

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



**PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES
ADULTOS CON ULCERAS POR PRESION DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE APURIMAC**

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

LAURA KARINA OROSCO LOPEZ

Callao - 2022

PERÚ

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios, por cuidarme a mí y de los míos y porque siempre guía mis pasos, a mis padres por su apoyo incondicional que siempre me brindan, por los consejos y el gran amor q me dan, a mi esposo por su apoyo incondicional de tal forma dedicada a mis hijos yhoeld y Kamila quienes son mi inspiración para seguir adelante con mis proyectos.

Laura Karina Orosco López

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser el ser quien nos dio la vida para poder disfrutar su creación que
nos dio.

A mis amados padres, Laura, Julio, y mi esposo e hijos por siempre brindarme
un apoyo incondicional en todas las formas y por las palabras de aliento.

A mis estimados docentes, por compartir su conocimiento a la Dra. Olga
Valderrama por todo el tiempo que nos brindó con sus conocimientos y
conseguir nuestro objetivo,

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| CAPITULO I..... | 4 |
| CAPITULO II..... | 8 |
| 2.1. Antecedentes de Estudio..... | 8 |
| 2.1.1 Antecedentes internacionales..... | 8 |
| 2.1.2 Antecedentes Nacionales..... | 10 |
| 2.2 BASE TEORICA..... | 10 |
| 2.2.1 Teorías Especializadas | 10 |
| 2.2.2 Úlceras por Presión (UPP) | 12 |
| 2.2.3 Incidencia de las UPP..... | 13 |
| 2.2.4 Factores condicionantes | 14 |
| 2.2.5. Clasificación de las UPP..... | 15 |
| 2.2.6. Intervención de enfermería | 17 |
| CAPITULO III..... | 22 |
| PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA..... | 22 |
| VALORACION..... | 22 |
| 2.DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA..... | 30 |
| 2.1.Diagnóstico de Enfermería según datos significativos | 30 |
| 3.PLANIFICACION..... | 32 |
| 4.EJECUCION Y EVALUACION | 38 |
| CONCLUSIONES | 40 |
| RECOMENDACIONES | 41 |
| ANEXOS..... | 46 |

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión son un problema común en la atención hospitalaria y la atención a largo plazo causada por la compresión prolongada de los tejidos blandos, que puede causar daño tisular local e incluso conducir a una infección grave. Las úlceras por presión a menudo ocurren en pacientes incapaces de reposicionarse adecuadamente, en las partes óseas del cuerpo que descansan contra la superficie de una cama o silla de ruedas, como el sacro, la tuberosidad isquiática, el trocánter mayor, el talón y el maléolo lateral (1).

Las úlceras por presión pueden conducir a un mal pronóstico, hospitalización a largo plazo y aumento de los costos médicos, que son especialmente problemáticos en una sociedad que envejece (1).

La prevención de las úlceras por presión (UPP) es uno de los indicadores más importantes de la calidad de la atención al paciente que puede estar influenciado por la actitud de las enfermeras. Las enfermeras son responsables de mantener la integridad de la piel y prevenir sus complicaciones (2).

La prevención de la UPP puede considerarse como enfermería intensiva. La evaluación frecuente y el cuidado efectivo de la piel previenen el desarrollo de UPP. La aplicación adecuada de la herramienta de evaluación del riesgo de úlcera por presión como la Escala de Braden puede prevenir la aparición del desarrollo de UPP. Cambiar la posición del paciente cada 2 h y el uso de un colchón para aliviar la presión también reduce el desarrollo de UPP (3).

Si el paciente está desarrollando UPP, las enfermeras pueden proporcionar un proceso de curación de heridas mediante el cambio de apósito, la evaluación continua de la herida y la nutrición adecuada para mantener la calidad de la atención. Varios estudios mostraron que la prevención de la UPP sigue siendo un desafío significativo para las enfermeras y su incidencia se considera un indicador de la mala calidad de la atención.

El presente Trabajo Académico, tiene como finalidad brindar un conjunto de actividades y cuidados de enfermería, basados en el lenguaje propio enfermero y en fundamentos científicos, al alcance de todos los profesionales de enfermería, para mejorar la práctica del cuidado, basada en evidencias.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta 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

Las Úlceras por Presión (UPP), son áreas localizadas de daño tisular que surgen debido al exceso de presión y las fuerzas de cizallamiento. A pesar de los esfuerzos para adoptar estrategias de prevención, las UPP continúan constituyendo un desafío de salud reconocido, que se estima que afecta a 2.5 millones de personas anualmente. Las tasas de prevalencia puntual oscilan entre el 7% y el 53,2%, y las tasas de incidencia varían del 7% al 71,6% en Europa, Estados Unidos y Canadá, con el sacro y los talones como los sitios anatómicos de las UPP más comunes (4).

Su efecto es mundial, lo que afecta a millones de personas y tiene variación en la magnitud y gravedad de los daños a la piel, el tejido subyacente y el músculo. Sigue siendo un problema de salud significativo que afecta a aproximadamente 3 millones de adultos (3).

Proporcionar educación sanitaria regular y capacitación sostenible sobre la prevención de la UPP para el proveedor de atención médica se considera un componente determinante de los métodos de prevención de úlceras por presión. Las enfermeras son responsables de proporcionar un buen proceso de enfermería a los pacientes que ingresan en el hospital. Las cualidades de cuidado en un paciente en particular se mantienen mediante la aplicación de un buen proceso de enfermería y previene la incidencia de PU. El conocimiento y la actitud de las enfermeras tienen un efecto significativo en el tipo de proceso de enfermería y la intervención de resultado del paciente (3).

Muchos estudios que se han realizado para evaluar el conocimiento de las enfermeras sobre la prevención de las úlceras por presión informaron que solo el 23,5 % de las enfermeras habían obtenido una puntuación del conocimiento del ≥ 60 % en Bélgica, el 73 % de las enfermeras jordanas habían obtenido una puntuación inferior al conocimiento medio sobre la prevención de las úlceras por presión, las enfermeras habían obtenido una puntuación más baja en el

conocimiento de la prevención de las úlceras por presión que el promedio en Irán, 51,1 % que era inferior al punto de corte (60 %) en Australia, 70,5 % que es un buen nivel de conocimiento en Grecia, y Nepal reveló que solo el 59 % de las enfermeras tenían conocimientos adecuados sobre la prevención de úlceras por presión (3).

Varios estudios han explorado la prevalencia de la UPP entre los pacientes hospitalizados en todo el mundo y revelaron que fue del 22,9 % en Suecia, del 18,2 % en Noruega, del 27 % en Italia y del 18,7 % en Brasil. Por otro lado, la prevalencia de PU en África fue del 17,23 % en el Centro Terciario Subsahariano, del 3,22 % en el suroeste de Nigeria y del 19,3 % en Túnez. Del mismo modo, se realizaron muchos estudios en Etiopía para determinar la prevalencia de PU, que mostró un 13,4 % en el Hospital Docente de la Universidad wolaita Sodo, un 14,9 % en el Hospital de Referencia Dessie y un 16,8 % en el hospital de referencia Felegehiwot (3).

Los pacientes de cuidados críticos pueden tener mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión debido a su inmovilidad, dependencia de cambios regulares de posición y dispositivos de alivio de presión. El posicionamiento prono y el uso de dispositivos médicos invasivos pueden aumentar este riesgo (5).

Algunos estudios relacionados con las úlceras por presión han demostrado asociaciones significativas entre la diabetes y UPP relacionadas con la cirugía, Por otro lado, puede ser útil identificar y prevenir complicaciones a los pacientes (6).

La mayoría de las úlceras por presión adquiridas en el hospital son prevenibles y aproximadamente un tercio de las úlceras por presión en personas con lesión de la médula espinal pueden prevenirse mediante el cuidado continuo en la atención. Por lo que, la autogestión se define como "la capacidad del individuo para manejar los síntomas, el tratamiento, las consecuencias físicas, las consecuencias psicológicas y los cambios de estilo de vida inherentes a vivir con una condición crónica". Ejemplos de comportamientos de autocontrol para prevenir las úlceras por presión son el examen diario de la piel, la evaluación de los asientos, el alivio regular de la presión y la adopción de medidas adecuadas

de estilo de vida, como una nutrición saludable y abstenerse de fumar. Es importante que los pacientes entiendan su responsabilidad en la prevención de úlceras por presión (7).

Un estudio mostró que el 68% de los pacientes hospitalizados ($n = 51$) entendían la etiología y el 80% estaba de acuerdo en su propio papel en la prevención. Veinte pacientes en un estudio de entrevista cualitativa describieron que preferían un papel proactivo en su autogestión. Sin embargo, parece ser un problema que los pacientes no siempre sigan las recomendaciones de prevención. Por ejemplo, menos del 50% de los 23 usuarios de sillas de ruedas con lesión de la médula espinal realizaron maniobras de alivio de la presión "regularmente" o "a menudo" y un estudio de cuestionario ($n = 453$) mostró que se informó un retraso en visitar a su médico en el 30% de los pacientes después de detectar una úlcera por presión. Por lo tanto, las personas con lesión de la médula espinal están de acuerdo en que la responsabilidad de su propia salud recae dentro de sí mismas, pero experimentan problemas con el comportamiento real de autogestión (7).

El autocuidado es importante para todas las personas en riesgo de úlceras por presión, pero hasta ahora la investigación sobre la adherencia del paciente se ha centrado en las personas con lesión de la médula espinal. Una de las razones por las que el autocontrol de las úlceras por presión en otros grupos de pacientes está menos estudiado, podría ser que las úlceras por presión son una complicación en lugar de una enfermedad en sí misma. Otras complicaciones o la enfermedad principal en estos grupos de pacientes podrían ser la primera prioridad (7).

El estudio se realiza en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega ubicado en el departamento de Apurímac, es un nosocomio docente de nivel II-2. Cuenta con recursos humanos capacitados e identificados que brindan atención integral y especializada a la madre, niño, adolescente y toda la población procedente de cualquier punto de la región el servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, es un servicio que atiende a pacientes críticos especialmente de patologías neuro críticas donde la movilización es limitada y se suma su estancia hospitalaria prolongada.

Cuenta con todos los equipos biomédicos como respiradores mecánicos asimismo cada cama cuenta con tomas de oxígeno empotrado y aspirador permanente para la atención oportuna del paciente. cuenta con 5 camas, con 1 sólo médico intensivista y 8 enfermeras.

En este contexto, la motivación a realizar el presente trabajo surge a, partir de la identificación de pacientes que desarrollan UPP, asimismo, se propone abordar mediante el proceso de cuidado de enfermería con la valoración de patrones funcionales, tomando la taxonomía II NANDA, la planificación y evaluación se desarrolla a través de la Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) y ejecución del plan de cuidados con las intervenciones de Enfermería NIC.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de Estudio

2.1.1 Antecedentes internacionales

Workum, et al. (8), el 2022, investigaron la relación de las UPP de rendimiento y la obesidad en pacientes críticos de la UCI, mediante un estudio de cohorte prospectivo de un solo centro en pacientes adultos con obesidad en 1205 pacientes. El estudio demostró que la obesidad no es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de las UPP en la UCI. Sin embargo, los pacientes con obesidad mórbida pueden desarrollar PU antes en comparación con los pacientes sin obesidad.

Challoner, et al, (5), el 2021, examinaron la prevalencia de ulceración por presión en una población con posición prona e identificar los factores de riesgo asociados, mediante un cohorte retrospectivo de acuerdo con las directrices Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). Todos los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Queen Elizabeth, Birmingham el 19 de abril de 2020 fueron reclutados. Se concluye que, el posicionamiento prono se emplea comúnmente para el tratamiento de la hipoxia grave en pacientes con COVID-19; el posicionamiento corre el riesgo de desarrollar úlceras por presión en la cabeza, el cuello y los genitales, el uso de dispositivos médicos como sondas endotraqueales y nasogástricas, y catéteres urinarios aumentan el riesgo si no se colocan correctamente.

Hernández, et al. (9) el 2021 en España, determinó la prevalencia de úlceras por presión y/o úlceras en las piernas en residentes de hogares de ancianos, y describir las características de los hogares de ancianos, los residentes y las heridas, así como las posibles asociaciones entre estas características. Se trató de una encuesta transversal a residentes de residencias de ancianos mayores de 65 años en 168 centros de Barcelona. Las úlceras por presión y las úlceras en las piernas,

principalmente las úlceras por presión, siguen siendo un problema de salud pública en los hogares de ancianos. Se requieren estudios adicionales para confirmar las asociaciones encontradas en este estudio.

Bernal, et al. (10), el 2020, desarrolló una clasificación basada en datos para las posturas en la cama utilizando sensores inerciales conectados a la ropa, que nos permitan describir la postura del paciente y la orientación de las zonas corporales con precisión y de una manera no invasiva. Los autores han evidenciado que, un sistema de monitoreo difuso que reconoce las posturas en la cama, la integración de micro sensores inerciales conectados a la ropa de los pacientes.

Lichte **Valoración según modelo de clasificaciones de patrones funcionales de la salud de Marjorie Gordon rfeld, et al.** (11), en Alemania, el 2020 medio las posibles diferencias entre los pacientes de hospital masculinos y femeninos y los residentes de hogares de ancianos en la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión adquiridas en instituciones, mediante un análisis de datos secundarios que incluyó conjuntos de datos recopilados en hogares de ancianos y hospitales en Alemania anualmente desde 2001 hasta 2016. Los autores sostienen que, aunque un poco más de hombres tenían úlceras por presión adquiridas institucionalmente que las mujeres, las diferencias generales con respecto a la aparición de úlceras por presión fueron menores. El género y / o el sexo no pueden considerarse como un factor de riesgo independiente para el desarrollo de úlceras por presión y las diferencias con respecto a las intervenciones de prevención de úlceras por presión parecen ser menores.

Mohammad, et al. (13), el 2019, en Jordania, evaluaron el conocimiento de los enfermeros sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión y la frecuencia y los factores que influyen en la implementación de las intervenciones de prevención y tratamiento por parte de los enfermeros, mediante un estudio correlacional. Los participantes fueron

377 enfermeras y 318 pacientes de 11 hospitales. Los autores afirman que, existe una brecha entre el conocimiento y la implementación con el tratamiento de la úlcera por presión, el 74,5% de los encuestados tenía conocimientos de prevención de UPP, pero solo el 49,2% lo implementó, el 72,6% de los encuestados tenía conocimientos sobre el tratamiento de la UPP, pero solo el 44,9% lo implementó y los hospitales militares tenían niveles más altos de implementación de UPP que otros hospitales.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Yauri, (14) en Lima, el 2021 investigó el nivel de conocimiento sobre las úlceras por presión en 70 enfermeros, unidad de cuidados intensivos. Mediante el enfoque a cuantitativo, transversal. La población estará conformada por 40 enfermeros y 30 técnicos en enfermería de la Unidad de Cuidados intensivos. Propone un instrumento de 37 preguntas, organizado en 3 dimensiones; conocimiento en generalidades de úlceras por presión, conocimiento en la prevención de úlceras por presión, conocimiento en el tratamiento de úlceras por presión, cada interrogante tendrá el valor de un punto, se calificará como; alto si se obtiene un puntaje entre 16 a 20, medio si se obtiene un puntaje entre 11 a 15 y bajo si se obtiene un puntaje entre 0 y 10.

Cáceres, et al, (15) el 2021, en Arequipa, determinaron la relación entre nivel de conocimiento del profesional de enfermería y el riesgo de úlceras por presión, de los usuarios de emergencia mediante un estudio relacional. El estudio concluye que existe una acción directa y significativa media entre el nivel de conocimiento del profesional de enfermería y el riesgo de úlceras por presión, de los usuarios de emergencia, estableciéndose que, a mayor nivel de conocimiento, existe bajo riesgo de úlceras por presión.

2.2 BASE TEORICA

2.2.1 Teorías Especializadas

Modelo de las 14 Necesidades de Virginia Henderson

Virginia Henderson, parte de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera. De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible (16).

Supuestos principales de Henderson

La enfermera tiene como única función ayudar a los enfermos y al equipo de salud a evaluar las necesidades básicas de la persona para mantener el equilibrio fisiológico y emocional y conseguir su independencia.

Las 14 necesidades básicas de la persona, según el modelo de Henderson son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y daño a los demás.
10. Comunicarse con sus semejantes expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar con arreglo a la propia fe.

12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
13. Disfrutar o participar en diversas formas de entendimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles

Estas 14 necesidades humanas básicas son las que componen “los cuidados enfermeros”, esferas en las que se desarrollan los cuidados. Los elementos más importantes de su teoría son: asistir a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz, además introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud (17).

2.2.2 Úlceras por Presión (UPP)

Una úlcera por presión es el resultado del daño de la compresión directa de la piel y el tejido entre una prominencia ósea y la superficie de soporte durante un período prolongado, por ejemplo, en pacientes quirúrgicos inmovilizados. La carga de presión sobre la piel y el tejido es el factor más crucial que conduce a las úlceras por presión. Cuando las presiones ejercidas sobre el tejido son más altas que las presiones capilares normales (32 mm Hg), la oclusión del flujo sanguíneo resulta en isquemia, causando daño posterior en la piel y el tejido subyacente. Las úlceras por presión pueden desarrollarse con presiones de 200 o 150 mm Hg aplicadas durante 2 o 10 h, respectivamente. Por lo tanto, la localización de la presión y la descompresión tisular previenen eficazmente las úlceras por presión. Los cojines de gel se pueden emplear en áreas vulnerables para aliviar la presión sobre la piel (18).

Los tejidos de la piel se destruyen, debido a la exposición progresiva de fuerzas externas durante un largo período de tiempo. Es una amenaza importante para la salud de los clientes por el aumento de las tasas de mortalidad, la calidad de vida comprometida, el período de estadía más largo en el hospital, los altos costos de atención al paciente y la alteración

de la imagen corporal, un largo período de tiempo para el proceso de curación y tienen un efecto negativo en el rendimiento general de los pacientes (3).

La fuerza de presión reduce la luz de los vasos y en consecuencia el flujo sanguíneo, induciendo condiciones de hipoxia e isquemia más o menos prolongada de los tejidos. Además, el suministro reducido de nutrientes obliga a las células a entrar en un estado metabólico deficiente forzado que, aunque a un ritmo mínimo, produce metabolitos de desecho. En tales condiciones, la eficiencia del sistema linfático se reduce y, por lo tanto, no es capaz de eliminar los productos de desecho del metabolismo celular de los tejidos (19).

Por lo tanto, los metabolitos celulares se acumulan en los sitios intersticiales de los tejidos hasta inducir necrosis tisular. La fuerza de presión también puede causar daño mecánico a las membranas celulares que se rompen y se vierten en los espacios intersticiales; los desechos celulares se acumulan allí junto con los productos del metabolismo celular. La reperfusión en sí misma también contribuye al daño tisular. Durante la reperfusión, como mecanismo de respuesta, se induce la producción masiva de radicales libres. Todos estos procesos juntos estimulan en esos sitios la respuesta inflamatoria que, junto con la producción de edemas y la acumulación de metabolitos de desecho, concuerda con la progresión del daño tisular (19).

Sin embargo, la aparición de la lesión ulcerosa depende del grado de presión y fuerza de cizallamiento y de la capacidad de respuesta fisiológica del paciente y, no menos importante, del tipo de tejido involucrado. Los tejidos musculares y la grasa subcutánea son más sensibles al estrés por presión que los tejidos de la piel, es decir, la epidermis y la dermis (19).

2.2.3 Incidencia de las UPP

Las úlceras por presión son una complicación secundaria común y potencialmente mortal en personas con afecciones crónicas que afectan

la movilidad y la sensación de dolor. Las úlceras por presión, es decir, las lesiones en la piel y / o el tejido subyacente, pueden desarrollarse como resultado de períodos prolongados de no movimiento, especialmente en áreas de contacto donde las prominencias óseas están cerca de la superficie cuando se está sentado o acostado en la cama. Los grupos con un alto riesgo de desarrollar úlceras por presión son, por ejemplo, los pacientes con lesión medular (la prevalencia oscila entre el 9,6 y el 47,4% ancianos (incidencia acumulada de 6,2%) y pacientes en unidades de cuidados intensivos (prevalencia que oscila entre 10,0 y 25,9%).

Las úlceras por presión tienen un impacto significativo en la vida de una persona al afectar los aspectos físicos, sociales, psicológicos y financieros de la calidad de vida, debido a factores como infecciones concomitantes, dolor, exudado y olor de la herida, mala imagen corporal, problemas emocionales y mayor riesgo de muerte, Además del impacto directo del desarrollo de úlceras por presión, las medidas de curación prescritas (por ejemplo, hospitalización o reposo en cama) también pueden conducir a una alta carga social, financiera y psicológica. Además, las úlceras por presión imponen una alta carga financiera. Los costos de prevención de las úlceras por presión son mucho más bajos que los costos del tratamiento, y los costos de las reparaciones quirúrgicas de las etapas III y IV son especialmente altos (7).

2.2.4 Factores condicionantes

La presión persistente sobre la piel y las deformidades tisulares son las principales causas de las úlceras por presión. Los factores situacionales adicionales presentes en el entorno intraoperatorio aumentan el riesgo de desarrollar UPP en pacientes quirúrgicos. No es posible reposicionar al paciente durante la cirugía, y el posicionamiento quirúrgico puede conducir a concentraciones locales de estrés y deformación en los tejidos blandos. El posicionamiento quirúrgico combinado con el uso de instrumentos quirúrgicos (bisturíes y retractores) y dispositivos de soporte vital (tubos endotraqueales y líneas intravenosas), que pueden causar

fuerzas de compresión y cizallamiento localizadas en la superficie corporal, dan como resultado una disminución de la perfusión tisular.

Los anestésicos y sedantes utilizados en cirugía también se asocian con una mayor incidencia de UPP porque disminuyen la presión arterial y causan hipoperfusión, lo que afecta el metabolismo de los tejidos y la respuesta al dolor. Durante la recuperación de la cirugía, los pacientes quirúrgicos tienen un alto riesgo de desarrollar UPP debido a su inmovilidad y deterioro de la sensibilidad. Las úlceras por presión se asocian con el sufrimiento del paciente, la reducción de la calidad de vida y el aumento de los costos de atención médica (a nivel del paciente y de la sociedad). La prevención es necesaria (20).

El trabajo en el departamento de quirófano es altamente especializado, con diferentes grupos profesionales que trabajan juntos en equipo. Todos los miembros del equipo tienen diferentes prioridades y objetivos que deben considerarse. Las enfermeras desempeñan un papel clave para garantizar la seguridad del paciente, incluida la atención de la UPP. Para evaluar, prevenir y/o tratar a los pacientes por UPP, el conocimiento y las habilidades son esenciales. Los niveles más altos de educación, responsabilidad y experiencia pueden reflejarse en diferencias en el conocimiento y la actitud. A pesar de los resultados contradictorios de la relación entre el conocimiento y las actitudes en la prevención de la UPP (20).

2.2.5. Clasificación de las UPP

Las úlceras por presión, comúnmente conocidas como úlceras de cama, son una de las complicaciones más comunes que ocurren en pacientes inmovilizados como resultado de la presión y la fuerza de cizallamiento. La fisiopatología de las úlceras por presión implica lesiones repetidas por isquemia-reperfusión, alteración de la vascularización y la linfática, y distorsión celular, todo lo cual induce la generación de radicales libres y mediadores inflamatorios como el factor de necrosis tumoral alfa, que causan una respuesta inmune desregulada y daño tisular.

Según la extensión de la pérdida de tejido, las úlceras por presión se pueden dividir en 4 etapas: eritema no blanqueable en etapa I de piel intacta, pérdida de piel de espesor parcial en etapa II con dermis expuesta, pérdida de piel de espesor completo en etapa III y pérdida de piel y tejido de espesor completo en etapa IV. Si se tratan incorrectamente, las úlceras por presión pueden progresar a etapas más graves que pueden provocar daños crónicos en la piel, un mayor riesgo de infección de heridas, altos costos de atención médica y una alta tasa de mortalidad. El manejo de las úlceras por presión incluye apósitos, control de microclimas, nutrición, reposicionamiento y movilización temprana, y superficies de soporte. No obstante, todavía se necesita el desarrollo de nuevas intervenciones en un intento de mejorar la curación y el cuidado de los pacientes que sufren de úlceras por presión (21).

Tabla 1: Clasificación NPUAP 2016 de úlceras por presión

| | |
|------------------------------------|---|
| Etapa 1: lesión por presión | Eritema no blanqueable de piel intacta |
| Etapa 2 | Pérdida parcial de espesor de la piel con dermis expuesta. Puede presentarse como ampolla llena de líquido intacto. Tejido adiposo no visible en la base de la herida |
| Etapa 3 | Pérdida de piel de espesor completo. Tejido adiposo expuesto. El músculo, el tendón o el hueso no están expuestos. Si el desprendimiento o la escara oscurecen la extensión de la pérdida de tejido, esta es una lesión por presión inestampeable |
| Etapa 4 | Espesor completo de piel y pérdida de tejido. Fascia, músculo, cartílago, tendón o hueso expuestos o directamente palpables |

| | |
|--|---|
| <p>Lesión por presión inestampeable</p> | <p>Piel oscurecida de espesor completo y pérdida de tejido Pérdida de tejido en la que no se puede confirmar el alcance del daño debido al desprendimiento / escara. Cuando se elimine la etapa 3 o 4, se revelará la lesión</p> |
| <p>Lesión de tejido profundo</p> | <p>Decoloración persistente no blanqueable de color rojo intenso, granate o púrpura Vaina / fricción persistente en la interfaz hueso-músculo que resulta en piel intacta y decolorada. Puede evolucionar rápidamente para revelar la extensión real de la lesión tisular</p> |

Fuente: Challoner, et al. (5)

2.2.6. Intervención de enfermería: Prevención de úlceras por presión (3540)

Actividades NIC

Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (Escala de Braden) (22)

- La evaluación del riesgo de UPP debe efectuarse antes que el paciente sea candidato para la PP y cuando retorne a la posición de supino según el plan de cuidados.
- La evaluación del riesgo de UPP se considera una buena práctica de cuidado. No obstante, la frecuencia con la que debe realizarse no está bien definida; depende del juicio clínico y el riesgo inherente al paciente, dado por el pronóstico clínico y el número de dispositivos de cuidado instalados.
- No se ha descrito una escala específica para evaluar el riesgo de UPP en esta población. Sin embargo, los resultados de un meta-análisis sugieren que las escalas de Braden, Norton y Waterlow

tienen una sensibilidad, especificidad y valores predictivos similares y pueden aplicarse en contextos de cuidado crítico.

- En los casos en los que se observe la úlcera por presión, la valoración del riesgo debe continuarse con el Sistema Internacional de Clasificación de las Úlceras por Presión del Panel Asesor Nacional de UPP (NPIAP, por su sigla en inglés) y del Panel Asesor Europeo de UPP (EPUAP, por su sigla en inglés).
- Se recomienda realizar más de dos evaluaciones del riesgo de UPP al día en aquellos pacientes con múltiples dispositivos médicos, cambios de líquidos frecuentes y con signos de edema localizado o generalizado.

Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario (23).

- La vigilancia de las características de la piel, debe incluir la valoración de las mucosas, puesto que el eritema no blanqueable es poco visible. Es importante realizar una inspección detallada de la mucosa oral debido a que lesiones aparentemente superficiales pueden ser más profundas y estar asociadas a una mayor extensión.

Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria (23).

- Es necesario mantener la piel limpia e hidratada en un nivel óptimo, evitando el exceso de humedad o resequedad que pueden generar maceración.
- La vigilancia del nivel de hidratación de la piel es fundamental debido a que la mayoría de pacientes con SDRA son llevados a un balance hídrico negativo.
- La frecuencia de limpieza de la piel debe ser determinada de manera individual para no afectar la hidratación de la piel que tiene una función de barrera natural contra las consecuencias de la fricción.

Vigilar las fuentes de presión y de fricción (24).

- La cara y aquellas áreas corporales que soportan mayor peso como la región mamaria, el tórax, las clavículas, la cresta ilíaca y las rodillas han sido descritas en la literatura como las de mayor riesgo de UPP en este tipo de pacientes.
- La frente, los pómulos y la barbilla son las zonas más susceptibles al desarrollo de UPP en los pacientes sometidos a la PP. Por lo anterior, se debe extremar su valoración periódica y la liberación de las fuentes de presión o fricción.
- En los hombres, es particularmente importante vigilar que no existan zonas de presión en el área genital

Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día (24).

- La presencia de dispositivos médicos (circuitos de infusión, monitorización de signos vitales o sondajes) es un factor de riesgo para los pacientes debido a la presión sostenida que ejercen sobre ciertas zonas del cuerpo, por lo que se debe evitar el contacto estrecho con los mismos.
- En las personas con tubos endotraqueales, los sitios anatómicos que se han asociado con una mayor frecuencia de UPP son los labios y la boca. En las personas con sondas nasogástricas, la valoración de la nariz, las narinas y el puente nasal es fundamental debido a que estas lesiones son más frecuentes en dichos sitios anatómicos.

Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño (24).

- Mantener la piel limpia e hidratada utilizando productos con pH balanceado es prioritario. Sin embargo, la evidencia sobre el tipo de hidratantes que se deben emplear es inconsistente.

- Tradicionalmente, la limpieza de la piel se ha realizado con agua y jabón. No obstante, existe evidencia de su impacto desfavorable sobre el balance del pH. Al respecto, otros productos que contienen surfactantes pueden proveer una mayor protección a la piel.

Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda (25).

- El uso de limpiadores con pH entre 4,0 y 7,0 (ligeramente ácido a neutro) ha sido costoefectivo para reducir la resequedad, el eritema, la irritación de la piel y, en general la incidencia de las UPP.
- La aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados es efectiva en la prevención de las UPP relacionadas con la ventilación mecánica en este grupo de pacientes.
- El uso proláctico de apósitos como hidrocoloides, películas transparentes y de silicona han sido para disminuir la presión y la degradación de la piel de la cara, principalmente.
- El uso de hidrocoloides y películas transparentes reduce hasta en un 50% la incidencia de las UPP en las áreas faciales.

Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón (25)

- El uso pro-láctico de apósitos en las zonas circundantes a la instalación de dispositivos médicos como el circuito de ventilación mecánica, sondas nasogástricas o sistemas de infusión de medicamentos es recomendable para disminuir la presión y la fricción.
- Teniendo en cuenta que la presencia de tubos endotraqueales y sondas nasogástricas incrementa el riesgo de UPP, su reposicionamiento lateral ha demostrado ser beneficioso para la prevención de lesiones de tejidos blandos.
- El uso de superficies de apoyo adecuadas y almohadas es crucial para prevenir la deformación del tejido y mejorar la perfusión tisular.
- El uso de sistemas de soporte para la cabeza en la PP reduce significativamente la incidencia de las UPP.
- Con respecto a los dispositivos para dar soporte a la cabeza, aquellos en forma de anillo o dona deben evitarse debido a que causan un mayor cizallamiento y presión en la superficie y capas internas de la piel, incrementando el riesgo de UPP.
- Con respecto a los dispositivos para dar soporte a la cabeza, aquellos en forma de anillo o dona deben evitarse debido a que causan un mayor cizallamiento y presión en la superficie y capas internas de la piel, incrementando el riesgo de UPP.

CAPITULO III

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

VALORACION

1.1. Datos de filiación

- Nombres y apellidos de la paciente: A.C.E
- Documento de identidad: 31004747
- Grado de instrucción: Primaria incompleta
- Grupo sanguíneo: O “+” Positivo
- Edad: 45años
- Sexo: Femenino
- Estado civil: Viuda
- Ocupación: Ama de casa
- Religión: católica
- Lugar de nacimiento: Abancay
- Departamento: Apurímac
- Provincia: Abancay
- Distrito: Abancay
- Fecha de ingreso: 25/05/2022
- Hora de ingreso: 03:45 am

1.2. **Motivo de consulta:** Mujer de 45 años acude al hospital por el servicio de emergencia con deterioro cognitivo severo Glasgow 7/15 puntos y dificultad respiratorio saturación 82%y familiar refiere que la paciente es postrada en cama, que presenta inicialmente lesión tipo úlcera por presión de categoría II en región sacra. y talones. Y glúteo derecho. Donde se le canaliza vía periférica en miembro superior derecho con abocat número 18 se coloca oxigenoterapia por cánula binasal a 5 litros por minuto, caquéctica.

1.3. **El día 26/05/2022:** en el servicio de medicina paciente presenta alza térmica de 38.2c exudado a nivel de zona afectada upp sacro secreción serohemática. Solo realizan curación con solución salina. Utiliza uso de músculos accesorios, taquicardia fc:115x, con facies de dolor quejumbrosa.

1.4. **Día 27/05/22:** realizan la interconsulta a uci para evaluación donde médico indica pase a la unidad. Ingres a uci para intubación orotraqueal (Tot)

1.5. Enfermedad actual:

- Hipertensión arterial.
- Ulceras por presión grado II.
- Neumonía aspirativa.
- Infarto cerebral ACV Isquémico extenso izquierdo.
- Insuficiencia cardiaca crónica.
- Diabetes Mellitus tipo II descompensada.

1.6. Antecedentes

1.6.1. Antecedentes personales

Hipertensión arterial

Accidente cerebro vascular.

Diabetes Mellitus tipo II.

Hospitalización hace tres meses por ACV

1.6.2. Antecedentes familiares

No registra

1.7. Examen físico

1.7.1. Control de signos vitales

Presión arterial: 170/110 mmHG

Frecuencia cardiaca: 100x´

Frecuencia respiratoria: 35x

Saturación de oxígeno 93%

Temperatura corporal: 37.8°C

En la radiografía de tórax se aprecia neumonía bilateral.

Se realiza intubación endotraqueal sin incidencias se utiliza

Midazolam y Fentanilo, tubo número 8, fijado a 24cm.

Se canaliza catéter arterial radial izquierda, catéter venoso central de acceso de tres lúmenes en sub clavia derecha, sondaje vesical de silicona n16 con sensor de temperatura y sonda nasogástrica

número 14 que se deja derivando a bolsa para iniciar nutrición enteral (NE) en unas horas.

Se administra sedo analgesia en infusión continua con midazolam, fentanilo y rocuronio.

Se realiza radiografía de tórax para comprobar la correcta colocación de los catéteres y del tubo orotraqueal (TET)

Modo ventilatorio de Ac /V con FiO₂ 75%, PEEP 9, Volumen tidal (VT) 390, FR 15X.

Precisa Infusión continua de noradrenalina de 4 mg (2 ampollas en dextrosa 5% x 100ml a dosis bajas para mantener presión media mayor de 70mmhg.

Se realiza radiografía de tórax para comprobar la correcta colocación de los catéteres y del tubo orotraqueal (TOT)

1.7.2. Exploración céfalo caudal: paciente en mal estado general.

Paciente femenina, con facies de dolor, estado nutricional IMC 16.1, en posición semi fowler. Palidez de tegumentos, UPP en región sacra con signos de infección. Úlcera de grado II, de bordes irregulares. Afebril, inconsciente, dormida.

- **Cráneo:** normocéfalo sin alteraciones ni protuberancia, tamaño acorde y simétrico al cuerpo en correcta posición, pelo cano, fino.
- Pupilas: Mideatricas arreactivas.
- Dentadura incompleta con presencia de sarro y encías enrojecidas con halitosis.
- Cuello: acorde a su biotipo, flexible sin dolor a los movimientos rotatorios, lateralización y extensión. Ganglios linfáticos no palpables, presencia de verrugas.
- Tórax y pulmones: MV pulmones disminuidos con roncantes en ápice de base derecho.
- Abdomen: blando globuloso no doloroso RHA presentes.
- Extremidades superiores: íntegras, sin limitación a la movilidad, sin edema, hematomas en ambos brazos.

- Extremidades inferiores: integras, dolorosas, con presencia de edema (++) en ambas piernas, poca movilidad, venas varicosas visibles y palpables. Upp a nivel de sacro, talón y glúteo derecho.
- Genitales: De acuerdo a su edad con sonda Foley orina coluria sedimentada.
- Pies y dedos íntegros, uñas con presencia de Onicomycosis.
- Glasgow:7/15 puntos.

1.8. Exámenes auxiliares

- Hemoglobina: 9g/dl
- Hematocrito: 27%
- Leucocitos: $16.57 \times 10^9/L$
- Neutrófilos: $15.8 \times 10^9/L$
- Plaquetas: $219 \times 10^9/L$
- Tiempo de protombina: 12.6 seg.
- Glucosa: 258 mg/dl.
- Albumina:2.34 g/dl
- Proteína: 72 g/L
- Ion sodio: 144 mmol/L
- Ion potasio: 5 mmol/L.
- **ANALISIS DE GASES ARTERIALES:**

| | |
|----------------------|----------|
| - PH | - 7.1 |
| - Presión de co2 | - 27 |
| - Presión de oxígeno | - 75 |
| - Sodio | - 139 |
| - Potasio | - 4.1meq |
| - Cloro | - 110 |
| - Calcio | - 1.03 |

| | |
|---------------|-------------|
| - Hemoglobina | - 8.0 |
| - Glucosa | - 315mg/dl |
| - Lactato | - 1.7mmol/l |
| - Anión gab | - 16mmol/l |
| - Po/fio | - 123MM/HG |

1.9. Indicación Terapéutica:

| MEDICAMENTO | DOSIS | VÍA DE ADMINISTRACIÓN |
|------------------------------|---|-----------------------|
| Formula polimérica(gluserna) | 1200/20horas | SNG |
| Midazolam50mg | 2amp+CLna9%+a100ml 10cc/hora: rass-4 | EV |
| Fentanilo 0.5mg | 2amp+clna9%+a100ml 10cc/hora: rass-4 | EV |
| Ceftriaxona | 2gr c/ 24 horas | EV |
| Clindamicina 600mg | C/ 8 horas | EV |
| Furosemida 20mg | C/ 8 horas | EV |
| Bisoprolol 2.5mg | C/ 24 horas | SNG |
| Omeprazol 40mg | C/ 24 horas | EV |
| Metoclopramida 10mg | C/ 8 horas | EV |
| Insulina R 100UI | INFUSION ESCALA MOVIL | EV |

| | | |
|--|--------------|--------------------------------------|
| CONTROL DE GLISEMIA | CADA 8 HORAS | CAPILAR |
| CONTROL DE AGA | C/ 12 horas | |
| Cambio postural | C/ 2 horas | |
| Aplicación de crema; silberdiasida de plata. | | Aplicar a nivel de la zona afectada. |

1.10. Valoración según modelo de clasificaciones de Patrones

Funcionales de la Salud de Marjory Gordon

PATRÓN 1: Percepción – Manejo de Salud

Portador de tubo orotraqueal.

Terapia de ventilación mecánica invasiva en modo asistido a volumen.

Presenta secreciones abundantes amarillentas y densas por TET por boca amarillentas con rasgos sanguíneos.

Datos Subjetivos:

- Facies de dolor
- Quejidos frecuentes

Datos objetivos:

- Inconsciente
- Úlceras por presión a nivel de la región sacra (categoría IV)
- Presencia de SNG
- Presencia de Sonda vesical
- Vía endovenosa, cloruro de sodio 9% x 1000ml.
- Uso de pañal

PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO

Nutrición enteral (gluserna) volumen total de 1200cc/20 horas vía SNG, se administra cinco veces al día. Estado nutricional de desnutrición según IMC. Hidratación VE. Piel hidratada, palidez, de mucosas

PATRÓN 3: Eliminación

Incontinencia fecal y urinaria. Portadora de pañal y presencia de sonda vesical. Diuresis: 30cc/h, deposiciones 1 vez al día. Cambio de pañal dos veces al día. Orina color colurica y sedimentada.

PATRON 4: Actividad - Ejercicio

Paciente con tubo endotraqueal conectada a ventilación mecánica a modalidad vc/ac a fio2 40% Pep 7, con sedo analgesia rass-4 y relajante muscular.

PATRON 5: Sueño - Descanso

Paciente con sedo analgesia y relajante muscular rass-4.

PATRON 6: Cognitivo Perceptivo

Paciente con sedo analgesia y relajante muscular rass-4.

PATRON 7: Autopercepción – Auto concepto

Estado de sedación

PATRON 8: Rol – Relaciones

No aplica

PATRON 9: Sexualidad y Reproducción

No aplica

PATRON 10: Adaptación - Tolerancia al Estrés

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

PATRON 11: Valores – Creencias

Católica.

V
A
L
O
R
A
C
I
O
N

ESQUEMA DE VALORACIÓN

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

Piel: Presencia de procedimientos invasivos (catéter venoso central, sonda nasogástrica, sonda vesical.)
Hidratación: Edema en miembros inferiores, balance hídrico negativo,
Nutrición: Formula enteral por sonda nasogástrica.
Leucocitosis: Hipertermia, dolor.
Ingestión insuficiente: Paciente desnutrida.

INTERVENCION INTERDEPENDIENTE

-Coordinar con:
-LABORATORIO: (bioquímico, hemograma, hemocultivo.)
-Medico de UCI.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Deterioro de la integridad cutánea

Deterioro de la movilidad física

Desequilibrio nutricional

Dolor agudo

D
I
A
G
N
O
S
T
I
C
O

2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

2.1. Diagnóstico de Enfermería según datos significativos

- Deterioro de la integridad cutánea
- Deterioro de la movilidad física
- Desequilibrio nutricional por defecto
- Dolor agudo
- Riesgo de infección

2.2. Esquema de diagnóstico de enfermería

| PROBLEMA | FACTOR RELACIONADO | EVIDENCIA | DIAGNOSTICO |
|------------------------------------|---|--|---|
| Deterioro de la integridad cutánea | Presión sobre prominencias óseas | Alteración de la integridad cutánea, úlcera por presión II en región sacra, de borde irregulares | Deterioro de la integridad cutánea relacionado con presión sobre prominencias óseas manifestado por alteración de la integridad cutánea (úlceras por presión II en región sacra). |
| Deterioro de la movilidad física | Alteración del funcionamiento cognitivo | Estado de inconciencia | Deterioro de la movilidad física relacionado con alteración del funcionamiento cognitivo manifestado por estado de inconciencia. |

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>Desequilibrio nutricional por defecto</p> | <p>Factores biológicos, incapacidad para ingerir alimentos</p> | <p>Estado nutricional de desnutrición, palidez de mucosas</p> | <p>Desequilibrio nutricional por defecto relacionado a factores biológicos e incapacidad para ingerir alimentos manifestado por desnutrición y palidez de mucosas.</p> |
| <p>Dolor agudo</p> | <p>Lesión física</p> | <p>Facies de dolor y quejidos</p> | <p>Dolor agudo relacionado con lesión física manifestado por facies de dolor y quejidos.</p> |

3.PLANIFICACION

3.1. Esquema de Planificación

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA | NOC | INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC | EVALUACIÓN |
|---|--|--|---|
| <p>Código 00046</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea relacionado con presión sobre prominencias óseas manifestado por alteración de la integridad cutánea (úlceras por presión II en región sacra).</p> | <p>Código: 1102</p> <p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</p> <p>curación de la herida: primera intención</p> <p>Las UPP de la paciente no progresará a estadio III o IV.</p> <p>1101:</p> <p>Integridad tisular:</p> | <p>Código 3520:</p> <p>Cuidados de las úlceras por presión.</p> <p>Realizar el lavado de manos estricto antes y después de cada procedimiento.</p> <p>Describir las características de la úlcera (tamaño, profundidad, estadio, sitio); (tejido, datos de infección, exudado, bordes).</p> <p>3340: Cuidados del sitio de incisión</p> <p>Controlar temperatura, edema, humedad y apariencia de la piel circundante.</p> <p>Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación (cura en ambiente húmedo).</p> | <p>En cada curación se realizó la valoración, para evaluar el momento en el cual fuera idóneo modificar el tratamiento; se logró delimitar el tejido necrótico y evitar que la UPP progresara de estadio III-IV.</p> <p>Se orientó a familiares en los cuidados en el hogar, movilización cada dos horas, mantenimiento de la higiene, hidratación y alimentación controlada.</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>3584: Cuidados de la piel: tratamiento tópico</p> <p>Limpia la úlcera con agua estéril y seca sin friccionar.</p> <p>Curación de la úlcera (con clorhexidina 2% y silberdíasida de plata).</p> <p>0740: Cuidados del paciente encamado</p> <p>Aplicar apósito, que cubra la úlcera con (hidrocoloide-).</p> <p>6682: Manejo ambiental: confort</p> <p>Cambios de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada.</p> <p>0840: Cambio de posición:</p> <p>Utilizar dispositivos especiales para el manejo de la presión (dispositivo de polímero).</p> <p>Controlar el estado nutricional, de acuerdo al estado del paciente.</p> | <p>No se evidencian signos de infección.</p> |
|--|--|---|--|

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>Código: 00085</p> <p>Deterioro de la movilidad física relacionado con alteración del funcionamiento cognitivo manifestado por estado de inconciencia.</p> | <p>Código: 00300</p> <p>Cuidados personales: actividades de la vida diaria</p> <p>Paciente logrará mantener la movilidad necesaria en beneficio de su comodidad y prevención de complicaciones.</p> | <p>Código: 1800</p> <p>Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.</p> <p>Utilizar el colchón anti escaras.</p> <p>Ayuda en la higiene, bucal, realizar higiene perineal</p> <p>Proporcionar confort: mantener la cama limpia y ordenada, evitar pliegues en las sábanas.</p> <p>Aplicar cremas para humectar la piel.</p> <p>Vigilar la piel, especialmente en las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación</p> <p>Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad, utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de articulaciones durante el movimiento, tablillas</p> | <p>Se logró que la paciente mantenga una movilidad necesaria en beneficio de su comodidad y prevención de complicaciones.</p> |
|---|--|--|---|

| | | | |
|--|---|---|--|
| | | <p>inmovilizadoras para la parte dolorida del cuerpo.</p> <p>Enseñar al familiar sobre los cuidados personales.</p> <p>Realizar movilizaciones (ejercicios pasivos) en las extremidades.</p> | |
| <p>Código:0002</p> <p>Desequilibrio nutricional por defecto</p> | <p>Código 1100:</p> <p>Manejo de la nutrición</p> <p>1015: Función gastrointestinal.</p> <p>1004: Estado nutricional.</p> <p>1009: Estado nutricional: ingesta de nutrientes</p> | <p>Código: 6480</p> <p>Vigilar es estado de líquidos y electrolitos.</p> <p>Auscultar ruidos hidroaéreos.</p> <p>Administrar dieta hipoglucida.</p> <p>Valorar el residuo gástrico.</p> <p>Administrar dieta enteral por sonda nasogástrica.</p> <p>Limpiar diariamente la parte externa de la sonda, tras cada administración de nutrición y habrá que pasar siempre unos 20 o 30 ml de agua.</p> <p>Limpiar las fosas nasales por lo menos una vez al día,</p> | <p>La paciente logró superar el desequilibrio nutricional.</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | <p>evitando que se formen úlceras</p> <p>Utilizar siempre que sea posible medicación líquida.</p> <p>Los comprimidos se deberán triturar y se administran diluidos en agua.</p> <p>Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiados para la modalidad de administración de la medicación.</p> <p>Control de glicemia capilar</p> | |
| <p>Código: 00132</p> <p>Dolor agudo relacionado con lesión física manifestado por facies de dolor y quejidos.</p> | <p>Código: 1605</p> <p>Control del dolor</p> <p>La paciente disminuirá las expresiones de dolor.</p> | <p>Código: 1400</p> <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, frecuencia, calidad, intensidad, severidad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>Valorar según escala de EVA.</p> <p>Código 2210</p> | <p>Se observó una disminución de las expresiones de dolor en las curaciones, a lo cual también ayudó la terapia en ambiente húmedo, debido a que es uno de sus beneficios</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Comprobar el historial de alergias medicamentosas.</p> <p>Pedir la ministración de analgésicos, tomando en cuenta los 10 correctos para la administración de los medicamentos: paciente correcto, fármaco correcto, fecha de caducidad, hora correcta, dosis correcta, vía correcta, velocidad de infusión.</p> <p>Registrar en la hoja de enfermería la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso</p> <p>Enseñar al familiar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas de implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.</p> | |
|--|--|--|--|

4.EJECUCION Y EVALUACION

4.1. Registro de enfermería

| | |
|----------|---|
| S | Paciente adulta mayor, inconsciente con deterioro de sensorio, postrada en cama, presenta facies y quejidos por dolor. Dormida, no habla. |
| O | Paciente adulta mayor, ventila espontáneamente, mucosas pálidas, presenta catéter venoso central permeable para tratamiento; miembros superiores edematizados, abdomen normal. Presenta sonda nasogástrica para alimentación y sonda Foley. Diuresis cantidad, color coluricay sedimentada. Articulaciones inflexibles y rígidas. Presenta úlceras por presión en región sacra con signos de infección. Úlcera de grado II, de bordes irregulares, sin signos de infección. |
| A | Deterioro de la integridad cutánea relacionado con presión sobre prominencias óseas manifestado por alteración de la integridad cutánea (úlceras por presión II en región sacra). Deterioro de la movilidad física relacionado con alteración del funcionamiento cognitivo manifestado por estado de inconciencia. Desequilibrio nutricional por defecto relacionado a factores biológicos e incapacidad para ingerir alimentos manifestado por desnutrición y palidez de mucosas. Dolor agudo relacionado con lesión física manifestado por facies de dolor y quejidos. |
| P | Las UPP de la paciente no progresará a estadio III o IV Paciente logrará mantener la movilidad necesaria en beneficio de su comodidad y prevención de complicaciones. Paciente superará el desequilibrio nutricional de forma gradual La paciente disminuirá las expresiones de dolor La paciente no presentará signos y síntomas de infección. |

| | |
|-----------------|---|
| <p>I</p> | <p>Realizar el lavado de manos estricto antes y después de cada procedimiento.</p> <p>Describir las características de la úlcera (tamaño, profundidad, estadio, sitio); (tejido, datos de infección, exudado, bordes).</p> <p>Controlar temperatura, edema, humedad y apariencia de la piel circundante.</p> <p>Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación (cura en ambiente húmedo).</p> <p>Limpiar la úlcera con agua estéril y secar sin friccionar.</p> <p>Curación con clorhexidina 2% y silberdiasida de plata.</p> <p>Cambios de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada</p> <p>Utilizar dispositivos especiales para el manejo de la presión (dispositivo de polímero).</p> <p>Controlar el estado nutricional, de acuerdo al estado del paciente.</p> <p>Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.</p> <p>Ayuda en la higiene bucal, realizar higiene perineal.</p> <p>Colocar el colchón anti escaras.</p> <p>Proporcionar confort: mantener la cama limpia y ordenada, evitar pliegues en las sábanas.</p> <p>Vigilar la piel, especialmente en las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación</p> <p>Enseñar al familiar sobre los cuidados personales.</p> <p>Realizar movilizaciones suaves en las extremidades.</p> <p>Realizar ejercicios pasivos.</p> |
| <p>E</p> | <p>Se logró delimitar el tejido necrótico y evitar que la UPP progresara de estadio III-IV, además se orientó a familiares en los cuidados en el hogar, movilización cada dos horas, mantenimiento de la higiene, hidratación y alimentación controlada. La paciente mantuvo una movilidad necesaria en beneficio de su comodidad y prevención de complicaciones. Superó el desequilibrio nutricional. Se observó una disminución de las expresiones de dolor en las curaciones.</p> |

CONCLUSIONES

- El padecimiento de una UPP afecta a la persona, no solo en su dimensión física propiamente, sino que tiene un impacto negativo en las dimensiones psicológica, social y en relación a los síntomas.
- Se hace indispensable el entrenamiento y la capacitación de los profesionales de enfermería para brindar cuidados integrales en pacientes con úlceras por presión, considerando que este problema en sí mismo, es todo un desafío en el contexto de la calidad del cuidado enfermero.
- Es necesario el logro de competencias profesionales en identificación de condiciones del paciente para las posturas en la cama, identificación de zonas de riesgo, garantizar la posición anatómica correcta en cada cambio postural de dos horas que debe ser registrado en la cabecera del paciente, evaluación continua de la respuesta del paciente e implementación de medidas de mejora,

RECOMENDACIONES

- Al iniciar la ejecución de un plan de cuidado a los pacientes con UPP o con riesgo de padecerlas, se hace necesario una previa valoración que logre la integración de los riesgos, el estadio de la UPP, el tejido, las dimensiones de las heridas, estado nutricional y la situación de la calidad de vida del paciente, de modo que direccionen la determinación de diagnósticos enfermeros acertados para la adecuada toma de decisiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Liu TJ, Christian M, Chu YC, Chen YC, Chang CW, Lai F, et al. A pressure ulcers assessment system for diagnosis and decision making using convolutional neural networks. *J Formos Med Assoc.* 2022 May 4;
2. Rostamvand M, Abdi K, Gheshlagh RG, Khaki S, Dehvan F, Barzgaran R. Nurses' attitude on pressure injury prevention: A systematic review and meta-analysis based on the pressure ulcer prevention instrument (APuP). *J Tissue Viability.* 2022 May 1;31(2):346–52.
3. Gedamu H, Abate T, Ayalew E, Tegenaw A, Birhanu M, Tafere Y. Level of nurses' knowledge on pressure ulcer prevention: A systematic review and meta-analysis study in Ethiopia. *Heliyon.* 2021 Jul 1;7(7):e07648.
4. Forni C, Gazineo D, Allegrini E, Bolgeo T, Brugnolli A, Canzan F, et al. 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 1;127:104172.
5. Challoner T, Vesel T, Dosanjh A, Kok K. The risk of pressure ulcers in a prone COVID population. *Surg.* 2021 Aug 7;
6. Nasiri E, Mollaei A, Birami M, Lotfi M, Rafiei MH. The risk of surgery-related pressure ulcer in diabetics: A systematic review and meta-analysis. *Ann Med Surg.* 2021 May 1;65:102336.
7. Engelen M, van Dulmen S, Vermeulen H, de Laat E, van Gaal B. 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.
8. Workum JD, van Olffen A, Vaes PJ, van Gestel A, Vos P, Ramnarain D. The association between obesity and pressure ulcer development in critically ill patients: A prospective cohort study. *Obes Res Clin Pract.* 2022 Jan 1;16(1):56–62.

9. Hernández-Martínez-Esparza E, Santesmases-Masana R, Román E, Abades Porcel M, Torner Busquet A, Berenguer Pérez M, et al. Prevalence and characteristics of older people with pressure ulcers and legs ulcers, in nursing homes in Barcelona. *J Tissue Viability*. 2021 Feb 1;30(1):108–15.
10. Bernal Monroy E, Polo Rodríguez A, Espinilla Estevez M, Medina Quero J. Fuzzy monitoring of in-bed postural changes for the prevention of pressure ulcers using inertial sensors attached to clothing. *J Biomed Inform*. 2020 Jul 1;107:103476.
11. Lichterfeld-Kottner A, Lahmann N, Kottner J. Sex-specific differences in prevention and treatment of institutional-acquired pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *J Tissue Viability*. 2020 Aug 1;29(3):204–10.
12. Khojastehfar S, Najafi Ghezeljeh T, Haghani S. Factors related to knowledge, attitude, and practice of nurses in intensive care unit in the area of pressure ulcer prevention: A multicenter study. *J Tissue Viability*. 2020 May 1;29(2):76–81.
13. Saleh MYN, Papanikolaou P, Nassar OS, Shahin A, Anthony D. Nurses' knowledge and practice of pressure ulcer prevention and treatment: An observational study. *J Tissue Viability*. 2019 Nov 1;28(4):210–7.
14. Yauri N. Nivel de conocimientos sobre las úlceras por presión en el personal de enfermería, unidad de cuidados intensivos de un Hospital del Minsa - Perú, 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 15]. Available from: <https://www.repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/725>
15. SONIA CF, Miranda T. Noemi. Nivel de conocimiento del profesional de enfermería y el riesgo de úlceras por presión, de los usuarios de Emergencia del Hospital Base III Juliaca, 2021. 2021 [cited 2022 Jun 15];1–73. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/20.500.12773/12781>
16. Hernández C. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. Univ Valladolid [Internet]. 2016 [cited 2022 Jun 15];3–13. Available from: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/17711>

17. Navarrete Cortés L, Santiago García S. Aplicación de un Plan de Cuidados Enfermeros utilizando el modelo de Virginia Henderson (catorce necesidades) a una persona que presenta lesiones causadas por pénfigo vulgar. *Rev Enfermería Neurológica* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jun 15];13(1):37–42. Available from: <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/182/182>
18. Pongmuksuwan P, Harnnarongchai W. Synthesis and characterization of soft polyurethane for pressure ulcer prevention. *Polym Test*. 2022 Aug 1;112:107634.
19. Pietrangelo L, Magnifico I, Guerrera A, Cutuli MA, Petronio GP, Venditti N, et al. LimpiAD foam and the potential control of the pressure ulcers onset. *Biomed Pharmacother*. 2021 Dec 1;144:112327.
20. Falk-Brynhildsen K, Raepsaet C, Wistrand C, Leo Swenne C, Gifford M, Gunningberg L, et al. The Swedish version of the attitude towards pressure ulcer prevention instrument for use in an operating room context (APUP-OR): A nationwide psychometric evaluation. *J Tissue Viability*. 2022 Feb 1;31(1):46–51.
21. Wano N, Sanguanrungrasirikul S, Keelawat S, Somboonwong J. The effects of whole-body vibration on wound healing in a mouse pressure ulcer model. *Heliyon*. 2021 Apr 1;7(4):e06893.
22. Vallejo JCB. Integrando NANDA, NOC, NIC - Dialnet [Internet]. 2004 [cited 2022 Jun 15]. p. 12–9. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5851258>
23. Pedregosa GT, Montoro CH, Fernández-Gallego MC, Juárez RM, de las Nieves CB, Río-Del Valle JS. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. *Index de Enfermería* [Internet]. 2011 Jan [cited 2022 Jun 15];20(1–2):111–5. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100023&lng=es&nrm=iso&tlng=es

24. Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L. Evidencias clínicas e intervenciones NIC para el cuidado de úlceras por presión. Enfermería Dermatológica [Internet]. 2010 [cited 2022 Jun 15]; Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4313495>
25. Píriz-Campos RM, Martín-Espinosa NM, Cobo-Cuenca AI. Valoración del dolor en una paciente con úlcera por presión (UPP). Enfermería Clínica. 2010 May 1;20(3):192–6.

ANEXOS



