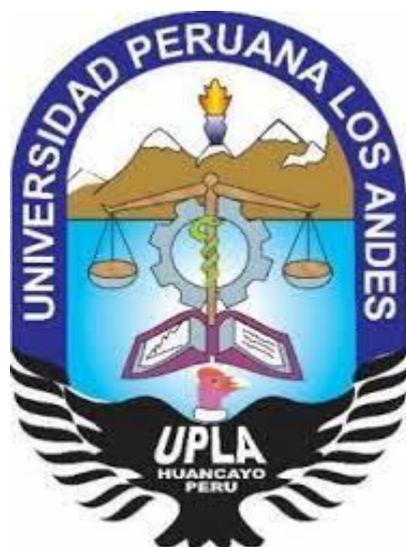


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

TÍTULO : PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE CON LESIÓN POR PRESIÓN (LPP) EN
LA POSTA NAVAL DE VENTANILLA - 2019

Para optar : Título Profesional de Licenciado en Enfermería

Autor : Bachiller José Luis Matías Hinostroza

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de Salud

Lugar o Institución de Investigación: Posta Naval – Ventanilla

Lima – Perú 2021

DEDICATORIA

A mi amada madre, Esther, por haberme dado la vida y seguir a mi lado en los momentos más difíciles. A Nora, mi querida hermana, por su infinita paciencia y apoyo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por ser mi fortaleza. A la Universidad Peruana Los Andes y en especial a los docentes por haber compartido sus conocimientos y experiencias académicas en mi formación profesional.

RESUMEN

Las lesiones por presión (LPP), es el deterioro de la capa cutánea en un inicio y luego pudiendo llegar hasta el nivel óseo; causada por la falta de oxígeno e irrigación de una zona del cuerpo que soporta presión o fricción por tiempo prolongado, se ubican por lo general en zonas de apoyo como cadera, omóplatos, talones, entre otros.

En el presente trabajo de investigación, se desarrollarán tópicos como la definición, clasificación, factores predisponentes, entre otros; así mismo se devela la influencia que tiene el rol del enfermero en su aparición, evolución y curación. Se aplica el proceso de atención de enfermería y la taxonomía NANDA-NIC-NOC, el cual permitió formular diagnósticos que reflejan la situación del adulto mayor postrado. Se estima que al menos el 95% de las lesiones por presión son evitables; por lo tanto, es imperioso efectivizar las intervenciones planteadas, sobre todo las de prevención, lo que permitirá ver mejoras en la calidad de vía del adulto mayor.

Palabras clave: Lesiones Por Presión - Proceso enfermero - Adulto mayor

ABSTRACT

Pressure injuries (LPP) is the deterioration of the cutaneous layer in the beginning and then can reach the bone level; Caused by the lack of oxygen and irrigation of an area of the body that supports pressure or friction for a long time, they are usually located in support areas such as the hips, shoulder blades, heels, among others.

In this research work, topics such as definition, classification, predisposing factors, among others, are developed; Likewise, the influence that the role of the nurse has on its appearance, evolution and healing is revealed. The nursing care process and the NANDA-NIC-NOC taxonomy are applied, which form diagnoses that reflect the situation of the prostrate elderly. It is estimated that at least 95% of pressure injuries are preventable; therefore, it is imperative to make the proposed interventions effective, especially those for prevention, which allowed us to see improvements in the quality of the road for the elderly.

Keywords: Pressure injuries - Nursing process - Older adult

CONTENIDO

I. PRESENTACIÓN.....	
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	4
SUMMARY	¡Error! Marcador no definido.
CONTENIDO.....	6
CONTENIDO DE TABLAS	8
II. INTRODUCCIÓN	9
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2.2. MARCO TEÓRICO	14
2.2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	14
ANTECEDENTES INTERNACIONALES	14
ANTECEDENTES NACIONALES.....	15
ANTECEDENTES REGIONALES.....	16
2.2.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LESIÓN POR PRESIÓN (LPP)	16
2.2.3. ETIOLOGÍA	16
2.2.4. LOCALIZACIÓN.....	17
2.2.5. CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN	18
a) Categoría I: Eritema no blanqueable	18
b) Categoría II: Lesión de espesor parcial	18
c) Categoría III: Pérdida total del grosor de la piel.....	18
d) Categoría IV: Pérdida total del espesor de los tejidos.....	19
2.2.6. PREVENCIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN	19
2.2.7. FACTORES DE RIESGO	21
a) Factores Intrínsecos	21
b) Factores Extrínsecos	25
c) Factores Situacionales.....	26
d) Factores derivados del entorno	26
2.3. OBJETIVOS	27
2.3.1. OBJETIVO GENERAL	27
2.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	27
III. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	28
3.1. HISTORIA CLÍNICA	28

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL	30
3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL	31
3.5. PRONOSTICO	33
IV. PLAN DEL TRATAMIENTO INTEGRAL	33
4.1. FORMULACIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL	33
4.2. PLAN CONTROL Y MANTENIMIENTO	34
V. DISCUSIÓN	44
VI. CONCLUSIONES	47
VII. RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	54

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1. Escala de Norton.....	20
Tabla 2. Control de Funciones vitales.....	30
Tabla 3. Examen Físico.....	30
Tabla 4. Hemograma Completo.....	31
Tabla 5. Bioquímica.....	34
Tabla 6. Análisis de Orina.....	32
Tabla 7. Tratamiento Médico.....	32
Tabla 8. Valoración de NANDA 13 Dominios.....	33
Tabla 9. Priorización de diagnósticos de Enfermería.....	40

II. INTRODUCCIÓN

Enfermería es una profesión muy valorada, pues desde sus inicios, se caracteriza por su carácter social de servicio y de ayuda al prójimo, cabe recordar a la notable referente Florence Nightingale y su labor en la guerra de Crimea, en donde se destacó por sus recorridos con su lámpara por los pasillos de los hospitales para velar por el estado de sus pacientes.

Las lesiones por presión (LPP) son una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. (1)

Las lesiones por presión (LPP) es un problema de origen silente en el medio hospitalario, que se presenta, principalmente, en los servicios donde los pacientes permanecen más de 3 días. Es considerado un evento adverso y constante en salud pública, porque origina un problema patológico adicional que genera mayor estadía hospitalaria, deterioro de la calidad de vida, malestar, aumento de la morbilidad, consecuencias socioeconómicas para el país y el Sistema de Salud (2).

Hoy en día se ha evidenciado, según estudios a nivel internacional, la preocupación por este tema, especialmente porque se cree que la mayoría de las lesiones por presión (95%) que presentan los pacientes son evitables y aún más que otro porcentaje importante de estas (60%) serían prevenibles a través de la aplicación de escalas de valoración de riesgo de las lesiones por presión. (3)

El profesional de enfermería cuenta con una herramienta científica el cual contiene pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo es cubrir las necesidades individuales, reales o potenciales del paciente, la familia y la comunidad. Este proceso, definido por OMS en 1977 como un "sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, familias, comunidades o ambos", es una forma dinámica y sistematizada de

brindar cuidados de enfermería, que promueve el cuidado humanístico, centrado en objetivos y resultados eficaces. Este sistema de intervenciones o proceso consta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Implementación y Evaluación; para elaborar un plan de cuidados de enfermería existe actualmente un manual que nos orienta y nos permite estandarizar todo el proceso: NANDA-NOC-NIC.

El objetivo del presente trabajo es proponer un Plan de Atención de Enfermería integral para persona adulta mayor con Lesiones por Presión, basado en la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

El presente trabajo consta de siete capítulos, en los cuales se desarrollan los siguientes tópicos: Capítulo I, Planteamiento de la investigación, donde se indica la problemática y los objetivos en relación a la situación de las lesiones por presión; Capítulo II, se expone el marco teórico sobre las lesiones por presión; Capítulo III, se presenta el desarrollo del caso clínico, comprendiendo la etapa de la valoración, utilizando herramientas como la observación, entrevista, revisión de documentos (historia clínica, exámenes de laboratorio, registros de enfermería), se consigna información pertinente que conlleva a la formulación de los diagnósticos, utilizando la taxonomía NANDA; Capítulo IV, comprende el plan de tratamiento integral utilizando la taxonomía NOC-NIC; Capítulo V, comprende la discusión, se realiza una evaluación del proceso de enfermería desarrollado; Capítulo VI, se presenta las conclusiones a las que se llega después de aplicar el proceso de enfermería; y, finalmente, Capítulo VII, recomendaciones pertinentes; por último se presentan referencia bibliográficas, bibliografía y anexos.

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Enfermería es una profesión que se caracteriza por ser el acto de cuidar a los demás. El acto de cuidar tiene como objetivo reducir o eliminar el sufrimiento del paciente, aunque en algunas ocasiones pueden ocurrir eventos adversos asociados al cuidado que se proporciona, siendo definidos como incidentes que ocurren durante la prestación del cuidado de la salud, que no están relacionados con la enfermedad de base determinando daños al paciente, que pueden generar una afectación de la estructura o función corporal y/o algún efecto nocivo, como enfermedad, lesión, incapacidad, o muerte.(4)

En la actualidad y en el contexto de salud que vivimos, se ha demostrado la importancia de este personal de salud, y su importantísimo acto y arte de cuidar, el profesional de enfermería se forma en claustros universitarios en un tiempo de cinco años, y tiene la obligación de dedicar un año de servicio comunitario, el cual termina de moldear su carácter, independencia y experticia en la profesión que aunado al bagaje de conocimientos y herramientas científicas le permitirán insertarse en el campo laboral.

Según la Organización Mundial de la Salud: La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. (5)

En nuestro país la enfermería está reglamentada con la ley N°27669. Define el rol de la enfermera: La enfermera(o), como profesional de la Ciencia de la Salud, interviene en la prestación de los servicios de salud Integral, en forma científica, tecnológica, sistemática y humanística, en los procesos de promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad. (6)

En cuanto al ámbito de la enfermera(o), la ley nos dice:

El cuidado integral de enfermería es el servicio que la enfermera(o) brinda a la persona en todas las etapas de la vida, desde la concepción hasta la muerte, incluyendo los procesos de salud-enfermedad, implementando el método científico a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que garantiza la calidad del cuidado profesional. El cuidado integral de enfermería constituye el fundamento del ejercicio de la profesión en las diferentes áreas de la especialidad. Se basa en el juicio crítico y ponderado de la enfermera(o) así como en la toma de decisiones que competen a su labor, por lo cual asume plena responsabilidad por los efectos y consecuencias que de ellas se originen. (7)

De lo mencionado se desprende que enfermería cuenta con una herramienta científica que le permite brindar cuidado en forma profesional, con calidad, juicio crítico e independiente; así mismo participa en el proceso salud-enfermedad y en las diferentes etapas de la vida de la persona. Una etapa de la vida es la adulta mayor la cual es muy frágil en todos los contextos sociales. Según el INEI en el 2016 la población total en nuestro país fue de 32'488,625, de las cuales el 9.9% correspondía a personas de más de 60 años; las proyecciones para el año 2020 indica que la población total podría ser de 32'824, 358, de la cual 10.9% correspondería a la adulta mayor.

Los adultos mayores tienen características particulares tanto físicas, sociales y emocionales. Tienen un cuerpo más frágil, un andar lento y son más lábiles emocionalmente, lo cual se refleja en la situación de limitación en cuanto a su independencia.

Muchos de estos adultos mayores, cursan con estados patológicos propios de su edad, que lo llevan a un estado de postración y abandono.

La postración en sí, ya es un factor desencadenante para muchas situaciones sobre agregadas; y una de estas situaciones son las lesiones por presión (LPP).

Las LPP son lesiones de la piel producidas como consecuencia de un proceso de isquemia que puede afectar e incluso necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde tiene lugar dicho proceso, llegando en ocasiones a la articulación y el hueso.

Una de las causas de estas lesiones es que la piel se encuentra situada entre dos planos duros, uno interno (estructura ósea) y otro externo (superficie de apoyo), y la tolerancia de los tejidos a la presión ejercida por ambos. (8)

Las UPP o LPP son una complicación habitual en los pacientes hospitalizados y que, con mayor frecuencia, suelen presentarse en enfermos graves, de edad avanzada y con largas estancias. (9)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que las úlceras de presión son el resultado de necrosis isquémica en el nivel de la piel, así como tejidos subcutáneos, comúnmente es creado debido a la presión ejercida sobre una prominencia huesuda. Ello se evidencia en pacientes incapaces de moverse. Las complicaciones de esta elevan a cuatro veces la mortalidad, considerando el III - IV grado como severas, la posibilidad de fallecer en los próximos seis meses es del 50%, aproximadamente. Se debe tener presente que las inflamaciones a presión fungen como índice importante para detectar un mal pronóstico considerado una enfermedad peligrosa. (10)

Se puede evidenciar ante todo lo expuesto que la presencia del personal de enfermería es crucial para prevenir la aparición y mejorar el pronóstico de las LPP, pues es el personal que se encuentra las 24 horas del día con el paciente; por lo tanto, dependerá de su accionar y profesionalismo para afrontar las situaciones cotidianas tanto del paciente como de su entorno familiar.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Bahamo C., Crespo E. y Suarez B. realizan un estudio en Bogotá en 2012 titulado “Prevalencia, características y factores de riesgo asociados a las úlceras por presión (UPP) en adultos hospitalizados” en donde el objetivo fue identificar la prevalencia, características y factores de riesgos asociados a las úlceras por presión (UPP) en adultos hospitalizados. Se realizó en dos instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se obtuvieron resultados sobre cuál es la prevalencia de úlcera por presión (UPP) en adultos hospitalizados, se exploraron características y factores de riesgo que están presentes en la población que la desarrolla, y características institucionales que podrían incidir en la presencia de estas en la población hospitalizada. Resultados: la institución 1 con 77 pacientes, muestra una prevalencia de 11.6%, siendo la úlcera por presión (UPP) Grado II la más frecuente con un 76.9% y la institución 2 con 190 pacientes, muestra una prevalencia de 13,15% siendo la úlcera por presión (UPP) Grado II la más frecuente con un 54.5%. Método: estudio observacional, descriptivo, transversal, ya que se hizo observación de la realidad sin intervenir en ella; se observó la presencia de úlcera por presión (UPP) en los pacientes hospitalizados sin intervenir en su realidad y en cada paciente solo se realizó la medición de la presencia de las úlceras por presión (UPP), características y factores de riesgos asociados a una sola vez, en un periodo determinado. (11)

Barba M., López G. y Lucero A., en Cuenca en el 2015, realizó un estudio titulado “Prevalencia de factores de riesgos asociados a úlceras por presión en adultos mayores del hogar de Cristo Rey, Cuenca 2015”, con el objetivo de determinar la prevalencia de los factores de riesgos asociados a úlceras por presión en adultos mayores del Hogar Cristo Rey. El material y métodos: comprenden un estudio cuantitativo descriptivo, constituido por 100 adultos

mayores seleccionados mediante criterios de inclusión y exclusión. Los resultados: las edades más frecuentes están entre 76 a 95 años con 69%. Los factores de riesgo de úlceras por presión prevalentes según la Escala Braden son: movilidad limitada 59%, actividad disminuida 51% y exposición a la humedad 49%. (12)

ANTECEDENTES NACIONALES

Mancini B. y Oyanguren R. en Chiclayo en el 2014 realizaron un trabajo titulado “Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados”, el objetivo fue determinar los factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados. Los Materiales y Métodos: Estudio de casos y controles anidado en una cohorte realizado en adultos mayores hospitalizados en diferentes servicios del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA), se realizó un muestreo probabilístico por densidad de incidencia, obteniéndose 61 casos y 122 controles. Se aplicó una ficha de recolección de datos inicial y se evaluó cada 48 horas. Resultados: la incidencia acumulada es 3% y la densidad de incidencia es 45 por 1000 personas/día. Conclusiones: Las variables asociadas al desarrollo de úlceras por presión son: edad, sujeción mecánica, escala de Norton alta y muy alta. (13)

Cervantes E. en Huánuco en el 2016 realizó un trabajo titulado “Riesgos de úlceras por presión relacionado al estado nutricional de los pacientes adultos mayores con estancia prolongada en un hospital público de Huánuco-2016”. El Objetivo fue identificar los riesgos de las úlceras por presión relacionado al estado nutricional de los pacientes adultos mayores con estancia prolongada en un hospital público de Huánuco. Método: El estudio fue de tipo observacional, prospectivo, transversal, analítico, con un diseño de investigación correlacional con una muestra constituida por 70 pacientes hospitalizados. Resultados: En cuanto a la relación entre dos variables se encontró una correlación baja, en el contraste de hipótesis se

tuvo una significancia de 1,000 aceptando la hipótesis nula, apoyados en el paquete estadístico SPSS V.22. (14)

ANTECEDENTES REGIONALES

Gutiérrez A. en Callao en el 2015 realizó un trabajo titulado “Riesgo a úlceras por presión según escala de Norton en una población adulto mayor de un Programa de Atención Domiciliaria del Callao”. Con el objetivo de determinar el riesgo a desarrollar úlceras por presión mediante el uso de una escala de Norton, clasificar el nivel de riesgo según proveedor de cuidados. Los Materiales y Métodos: es cuantitativo, descriptivo, tipo transversal; cuya muestra estuvo considerada por 4%, el 48% presenta un riesgo medio para Úlceras por Presión según Escala de Norton 152 adultos mayores conforme criterios de inclusión. Resultados: El 53,3% de los Adultos mayores se encuentran en un rango de 80-89 años, predomina el sexo femenino con un 39, siendo el 53,9% presenta un estado físico General Regular, Estado Mental Apático de 55,3%, Actividad Disminuida con un 50,7%, y en cuanto a Incontinencia Ocasional de 57,9%. (15)

2.2.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LESIÓN POR PRESIÓN (LPP)

Según el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP): la úlcera por presión es una lesión de la piel producida secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculos donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulaciones y huesos. (16)

2.2.3. ETIOLOGÍA

Las LPP son un problema multicausal y multifactorial, pero a continuación se presentan las principales causas:

a) Presión: Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos: uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 16 y 32 mmhg. Una presión superior a 32 mmhg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, se dará necrosis de los mismos.

b) Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. En los pacientes hospitalizados o encamados, se puede producir fricción al tirar de las sábanas en los cambios de postura, esta acción puede erosionar el estrato córneo, y la piel pierde su función de barrera.

c) Estiramiento: Desgarramiento del tejido que puede producirse al “resbalar” el paciente de la cama al estar sentado. Este deslizamiento hace que los tejidos externos se mantengan apegados a las sábanas mientras que los profundos se deslizan hacia abajo. Los tejidos estirados en direcciones opuestas producen estiramiento, obstrucción o desgarro del tejido. (17)

2.2.4. LOCALIZACIÓN

Por lo general las lesiones por presión se presentarán en áreas con prominencias óseas, siendo las áreas de mayor riesgo:

- Áreas anatómicas que recurrentemente presentan las LPP: talón, sacro, maléolos, dedos de la mano y omóplato.
- Posición: en el decúbito lateral presenta oídos, acromion, costillas, trocánter. En posición prona se presenta en dedos del pie, rodillas, genitales en hombres, pechos en mujeres, acromion, mejilla y oído. (18)

2.2.5. CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN

Grupo Europeo de Úlceras por Presión (EPUAP) y Grupo Americano de Úlceras por Presión (AUPP) clasifican estas lesiones de la siguiente manera:

a) Categoría I: Eritema no blanqueable

Zona enrojecida en la piel que no recupera su color normal después de 15-20 minutos de aliviar la presión (ejemplo: giro del paciente). La piel está intacta, pero puede permanecer pálida al eliminar la presión. Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea. La piel oscura pigmentada puede no tener palidez visible; su color puede diferir de la piel de los alrededores. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La Categoría I puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. Puede indicar personas “en riesgo”.

b) Categoría II: Lesión de espesor parcial

Pérdida de la capa superficial de la piel. La lesión suele ser superficial, con una base rosada y se puede observar tejido blanco o amarillo. La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo-rosado, sin esfacelos. También puede presentarse como un flictena o blíster intacta llena de suero o suero sanguinolento, o abierta/rota. Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfacelos o hematomas (indica lesión de los tejidos profundos). Esta categoría no debería ser usada para describir laceraciones, lesiones de esparadrapo, dermatitis asociada a incontinencia, maceración o excoiación.

c) Categoría III: Pérdida total del grosor de la piel

Lesiones profundas que se extienden a la dermis y tejidos subcutáneos. Suele existir tejido blanco, gris o amarillo en el fondo de la úlcera y el cráter de la úlcera puede presentar un

labio o reborde. Es frecuente la secreción purulenta. Pérdida completa del tejido. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos. Los esfacelos pueden estar presentes, pero no ocultar la profundidad de la pérdida de tejido. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la úlcera por presión de Categoría/estadio III varía según la localización anatómica. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido (adiposo) subcutáneo y las lesiones de Categoría/estadio III pueden ser poco profundas. En contraste, las zonas de importante adiposidad pueden desarrollar lesiones por presión de Categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.

d) Categoría IV: Pérdida total del espesor de los tejidos

Lesiones profundas que se extienden al músculo y al hueso. Estas úlceras tienen mal olor y el tejido es marrón o negro. Es frecuente la secreción purulenta. Pérdida total del espesor del tejido con hueso expuesto, tendón o músculo. Los esfacelos o escaras pueden estar presentes. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la úlcera por presión de Categoría/estadio IV varía según la localización anatómica. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido (adiposo) subcutáneo y las úlceras de Categoría/estadio IV pueden ser poco profundas. Las úlceras de Categoría/estadio IV pueden extenderse a músculo y/o estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación), es probable que ocurra una osteomielitis o una osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable. (19)

2.2.6. PREVENCIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN

En la prevención de las lesiones por presión debe fomentarse el uso de tablas o registros de valoración que analizan los factores que contribuyen a su formación y que nos permitan identificar a los pacientes con riesgo, sobre los que establecen protocolos preventivos. Para este fin existen tablas similares que son recomendadas como el primer paso en la prevención.

Estas deben ser cómodas, fáciles de usar y que incluyan el máximo de factores de riesgo, para así poder estar alerta a los factores que pongan en peligro la susceptibilidad del paciente.
(20)

Estas tablas deben ser estandarizadas y elegidas por el personal, el cual los aplicara al primer contacto con el paciente y luego según la regularidad que se establezca.

Una de las tablas más adecuadas para este fin es la de Norton el cual manifiesta que el 70% de las lesiones que aparecen en las dos primeras semanas de su hospitalización y que es cuando el paciente se encuentra en las peores circunstancias, siendo estos pacientes generalmente ancianos, y con un estado general más débil. Norton diseñó una escala de valores en la que, a través de una puntuación a unos criterios reflejados, sabremos el riesgo, alto riesgo o mínimo riesgo a padecer las lesiones por presión. (21)

En 1962 Norton publicó su escala de valoración del riesgo de UPP para el ámbito geriátrico, desde entonces han aparecidos muchas más como Nova (1994), o Braden (1985). Estas escalas son herramientas que permiten identificar pacientes de riesgo, además de orientar la prevención y tratamiento.

TABLA 1. ESCALA DE NORTON

ESTADO FÍSICO	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	ACTIVIDAD	INCONTINENCIA
(4) Bueno	(4) Alerta	(4) Completa	(4) Deambula	(4) No
(3) Aceptable	(3) Apático	(3) Algo limitada	(3) Con ayuda	(3) Ocasional
(2) Deficiente	(2) Confuso	(2) Muy limitada	(2) Silla de ruedas	(2) Habitual
(1) Muy deficiente	(1) Estupor	(1) Inmóvil	(1) Encamado	(1) Doble incontinencia

Fuente: Escala de Norton

Interpretación:

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. (22)

2.2.7. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para desarrollar lesiones por presión se clasifican en extrínsecas e intrínsecas. Los factores extrínsecos son los relacionados con el medio ambiente y los intrínsecos son aquellos que se relacionan con el huésped.

No existe un factor único que pueda explicar la aparición de lesiones por presión, sino, es el resultado de la interacción de varios factores que aumentan la probabilidad de desarrollarlas.

a) Factores Intrínsecos

❖ Edad

Con el paso de los años la piel envejece y este proceso va a predisponer a un mayor riesgo de la pérdida de la integridad cutánea. El proceso de envejecimiento afecta a todas las capas de la piel, de tal manera que induce a este órgano a la deshidratación de la capa córnea, alteración del manto hidrolipídico, debilitamiento de la cohesión celular,

quebranto de la unión dermo epidérmica, disminución de la vascularización, cambios en las secreciones cutáneas y disminución del colágeno y elastina.

❖ **Actividad**

Disminución de la capacidad para desempeñar las acciones de la vida diaria del adulto mayor como consecuencia del deterioro de las funciones motoras, relacionadas con el sistema neuro-músculo-esquelético, situación que afecta de manera imprescindible la independencia del individuo.

❖ **Movilidad**

No mantener un nivel de movilidad adecuado predispone a los pacientes a un mayor riesgo de desarrollo de lesiones por presión. Se puede llegar a la inmovilidad por distintas vías, entre las que se encuentran: el deterioro cognitivo, la sedación, estado de coma, lesiones medulares, intervenciones quirúrgicas de larga duración, enfermedades neurológicas. La pérdida progresiva de la movilidad constituye para el adulto mayor inseguridad al momento de realizar sus actividades diarias, esto es causado principalmente por la falta de fuerza, fragilidad física, rigidez muscular, cambios en el equilibrio y problemas psicológicos; que en ciertos casos aparecen de forma simultánea.

❖ **Percepción sensorial**

Los pacientes adultos mayores con una percepción sensorial disminuida: hemiplejias, neuropatías, etc., no son conscientes del inicio de los procesos isquémicos por lo que los efectos negativos de la presión prolongada se harán presentes si los cambios posturales no se realizan de manera adecuada.

❖ **Función cognitiva**

El estado mental alterado, ya sea por medicación o por deterioro, impedirá al paciente cubrir sus necesidades de higiene, alimentación, cambios posturales, situación

que de no ser atendida adecuadamente podría favorecer a que las lesiones por presión aparezcan en cualquier momento.

❖ **Nutrición**

La regeneración de la capa epidérmica se produce entre los 25 y 35 días aproximadamente, para ello el organismo precisa de un adecuado aporte nutricional. Cuando éste es inadecuado, la capacidad de auto regeneración se ve afectada. El déficit proteico es indicativo de situaciones de malnutrición con carencia de aminoácidos, déficit de la inmunidad humoral y el consiguiente aumento del riesgo de infecciones, deshidratación, situaciones de hipovitaminosis (vitamina C y K) o carencias de zinc que van a condicionar retrasos de la epitelización y regeneración de los tejidos. El déficit de vitamina C puede causar fragilidad vascular de los vasos neo formados, afectando negativamente a la migración de macrófagos; por otra parte, la falta de vitamina K puede provocar hemorragias o problemas de coagulación y trombosis en los capilares predisponiendo al afectado a desarrollar lesiones por presión.

❖ **Bajo peso, sobrepeso y obesidad**

Un paciente con un peso insuficiente tiene mayor predisposición a desarrollar lesiones por presión porque tiene disminución del espesor del tejido graso que lo protege. Sin embargo, la obesidad también puede estar asociada a un mayor riesgo de LPP por las características vasculares y porque es más difícil mover el peso de su cuerpo, hacer alivios de presión y toda esa grasa utiliza oxígeno y nutrientes que pudiera estar nutriendo su piel.

❖ **Medicación**

A medida que envejece el adulto mayor va adquiriendo diversas patologías crónicas, por lo que recurre a la polifarmacia o uso de 5 o más fármacos, lo que incrementa su

morbimortalidad. El riesgo de desarrollar lesiones por presión en el anciano aumenta con el consumo de diversos medicamentos. Los sedantes e hipnóticos pueden favorecer a la inmovilización. Los esteroides disminuyen la resistencia tisular causando una mayor fragilidad cutánea. Algunos fármacos simpaticomiméticos y drogas vaso activas, como la norepinefrina producen vasoconstricción y por lo tanto reducen la perfusión tisular periférica y el flujo capilar. Los fármacos citotóxicos afectarán al sistema inmunitario.

❖ **Incontinencia urinaria y fecal**

Los pacientes con alteraciones en los patrones de micción o defecación tienen mayor riesgo de desarrollar lesiones, tanto por la humedad como por los compuestos tóxicos de la materia fecal. Como consecuencia de la humedad la piel se macera y se provoca un edema en la zona, lo que incrementa la posibilidad de que se origine una lesión.

❖ **Problemas de salud**

Personas con diabetes son más susceptibles a su desarrollo, por las alteraciones de la microcirculación que conlleva dicha enfermedad. Del mismo modo, los pacientes con problemas vasculares que tengan comprometida la irrigación de la dermis y de los tejidos profundos tendrán un riesgo añadido. Se destacan también los trastornos neurológicos, por implicar situaciones de pérdida de movilidad, sensibilidad, y los tumores en tratamiento de quimioterapia. En pacientes con tensión arterial sistólica inferior a 100 mm/hg aumenta el riesgo de desarrollo de lesiones por presión, ya que con esta tensión la perfusión arterial sistémica se ve disminuida, lo cual produce isquemia.

Otras enfermedades como la anemia, infección, mala circulación, neuropatía, demencia cáncer, accidente cerebrovascular, lesión en la columna vertebral o parálisis, fractura ósea inflamación o retención de líquidos, piel seca y fiebre contribuyen también a la presencia de este tipo de lesiones por presión.

❖ **Temperatura corporal**

La fiebre ocasiona una serie de alteraciones metabólicas, incrementando hasta el 50% el metabolismo normal de los tejidos y elevando así el requerimiento de nutrientes y oxígeno, por lo que los tejidos se hacen más vulnerables a la presión.

Hipotermia: inferior a 35°C, se considera como factor de riesgo. Esto se relaciona con la disminución de la irrigación de los tejidos, vasoconstricción periférica e hipoxia celular correlativamente. La inducción a bajas temperaturas en algunos procedimientos quirúrgicos favorece la aparición de las lesiones por presión.

Hipertermia: superior a 38°C, se puede considerar factor de riesgo. En algunos de los casos se debe a la inestabilidad la Vitamina C. Al aumentar la temperatura el mecanismo de defensa combate mejor que los gérmenes que causan la enfermedad, sin embargo, supone mayor consumo de oxígeno, mayor pérdida insensible, mayor consumo calórico por parte de las células de mayor producción de CO₂, mayor frecuencia cardíaca, vasodilatación periférica y vasoconstricción pulmonar, con lo que la capacidad del organismo para afrontar los efectos de la presión se puede ver disminuida, por consiguiente, aumenta el riesgo a sufrir lesiones por presión.

b) Factores Extrínsecos

❖ **Factores derivados del Tratamiento**

Sondajes, tratamiento inmunosupresor (radioterapia y quimioterapia), inmovilidad impuesta por el tratamiento, anestesia, etc.

❖ **Anestesia**

El adulto mayor al encontrarse bajo los efectos de la anestesia pierde la sensibilidad de una zona corporal. Al no percibir el dolor de una postura peligrosa y molesta no realizará cambios de posición haciéndolo más vulnerable a la aparición de lesiones debido a la progresiva actuación de la presión.

❖ **Inmovilidad impuesta**

Resultado de determinadas alternativas terapéuticas: dispositivos/aparatos como tracciones, respiradores, monitoreo de la presión intracraneana, sedación o relajación. Se debe tener presente aquellos adultos mayores a quienes no se les pueden efectuar cambios posturales porque presentan gran inestabilidad hemodinámica o pacientes con fracturas vertebrales no fijas.

❖ **Tratamientos inmunosupresores**

Como corticoides y radioterapia. Los corticoides inhiben las manifestaciones inflamatorias (rubor, dolor etc.) disminuyendo la respuesta inmunológica general, impiden los procesos de cicatrización, la proliferación celular y producen atrofia cutánea. Los fármacos citostáticos y la radioterapia lesionan las paredes internas de los vasos sanguíneos, con lo cual se deterioran produciendo mala circulación.

c) Factores Situacionales

Falta de higiene, humedad, arrugas en la ropa, objetos de roce, inmovilidad secundaria al dolor o a la fatiga.

d) Factores derivados del entorno

Falta o mala utilización del material de prevención, sobrecarga de trabajo, falta de criterios unificados en la planificación de curas, falta de educación sanitaria de cuidadores y pacientes. (23)

2.3. OBJETIVOS

2.3.1. OBJETIVO GENERAL

Proponer un Plan de Atención de Enfermería integral para persona adulta mayor con Lesiones por Presión, basado en la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

2.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Realizar la Valoración de Enfermería, aplicando en orden los 13 Dominios del NANDA, en atención del paciente adulto mayor por LPP.
- Identificar y dar prioridad a los diagnósticos reales y potenciales en el paciente con LPP.
- Disminuir las complicaciones asociadas a las LPP. en el paciente adulto mayor.
- Conocer y socializar las guías y protocolos establecidos para el manejo de las LPP en el paciente adulto mayor.
- Orientar a los familiares sobre la incidencia de LPP y cuidados de la piel en el adulto mayor.

III. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

Paciente adulta mayor de 85 años en AMEG, ventilando espontáneamente con escala de Glasgow 10/15, paciente en posición semifowler, postrada crónica por fractura de peroné derecho con funciones vitales estables, con diagnóstico médico de sepsis, demencia senil, LPP II° en zona sacra, paciente con ligera palidez secreciones en ambos ojos los mantiene cerrado, fosas nasales permeables con presencia de SNG, labios resecos, mucosa semiseca y dentadura incompleta; Paciente presenta ligera cifosis, no tirajes ni aleteo ni cianosis, adecuado llenado capilar. A la auscultación hay murmullo roncante, abdomen blando y depresible con ruidos hidroaereos presentes, abdomen plano y simétrico, piel rosada, rugosa, no cicatrices ni hernias, temperatura adecuada, no presencia de masas, espalda simétrica con enrojecimiento en zona escapular, pulsos periféricos presentes y adecuados, con vía periférica en miembro superior izquierdo, presencia de edemas en ambos MM. II. Paciente traída por familiares quienes refieren que hace una semana inicia con tos productiva de ligera intensidad y que cada día se incrementa más, familiares refieren que estuvo hospitalizada hasta hace tres meses por fractura de pierna derecha. Hija refiere que “comía poco, cuando le ponía la comida en la boca se le caía, la comida que recibía tenía que estar aplastada, paciente a veces no reconoce a miembros de la familia y con tendencia al sueño”.

3.1. HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE FILIACIÓN

- Nombre: M. G. Q.
- Edad: 85 años
- Sexo: Femenino
- Fecha de Nacimiento: 07/06/1934
- Lugar de Nacimiento: Lima
- Estado civil: Viuda

- Religión: católica
- Grado de instrucción: Sin estudios
- Domicilio: Jr. Ventura Rosi N° 780 Ventanilla
- Peso: 40 kg
- Talla: 1.50 m.

ENFERMEDAD ACTUAL

- Tiempo de enfermedad: Hace 1 semana
- Forma de inicio: Desconoce

FUNCIONES BIOLÓGICAS

- Apetito: Disminuido (no ingiere alimentos)
- Orina: Normal, orina en pañales
- Deposiciones: Normal
- Sueño: Tendencia al sueño, más de lo normal

ANTECEDENTES DE LA PACIENTE

- Enfermedades anteriores: TBC hace 20 años, con tratamiento completo.
- Hospitalizaciones anteriores: Por fractura de peroné derecho, hace tres meses atrás.
- Alergias: Niega
- Transfusión sanguínea: Nunca
- Otras: Ninguna

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

- Enfermedades anteriores de la madre: Rinitis
- Enfermedades anteriores del padre: Ninguna
- Hospitalizaciones anteriores de los padres: Desconoce
- Otras enfermedades infectocontagiosas: Desconoce

TABLA 2. CONTROL DE FUNCIONES VITALES

Presión Arterial	100/60 mmHg
Frecuencia Respiratoria	22 x´
Frecuencia Cardíaca	87 x´
Temperatura	36.6°C
Saturación de oxígeno	96 %

Fuente: Control de funciones vitales en el paciente con LPP en la posta Naval de Ventanilla.

Elaboración propia.

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

TABLA 3. EXAMEN FÍSICO

Piel	Piel pálida, semiseca, con deterioro de continuidad de la piel en región sacra.
Cabeza	Cabello corto, sin pediculosis y en estado regular de higiene
Cara	Rostro de forma alargada y ligera palidez
Ojos	Presenta secreciones, los mantiene cerrados
Oídos	Simétricos, con eritemas en la parte del lóbulo derecho
Fosas nasales	Tamaño adecuado, simétricos con el rostro, permeable con presencia de SNG
Cavidad oral	Labios resecos, mucosa semiseca, dentadura incompleta
Cuello	Contextura delgada, simétrico con el cuerpo
Tórax	Simétricos, con murmullo roncante a la auscultación Espalda: Simétrica con enrojecimiento en zona escapular
Abdomen	Blando y depresible con ruidos hidroaéreos presentes
Ano y recto	Adecuado para su edad y sexo, presencia de pañal. Úlcera superficial con una base rosada en zona sacra

Extremidades	MM.SS normales con presencia de vía E.V. (lado izquierdo), edema en MM. II. con deformidad en pierna derecha
Sistema Nervioso	Con escala de sedación Ramsey 5 somnoliento.

Fuente: Examen físico en el paciente con LPP en la posta naval de ventanilla.

Elaboración propia.

3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

EXÁMENES AUXILIARES

TABLA 4. HEMOGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA COMPLETO	
Hemoglobina	11.4 mg/dl
Hematocrito	34.5 mg/dl
Leucocitos	12,000 x mm ³
Abastados	0.2%
Eosinófilos	0,1%
Linfocitos	30%
Plaquetas	328,000 x mm ³

Fuente: Hemograma completo en el paciente con LPP en la Posta Naval de Ventanilla. Elaboración propia.

TABLA 5. BIOQUIMICA

Glucosa	134 mg/dl
Triglicéridos	55 mg/dl
Úrea	27 mg/dl
Creatinina	0.41 mg/dl

Fuente: Elaboración propia

TABLA 6. ANÁLISIS DE ORINA

DIURESIS	RESULTADOS
Color	Amarillo
Aspecto	Transparente
Densidad	1009
PH	7.5

Fuente: Análisis de orina de la paciente con LPP en la Posta Naval Ventanilla.

Elaboración propia.

3.4. Diagnóstico Médico

- Sepsis
- Demencia senil
- Lesión por presión II°
- Postrado crónico
- Edema en MM. II.

TABLA 7. TRATAMIENTO MÉDICO

TRATAMIENTO MÉDICO	
1- Dieta licuada x Sonda nasogástrica	Fraccionada en 4 tomas
2- Ciprofloxacino 200 mg.	Endovenoso c/12h.
3- Clindamicina 600 mg.	Endovenoso c/8h.
4- Enoxoparina 40 mg	Subcutáneo c/24H.
5- N-acetil cisteína 600 mg	C/8h x sonda nasogástrica
6- Curación de la LPP	A diario

Fuente: Tratamiento médico en el paciente con LPP en la Posta Naval Ventanilla.

Elaboración propia.

3.5. Pronóstico. : Pronóstico bueno

IV. PLAN DEL TRATAMIENTO INTEGRAL

4.1. FORMULACIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

TABLA 8. VALORACIÓN DE NANDA 13 DOMINIOS

VALORACIÓN DE NANDA 13 DOMINIOS	
DOMINIO 1: Promoción de la Salud	Paciente con hemoglobina 11.4 mg/dl
DOMINIO 2: Nutrición	Paciente se alimenta por SNG, tiene la dentadura incompleta, su tipo de dieta es licuada.
DOMINIO 3: Eliminación/Intercambio	Paciente usa pañales, hace deposiciones 1 vez al día
DOMINIO 4: Actividad/ Reposo	Paciente es postrado crónico dependencia de grado III, necesita ayuda para realizar todas sus necesidades básicas
DOMINIO 5 : Percepción/Cognición	Paciente se encuentra desorientado en tiempo, espacio y persona, no tiene conocimiento de la enfermedad, se encuentra durmiendo en todo momento.
DOMINIO 6: Autopercepción	Paciente no puede dar respuesta ante la situación debido a su estado
DOMINIO 7: Rol/Relaciones	Paciente es viuda, de ocupación ama de casa y no cuenta con instrucción alguna.
DOMINIO 8. Sexualidad	No alterado
DOMINIO 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés	Paciente verbaliza respuestas incoherentes

DOMINIO 10: Principios vitales.	No alterado
DOMINIO 11: Seguridad/Protección	Paciente presenta úlcera superficial, con una base rosada con tejido blanco en zona sacra, portadora de sonda nasogástrica, afebril.
DOMINIO 12: Confort	Se le observa a la paciente inquieta, con respuesta por dolor al manipular zonas con lesiones por presión.
DOMINIO 13: Crecimiento/desarrollo	No alterado

Fuente: Elaboración propia

4.2. PLAN CONTROL Y MANTENIMIENTO

DIAGNOSTICO POTENCIAL:

- Dominio 11: Seguridad/protección.

Clase 2: Lesión física.

00039 Riesgo de aspiración R/C Alimentación enteral

DIAGNOSTICOS REALES:

- Dominio 1: Promoción de la salud

Clase 2: Gestión de la salud

00257 Síndrome de fragilidad del anciano R/C Alteración de la función cognitiva E/P Déficit del autocuidado: baño, uso del inodoro, vestido; deterioro de la movilidad física.

- Dominio 2: nutrición

Clase 1: Ingestión

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, peso corporal inferior en un rango de peso ideal

- Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 1: función urinaria

00016 Deterioro de la eliminación urinaria R/C Deterioro sensitivo-motor E/P incontinencia urinaria.

- Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

00091 Deterioro de la actividad física R/C Deterioro músculo esquelético E/P entencimiento para cambiar de posición por sí mismo en la cama.

- Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física.

00046 Deterioro de la integridad cutánea R/C postración crónica E/P LPP I° en escapular y de II° sacra.

- Dominio 12: Confort.

Clase 1: Confort físico.

00214

Disconfort R/C Síntomas relacionados con la enfermedad E/P inquietud.

TABLA 9. PRIORIZACION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

DIAGNÓSTICOS	N° DE ORDEN	FUNDAMENTO
Síndrome de fragilidad del anciano R/C Alteración de la función cognitiva E/P Déficit del autocuidado: baño, uso del inodoro, vestido; deterioro de la movilidad física.	1	Estado dinámico inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud.
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales R/ C incapacidad para ingerir los alimentos E/P debilidad de los músculos necesarios para la masticación	2	Consumo de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.
Deterioro de la eliminación urinaria R/C Deterioro sensitivo-motor E/P incontinencia urinaria.		Disfunción en la eliminación urinaria.

	3	
Deterioro de la integridad cutánea R/C Presión sobre prominencia ósea E/P Alteración de la integridad de la piel.	4	Alteración de la epidermis y/o de la dermis
Deterioro de la actividad física R/C Deterioro músculo esquelético E/P Enlentecimiento para cambiar de posición por sí mismo en la cama	5	Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama.
Disconfort R/C Síntomas relacionados con la enfermedad E/P inquietud.	6	Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, ambiental, cultural y/o social.
Riesgo de aspiración R/C Alimentación enteral	7	Vulnerable a la penetración en el árbol traqueo bronquial de secreciones gastrointestinales, oro faríngeo, sólido o líquido, que puede comprometer la salud.

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION - NOC RESULTADO ESPERADO				EJECUCION - NIC INTERVENCIONES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION
Paciente se alimenta por sonda nasogástrica, tiene una dentadura incompleta, su tipo de dieta es licuada.	<u>ETIQUETA:</u> Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales. R/C <u>FACTOR RELACIONADO:</u> Incapacidad para ingerir los alimentos E/P <u>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:</u> Debilidad de los músculos necesarios para la masticación, peso corporal inferior en un rango de peso ideal Dominio 2 Nutrición Clase 01 Ingestión Código 00002	PRIORIDAD	Paciente recibirá los nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades metabólicas.			INDEPENDIENTE ETIQUETA NIC: CODIGO:	INTERDEPE ETIQUETA NIC: CODIGO:	Se define este diagnóstico como consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.	Se logró que el paciente recibiera los nutrientes adecuados para satisfacer sus necesidades metabólicas. Logrando un puntaje DIANA de 8.
		ALTA	ETIQUETA NOC: Estado nutricional: energía DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Digestión y nutrición (K) CODIGO: 1007 <u>INDICADOR</u> • 100704 curación tisular. • 100705 resistencia a la infección.	<u>ESCALA:</u> 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación sustancial del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal.	PUNTUACIÓN DIANA MANTENIMIENTO AUMENTADO RA RA 4 6 TOTAL: TOTAL: 2 3 2 3	SONDAJE NASOGASTRICO 1080 <ul style="list-style-type: none"> • verificar contraindicaciones para la inserción nasal. • Seleccionar el tipo y el tamaño de la sonda a insertar. • Explicar al paciente y familia las razones para usar una sonda nasogástrica. • Colocar al paciente en decúbito supino con la cabecera elevada al menos a 30 grados. • Determinar la longitud del sondaje. • Insertar la sonda por el orificio nasal y continuar hasta la laringe. • Pegar la sonda con cinta adhesiva a la nariz. • Etiquetar sonda con fecha y hora. ALIMENTACION ENTERAL POR SONDA 1056 <ul style="list-style-type: none"> • Insertar sonda nasogástrica según protocolo de institución. • Aplicar sustancia de anclaje a la piel. Fijar con esparadrapo. • Observar si la colocación de la sonda es correcta. • Observar si hay presencia e sonidos intestinales cada 4-8 horas. • Elevar la cabecera de la cama de 30-45° durante la alimentación. • Utilizar técnica higiénica durante la alimentación. • Comprobar si hay residuo. 	APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL 7040 <ul style="list-style-type: none"> • determinar el nivel de conocimiento del cuidador. • Determinar la aceptación del cuidador de su papel. • Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. • Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador. Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.		

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION - NOC RESULTADO ESPERADO				EJECUCION - NIC INTERVENCIONES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION
Paciente usa pañales, hace deposición 1 vez al día.	<u>ETIQUETA:</u> Deterioro de la eliminación urinaria R/C <u>FACTOR RELACIONADO:</u> Deterioro sensitivo-motor. E/P <u>CARACTERISTICAS</u> Incontinencia urinaria. Dominio 3 Eliminación e intercambio. Clase 01 Función urinaria. Código 00016	PRIORIDAD	Paciente mejorara la función de la eliminación urinaria.			INDEPENDIENTE ETIQUETA NIC:	INTERDEPE ETIQUETA NIC:	Se define este diagnóstico como una disfunción en la eliminación urinaria.	Paciente mejoro parcialmente la función de la eliminación urinaria, logrando un puntaje DIANA de 3.
		ALTA	ETIQUETA NOC: Eliminación urinaria DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Eliminación (F) CODIGO: 0503	PUNTUACIÓN DIANA MANTENEN R A AUMENTA R A 4 6		CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA 0610 <ul style="list-style-type: none"> Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia. Ayudar a seleccionar prendas o compresas de incontinencia. Incluir a los miembros de la familia en las estrategias de manejo. Proporcionar prendas protectoras o compresas si es necesario. Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. 	APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL 7040 <ul style="list-style-type: none"> Determinar el nivel de conocimiento del cuidador. Determinar la aceptación del cuidador de su papel. Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador. Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente. 		

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION - NOC RESULTADO ESPERADO				EJECUCION - NIC INTERVENCIONES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION
Paciente presenta ulcera superficial, con una base rosada con tejido blanco en zona sacra. portadora de sonda nasogástrica, T° dentro de los valores normales.	ETIQUETA: Deterioro de la integridad cutánea R/C FACTOR RELACIONADO: Postración crónica E/P CARACTERISTICAS LPP I° en escapular y de II° sacra. Dominio 11 Seguridad y Protección Clase 02 Lesión física Código 00046	PRIORIDAD	Paciente disminuirá la alteración en la epidermis y/o la dermis			INDEPENDIENTE ETIQUETA NIC:	INTERDEPE ETIQUETA NIC:	Se define este diagnóstico como la alteración en la epidermis y/o dermis, que puede comprometer la salud.	Paciente disminuyo ligeramente la alteración de la epidermis y dermis, obteniendo un puntaje DIANA de 3.
		ALTA	ETIQUETA NOC: Integridad tisular: piel y membranas. DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Integridad tisular (L) CODIGO: 1101	PUNTAJÓN DIANA MANTENIDA AUMENTADA RA RA 2 4		CUIDADOS DE LAS ULCERAS POR PRESION 3520 • Describir las características de la ulcera a intervalos regulares, estadio, posición, exudación, granulación, o tejido necrótico y epitelización. • Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante. • Mantener la ulcera humedecida para favorecer la curación. • Aplicar calor húmedo a la ulcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona. • Limpiar la piel alrededor de la ulcera con jabón suave y agua. • Desbridar la ulcera si es necesario. • Aplicar un apósito adhesivo permeable a la ulcera según corresponda. • Aplicar vendaje si es necesario. • Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida. • Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada. • Utilizar camas y colchones especiales según corresponda.	CUIDADOS DE LA PIEL: TRATAMIENTO TOPICO 3584 • Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera. • Realizar la limpieza con jabón antibacteriano. • Proporcionar soporte a las zonas edematosas. • Administrar fricciones en la espalda o cuello. • Aplicar pañales según corresponda. • Girar al paciente inmobilizado cada 2 horas. • Aplicar antibióticos tópicos a la zona afectada.		
		INDICADOR • 110113 Integridad de la piel • 110115 Lesiones cutáneas.	ESCALA: 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	TOTAL: 1 1	TOTAL: 2 2	INDEPENDIENTE ETIQUETA NIC: CODIGO:	INTERDEPE ETIQUETA NIC: CODIGO:		

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION - NOC RESULTADO ESPERADO				EJECUCION - NIC INTERVENCIONES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION	
Paciente es postrado crónico de grado dependencia III, necesita ayuda para realizar todas sus necesidades básicas.	ETIQUETA: Deterioro de la actividad física R/C FACTOR RELACIONADO: Deterioro músculo esquelético E/P CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: Enlentecimiento para cambiar de posición por sí mismo en la cama. Dominio 4 Actividad/reposo Clase 02 Actividad/ejercicio Código 00091	PRIORIDAD	Se favorecerá al paciente en al cambio de postura en la cama			INDEPENDIENTE ETIQUETA NIC:	INTERDEPE ETIQUETA NIC:	Se define este diagnóstico como la limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en La	Paciente con adecuado movimiento en cama, con apoyo del personal y familia, se logró un puntaje DIANA de 8.	
		ALTA	ETIQUETA NOC: Consecuencia de la inmovilidad: fisiológica. DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Movilidad (C) CODIGO: 0204		PUNTAJÓN DIANA MANTENEN RA AUMENTA RA		CAMBIO DE POSICION 0840			APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL 7040
		INDICADOR • 020401 Ulceras por presión.	ESCALA: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno.	TOTAL: 1 1	TOTAL: 2 2	<ul style="list-style-type: none"> Colocar a paciente en cama/colchón terapéutico. Colocar en posición de alineación corporal correcta. Poner apoyo en las zonas edematosas. Proporcionar apoyo adecuado para el cuello. Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente. Girar cada 2 horas al paciente inmovilizado. 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar el nivel de conocimiento del cuidador. Determinar la aceptación del cuidador de su papel. Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador. Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.			

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION - NOC RESULTADO ESPERADO				EJECUCION - NIC INTERVENCIONES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION	
Se observa a paciente inquieta, con respuesta por dolor al manipular zonas con lesiones por presión	<u>ETIQUETA:</u> Disconfort R/C <u>FACTOR RELACIONADO:</u> Síntomas relacionados con la enfermedad E/P <u>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:</u> Inquietud. Dominio 12 Confort Clase 01 Confort físico Código 00214	PRIORIDAD	Paciente mejorara su tranquilidad física.			INDEPENDIENTE ETIQUETA NIC: CODIGO:		Se define este diagnóstico como Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, ambiental, cultural y/o social.	Paciente más tranquila en su unidad En la puntuación DIANA se logra un puntaje final de 9.	
		ALTA	ETIQUETA NOC: Estado de comodidad: física DOMINIO: Salud percibida (V) CLASE: Salud y calidad de vida (U) CODIGO: 2010	PUNTAJÓN DIANA MANTENIDA AUMENTADA RA RA 4 6		MANEJO AMBIENTAL: CONFORT 6482 <ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. • Proporcionar un ambiente limpio y seguro. • Determinar las fuentes de incomodidad. • Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío. • Ajustar iluminación (adaptar a las actividades de la persona), evitando luz directa en los ojos. • Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona. • Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad. • Vigilar la piel. • Evitar exponer la piel o mucosas a factores irritantes (heces, drenajes) 				INTERDEPE ETIQUETA NIC: CODIGO: APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL 7040 <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimiento del cuidador. • Determinar la aceptación del cuidador de su papel. • Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. • Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador. • Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
		INDICADOR <ul style="list-style-type: none"> • 201001 Control de síntomas. • 201004 Posición cómoda. • 201006 Acicalamiento e higiene personal. • 201010 Temperatura corporal. • 201011 Vías aéreas permeables. • 201021 Incontinencia urinaria. 	ESCALA: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno.	TOTAL: 2	TOTAL: 3					

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION - NOC RESULTADO ESPERADO			EJECUCION - NIC INTERVENCIONES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION
Paciente portadora de sonda nasogástrica, recibe su alimentación por ese medio, con diagnóstico de demencia senil.	<u>ETIQUETA:</u> Riesgo de aspiración R/C	PRIORIDAD ALTA	Paciente disminuirá el riesgo a la penetración en el árbol secreciones gastrointestinales, oro faríngeas, solidos o líquidos, que pueden comprometer la salud. bronquial de		INDEPENDIENTE ETIQUETA NIC: CODIGO:	INTERDEPE ETIQUETA NIC: CODIGO:	Se define este diagnóstico como La vulnerabilidad a la penetración en el árbol bronquial de secreciones gastrointestinales, oro faríngeas, solidos o líquidos, que pueden comprometer la salud.	Paciente se mantuvo con vías aéreas permeables. En la puntuación DIANA se logra un puntaje final de 10.
	<u>FACTOR RELACIONADO:</u> Alimentación enteral Dominio 11 Seguridad y Protección Clase 02 Lesión física. Código 00039			PUNTAJACIÓN DIANA	PRECAUCIÓN PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN. 3200	APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL 7040		
			MANTENEN R A 4	AUMENTA R A 10	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso. • Colocación erguida a más de 30° (alimentación por SNG). • Mantener la cabecera elevada de 30 a 45 min. Después de la alimentación. • Mantener equipo de aspiración disponible. • Corroborar colocación de la SNG antes de la alimentación. • Evitar líquidos o usar agente espesante. • Proporcionar cuidados orales. • Comprobar el residuo de la SNG antes de la alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimiento del cuidador. • Determinar la aceptación del cuidador de su papel. • Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. • Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador. Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.		

V. DISCUSIÓN

- En el diagnóstico: Síndrome de fragilidad del anciano, se logró implementar casi todas las intervenciones planificadas frente al deterioro neurológico cognitivo al riesgo de complicaciones de LPP, es decir se cubrió necesidades básicas de higiene, alimentación, cambios de posición, seguridad en el ambiente y cama, actividades que fueron ejecutadas casi a diario como rutina.
- En el diagnóstico: Deterioro de la deglución, considerando a la etapa Adulto Mayor como susceptible a diversos efectos adversos y siendo de vital importancia una alimentación óptima en nutrientes básicos (vitaminas, proteínas y calorías), se colocó la SNG. Para administrar dieta enteral 3 veces al día. Entonces pudimos observar que efectivamente, la nutrición óptima es un elemento que juega un papel importante en la recuperación de las lesiones por presión.
- En el diagnóstico: Deterioro de la eliminación urinaria se cumplió con lo programado, a excepción de proporcionar prendas de protección, en este caso, pañales, pues era un material de adquisición independiente.
- En el diagnóstico: Deterioro de la movilidad física, se pudo cumplir con todas las actividades, adaptando algunos elementos como el uso de cama de colchón/terapéutico, uso de almohadas uso de cojines, bolsas de agua caliente, poner apoyo adecuado en el cuello, minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición cada 2hrs.
- En el diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea, se cumplieron con las actividades programadas, aunque no se pudo valorar la efectividad de las mismas, pues el tiempo de rotación en el servicio no lo permitió.

- En el diagnóstico: Riesgo de aspiración, considerando su deterioro neurológico y su postración crónica con riesgo a múltiples complicaciones debido a la disminución de la movilidad y sensibilidad, por tanto no responde a reflejos. Por ello es muy importante, mantener las vías aéreas permeables (aspirar secreciones orales), mantener la SNG. Adecuadamente y hacer el vaciamiento de residuo gástricos antes de administrar la siguiente dieta manteniendo semisentado al paciente durante su alimentación. Cabecera a 30°C
- En el diagnóstico: Discomfort, se trató de cumplir con las acciones programadas, aunque el manejo del ambiente fue difícil pues la paciente estaba en una sala común.
- Las LPP son un problema de salud mundial, sinónimo de calidad de atención. En el caso planteado se evidencia el descuido familiar, pues la paciente ingreso a hospitalizarse con estas lesiones; los cuidados de enfermería estuvieron enfocados en tratar estas lesiones y minimizarlas. Los diagnósticos planteados a la paciente con las características propias de su etapa de vida, se enmarca en lo que establece la teoría, pues se presentan los factores predisponentes para la aparición de LPP.
- Se formularon 7 diagnósticos (6 diagnósticos reales y 1 potencial), de los cuales 6 coinciden con los planteados por Álvarez-Bolaños, Cegueda - Benítez, en su trabajo de investigación del 2015, en donde refieren que la atención del paciente con úlceras por presión debe ser integral (física, emocional, social y espiritual), es importante conocer los diagnósticos de Enfermería con mayor prevalencia en los pacientes hospitalizados, ya que esto contribuye a la mejora de los niveles de evidencia en la aplicación del cuidado enfermero, facilita la planificación de los cuidados más adecuados, anticipa la aparición de necesidades en relación a los diagnósticos identificados de forma sistematizada y permite al profesional enfermero fortalecer sus procesos. Estas

acciones, pueden ser traducidas a una prevención efectiva de UPP para el paciente y un impacto eficiente para la institución prestadora de servicio en el Sistema Nacional de Salud. (24)

VI. CONCLUSIONES

El presente trabajo identificó la incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor; el tipo de paciente que actualmente se atiende requiere una valoración y aplicación de un plan preventivo urgente para disminuir la incidencia de las úlceras por presión siendo los mayores de 60 años el grupo de mayor riesgo.

Se deduce la importancia de la intervención del personal de enfermería, pues éste participa en la prevención y tratamiento de tales lesiones, así mismo mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería, y la taxonomía NANDA-NIC-NOC se formularon diagnósticos que orientaron a objetivos y acciones dirigidas a evitar los riesgos de complicación de vida del adulto mayor postrado.

VII. RECOMENDACIONES

- Establecer un plan de atención integral, valoración y aplicación de un plan preventivo, por medio de la aplicación de las escalas valorativas de riesgo de úlcera por presión (Norton) en el servicio de medicina por el tipo de paciente que actualmente se atiende en el servicio.
- Realizar control y seguimiento que permitan tener una vigilancia cercana del nivel de riesgo e incidencia de úlcera por presión que facilite la atención de enfermería en el servicio de medicina interna durante las 24 horas del día.
- Establecer un control sobre incidencia de úlceras por presión después del uso de las escalas valorativas de riesgo y aplicación del plan de atención preventivo que permita validar la intervención de enfermería en la atención del adulto mayor
- Se debe realizar programas de capacitación continua, para mejorar el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre las úlceras por presión, lo que evita complicaciones de las úlceras y mejora la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre tratamiento de las úlceras por presión. Logroño; 2003. Revisión 27/04/2003. [Fecha de consulta 26/05/05. Disponible en: <http://www.gneaupp.org/webgneaupp/index.php>

2.- Tzuc-Guardia A, Vega-Morales E, Collí-Novelo L. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. Enfermería Universitaria. 2015; 12(4): 204-211. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-70632015000400204&lng=es&nrm=iso

3.- Bautista-Montaña I, Bocanegra-Vargas L. Prevalencia y factores asociados de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna, neurología y cuidados intensivos de una institución prestadora de salud de III nivel de la ciudad Bogotá en el año 2009. Disponible en: <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/20092/DEFINITIVA/tesis02.pdf>

4.- Garza Hernández R, Meléndez Méndez M, Fang Huerta M, González Salinas J, Castañeda-Hidalgo H, Argumedo Pérez N, Conocimiento, actitud y barreras en enfermeras hacia las medidas de prevención de úlceras por presión. Cienc. enferm. [Internet]. 2017 Dic [citado 2020 Nov 30] ; 23(3): 47-58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000300047>.

5.- Enfermería en las Americas [internet]. Organización Panamericana de la Salud. [citado: 27 de setiembre 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11170:about-nursing-program&Itemid=42273&lang=es

6-7.- Reglamento de la ley del Trabajo de la Enfermera (o), lima-peru. Ley N° 27669 (21 de junio 2002). decreto N° 004-2002-SA. disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1209_LEG265.pdf

8-9-17-23.- Blasco S. Guía Clínica para la Prevención y Tratamiento de las Úlceras Por Presión. Gobierno de Aragon- España. 2007. Disponible en <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion.pdf>

10.- Organización Panamericana de la Salud. Parte II: Úlceras por Presión. Guía de diagnóstico [sede web]. EE.UU. Organización Panamericana de la Salud; [acceso 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia30.pdf>

11.- Bahamon C. Crespo E. Suarez B. Prevalencia, características y factores de riesgo asociados a las úlceras por presión (UPP) en adultos hospitalizados. [Tesis pregrado]. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá 2012.

12.- Barba M. Lopez G, Lucero A. "Prevalencia de factores de riesgo asociados a úlceras por presión en adultos mayores del hogar Cristo Rey, Cuenca 2015". Universidad de Cuenca Ecuador 2015

13.- Mancini, B. Oyanguren. R. Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados. Perú-Chiclayo, febrero de 2014

14.- Cervantes E. Riesgos de úlceras por presión relacionado al estado nutricional de los pacientes adultos mayores con estancia prolongada en un Hospital Público de Huánuco-2016. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/121;jsessionid=03BCCE722F70CB83E9B52B916AD715C1>

- 15.- Gutiérrez J. A. Riesgo a úlceras por presión según escala de Norton en una población adulto mayor de un programa de atención domiciliaria del Callao [tesis pregrado]. Lima. Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad Ricardo Palma; 2015
- 16.- Blanco JL. Definición y clasificación de las úlceras por presión. Perú, 2003, vol. 23, núm. 4, p. 194-198 2003. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/16206495.pdf>
- 18.- Díaz de Durana S, Ayllon Garrido N, La Torre Garcia K. Evolución de la incidencia de las úlceras por presión tras la mejora de un protocolo de prevención en cuidados intensivos. Gerokomos Disponible desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n4/207helcos.pdf>
- 19.- Panel consultivo europeo sobre úlceras por presión y Panel consultivo nacional sobre úlceras por presión. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Guía de referencia rápida. Washington DC: Panel Asesor Nacional de Úlceras por Presión; 2009. Disponible en: https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg_treatment_in_spanish-1.pdf
- 20-21.- Izquierdo F. Relación entre riesgo e incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia-2005(trabajo de investigación para optar título de especialista en enfermería intensivista). Lima-Peru. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2005. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/monografias/salud/izquierdo_mf/cap2.pdf
- 22.- Villanueva M. Factores de riesgos y presencia de úlceras por presión en adultos hospitalizados, en áreas críticas Hospital María Auxiliadora, 2019 (Tesis para optar el título de licenciada en enfermería). Lima-Perú. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. 2019. Disponible en:http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4962/TESIS_VILLANUEVA%20DE%20LA%20CRUZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

24.- Álvarez-Bolaños E., Cegueda-Benítez B.E., Cuevas-Budhart M.A., González-Jurado M.A., Gómez del Pulgar-García Madrid M. Diagnósticos Enfermeros prevalentes en pacientes mayores con úlceras por presión: estudio transversal. *Enfermería Universitaria* [revista en la Internet]. 2019 Set [citado 2020 Dic 01]; 16 (3): 282-293. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.708>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berman A; Snyder S; kozier B; Erb G. Fundamentos de enfermería. 8va ed. Pearson Educación S.A. Madrid-España. 2008
2. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima edición. Barcelona. Elseiver. 2018.
3. Herdman H, Katmisuru S. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Undécima edición. Barcelona. Elseiver. 2018.
4. INEI, PERU: Porcentaje de población por etapas de vida <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/demograficos/poblaciontotal/POBVIDMacros.asp>
5. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Sexta edición. Barcelona. Elseiver. 2018.

ANEXOS

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO

DATOS GENERALES:

Nombre del paciente: Fecha de Nacimiento Edad.....
 Fecha de ingreso al servicio: Hora..... Persona de referencia..... Teléf.....
 Procedencia: Admisión (.....) Emergencia (.....) Otro (.....)
 Forma de llegada: Ambulatorio (.....) Silla de ruedas (.....) Camilla (.....)
 Peso..... Estatura..... PA..... FC..... FR..... T°.....
 Fuente de información: Paciente (.....) Familiar / amigo (.....) Otro.....
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRURGICAS
 HTA (.....) DM (.....) gastritis / úlceras () asma () TBC () otros Cirugías Si () No ()
 Especifique..... Fecha..... Alergias y otras reacciones: Fármacos (.....)
 Alimentos (.....) Signos y síntomas Otros

VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS

DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD

¿Qué sabe usted sobre su enfermedad?.....
 ¿Qué necesita saber sobre su enfermedad?.....
 Comentarios.....
 Estilos de vida/hábitos.
 USO DE TABACO: U O TRO USO DE ALCOHOL:
 Si (.....) NO (.....) SI (.....) NO (.....)
 Cant. / frec..... Cant. / frec.....
 Comentarios.....
 Consumo de medicamentos con o sin indicación:
 ¿Qué toma actualmente? Dosis / Frec. Última dosis

 Motivo e incumplimiento de indicación médica.....
 Hábitos de higiene:
 - Corporal.....
 - Hogar.....
 - Comunidad.....
 - Estilo de Alimentación.....

DOMINIO 2: NUTRICION

Cambio de peso durante los últimos 6 meses: Si (.....) No (.....)
 Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia ()
 Dificultad para deglutir.....
 Náuseas (.....) Pirosis (.....) Vómitos (.....) Cant.....
 SNG NO () SI () alimentación (.....) Drenaje (.....)
 Abdomen: Normal (.....) Distendido (.....) Doloroso (.....)
 Ruidos hidroaéreos: Aumentado (.....) Disminuido (.....)
 Ausentes (.....) Drenaje: Si () Específica:
 No () Específica:
 Comentarios adicionales.....
ALIMENTACIÓN DEL NIÑO:
 Lactancia si (.....) frecuencia.....
 Tipo.....
 Otro tipo de alimentación.....

DOMINIO 3: ELIMINACION

Hábitos intestinales: Numero de deposiciones / día.....
 Estreñimiento (.....) Diarrea (.....) Incontinencia (.....) Ostomía (.....)
 Comentarios adicionales.....
Hábitos vesicales: Frecuencia..... Disuria (.....)
 Retención (.....) Incontinencia (.....) Otros.....
 Sistemas de ayuda: Si (.....) No (.....) Pañal (.....)
 Otros:.....
 Sonda (.....) Fecha Colocación..... Colector (.....) Fecha colocación.....
 Comentarios adicionales.....
 Ruidos respiratorios claros (.....) sibilancias (.....) estertores (.....)
 Otros..... comentarios.....

DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

SUENO – DESCANSO:
 Horas de sueño.....
 Problemas para dormir: Si..... No..... toma algo para dormir si.....
 No.....
 Padece de insomnio (.....) pesadilla (.....)
 Comentarios adicionales.....
 Capacidad de Auto cuidado
 0 = Independiente (.....) 1= Ayuda de otros (.....)
 2= Ayuda de personal, equipó () 3= Dependiente Incapaz (.....)

ACTIVIDADES	0	1	2	3
MOVILIZACIÓN EN LA CAMA				
DEAMBULA				
IR AL BAÑO / BAÑARSE				
TOMAR ALIMENTOS				
VESTIRSE				

 Aportes de ayuda: ninguno (.....) muletas (.....) andador (.....)
 Sin ruedas (.....) bastón (.....) otros (.....)
Movilidad de miembros: Si (.....) No (.....)
 Contracturas (.....) Flacidez (.....) parálisis (.....)
 Fuerza muscular conservada (.....) disminuida (.....) fatiga si.....
 No..... otros motivos d déficit de autocuidado.....

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso: Regular (.....) Irregular (.....)
 Pulso periférico: Pedito (.....) (.....) (.....) (.....)
 Poplitea: (.....) (.....) (.....) (.....)

0 = AUSENCIA
 +1 = DISMINUCION NOTABLE
 +2 = DISMINUCION MODERADA
 +3 = DISMINUCION LEVE
 +4 = PULSACION NORMAL

Edema: Si (.....) No (.....) Localización:.....
 (.....) + (0 - 0.65cm) (.....) ++ (0.65 - 1025cm)
 (.....) +++ (1.25 - 2050cm).
 Riesgo Periférico:
 Extremidad D: Normal (.....) cianosis (.....) Fria (.....)
 Extremidad I: Normal (.....) cianosis (.....) Fria (.....)
 Presencia de líneas invasivas:
 Catéter periférico (.....) Especificar.....
 Catéter Central (.....) Especificar.....
 Comentarios adicionales.....
ACTIVIDAD RESPIRATORIA
 Respiración: Regular (.....) Irregular (.....) Disnea (.....)
 Otro..... Especificar.....
 Tos: No (.....) Si (.....) Especificar.....
 Ruidos respiratorios: claros (.....) Otros.....
 Ayuda respiratoria Oximetria.....
 Ayuda endotraqueal / VM.....
 Traqueotomía.....
 Oximetría del pulso.....

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN / COGNICIÓN.
NIVEL DE CONCIENCIA (Escala de Glasgow)

Apertura ocular	Respuesta verbal	Respuesta motora
() 4 Espontánea	() 5 Orientado	() 6 Obedece
() 3 A la voz	() 4 Confuso	órdenes
() 2 Al dolor	() 3 Palabras	() 5 Localiza el dolor
() No responde	Inapropiadas	() 4 Se retira
	() 2 sonidos	() 3 Flexión anormal
	incomprensibles	() 2 Extensión anormal
	() 1 No responde	() 1 No responde

PUNTAJE TOTAL
 Orientado: Tiempo (.....) Espacio (.....) persona (.....)
 Lagunas mentales: frecuente (.....) espaciados (.....)
 Alteración en el procesos de pensamiento: SI (.....) NO (.....)
 Alteraciones sensoriales: Visuales (.....) auditivas (.....) cenestésicas (.....)
 gustativa (.....) táctil (.....) olfatoria (.....) Otros (.....).

COMUNICACIÓN

Alteración del habla (.....) Lenguaje (.....)
 Barreras: Nivel de conciencia (.....) Edad (.....)
 Diferencia cultural (.....) Medicamentos (.....)
 Barrera física (.....) Autoestima (.....)
 Barrera Psicológica (.....) Alt. Percepción (.....)

DOMINIO 6 DE AUTOPERCEPCIÓN

Concepto de sí mismo.....
 Sensación de fracaso: familia (.....) trabajo (.....) otro (.....)
 Especifique..... tiempo.....
 Cuidado de su persona:
 Corporal.....
 Vestimenta.....
 Aceptación en la familia y comunidad: SI (.....) NO (.....)
 Motivo.....
 Relación frente a cirugías y enfermedades graves: ansiedad (.....)
 Indiferencia (.....) desesperanza (.....) rechazo (.....)
 Comentarios.....

DOMINIO 7: ROL RELACIONES

Estado civil..... profesión / ocupación.....
 Con quien vive: solo..... con su familia..... otros.....
 Fuentes de apoyo: familia..... amigos..... otros.....
 Cuidado personal y familiar en caso de enfermedades o de niños:
 Desinterés..... negligencia..... desconocimiento.....
 Cansancio..... otros.....
 Composición familiar:
 Divorcio..... muerte..... nacimiento de un nuevo ser.....
 Reacción individual y de la familia frente a estos acontecimientos.....

CONFLICTOS FAMILIARES: No (.....) Si (.....)

Especifique:.....
 Problemas de alcoholismo:.....

CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO: efectiva (.....)

Inefectiva (.....) motivo.....
 Relación familiar en torno al recién nacido bueno (.....) malo (.....)
 Cuidado del recién nacido inadecuado.....

DOMINIO 8: SEXUALIDAD:

Última menstruación:..... Problemas menstruales NO (.....) SI (.....).
 Especifique.....
 Problemas de identidad sexual no (.....) si (.....)
 Problemas de actividad sexual con su pareja: no (.....) si (.....) especifique.....
 Motivo de disfunción sexual: enfermedad biológica (.....) edad.....
 Enfermedad psicológica (.....) otro (.....) comentarios.....
 Secreciones anormales: SI (.....) NO (.....) Especifique.....
 Otras molestias.....

Problemas de identidad sexual si.....no.....
 Problemas en actividad sexual si.....no.....
 Especifique.....
 Motivo de la disfunción sexual.....
 Comentarios.....

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO TOLERANCIA LA STRESSES

Cambio de vida familiar en los últimos años no (.....) si (.....)
 Especifique motivo.....
VIOLENCIA SEXUAL No (.....) si (.....) fecha.....
 Conducta psicológica frente al hecho.....
 Comentarios.....
SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO NORMAL (.....) Problemas (.....)=
 signos: palidez (.....) bradicardia o taquicardia (.....)
 Hipertensión paroxística (.....) diaforesis (.....) manchas (.....)
 Otros.....
 Lesiones medulares si (.....) si (.....)
 Conducta del lactante normal (.....) inadecuada (.....)
 Signos: irritabilidad (.....) nervioso (.....) inquieto (.....)
 Flacidez (.....) movimientos descoordinados (.....) otros.....

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Religión.....
 Restricciones religiosas.....
 Solicitud visita de capelán.....
 Comentarios adicionales.....
 Dificultad para tomar decisiones en.....

DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCIÓN

Estado de enfermedad: controlada si (.....) no (.....)
 Herida quirúrgica.....
 Estado de piel y mucosas.....
 Estado de inconciencia no (.....) si (.....) tiempo.....
 Incapacidades: invalidez (.....) ceguera (.....) demencia (.....)
 Fracturas de riesgo del lactante..... posición dormir.....
 Decúbito prona y lateral (.....) exp. humo PRE y post natal (.....)
 Niño: descuidado (.....) muy abrigado (.....) clima (.....) otra (.....)
VIOLENCIA FAMILIAR: física (.....) psicológica (.....) intento de suicidio si (.....) motivo.....
 Dentición.....
 Vías aéreas permeables si (.....) no (.....) secreciones (.....) otros (.....)
 Alergias al látex (.....) otros (.....)
TERMORREGULACIÓN: inefectiva (.....) motivo.....
 hipertermia..... hipotermia.....

DOMINIO 12 CONFORT

Dolor / Molestias: SI (.....) No (.....) CRÓNICA (.....)
AGUDO (.....)
 Especificar: Intensidad.....
 Tiempo y frecuencia.....
 Náuseas: SI (.....) No (.....) MOTIVO.....
 Fobias: Especifique.....
 Relación Social y familiar.....
 otros (.....)

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Diagnósticos nutricionales: normal..... desnutrición global leve.....
 Moderada..... severa..... desnutrición crónica.....
 Desnutrición aguda..... crónica reagudizada.....
 Riesgos nutricionales..... obesidad.....
 Diagnóstico de desarrollo: normal..... riesgo..... retraso.....
 Em: motricidad gruesa..... fina.....
 Lenguaje..... coordinación..... social.....
 Comentario.....
 Factores de riesgo: nutricional..... ceguera.....
 Pobreza..... lesión cerebral..... enfermedad mental.....
 Adulto: nutrición: masa corporal..... normal..... desnutrido.....
 Obeso.....
 Desarrollo: signos de incapacidad para mantener su desarrollo: anorexia.....
 fatiga..... deshidratación..... enfermedad.....
 Dificultad para razonar..... otros.....

ANEXO I. TRATAMIENTO DE LAS UPP

ESTADIO	OBJETIVOS	TRATAMIENTO			
Piel íntegra	Mantener el film hidrolipídico protector de la piel	Ácidos grasos hiperoxigenados Apósito hidrocoloide			
I	 Prevención y protección de la zona enrojecida Mejorar la resistencia de la piel y minimizar el efecto de la anoxia tisular	Ácidos grasos hiperoxigenados Apósito hidrocoloide o apósito hidropolimérico			
II	 Mejorar la resistencia de la piel y minimizar el efecto de la anoxia tisular Favorecer la regeneración tisular	Hidrogel en lesión no exudativa o alginato de calcio en lesión exudativa Apósito hidropolimérico			
III		SOSPECHA INFECCIÓN	NO	Favorecer la epitelización	Apósito hidropolimérico
		SI	Reducir la carga bacteriana	Apósito de plata Apósito hidropolimérico	
		SOSPECHA ESFACELOS	NO	Favorecer la epitelización	Apósito hidropolimérico
IV		NECROSIS/ESFACELOS	SI	Eliminar el tejido no viable	a) Desbridamiento enzimático Colagenasa b) Desbridamiento autolítico Hidrogel c) Desbridamiento quirúrgico
		EXUDADO	NO	Ambiente húmedo	Hidrogel Apósito hidropolimérico
			SI	Evitar la maceración	Alginato de calcio Apósito hidropolimérico

