

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 NEUROCRITICOS EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DEL 13B NEUROCIRUGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS ESSALUD,
LIMA – 2019**

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

JENNY VERONIKA CÁRDENAS PERALTA

**Callao - 2019
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI SECRETARIA
- DR. VICTOR HUGO DURAN HERRERA VOCAL

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 39

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 18/07/2019

Resolución Decanato N° 221-2019-D/FCS de fecha 16 de julio del 2019 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes del estudio	6
2.2 Bases teóricas	9
2.3 Marco conceptual o referencial	10
3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	15
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	
3.1 Valoración	15
3.2 Diagnóstico de Enfermería	22
3.3 Planificación	23
3.4 Ejecución	
3.5 Evaluación	27
4. CONCLUSIONES	30
5. RECOMENDACIONES	31
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
7. ANEXOS	36

INTRODUCCIÓN

El trabajo académico que a continuación se presenta se refiere sobre la prevención de úlceras por presión en el paciente neurocríticos, hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos 13B neurocirugía, con mayor incidencia en la etapa aguda de su enfermedad ya sea en el post operatorio inmediato o post injuria cerebral, ya que en esta etapa el paciente permanece postrado bajo sedo analgesia lo que incrementa su riesgo a tener una lesión cutánea.

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ubicado en el distrito de Jesús María, cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgicos, ubicado en el piso 13, pabellón B del referido hospital. Esta unidad atiende a pacientes con problemas neuroquirúrgicos: aneurismas cerebrales, malformación arterio venosas, tumores cerebrales, trauma cráneo encefálico, por resaltar las más frecuentes. Cuenta con tres salas: en primera sala (6 pacientes por dos enfermeras) permanecen los pacientes infectados; en la segunda sala (4 pacientes por dos enfermeras) están los pacientes post operados inmediatos; y en la tercera sala (4 pacientes por una enfermera) se encuentran los pacientes más estables en condiciones de alta o pre operatorio que aún requiere cuidado intensivo.

En el post operatorio inmediato los pacientes son manipulados mínimamente para evitar elevaciones de la presión intracraneal que pueden complicar su estado o incluso causar la muerte o una secuela permanente, esto puede causar la formación de úlceras por presión.

Mi experiencia profesional en la unidad de cuidados intensivos por más de 15 años, y durante todo ese tiempo he podido evidenciar que muchos de los pacientes hospitalizados en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos 13B Neurocirugía que presentan problemas neuroquirúrgicos, se les forman úlceras por presión a predominio de la zona sacra, talones,

occipital (por el tiempo de postración en la etapa aguda de la enfermedad) e incluso la comisura labial (relacionada al tubo endotraqueal).

Debido a ello se implementaron múltiples estrategias para reducir las úlceras por presión, después del ingreso al servicio, se aplicó protector cutáneo en las zonas de riesgo, uso rodetes de protección, incluso se solicitó a la familia (según sus posibilidades) la compra de colchón neumático, ya que la institución no cuenta con estos materiales. Durante los turnos mañana y tarde por lo menos dos veces brindo confort, lubrico la piel y si requiere cambiamos ropa de cama, en las noches esta actividad la realizo al menos 3 veces. Estas actividades lograron reducir la incidencia de úlceras por presión, pero lamentablemente no logran evitar su aparición. Debido a lo expuesto que propuse el presente trabajo académico “Cuidados de enfermería en la prevención de ulceras por presión en pacientes neurocríticos en unidad de cuidados intensivos 13B neurocirugía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD – Lima– 2019”. El objetivo del estudio es desarrollar un plan de cuidados estandarizado para prevenir las úlceras por presión en el paciente neurocríticos, según guía institucional y proponer la elaboración de una guía de valoración y prevención de ulceras por presión en el paciente neurocríticos

La importancia radica en demostrar que con un cuidado adecuado al paciente neurocríticos aplicando el proceso de atención de enfermería, se puede prevenir e incluso evitar la aparición de las úlceras por presión, acortando de ésta manera el tiempo de estancia hospitalaria que expondría al paciente a otros riesgos tales cómo infecciones asociadas a la atención de salud, sobre costos en el paciente y familia.

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA:

Para la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de úlceras por presión es uno de los indicadores que permiten determinar la calidad de la asistencia dispensada por la red hospitalaria. A nivel internacional se las reconoce como un indicador de calidad de cuidado y, según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia oscila entre un 5 y un 12%. En Argentina no hay datos estadísticos serios, pero sí existen, en cambio, en otros países como Canadá, Australia, Inglaterra, España y Estados Unidos. Este último informa que las úlceras por presión afectan a casi 1,3 millones adultos. (1)

Las úlceras por presión, (úlceras de decúbito y/o escaras) es una herida que causa isquemia de la piel en sus diversos planos incluso planos más profundos como el músculo, generalmente se producen son consecuencia de presión y/o fricción sobre una prominencia ósea (1). Es decir, es la presión continua y mantenida entre dos planos duros (hueso y superficie dura. (2)

Kosiak (1958) resaltó la relevancia de la presión y el tiempo de exposición de ésta. Determinó que las presiones provocan necrosis tisular en poco tiempo y las bajas presiones necesitan de un tiempo de exposición mucho mayor. (2)

En el Brasil, la incidencia de úlceras por presión en pacientes de Unidad de Cuidados Intensivos, de hospitales públicos y privados, varía entre el 19,2% al 55%. Aunque evitable en la mayoría de las situaciones, las úlceras por presión es un problema de salud pública, resaltándose como un indicador de calidad (negativa) de la asistencia, necesitando mayor investigación en cuanto a su incidencia y prevalencia en el ámbito nacional teniendo en cuenta que pocos estudios describieron la magnitud y su perfil etiológico. (1)

El servicio de neurocirugía del hospital Edgardo Rebagliati Martins, está dividido en unidad general con 24 camas y unidad cuidados intensivos con 14 camas. Los pacientes hospitalizados en el Unidad de Cuidados

Intensivos 13B Neurocirugía son aquellos con patologías cerebrales en pre o post operatorio, que pueden padecer de aneurisma cerebral, malformación arterio venosa, tumores cerebrales, hematoma o hidrocefalia, suelen tener deterioro neurológico o sedación que obliga su postración, están en posición neutra ya que otras incrementan la presión intracraneal al flexionar el cuello. Esto ocurre principalmente en su etapa aguda por trauma cráneo encefálico o post operatorio inmediato, suele durar como mínimo 48 horas.

Según la oficina de inteligencia sanitaria del hospital Edgardo Rebagliati se presentaron 1337 úlceras por presión durante el año 2018, de los cuales el 6.8% (92 casos) pertenecen al servicio de neurocirugía y 4.7% (62 casos) al Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgicos 13B, es decir del 100% de casos del servicio de neurocirugía 67.5% son de la unidad de cuidados intensivos neuroquirúrgicos.

El paciente neurocrítico en el post operatorio inmediato tiene que permanecer en posición neutro (decúbito dorsal y cabecera en 30°) y cambios mínimos de posición ya que elevan la presión intracraneal, esto se constituye en el primer factor de riesgo para desarrollar úlceras por presión lo que va a tener como consecuencia incremento en el tiempo hospitalario, aumento de costos de atención para el paciente y familia, infecciones asociadas a la atención de salud e incluso la muerte

Debido a ello que las úlceras por presión son una preocupación constante de ESSALUD, que figura entre las directivas de cuidado del paciente como”, Practicas seguras para la prevención y reducción de riesgo de ulceras por presión “ y la Unidad de Cuidados Intensivo 13B Neurocirugía no es ajena a esta situación, por lo que prevenir las úlceras por presión es una de las prioridades de las enfermeras que laboran en este servicio, por lo que se plantea el siguiente trabajo académico “Cuidados de enfermería en la prevención de ulceras por presión en pacientes neurocríticos en Unidad de Cuidados Intensivos 13B Neurocirugía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – Essalud – Lima– 2019”

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes:

Antecedentes Internacionales:

ROMERO, María y cols; 2017 – Asturias; en su investigación titulada ***“Disminución de la incidencia de úlceras por presión en sacro y talones en pacientes ingresados en cuidados intensivos”***, cuyo objetivo fue disminuir las tasas de incidencia de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos y Determinar la eficacia de los apósitos preventivos de espuma de adhesión atraumática; fue un estudio prospectivo, experimental controlado y aleatorizado realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Asturias. Sus conclusiones fueron que hay menor incidencia de úlceras por presión en pacientes que se usaron apósitos preventivos frente a los pacientes con medidas estándar; y el papel de los enfermeros es primordial en la prevención de las úlceras por presión.

GONZALES, Renata y cols; 2017 – Bogotá; en su investigación titulada ***“Estrategias de enfermería para prevenir lesiones de piel en personas con riesgo de padecerlas”***, su objetivo fue describir estrategias efectivas de enfermería para la prevención de lesiones de piel en personas que están en riesgo de padecerlas; fue una revisión sistemática de la bibliografía disponible del periodo 2005 al 2015. Sus conclusiones fueron a) Las estrategias preventivas son el diagnóstico previo, uso de escalas de valoración del riesgo, uso de diferentes tecnologías de la información, herramientas educativas adaptadas a las necesidades identificadas y enseñanza práctica, auditoría permanente que garantice el cumplimiento y actualización constante; b) Las estrategias efectivas para prevenir lesiones de piel deben enfocarse acorde a las necesidades identificadas en los pacientes y mantenerse en el tiempo para identificar oportunamente los factores que las generan; c) Se debe reconocer la existencia de otras lesiones como la dermatitis asociada a la incontinencia y lesiones por

iatrogenia como posibles causas que originan lesiones más graves afectando la seguridad del paciente, a fin de que su prevención sea más efectiva

GALVÁN, Johana y cols; 2016 - Cartagena; en su investigación titulada ***“Nivel de riesgo y aparición de úlceras de presión en pacientes ingresados a la UCI de la Clínica Blas de Lezo”***, cuyo objetivo fue valorar el nivel de riesgo y la aparición de úlcera de presión en los pacientes que ingresaron a la UCI de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena en el mes de Mayo del año 2016 a partir de la valoración de la Escala de Braden, estudio de tipo descriptiva de corte transversal cuya población fue 26 pacientes que ingresaron a dicha institución. Sus conclusiones fueron que el 57% de los pacientes con riesgo a desarrollar úlcera por presión son mayores de 70 años y, casados. El 19% se encuentra en el estadio I y el 3% en el estadio 4, en tanto que el 30% no clasificable. Y en lo concerniente al riesgo de desarrollar úlcera por presión se observa que el 61% de ellos tienen un nivel alto de desarrollar úlceras por presión.

Antecedentes Nacionales:

HOYOS, Keyla y MÍREZ, Enma; 2016 – Chiclayo, en su Tesis ***“Intervenciones de enfermería para prevenir úlceras por presión en pacientes atendidos en el servicio de medicina interna. Hospital Regional Docente Las Mercedes”***, cuyo objetivo fue determinar las intervenciones de enfermería para prevenir úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes, estudio de tipo descriptivo se aplicó una lista de chequeo aplicada a 23 enfermeras de dicho hospital. Sus conclusiones fueron: Existen intervenciones directas para ÚLCERAS POR PRESIÓN y más del 50% de las enfermeras realizan dichas acciones, siendo los cuidados de la piel realizados con menor frecuencia (26%), predisponen a los pacientes

a sufrir de ÚLCERAS POR PRESIÓN. Las intervenciones indirectas en su mayoría no se realizan (74%), ni una enfermera realiza ejercicios de movilización pasiva y el 83% no educan a la familia para que realice cambios de posición.

AVILEZ, Mery, 2016 – Ayacucho; en su tesis titulada **“Incidencias de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena”** su objetivo fue determinar la Incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital regional de Ayacucho, fue un cuantitativo, de nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal, su población fue 120 pacientes hospitalizados en ese servicio. Sus conclusiones fueron: La frecuencia de casos de úlceras por presión es elevada, por lo que se debe establecer estrategias que reduzcan la incidencia de esta afección. La diferencia de porcentaje no es significativa entre la úlcera por presión y sexo de los pacientes según sexo.

ASCARRUZ, Claudia y cols; 2014 – Lima, en su trabajo de investigación titulado **“Valoración del riesgo de úlcera por presión según la escala de Braden en el paciente neurológico”**, su objetivo fue determinar el riesgo de úlceras por presión en el paciente neurológico postrado, mediante la aplicación de la escala Braden en el Servicio de Neurología 13 A del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, estudio descriptivo de corte transversal cuya población fueron 120 pacientes. Su conclusión fue que la escala Braden permite valorar condiciones de factores de riesgo (percepción sensorial, humedad, nivel de actividad, movilidad nutrición) para presentar úlceras por presión, sobre todo en pacientes con problemas neurológicos como los del estudio.

2.2. Bases Teóricas:

Las bases conceptuales de una ciencia favorecen la comprensión de su estructura lógica, con el objetivo de examinar la relación de ésta con las preguntas hechas por el hombre en relación al mundo que le rodea. Dentro del campo de la enfermería el conocimiento de sus bases conceptuales, ayuda a establecer el significado de la ciencia a través del entendimiento y reconocimiento de los conceptos, las teorías, leyes y objetivos, así como su relación con la práctica. (2)

VIRGINIA HENDERSON:

La enfermera atiende al paciente con actividades dirigidas al mantenimiento de la salud, recuperación de la enfermedad o al logro de una muerte tranquila. Para la salud del paciente es un criterio imprescindible su independencia. (3)

El aporte teórico de Virginia Henderson entre los que se cuenta la definición de la enfermería y el enunciado de catorce necesidades básicas, ofrece la posibilidad de explicar toda la conducta de la enfermería presente y futura. (2)

En el presente estudio se tomará 4 necesidades: la tercera es eliminación de los desechos corporales, porque la humedad es un factor de riesgo para las ÚLCERAS POR PRESIÓN, por lo que debe de mantenerse seco al paciente. La cuarta es movimientos y mantener las posiciones deseadas, aquí si el paciente tiene limitación en el movimiento debe realizarse cambios posturales que reduzcan el riesgo de deterioro de la integridad cutánea. La octava, el mantener la higiene corporal mantiene la piel libre de secreciones que puedan afectarla además de mantener la humedad. La novena al mantener al paciente alejado de los peligros ambientales tales como calor, frío, humedad, cama dura entre otros reducen la formación de úlceras por presión.

2.3. Marco Conceptual O Referencial

LA PIEL:

La piel es un órgano más grande del cuerpo y lo cubre en toda su superficie, incluso por los orificios cutáneos. La parte va de 0.5 mm en su parte más delgada (parpado) hasta 6 a 8 mm en su parte más gruesa (palma de la mano y planta de los pies, tiene el 6% del peso corporal de 5 kg. (4)

Funciones de la Piel:

Sus funciones son: a) Protege la piel de agentes lesivos ya sean mecánicos, radiantes, térmicos y químicos; b) Actúa como termorregulador mediante fenómenos vasculares (vasoconstricción y vasodilatación) junto a la respiración exógena; c) Es un órgano sensitivo al tacto, temperatura y dolor. (4)

Histología:

La piel está compuesta por 3 capas: a) Epidermis; b) Dermis; y c) Hipodermis. (5)

La epidermis es la capa más superficial de la piel, es avascular y se vasculariza a través de la Dermis, le da el color a la piel. (4)

La dermis es la segunda capa de la piel y es vascularizada, aquí están los folículos pilosos y las glándulas sudoríparas además se ser la parte más elástica de la piel. (4)

La hipodermis también conocida como tejido celular subcutáneo, aquí se encuentran los adipocitos que elaboran y almacenan grasa

ULCERAS POR PRESIÓN:

La úlcera por presión es una injuria a la piel, como resultado de un proceso de disminución de aporte de oxígeno producto de la presión sostenida sobre una prominencia ósea, que afecta y produce necrosis de la piel en sus distintos estratos (epidermis y dermis) incluso tejido subcutáneo y muscular, puede afectar además el tejido óseo y articulaciones. (6)

Epidemiología:

Los indicadores de morbilidad de las escaras (prevalencia e incidencia) tienen una amplia variabilidad según el sitio anatómico donde se originen. Existen investigaciones que establecen un rango de 3 a 11% de ingresos hospitalarios son víctimas de las úlceras por presión; aproximadamente el 70% aparecen antes de las dos semanas de su internamiento. Los casos nuevos de las úlceras por decúbito en los hogares se establecen cerca del 1,7% por año en rangos de 55 a 69 años y aproximadamente el 3,3% de los 70 a 75 años. En los asilos de ancianos se valúa próximo al 9,5% antes de los 30 días de establecerse, y cercano al 20,4% antes de los 24 meses. La tasa de mortalidad en los hospitales se ubica entre el 23 y 27%, y la probabilidad de morir se duplica e incluso se quintuplica en las casas de reposo. Debido a ello la prevención es la mejor forma de evitar las escaras previniéndolas hasta en un 95%. (7)

Fisiopatología:

La úlcera por presión se origina porque la piel se ve atrapada en medio de dos planos duros y la presión continua y sostenida que ejercen sobre el tejido blando. Uno de los planos duros es la prominencia ósea y el otro puede ser la cama, silla o cualquier otro elemento en la que el paciente esté postrado. (6)

La presión generalmente supera los 20 milímetros de mercurio (necesarios para una buena perfusión tisular) lo que da origen a un proceso de necrosis y muerte tisular. (7)

Si se retira la presión dentro de los treinta minutos, pueden suceder dos eventos: el primero ocurre un fenómeno de reperfusión de los tejidos y el segundo (el menos esperado) se continúa con la necrosis tisular que termina en una ulceración del tejido afectado. La presión no es el único fenómeno que intervienen la fricción y el apalancamiento (cizallamiento). (6)

- **Presión:** Es el primer elemento de riesgo, se produce por efecto de la fuerza de gravedad que actúa sobre un tejido blando, disminuyendo el aporte de sangre y oxígeno. (7)
- **Fricción:** Es la fuerza ejercida de forma paralela a la piel producto de los roces o el arrastre, este fenómeno es exacerbado por la humedad que ablanda la piel. (7)
- **Cizallamiento:** Actúan juntos los dos primeros fenómenos como ocurre por ejemplo cuando el paciente está sentado, entonces la presión y la fricción actúan sobre la piel colindante al sacro.(7)

Factores de Riesgo:

- **Fisiopatológicas.** – trombosis venosa, insuficiencia arterial, caquexia, obesidad, disminución de hierro y proteínas séricas, insuficiencia cardíaca congestiva, inmunosupresión, cáncer, deterioro neurológico, fracturas, déficit motores, trastornos sensoriales, incontinencia urinaria y fecal, entre otras. (7)
- **Derivados del tratamiento:** Sedoanalgesia, postración secundaria al tratamiento (politraumatismo, radioterapia, entre otros). (7)
- **Situacionales:** déficit de higiene, ropa de cama desarreglada, intolerancia a la actividad secundaria a dolor, entre otros. (7)

Clasificación

Las úlceras por presión se clasifican en estadios según las estructuras afectas de los tejidos. (6)

- **Estadio I.-** En este caso existe integridad cutánea pero coexiste un enrojecimiento (puede haber coloración azul o morada) de la piel que no varía al cambio postural dentro de los 30 minutos. (6)
- **Estadio II.-** Aquí hay pérdida de la integridad de la epidermis y dermis, la capa subcutánea puede estar alterada pero íntegra. (6)

- **Estadio III.-** La herida es discretamente más profunda, el tejido subcutáneo se ve seriamente afectado, que incluso llega al tejido muscular. Hay tejido necrótico y puede haber liberación de exudado. (6)
- **Estadio IV.-** Aquí la ulceración es mucho más profunda, existe destrucción muscular afectando incluso al tejido óseo, tendones y/o articulaciones (en algunos casos puede formarse encavernación), se agrega liberación de exudado Cabe resaltar que la presencia de tejido necrótico enmascara mayor profundidad de la lesión. (6)

Prevención de las Ulceras por Presión:

La primera causa documentada es la presión de forma prolongada sobre la piel, además de otros factores tales como

- Factores intrínsecos: la edad, desnutrición, incontinencia urinaria y fecal, deterioro del estado de conciencia, factores hemodinámicos. (8)
- Factores extrínsecos: deterioro del autocuidado (higiene), mecánicos (fricción, cizallamiento, fármacos, entre otros.)(8)

Las actividades comprenden: valoración del riesgo, cuidados de la piel (valoración del estado de la piel, limpieza y cuidados locales de la piel, control de la humedad), manejo de la presión (cambio postural, colchón neumático), protector local ante la presión (fármacos protectores cutáneos, láminas hidrogeles, apósitos autoadhesivos), reducir intervenciones iatrogénicas es decir evitar la rutina. (9)

Valoración del Paciente y entorno:

Al ingreso del paciente al servicio de hospitalización se debe de: determinar su capacidad de autocuidado (dependencia total, parcial o apoyo educativo), examen físico para determinar nivel de riesgo a las úlceras por presión, estado nutricional, entorno social (familia y/o

cuidadores) y evaluación de riesgo mediante una escala validada (la más usada es la escala de Braden (9)

Escala de Valoración de Riesgo:

Existen varias escalas para valorar el riesgo a las úlceras por presión, pero la que ha demostrado mayor sensibilidad y especificidad es la escala de Braden; valores menores de 16 tienen riesgo de desarrollar una úlcera de presión, puntuaciones entre 16 y 18 tienen riesgo de ulceración. Pero todo esto no significa mucho si no se hace un exhaustivo examen físico. (10)

Pero en el Hospital Rebagliati, según guía institucional se usa la escala de Riesgos de Norton modificada y es la que está más difundida a nivel mundial, conformado por 5 elementos: incontinencia (urinaria y fecal), estado mental, actividad, estado físico y movilidad. Es una escala inversamente proporcional, es decir a menor puntaje mayor riesgo a presentar escaras. (ver anexos) (11)

Infección de la Úlcera:

Se debe diferenciar entre **colonización** (multiplicación de gérmenes sin producir problemas clínicos); **colonización bacteriana** (exceso de gérmenes sin aún producir signos clínicos, pero existe retraso de la herida, aumento de exudado y cambios en la coloración); **infección local** (presente signos y síntomas tales como dolor, olor, rubor y calor); **infección sistémica** (invasión bacteriana que produce signos y síntomas asociadas al huésped como inflamación, dolor, fiebre e incluso shock). (9)

3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACION A LA SITUACION PROBLEMÁTICA.

PLAN DE INTERVENCIÓN

3.1. VALORACIÓN:

DATOS DE FILIACIÓN

Paciente	“KARO”
Sexo	Femenino
Edad	36 años
Ocupacion	Ama de casa
Estado civil	casada
Lugar de nacimiento	Chincha
Grupo sanguíneo	O (+).
Dx. De Ingreso	Post operada resección de Meningioma en placa esfeno orbitaria
Antecedentes	Diabetes Mellitus, Niega tuberculosis, enfermedad renal crónica o hipertensión

MOTIVO DE LA CONSULTA

Paciente refiere que empieza enfermedad hace aproximadamente 7 meses con dolor más aumento del volumen del párpado, hace un mes comienza disminución de agudeza visual hasta aparición de un “bulto” ojo izquierdo.

ENFERMEDAD ACTUAL

Meningioma en placa esfeno orbitaria izquierda

ANTECEDENTES

- **Antecedentes perinatales:** Ninguno

- **Antecedentes familiares:** ninguno
- **Antecedentes personales:** Varicela a los 5 años sin secuela, Diabetes mellitus , niega Hipertensión Arterial, niega alergias a fármacos y alimentos
- **Antecedentes socioeconómicos:** Ama de casa ,vive con esposo y sus 3 hijos , depende económicamente de esposo vive en casa propia que cuenta con servicios básicos de agua y desagüe ,cuenta con recursos económicos suficientes

EXAMEN FÍSICO

- **Cabeza:** normocéfalo, herida seca y limpia en zona fronto temporal izquierdo, con un dren hemovac.
- **Nariz:** presenta sonda nasogástrica recibiendo dieta enteral a 50 cc/hr
- **Boca:** cánula orotraqueal fijado a 20 centímetros conectado a respirador mecánico ciclado por presión A/C. En regular estado de higiene
- **Cuello:** de características anatómicas normales, tiene insertado un catéter venoso central en yugular anterior derecha.
- **Tórax**
 - o Ap. Cardiovascular: no soplos, latidos cardiacos rítmicos.
 - o Ap. Respiratorio: ruidos respiratorios normales en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- **Abdomen:** Blando depresible, a la auscultación se evidencian ruidos hidro aéreos a un ritmo de cinco en un minuto.
- **Genito urinario:** sonda vesical conectado a bolsa colectora con orina clara, uso de pañal.
- **Extremidades superiores:** inserción de un catéter arterial en arteria radial izquierda, llenado capilar menor a dos segundos.

- **Extremidades inferiores:** buen llenado capilar, extremidades tibias.

INDICACIONES MÉDICAS:

MEDICAMENTO	DOSIS	FREC.	VÍA
<ul style="list-style-type: none"> • Agua destilada 1000 cc • Cloruro de sodio 20% 10 cc • Cloruro de potasio 20% 10 cc 	100cc/hr		EV
<ul style="list-style-type: none"> • Dextrosa 5% 100cc + • Noradrenalina 8 miligramos 	PAM 90-100		EV
<ul style="list-style-type: none"> • CINA 0.9% 100 + Midazolam • 100 mgr. 	RASS -4		
<ul style="list-style-type: none"> • CINA 0.9% 100 cc + Fentanilo • 1000 microgramos 	RASS -4		
<ul style="list-style-type: none"> • Solución hipertónica 7.5% 	120 cc	c/4 hrs	EV
<ul style="list-style-type: none"> • Cefepime 	2 gr.	c/8 hr	EV
<ul style="list-style-type: none"> • Vancomicina 	1 gr.	c/12 hr	EV
<ul style="list-style-type: none"> • Omeprazol 	40 mgr.	c/24 hr	EV
<ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramida 	100 mgr.	c/8 hr.	EV
<ul style="list-style-type: none"> • Dexametasona 	8 mgr.	c/6 hr	EV
<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol 	1 gr.	c/8 hr	SNG
<ul style="list-style-type: none"> • N-Acetilcisteina 	400 mgr.	c/8 hr	SNG

EXÁMENES AUXILIARES:**ANÁLISIS DE GASES ARTERIALES:**

pH	7.357	(7.35 – 7.45)
pO ₂	200	(80 – 100)
pCO ₂	36.7	(35 – 45)
HCO ₃	20.1	(22 – 26)

BIOQUÍMICA

Glucosa	158	(70 – 110)
Urea	21.7	(20 – 55)
Creatinina	0.51	(0.4 – 1.2)
Sodio	150.8	(135 – 145)
Potasio	3.98	(3.5 – 4.5)

HEMOGRAMA:

Glóbulos blancos	0.91
Glóbulos rojos	12.4
Hematocrito	4.59
Hemoglobina	12.9
Plaquetas	154

PERFIL DE COAGULACIÓN

Tiempo de protrombina	12.40	(11.00 – 13.50)
Tiempo de Tromboplastina parcial	31.26	(25.00 – 37.00)

GRUPO Y FACTOR: 0 POSITIVO**EXAMEN DE ORINA**

Densidad	1020
Reacción	7
Células	0 – 1
Leucocitos	0 – 1
Hematíes	0 – 1

BALANCE HÍDRICO

22/06/2019

Ingresos 12637

Egresos 9140
Balance +3497

VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS

Dominio I: Promoción y gestión de la salud

CLASE 1: Toma de conciencia de la Salud, No estimable

CLASE 2: Gestión de la Salud, No estimable

Dominio II: Nutrición

CLASE 1: Ingestión: sonda nasogástrica cerrada en ayunas.

CLASE 2: Digestión: sin residuo gástrico

CLASE 3: Absorción: No estimable

CLASE 4: Metabolismo: hemoglucotest = 158 mg/dl

CLASE 5: Hidratación: Piel turgente, no signo de pliegue, lesiones por punción arterial y venosa.

Dominio III: Eliminación

CLASE 1: Función urinaria: Sonda vesical

Balance hídrico positivo en +3497

CLASE 2: Función Gastrointestinal, No presenta residuo gástrico

CLASE 3: Función Tegumentaria, Lesiones por punción arterial y venosa en ambos miembros superiores, NO ÚLCERAS POR PRESIÓN

CLASE 4: Función Respiratoria, conectado a respirador mecánico por sedo analgesia, hiperoxemia

Dominio IV: Actividad y Reposo:

CLASE 1: Reposo/Sueño: En sedo analgesia, escala de Richmond: – 4 (Infusión de Fentanilo y Midazolam)

CLASE 2: Actividad/Ejercicio: Postrada secundario a sedo analgesia, completamente dependiente.

CLASE 3: Equilibrio/Energía: No estimable.

CLASE 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar, no medición de gasto cardiaco, infusión de Inotrópicos Noradrenalina a 3 cc/hr (presión arterial media de 90 – 100 milímetros de mercurio), Llenado capilar =

2", discreta frialdad distal, en Ventilación Mecánica, sincronizada con el VM.

CLASE 5: Autocuidado: Completamente dependiente

Dominio V: Percepción – Cognición

CLASE 1: Atención: No estimable.

CLASE 2: Orientación: No estimable.

CLASE 3: Sensación – Percepción: No estimable.

CLASE 4: Cognición: No estimable.

CLASE 5: Comunicación: No estimable.

Dominio VI: Auto percepción

CLASE 1: Autoconcepto: No estimable.

CLASE 2: Autoestima: No estimable.

CLASE 3: Imagen corporal: No estimable.

Dominio VII: Rol Relaciones

CLASE 1: Rol del Cuidador: No estimable.

CLASE 2: Relaciones Familiares, familia al momento de la valoración no trae útiles de aseo.

CLASE 3: Desempeño de Rol, no aparenta conflictos familiares

Dominio VIII: Sexualidad

CLASE 1: Identidad sexual: No estimable.

CLASE 2: Función Sexual: No estimable.

CLASE 3: Reproducción, N° de Hijos: 2

Dominio IX: Afrontamiento y tolerancia al estrés

CLASE 1: Respuesta Post Traumática: No estimable.

CLASE 2: Respuesta de Afrontamiento al Estrés: No estimable.

CLASE 3: Estrés Neurocompartimental, edema cerebral vasogénico.

Dominio X: Principios Vitales

CLASE 1: Valores: No estimable.

CLASE 2: Creencias, religión católica

CLASE 3: Congruencia de las acciones con los valores y creencias, No estimable..

Dominio XI: Seguridad y protección

CLASE 1: Infección, afebril, Invasivos: sonda nasogástrica, cánula orotraqueal, catéter venoso central, línea arterial, vía periférica y sonda vesical.

CLASE 2: Lesión Física, heridas por venopunción, riesgo a ÚLCERAS POR PRESIÓN, no roncantes, no sibilancias, no crepitos

CLASE 3: Violencia: no estimable.

CLASE 4: Peligros Ambientales, aire acondicionado, cama con Barandas

CLASE 5: Procesos Defensivos, No estimable.

CLASE 6: Termo regulación, temperatura adecuada entre 36.5 y 37.5 regula la temperatura.

Dominio XII: Confort

CLASE 1: Confort físico, No signos de dolor, en sedo analgesia

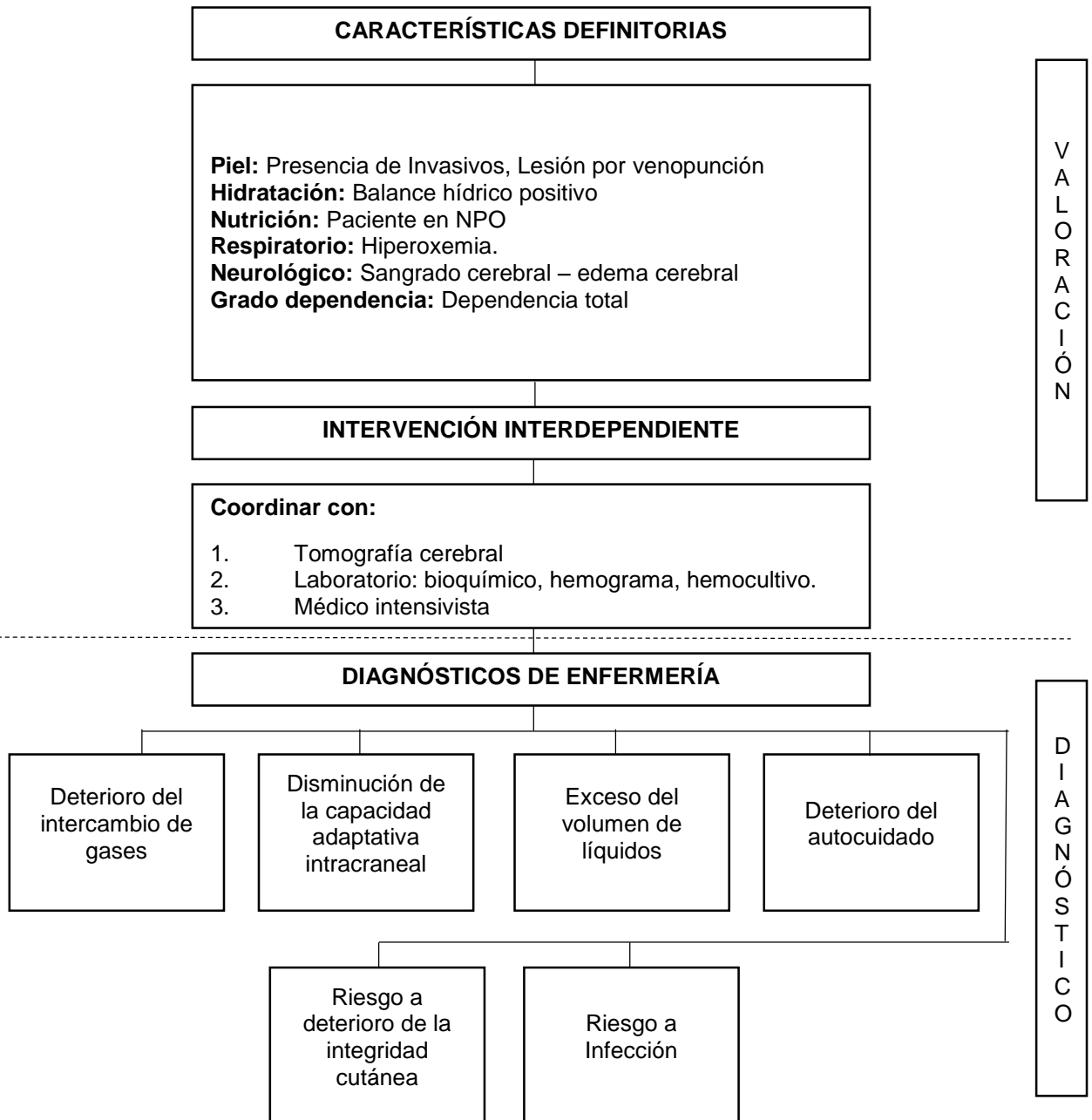
CLASE 2: Confort Ambiental, aire acondicionada, cubierta con sábana y bata hospitalaria

Dominio XIII: Crecimiento y Desarrollo

CLASE 1: Crecimiento, No estimable

CLASE 2: Desarrollo, No estimable.

ESQUEMA DE VALORACIÓN



3.2. Diagnósticos de enfermería

LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

Presencia de Invasivos

Balance hídrico positivo

Paciente en ayunas

Lesión por punción arterial y venosa

Elevación de la presión parcial de oxígeno.

Dependencia total

Postración

Edema cerebral

LISTA DE DIAGNÓSTICOS SEGÚN DOMINIOS

Exceso del volumen de líquidos

Riesgo a deterioro de la integridad cutánea

Deterioro del intercambio de gases

Deterioro del autocuidado

Deterioro de la capacidad adaptativa intracraneal

Riesgo a Infección

Interrupción de los procesos familiares

Priorización de diagnósticos

Deterioro del intercambio de gases relacionado volumen minuto respiratorio incrementado evidenciado por elevación de la presión parcial de oxígeno.

Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal relacionado con sangrado, injuria cerebral evidenciado por volumen cerebral incrementado evidenciado por tomografía.

Exceso del volumen de líquidos relacionado exceso del aporte, oliguria, mecanismos reguladores evidenciado por balance hídrico positivo.

Déficit del autocuidado relacionado con postración y sedación.

Interrupción de los procesos familiares relacionado con hospitalización, futuro incierto y muerte inminente.

Riesgo a deterioro de la integridad cutánea relacionado con humedad, factores mecánicos (cizallamiento, presión) e inmovilidad física.

Riesgo a Infección relacionado con medios invasivos, hospitalización e inmunosupresión

ESQUEMA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNÓSTICOS
Deterioro neurológico	Injuria cerebral Post operatorio inmediato Sangrado cerebral	Hematoma intraventricular según tomografía más deterioro neurológico	Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal relacionado con sangrado, injuria cerebral
Paciente completamente dependiente	Paciente postrado, en sedo analgesia	Paciente completamente compensatorio	Déficit del autocuidado relacionado con postración, sedo analgesia
Necesidad de educación a la familia con preocupación	Paciente en UCI, recibe visita solo 30 min al día	Paciente con visita restringida	Interrupción de los procesos familiares relacionado con hospitalización, futuro incierto y muerte inminente
Riesgo a deterioro de la integridad cutánea.	Humedad, factores mecánicos (cizallamiento, presión) e inmovilidad física	No tiene evidencia por ser diagnóstico de riesgo.	Riesgo a deterioro de la integridad cutánea relacionado con Humedad, factores (cizallamiento, presión) mecánicos e inmovilidad física

3.3. Planificación:

ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
00049 Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal relacionado con sangrado, injuria cerebral evidenciado por tomografía	<ul style="list-style-type: none"> - 0912: Estado neurológico: Conciencia. - 0601: Equilibrio hídrico. - 0416: Perfusión tisular cerebral - 0600: Equilibrio electrolítico y ácido base. 	<ul style="list-style-type: none"> - 2000: Manejo de electrolitos. - 2080: Manejo de líquidos/ electrolitos - 2540: Manejo del edema cerebral. - cabecera 30° alineación cabeza, cuello y tronco. - 2550: Mejora de la perfusión cerebral - 2590: Monitorización de la presión intracraneal - 2620: monitorización neurológica 	Paciente no presenta signos de deterioro neurológico
00118 Déficit del autocuidado relacionado con postración y sedación.	<ul style="list-style-type: none"> - 0301: Auto cuidado baño. - 0305: Auto cuidados higiene 	<ul style="list-style-type: none"> - 1801: Ayuda con los autocuidados baño / higiene - 1650: Cuidado de los ojos y boca. - 0844: Cambios de posición: cabecera 30° alineación cabeza, cuello y tronco. 	Paciente en posición semifowler en buen estado de higiene
00060 Interrupción de los procesos familiares relacionado con hospitalización, futuro incierto y muerte inminente	<ul style="list-style-type: none"> - 2600: Afrontamiento de los problemas de la familia. - Capacidad de la familia para afrontar factores estresantes que comprometen sus recursos 	<ul style="list-style-type: none"> 7130: Mantenimiento de los Procesos Familiares - Indicar el modo de resolución de problemas de la familia. - Identificar los puntos de fuentes/recursos de la familia. - Identificar las áreas de insatisfacción - conflictos 	Familia entrega de útiles de aseo, recibe informe y participa en la visita de su familia de manera ordenada y calmada.

		<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los miembros de la familia a clarificar que necesitan y esperan unos de otros 	
<p>00049 Riesgo a deterioro de la integridad cutánea relacionado con Humedad, factores mecánicos (cizallamiento, presión) e inmovilidad física</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1101: Integridad tisular de piel, mucosas, membranas y mucosas. - 1902: Control de riesgo. 	<p>3540: Prevención de úlceras por presión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar el riesgo a úlcera por presión mediante la escala de Norton modificada. - Vigilancia de la piel y zonas enrojecidas. - Eliminar la humedad excesiva de la piel. - Aplicar barreras de protección (cremas, apósitos hidrogeles o protectores cutáneos) - Inspeccionar zonas de presión durante los cambios posturales. - Uso de camas y colchones especiales si procede - Cuidados en la incontinencia urinaria - Mantener ropa de cama limpia, seca y sin arrugas - Uso de jabón suave. - Vigilar fuentes de presión y de fricción - Asegurar una nutrición adecuada <p>3590: Vigilancia de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar el estado de la piel al ingreso y el aseo diario. 	<p>La paciente al salir del Unidad de Cuidados Intensivos 13B Neurocirugía no presenta úlceras por presión.</p>

3.4. Ejecución y Evaluación:

REGISTRO DE ENFERMERÍA: Subjetivo, Objetivo, Análisis, Plan, Intervención, Evaluación. (SOAPIE)

- S No valorable por encontrarse paciente sedado
- O En la cama Número 9 de la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgicos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, se encuentra una paciente adulta joven, postrada en posición semifowler, con drenaje hemovacum, con sonda nasogástrica cerrada, cánula orotraqueal conectado a respirador mecánico, modo controlado por presión, catéter venoso central derecho pasando hidratación a 83 cc/hr, noradrenalina a 10 cc/hr, Midazolam a 10 cc/hr y Fentanilo a 10 cc/hr, línea arterial permeable en arterial radial izquierda, sonda vesical conectada a bolsa colectora de orina con orina amarilla clara
- A - Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal relacionado con sangrado, injuria cerebral.
- Deterioro del autocuidado relacionado con postración y sedación.
 - Interrupción de los procesos familiares relacionado con hospitalización, futuro incierto y muerte inminente
 - Riesgo a deterioro de la integridad cutánea relacionado con Humedad, factores mecánicos (cizallamiento, presión) e inmovilidad física
- P - Estado neurológico: Conciencia; Equilibrio hídrico.; Equilibrio electrolítico y ácido base.
- Auto cuidado baño; Auto cuidados higiene
 - Afrontamiento de los problemas de la familia; Capacidad de la familia para afrontar factores estresantes que comprometen sus recursos
 - Ropa de cama seca, ausencia de lesión tisular, cambio postural.

- I - Manejo de electrolitos y líquidos; manejo del edema cerebral, mejora de la perfusión cerebral, monitorización de la presión intracraneal.
 - Ayuda con los autocuidados baño / higiene, cuidado de los ojos y boca, cambios de posición: neurológico.
 - Indicar el modo de resolución de problemas de la familia, identificar los puntos de fuentes/recursos de la familia, identificar las áreas de insatisfacción/conflictos, ayudar a los miembros de la familia a clarificar que necesitan y esperan unos de otros.
 - Valorar el riesgo a ulcera por presión mediante la escala de Norton modificada, registrar episodios anteriores de úlceras por presión, documentar el peso y sus cambios, vigilancia de la piel y zonas enrojecidas, eliminar la humedad excesiva de la piel, aplicar barreras de protección (cremas, apósitos hidrogeles o protectores cutáneos), inspeccionar zonas de presión durante los cambios posturales, cuidados en la incontinencia urinaria, sondaje vesical, cuidados del catéter urinario, mantener ropa de cama sin pliegues, uso de jabón suave, vigilar fuentes de presión y de fricción
- E - Paciente no presenta signos de deterioro neurológico.
 - Paciente en posición semifowler en buen estado de higiene.
 - Familia entrega de útiles de aseo, recibe informe y participa en la visita de su familia de manera ordenada y calmada.
 - La paciente al salir de alta del Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgicos 13B no presenta úlceras por presión.

4. CONCLUSIONES

- a) La elaboración y aplicación de un plan de cuidados estandarizado para prevención de úlceras por presión en el paciente neurocrítico con la correcta valoración del paciente y la aplicación de medidas preventivas desde el ingreso del paciente previnieron eficientemente la aparición de las úlceras por presión.

- b) Las medidas preventivas usadas fueron la aplicación de protector cutáneo, cremas humectantes y cambio postural. No se usó colchón neumático porque la institución no cuenta con ellos y es algo caro para la familia.

- c) Se cuenta con una guía institucional de ESSALUD-2013: “PRACTICAS SEGURAS PARA LA PREVENCION Y REDUCCION DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESION” pero es para pacientes en general, no se cuenta con consideraciones en caso del paciente neuroquirúrgico.

5. RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda aplicar un plan de cuidados estandarizado según guía institucional valorando correctamente al paciente mediante la escala de Norton Modificada y aplicando las medidas preventivas descritas en ella, aplicando protector cutáneo desde el ingreso.

- b) El Departamento de Enfermería debe gestionar ante las instancias correspondientes, la compra de colchones neumáticos, ya que demostraron su efectividad en la prevención de úlceras por presión y la dotación necesaria de productos de barrera

- c) Elaborar la guía de valoración y prevención de úlceras por presión en los pacientes neurocríticos, a cargo del Comité de Mejoramiento de la Calidad del Servicio y gestionar su aprobación en la institución

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliveira Costa AC, Sabino Pinho C, Almeida dos Santos AD, Santos do Nascimento AC. Úlceras por presión: incidencia y factores demográficos, clínicos y nutricionales asociados en pacientes de una unidad de cuidados intensivos. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 6];32(5):2242–52. Available from: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/9646.pdf>
2. Naranjo Hernández Y, Jiménez Machado N, Gonzales Meneses L. Análisis de algunas teorías de Enfermería y su vigencia de aplicación en Cuba. *Arch Med Camagüey* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 13];22(2):231–43. Available from: <http://revistaamc.sld.cu/>
3. Comunidad de Madrid. Marco conceptual de enfermería: Generalidades. In: Silvela F, editor. *Manual CTO Oposiciones de Enfermería* [Internet]. Madrid: CTO Medicina SL; 2014 [cited 2019 Jun 13]. p. 1648. Available from: https://www.berri.es/pdf/MANUAL_CTO_OPOSICIONES_DE_ENFERMERÍA_-_PAIS_VASCO,_Volumen_1/9788417470050
4. Zeas I, Ordoñez M. *Dermatología básica para el médico general* [Internet]. Primera Edición. Universidad de Cuenca, editor. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2016 [cited 2019 Jul 3]. 140 p. Available from: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26151/3/DERMATOLOGIA_BASICAS.pdf
5. Navarrete Franco G. Histología de la piel. *Rev Fac Med UNAM* [Internet]. 2003 [cited 2019 Jul 3];46(4):130–3. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2003/un034d.pdf>
6. Blanco López JL. Definición y clasificación de las úlceras por presión. *El Peu* [Internet]. 2003 [cited 2019 Jun 6];23(4):194–8. Available from:

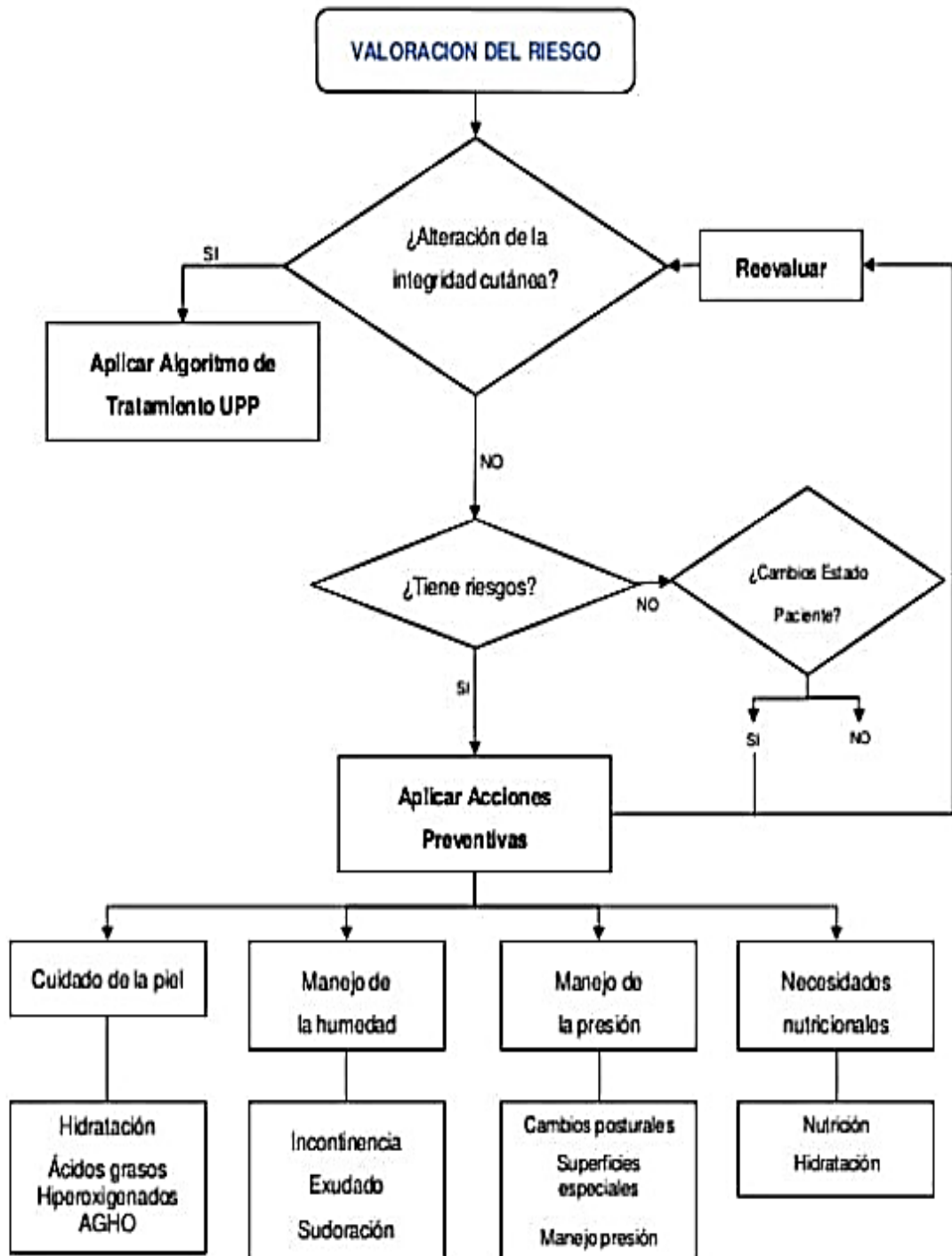
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/26068/1/545034.pdf>

7. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Tratado de Geriátría Para Residentes [Internet]. Madrid; 2006 [cited 2019 Jun 6]. 782 p. Available from: www.segg.es
8. Aizpitarte Pegenaute E, García de Galdiano Fernández A, Zugazagoitia Ciarrusta N, Margall Coscojuela MÁ, Asiain Erro M del C. Úlceras por presión en cuidados intensivos: valoración del riesgo y medidas de prevención. Enfermería Intensiva [Internet]. 2005 [cited 2019 Jun 6];16(4):153–63. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-13080877>
9. Martínez Angulo J. Guía para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Úlceras por Presión [Internet]. Rioja: Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud; 2008 [cited 2019 Jun 22]. p. 76. Available from: <https://gneaÚlceras por Presión.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion.pdf>
10. Morilla Herrera J, Martín Santos F, Blanco Morgado J, Morales Asencio J. Guía de Práctica Clínica Para el Manejo del Deterioro de la Integridad Cutánea: Úlceras por Presión [Internet]. Junta de Andalucía; 2004 [cited 2019 Jun 28] p. 45. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0281.pdf>
11. García Fernández F, Pancorbo Hidalgo P, Soldevilla Ágreda J, Blasco García C. Escalas de Valoración del Riesgo de Desarrollar Úlceras por Presión. GEROKOMOS [Internet]. 2008 [cited 2019 Jul 4];19(3):136–44. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n3/136helcos.pdf>

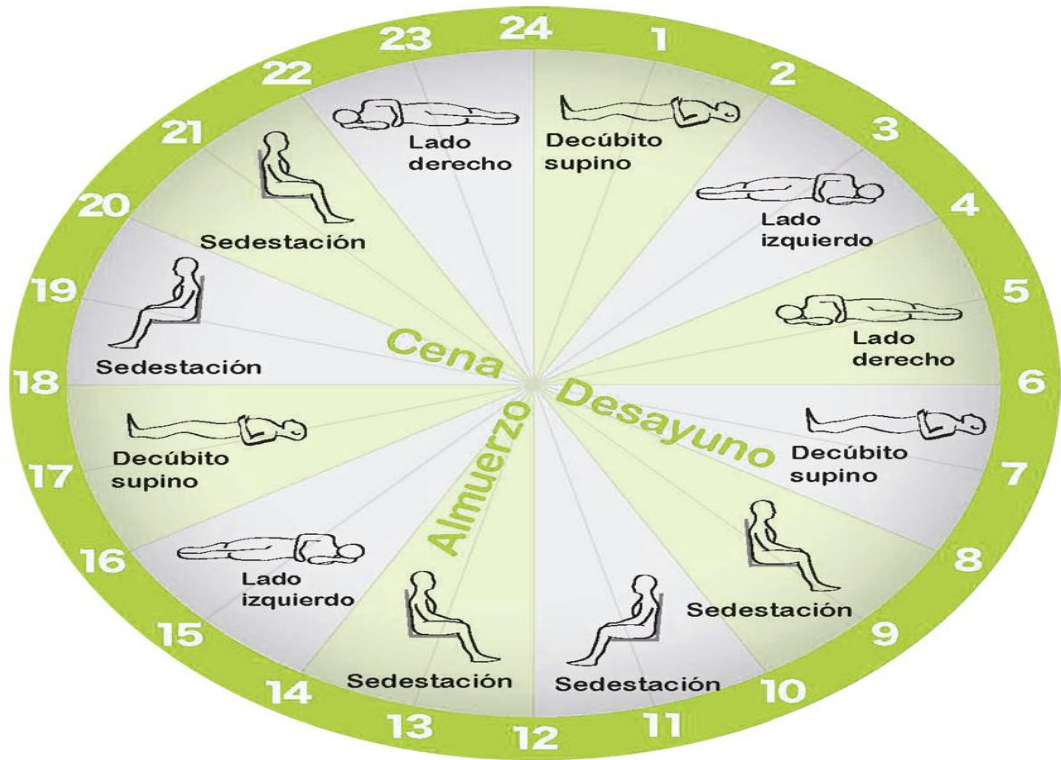
7. ANEXOS

ANEXO 1

ALGORITMO DE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN






ANEXO 2:



PREVENCIÓN			
CUIDADOS ESPECÍFICOS	PIEL	ÁCIDOS GRASOS HIPOXIGENADOS	
	EXCESO DE HUMEDAD	ESPUMA HIDROPOLIMÉRICA ADHESIVA CON REBORDE	
	MANEJO DE LA PRESIÓN	MOVILIZACIÓN	
		CAMBIOS POSTURALES	
		SUPERFICIES ESPECIALES	
	PROTECCIÓN LOCAL	TALÓN/MALEOLOS/ CODO	ESPUMA HIDROPOLIMÉRICA NO ADHESIVA TALÓN
		PROMINENCIA ÓSEA	ESPUMA HIDROPOLIMÉRICA ADHESIVA
FRICCIÓN O CIZALLAMIENTO		HIDROCOLOIDE EXTRAFINO //	
		ESPUMA HIDROPOLIMÉRICA ADHESIVA	
CUIDADOS GENERALES	CORRECTA NUTRICIÓN e HIDRATACIÓN		
	TRATAMIENTO DE ALTERACIONES RESPIRATORIAS, CIRCULATORIAS o METABÓLICAS		
	EDUCACIÓN SANITARIA		

ANEXO 3:
PREVENCIÓN CON PRODUCTOS DE BARRERA

PRODUCTO	INDICACIÓN	APLICACIÓN	FRECUENCIA
<p>Ácidos Grasos Hiperoxigenados</p> 	<p>Prevención de las ÚLCERAS POR PRESIÓN</p>	<p>Protuberancias óseas y/o zonas de riesgo</p>	<p>Diariamente</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Productos barrera tales como pomadas de Zinc • Solución líquida de polímeros. Protector cutáneo no irritante (CAVILON) 	<p>Protección de la piel perilesional</p>	<p>Aplicar en zona de riesgo Pulverizar el spray en la zona que hay que proteger</p>	<p>Cada 2 ó 3 días</p>
<p>Apósito Hidrocoloide extrafino de Poliuretano</p> 	<p>Protección de zonas con riesgo de padecer ÚLCERAS POR PRESIÓN</p>	<p>Sobre zona totalmente seca</p>	<p>Se puede cambiar cada 4 a 7 días</p>

ANEXO 4

ESCALA DE RIESGOS DE NORTON MODIFICADA

EsSalud
RAR – HNERM
SERVICIO: NEUROCIRUGIA 13B

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD 2015

VALORACION DE RIESGO DE ULCERA POR PRESION (ESCALA DE NORTON)

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

N° DE CAMA: _____

N° AUTOGENERADO: _____

VARIABLE		FECHA DE EVALUACION				
		PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE
Condición Física	Buena	4	4	4	4	4
	Regular	3	3	3	3	3
	Pobre	2	2	2	2	2
	Muy Pobre	1	1	1	1	1
Estado Mental	Orientado	4	4	4	4	4
	Apatico	3	3	3	3	3
	Confuso	2	2	2	2	2
	Inconsciente	1	1	1	1	1
Actividad	Deambula	4	4	4	4	4
	Deambula Con Ayuda	3	3	3	3	3
	Cama/Silla	2	2	2	2	2
	Encamado	1	1	1	1	1
Movilidad	Total	4	4	4	4	4
	Disminuida	3	3	3	3	3
	Muy Limitada	2	2	2	2	2
	Inmovil	1	1	1	1	1
Continencia	Control	4	4	4	4	4
	Incontinencia Ocasional	3	3	3	3	3
	Urinaria	2	2	2	2	2
	Urinaria-Fecal	1	1	1	1	1
PUNTAJE OBTENIDO						

5 a 11 = Alto Riesgo

12 a 14 = Evidente Riesgo

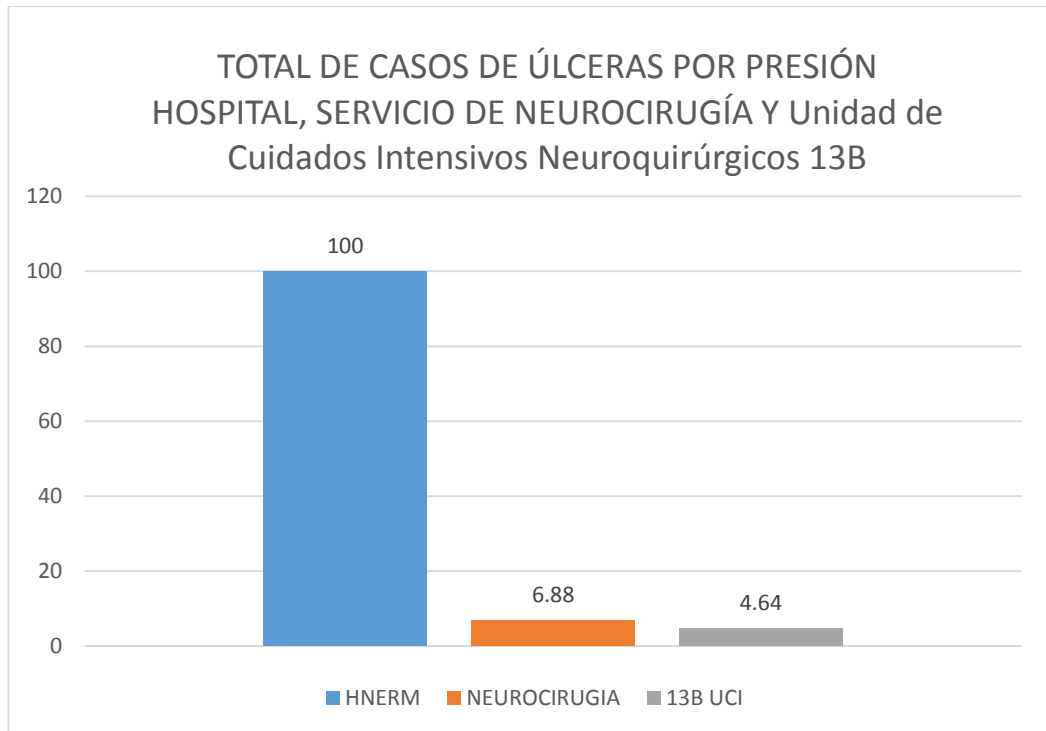
15 a 20 = Bajo

ANEXO 5:

NÚMERO DE CASOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN PERIODO 2018

	HOSPITAL		NEUROCIROUGÍA		13B UCI	
	ni	%	ni	%	ni	%
Casos de UPP	1337	100%	92	6.88%	62	4.64%

Fuente: Oficina de Inteligencia Sanitaria – HNERM – 2018



ANEXO 6:
INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN
APLICACIÓN DE PROTECTOR CUTANEO EN ZONA DE RIESGO



FUENTE: Elaboración propia.

APLICACIÓN DE PROTECTOR CUTÁNEO EN ZONA DE RIESGO



FUENTE: Elaboración propia.

APLICACIÓN DE PROTECTOR CUTÁNEO EN ZONA DE RIESGO



FUENTE: Elaboración propia.

USO DE SUPERFICIES ESPECIALES DE MANEJO DE PRESIÓN (COLCHÓN NEUMÁTICO)



FUENTE: Elaboración propia



FUENTE: Elaboración propia

**ANEXO 7: GUÍA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR
PRESIÓN EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEUROQUIRÚRGICOS 13 B	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN 01
	VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO	Mes/año: 07/2019 Página: 01/01
DEFINICIÓN: Método de identificación del riesgo de presentar úlceras por presión basada en la valoración de los factores intrínsecos y extrínsecos del paciente, definidas en las Escalas de Valoración de Riesgo.		
OBJETIVO: Valorar el grado de riesgo de desarrollar úlceras por presión de una manera efectiva y fiable.		
INDICACIONES: Al ingreso y cada vez que se observen los siguientes cambios relevantes: <ul style="list-style-type: none"> - Intervención quirúrgica superior a 10 horas de duración. - Aparición de isquemia por cualquier causa. - En periodos de hipotensión. - Pérdida de sensibilidad por cualquier causa. - Por pérdidas de movilidad por cualquier causa, - Por pruebas diagnósticas invasivas que requieran reposo de 24 horas en neurocirugía: arteriografía, terapia de embolización o post operatorio inmediato. 		
MATERIAL: <ul style="list-style-type: none"> - Instrumento: Escala de Norton - Guantes 		
ALCANCE: Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgicos 13B		
Nº de pasos	DESCRIPCIÓN DE ACCIONES	RESPONSABLE
1	Recepción al ingreso a la unidad de cuidados Intensivos Neuroquirúrgicos 13B UCI	Enfermera Intensivista
2	Informar al paciente y/o familia de las situaciones de riesgo que pueden desencadenar una úlcera por presión y de la pertinencia de la valoración del riesgo de padecerlas para prevenir su aparición.	Enfermera Intensivista
3	Realizar la valoración inicial de ingreso, según la Escala de Norton, según parámetros	Enfermera Intensivista
4	Registrar el resultado de la valoración y colocar firma y sello de la responsable de valoración en el instrumento "Valoración del riesgo de úlcera de presión".	Enfermera Intensivista
5	Reevaluación diaria del paciente neurocrítico hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgicos 13B.	Enfermera Intensivista
6	Aplicar cuidados en función del resultado obtenido, si el riesgo es alto aplicar acciones de prevención	Enfermera Intensivista
7	Registrar los cuidados y medidas preventivas en instrumentos de historia clínica.	Enfermera Intensivista

**GUÍA DE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES
NEUROCRITICOS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEUROQUIRÚRGICOS 13 B	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN 01
	PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO	Mes/año: 07/2019 Página: 01/02
DEFINICIÓN: Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro extremo a "él"		
OBJETIVO: Unificar criterios en la aplicación de medidas de prevención de úlceras por presión. Contribuir en el cuidado de la piel y control del riesgo de formación de úlceras por presión.		
INDICACIONES: Aplicar al paciente neurocrítico hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgicos 13B. -		
MATERIAL: - Guantes. - Crema hidratante con vitaminas. - Almohadas. - Suero fisiológico salino calentado en baño maría. - Apósito hidrocoloideos o hidrocoloide en gel - Solución protectura cutánea en spray. - Colchón antiescaras (si fuera posible).		
ALCANCE: Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgicos 13B		
Nº de pasos	DESCRIPCIÓN DE ACCIONES	RESPONSABLE
1	Realizar lavado de manos correctamente y aplicar las medidas de bioseguridad.	Enfermera Intensivista
2	Si el paciente no está sedado, preparar psicológicamente al paciente.	Enfermera Intensivista
3	Evaluar el estado de la piel: sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura e induración, sensación de picor o dolor y prominencias óseas (sacro, talones, tobillos, codos y occipucio) para identificar precozmente signos de lesión.	Enfermera Intensivista – técnico de enfermería.
4	Identificar los factores de riesgo como incontinencia urinaria, deposiciones líquidas, etc.; para actuar disminuyendo o evitando el contacto con la piel.	Enfermera Intensivista – técnico de enfermería.
5	Para el baño del paciente utilizar agua tibia y jabón líquido neutro, realizar el secado sólo con toques sin fricción.	Enfermera Intensivista – técnico de enfermería.
6	Aplicar en zona sacra, talones y de ser posible zona occipital protector cutáneo es spray, 2 capas con intervalo de 30 segundos entre capa y capa.	Enfermera Intensivista

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEUROQUIRÚRGICOS 13 B	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN 01 Mes/año: 07/2019 Página: 02/02
	PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO	
7	Usar cremas hidratantes si el paciente tiene la piel muy seca (no utilizar colonias con alcohol, talco)	Enfermera Intensivista – técnico de enfermería.
8	Realizar ejercicios pasivos, teniendo en cuenta la condición hemodinámica del usuario.	Enfermera Intensivista – técnico de enfermería.
9	Realizar cambios posturales manteniendo la alineación cabeza tronco cada 2 horas usando el reloj de cambios posturales para la prevención de úlceras por presión. Durante la etapa aguda de la lesión neurológica mantener solo decúbito dorsal con cabecera a 30 grados.	Enfermera Intensivista – técnico de enfermería.
10	Mantener camisa del paciente limpia y seca; las sabanas y soleras limpias, sin arrugas ni objetos que ejerzan presión sobre la piel del paciente.	Enfermera Intensivista – técnico de enfermería.
11	Utilizar almohadas, cojines y otros para disminuir la presión de la zona de riesgo, de modo que el área afectada no toque la superficie de la cama.	Enfermera Intensivista – técnico de enfermería.
12	Utilizar colchón anti escaras (si fuera posible) para disminuir la presión en sitios susceptibles, extendiendo la superficie de apoyo, distribuyendo el peso del paciente.	Enfermera Intensivista – técnico de enfermería.
13	En caso de presentarse la úlcera por presión, identificar el grado y realizar la curación de acuerdo a guía de procedimiento.	Enfermera Intensivista
14	Asegurar la ingesta de líquidos y dieta hiperprotéica. La dieta del paciente con úlcera por presión deberá garantizar el aporte mínimo de: líquidos, calorías, proteínas, minerales, vitaminas: A, B, C, ácido fólico y zinc. Administrar los módulos proteicos indicados.	Enfermera Intensivista
15	Educar a paciente y familia reforzando medidas preventivas.	Enfermera Intensivista
16	Realizar el registro de las anotaciones de enfermería en el Registro de Monitoreo del Paciente Neurocrítico y aperturar tarjeta de control usando firma y sello de la responsable.	Enfermera Intensivista