísticamente significativa entre los diagnósticos que implicaban un encamamiento crónico y la aparición de úlceras profundas grado IV, así como la progresión al grado IV en las localizaciones tanto sacras como en su aparición en múltiples localizaciones simultaneas. El tratamiento de elección en el Grado I (70 %) fue la curación, en el Grado III (14%) fue escarectomía y en el Grado IV (46%) un desbridamiento quirúrgico. Se concluye que las úlceras por presión constituyen un problema de salud con importantes repercusiones en el estado de salud y la calidad de vida, con un gran impacto socio-económico y es por esto que la evaluación integral del paciente, permite la prevención de las mismas identificando los factores predisponentes a desarrollarlas. (6)

En nuestro hospital la localizacion mas frecuente se dio en la zona sacro/coxigea con un 22.27% seguida del area de los talones en un 20.38%. El tratamiento en el grado I II y III es la curacion con los parches hidrocoloides, gel hidrocolide, alginato de plata y alginato de calcio, logrando asi la curacion y rehabilitacion de las ulceras por presion.

MORALES I (BRASIL, 2019) en su estudio “Úlceras por presión: riesgos, factores predisponentes y pronóstico hospitalario en pacientes mayores de 65 años”. Es un diseño descriptivo y transversal. Se evaluó a 444 pacientes

con y sin UPP mediante la Escala de Braden, el Mini Nutritional Assessment Short y Prisma 7. Respecto de la Escala de Braden el grupo con mayor representación es el Riesgo Moderado de sufrir UPP (37,6%). La estratificación en grupo del Prisma 7 muestra 2 grupos principales, el mayor (51,8%) que corresponde a Prisma positivo (>3), seguido por el grupo de Prisma negativo (35,1%). Según la escala Mini Nutritional Assessment Short 41,9% de los pacientes internados tiene riesgo de desnutrición y 34% se halla con desnutrición, el estudio relaciona las UPP con una serie de factores como la malnutrición, la inmovilidad y pérdida de la independencia. La escala de Braden señaló ser un buen predictor de UPP. Se comprobó que las UPP son un problema con gran prevalencia en el hospital, que el acompañamiento multidisciplinar para el cuidado y tratamiento de estas lesiones es fundamental. (7)

En el HNRPP la escala que se utiliza es de Norton, siendo de gran ayuda para clasificar las UPP, sin embargo coincidimos que los factores como la malnutrición, la inmovilidad y pérdida de la independencia contribuyen a la aparición y complicación de las UPP.

SARABIA R (ESPAÑA, 2019). En su estudio “Incidencia de úlceras por presión en una unidad geriátrica de recuperación funcional: estudio de series cronológicas”. Es de tipo retrospectivo de dos series cronológicas de incidencia de UPP en la unidad geriátrica, de media estancia o convalecencia. Conformaron las dos series todos los pacientes ingresados consecutivamente en los dos periodos de estudio (n = 241). Se consideró UPP incidente o intrahospitalaria aquella que se produjo a partir de las 48 horas desde el ingreso (fórmula de cálculo: $\frac{\text{Pacientes que han desarrollado una UPP en el hospital} \times 100}{\text{pacientes ingresados más de 2 días}}$). Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas y comparaciones mediante la prueba de la χ^2 o el test exacto de Fisher, según correspondiera. Tanto a nivel internacional como nacional, existe una gran variabilidad dentro de las unidades geriátricas en cuanto a su denominación, dotación, ubicación y titularidad. Los datos reflejan un problema de importante

magnitud que debe ser tema de análisis y meditación por todos los agentes implicados. (8)

En el HNRPP el mayor número de casos de úlceras por presión se encuentran en los servicios de medicina interna con un 87% del total de todos los casos.

HERNANDEZ S, GONZALES L & HERNANDEZ M (MEXICO 2017), en su estudio “Valoración del riesgo de úlceras por presión y aplicación de medidas preventivas en adultos mayores hospitalizados” de tipo analítico, descriptivo, cuyo objetivo fue verificar la detección del riesgo y la aplicación de medidas de prevención de úlceras por presión durante la hospitalización. Métodos: Se elaboró una guía de auditoría a partir de las directrices nacionales de prevención y tratamiento de úlceras por presión en el hospital, y se revisaron aleatoriamente 40 expedientes de adultos mayores con fractura de cadera. Después se implementaron estrategias de mejora: actualización de los formatos electrónicos de hoja de enfermería, indicaciones médicas y capacitación del personal involucrado. Se realizaron mediciones al mes y a los 6 meses. La principal medida de resultado fue el cambio en los porcentajes de cada criterio. Resultados: El cumplimiento en la valoración fue del 75 al 100% en la prevención, los porcentajes escasos se encontraron en el manejo de la presión, y ningún criterio alcanzó el estándar (100%). La segunda medición mostró cambios en la valoración, los cuidados de la piel y la nutrición, pero dos criterios del manejo de la presión no alcanzaron el estándar establecido. Conclusiones: Estrategias de mejora contribuyen al logro de resultados satisfactorios cuando participa el equipo multidisciplinario. (9)

En el HNRPP se ha comprobado que el trabajo en equipo ayuda a disminuir tanto la aparición de las úlceras por presión como la curación y rehabilitación de las mismas, sin embargo no todo el personal, entre médicos, enfermeras, técnicos, nutricionistas, etc tienen el conocimiento del tratamiento de este tipo de eventos adversos.

AREVALO M & SANGUINO M (SANTIAGO DE GUAYAQUIL-ECUADOR 2018). En su estudio “Manejo de pacientes adultos mayores con úlceras por presión” con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, longitudinal y prospectivo. Resultados: Rango de edad de 20-29 años y de 40-49 años 5%; 62% del sexo femenino; el 51% del personal está conformado por licenciadas/os en enfermería; el 42% de licenciadas/os tienen más de 10 años de trabajo en el área; 80% refieren tener conocimiento sobre fisiopatología de UPP, factores de riesgo; el 33% reconocen que el tiempo de hospitalización es el mayor factor predisponente; 80% del personal tiene conocimiento sobre las medidas de prevención, entre ellas la que más se aplica es realizar cambios posturales representado por el 33% de encuestados; el 67% refleja el conocimiento sobre los cuidados de las UPP y entre las intervenciones realizadas, el personal de enfermería y terapeutas físicos clasifican el estadio de las UPP y mantienen limpia la herida. Conclusión: El conocimiento de este tipo de alteraciones en el tejido tisular es importante para cumplir intervenciones de enfermería para contribuir a la prevención, diagnóstico y tratamiento de UPP en adultos mayores. (10)

En el HNRPP se evidencia que el personal que labora en su mayoría están en el rango de 40-50 años de edad, quienes tienen más de 10 años laborando, sin embargo solo se cuenta con una enfermera capacitada a cargo del servicio de UPP, el personal asistencial que labora en el servicio de medicina interna, no cuentan con el conocimiento científico para el tratamiento de las úlceras.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

FLORES Y, ROJAS J & JURADO J (LIMA, 2016). En su estudio “Frecuencia de úlceras por presión y los factores asociados a su presentación, en pacientes de un hospital nacional de Lima, Perú”. Es un estudio descriptivo, retrospectivo y relacional, realizado en las salas de hospitalización del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati. Se registraron 30 casos de úlceras por presión en el año 2016. Diecinueve (63,3%) fueron mujeres y 36,7%, varones. La frecuencia de úlceras por presión en pacientes por servicio de hospitalización fueron: Medicina Interna 8 (9,52%), Cuidados

intensivos 5 (41,67%), Cirugía general 4 (16,67%), Obstetricia 5 (6,94%) y otros 8 (1,65%) ($p=0,004241$). Como se observó, las úlceras por presión ocurrieron con más frecuencia en los pacientes hospitalizados en cuidados intensivos, en comparación con los otros servicios. Lo referido anteriormente denota la importancia para el sistema hospitalario respecto que debe demandar en la prevención de las UPP en nuestro país, para no generar un deterioro significativo de la calidad de vida de los pacientes. (11)

En el HNRPP el porcentaje de lesiones por presión por servicio fue: medicina interna 407 (75%), oncología 58 (10%), cirugía 51 (9.4%) y otros 24 (4.4%) durante el año 2021, cabe resaltar que el servicio de Geriatria se encuentran dentro del area de medicina.

ROSSELL P, AGUIRRE M & JIMENEZ J (LIMA, 2014). En su estudio “Uso del método autolítico seco en el manejo de las úlceras de presión en pacientes adultos mayores”, es un estudio prospectivo de tipo ensayo clínico aleatorizado a simple ciego. La población estudiada son los PAM con diagnóstico de UP de la ciudad de Lima. La muestra son PAM postrados con diagnóstico de UP atendidos por el Padomi de Essalud. Los resultados obtenidos con los métodos utilizados (convencional –MC– y autolítico seco –MAS–) varían según la localización anatómica de la lesión. El uso del MAS ha demostrado ser más eficaz (menor tiempo de cicatrización y menor número de lesiones que no cicatrizaron) que el MC en el tratamiento de las úlceras de presión localizadas, sobre todo, en la región trocantérea. Así, el MAS es una alternativa a considerar en el tratamiento de las úlceras de presión localizadas en la región trocantérea y talones. (12)

En el HNRPP, se realiza la escarectomia en pacientes con ulceras de grado IV, siempre y cuando no se logra tener resultados positivos con las curaciones permanentes, sin embargo una vez realizada la escarectomia, se continua con las curaciones de las ulceras.

GODOY M. & HUAMANI B (LIMA, 2017). En su estudio “Prevalencia de ulcera por presión en pacientes hospitalizados en una institución prestadora de servicios de salud”, es un estudio observacional de tipo transversal

durante el mes de mayo del 2017 en el Hospital Cayetano Heredia. La población de estudio estuvo constituida por 256 pacientes de los servicios de emergencia, medicina, cirugía, tropicales y traumatología, con algún criterio de inclusión. Se presentó una prevalencia del 19.5%, en varones 21.3%, a partir de los 65 años 44.6% y siendo el estadio II el de mayor prevalencia con 54% y en la zona sacra con 76%. Conclusión: La prevalencia global de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados fue 19.5% y la mayor proporción de 65 años a más, de sexo masculino. El estadio II es el más prevalente en los pacientes hospitalizados en una institución de salud. La mayor prevalencia de úlcera por presión en los pacientes hospitalizados se presenta en la zona sacra, seguido de talón y trocánteres. (13)

Según los datos extraídos del área de UPP, la mayor prevalencia de úlceras por presión se da en pacientes mayores de 70 años, siendo las zonas sacra y talones las más prevalentes. El estadio I y II generalmente son propios del nosocomio y los estadios III y IV provienen de casa u otros establecimientos.

AVELLANEDA E, CURILLO C & SANCHES L (JAEN-PERU 2015), en su estudio "Conocimiento y prácticas del enfermero sobre la prevención y cuidado del paciente con úlceras por presión en el servicio de emergencia, Hospital General Jaen-2015". Es un estudio cuantitativo, con un diseño descriptivo correlacional. Se aplicó un cuestionario para determinar los conocimientos y una guía de observación para la práctica, a 15 enfermeras Concluyendo que existe relación entre las variables en estudio, siendo un 40% de los enfermeros encuestados, quienes presentaron un nivel de conocimientos regular. En el área asistencial se evidenció, que las prácticas que emplean en los niveles de buena y regular se encuentran en un 40%, mientras que solo un 20% la práctica es deficiente. Resultados que nos permitieron afirmar que si existe relación entre los conocimientos y la práctica dado que falta reforzar el conocimiento sobre la valoración del estadiaje de las UPP lo que a su vez repercute en la práctica que realiza el enfermero sobre la prevención y el cuidado del paciente con UPP y afectan directamente el proceso salud enfermedad del paciente con UPP. (14)

En el HNRPP se evidencia que las practicas que realizan el personal del area de medicina con respecto a la prevencion y tratamiento de las UPP, son deficientes, ya que estos eventos adversos siguen en aumento.

ROJAS E. (LIMA-PERU 2018), en su estudio “Cuidados de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins”. Es un estudio de tipo descriptivo en el cual el plan de cuidado de enfermería es la evidencia de un trabajo profesional que permite visualizar la autonomía en la toma de las decisiones siendo nuestra competencia el cuidado humano. En el caso clínico descrito, se aplicó un plan de cuidados que permitió priorizar los diagnósticos, determinar los objetivos, las intervenciones y la evaluación de los resultados, el cual permitirá continuar con las intervenciones de enfermería en los diferentes turnos del día, y durante su estancia hospitalaria. (15)

En el HNRPP se cuenta con diversos planes de cuidados, sin embargo no se realiza las actividades plasmadas en ellos, debido a la sobrecarga laboral, una sola enfermera se dedica a la curacion de las lesiones por presion, siendo su horario de lunes a viernes de 7am a 1pm.

2.2 Base Teórica

2.2.1 Teoría del cuidado de Florence Nightingale

La teoría de Nightingale se centró en el entorno. Todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte. Si bien Nightingale no utilizó el término entorno en sus escritos, definió y describió con detalles los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos que integran el entorno. (16)

Su preocupación por un entorno saludable no incluía únicamente las instalaciones hospitalarias en Crimea e Inglaterra, sino que también hacían referencia a las viviendas de los pacientes y a las condiciones físicas de vida

de los pobres. Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de enfermería adecuados. (16)

Su teoría sobre los 5 elementos esenciales de un entorno saludable (aire puro, agua potable eliminación de aguas residuales, higiene y luz) se consideran tan indispensables en la actualidad como hace 150 años. (16)

Que todos los pacientes tuvieran una ventilación adecuada parecía ser una de las grandes preocupaciones de Nightingale. Instruía a sus enfermeras para que los pacientes pudieran respirar un aire tan puro como el del exterior. Rechazaba la teoría de los gérmenes (recientemente creada en esa época). El énfasis en la ventilación adecuada hacía reconocer a este elemento del entorno tanto como causa de enfermedades como también para la recuperación de los pacientes. (17)

El concepto de iluminación también era importante en su teoría. Descubrió que la luz solar era una necesidad específica de los pacientes: la luz posee tantos efectos reales y tangibles sobre el cuerpo humano. Se enseñaba a las enfermeras a mover y colocar a los pacientes de forma que estuvieran en contacto con la luz solar. (17)

La higiene como concepto es otro elemento esencial de la teoría del entorno de Nightingale. En este concepto se refirió al paciente, a la enfermera y al entorno físico. Observó que un entorno sucio (suelos, alfombras, paredes y ropas de camas) era una fuente de infecciones por la materia orgánica que contenía. Incluso si el entorno estaba bien ventilado, la presencia de material orgánico creaba un ambiente de suciedad; por tanto, se requería una manipulación y una eliminación adecuadas de las excreciones corporales y de las aguas residuales para evitar la contaminación del entorno. Nightingale era partidaria de bañar a los pacientes a menudo, incluso todos los días. También exigía que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia. (17)

También incluyó los conceptos de temperatura, silencio y dieta en su teoría del entorno. Por lo que elaboró un sistema para medir la temperatura corporal con el paciente palpando las extremidades, con la finalidad de calcular la

perdida de calor. Se enseñaba a la enfermera a manipular continuamente el entorno para mantener la ventilación y la temperatura del paciente encendiendo un buen fuego, abriendo las ventanas y colocando al paciente de modo adecuado en la habitación. (17)

La enfermera también debía evitar el ruido innecesario, y valorar la necesidad de mantener un ambiente tranquilo. (17)

Nightingale se preocupó por la dieta del paciente. Enseñó a las enfermeras a valorar la ingesta alimenticia, así como el horario de las comidas y su efecto sobre el paciente. Creía que los pacientes con enfermedades crónicas corrían el peligro de morir de inanición, y que las enfermeras debían saber satisfacer las necesidades nutricionales de un paciente. (17)

Otro elemento de su teoría fue la definición del control de los detalles más pequeños. La enfermera controlaba el entorno física y administrativamente. Además, controlaba el entorno para proteger al paciente de daños físicos y psicológicos: debía evitar que el paciente recibiera noticias que pudieran perturbarlo, que recibiera visitas que perjudicaran su recuperación y que su sueño fuera interrumpido. Nightingale reconoció que la visita de pequeños animales domésticos podría beneficiar al paciente. (17)

Metaparadigmas

- Persona

Nightingale hacía referencia a la persona como paciente. Las enfermeras realizaban tareas para y por el paciente y controlaban el entorno de este paciente para favorecer su recuperación. Se enseñaba a las enfermeras a preguntarle sus preferencias, poniendo de manifiesto la creencia de que Nightingale veía a cada paciente como un individuo. (16)

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

sin emitir juicios originados por sus creencias religiosas o por la falta de ellas. (16)

Cuidado

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

Contemplaba la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía debido a una falta de atención. Utilizó el término naturaleza como sinónimo de Dios. Este empleo se veía respaldado por las creencias religiosas del unitarismo. Concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social. Describió la enfermería de salud pública moderna y el concepto de promoción de salud. (16)

Entorno

Según Fitzpatrick y Whall, describen el concepto de entorno según Nightingale como “aquellos elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas e incluyen desde la comida y las flores hasta las interacciones verbales y no verbales con el paciente”. No se excluye prácticamente ningún elemento del mundo del paciente. Aconsejaba a las enfermeras a crear y mantener un entorno terapéutico que mejoraría la comodidad y recuperación. (16)

Creía que los enfermos se beneficiarían física y mentalmente de las mejoras del entorno. Las enfermeras podrían ser el instrumento para cambiar el estatus social de los pobres, al mejorar sus condiciones de vida físicas y psicológicas. (16)

La madre de Nightingale había visitado y atendido a familias pobres en las comunidades que rodeaban sus propiedades; Nightingale la acompañó en estas visitas cuando era niña, y las continuó realizando hasta que fue una anciana. (16)

Enfermería

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

Su idea principal era que toda mujer debe recibir formación para poder cuidar un enfermo y que las enfermeras que proporcionan una atención sanitaria preventiva necesitan una formación aún más amplia. Las enfermeras debían ser excelentes observadoras de los pacientes y de su entorno. Las enfermeras con formación debían realizar una vigilancia continua. (16)

Salud

Bienestar mantenida. Para Nightingale la enfermedad se contempla como un proceso de reparación instaurado por la naturaleza. (16)

2.3 Base Conceptual

2.3.1 Lesión por Presión

A. Definición

Las úlceras por presión se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie corporal externa durante un período prolongado. La presión capilar máxima se cifra en torno a los 20 mm Hg, y la presión tisular media entre los 16-33 mm Hg. Presiones superiores ejercidas sobre un área concreta durante un tiempo prolongado desencadenan un proceso isquémico que, si no se revierte a tiempo, origina la muerte celular y su necrosis por falta de oxigenación y nutrición de los tejidos.

En la formación de las úlceras por presión, parece tener más importancia la continuidad en la presión que la intensidad de la misma, ya que la piel puede soportar presiones elevadas, pero sólo durante cortos períodos de tiempo, por lo que se puede afirmar que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales. (18)

B. Factores que contribuyen al desarrollo

- Presión. - Es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel; el cual, debido a la gravedad, provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los tejidos y necrosis si continúa y representa el factor de riesgo más importante.
- Fricción. - Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre. La humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel. Los efectos de presión y fricción combinado producen pinzamiento vascular; por ejemplo, la posición de Fowler, provoca presión y fricción en sacro y esto conlleva a la aparición de úlceras por presión. (18)

C. Valoración clínica del paciente

Las úlceras por presión no cicatrizan a menos que las causas de fondo sean tratadas eficazmente. Una valoración general debe incluir la identificación y el tratamiento efectivo de la enfermedad, los problemas de salud, el estado nutricional, el grado de dolor y los aspectos psicosociales que puedan haber situado a la persona en riesgo de desarrollar úlceras por presión. (18)

Todos los pacientes deben ser evaluados mediante escalas de valoración de riesgo con el objetivo de iniciar cuanto antes las medidas de prevención; este riesgo debe ser revalorado a intervalos periódicos y cuando se produce algún cambio en el nivel de actividad o movilidad. La escala de Braden y la escala de Norton son los instrumentos más utilizados para identificar a los pacientes de edad avanzada con riesgo de desarrollar úlceras por presión. (18)

Cuando se ha desarrollado la úlcera por presión es necesario una valoración integral y llevar a cabo un enfoque sistemático que incluya:
Localización y número de lesiones: Los trocánteres, el sacro, glúteos y talones son las localizaciones más frecuentes.

Estadio: Tiene en cuenta su aspecto externo. Estadio I: eritema cutáneo que no palidece. En paciente de piel oscura observar edema,

induración, decoloración, calor local. Estadio II: úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial. Pérdida de piel de espesor parcial que involucra la epidermis, dermis o ambas. Estadio III: pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente. Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén. En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con caverna, tunelizaciones o trayectos sinuosos. En todos, retirar el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera. (18)

Área: Se debe registrar el diámetro de las lesiones circulares y las longitudes perpendiculares mayores de las lesiones irregulares.

Profundidad:

- Grado I: afecta epidermis y deja expuesta dermis subyacente.
- Grado II: afecta toda la piel hasta la grasa subcutánea.
- Grado III: llega hasta la fascia profunda.
- Grado IV: la necrosis abarca músculo y llega a afectar articulaciones y hueso. (18)

D. Tratamiento De Las Lesiones Por Presión

Dependen del estadio de la lesión, la presencia o no de infección o de cavitación. Hay una gran variedad de productos en el mercado, y muchas veces es más decisiva y curativa la experiencia y conocimientos del personal que la realiza la curación, que el producto en sí. Hay que revisarla cada vez, aunque conviene mantener el mismo tipo de cura una o dos semanas antes de ver si ésta es efectiva o no, y valorar situaciones concomitantes que retrasen la buena evolución de la úlcera. (18)

Ante la presencia de signos de infección local deberá de intensificarse la limpieza y el debridamiento. Si transcurrido un plazo entre dos y cuatro semanas, la úlcera no evoluciona favorablemente o continua con signos de infección local, habiendo descartado la presencia de

osteomielitis, celulitis o septicemia, deberá implantarse un régimen de tratamiento médico. (18)

Como alternativa previa pueden utilizarse apósitos que contengan plata en malla de carbón activado, los cuales se conoce que son efectivos en la reducción de la carga bacteriana o bien aplicar durante un periodo máximo de dos semanas, un antibiótico local con efectividad contra los microorganismos que más frecuentemente infectan las úlceras por presión (sulfadiazina, argéntica, ácido fusídico, entre otros).

La utilización de antibióticos debe de realizarse conforme a las políticas institucionales de uso racional aplicables. Como opción a la utilización de antibióticos locales se podría utilizar apósitos con plata. La solución de Polihexanida también ha demostrado su eficacia como antibacteriano de uso tópico. (18)

En úlceras por presión altamente colonizadas o infectadas, en las que se ha descartado la osteomielitis, también se ha demostrado como eficaz la terapia de cicatrización asistida por vacío. Si la lesión no responde al tratamiento local, deberán realizarse entonces, cultivos bacterianos, cualitativos y cuantitativos, preferentemente mediante aspiración percutánea con aguja o biopsia tisular, evitando, a ser posible, la recogida de exudado mediante frotis que puede detectar solo contaminantes de superficie y no el verdadero microorganismo responsable de la infección. Identificado el germen se habrá de plantear un tratamiento antibiótico específico, reevaluar al paciente y la lesión (18)

E. Complicaciones De Las Lesiones Por Presión

Pueden dividirse en primarias y secundarias:

- Complicaciones primarias

Locales: originadas por la progresión de la necrosis llegando a afectar a las articulaciones y originar fístulas y hemorragias graves. La infección se deberá sospechar en toda úlcera grado III y IV y en las superficiales con enrojecimiento de la piel en la zona que rodea la úlcera o la supuración de la herida. Los patógenos más frecuentes son

gérmenes gramnegativos, anaerobios y staphilococo aureus meticilin resistente.

La osteomielitis se debe sospechar ante úlceras de evolución tórpida, sepsis, leucocitosis sin otra causa o VSG mayor o igual a 120 mm/h. Otra de las complicaciones que puede condicionar el manejo y tratamiento es el dolor.

Sistémicas: Entre las que debemos destacar la anemia, sepsis, amiloidosis secundaria, endocarditis, tétanos, carcinoma de células escamosas, fístulas, complicaciones del tratamiento.

- **Complicaciones secundarias**

Algunas son de origen económico, como la mayor estancia hospitalaria y el aumento del costo asistencial; y otras de tipo clínico, como el retardo en la recuperación y rehabilitación, las infecciones nosocomiales y la iatrogenia. (19)

2.3.2 Cuidados De Enfermería De Lesiones Por Presion

A. Prevención

Todas las medidas encaminadas a evitar que aparezcan las escaras siguen siendo iguales o más importantes durante el tratamiento, van a contribuir a la cura y prevendrán la aparición de nuevas lesiones.

- Cuidados de la piel
- El objetivo es mantener y mejorar la tolerancia tisular a la presión para prevenir una lesión. Se debe realizar:
 - Inspección sistemática de la piel una vez al día por lo menos.
 - Limpiar la piel con agua tibia y jabones neutros para minimizar la irritación y resequedad de la piel.
 - Minimizar los factores ambientales que producen sequedad de la piel (baja humedad < 40% y exposición al frío).
 - Tratar la piel seca con agentes hidratantes.
 - Evitar el masaje sobre las prominencias óseas.

- Evitar la exposición de la piel a la orina, materia fecal, transpiración y drenaje de la herida mediante el uso de pañales desechables que se cambiarán con frecuencia, hidratantes y barreras para la humedad.
- Reducir al mínimo la fricción y rozamiento mediante técnicas adecuadas de posición, transferencia y cambios de posición.
- Tratar la desnutrición y mejorar la movilidad.
- Ejercicios pasivos y activos que incluyen desplazamiento para disminuir la presión sobre prominencias óseas. (19)

- **Cargas mecánicas**

La cabecera de la cama debe encontrarse en el grado más bajo de elevación posible compatible con los problemas médicos.

- Mover al paciente utilizando la ropa de cama ya que esto disminuye las fuerzas de fricción y rozamiento.
- Deben realizarse cambios posturales cada dos horas evitando el contacto directo entre las prominencias óseas con almohadas o cualquier otra superficie blanda.
- Los pacientes sentados deben cambiar el lado que soporta el peso cada 15 minutos si lo pueden realizar por sí mismos. Si no fuera así, se debe hacer sistemáticamente cada hora.
- El uso de flotadores o similares para sentarse está contraindicado.
- Superficies de apoyo
- A los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión debe colocarse un dispositivo de apoyo que disminuya la presión. Existen dos tipos: (19)
- **Estáticas:** hule espuma, aire estático, gel o agua o su combinación.
- **Dinámicas:** aire alternante, pérdida limitada de aire, aire fluidificado.
- Los dispositivos estáticos son menos costosos y se consideran apropiados para la prevención de las UPP. Se tomaría en consideración una superficie dinámica ante dos situaciones:
- Tocar fondo: cuando la superficie estática comprimida mide menos de 2,5 cm.

- Paciente con alto riesgo de UPP y con hiperemia reactiva en una prominencia ósea, a pesar del uso de una superficie estática de apoyo.
- Estado nutricional
- Un buen estado nutricional es fundamental tanto para la curación y cicatrización de las heridas crónicas, como para disminuir el riesgo de infección. La úlcera es una situación de alto gasto energético y proteico, requiere además buena hidratación y aportes más elevados de determinados nutrientes como: Zn, Cu, Fe, arginina, vitaminas A, C y complejo B, etc. Conviene mantener un buen estado nutricional (habitualmente difícil en estos pacientes, muchas veces hay que recurrir al uso de complementos nutricionales) y se recomienda controles analíticos mensuales (19)

B. Rehabilitación

1. MATERIAL MEDICO CODIFICADO EN MAESTRO DE MATERIALES DE ESSSALUD PARA CURACIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN

1.1 POLIURETANO

POLIURETANO	MEDIDAS	CODIGO SAP
Aposito hidrocoloide extra delgado	10x10	020103807
Aposito hidrocoloide extra delgado	10x15	020103808
Aposito hidrocoloide extra delgado	5x20	020103810

DESCRIPCION Y CARACTERISTICAS

Laminas transparentes con adhesivo acrílico. La película de poliuretano crea un medio húmedo al retener el exudado. La película es permeable al vapor de la humedad, lo que permite que el exceso de exudado se evapore, evitando la maceración de la piel. Es impermeable y esto ayuda a la prevención de la contaminación

bacteriana de la herida. La película es altamente extensible y conformable y se adapta fácilmente sobre áreas difíciles.

INDICACIONES

Heridas en riesgo de contaminación, para la protección de piel intacta de irritantes y/o fricción, como apósito secundario, heridas superficiales con piel lesionada con el mínimo daño, favorece el desbridamiento autolítico.

CONSIDERACIONES

- Deben cambiarse cada 7 días como máximo
- Disminuye el dolor
- Resiste la exposición al baño
- Usar como precaución en pieles perilesionales frágiles
- No usar si la piel tiene signos de infección
- Pueden macerar la piel perilesional (5)

1.2 ALGINATOS

ALGINATOS	MEDIDAS	CODIGO SAP
Apósito de alginato de calcio	7.5x12	020102468
Apósito de alginato de calcio mecha o rope	Mecha	020102469
Apósito de alginato de calcio	10x20	020100147

DESCRIPCION Y CARACTERISTICAS

Productos a base de sales de calcio y sodio del ácido alginico, un polímero extraído de un tipo de algas marinas llamadas algas pardas y compuestos de residuos de ácido glucoronico y manuronico.

INDICACIONES

Heridas de moderada-alta exudación, lesiones contaminadas e infectadas, lesiones cavitadas y con trayectos fistulosos, heridas exudativas durante el desbridamiento cortante, heridas cortantes.

CONSIDERACIONES

- Recortar el alginato a medida de la lesión para evitar la maceración de la piel circundante.
 - La frecuencia del cambio del apósito variara en base al nivel del exudado cambiando cuando el fluido absorbido ha humedecido completamente el apósito. Inicialmente puede preciar cambios diarios. Cambiar cada 2-3 días, no dejando mas de 4 días.
 - El producto absorbe el olor y color del drenaje existente.
 - Precisa de un apósito secundario, que retenga humedad
 - El uso de apósito oclusivo puede aumentar su capacidad de absorción.
 - Contraindicado en lesiones secas, con presencia de tejido necrótico y que no son exudativas ya que se adhieren y producen irritación.
- (5)

1.3 HIDROCOLOIDES

HIDROCOLOIDES	MEDIDAS	CODIGO SAP
Apósito hidrocoloide grueso	10x10	020102470
Apósito hidrocoloide grueso	15x15	020102471
Apósito hidrocoloide grueso	20x20	020102632

DESCRIPCION Y CARACTERISTICAS

Existen gran variedad de apósitos hidrocoloides con diferentes composiciones, basada en carboximetilcelulosa y otros polisacáridos y proteínas (pectina, gelatina, polisobutileno). Pueden ser mas o menos semipermeables (impermeable a los gases) dependiendo de la lamina de poliuretano que lo recubre. Con capacidad de absorción mínima a moderada; con diversidad de tamaños, transparencias, formas y capacidad de absorción.

INDICACIONES

Heridas de drenaje mínimo a moderado, heridas que requieren desbridamiento, para promover la granulación y epitelización, protege frente a la contaminación, protección de la piel en zonas de fricción y roce.

CONSIDERACIONES:

- Aplicar el apósito que sobresalga 2-2.5cm de la lesión para garantizar la adherencia.
- Colocar el apósito sobre la lesión y ejercer una ligera presión que facilitara su fijación.
- Precaución en pieles perilesionales frágiles.
- Usar esparadrapo adicional o película de poliuretano para proporcionar mayor fijación en zonas de difícil adhesión.

- Pueden sustituirse cada 3-7 días. La frecuencia del cambio será determinada por la cantidad de drenaje, deterioro del apósito, fuga del exudado.
- Puede usarse con alginato o hidrofibra de hidrocoloide, para controlar exudado, cambiando de 3 a 4 días.
- No utilizar en: heridas con alta exudación, heridas infectadas, úlceras isquémicas, heridas con afectación de músculos, tendones o huesos, en piel perilesional deteriorada.
- Puede favorecer la presencia de tejido de hipergranulación, puede ocasionar maceración perilesional.
- Algunos apósitos generan olor desagradable que no debe ser confundido con infección. (5)

1.4 HIDROFIBRA

DESCRIPCION Y CARACTERISTICAS

Apósito blando, estéril no tejido, en forma de almohadilla o cinta, compuesto por carboximetilcelulosa sódica, que tiende a gelificarse una vez que absorbe el exudado; las fibras se mantienen intactas, lo cual facilita su retirada; proporciona un ambiente húmedo, reduce el riesgo de maceración de la piel perilesional por su capacidad de absorción vertical; no se adhiere a la lesión y es fácil de usar.

INDICACIONES:

Lesiones con exudación de moderada a intensa, lesiones cavitadas, lesiones con trayectos fistulosos, facilita el desbridamiento autolítico de heridas exudativas, evita el trauma de los tejidos frágiles de la herida, promueve el confort.

CONSIDERACIONES:

- Compatible con otros apósitos, preferentemente oclusivos y transparentes.
- No compatible con crema o pomada.

- Dependiendo del volumen del exudado, la frecuencia de cambio oscila entre 1 a 4 días.
 - En lesiones planas aplicar el apósito que sobresalga 2-3cm de la lesión.
 - En lesiones cavitadas no rellenar en su totalidad.
 - Contraindicada en lesiones secas o con tejido necrótico y no exudativas.
 - Precaución en heridas tunelizadas a la hora de extraer el apósito.
- (5)

1.5 HIDROGELES

HIDROCOLOIDES	CODIGO SAP
Apósito hidrocoloide en forma de gel 30grs	020103405
Apósito hidrocoloide en forma de gel 85 grs	020100150

DESCRIPCION Y CARACTERISTICAS

Polímero compuesto principalmente de agua (75-90%) y diferentes sustancias (polímeros de almidón, pectina, propilenglicol, alginatos). Presentación en lamina o gel de estructura amorfa. Posee alta capacidad hidratante y promueve un ambiente húmedo.

INDICACIONES

Exudación moderada o escasa, herida necrótica con escara, lesión infectada, heridas en fase de granulación, evita la adherencia del apósito, el sangrado y el dolor, heridas que requieren desbridamiento autolítico, puede asociarse con medicación secundaria.

CONSIDERACIONES:

- En UPP necróticas, puede cuadrícularse con bisturí para favorecer la penetración del gel.

- Requiere de un apósito secundario para fijarlos a la herida, puede usarse en combinación con película de poliuretano, hidrocoloide y otros apósitos no adherentes.
- El apósito secundario debe retener la humedad, absolver el exceso de exudado y estabilizar el gel sobre la herida.
- La frecuencia del cambio varia entre 1 a 3 días según la cantidad del exudado.
- Evitar la contaminación, una vez abierto se desecha a los 7 días.
- Contraindicado en lesiones altamente exudativas.
- Verificar la piel perilesional por maceración eventual o signos de contaminación derivados de un uso incorrecto del producto: usar menor cantidad y cambiar mas frecuentemente.
- Se secan fácilmente y dan mal aspecto y olor al exudado. (5)

1.6 PRODUCTOS CON PLATA

PRODUCTOS CON PLATA	MEDIDAS	CODIGO SAP
Apósito con plata iónica	10x10	020103401
Apósito con plata iónica	10x15	020103402
Apósito con plata iónica	20x30	020103403
Apósito con plata iónica	2x45	020103404

DESCRIPCION Y CARACTERISTICAS

La principal función de la plata es como agente tópico antibacteriano tanto profiláctico como en el tratamiento de heridas infectadas o en el control de infecciones. La plata es activa contra una gran variedad de patógenos bacterianos gran positivos, gran negativos, pseudomonas, fungales y virales.

Existen diversas presentaciones:

- Apósito o malla de tela con carbón activado
- Apósito de hidrofibra de hidrocoloide y plata
- Crema de sulfadiazina argenica

La presentación en apósitos permite la liberación gradual de pequeñas cantidades de plata iónica durante un periodo de tiempo, eliminando así la necesidad de cambios frecuentes de apósito. Esta liberación sostenida reduce el riesgo de toxicidad de plata y ayuda a garantizar un nivel mas bajo de bacterias. Así se consigue una acción profiláctica y terapéutica.

La presentación en pomada, en excipiente liposoluble, también es eficaz contra una amplia de microorganismos. Ideada inicialmente para tratar quemaduras, se ha usado con éxito en lesiones infectadas. Tiene actividad bacteriostática, su aplicación es indolora, no es citotóxica, ni mancha la piel.

INDICACIONES:

Heridas infectadas y contaminadas.

CONSIDERACIONES:

- Antes de la aplicación debe retirarse el tejido necrótico seco mediante desbridamiento.
- En el uso de apósitos con plata deben estar en contacto directo con la ulcera.
- La frecuencia del cambio de estos apósitos puede oscilar entre 1 a 4 días, según el exudado y cambiando el apósito secundario según necesidades.
- La sulfadiazina argenica es crema ha de aplicase sobre la lesión formando una capa de 2-3 mm d grosor que ha de cambiarse cada 12-24 horas. (5)
-

1.7 PROTECTORES CUTANEOS (solución polimérica) COD. SAP.

020101458

DESCRIPCION Y CARACTERISTICAS

La función principal de estos productos es proteger la piel de la acción de agentes irritantes externos. Existen diversas presentaciones, entre las que destacan películas cutáneas.

Las películas cutáneas de barrera no irritantes forman una película protectora libre de alcohol sobre la piel produciendo un engrosamiento de la capa cornea y están compuestas por copolímeros acrílicos, polifenilmetilsiloxano y hexametildisiloxano. No penetra ni se absorbe. Es transparente al oxígeno y permeable al vapor húmedo.

INDICACIONES:

Prevención de maceración e irritación de la piel en úlceras por presión, protección de la piel perilesional de cualquier tipo de herida, tubos de drenaje, etc.

CONSIDERACIONES:

- Se puede aplicar en piel intacta incluso en piel lesionada.
- No es necesario retirar la película entre aplicaciones, permaneciendo hasta 72 horas.
- Protección frente al trauma en la retirada de adhesivos.
- Aplicar en la zona deseada y espera 30 segundos a que seque antes de colocar el apósito.
- No aplicar con signos de infección en la piel. (5)

2. Curación De Lesiones Por Presión Según Estadios

DEFINICION: Son las intervenciones destinadas a la curación de una úlcera por presión, para favorecer la formación y crecimiento del tejido de cicatrización en cualquier herida hasta conseguir su remisión.

OBJETIVO:

Reducir, mitigar y/o eliminar la LPP mediante la aplicación de la técnica correcta, así como la unificación de insumos para la curación según estadios.

INDICACIONES:

En todo paciente adulto-pediátrico con ulcera por presión.

MATERIALES:

Medios de barrera: mandilón, mascarilla, guantes quirúrgicos

Cloruro de sodio al 0.9%

Guantes estériles

Paquete de gasas estériles

Apósitos hidrofibra c/s plata

Hidrocoloide en gel

Alginato de calcio

Protectores cutáneos: solución polimérica en spray

Película de poliuretano con adhesivo acrílico

EQUIPO

Equipo de tres piezas (pinza koher, tijera, pinza de disección)

DESCRIPCION DE LAS ACCIONES

1. Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar y el tiempo que va a durar la curación dando el apoyo emocional correspondiente a su estado de conciencia.
2. Realizar lavado de manos correctamente y aplicar las medidas de bioseguridad.
3. Realizar la valoración de la UPP considerando: localización, grado y/o estadio, dimensiones antes de iniciar la curación.

a. ESTADIO I

Eritema que no palidece con la digito presión, piel intacta, en pacientes de color oscura observar edemas, induración, decoloración de la piel o calor local.

- Limpie la zona afectada con cloruro de sodio al 0.9%
- Seque la piel suavemente con gasas. NO FROTAR
- Aplique el apósito hidrocoloide extrafino en la superficie enrojecida

- Refuerce con esparadrappo antialérgico los bordes para su mayor duración.
- Rotular fecha de cambio del apósito y el grado de la ulcera.
- Utiliza dispositivos que eviten la presión en las zonas de riesgo (almohadas, cojines, colchón anti escaras)

-

b. ESTADIO II

Perdida parcial del grosor de la piel que implica la epidermis, la dermis o ambas. La ulcera es superficial y presenta como una abrasión, ampolla o cráter.

- Limpie la zona afectada con cloruro de sodio al 0.9% con mínima fuerza mecánica y eficaz.
- Seque la piel afectada suavemente con gasas estériles secas. No frotar.
- Si hay presencia de flictemas, evacuar el líquido sin retirar la piel que lo cubre.
- Aplique apósito hidrocoloide extrafino, sobrepasando 3cm de la herida, proteger la piel periulceral con película de protección cutánea. Reforzar los bordes si es necesario.
- Rotular fecha del cambio de apósito y estadio de UPP
- Utilice dispositivos que eviten la presión y fricción de la zona afectada y de riesgo.

-

c. ESTADIO III

Perdida completa de grosor de la piel que implica daño o necrosis del tejido subcutáneo y presencia de exudado.

- Irrigue la zona afectada con cloruro de sodio al 0.9%
- Utilice jeringa de 20cc para conseguir la presión necesaria y eliminar los restos de curas anteriores, exudado, detritus y/o bacterias sin dañar los tejidos sanos.
- Si la UPP contiene grandes exudados: irrigue el suero en espiral, del centro de la lesión hacia los bordes.
- Seque dando toques con una gasa estéril. No frotar

- En caso de presencia de tejido necrótico: realice desbridamiento autolítico, enzimático y/o cortante. O combinación de estos ya que uno no excluye al otro. Realizar cura en ambiente húmedo, utilizando hidrogel, alginato de calcio o hidrofibra cubriendo con apósito que retenga humedad como el hidrocoloide en lamina y/o película de poliuretano (si no hay signos de infección) dejándolas actuar de 3 a 4 días; y en caso que tenga signos de infección cubrir solo con gasas, cuyos cambios son diarios.
- Ante la presencia de signos de infección: intensifique las medidas de limpieza y desbridamiento.
- Si después de intensificar las medidas de limpieza y desbridamiento, la ulcera no evoluciona favorablemente, y continua los signos locales de infección: se puede implantar un régimen de tratamiento con apósitos con plata cuyos cambios son de 1 a 3 días según saturación del apósito mas gasas (cambio diario)
- Si la UPP se encuentra limpia y tiene heridas profundas con presencia de cavitaciones y/o tunelizaciones rellenar de 50 a 80% estas, para evitar que se formen abscesos o cierres en falso usando productos basados en el principio de cura en ambiente húmedo.
- Cuando el tejido ya granulo se puede usar sustancias que ayuden a la epitelizacion, cubriéndolo con apósito hidrocoloide extrafino.
- La frecuencia del cambio de los apósitos estará en función del o los productos seleccionados y del criterio profesional.
- Apósitos transparentes o en lamina que permitan despegar y pegar mantener de 4 a 7 días.
- En geles e hidrogeles cambiar cada 3 a 4 días.
- En heridas muy exudativas el cambio se efectuará según la demanda generalmente de 1 a 2 días.
-

d. ESTADIO IV

Perdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión del musculo, hueso o estructuras de sostén: (tendón, capsula articular, etc.). En este estadio como en el III puede

presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones; deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la ulcera.

El procedimiento será igual al estadio III, manteniendo el lecho de la ulcera húmedo y a temperatura corporal.

Educación y mejora de la calidad de vida.

El programa de educación debe ser una parte integral de la mejora de la calidad.

Los programas educativos son un componente esencial de los cuidados de las úlceras por presión. Estos deben integrar conocimientos básicos sobre estas lesiones y deben cubrir el espectro completo de cuidados para la prevención y tratamiento.

Serán dirigidos hacia los pacientes, familia, cuidadores y profesionales de la salud (5)

C. RECUPERACION

La recuperación de las lesiones por presión, están basadas en la inspección y cuidado de la piel: higiene de la piel, utilizando jabones suaves de PH neutro, mantenerla seca, limpia e hidratada, realizando cambios posturales cada dos horas, masajes constantes en las áreas de apoyo y aportando una nutrición balanceada.

CAPITULO III

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA PREVECION, REHABILITACION Y RECUPERACION DE PACIENTES ADULTOS CON LESIONES DE PRESION DEL SERVICIO DE GERIATRIA

I. Valoración

1.1 DATOS DE FILIACIÓN:

Paciente: R.R.S. E

Sexo: Femenino

Estado civil: Viuda

Edad: 79 años 2m 18 d

Fecha de nacimiento

DNI: 09872290

Fecha de ingreso al servicio: 20/09/2021

Fecha de valoración 21/09/2021

Historia clínica: 5666

1.2 MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente adulta mayor ingresa por emergencia el 18 de setiembre del 2021 tras presentar dolor abdominal y genital intenso, desde hace 2 días.

1.3 ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente ingresa al servicio de medicina el día 20 de setiembre de 2021, adelgazada, portadora de sonda nasogastrica, via periferica en miembro superior derecho, con cateter urinario, presenta ulceras por presion en zona sacra de IV grado, con presencia de tejido necrotico, secrecion purulenta con mal olor.

1.4 ANTECEDENTES

1.4.1 **ANTECEDENTES PERINATALES:** No refiere

1.4.2 **ANTECEDENTES FAMILIARES:** De sus padres no refiere. Vive con su única hija quien labora en el área de limpieza.

1.4.3 **ANTECEDENTES PERSONALES:** Hipertensión arterial desde hace 15 años con tratamiento, presenta diabetes mellitus no especificada, desnutrición proteicoenergética no especificada y demencia senil.

Niega: Alergias y hábitos tóxicos.

1.4.4 **ANTECEDENTES SOCIO ECONÓMICOS Y CULTURALES:** Paciente es ama de casa de religión católica, depende económicamente solo de su hija.

1.5 EXAMEN FÍSICO:

1.5.1 Control de signos vitales

Presión arterial: 120/60 mm Hg

Frecuencia cardíaca: 90 por minuto

Frecuencia respiratoria: 22 por minuto

Temperatura: 38.6 °C

Sat. O₂ 90%

1.5.2 Exploración cefalo caudal

- Cabeza: Normocefálica (no se palpa ganglios ni masas)
- Oreja: Simétricas y con buena audición
- Nariz: Mediana, alineada y simétrica sin lesiones. Vías aéreas permeables, con presencia de sonda nasogastrica, recibe 900cc en 4 tomas .
- Boca: Grande sin lesiones. Mucosa hidratada.
- Cuello: Cilíndrico, simétrico, móvil.

- Tórax: Simétrico, pulmones ventilan bien sin ruidos alterados; pulso cardiaco presenta taquicardia (por fiebre); no soplos.
- Mamas: Simétricas sin lesiones ni secuelas.
- Abdomen: Distendido, con dolor difuso a la palpación.
- Genito urinario: Normal con presencia de catéter urinario.
- Columna vertebral: Normal, "refiere dolor por estar en esta cama", presenta ulcera por presion de IV grado
- Extremidades: Superiores e inferiores simétricas con edemas piel oscura y seca, con presencia de upp en ambos talones de III grado.
- Fuerza muscular: Disminuida

1.6 EXÁMENES AUXILIARES:

Hematologicos:

HEMOGRAMA	RESULTADOS
Leucocitos	11.05 cel/ μ L
Hematíes	2 920,000 cel/ μ L
plaquetas	787
Hemoglobina	9 g/dL
Hematocrito	28 %
Linfocitos	14
Tiempo de protrombina	15 seg
INR	1.26
Pct	Menor 0.02 NG/ML
pcr	24.6

INR: Índice Internacional Normalizado

BIOQUÍMICA DE LA SANGRE	RESULTADOS
Glucosa	194
Urea	17.1
Creatinina	0.16
Sodio	136
Potasio	4.97
Cloro	101

ORINA	RESULTADOS
Color	Amarillo
Aspecto	Turbio
Densidad	1.000
pH	7.00
Organismo	Escherichia coli
Bacterias	3+

1.7 INDICACIONES MEDICAS

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

DROGA	DOSIS	VÍA
Cloruro de sodio	30 gts por min	EV
Ranitidina 50 mg	50mg c/8 h	EV
Ceftriaxona	2g c/12h	EV
Metamizol	1g c/8h	EV
Atorvastatina	40 mg c/24h	Sng
Haloperidol	8 gts c/8h	SNG
Gabapentina	300mg c/8h	SNG
Tramadol	100 mg c/12 horas	SC
Insulina R según escala movil	200-250 5ui 251- 300 7UI mayor a 301 10UI	SC
Dextrosa 33%	4 amp si G mayor o igual a 70	EV
BHE	c/6h	-----
HemoglucoTex	c/8h	-----
CFV	c/6h	-----
DIETA:	Ensure	900 cc x S.N.G

EV: Endovenoso

SNG: sonda Nasogástrica

FE: Formula enteral

CFV: Control de funciones vitales

PRN: Condicional

VO: Vía oral

BHE: Balance Hídrico Estricto

1.8 VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

Clase 1. Toma de conciencia de la salud: por insuficiente conocimiento del diagnóstico que tenía.

Clase 2. Gestión de salud.

DOMINIO II. Nutrición

Clase 1. Ingestión: Sonda Nasogástrica conectada a dispositivo para alimentación enteral..

Clase 2. Digestión: No hay presencia de residuos gástricos.

Clase 3. Absorción: Parcial se evidencia residuo gastrico 200cc.

Clase 4. Metabolismo: Hemoglucotex = 256 mg/dL

Clase 5. Hidratación: Piel seca edema marcado de miembros superiores e inferiores

DOMINIO III. Eliminación

Clase 1. Función urinaria: Presencia de catéter urinario (orina colorica). Balance hídrico = -900 cc

Edema de miembros superiores e inferiores.

Clase 2. Función gastrointestinal: Conservada

Clase 3. Función tegumentaria: Presencia de lesiones por venopunción en miembros superiores presenta úlceras por presión en zona sacra de IV grado y talones de IV.

Clase 4. Función respiratoria: con apoyo ventilatorio por canula binasal a FiO2 24% sat O2 86-88%.

DOMINIO IV. Actividad y reposo

Clase 1. Reposo/sueño: Reposo forzado, presenta insomnio.

Clase 2. Actividad/ejercicio: Reposo forzado por presencia de catéteres, parcialmente dependiente.

Clase 3. Equilibrio/energía: No logra movilizarse sola.

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar: Tiene hipertensión arterial controlada con medicación presión arterial = 140/80 mm Hg; frecuencia cardiaca con taquicardia = 96 x min por tener la temperatura = 38.5°C, frecuencia respiratoria = 22 x min, saturación = 88% con oxígeno ambiental.

Clase 5. Autocuidado: Asistido por el personal técnico, para el baño. Si se lava las manos y los dientes con ayuda.

DOMINIO V: Percepción – Cognición

Clase 1. Atención: No responde al interrogatorio.

Clase 2. Orientación: Desorientado en tiempo espacio y persona.

Clase 3. Sensación-percepción: Por tener sonda nasogastrica esta disminuida la sensación de deglución.

Clase 4. Cognición: No alterado conocimiento deficiente y control emocional inestable.

Clase 5. Comunicación: Por momentos con deterioro de la comunicación se muestra irritable.

DOMINIO VI. Autopercepción

Clase 1. Autoconcepción: Desesperanza.

Clase 2. Autoestima: Riesgo de baja autoestima por ser viuda y no tener mucha visita.

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

Clase 1. Rol de cuidador: Riesgo de cansancio de la hija quien no la visita con frecuencia.

Clase 2. Relaciones familiares: Hija refiere que ya está cansada, pero continuara visitándola. Trae pañales de vez en cuando.

Clase 3. Desempeño del rol: presentan conflictos familiares ya que no tienen donde vivir.

DOMINIO VIII. Sexualidad

Clase 1. Identidad sexual: No refiere.

Clase 2. Función sexual: No refiere.

Clase 3. Reproducción: Tiene solo una hija.

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 1. Refiere sentirse abandonada.

Clase 2. Respuesta de afrontamiento: No desea salir del hospital

Clase 3. Estrés neuro-compartmental: Riesgo de disreflexia autónoma.

DOMINIO X. Principios vitales

Clase 1. Valores: Por momentos reacción a la atención y trata mal al personal de salud.

Clase 2. Creencia: Refiere tener religión católica.

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones: Se aprecia riesgo de deterioro de la religiosidad, hay sufrimiento espiritual y moral. Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente.

DOMINIO XI. Seguridad y protección

Clase 1. Infección: Febril, Leucositosis y procedimientos invasivos invasivos: Sondas nasogástrica, catéter urinario.

Clase 2. Lesión física: Heridas por venopunción, presencia de úlceras de por presión de IV grado.

Clase 3. Violencia: Riesgo de agresión al personal que lo asiste cuando no acepta un procedimiento.

Clase 4. Peligros del entorno: Riesgo de infección de la úlcera por presión, ya que se quita el parche hidrocólico.

Clase 5. Procesos defensivos: Se observa irritación en úlceras por presión debido al cambio casi diario de apósitos.

Clase 6. Termorregulación: Alza térmica 38.5 °C.

DOMINIO XII. Confort

Clase 1. Confort Físico: Con facies de malestar por alza térmica y dolor de las úlceras por presión.

Clase 2. Confort del entorno: Cubierto con sabana y bata hospitalaria.

DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo

Clase 1. Crecimiento: Riesgo de retraso en el crecimiento desproporcional.

Clase 2. Desarrollo: Incremento del desarrollo para su edad (aparenta más edad).

1.9 ESQUEMA DE VALORACION

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

V
A
L
O
R
A
C
I
Ó
N

Piel: Presencia de procedimientos invasivos, lesiones por venopunción (Catéter Venoso Central, sondas nasogástrica, urinario, colostomía, ileostomía).

Hidratación: edema en miembros superiores e inferiores, balance hídrico negativo

Nutrición: Formula enteral por sonda nasogástrica y dieta blanda por vía oral

Leucocitosis: Hipertermia, dolor crónico

Ingestión insuficiente: paciente adelgazado

INTERVENCIÓN INTERDEPENDIENTE

Coordinar con:

- LABORATORIO (Bioquímica hemograma, hemocultivo)
- Imágenes (Rx)
- Médico cirujano, infectólogo.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

D
I
A
G
N
O
S
T
I
C
O

Riesgo del deterioro de la integridad cutánea

Ansiedad

Hipertermia

Desequilibrio nutricional

Deterioro del intercambio gaseoso

Interrupción de los procesos familiares

Riesgo de infección

Deterioro del autocuidado

II. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

Presencia de procedimientos invasivos

Edema de miembros superiores e inferiores

Uso de canula binasal a Fio 28% Sat 88-89%

Leucocitosis

Hipertermia

Ansiedad

2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATO SIGNIFICATIVO

Riesgo de infección

Deterioro de la integridad cutánea

Deterioro del intercambio gaseoso

Hipertermia

Ansiedad

Interrupción de los procesos familiares

Desequilibrio nutricional

2.3 ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Ansiedad	Cambios en el estado de salud	La expresión de su preocupación, voz temblorosa y por momentos grita	Ansiedad relacionado con cambios en el estado de salud
Sensación de falta de aire Sat a Fio 21% 70%	Presencia de secreciones, dificultad para espectorar.	Sat de O a Fio 21% - 70%	Deterioro del intercambio gaseoso
Infección	Deterioro de la integridad tisular	Dehiscencia y presencia de secreciones purulentas en zona sacra y talones a causa de UPP	Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (SNG, SF, UPP)
Hipertermia	Aumento de la tasa metabólica	Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal	Hipertermia relacionada con aumento de la tasa metabólica
Desequilibrio nutricional	Factores biológicos e ingesta diaria insuficiente	Ingesta inferior a las cantidades necesarias	Desequilibrio nutricional inferior relacionado con factores biológicos

III. PLANIFICACION

3.1 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

DIAGNOSTICO	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00146</p> <p>Ansiedad R/C cambios en el estado de salud E/P expresión de su preocupación, voz temblorosa, a veces grita porque le molesta tener que pedir que le limpien las lesiones por presión.</p>	<p>Código: 1211</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de ansiedad, escala de grave a ninguna (1-5) • Indicadores ataque de pánico • Aumento de la frecuencia respiratoria 	<p>Código: 5820</p> <p>Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar los niveles de ansiedad en el paciente • Utilizar un enfoque sereno que de seguridad • Escuche as expresiones de sentimientos y creencias • Apoye el uso de mecanismos de defensa adecuados • Ayude al paciente a realizar una descripción realista de sucesos que se avecinan 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente disminuye la duración de la ansiedad • Utiliza estrategias para superar situaciones estresantes • Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad • Refiere que a pesar de todo duerme y me siento descansado cuando amanece • Paciente muestra aceptación sobre sus secuelas de su enfermedad y adaptación al

		<ul style="list-style-type: none"> •Administre medicamentos que reduzcan la ansiedad si están prescritas •Comente la experiencia emocional con el paciente •Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuestas habituales a los medios •Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir a la respuesta emocional •Permanecer más tiempo con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo •Instruya al paciente el uso 	<p>entorno participando en su autocuidado</p>
--	--	--	---

		de técnicas de relajación	
Código: 00004 Riesgo de infección R/C efectos colaterales en procedimientos invasivos, la exposición a los brotes de la enfermedad (SNG, SF, LPP)	Código: 1902 • Control del riesgo. • Evitar infección Código: 1102 Curación de la zona de lesion	Código: 2440 Mantenimiento de los dispositivos de acceso vascular • Utilizar las técnicas estériles durante el procedimiento de curacion de las escaras • Curación con técnica aséptica • Rotular con fecha el día de curacion • Valorar en avance de granulación de las UPP • Vigilarlos signos y síntomas en zona lesionada (enrojecimiento de la piel, piel caliente, alza térmica, control de hemograma) por si hubiera	• Ausencia de infección en la zona de lesion • Paciente libre de infecciones agregadas

		<p>presencia de infección</p> <p>Código: 6540</p> <p>control de las infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos del personal de salud así como de los familiares durante la visita al paciente <p>Código: 1876</p> <p>Cuidado del catéter urinario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la permeabilidad y ver características de la orina • Realizar higiene genital a diario • Retirar el catéter lo antes posible 	
<p>Código: 00030</p> <p>Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con presencia de</p>	<p>00031</p> <p>Limpieza ineficaz de vias aereas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilidad de la respiracion 	<p>Código: 3141</p> <p>Manejo de las vias aéreas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar tratamientos con 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente mejora y mantiene la integridad cutánea

<p>secreciones y tos productiva</p>	<p>Código: 00032</p> <p>Patron respiratorio ineficaz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria en el rango esperado • Saturacion de O2 en el rango esperado 	<p>aerosol, si esta indicado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en una posicion que alivie la falta de aire <p>Codigo: 3320 Oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el flujo de litro de oxigeno <p>Codigo: 6680 Monitorizacion de signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar periodicamente la frecuencia y ritmo cardiaco • Controlar periodicamente la oximetria del pulso. 	
<p>Código: 00007</p> <p>Hipertermia relacionado al aumento de la tasa metabólica E/P aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal</p>	<p>Código: 0800</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termorregulación • Mantendrá temperatura corporal entre 36.5 a 37.5 °C (oral) <p>Código: 703</p> <ul style="list-style-type: none"> • Severidad de la infección 	<p>Código: 3740</p> <p>tratamiento de la fiebre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar los signos y síntomas de hipertermia • Controlar y registrar la 	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura corporal entre 36.5 y 37.5 °C (oral) • Frecuencia cardiaca entre 60 y 80 latidos por minuto

	<p>Código: 0802</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos vitales estables 	<p>temperatura cada 4 horas</p> <ul style="list-style-type: none"> •Aligerar cubiertas •Aplicar los medios físicos •Vigilar el estado de conciencia observando si presenta convulsiones •Mantenga un balance hídrico estricto •Fomentar el aumento de ingesta de líquidos y de líquidos intravenosos según indicación médica. •Monitorizar la toma de muestra de cultivos <p>Código: 2314 Administración de medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> •Valorar al paciente para 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con mejor estado de animo
--	---	--	--

		<p>determinar la respuesta a la medicación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar antipiréticos, antibióticos, según prescripción medica 	
<p>Código: 00002</p> <p>Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades R/C factores biológicos E/P disminución de peso</p>	<p>Código: 1009</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutricional: ingestión de nutrientes <p>Código: 1006</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conducta de adhesión <p>Código: 5510</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria 	<p>Código: 1106</p> <p>Monitorización nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesar al paciente y registrar • Vigilar valores de albumina, hemoglobina y hematocrito • Determinar las preferencia de comida del paciente • Controlar la ingesta de líquidos y de la dieta • Fomentar la ingesta de proteínas, hierro y vitamina C 	<ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia e ingesta de líquidos y alimentos en cantidades normales. • Incrementa su peso corporal

		<ul style="list-style-type: none">• Administrar la nutrición enteral bajo supervisión y vigilancia• Determinar el apoyo de la familia para conductas que induzcan salud	
--	--	--	--

FUENTE:

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association (20).

IV. EJECUCION Y EVALUACION

4.1 REGISTRO DE ENFERMERIA: SOAPIE

S Paciente adulta mayor refiere "no puedo moverme porque me duele las heridas de mi espalda y mis talones y no puedo orinar, quiero que me saquen este tubo"

O Paciente adulta mayor mujer; despierta por momentos, desorientada en tiempo, espacio y persona;
Con apoyo ventilatorio por canula binasal a Fio 22 28% con una saturacion de oxigeno entre 88-89 %;
piel lesionada y con presencia de ulceras de presion en zona sacra y talones de IV;
mucosas semihidratadas; presenta via periferica en miembro superior derecha permeable para tratamiento; miembros superiores edematizados y con lesiones por venopunción; abdomen ligeramente distendido en flanco derecho por acumulo de gases; ulceras por presion cubiertas con aposito hidrocoloide delgado ; eliminación vesical a través de catéter urinario en circuito cerrado permeable; miembros inferiores edematizados.

A Hipertermia relacionada con aumento de la tasa metabólica evidenciado por temperatura = 38.8 °C, decaimiento del paciente.

Riesgo de infección R/C efectos colaterales en procedimientos invasivos, la exposición a los brotes de la enfermedad (SNG, SF, UPP)

Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con presencia de secreciones y tos productiva

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con factores biológicos evidenciado por disminución de peso corporal (de 45 a 50 Kg).

Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud evidenciado por expresión de preocupación, con voz temblorosa y a veces gritando cuando le molesta un procedimiento.

P Paciente disminuirá la hipertermia progresivamente.

Paciente disminuirá el riesgo de infección controlando progresivamente.

Paciente restablecerá patrón respiratorio

Paciente superará el desequilibrio nutricional progresivamente.

Paciente superará la ansiedad paulatinamente durante su hospitalización.

I Lavado de manos antes y después de todos los procedimientos.

Control de signos vitales y graficarlos en la hoja correspondiente.

Baño de esponja con asistencia.

Valoración cefalo caudal en busca de signo de flogosis o presencia de infección en puntos o procedimientos invasivos.

Curación de las úlceras por presión de acuerdo a los protocolos para este acto.

Cambio de posición cada dos horas para evitar aparición de nuevas úlceras por presión.

Se brinda comodidad y confort.

Se administra antipirético indicado (metamizol sódico 1gr)

Se brinda apoyo y orientación en las horas de alimentación. Se supervisa la administración de fórmula enteral a través de una bomba de infusión.

Se brinda educación sanitaria sobre autocuidados de los ostomas.

E Paciente hemodinámicamente estable temperatura= 36.8 °C,

mejora el deterioro de la integridad cutánea, en buen estado de higiene, incrementa el volumen de sus alimentos, tolera la fórmula enteral por vía oral, disminuye el riesgo de infecciones agregadas y queda en observación continua.

CONCLUSIONES

1. Antes de realizar una intervención en los pacientes con lesiones de presión o con riesgo de padecerlas, es necesario la valoración previa que logre integrar aspectos como la presencia de riesgo, el estado y dimensiones de la lesión por presión y el estado nutricional del paciente, de modo que conduzca a la correcta formulación de un diagnóstico de enfermería, que orientará la toma de decisiones para un adecuado manejo.
2. El instrumento que permite valorar el riesgo de presentar lesiones por presión que se utiliza en el HNRPP es la Escala de Norton, que tiene buen valor predictivo, alta especificidad y sensibilidad. Sin embargo, se debe tener en cuenta que cualquiera que sea el instrumento usado, debe validarse con contexto para poder aplicarlo, acompañado del juicio clínico del profesional de enfermería.
3. Es importante elaborar un plan de cuidados para la prevención, rehabilitación y recuperación de los pacientes con lesiones por presión, para así dar a conocer el manejo adecuado de esta afección.
4. La aplicación de la técnica correcta, así como la unificación de insumos para la curación según estadios, ayuda a reducir, mitigar y/o eliminar las lesiones por presión en los adultos mayores del HNRPP.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda tomar en cuenta la información presentada en este trabajo, para planear intervenciones y de esta manera disminuir los casos de lesiones por presión en pacientes hospitalizados en el HNRPP.
2. Realizar permanentemente estudios sobre incidencia y prevalencia sobre eventos adversos como las lesiones por presión, para así identificar la evaluación de las intervenciones llevadas a cabo por el personal de salud.
3. Incluir a los familiares y cuidadores primarios en los programas de prevención de lesiones por presión, principalmente en aquellos pacientes en los que se evidencia mayor prevalencia.
4. Sensibilizar al personal de salud, sobre los cuidados en prevención, tratamiento y recuperación del paciente con lesiones de presión.
5. Realizar reuniones periódicas con todo el equipo multidisciplinario, para buscar alternativas de solución ante el problema detectado y así determinar estrategias para disminuir los casos de lesiones por presión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seguro Social del Peru, disponible desde www.essalud.gob.pe
2. Montse Queralt, especialista en Medicina de Familia y Geriátría (2016) “Tratamiento de las úlceras por presión”. Disponible desde: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/tratamiento-de-las-ulceras-por-presion>
3. Doris Grinspun. “Valoracion y manejo de las lesiones por presion para equipos interprofesionales”. Tercera edicion. Disponible desde: <https://gneaupp.info/valoracion-y-manejo-de-las-lesiones-por-presion-para-equipo-interprofesionales-rnao/>
4. Documento tecnico GNEAUPP N° XI “Escalas e instrumentos de valoracion del riesgo de desarrollar ulceras por presión” Octubre 2009. Disponible desde: https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/19_pdf.pdf
5. SEGURO SOCIAL DE SALUD-ESSALUD “Practicas seguras para la prevencion y reduccion de riesgo de ulceras por presion”, Lima Junio 2013
6. Larissa Inés Páez López, Gustavo Miguel Machaín Vega. “Úlceras por presión en el Servicio de Urgencias de Adultos del Hospital de Clínicas en el periodo 2014-2019”. Disponible desde: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492021000200103&lang=es
7. “Miguel Morales Ojeda (Brasil 2019). “Úlceras por presion: riesgos, factores predisponentes y pronostico hospitalario en pacientes mayores de 65 años”. Disponible desde http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932021000200023&lang=es
8. Raquel Sarabia Lavin. (España-2019). “Incidencia de úlceras por presión en una unidad geriátrica de recuperacion funcional: estudio de series cronológicas”. Disponible desde

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000400009&lang=es

9. Hernandez Corral Sandra, Gonzales Gonzales Leticia, Hernandez Palestina Mario. (Mexico-2017). "Valoración del riesgo de úlceras por presión y aplicación de medidas preventivas en adultos mayores hospitalizados". Disponible desde:
<https://biblat.unam.mx/es/revista/hospital-medicine-and-clinical-management/articulo/valoracion-del-riesgo-de-ulceras-por-presion-y-aplicacion-de-medidas-preventivas-en-adultos-mayores-hospitalizados>
10. Arevalo Naranjo Mariana, Sanguino Ipiales Maria. (Ecuador-2018) "Manejo de pacientes adultos mayores con úlceras por presión".. Disponible desde: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/10050>
11. Flores Lara Yovana, Rojas Jaimés Jesús, Jurado Rosales Jenny (Lima-2016). "Frecuencia de úlceras por presión y los factores asociados a su presentación, en pacientes de un hospital nacional de Lima, Perú". Disponible desde:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2020000300164&lang=es
12. Percy Rossell Perry, María Aguirre Flores Rosas, Janett Jiménez Villafán. (Lima-2014). "Uso del método autolítico seco en el manejo de las úlceras de presión en pacientes adultos mayores". Disponible desde:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000100005&lang=es
13. Godoy Galindo, Melissa Verónica, Huamaní Flores, Bleni. (Lima- 2017). "Prevalencia de ulcera por presion en pacientes hospitalizados en una institucion prestadora de servicios de salud". Disponible desde:
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1492/P_revalencia_GodoyGalindo_Melissa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Avellaneda Guerrero, Esli Edith, Curillo Ccanto, Carmen, Sanchez Quintos, Lucia (2015). "Conocimiento y practicas del enfermero sobre la prevencion y cuidado del paciente con ulceras por presion en el

- servicio de emergencia, Hospital General Jaen-2015”. Disponible desde: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/1633>
15. Rojas Ponce, Martins. (Lima-Peru-2018). “Cuidados de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión en el hospital nacional Edgardo Rebagliati”. Disponible desde: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1982>
 16. Florence Nightingale (1990): Notas sobre Enfermería. ¿Qué es y qué no es?, Masson – Salvat Enfermería, Barcelona. https://books.google.com.pe/books?id=nSqzXx6jNEEC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
 17. R. L. Wesley (1997). “Teorías y modelos de enfermería”. McGraw-Hill Interamericana, México
<https://www.casadellibro.com/libros-ebooks/rl-wesley/68265>
 18. Torres Cárdenas, Yunio, Pérez Pérez, Alba Elisa, Álvarez González, Carmen Rosa, Díaz de la Fe, Amado, Ibáñez Montes de Oca, Yanisleydis, García Domínguez, Delaray (2014). “Protocolo de actuación en la rehabilitación de la úlcera por presión”. Disponible desde:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2014/cfr141d.pdf>
 19. Diaz Saubidet, Hernan, Santiago Lozano, Raul Croceri. (2019). “Guía práctica para prevención, tratamiento y rehabilitación de úlceras por presión”. Disponible desde:
http://adm.meducatum.com.ar/contenido/articulos/22501830187_1654/pdf/22501830187.pdf
 20. Listado de diagnósticos NANDA, disponible en <https://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda-2/>

ANEXOS

1. ESCALA DE NORTON

ESCALA DE NORTON MODIFICADA

Estado físico		Estado mental		Actividad		Movilidad		Incontinencia	
Bueno	4	Alerta	4	Ambulante	4	Total	4	Ninguna	4
Mediano	3	Apático	3	Camina con ayuda	3	Disminuida	3	Ocasional	3
Regular	2	Confuso	2	Sentado	2	Muy limitada	2	Urinaria o fecal	2
Muy malo	1	Estup./coma	1	Encamado	1	Inmóvil	1	Urinaria + fecal	1

Estado físico

Bueno	4	Mediano	3	Regular	2	Muy malo	1
4 comidas diarias 4 raciones de proteínas Menú 2000 kcal Toma todo el menú Bebe 1500-2000 ml T. ^a 36-37 °C Mucosas húmedas IMC 20-25 NPT y SNG		3 comidas diarias 3 raciones de proteínas Menú 1500 kcal Toma más de 1/2 menú. Bebe 1000-1500 ml T. ^a 37-37,5 °C Relleno capilar lento IMC >20<25		2 comidas día 2 raciones proteínas Menú 1000 kcal Toma 1/2 del menú Bebe 500-1000 ml T. ^a 37,5-38 °C Piel seca, escamosa IMC ≥ 50		1 comida día 1 ración proteína Menú < 1000 kcal Toma 1/3 del menú Bebe < 500 ml T. ^a <35,5 o > 38 Edemas generalizados, piel muy seca IMC ≥ 50	

Estado mental

Valoración del nivel de conciencia y relación con el medio

Alerta	4	Apático	3	Confuso	2	Estup./coma	1
"Diga su nombre, día, lugar y hora"		Pasivo, torpe, órdenes sencillas: "Deme la mano"		Muy desorientado, agresivo o somnoliento: "Pellizcar la piel, en busca de respuesta"		"Valorar el reflejo corneal, pupilar..."	

Actividad

Capacidad para realizar series de movimientos que tienen una finalidad

Ambulante	4	Camina con ayuda	3	Sentado	2	Encamado	1
Independiente Capaz de caminar solo, aunque se sirva de aparatos de un punto de apoyo (bastón) o leve prótesis		Capaz de caminar con ayuda de una persona o aparatos con más de un punto de apoyo (andador, muletas...)		No puede caminar ni ponerse en pie, pero puede movilizarse en silla o sillón		Dependiente total	

Movilidad

Capacidad de cambiar, mantener o sustentar posiciones corporales

Total	4	Disminuida	3	Muy limitada	2	Inmóvil	1
Completamente autónomo		Inicia movimientos voluntarios, pero requiere ayuda para completar o mantenerlos		Inicia movilizaciones con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar los movimientos		Incapaz de cambiar de postura por sí mismo	

Incontinencia

Pérdida involuntaria de orina y/o heces

Ninguna	4	Ocasional	3	Urinaria o fecal	2	Urinaria + fecal	1
Control voluntario de esfínteres. Igual puntuación si es portador de sonda vesical o rectal		Pérdida involuntaria de orina y heces, una o más veces al día		Pérdida permanente del control de uno de los dos esfínteres. Igual puntuación si es portador de colector peneano		No control de ninguno de los dos esfínteres	

NPT: nutrición parenteral; SNG: sonda nasogástrica.

2. ATENCION DIRECTA A LA PACIENTE, DONDE SE EVIDENCIA LA CURACIÓN DE LA LESIÓN POR PRESION DE IV GRADO EN ZONA SACRA.





3. PACIENTE CON LESION POR PRESION DE IV GRADO EN ZONA SACRA



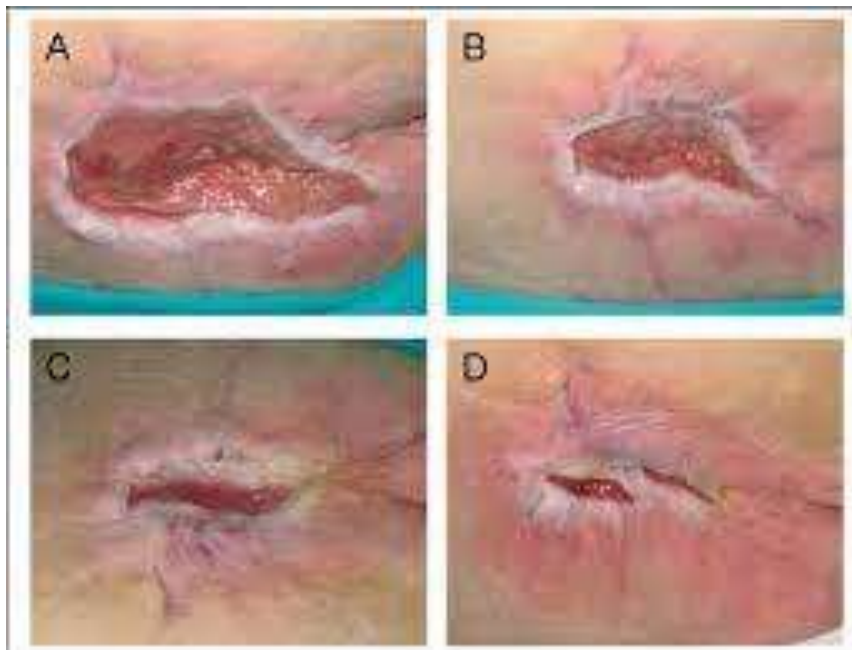
4. PROCESO DE GRANULACIÓN



5. PROCESO DE HIPERGRANULACIÓN



6. PROCESO DE CICATRIZACIÓN



7. MATERIALES QUE SE EMPLEAN EN LA CURACION DE LAS LESIONES POR PRESIÓN

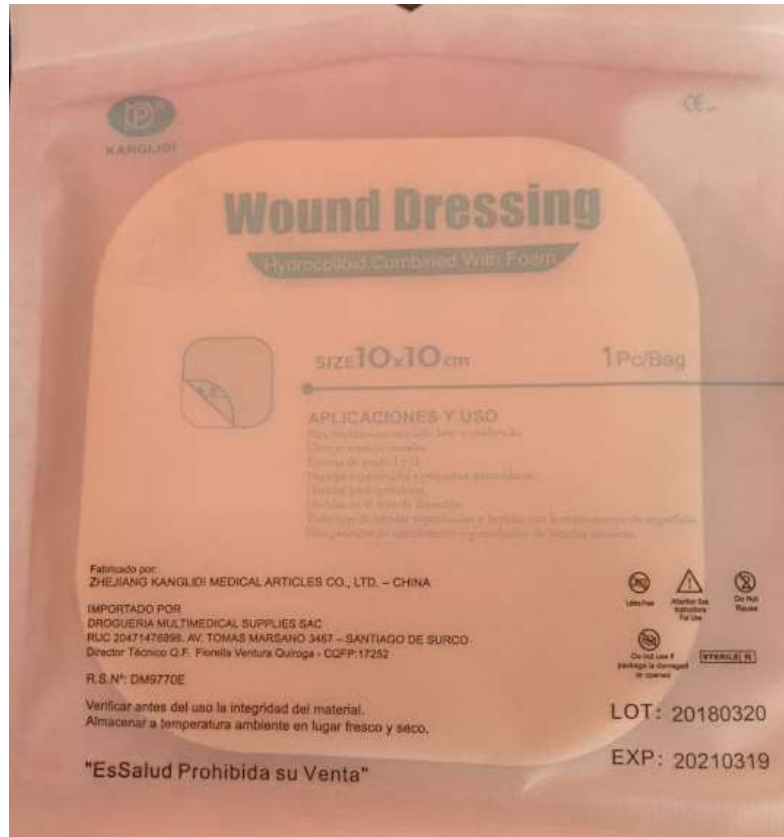
APÓSITO CON PLATA IÓNICA



APÓSITO DE ALGINATO DE CALCIO



APÓSITO HIDROCOLOIDE GRUESO



APÓSITO HIDROCOLOIDE EN FORMA DE GEL



