

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



**PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA A
PACIENTES CON LESIONES POR PRESIÓN EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS COVID 19**

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA.

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

LIC.ENF: CINTHYA CARTAGENA GUIADO

Callao, 2022

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS
SUPERVISOR GENERAL	DR. JULIO CESAR CALDERON CRUZ
SUPERVISOR FCS	DRA. KATIA VIGO INGAR
SUPERVISOR ACADEMICO	DR. MADISON HUARCAYA GODOY
REPRESENTANTE COMISION DE GRADOS.	DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA
PRESIDENTA DEL JURADO	DRA. VANESSA MANCHA ALVAREZ
SECRETARIO DEL JURADO	MAG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES
VOCAL DEL JURADO	MAG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE

Asesora : Mag. Carmen Malpica Chihua

Nº de Libro: 08.....

Nº de folio: 96.....

Nº de Acta: 238.....

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico:

11 DE NOVIEMBRE DEL 2022

Resolución de Sustentación:

Nº 273-2022-D/FCS

DEDICATORIA

A Dios, todo poderoso por su protección y por darme sabiduría para cumplir con mi trabajo

A mis amados padres, Santos y Cornelia por su orientación y haber guiado para continuar con mis estudios

A mi esposo e hija Luciana por darme en todo momento fuerzas para seguir adelante y el cariño incondicional que me profesan a lo largo de mi vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios, todo poderoso por permitirme vivir cada día y llenarme de sabiduría y fortaleza para poder complementar mis estudios de especialización.

A mis amados padres, Santos y Cornelia por sus constantes consejos, ayuda y de esta manera formar parte de mi vida como guías fundamentales para alcanzar el cumplimiento de mis metas.

A mis estimados docentes, por sembrar en nosotros sus conocimientos con mucha dedicación en esta última etapa de nuestra carrera.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

INDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I.....	11
DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA	11
CAPITULO II.....	14
MARCO TEORICO	14
2.1. Antecedentes de Estudio	14
2.1.1 Antecedentes internacionales	14
2.1.2 Antecedentes nacionales	16
2.2 BASE TEORICA	17
2.2.1 Teorías especializadas	17
2.2.2 Úlceras por presión.....	20
2.2.3 Incidencia de las UPP	21
2.2.4 Factores condicionantes	22
2.2.5. Clasificación de las UPP.....	30
2.2.6. Intervenciones de enfermería: Medidas Preventivas de úlceras por presión (3540).....	31
Valoración integral del paciente	31
Valoración de Factores de Riesgo de las Lesiones por Presión	31
Valoración de Cuidados Nutricionales	31
Valoración y Cuidados de la Piel	32
CAPITULO III.....	33
PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA.....	33
1. VALORACION.....	33
1.1.1. Datos de filiación	33
Motivo de consulta.....	33
1.1.2. Antecedentes	34

2.	Examen físico.....	34
2.1.1.	Control de signos vitales	34
2.1.2.	Exploración céfalo caudal.....	35
2.1.4.	Indicación terapéutica	36
3.	VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIONES DE PATRONES FUNCIONALES DE LA SALUD DE MARJORIE GORDON	37
4.	ESQUEMA DE VALORACIÓN.....	40
5.	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.....	41
5.1.1.	Diagnóstico de enfermería según datos significativos	41
5.1.2.	Esquema de diagnóstico de enfermería	41
6.	PLANIFICACION.....	43
6.1.1.	Esquema de Planificación.....	43
7.	EJECUCION Y EVALUACION	49
7.1.1.	Registro de enfermería.....	49
8.	CONCLUSIONES	51
9.	RECOMENDACIONES	52
10.	Bibliografía	53
11.	Anexos	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN

En la Unidad de Cuidados Intensivos Generales del Hospital Regional Guillermo Díaz de la vega, los enfermeros enfrentan diariamente enfermedades críticas, y los pacientes críticos que reciben material de apoyo terapéutico que inevitablemente en el caso de exposición prolongada, pueden causar Lesiones por Presión. El cuidado de pacientes críticos a través del trabajo cotidiano de la enfermera, con el trabajo actual, podría crear nuevas herramientas de orientación para implementar intervenciones que reduzcan la incidencia de lesiones, con base en los resultados obtenidos se tiene una actualización de los Protocolos y Guías de Atención de enfermería socializándose está a través de la Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega -Abancay.

Las Lesiones por presión son un importante problema de salud. Aunque hay evidencia de que el 95% de ellos son prevenibles, todavía son muy prevalentes en las unidades de cuidados intensivos (UCI). La intubación asistida por ventilación en pacientes posoperatorios o en estado crítico es un procedimiento que salva vidas en pacientes que no reciben un intercambio de gases adecuado y que tienen insuficiencia respiratoria. Cada vez hay más literatura que demuestra que los dispositivos médicos causan úlceras por presión en pacientes en estado crítico, siendo los tubos endotraqueales una de las causas más comunes. (1)

La alta capacidad de prevención de estos agentes significa que también ocupan un lugar destacado en las políticas de seguridad del paciente. El punto principal del control de un problema de UPP requiere un conocimiento completo de su epidemiología. La morbilidad acumulada y la intensidad o incidencia de la enfermedad son indicadores que nos pueden ayudar a calibrar mejor la dinámica de este problema de salud. Un centro de cuidados intensivos es un escenario de apoyo ideal para el cálculo de la morbilidad en el que los pacientes, por su estado

de salud y las condiciones que afectan su atención, tienen un alto riesgo de desarrollar morbilidad en úlceras por presión. (2)

Reconocer las úlceras por presión (UPP) es importante, pues las consecuencias se han manifestado en diferentes áreas: para la salud y la calidad de vida de las personas afectadas por ellas, y para los cuidadores, también pueden ser responsables del consumo de recursos del sistema de salud. Es un problema prevenible en muchos casos. (3)

La enfermería es una profesión cuyo componente primario y principal es el cuidado, que debe consistir en acciones entre partes y partes encaminadas a proteger, mejorar y mantener a las personas, ayudar a las personas a encontrar sentido a la enfermedad, al sufrimiento, al dolor, a la existencia y ayudar al otro a sí mismo. -Aceptación. Control, autoconocimiento y auto curación (4)

La Unidad de Cuidados Intensivos es una Unidad especializada que brinda atención integral y continua a pacientes críticos. Los enfermeros de cuidados intensivos atienden diariamente enfermedades críticas, pacientes con cambios fisiológicos agudos que ponen en peligro su vida, y que requieren atención inmediata, por parte de personas y tecnología para recuperarse; Requiere procedimientos diagnósticos y terapéuticos intensivos, monitoreo invasivo y no invasivo utilizando métodos terapéuticos básicos, exposición prolongada al cuerpo del paciente, lo que puede resultar lesiones por presión iatrogénicas. (5)

La prevalencia de úlceras por presión es uno de los indicadores más importantes para los enfermeros, junto con mayores costos económicos, mayor tiempo de estancia hospitalaria, mayor riesgo de infección e impacto en la familia; Entendemos que el papel de enfermería es muy importante, ya que se puede evitar; Podemos utilizar todas las herramientas, recursos y nuestro conocimiento disponibles para intervenir adecuadamente en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. (2)

El presente trabajo académico titulado Plan de Cuidado Integral De Enfermería a Pacientes con Lesiones por Presión en la Unidad De Cuidados Intensivos COVID del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, tiene como propósito ofrecer una gama de actividades e intervenciones de enfermería, basadas en el

propio lenguaje de la enfermera y basadas en la ciencia, disponibles para todas las enfermeras para mejorar la práctica de la enfermería con base en la evidencia.

Finalmente, para el desarrollo del trabajo académico se precisa de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Plan de cuidado integral de enfermería a pacientes con úlceras por presión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPITULO I

DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

La profesión de enfermería centra su trabajo en el cuidado, "cuidado" en el sentido general definido por Leninger como "acciones que asisten, apoyan o facilitan a otra persona o grupo de personas con capacidad o potencial, con miras a mejorar o aliviar las condiciones de vida humana." (5)

En el proceso de desarrollo de sus carreras, el personal de enfermería debe lidiar con diversos problemas, uno de los más importantes es la presencia de úlceras por decúbito. Este tipo de lesión se presenta como complicación en pacientes hospitalizados y con mayor frecuencia en pacientes en estado crítico que requieren una estancia hospitalaria prolongada. (6)

Este problema tiene tanto un significado personal como un impacto socioeconómico, convirtiéndose en un problema de salud pública. Se considera un problema personal porque afecta la calidad de vida de los pacientes y sus familias. El paciente se somete a una serie de tratamientos que prolongan la estancia hospitalaria y afectan negativamente a la recuperación del paciente. (6)

Se considera un problema socioeconómico porque las Instituciones de Salud tiene que invertir dinero para pagar el tratamiento y de cubrir los costos de los pacientes ,mediante seguros de salud instituidos en el país .. (6)

La mala higiene bucal y la incapacidad para la extracción mecánica son los principales factores que conducen a la proliferación y acumulación de placa dental y la subsiguiente infección dental (7). La saliva, que promueve y estimula la eliminación de la placa y los microorganismos a su paso por la boca, también contiene numerosos complejos inmunitarios innatos y específicos. Es necesario ser estricto en el mantenimiento de la higiene bucal y la hidratación adecuada para mantener la acción protectora de la saliva sobre la cavidad bucal, y controlar la acumulación en las zonas de crecimiento microbiano (8)

A pesar de los esfuerzos para implementar estrategias de prevención, las úlceras por presión siguen siendo un problema de salud reconocido que afecta

aproximadamente a 2,5 millones de personas cada año. La prevalencia puntual varía del 7% al 53,2% y la incidencia varía del 7% al 71,6% en Europa, Estados Unidos y Canadá, con el sacro y el talón como sitios anatómicos, y son las más comunes de las úlceras por presión. (9)

Los factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión son: disminución de la movilidad, mala nutrición, bajo índice de masa corporal y disminución de la salud física, incluidos factores como el oxígeno y la perfusión, la edad avanzada, la temperatura corporal, la fricción, las heridas, la humedad de la piel, el dolor y los medicamentos utilizados. Algunos tipos de dispositivos médicos, deterioro cognitivo y percepción sensorial y comorbilidades. Además, se deben agregar factores de riesgo relacionados con la atención, como la falta de personal, el conocimiento del equipo de atención sobre la evaluación y prevención de úlceras, la calidad de la intervención y el uso de las recomendaciones sobre úlceras por presión. (10)

Proporcionar educación sanitaria periódica y formación continua sobre prevención de úlceras por presión al personal de enfermería se considera un componente importante de las estrategias de prevención de úlceras por presión. Las enfermeras son responsables de brindar procesos de atención adecuados a los pacientes hospitalizados. La aplicación de procesos de enfermería adecuados mantiene la calidad de la atención brindada a un paciente en particular y previene el desarrollo de úlceras por presión. El conocimiento y las actitudes de las enfermeras tienen un impacto significativo en la naturaleza del proceso de enfermería y los resultados de las intervenciones con los pacientes. (10)

La prevalencia de úlceras por presión según un estudio europeo varió de 0% a 46%¹. Otro estudio informó que la prevalencia en Brasil varió de 27% a 39,4%⁸, en el Reino Unido, Alemania, Suiza, Italia y los Países Bajos, la prevalencia es del 7,9%, 8,3%, 20%, 23% y 24,2%, respectivamente,⁸ en Corea la prevalencia oscila entre el 10,5% y el 45,5%⁸, y en Estados Unidos la prevalencia de UPP es del 15%, aumentando la hospitalización tasas y reduciendo los costos de los pacientes en un 8% en un 50%. En nuestro país, un estudio reportó que el 97% de los pacientes hospitalizados tienen riesgo de

desarrollar úlceras por presión. Los datos presentados muestran la importancia del sistema hospitalario en cuanto a lo que debe implicar en la prevención de las úlceras por presión en nuestro país, para no perjudicar significativamente la calidad de vida del paciente. (1)

Se reconoce que los pacientes de la UCI tienen un mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión porque están inmóviles y dependen de dispositivos de alivio de presión y reposicionamiento regulares. La posición prono y el uso de dispositivos médicos invasivos, como sondas de alimentación, catéteres urinarios y vías arteriales y venosas centrales, pueden aumentar este riesgo. (6)

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega es un organismo desconcentrado dentro de la Dirección de Salud de Apurímac perteneciente al Ministerio de Salud. Ubicado en Av. Daniel Alcides Carrión es un hospital Docente Nivel II-2. Cuenta con recursos humanos capacitados e identificados que brindan atención integral y especializada a toda la población Apurimeña. Además, la Unidad de Cuidados Intensivos COVID cuenta con la implementación de equipos biomédicos de acuerdo a la Norma Técnica. Cuenta con 6 camas para la atención de pacientes COVID, con un Staff de Enfermeras especialistas en número de 10 y médicos capacitados para la atención de Pacientes con Patologías de COVID.

En ese contexto, lo que me motivo a realizar este trabajo académico partió de la identificación de pacientes que desarrollaron úlceras por presión, problemática que se abordara mediante el proceso de enfermería con evaluación de criterios funcionales, y la creación y evaluación de la clasificación NANDA II, mediante la clasificación y la evaluación de los Resultados de Enfermería (NOC) e implementación de un plan de cuidados con NIC Intervenciones de Enfermería

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de Estudio

2.1.1 Antecedentes internacionales:

Brenes F, Bravo P, García M. (2019), presentó su estudio titulado: Conocimiento y práctica del personal de enfermería sobre la prevención y manejo de las úlceras por presión en pacientes con afectaciones neurológicas en sala de cuidados intensivos de neurocirugía del Hospital Antonio Lenín Fonseca. Managua Nicaragua, segundo semestre 2018; con el objetivo de analizar el conocimiento y la práctica por parte del profesional de enfermería respecto a la prevención y manejo de lesiones por presión , siendo un estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo y prospectivo; para ello se trabajó con 34 participantes: 11 enfermeros y 23 pacientes a quienes se les aplicó un cuestionario; teniendo como resultado un nivel de conocimiento aceptable; también se evidenció que hay intervenciones de enfermería para el manejo y prevención de lesiones por presión que no son cumplidas por el personal lo que puede ser causa de las complicaciones encontradas. Logrando concluir que existe un mayor dominio en los acápites de cambios de posiciones, manejo nutricional y cuidados de enfermería solo en la II etapa de las lesiones por presión .11

Cayo N. (2019), presentó su tesis titulada: Medidas de prevención de úlceras por presión por el personal de enfermería en la Unidad de 22 Terapia Intensiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Paz, ciudad La Paz 2018; con el objetivo de evaluar las medidas de prevención de lesiones por presión al personal de enfermería; el tipo de estudio es cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, no experimental; se trabajó con una muestra de 30 entre licenciadas y auxiliares de enfermería; para la recolección de datos se aplicó un cuestionario. En los resultados se encontró que, el 40% tienen conocimiento de las úlceras por presión, el 50% aplican medidas de prevención, el 100% indica que no existe un protocolo de atención de enfermería, el 93% desconoce la escala de

Braden. Finalmente se concluyó que el nivel de conocimiento y prevención fue insuficiente siendo notable la falta de actualización sobre el tema. Son relevantes los resultados obtenidos para implementar un programa educativo, y de esta manera brindar una atención de calidad al paciente.12

JAVIER MARTINEZ HERNANDEZ (2017) (14)“Factores de riesgo para úlceras por presión en pacientes hospitalizados - México”. El tipo de estudio fue descriptivo, transversal de cohortes. Como resultado, se encontraron varios factores que influyen fuertemente en el desarrollo de úlceras. Los factores evaluados fueron el estado mental, la incontinencia, la movilidad, la dieta y la actividad, y tenga en cuenta que los pacientes comatosos tienen un mayor riesgo de desarrollar una úlcera por presión durante la hospitalización. Concluimos que nadie se salva de una úlcera por presión al ingreso. El estudio encontró dos grupos con alto riesgo de úlceras por presión. Son pacientes ancianos e inmóviles por largos periodos de tiempo.

JAVIER SOLDEVILLA AGREDA (2018). (13) "Úlceras por presión en gerontología, epidemiología, economía, ética y aspectos legales - España". El carácter del estudio fue descriptivo. Como resultado, las úlceras por presión se vuelven más comunes con la edad, siendo el sacro el sitio más común de afectación y, en este nivel de atención, las cifras están equilibradas por género a partir de los 75 años. En los departamentos hospitalarios, los pacientes mayores con menos lesiones graves (el 68 % de las lesiones fueron en estadio I y II), los pacientes mayores (que oscilan entre 41 días para las lesiones en estadio I y 135 días para las lesiones en estadio IV) y las recaídas (solo el 15,4 %) pueden ser paciente de Es porque los pacientes permanecen en el hospital por poco tiempo (lo que impacta negativamente en otros niveles de atención a los que son derivados) y no porque los pacientes muy ancianos, frágiles o vulnerables son reacios a ser hospitalizados. Concluyó que las úlceras por presión son en la actualidad un importante problema de salud, especialmente cruel para los ancianos de nuestra sociedad por su prevalencia e impacto. De los pacientes de 65 años en adelante están siendo atendidos por úlceras por

presión. Más del 65% de ellos son mujeres. Más del 80% al 90% de los pacientes ancianos con úlceras por presión (incontinencia urinaria) son mujeres.

2.1.2 Antecedentes nacionales:

Pérez Cajamarca Ruth, Toapanta Saragosin Lida, llevaron a cabo un estudio: “Manejo de lesiones por presión del personal de enfermería en el pabellón Nuevo Amanecer del centro de reposo San Juan de Dios, Piura – Perú 2016”, tuvieron como objetivo conocer el manejo de lesiones por presión en el centro. La investigación fue de tipo cuantitativo, cualitativo descriptivo, transversal y prospectivo, se aplicó una guía de observación, clasificándolo en 2 parámetros, sí y no, aplicado a las enfermeras que trabajan en el puesto Nuevo Amanecer de San Juan de Dios, si se identificaban elementos de riesgo en los pacientes. Se utilizó la escala de valoración de lesiones por presión. La investigación reveló resultados importantes, el 90% de las enfermeras no utiliza ninguna escala para la valoración de lesiones por presión seguido de un porcentaje menor 10% que cumple satisfactoriamente el cuidado que brinda a los pacientes que están en riesgo y aquellos que padecen de lesiones por presión. En conclusión: Las enfermeras desarrollan actividades de cuidado orientados a la prevención y tratamiento de las úlceras por presión en esta población de estudio (17).

Ayerbe, Hancoccallo y Yallerco (2017) en su trabajo de investigación denominado “Factores de riesgo asociados a la presencia de lesiones por presión en pacientes postrados en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Good Hope”. De la Universidad Peruana Unión, Lima. Con su objetivo de Determinar los factores de riesgo asociados a la presencia de lesiones por presión en pacientes postrados en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Good Hope. Estudio de enfoque cuantitativo; diseño correlacional, de corte transversal. El tipo de muestreo no probabilístico y por conveniencia. En el estudio participarán todos los pacientes en estado crítico que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, la recolección de datos para la variable de factores asociados a la presencia de úlceras por presión. El instrumento que se empleó fue una guía de observación adaptada por (Cotos y Bustamante, 2014) Fue sometida a validación de 10 jueces expertos, se aplicó la prueba binomial V

de Ayken, obteniendo como resultado 0,90; y la confiabilidad, lo cual se realizó con el alfa de Crombach donde se obtuvo como resultado 0.67 aquí nos indica que el instrumento es confiable. (Ayerbe Ccama, Hancoccallo Pacco, y Yallerco Andia, 2017).

Belén de Trujillo – 2017”, (18) El objetivo fue establecer la relación entre los niveles de conocimiento y la práctica de enfermería en prevención de úlceras por presión en pacientes ingresados en los servicios médicos del Hospital Belén de Trujillo en el año 2017. El estudio fue descriptivo y transversal, la población estuvo conformada por 22 enfermeras de los servicios médicos A y B del Hospital Belén de Trujillo, el método utilizado fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario, y la conclusión es: Este estudio incluye: “El 45,45% de las enfermeras tienen conocimientos moderados de prevención de úlceras por presión en hospitalización en los servicios médicos del Hospital Belén de Trujillo, y el 54,5% de enfermeras tienen práctica regular de enfermería en prevención de úlceras por presión en hospitalización En los servicios médicos del Hospital Belén de Trujillo en Belén de Trujillo”.

2.2 BASE TEORICA

2.2.1 Teorías especializadas

Teorías de enfermería

Durante mi labor como enfermera asistencial las teorías que han facilitado mi labor en la atención del paciente han sido la teoría de Krister Swanson, la teoría de Jean Watson y la teoría de Virginia Henderson.

A continuación, se detallará las características de este cuidado.

Teoría de los cuidados de Kristen Swanson.

Swanson (3) concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal, proponiendo en su teoría 5 principios básicos sobre: conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias.

Los conocimientos se refieren a las capacidades de la persona para dar cuidados, el segundo las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados, el tercero a las condiciones: enfermera, cliente, organización, que aumentan o reducen la probabilidad de suministrar cuidados, el cuarto a las acciones de los cuidados dados y por último hace referencia a las consecuencias de los resultados intencionales y no intencionales de los cuidados para el paciente y para el profesional de Enfermería; esta teoría apoya la idea de que los cuidados son un fenómeno central de la práctica de Enfermería, **Swatnson** (3) plantea que independientemente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados de Enfermería se dan como un conjunto de procesos secuenciales (subconceptos) creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimientos), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al paciente (estar con) las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el paciente).

Por lo tanto, se establece los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica de los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del paciente, expresada por estar física y emocionalmente presente y representada por hacer y ayudar al paciente respetando su derecho durante su cuidado, incluye la confidencialidad, derecho a la información, compañía, ayuda espiritual (6).

Esta teoría se relaciona con el presente trabajo académico puesto que los cuidados de enfermería constituyen la esencia de la profesión de Enfermería en la función asistencial y el presente está relacionado a la identificación del nivel de cuidado de los profesionales de Enfermería en las úlceras por presión.

Teoría del cuidado humano de Jean Watson

Watson sostiene en su teoría que el cuidar es el núcleo de la profesión de enfermería: el cuidado en el mantenimiento o recuperación de la salud, así como el apoyo en el proceso de la vida y en el momento de la muerte. La teoría del cuidado humano guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas que son un factor motivador esencial en el proceso de cuidado. La calidad de las intervenciones de la enfermera se basa en la participación de la enfermera

y en el paciente en el conocimiento amplio del comportamiento humano, sus respuestas, necesidades, esfuerzos y límites, y en su saber reconfortar, tener compasión y empatía (2).

En esta teoría el profesional de Enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida; teniendo en consideración que el cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. La teoría de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos en la atención a los pacientes (2).

Esta teoría relaciona con el informe, puesto que los cuidados que los profesionales de Enfermería utilizados en los pacientes con úlceras por presión deben ser realizados teniendo en consideración los postulados del cuidado humanos expuestos en esta teoría.

Teoría de las necesidades humanas básicas.

Fue desarrollada por Virginia Henderson, quien en esta teoría concibe el papel del profesional de enfermería como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el autocuidado por parte del paciente (19).

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer; dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo (20).

Las actividades que el profesional de enfermería realiza para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en

el paciente, describiendo la relación enfermera – paciente en tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera (19).

En relación al presente estudio, la influencia de la teoría de las necesidades humanas consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo del profesional de Enfermería por necesidades de cuidado, facilitando la definición del campo de actuación enfermero, y la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las 14 necesidades humanas básicas, enfatizando la nutrición, higiene y movilización en los pacientes que presentan o están expuestos a desarrollar úlceras por presión.

2.2.2 lesiones por presión

Las lesiones por presión (UPP), también denominadas úlceras por decúbito aparecen debido a la presión sostenida de una prominencia ósea sobre una superficie externa. Dicha presión, bien sea directa, por fricción, deslizamiento o cizalla, puede reducir el flujo sanguíneo capilar de la piel y tejidos subyacentes y si la presión no desaparece pudiera producir muerte celular, necrosis y rotura tisular, pudiendo desembocar en osteomielitis y sepsis, que son las complicaciones más graves. (19)

Existen numerosos factores de riesgo que promueven la aparición y desarrollo de las UPP, tales como: edad avanzada, inmovilidad, obesidad, pérdida de la sensibilidad, estado nutricional inadecuado, humedad excesiva de la piel, temperatura de la piel superior a 25°C, dolor, nivel de conciencia disminuido, algunos tratamientos (simpaticomiméticos, corticoesteroides, citostáticos) y ciertas enfermedades que pueden interferir el proceso de curación: diabetes, cáncer, insuficiencia renal, enfermedades neurológicas, cardiovasculares y respiratorias que disminuyan la oxigenación tisular, etc. (2)

Las fuerzas de compresión reducen la luz de los vasos sanguíneos, lo que provoca una disminución del flujo sanguíneo, lo que provoca hipoxia tisular e isquemia más o menos persistente. Además, el suministro reducido de nutrientes fuerza a las células a un estado hipometabólico, produciendo metabolitos mínimos, pero de desecho. En estas

condiciones, el sistema linfático es menos eficiente y no puede eliminar los productos de desecho del metabolismo celular de los tejidos. (21)

En consecuencia, los metabolitos celulares que se acumulan en los sitios del estroma del tejido e inducen la necrosis tisular. Las fuerzas de compresión pueden ocasionar daños mecánicos a las membranas celulares, lo que hace que se rompan y se filtren en los espacios intersticiales. Los desechos celulares se acumulan con los productos del metabolismo celular. La repercusión que es un mecanismo de respuesta contribuye a la producción de radicales libres generando daño tisular. Los procesos en mención generan una respuesta inflamatoria en estos sitios. Esto es consistente con daño tisular progresivo, junto con formación de edema y acumulación de metabolitos de desecho. (21).

En consecuencia, la presencia de lesiones ulcerativas depende del nivel de las fuerzas de compresión y cizallamiento y de la capacidad de respuesta fisiológica del paciente y, finalmente, del tipo de tejido afectado. El tejido muscular y la grasa subcutánea son más sensibles a la presión que el tejido cutáneo. dermis y Epidermis (21)

2.2.3 Incidencia de lesiones por presión

Las lesiones por presión (escaras) son un problema común, pero lo que es más importante, se pueden prevenir. La incidencia en cuidados agudos de pacientes hospitalizados varía del 4,7% al 18,6%^{1,2}. Las lesiones por presión tienen mal pronóstico, alta mortalidad del paciente, pérdida de función, independencia y mayor riesgo de sepsis. Esto no solo está relacionado con la úlcera en sí, sino también porque los pacientes con úlceras por presión generalmente están más enfermos, el trabajo de enfermería aumenta en un 50% cuando los pacientes tienen úlceras. Esto se traduce en estancias hospitalarias más prolongadas y mayores costos asociados con la atención de enfermería.

Los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) tienen un riesgo particularmente alto de desarrollar úlceras por presión, con tasas de incidencia variables, que pueden llegar hasta el 56% según

el tipo de paciente ingresado en la UCI, aunque en pacientes específicos con factores de riesgo por lo general tienen una mayor incidencia. Se han realizado intentos para encontrar formas de predecir el desarrollo de úlceras por presión, pero esto solo se puede lograr conociendo los factores de riesgo de las úlceras por presión. La Escala de Braden se centra en la etiología del desarrollo de úlceras por presión y su potencial para la prevención. Esta escala tiene seis categorías o subescalas: Percepción, Sensibilidad, Humedad, Actividad, Movilidad, Nutrición y Fricción. Además, se discuten otros factores de riesgo, tales como: B. Edad, tiempo de estancia hospitalaria e infección, uso de sedantes, baja concentración de albúmina, ambiente húmedo que favorece la transpiración e incontinencia fecal y uso de vasopresores. Muchos de los factores de riesgo mencionados están asociados a escalas de gravedad como APACHE II y SAPS II (Simplified Acute Physiology Score). El Consejo Europeo de lesiones por Presión ha identificado cuatro grados, de los cuales el Grado II y superiores se consideran clínicamente significativos y pronósticos.

La incidencia acumulada de lesiones por presión en la muestra analizada fue de 26,7%, mediante la construcción de un modelo de regresión logística se encontró que los siguientes factores de riesgo son significativos para el desarrollo de úlceras por presión grado II-IV: alto puntaje APACHE II, estancia prolongada en unidades de cuidados intensivos y enfermedades infecciosas. Del total de pacientes encuestados, el 88,67% recibió ventilación mecánica. Aunque la incidencia de úlceras por presión es relativamente alta en comparación con la reportada en la literatura (4,7-18,6%)¹, la tasa del estudio de Nijs et al. (20%). (22)

2.2.4 Factores condicionantes

Factores Internos o intrínsecos

Son aquellas situaciones o condiciones inherentes al propio paciente que puede aumentar el desarrollo de lesiones por presión. Dueñas (23) refiere los siguientes factores:

Edad: La piel pierde fibras elásticas y su vascularización es menos rica. A mayor edad, mayor riesgo. Las condiciones de importancia y de mayor frecuencia, se presentan en edades extremas de la vida; por ejemplo, cómo son los niños lactantes y los adultos mayores. El problema se observa más en adultos mayores, por el cambio del cuerpo, del sistema tegumentario, entre otros cambios. (23)

Movilidad: Es la capacidad que tiene las personas para realizar movimientos de manera autónoma, pero cuando esta se ve afectada por causas extremas como son procedimientos terapéuticos, sondaje nasogástrico, colocación de aparatos de yeso, pacientes con alteraciones neurológicas o cognitivas que impliquen inmovilidad favorece a la aparición de úlceras por presión. (23)

Incontinencia urinaria y fecal: Las alteraciones en los patrones de micción o defecación incrementan el riesgo de producir lesiones por presión; dado que la humedad y los compuestos tóxicos de la materia fecal provocan que la piel se macere y por ende un edema en la zona, lo que implica multiplicar por cinco las posibilidades de originar una lesión.

Temperatura: La alteración de la temperatura corporal aumenta el riesgo de sufrir alteraciones cutáneas ya que el incremento de 1°C de calor equivale al incremento del 10% de las necesidades metabólicas, además que incrementa en el paciente la sudoración que conlleva a incrementar la humedad.

Nutrición: De acuerdo con Brunner (24), la deficiencia nutricional, la delgadez, la desnutrición, la obesidad, la hipoproteinemia, la deshidratación, son factores nutricionales cruciales para la formación de las úlceras por presión.

Para el adecuado funcionamiento del organismo el estado nutricional juega un papel importante para la prevención de UPP debido a que las deficiencias nutricionales disminuyen la salud de los tejidos asociándolos con otros trastornos metabólicos; además los estados de malnutrición

tienen una repercusión directa con el proceso de cicatrización retardando así el proceso de curación de la lesión.

Paciente con dieta absoluta es aquella persona que no tiene cubiertas todas sus necesidades nutricionales e hídricas diarias o las sufre desnutrición previa comprobada en laboratorio (albumina < 30 mg/dl, proteínas > 60 mg). También son considerados dentro de este grupo aquellos pacientes que no se les procure ninguna ingesta oral, enteral ni parenteral durante más de 72 horas.

En el caso de pacientes con caquexia, la pérdida de peso atrofia los músculos, genera la pérdida de tejido subcutáneo. En consecuencia, se reduce la cantidad de almohadillado entre la piel y los huesos; se incrementa las úlceras por presión.

En el otro extremo encontramos a aquellos pacientes que sufren de obesidad, en ellos el tejido subcutáneo esta poco vascularizado y esto unido al exceso de presión va a favorecer la aparición de úlceras.

Albuminemia: Para la valoración del estado nutricional de una persona existen parámetros bioquímicos que deben tomar en cuenta, donde destacan las proteínas. Aproximadamente el 15% del peso corporal total corresponde a las proteínas. La mayor parte se encuentran en el músculo esquelético y se denominan proteínas somáticas; el resto lo constituyen las proteínas que componen las células y la sangre, y se denominan proteínas viscerales.

Dentro de las proteínas viscerales encontramos la albumina; es uno de los parámetros más utilizados en la valoración nutricional. Su valor normal está por encima de 3.5 mg/dl, entre 3.5 y 3 mg7dl se considera desnutrición leve, entre 2.1 y 3 mg/dl se considera malnutrición moderada, y menor a 2.1 mg7dl define malnutrición severa. Es por ello por lo que niveles bajos de albumina están relacionados con la presencia de úlceras por presión. Los niveles séricos de albúmina bajos, se consideran indicadores de inflamación y pueden contribuir al desarrollo de edema y anasarca en los pacientes críticos o en estadios terminales. (25)

Alteraciones de la presión arterial: (26) En una situación de hipotensión, el organismo intenta compensar derivando sangre desde las áreas no vitales, primariamente la piel, hacia los órganos vitales. En estos casos, se limita la tolerancia de los tejidos a la presión y el cierre de los capilares se produce con niveles menores de presión tisular, lo que puede conllevar el desarrollo de la lesión por presión . Además del daño asociado a la hipotensión, la piel puede verse sometida a un daño de re perfusión cuando la sangre vuelva a circular rápidamente para restablecer el flujo sanguíneo a la zona de piel afectada.

Niveles de hemoglobina: (24) Indica que niveles bajos de hemoglobina (anemia) reduce la capacidad de la sangre para llevar oxígeno y otros nutrientes elementales para la regeneración de tejidos, convirtiéndose en un factor predisponente de formación de úlceras por presión.

Alteración del estado de conciencia: (2) La alteración produce: estupor, confusión, coma, pacientes con nivel de conciencia disminuido como por ejemplo aquellos que están sedados; todos ellos están más predispuestos a presentar lesiones por presión , por la inmovilidad prolongada.

Accidente cerebrovascular: Un accidente cerebrovascular sucede cuando el flujo de sangre, a una parte del cerebro, se detiene. Tiene dos posibles causas: isquémica por oclusión de una arteria y hemorrágica por rotura arterial. Como consecuencia se produce una alteración del nivel de conciencia que puede ser permanente o temporal. (26)

Coma: Los individuos en coma no responden a estímulos dolorosos, a la luz o al sonido. Se altera el ciclo del sueño y no pueden iniciar movimientos voluntarios. Por tanto, el paciente no puede moverse de forma independiente por lo que, al menos que se les someta a cambios posturales, presentan mayor vulnerabilidad al desarrollo de lesiones por presión. (26)

Lesión medular: Entre un 30% y un 50% de los pacientes ingresados por lesión medular, desarrollan UPP durante el primer mes de su estancia. Por ello, es tan importante que desde el momento del ingreso se instauren

medidas preventivas. Según el Consorcio Médico de Lesiones Medulares, el principal factor de riesgo en estos pacientes es la hipotensión. La disfunción nerviosa simpática provoca una disfunción vascular a nivel de la microcirculación que hace que estos pacientes sean más susceptibles a los estados de baja perfusión (26).

Actividad: Es la capacidad física de una persona sobre su control y cantidad de movimiento; sin embargo, este estudio refiere la actividad como la capacidad de una persona para caminar. (26)

Alteración en el estado de la Piel: La piel protege el cuerpo de bacterias y materia extraña, en pacientes que sufren procesos que alteran la integridad cutánea, como eccemas, prurito, irritaciones, etc., son más susceptibles a desarrollar lesiones por presión. (2)

Alteración de la oxigenación tisular/ Disfunción cardiopulmonar: La inestabilidad hemodinámica se produce por la disfunción de los principales órganos o sistemas (respiratorio, cardiovascular, neurológico, renal) y se manifiesta por presión sanguínea inestable e hipotensión, bradicardia o taquicardia, hipoxemia y/o hipoperfusión. Los principales factores contribuyentes en el paciente crítico son la disminución del volumen sanguíneo circulante, la reducción de la resistencia vascular sistémica debida a la sepsis y la disminución del gasto cardíaco. Los pacientes en fallo multiorgánico sufren alteraciones importantes en la perfusión tisular y son incapaces de mantener la homeostasis. (26)

Hipoxemia: La hipoxemia en reposo requiere del uso de oxigenoterapia. Se considera como factor predisponente al desarrollo de lesiones por presión porque es más difícil cubrir las necesidades de oxigenación del organismo. (26)

Hipoventilación: se caracteriza por depresión ventilatoria y resulta en una inadecuada entrada de oxígeno y eliminación de dióxido de carbono. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una condición de obstrucción crónica al flujo espiratorio en la que se retiene dióxido de carbono y el consumo de oxígeno es inadecuado. (26)

Insuficiencia cardíaca congestiva: El corazón es incapaz de bombear la sangre adecuada para cubrir las demandas metabólicas, ya sea en reposo o en ejercicio, y mantener adecuadas presiones de llenado. Se produce una hipoperfusión tisular seguida de congestión venosa que, en principio, es pulmonar, pero en algunos casos también es sistémica. El paciente siente debilidad, fatiga, ansiedad, confusión y desarrolla edemas. Con estudió retrospectivamente 347 pacientes ingresados en una UCI médico-quirúrgica y encontró que la enfermedad cardiovascular estaba significativamente asociada con el desarrollo de . (26)

Hipovolemia: Al disminuir el volumen circulante, se produce un incremento en la frecuencia cardíaca. En última instancia, se compromete la perfusión tisular periférica y la perfusión de órganos vitales. El shock hipovolémico acontece cuando el volumen circulante es tan bajo que el organismo es incapaz de cubrir sus necesidades metabólicas y se afectan todos los órganos corporales, incluida la piel. (2)

Insuficiencia renal crónica: En los pacientes que sufren insuficiencia renal en UCI se pueden indicar terapias de reemplazo renal. Estamos hablando de hemodiálisis, hemofiltración venosa continua y hemodiafiltración venosa continua. El riesgo para el desarrollo de lesiones por presión en estos casos puede incrementarse debido a las limitaciones en la movilidad de los pacientes durante la duración de esta terapia. Además en algunos de estos pacientes se producen hipotensiones severas, especialmente en el caso de la diálisis. (2)

Factores extrínsecos

Son aquellas situaciones externas al paciente que pueden asociarse con la prevalencia de lesiones por presión; dentro de los cuales encontramos:

Presión: Es consecuencia del aplastamiento de los tejidos entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente (generalmente una prominencia ósea o, en algunos casos, zonas cartilaginosas como la nariz o los pabellones auriculares) y otro normalmente externo a él (camas, silla, sillón, etc.) (27)

Este es un punto muy importante debido a que se ha venido estudiando estas fuerzas y en especial la presión y el tiempo de exposición de ésta. Colina (27) “Determinó que las presiones provocan necrosis tisular en poco tiempo y las bajas presiones necesitan de un tiempo de exposición mucho mayor. Comprobó que una presión externa de sólo 70 mm Hg mantenida durante dos horas, podía provocar lesiones isquémicas en todos los tejidos.”. Recordando que la presión capilar normal oscila entre 16 y 33mmHg.

Fricción: Es una fuerza que actúa paralelamente a la piel y se desencadena por el desplazamiento del paciente sobre un plano duro al producirse roces o arrastre en los movimientos. (27)

Cizallamiento: Se denomina cizallamiento a las fuerzas tangenciales que combinan los efectos de presión y fricción y que se ejercen en sentido contrario al desplazamiento del paciente sobre un plano duro. (27)

Maceración: Es la alteración de la piel producida por el exceso de humedad. Como consecuencia, se reduce la resistencia de la piel de manera que ante cualquier roce o fricción es mucho más vulnerable. (27)

Derivados del tratamiento médico: (26) Existen algunos fármacos utilizados frecuentemente en la UCI que pueden intervenir negativamente en el desarrollo de lesiones por presión . Entre ellos podemos encontrar:

Vasopresores: La adrenalina y noradrenalina son los vasoconstrictores más potentes que se utilizan para incrementar la presión sanguínea. La dopamina, vasopresina son otros vasoconstrictores de uso habitual. Los Vasopresores actúan induciendo la vasoconstricción arteriolar, especialmente en la periferia, para conseguir un incremento de la presión arterial media. La intención es mejorar la perfusión central y reducir la hipoxia. Constituyen un tratamiento de primera línea en caso de shock. Sin embargo, al producir una vasoconstricción periférica significativa, estas drogas pueden provocar hipoxia celular periférica, malnutrición celular e hipoperfusión tisular. El desarrollo de lesiones por presión

está directamente relacionado con la inadecuada oxigenación, disponibilidad de nutrientes y presión arterial media (PAM) por debajo de 60mmHg 59.

Corticoides: Estos fármacos intervienen negativamente en el buen desarrollo del proceso de cicatrización, ya que provocan adelgazamiento tisular, la resistencia del tejido disminuye, etc.

Elevación del cabecero de la cama: Los objetivos que se persiguen al elevar el cabecero son disminuir la regurgitación y aspiración de contenido gástrico y mejorar la oxigenación alveolar. Sin embargo, una elevación del cabecero a 30° o más, incrementa significativamente la presión sobre la superficie de la piel y tejidos subyacentes, particularmente sobre la zona sacra y el isquion, y por tanto aumenta la posibilidad de deterioro de la integridad cutánea o de daño en tejidos profundos.

Posición de prono: Se utiliza en UCI para tratar al paciente con distrés respiratorio agudo y está asociada a un incremento de la probabilidad de desarrollar lesiones por presión. Se han llegado a recoger incidencias de hasta el 65% entre pacientes sometidos a esta posición.

Tiempo de estancia hospitalaria: Las relaciones entre la duración de la hospitalización y la aparición de eventos adversos han sido estudiadas en distintos entornos de salud con resultados variados. Las estancias hospitalarias suelen estar asociadas a una disminución de la movilidad y a la presencia de múltiples comorbilidades.

Dispositivos: Cuando se usan dispositivos con finalidades diagnósticas o terapéuticas y como resultado aparece una lesión por presión, ésta tiene una forma y tamaño muy parecidos al dispositivo en cuestión. Nos estamos refiriendo a cánulas nasales de O₂, mascarillas de presión positiva, tubos endotraqueales, sondas nasogástricas, cinturones pélvicos, sondas urinarias, dispositivos de

compresión secuencial, fijadores externos o contenciones, entre otros

2.2.5. Clasificación de las lesiones por

ESTADIOS	DEFINICION
ESTADIO I	Es la fase inicial de la úlcera. Aparece un enrojecimiento de la piel. Generalmente es doloroso y no palidece después de presionar la zona con un dedo.
ESTADIO II	Hay una zona de erosión o abrasión de la piel que puede ir precedida de la aparición de una ampolla
ESTADIO III	Hay una afectación de toda la piel Puede verse el tejido adiposo subcutáneo, pero el hueso, el tendón, o el músculo NO están expuestos. Puede presentar escara o costra que no cubre la totalidad de la úlcera. Puede incluir fístulas y tunelizaciones.
ESTADIO IV	Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén. Tanto en el estadio III como en el IV se pueden producir lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos. (27)

2.2.6. Intervenciones de enfermería: Medidas Preventivas de úlceras por presión (3540)

Actividades NIC

Valoración integral del paciente

- Valoración de Riesgo mediante la escala de valoración de Riesgo de Úlceras de presión escala de Braden evaluando las seis subescalas (percepción, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas); las tres primeras están relacionadas con la exposición directa a la presión y las otras tres con la tolerancia de la piel a esta presión.

Valoración de Factores de Riesgo de las Lesiones por Presión

- Valoración de Factores Intrínsecos, relacionados con el estado de salud del paciente

Valoración de Extrínsecos, relacionados con su entorno y controlados por el propio paciente o el cuidador.

Valoración de Cuidados Nutricionales

- Realizar la valoración nutricional a las primeras 24 o 48 horas tras el primer contacto con el paciente
- Repetir la valoración cada vez que se reevalúe el riesgo con la escala de Braden.
- Valoración antropométrica al primer contacto (valorar índice de masa corporal (IMC))
- Valoración de Riesgo de desnutrición
- Valorar la Historia Nutricional (Alergias alimentarias o intolerancias, trastornos de masticación o deglución, trastornos de conducta y/o estado anímico alterado, Patologías de medicación, Alteración del estado de la piel y mucosas)

Valoración y Cuidados de la Piel

- Inspección sistemática de la piel en busca de signos de alarma (eritema palidez al presionar color localizado edema Induración deterioro de la piel)
- Inspección de dispositivos médicos al menos 2 veces al día y valorar riesgos con la presión en el tejido circundante
- Mantener la Higiene de la piel (baño con jabón neutro)
- Aplicación de lociones hidratantes y que no contengan alcohol
- Aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados solo en zonas de riesgo
- No aplicar masajes en las prominencias Oseas
- Aplicar apósitos hidrocoloides en las zonas de lesión con grado III-IV

Control de la humedad

- Valorar los procesos que puedan originar exceso de humedad en la piel (orina, sudor, drenajes, heridas con exudados)
- Utilizar dispositivos de control para cada caso (sondas vesicales, pañales, dispositivos de drenaje, control de temperaturas cambios de ropa en sudoración profunda uso de apósitos en heridas)
- Proteger la piel con exceso de humedad con métodos de barrera como cremas a base de zinc

Manejo de la presión

- Movilización de pacientes cada 2 horas como mínimo en pacientes con alto riesgo
- Cambios posturales de acuerdo a reloj postural
- Utilización de superficies especiales para el manejo de la presión (flotadores rodetes colchones anti escaras)
- Protección ante la presión (utilizar dispositivos que descarguen la presión de manera que ayuden a distribuir el peso)

Protección local

- Facilitar la Inspección de la Piel al menos una vez al día de manera fácil y rápida
- No erosionar la piel al retirarlos

CAPITULO III

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

1. VALORACION

1.1.1. Datos de filiación

-Nombres y apellidos del paciente. - D.S.Y.C.

- Documento de identidad: 31006738
- Grado de instrucción: Primaria incompleta
- Grupo sanguíneo: O “+”
- Edad: 65 años
- Sexo: Masculino
- Estado civil: Casado
- Ocupación: Agricultor
- Religión: católica
- Lugar y fecha de nacimiento: Vilcabamba :08/04/1958
- Dirección actual: Vilcabamba
- Departamento: Apurímac
- Provincia: Abancay
- Distrito: Abancay

Motivo de consulta

Paciente Varón de 65 años de edad es transferido a la Unidad de Cuidados Intensivos COVID de Emergencia Shock Trauma COVID con ventilación mecánica en posición Semifowler con funciones vitales alteradas con diagnostico medico Sepsis Respiratorio, con lesiones por presión en zona escapular y comisuras bucales Glasgow 8 puntos bajo efectos de Sedoanalgesia , motilidad muscular disminuida , abdomen blando y depresible ruidos hidroaéreos presentes a la evaluación ulcera de lesión tipo III y IV en región escapular y boca por presencia de tubo endotraqueal presencia de edemas en ambos Miembros inferiores . Es traído a Emergencia hace 7 días por presentar dificultad respiratoria con uso de músculos accesitarios tos de ligera intensidad con saturación 80% se toma prueba molecular para COVID y arroja como resultado positivo, su estado de salud fue deteriorándose motivo por el cual fue intubado es

interconsultado a Cuidados Intensivos COVID médico de guardia decide su ingreso

Diagnostico Medico:

- Sepsis Pulmonar
- Ulceras por presión.
- SARDS COV 2 por COVID.
- Hipertensión Arterial

Enfermedad actual:

- Tiempo de Enfermedad 15 días
- Forma de Inicio: Brusco

Funciones Biológicas

- Apetito: Disminuido (no ingiere alimentos por la boca)
- Orina: Colurica, sedimentada
- Deposiciones: estreñimiento
- Sueño: Bajo efectos de Sedoanalgesia

1.1.2. Antecedentes

Antecedentes personales

Hipertensión Arterial hace 1 año

Antecedentes Familiares

Padre y Madre Hipertensos y Diabéticos, actualmente fallecidos.

2. Examen físico

2.1.1. Control de signos vitales

Presión arterial: 180/120 mmHg

Frecuencia cardiaca: 110x´

Frecuencia respiratoria: 78x

Saturación de O2: 80%

Temperatura corporal: 38.8°C

2.1.2. Exploración céfalo caudal:

Paciente masculino, se evidencia a la evaluación facies de dolor lesiones en boca por presencia de tubo endotraqueal, estado nutricional Índice de Masa Corporal IMC (17.1), Lesiones por presión (en región escapular y comisura bucal se evidencia signos de flogosis. Lesiones por presión de grado III-IV, de bordes irregulares y necrosis, con febrícula, con estado cognitivo en RASS (-4).

- Cráneo: normo cefálico, no presenta cicatrices buena implantación de cabellos no rigidez de nuca
- Cara: pómulos simétricos
- Ojos: simétricos cejas implantadas pupilas isocóricas 2/2 foto reactivas, reflejo palpebral y corneal
- Nariz: tabique nasal con presencia de fractura
- Boca: mucosa oral secas piezas dentarias incompletas.
- Cuello: simétrico cilíndrico central, movilidad pasiva
- Corazón: ruidos cardiacos rítmicos no soplos con FC 100x"
- Tórax: inspección móvil a la respiración percusión sonoridad conservada auscultación murmullo vesicular en ambos campos pulmonares presencia de roncales en base de pulmón y sibilantes.
- Abdomen: blando depresibles ruidos hidroaéreos presentes
- Extremidades superiores: íntegras, sin limitación a la movilidad, sin edema, hematomas en ambos brazos.
- Extremidades inferiores: íntegras, dolorosas, con presencia de edema (++) en ambas piernas, poca movilidad, venas varicosas visibles y palpables.
- Genitales: De acuerdo a su edad con sonda Foley orina colorica sedimentada.
- Pies y dedos íntegros, uñas con presencia de Onicomycosis.
- Glasgow:8/15 punto.

2.1.3. Exámenes auxiliares

- Hemoglobina: 12g/dl
- Leucocitos: $18.47 \times 10^9/L$
- Hematocrito: 36%
- Plaquetas: $191 \times 10^9/L$
- Glucosa: 158 mg/dl.
- Neutrófilos: $17.4 \times 10^9/L$
- Tiempo de protrombina: 11.6 seg.
- Ion sodio: 154 mmol/L
- Ion potasio: 4 mmol/L.
- Albumina: 2.53 g/dl
- Proteína: 78 g/L
- **ANALISIS DE GASES ARTERIALES:**
 - SO₂: 80%
 - pH: 7.4
 - PaCO₂: 25mmHg PaO₂: 79mmHg Hemoglobina: 9.0 mg/dl Potasio :3.8 mEq/L Sodio :154 mEq/L
 - Cloro :105 mmol/L
 - Calcio: 1.01 mmol/L
 - HCO₃: 17mmol/L
 - PO₂/FIO₂ :133mmHg
 - ANION Gap: 17mmol/l
 - Lactato :1.7mmol/l
 - Glucosa :115 mg/dl

2.1.4. Indicación terapéutica:

- Formula polimérica (Ensure) 1000/20horas x SNG por bomba de alimentación
- Midazolam 50mg (2amp+clna9%+a100ml) E.V. Titulable a Rass -4
- Fentanilo 0.5mg (2amp+clna9%+a100ml) E.V. Titulable a Rass -4

- Ceftriaxona E.V. 2gr /c 24 horas
- Clindamicina 600mg E.V. c/ 8 horas
- Furosemida 20mg E.V. c/ 8 horas
- Enoxaparina 40 mg SC/24 horas
- Captopril 25mg SNG c/12 horas
- Omeprazol 40mg E.V. c/ 24 horas
- Metoclopramida 10mg E.V. c/ 8 horas
- Control de Aga y electrolitos c/12 horas
- Control de Glicemia Capilar c /8 horas capilar
- Aplicación de crema Hipoglos en zona afectada por Lesiones de presión c/8 horas
- Cambios posturales de acuerdo a reloj postural c/2horas.

3. VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIONES DE PATRONES FUNCIONALES DE LA SALUD DE MARJORIE GORDON

PATRON 1: PERCEPCION

Patrón 1: Percepción – Manejo de Salud

Estado general de curso progresivo no evolutivo

No presenta hábitos tóxicos.

Vacunado anualmente de influenza cuenta con vacuna de neumococo, y COVID, no otras vacunas actualizadas.

Datos Subjetivos:

- Facies de dolor

Datos objetivos:

- Portador de Sonda Nasogástrica
- Con Sedoanalgesia manteniendo RASS -4
- Úlceras por presión a nivel de la región escapular y comisuras bucales (categoría III-VI)
- Portador de Sonda Vesical
- Vía endovenosa: Cloruro de Sodio al 9/000
- Presencia de pañal descartable

PATRON 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO

Dieta formula polimérica (ensure) volumen total 1000cc/20horas, que es administrativo como nutrición enteral por bomba de alimentación mediante sonda Nasogástrica, Fluidoterapia vía endovenosa. Piel y mucosas hidratadas.

PATRON 3: ELIMINACION

Incontinencia fecal y urinaria. Motivo por el cual cuenta con sonda vesical permanente y uso de pañal no realiza deposiciones en forma regular.

Se realiza cambio de pañal a demanda o en forma rutinaria cada 12 horas

PATRON 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Paciente postrado por efectos de Sedoanalgesia, grado de dependencia VI. Necesita ayuda para realizar todas sus necesidades básicas

PATRON 5: SUEÑO Y DESCANSO

Paciente con Sedoanalgesia en Rass 4 por indicación medica

Movilidad: Dependencia IV Totalmente asistida

PATRON 6: COGNITIVO PERCEPTIVO

Paciente se encuentra desorientado en tiempo espacio y persona por encontrarse bajo efectos de Sedoanalgesia Rass -4.

No evaluable.

PATRON 7: AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO

No se evalúa por encontrarse Rass -4

PATRON 8: ROL – RELACIONES

Convive con su esposa en su domicilio familiar compuesto por 6 miembros incluido el paciente.

Roles de cuidador: Conducta socialmente esperados de las personas que brindan cuidados sin ser profesionales de la salud

Relaciones familiares pendientes exigen mejoría

PATRON 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Varón, Tiene esposa e hijos.

A la evaluación física no presenta alteraciones en la estructura de los genitales No valorables debido al estado de deterioro en que se encuentra el paciente.

PATRON 10: ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

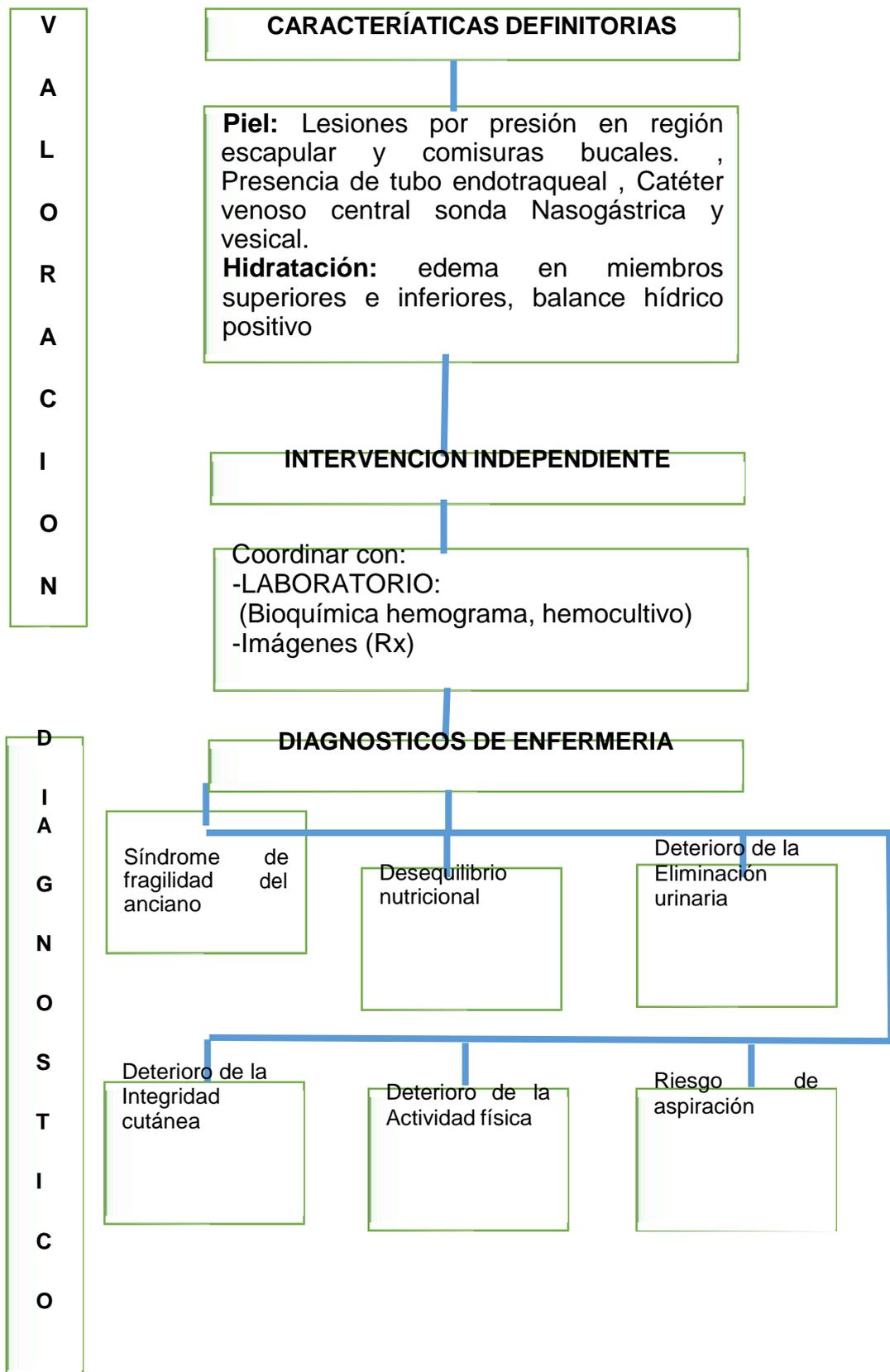
Familiares se muestran muy ansiosos frente a la situación de salud del paciente por presenta pronóstico reservado

No valorables debido al estado de deterioro en que se encuentra el paciente.

PATRON 11: VALORES – CREENCIAS

Familiares manifiestan ser de religión católica

4. ESQUEMA DE VALORACIÓN



5. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

5.1.1. Diagnóstico de enfermería según datos significativos

- Síndrome de fragilidad del Anciano
- Desequilibrio nutricional
- Deterioro de la eliminación urinaria
- Deterioro de la Integridad Cutánea
- Riesgo de Aspiración

5.1.2. Esquema de diagnóstico de enfermería

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Síndrome de Fragilidad del Anciano	Alteración de la función cognitiva	Déficit del autocuidado baño , deterioro de la movilidad física	Síndrome de fragilidad del anciano R/C Alteración de la función cognitiva E/P déficit del autocuidado baño vestido deterioro de la movilidad física
Desequilibrio nutricional : inferior a las necesidades corporales	Incapacidad para ingerir los alimentos	Debilidad de los músculos necesarios para la masticación	Desequilibrio matronal inferior a las necesidades corporales R/C incapacidad para ingerir los alimentos E/P debilidad de los músculos necesarios para la masticación
Deterioro de la Eliminación urinaria	Deterioro sensitivo motor	Incontinencia urinaria	Deterioro de la Eliminación urinaria R/C Deterioro sensitivo motor E/P Incontinencia urinaria
Deterioro de la Integridad cutánea	Presión sobre la prominencia ósea	Alteración de la epidermis y dermis	Deterioro de la Integridad cutánea R/C Presión sobre la prominencia ósea E/P alteración de la epidermis y dermis
Deterioro de la actividad física	Deterioro del musculo esquelético	Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura	Deterioro de la actividad física R/C Deterioro del musculo esquelético E/P Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura

Riesgo de aspiración	Alimentación Enteral	Secreciones gastrointestinales residuo gástrico alto	Riesgo de Aspiración R/C alimentación enteral
----------------------	----------------------	--	---

6. PLANIFICACION

6.1.1. Esquema de Planificación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código 00257 Síndrome de fragilidad del anciano R/C Alteración de la función cognitiva E/P déficit del autocuidado baño vestido deterioro de la movilidad física</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 0912: Estado neurológico ➤ conciencia. 00108: déficit de autocuidado en el baño. 	<p>Código: 0740 Cuidados de paciente encamado</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar el estado de la piel y anexos. ➤ Aplicar cremas que humecten a la piel. ➤ Uso de colchón anti escaras. ➤ Realizar los cambios posturales cada 2 horas ➤ Realizar los ejercicios pasivos y masajes con loción. <p>1610: Baño. Aseo del paciente encamado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1710: Mantenimiento bucal. ➤ 1670: cuidados del cabello y cuero cabelludo. ➤ 0840: cambios de posición. ➤ 0740: cuidados del paciente encamado. 	<p>Se evidenciará que paciente tendrá piel las mucosas integrales. Se realizara el cambio postural cada 2 horas.</p>
<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA</p>	<p>NOC</p>	<p>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC</p>	<p>EVALUACIÓN</p>

<p>Código: 00002 Desequilibrio Nutricional :inferior a las necesidades corporales R/C incapacidad para ingerir los alimentos E/P debilidad de los músculos necesarios para la masticación</p>	<p>Código:1004 ➤ Estado Nutricional. ➤ 1009: Estado nutricional: ingestión de nutrientes.</p>	<p>1100: Manejo de la nutrición.: ➤ Colocar la sonda nasogástrica ➤ Valorar ruidos hidroaereos.. ➤ Valorar residuo gástrico. ➤ Administrar dieta enteral por SNG</p> <p>1160: Monitorización nutricional: ➤ Administrar dieta hipo sódica a traumática por sonda nasogástrica.</p> <p>1050: Alimentación enteral por sonda.</p>	<p>Se logró que el paciente reciba los nutrientes adecuados para satisfacer sus necesidades metabólicas.</p>
<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA</p>	<p>NOC</p>	<p>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC</p>	<p>EVALUACIÓN</p>
<p>Código:00016 Deterioro de la Eliminación Urinaria R/C deterioro sensitivo motor E/P incontinencia urinaria</p>	<p>Código: 0503 Eliminación Urinaria</p>	<p>Código 0610 Incontinencia Urinaria: ➤ Realizar higiene genital cada 6 horas. ➤ Uso de pañal. ➤ Realizar examen de laboratorio (urocultivo, examen completo de orina)</p>	<p>Paciente mejoro parcialmente la función de la eliminación urinaria,</p>

		<p>Código 0590 Manejo de la Eliminación Urinaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar el flujo urinario (características y flujo urinario). ➤ Valorar los signos y síntomas de la retención urinaria. (verificar la presencia de globo vesical) ➤ Identificar los factores que contribuyen a los episodios de incontinencia. ➤ Registre la hora de la última micción, si lo desea. ➤ Administración de líquidos. ➤ Control de diuresis. ➤ Valorar balance hídrico. 	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00046 Deterioro de la Integridad cutánea R/C Presión sobre prominencia ósea E/P Alteración de la integridad de la piel</p>	<p>Código:1101 Integridad tisular: piel y membranas. 10902:Control de riesgos.</p>	<p>Código: 3520 Cuidados de las Ulceras de Presión</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Colocación de colchón antiescaras ➤ Valorar características de la piel (el estadio, la ubicación, la exudación, el tejido de granulación. ➤ Realizar la curación con antisépticos. ➤ Cambios posturales cada 2 horas. 	

		Código:3584 Cuidados de la Piel y tratamiento tópico <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evite el uso de ropa de cama áspera. ➤ Limpiar con jabón antibacterial. ➤ Rotar al paciente inmovilizado cada 2 horas. ➤ Proporcionar soporte en zonas de presión ➤ Aplicar antibióticos tópicos en la zona afectada ➤ Use pañales si es necesario. 	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
Código:00091 Deterioro de la Actividad física R/C Deterioro musculo esquelético E/P Limitación del movimiento para cambiar de posición por si mismo en la cama	Código:0204 Consecuencia de la Inmovilidad fisiológica	Código:0840 Cambio de posición <ul style="list-style-type: none"> ➤ Coloque al paciente en la cama/colchón anti escaras. ➤ Proporciona un soporte adecuado para el cuello. ➤ Colóquelo en la alineación correcta del cuerpo. ➤ Rotar al paciente inmovilizado cada 2 horas. Código:0740 0740: Cuidados del Paciente Encamado <ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilizar equipo de protección del paciente en la cama. ➤ Cambie la posición del paciente según el estado de la piel 	Paciente con adecuado movimiento en cama, con apoyo del personal y familia

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener al paciente sobre un colchón anti escaras. ➤ Asistencia en las actividades de la vida diaria. ➤ Levante el barandal de la cama si es necesario. ➤ Coloque al paciente en la alineación correcta del cuerpo. ➤ Ayúdanos con las medidas de higiene para mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. ➤ Monitorear la condición de la piel. 	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
Código: Riesgo de Aspiración R/C nutrición enteral	Código: Estado respiratorio Permeabilidad ad de vías aéreas .	Código 3200 Precaución para evitar la Aspiración <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantén el cabecero de la cama a 30 a 45 minutos. después de la alimentación. ➤ Prepare un dispositivo de succión. ➤ Evaluar el estado I de conciencia, el reflejo de la tos y el reflejo nauseoso. ➤ Verifique la ubicación correcta de SNG antes de alimentar ➤ Colocar en posición Semifowler durante alimentación por SNG). 	Paciente se mantuvo con vías aéreas permeables.

		<ul style="list-style-type: none">➤ Evite los alimentos acuosos para el pase por sonda nasogástrica.➤ Higiene bucal con clorexidina 2% cada 12 horas.➤ Compruebe si hay residuos gástricos.➤ Mediante la aspiración de la sonda Nasogástrica antes de alimentar.	
--	--	---	--

7. EJECUCION Y EVALUACION

7.1.1. Registro de enfermería

S	Paciente bajo efecto de sedación con Rass -4.
O	Paciente adulto mayor, con TET () N° 7.5 acoplado a Ventilador Mecánico Modo AC/P Fio 35 %, mucosas orales húmedas pálidas, presenta catéter venoso central permeable para fluido terapia Sedoanalgesia y Tratamiento; miembros superiores presenta edema (+++), abdomen blando con ruidos hidroaéreos presentes. Presenta sonda nasogástrica para alimentación y sonda Foley. Diuresis cantidad flujo 2 cc/h, color colurico y olor normal. Articulaciones rígidas. Presenta úlceras por presión en región lumbosacra con signos de infección. Úlcera de grado III, de bordes irregulares, con signos de infección.
A	<p>Síndrome de fragilidad del anciano R/C Alteración de la función cognitiva E/P déficit del autocuidado baño vestido deterioro de la movilidad física</p> <p>Desequilibrio Nutricional inferior a las necesidades corporales R/C incapacidad para ingerir los alimentos E/P debilidad de los músculos necesarios para la masticación</p> <p>Deterioro de la Eliminación Urinaria R/C deterioro sensitivo motor E/P incontinencia urinaria</p> <p>Deterioro de la Integridad cutánea R/C Presión sobre prominencia ósea E/P Alteración de la integridad de la piel</p> <p>Deterioro de la Actividad física R/C Deterioro musculo esquelético E/P Limitación del movimiento para cambiar de posición por sí mismo en la cama</p> <p>Riesgo de Aspiración R/C Alimentación enteral</p>
P	<p>Equilibrar el estado dinámico con las intervenciones de Enfermería</p> <p>Administrar nutrientes y satisfacer las necesidades metabólicas</p> <p>Mejorar la función de eliminación urinaria</p> <p>Disminuir la alteración de la epidermis dermis</p> <p>Favorecer al cambio de postura en cama</p> <p>Disminuir el riesgo de penetración en el árbol bronquial de secreciones gastrointestinales que puedan comprometer la salud</p>
I	<p>Cuidados del paciente encamado</p> <p>Colocar al paciente en una alineación corporal adecuada</p> <p>Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente</p> <p>Realizar baño en cama en forma diaria</p> <p>Realizar sondaje Nasogástrico</p> <p>Administrar alimentación por sonda Nasogástrica según indicación medica</p> <p>Colocar sonda Vesical</p> <p>Control de diuresis horaria y flujo urinario</p> <p>Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares</p> <p>Cuidados de úlceras por presión</p> <p>Describir las características de las úlceras</p> <p>Controlar la infección</p> <p>Curación de las Úlceras de presión a diario</p> <p>Cambios posturales de acuerdo a reloj postural</p> <p>Colocación de colchón terapéutico</p>

	<p>Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición</p> <p>Cuidados del paciente encamado</p> <p>Mantener la ropa de cama limpia</p> <p>Precauciones para evitar la aspiración</p> <p>Vigilar nivel de conciencia reflejo tusígeno y reflejo nauseoso</p> <p>Mantener cabecera elevada de 30 ° a 45 °</p> <p>Comprobar residuo gástrico de la SNG antes de la alimentación</p>
E	<p>Se logró que el paciente mejore su movilidad en cama y que cubra sus necesidades básicas</p> <p>Paciente recibe los nutrientes adecuados para satisfacer sus necesidades básicas metabólicas</p> <p>Paciente no presenta nuevas lesiones por presión</p> <p>Se mejora las capas de la dermis y epidermis de las lesiones anteriores</p> <p>Paciente presenta mejora en la circulación por adecuados cambios posturales no se evidencia signos de presión reciente</p> <p>Paciente mantiene vías áreas permeables en la estancia hospitalaria residuo gástrico disminuye de acuerdo a las evaluaciones</p>

8. CONCLUSIONES

Dentro del plan de cuidados hay una etapa denominada evaluación, que es una actividad planificada, continuada y dotada de objetivos, en la cual el paciente y el profesional de Enfermería determinan la evolución del paciente en relación con la consecución de los objetivos y la eficacia de los cuidados de Enfermería

En cuanto a las medidas generales para el cuidado de heridas, nos encontramos que lo más importante es valorar correctamente la nutrición, la hidratación, el entorno de cuidados, el dolor y la propia lesión.

Plantear con capacitaciones sobre el cuidado de las lesiones a los familiares y los cambios posturales.

9. RECOMENDACIONES

Se requieren equipos de trabajo capacitados y entrenados tanto para brindar los cuidados relacionados para prevenir las Ulceras por presión, debido a que lo anterior demanda un trabajo más intenso y es todo un desafío para el personal de enfermería.

Se recomienda la implementación de la escala de Valoración de las Ulceras de presión en las hojas de valoración de Enfermería y estas sean evaluadas en forma diaria y el cambio postural cada 2 horas.

Este trabajo académico presenta recomendaciones basadas en la literatura científica para sustentar un plan de cuidados de enfermería dirigido a la implementación de actividades preventivas que reduzcan la frecuencia de las Ulceras de Presión secundarias a la patología de la enfermedad de COVID-19, promoviendo el cuidado integral de calidad.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. CLARK JY. Prevalencia de Ulceras de presión entre ancianos que residen en nuestro Hospital Insular de Lanzarote. [tesis]. España : Hospital Insular de Lanzarote ; 1998.
2. Watson J. La filosofía y la Ciencia del Cuidado Humano. Estados Unidos : Mc Graw Hill.; 2008.
3. K S. Teoría de los Cuidados en Maerriner T Modelos y Teorías de Enfermería. 6th ed. España : Elsevier; 2007.
4. Terry CL. Enfermería en Cuidados intensivos. 2012th ed. Madrid : 1º Ed Madrid Manual Moderno ; 2012.
5. Ayuso F. Cuidado Integral del Paciente Crítico. 2nd ed. España : Elsevier ; 2012.
6. J. M. La pedagogía del cuidado : saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Madrid: Guadecon ; 2005.
7. Raile M. Modelos y Teorías de Enfermería. 7th ed. España: Elsevier; 2011.
8. CTO G. Manual de Enfermería CTO. 6th ed. España: CTO Medicina ; 2010.
9. Geddamu H AAETABMTY. Level of nurse Knowledge on pressure ulcer prevention: A systematic review and meta-analysis study in Ethiopia Heliyon; 2021 Jul.
10. Formi C Gazineo D AEBTBACFea. Effectiveness of a multi-layer silicone-adhesive polyurethane foam dressing as prevention for sacral pressure ulcers in at-risk in-patients Randomized controlled trial. : Int J Nurs Stud. ; 2022 mar.

11. Jiménez González JRVDCJ. Riesgo de aparición de úlceras por presión en pacientes del servicio de Medicina del hospital del IVSS. "Dr. Héctor Nouel Joubert" [Tesis] , editor. [Bolívar]: Universidad de Bolívar ; 2010.
12. MOLINA CY. Proceso de Atención de pacientes con Úlceras por Presión en el Hospital Universitario Uruguay: [Tesis] Universidad de Uruguay; 2015.
13. JAVIER SA. Úlceras por presión en gerontología epidemiología, economía, ética, y aspectos legales" España: [Tesis] España ; 2007.
14. JAVIER MH. Factores de Riesgo para Úlceras por presión en pacientes Hospitalizados México : [Tesis] Universidad de México ; 2006.
15. Cottos Bustamante Marianela Lizeth. Factores que limitan la práctica de cuidados preventivos de Úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. [Trabajo de Investigación para optar el Título de Esp. en Enf.] [Tesis] , editor. [Lima- Perú]: [UNMSM.]; 2009.
16. HERNANDEZ JM. Factores de Riesgo para úlceras por presión en pacientes hospitalizados México : [tesis] Universidad de México ; 2006.
17. Espinoza Herrera Magali Sujeli. "Factores de Riesgo para el desarrollo de Úlceras por presión iatrogénicas, en los pacientes Hospitalizados en la UCI de la Clínica Angloamericana" [tesis] , editor. Lima- Perú : Universidad de Lima ; 2009.
18. TRUJILLO BD. Nivel de conocimiento y la Práctica de enfermería en prevención de úlceras por presión en pacientes

ingresados en los servicios del Hospital Belen de Trujillo
Trujillo : [Tesis] Universidad de trujillo ; 2012.

19. V H. The nature of Nursing Amaerican Journal of Nursing. New York; 1966.
20. V. H. Modelos y Teorias de Enfermeria. 6th ed. España : Elsevier; 2007.
21. D^a Carmen Canet Bolado EU6SHdSDELDEP1HDDMMMEU4NTDRORE. Guia de Prevencion y Tratamiento de Ulceras de Presion España: Mc Graw Hill; 2007.
22. Perez DYFMWLE. Incidencia y Factores de Riesgo en relacion con las ulceras por presion en enfermos criticos. Medicina Intensiva. 2009 Agosto Setiembre ; 33(6).
23. M. D. Cuidados de las Ulceras por presión España : Univeridad de Navarra ; 2009.
24. Suddart By. Manual de Enfermeria Medico Quirurgico. 6th ed. Mexico : Mcgram Hill; 2016.
25. Gonzales G RMBZGGC. El cuidado Humano como valor en el ejercicio de los profesionales de Salud. [TESIS] ed. Valencia : Univerisdad de Valencia ; 2015.
26. Waldow V. Cuidado Humano o Resgate Necessário Brazil: Sagra Luzzatto; 1998.
27. D C. Ulceras de presion en Pacientes Criticos Mexico : Mc Graw Hill; 2003.
28. JCB V. Integrando NANDA NOC NIC España : Dialnet ; 2004.

29. Pedregosa GT MCFGMJRdInC. Como escribir un caso clinico en enfermeria utilizando la Taxonomia NANDA NIC NOC Rio del Valle ; 2011.
30. L RPJMAA. Evidencias Clinicas e Intervenciones NIC para el cuidado de Ulceras por presion Enfermeria Dermatologica Rioja : Servel ; 2010.
31. NM PCRME. Valoracion del dolor en un paciente con úlcera por presion (UPP) Enfermeria Clinica Cobo Cuenca ; 2010.
32. JJ. SA. Las úlceras por presión en Gerontología: Dimensión epidemiológica, económica, ética y legal. Santiago de Compostela: : Universidad de Santiago de Compostela; ; 2007.
33. Gallagher P BPHIMPOKOM. Prevalence of pressure ulcers in three J tissue Viability. : university teaching hospitals in Ireland.; 2008;17:103-9.
34. Engelen M vDSVHdLEvGB. The content and effectiveness of self-management support interventions for people at risk of pressure ulcers: A systematic review. : Int J Nurs Stud. ; 2021 Oct 1;122:104014.
35. Méndez Ibáñez Yuneyri Edith MMP. "Conocimientos y Practica del Cuidado de Enfermeria en la prevencion de Ulceras por presionHospital Belen de Trujillo" [Tesis] , editor. [Trujillo-Peru]: [Universidad de Trujillo]; 2012.
36. Engelen M Van Dulmen S VHdLvGB. The content and effectiveness of self- management support interventions for people at risk of pressure ulcers: A systematic review Estados Unidos : Int J Nurs Stud.; 2021.

ANEXOS

Anexo 1.- Escala de Norton Modificada: que se aplica en forma diaria en la valoración de los pacientes

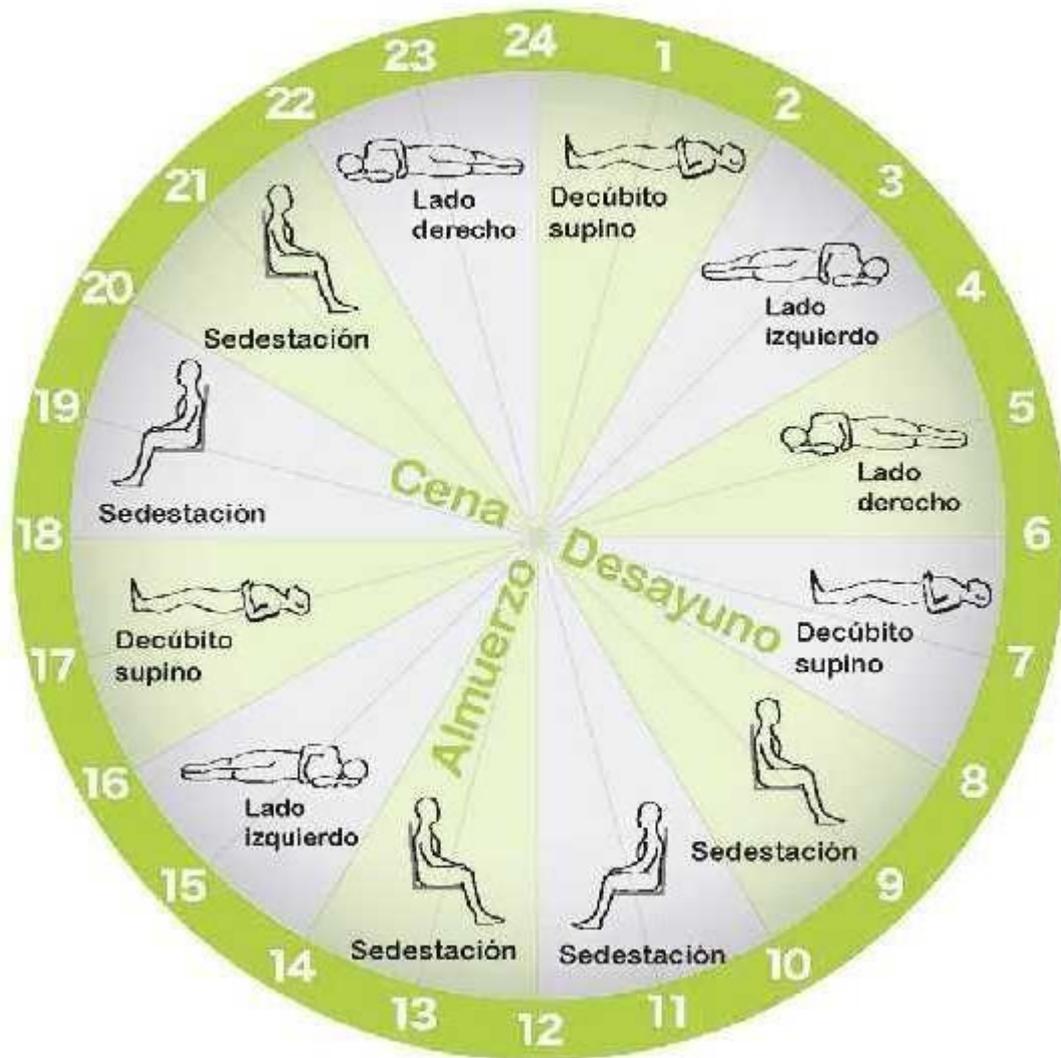
Puntos	1	2	3	4
Estado físico general	Muy malo	Pobre	Mediano	Bueno
Incontinencia	Urinaria y fecal	Urinaria o fecal	Ocasional	Ninguna
Estado mental	Estuporoso y/o comatoso	Confuso	Apático	Alerta
Actividad	Encamado	Sentado	Camina con ayuda	Ambulante
Movilidad	Inmóvil	Muy limitada	Disminuida	Total

Presenta un rango total de 1 a 20 puntos. La puntuación total de 14 puntos o menos, revela que el paciente es de riesgo y deben adoptarse medidas preventivas. Cuanto más bajo sea el total de puntos, el riesgo es mayor.)

Clasificación de Riesgo.

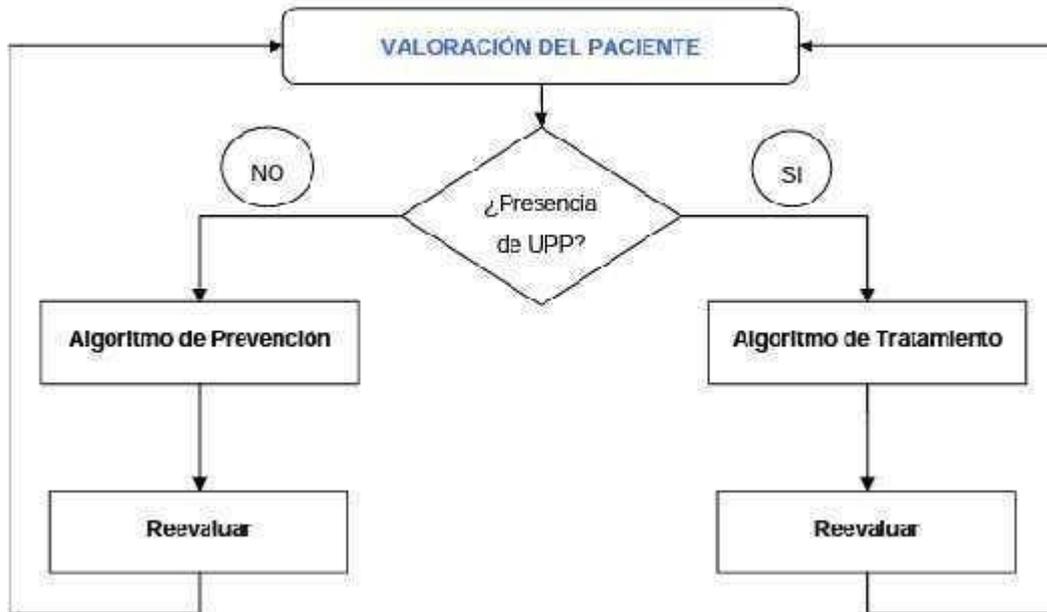
- Puntuación de 5 a 9..... Riesgo muy alto.
- Puntuación de 10 a 12.....Riesgo alto.
- Puntuación de 13 a 14.....Riesgo medio.
- Puntuación mayor de 14..... Riesgo mínimo / No riesgo.

Anexo 2 Reloj Postural para prevención de Úlceras de presión



Anexo 3 Algoritmos de Diagnostico de Lesiones de Presión

ALGORITMO DIAGNOSTICO



Anexo 4 .- Curación de Ulceras de presión en la Unidad de Cuidados Intensivos COVID

Materiales y equipo



Curación de lesiones por Presión

Limpieza

Aplicación de Cloruro de Sodio 9%000



Aplicación de Isodine Espuma



Aplicación de Silberdíasida de Plata

