



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA**

**“Proceso Atención de Enfermería con Incorporación de
Taxonomía NANDA- NOC- NIC en Paciente que Cursa Úlceras
Por Presión Secundario a Inmovilidad”**

T E S I S

Que para obtener el título de Enfermera General

Presenta

C.P.D. Enfermería: Manuel Díaz Demeza

Asesor: MCE. Olga Rocío Flores Chávez

Pachuca, Hgo. Febrero 2016

ÍNDICE

	Pág.
I.- INTRODUCCIÓN.....	4
II.- JUSTIFICACIÓN.....	6
III.- OBJETIVOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	8
3.1 General.	8
3.2 Específico.	8
IV.- METODOLOGÍA.	9
4.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso.....	9
4.2 Selección del caso y fuentes de información.....	9
V- MARCO TEÓRICO.....	11
5.1 Anatomía y fisiología de la piel.....	11
5.2 Escala de Valoración de riesgo de desarrollo UPP. Braden.....	15
5.3 Escala de Valoración de riesgo Norton.....	16
5.3 Historia Natural de la Enfermedad de úlceras por presión.....	17
5.4 Niveles de Prevención del Lavelle-Clack de úlceras por presión.....	18
VI. MARCO ÉTICO-LEGAL.....	21
6.1 Leyes, normas y reglamentos.....	22
VII. APLICACIÓN DE PROCESO DE ENFERMERÍA	
7.1. Valoración.....	24
7.2 Razonamiento Diagnóstico.....	29
7.3 Modelo de Priorización AREA.....	31

7.4 Plan de Cuidados.....	32
VIII. CONCLUSIONES.....	45
IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA... ..	47

I. INTRODUCCIÓN

El tema de calidad y seguridad de los pacientes en los últimos 20 años ha tenido relevancia en la conformación de políticas de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 109ª reunión, dedicada a la Calidad de la Atención y la Seguridad del Paciente, recalcó: “las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarles daño”. Las úlceras por presión (UPP) constituyen un problema común en muchos países del mundo, en todos los niveles asistenciales de Salud, afectando a personas de todos los grupos de edad y produciendo elevados costos, tanto a nivel de sufrimiento individual y familiar como a nivel socio-económico de consumo de recursos.

Actualmente, está claro que este fenómeno extrapola la atención de enfermería, pues la etiología es multifactorial, incluyendo factores intrínsecos y extrínsecos al individuo como edad, morbilidad, condiciones de movilidad, estado nutricional, nivel de conciencia entre otros. Mientras, en virtud de que presten atenciones directas a los pacientes y permanecer a su lado en las 24 horas del día, los profesionales de enfermería se han responsabilizado por la implementación de medidas preventivas y sistematizadas de cuidado, por medio de la adopción de protocolos basados en directrices internacionales, con vistas a evitar tan fatídico evento.

El proceso de enfermería (PE), es un método racional y sistemático de planificación y provisión de cuidados de enfermería. El PE tiene como meta identificar las necesidades de cuidados actuales y potenciales para la salud del paciente con la finalidad de establecer los planes de acción que permita intervenir en la satisfacción de las mismas en sus cinco etapas, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Los profesionales de la enfermería deben utilizar el pensamiento crítico para resolver los problemas de los pacientes y tomar las mejores decisiones, ello permite interactuar con otras disciplinas y campos a la práctica de la enfermería, hacer frente a los cambios en situaciones estresantes,

tomar decisiones importantes en relación a los cuidados del paciente. Incorporar su creatividad a su forma de pensar, ser capaces de encontrar soluciones únicas a problemas únicos, ser creativos, generar ideas con rapidez, ser flexibles, naturales, aportar soluciones originales a los problemas, esto permite ser independientes y tener confianza en sí mismos, y demostrar individualidad. La integración de las taxonomías NANDA - NOC (Clasificación de resultados) y NIC (Clasificación de intervenciones de enfermería) permite fomentar el lenguaje propio de la disciplina.

Ante éste panorama que cursa la población hospitalizada geriátrica, entre otros surge la necesidad de aplicar un proceso de enfermería y mejorar la atención que se brinda al paciente.

II. JUSTIFICACIÓN

Para la enfermería proporcionar cuidados de calidad comienza con la aplicación del de la herramienta metodológica propia de la profesión el PAE. La Comisión Permanente de Enfermería promueve la elaboración y aplicación de los Planes (Planes de Cuidados de Enfermería). Las UPP son un problema salud que requiere de recursos humanos comprometidos con la dignidad y la seguridad de los pacientes que son atendidos en las instituciones de salud, con el fin de evitar la aparición de complicaciones relacionadas con el cuidado.

Un estudio realizado a nivel nacional en 175 unidades médicas reportó una prevalencia cruda de úlceras por presión de 12.96%. El conocimiento científico reciente ha demostrado que son lesiones evitables hasta en un 95% de los casos. Sin embargo, siguen siendo una situación poco conocida por los profesionales e instituciones de salud, y aún menos por los pacientes y sus familiares. La aparición de UPP “supone una amenaza de primera magnitud a la seguridad de los pacientes en todos los sistemas sanitarios, sociales y en la comunidad, deteriora la calidad de vida de quienes las padecen y pueden conducir a la discapacidad y a la muerte, son mayormente recurrentes en adultos mayores, pacientes debilitados y personas con una movilidad disminuida o deterioro cognitivo, cualquier herida condiciona el bienestar del individuo y puede repercutir en detrimento de sus actividades cotidianas y ser causa de problemas psicológicos y económicos; no solo implican dolor e incomodidad, sino que pueden dar paso a un gran número de complicaciones que ponen en peligro la salud y la vida de los paciente, condicionan “el incremento de los costos de la atención a la salud y la prolongación de las estancias hospitalarias de los pacientes. El costo unitario de la atención a úlceras por presión asciende a 687 pesos mexicanos per cápita a la semana y 2,748 por capital al mes. Además, generan una imagen negativa de los profesionales de la salud e instituciones, ya que son reflejo del cuidado. Es por ello que la atención de estas lesiones requiere de la implementación de estrategias que garanticen una atención efectiva y segura. Se considera que las úlceras por presión son “una muestra de negligencia asistencial con implicaciones legales y éticas para los profesionales e instituciones de salud.”

Además, son un evento adverso resultante de las intervenciones realizadas o no en los pacientes, y tienen. La existencia de un protocolo de prevención de úlceras por presión, junto con el registro de las intervenciones efectuadas es una herramienta de protección legal ante un problema relacionado con malas prácticas que tienen que ver con la calidad y la seguridad de la atención de las instituciones. Por ello es necesario que exista un consenso para otorgar cuidados preventivos y tratamiento eficaces con criterios unificados para todos los profesionales. Es obligación del profesional de la salud actualizar sus conocimientos en relación a la prevención y tratamiento de úlceras por presión con el fin de reducir el impacto de estas lesiones. Las úlceras por presión son un problema salud que requiere de recursos humanos comprometidos con la dignidad y la seguridad de los pacientes que son atendidos en las instituciones de salud, con el fin de evitar la aparición de complicaciones relacionadas con el cuidado.

III. OBJETIVOS

General

Aplicar el Proceso de Enfermería con interrelación de las taxonomías NANDA-NOC-NIC en paciente que cursa úlceras por presión

Específicos

- ✓ Realizar la valoración focalizada
- ✓ Identificar las respuesta humanas
- ✓ Aplicar las mejores intervenciones de enfermería para dar respuesta a las necesidades de la paciente y evaluar el plan de cuidados.

IV. Metodología

4.1 Estrategia de la investigación: estudio de caso

Debido a la elevada prevalencia de pacientes hospitalizados y no que presentan úlceras por presión por diversas causas se decidió realizar un estudio caso.

4.2 Selección de caso y fuentes de información

Para llevar a cabo la recolección de datos, la enfermera puede acudir a distintas fuentes.

LA FUENTE PRIMARIA o directa de información será siempre el propio paciente. Sin embargo existen varias **FUENTES SECUNDARIAS O INDIRECTAS**, que pueden añadirse a la primaria tales como:

- La historia clínica del paciente, actual o anterior
- La familia y el entorno del paciente
- El intercambio de información con los demás miembros del equipo de salud
- Libros, artículos y obras referidas al tema.

Los métodos para la recolección de datos son:

La **observación** que es una habilidad de enfermería de alto nivel que requiere mucha práctica. Las habilidades de observar y recordar son difíciles de adquirir y sin embargo esta habilidad de realizar una constante observación es esencial para la valoración, a medida que la enfermera adquiere habilidad en proporcionar cuidados físicos, inicia su atención a la persona y comienza a recolectar datos por observación.

La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina, los hallazgos encontrados mediante la

observación han de ser posteriormente confirmados o descartados. Así mismo la entrevista con sus fases.

Exploración física

O también llamada valoración física, es un método sistemático de recolección de datos que utiliza la observación (es decir, los sentidos de la vista, oído, olfato, y el tacto) para detectar problemas de salud. Para llevar a cabo la exploración se utilizan las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

La exploración física se lleva a cabo de forma sistemática, puede llevarse a cabo de cabeza a pies o siguiendo un enfoque centrado en los sistemas orgánicos. Durante la exploración física se valoran todas las partes corporales y se comparan los hallazgos a ambos lados del cuerpo (p.e. los pulmones).

Posteriormente la enfermera organiza los datos obtenidos, los valida y registra los mismos, para obtener una serie de datos significativos que permite identificar la respuesta humana.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Anatomía y fisiología

EPIDERMIS

La epidermis es la capa más externa de la piel, tiene un grosor de 0.4 y 1.5 mm y está constituida por cuatro capas de células que se renueva continuamente.

Las células de la base de la epidermis van siendo empujadas gradualmente hasta las capas más superficiales sufriendo cambios en su forma durante esta migración este proceso de renovación recibe el nombre de queratinización. La capa cornea superior se va desprendiendo en proceso constante.

La epidermis es vascular, es decir no tiene vasos sanguíneos, y en ella podemos encontrar 4 tipos de célula.

Queratinocitos: son células predominantes de la epidermis, la capa más superficial de la piel.

Melanocitos: sintetizan la melina, que intervienen en la termorregulación local, en la síntesis de vitamina D y en la resistencia a los efectos que la radiación ultravioleta. Esta sustancia es, además, la responsable de que adquiramos el color moreno al exponernos de forma continua al sol.

Células de langerhans: estas células están involucradas en la gran cantidad de respuestas inmunes.

Células de Merkel: intervienen en la percepción de la sensibilidad táctil, de ahí que se localice fundamentalmente en la epidermis del pulpejo de los dedos, en el folículo piloso.

DERMIS

Tiene una estructura parecida a la de una maya constituida por tejido fibro elástico. En la dermis podemos encontrar fibras (colágeno, elásticas) células elementos vasculares y elementos nerviosos.

Entre ella se encuentra los anejos cutáneos que son los siguientes:

Pelo: se distribuye por toda la superficie corporal excepto en las mucosas, las palmas y las plantas. Son estructura flexible y resistente constituida por queratina dura.

El proceso de crecimiento del pelo está regulado por factores hormonales; por término medio, un cabello crece unos 0.3 mm al día.

Unas: son placas corneas transparente constituida también por queratina dura.

Tiene un crecimiento aproximado de 3mm al mes. Glándulas sebáceas: estas glándulas producen una sustancia llamada sebo, que está formado por grasa, células y ácidos, cuya misión es engrasar la piel y el cabello como mecanismo de protección.

GLÁNDULAS SUDORIPARAS

ECRINAS: son las encargadas de producir el sudor. La función más importante del sudor es regular la temperatura corporal y responde a estímulos tales como el calor, estrés, los estímulos del sistema nervioso.

APOCRINAS: localizadas fundamentalmente en la axila, el área genital, la areola y el pezón. El inicio de las secreciones de estas glándulas tiene lugar en la pubertad.

HIPODERMIS

Constituye el estrato más profundo de la piel. En ella se almacena el tejido adiposo, formado por células llamada adiposa, que cumple funciones de aislamiento y de almacén de energía en forma de grasa.

VASCULARIZACIÓN E INERVACIÓN DE LA PIEL.

La vascularización cutánea interviene de la forma activa en los procesos de termorregulador cuando no sometemos a cambios bruscos de temperatura. La inervación de la piel permite a esta su importante función de ser un órgano

sensorial. Para poder captar estímulos externos esta provista de gran cantidad de terminaciones nerviosas que clasifican en subgrupos, cada uno de los cuales se especializa en captar un determinado tipo de estímulo. Estos subgrupos se encuentran distribuidos en los tres estratos de la piel: epidermis, dermis e hipodermis.

PATOGENIA

La piel entre las múltiples funciones que contribuyen a la autoimagen del paciente, regula la temperatura corporal y la homeostasis; sirve como sistema sensorial y de excreción y protege las estructuras internas del cuerpo de efectos dañinos del ambiente y de gérmenes patógenos potenciales. Cuando la integridad de la piel se encuentra en riesgo de perderse debido a factores como: edad avanzada, estancia hospitalaria prolongada, estado físico y de conciencia alterados, incontinencia de esfínteres, dificultad para la actividad y movilidad se propicia la formación de úlceras por presión.

Los factores responsables de su aparición se dividen en varios puntos mencionados a continuación:

PRESION:

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 6- 32 mm. de Hg. Una presión superior a 32 mm.de Hg. ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos.

FRICCION:

Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. Se puede producir fricción al tirar de las sábanas durante los cambios de postura. Esta acción puede erosionar la dermis, con pérdida de la función de barrera.

FUERZA EXTERNA DE PINZAMIENTO VASCULAR: Combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona).

Cizallamiento es el desgarramiento o estiramiento del tejido que puede producirse al resbalar el paciente de la cama al estar sentado.

La **humedad** secundaria a incontinencia, heridas exudativas o diaforesis puede macerar la piel. La piel macerada se erosiona con facilidad. En el edema los desequilibrios hídricos debido a la acumulación de líquido excesivo en los tejidos interfieren en la nutrición apropiada de las células.

La **desnutrición** facilita la formación de úlceras por presión ya que disminuye la tolerancia tisular. El aporte nutricional no solo está directamente relacionado con la calidad de los tejidos corporales, sino también con la cicatrización.

El aumento de la temperatura debido a estados febriles, incrementan la tasa metabólica y el consumo de oxígeno y nutrientes.

Los ancianos presentan un mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión debido a que la piel posee menos tejido subcutáneo y fibras de elastina y colágeno y menor humedad. La prevención de las úlceras por presión se basa en la movilización periódica del paciente encamado, de tal modo que ninguna zona de su cuerpo, quede en contacto directo con el colchón durante mucho tiempo.

5.2 Escala de valoración Braden. Evalúa el riesgo de desarrollar Úlceras por Presión

Percepción Sensorial	1. Limitado completamente	2. Muy limitado	3. limitado levemente	4. Sin impedimento
Exposición a la humedad (Grado de humedad en la piel)	1. Completamente húmeda	2. Muy húmeda	3. Ocasionalmente húmeda	4. Raramente húmeda
Actividad (Grado de actividad física)	1. Confinado a la cama	2. Confinado a la silla	3. Ocasionalmente camina	4. Camina frecuentemente
Movilidad (control de la posición corporal)	1. Completamente inmóvil	2. Muy limitada	3. Levemente limitada	4. Sin limitaciones
Nutrición (Patrón de ingesta alimentaria)	1. Completamente inadecuada	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
Fricción y roce de la piel con sábanas	1. Presente	2. Probablemente presente	3. Ausente	

Se considera como riesgo de desarrollar Úlceras por Presión un puntaje **menor o igual a 16**

5.3.-ESCALA DE VALORACION DE RIESGO DE DESARROLLAR: Norton

Estado General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4 Caminando	4.Total	4.Ninguna
3. Débil	3. Apático	3. Con ayuda	3. Disminuida	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Sentado	2. Muy limitada	2. Urinaria
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble incontinencia

1.- Puntuación de 5 a 9 riesgo muy alto

2.- Puntuación de 10 a 12 riesgo alto

3.- Puntuación de 13 a 14 riesgo medio

4.-Puntuación mayor de 14 riesgo mínimo / o no hay riesgo

PERIODO PREPATOGÉNICO

AGENTE MULTIFACTORIAL:

- El factor causal más importante es la presión ejercida por el peso del cuerpo, Fricción roce de la piel y las fuerzas de cizallamiento o deslizamiento de la piel entre las estructuras óseas subyacentes y las superficies externas
- Inmovilidad
- Mal nutrición
- Edad

HUESPED: Cualquier persona con predominio en los adultos mayores, con enfermedades crónico degenerativos, con piel seca, irritada, en estado de coma, pacientes desnutridos, con pérdida de la sensibilidad en la piel o con incontinencia

MEDIO AMBIENTE:

- En cualquier época del año, en cualquier nivel socio

PERIODO PATOGENICO

MUERTE: Sepsis

DEFECTO O DAÑO: Sepsis, Anemia, Hipoproteinemia

INCAPACIDAD: Puede ser temporal o permanente de acuerdo al grado de lesión

ENFERMEDAD: Son lesiones que se producen en la piel y en los tejidos que están por debajo de ella, provocadas por la presión de una superficie dura que está en contacto con una parte del cuerpo

SIGNOS Y SÌNTOMAS: **Estadio 1** La piel está intacta y no hay ninguna ulceración, hay es un cambio en el color de la piel que puede aparecer ligeramente más rojo o más oscuro del habitual. Áreas dañadas se sentirán más calientes que la piel circundante. **Estadio 2** implica un daño a la piel por la formación de una úlcera, un cráter poco profundo o una abrasión o una ampolla. **Estadio 3** significa normalmente que el espesor total de la piel es ulcerado. La úlcera Capas como una herida abierta, exposición de tejidos y músculos subyacentes. **Estadio 4** significa que hay daños en los músculos subyacentes, articulaciones, nervios, tendones y hasta los huesos.

CAMBIOS CELULARES Y TISULARES: área de eritema que no blanquea con la presión constituye ya una úlcera por presión. Así mismo, las ampollas sobre prominencias óseas

Recuperación

Estará determinada directamente proporcional al dañado y al control adecuado

NIVELES DE PREVECIÓN DE LEAVELL Y CLARK

PREVENCION PRIMARIA		PREVENCION SECUNDARIA			PREVENCION TERCIARIA
Promoción para la Salud	Prevención Específica	Diagnóstico Precoz	Tratamiento Oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación acerca de los cambios que se producen en el cuerpo en la edad avanzada sobre la postura del cuerpo. • Orientación acerca de una alimentación sana y equilibrada • Fomento en la actividad física 	<ul style="list-style-type: none"> • En todo paciente que presente factores de riesgo para la aparición de las úlceras, se debe realizar una búsqueda sistemática de las mismas. • Valoración integral del estado de salud de las personas con riesgo de desarrollar UUP • Valoración del riesgo a través de escalas como: Braden y/o Nortón 	<ul style="list-style-type: none"> • Interrogatorio • Exploración física: Inspección de la piel, con mayor cuidado en áreas de riesgos (sacro, tuberosidades isquiáticas, maléolos, calcáneo, y región occipital) • Exámenes de laboratorio (BH, QS, ES, Gpo y RH,) 	<p>Tratamiento preventivo-profiláctico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspección y cuidado de la piel. • Medidas higiénicas. • Terapia postural. • Tipos de superficie de apoyo. • Nutrición. • Orientaciones generales en cuanto al tipo de vestido, calzado, y utilización de aditamentos de ortopedia técnica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apego al régimen terapéutico • Cuidados de la piel con productos de barrera (películas de poliuretano y óxido de zinc) • Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas, • Mantener la piel limpia seca evitando la fricción, se recomienda usar agua tibia y jabón neutro. • Aplicar cremas hidratantes si el paciente tiene piel seca. • Los ácidos graso 	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere de la participación del equipo multidisciplinario: Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Especialista en Neurología, Medicina Interna y en Cirugía Estética, Licenciados en Enfermería, Licenciados en Medicina Física y Rehabilitación. • Aditamentos especiales como: <ul style="list-style-type: none"> Estáticos: • Colchonetas o

			<p>- Tratamiento médico-fisiátrico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desbridamiento. • Limpieza o cura de la herida. • Tratamientos con agentes físicos. • Favorecedores de la cicatrización. • Tratamiento contra la infección. <p>- Tratamientos alternativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxigenación hiperbárica. • Dexpantenol. • Peloides 	<p>hiperoxigenados posibilidad una óptima hidratación de la piel,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios posturales de 2 a 3 horas con rotación determinada. • Hacer ejercicios pasivos en presencia de inmovilidad de las articulaciones • No usar flotadores y/o cojines en forma de dona • Mantener un soporte nutricional óptimo • Reevaluar a todos los paciente en presencia de UUP 	<p>cojines de aire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colchones de agua. • Colchonetas o cojines de fibra. • Colchonetas de espuma de grandes dimensiones. • Colchones de látex. • Colchones y cojines estándar para los cuidados en las instituciones de salud. • Cojines de gel de silicona <p>Dinámicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colchones o colchonetas alternantes de aire. • Camas y colchones de posicionamiento lateral. • Camas fluidificadas. • Camas baritadas.
--	--	--	--	--	---

					<p>Agentes físicos terapéuticos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Laserterapia.• Microcorrientes.• Terapia con oscilaciones profundas.• Magnetoterapia.• Ultrasonido terapéutico.
--	--	--	--	--	---

VI.-ASPECTOS MÉDICO/LEGALES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la necesidad de promover la seguridad del paciente como un principio fundamental en todos los sistemas de salud, por lo que desde 2002, en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud insta a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema y consolidar sistemas que mejoren la seguridad del paciente y para dar resolución a dicha Asamblea, en 2004 se crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente para coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo.

La seguridad del paciente se define como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

El Gobierno Federal Mexicano, como parte del apoyo a las iniciativas de seguridad del paciente promovidas por la Organización Mundial de la Salud, reconoce desde 2007 a la seguridad del paciente como un componente fundamental de la mejora de la calidad en los servicios de salud, establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y en el Programa Sectorial de Salud del mismo periodo.

En México se desarrollan diversas acciones para la reducción y prevención de eventos adversos derivados de la atención médica principalmente en hospitales públicos de mediana y alta complejidad del sector salud.

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE

1. Identificar correctamente a los pacientes
2. Mejorar la comunicación efectiva
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

El Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (**INDICAS**) Es una herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades de los servicios de salud.

El INDICAS: está constituido de la siguiente manera:

1.- Atención de Enfermería Hospitalización.

- 1.1 Ministración de Medicamentos Vía Oral (MMVIO).
- 1.2 Prevención de Infección Nosocomial en vías urinarias (PIVUPSVI).
- 1.3 Prevención de caídas a pacientes hospitalizados (PCPH).
- 1.4 Vigilancia y control de venoclisis (VCVI).
- 1.5 Prevención de Ulceras por presión a Pacientes Hospitalizados (PUPPPH).

2.- Infecciones Nosocomiales (Se incluyen en el año 2015).

Con lo que respecta al indicador de Prevención de Ulceras por presión a Pacientes Hospitalizados se evalúan los siguientes aspectos:

- 1.- ¿Valora y registra factores de riesgo que predisponen al paciente para la aparición de úlceras por presión?
- 2.- ¿Establece el plan de cuidados y ejecuta las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo?
- 3.- ¿Utiliza los elementos disponibles y necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión?
- 4.- ¿Orienta la paciente y familiar sobre las formas de prevenir las úlceras por presión?
- 5.- ¿Revalora y reajusta de acuerdo al estado del paciente las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados?

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: María Flavia Magdalena Beatriz Morales Ramírez.

Fecha de nacimiento:

Edad: 90 años.

Género: Femenino.

Estado civil: Viuda.

Fecha de ingreso: 7 de septiembre del 2010, a la casa de la tercera edad, DIF Pachuca.

Lugar de realización de la historia clínica: Área de hospitalización de la casa de la tercera edad, DIF Pachuca.

Fecha y hora de realización de la historia clínica: 2 pm, del 22 de octubre del 2015.

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:

Hipertensión arterial desde hace tres años, tratada y controlada con Losartan 50mg vía oral, cada 24 horas, a las 8 am.

Diabetes mellitus desde hace 20 años, tratada y controlada con Glucobay una tableta vía oral, cada 24 horas, después de la comida.

Insuficiencia venosa desde hace 2 años. Sin tratamiento.

Quirúrgicos:

Histerectomía.

Apendicetomía.

Fractura de cadera. Por caída en su casa, hace 5 años.

Retiro de prótesis por reacción al material hace 3 años.

Ulceras por presión: desde hace aproximadamente 8 meses, síndrome de inmovilidad secundaria a fractura de cadera, y dehiscencia de herida quirúrgica. 2 en fosas iliacas estadio III, con un diámetro de 7.5x 5 cm superficial sin conejeras con ligera eritema y drenando secreción serosa sin datos de necrosis e

infección. 2 ubicadas en los glúteos mayores, con un diámetro de 5 cm, superficiales sin conejeras con ligera eritema y drenando secreción serosa sin datos de necrosis e infección.

Las cuales son tratadas con movilización en bloque, cada 2 horas, hidratación de la piel, curación de las úlceras 2 veces al día, usando Estericide spray y gel itardelmol.

Inmunización: esquema de vacunación infantil incompleto, refiere estar vacunada contra la fiebre amarilla. E influenza.

Toxicológicos:

Alcohol: desde la edad de los 27 años hasta los 70 años.

Niega el uso de fármacos, tabaco o drogas psicoactivos.

Alergias a medicamentos y alimentos

Niega ser alérgica a algún medicamento o alimento.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre: finada, diabética e hipertensa.

Padre: finado sin datos relevantes.

ANTECEDENTES PSICOSOCIALES HÁBITOS

Alimenticios: come tres veces al día, la dieta que le proporciona la casa de la tercera edad, DIF Pachuca. No necesita estimulación para iniciar la alimentación ni apoyo para hacerlo.

Toma café ocasionalmente.

Estilo de vida

La residente es una persona amable en silla de ruedas agradece el apoyo de enfermería realiza terapia ocupacional en sala de estar. Con sus compañeros de residentes.

Se presenta a la misa que se realiza en la casa de la tercera edad los días martes, y rosario los días jueves.

Medio ambiente

El medio en el que se encuentra es seguro, se siente en confianza para pedir ayuda al personal de enfermería. Le agrada los jardines, su habitación es segura y cómoda.

Historia laboral

La residente refiere haber trabajado muchos años como empleada doméstica, durante 5 años vendió atoles y tamales en el mercado primero de mayo en Pachuca Hidalgo

Sistema respiratorio:

Respiración profunda, con frecuencia de 20 respiraciones por minuto, sin secreciones en vías respiratorias, sin expectoraciones ni disnea.

Refiere tos seca, ocasional que predomina en la noche.

Ruidos respiratorios normales en todos los lóbulos, no necesita apoyo respiratorio.

Sistema neurosensoriales

La residente refiere escuchar bien sonidos de alta y baja frecuencia. Niega vértigo.

Refiere gozar de una buena agudeza olfatorio. Niega dolor a los estornudo, prurito nasal, obstrucción nasal, desviación del tabique nasal.

Sistema gastrointestinal

No rechaza el alimento, sin necesidad para comer, sin dificultad para masticar y deglutir, sin distensión abdominal, o dolor estomacal, pirosis, vomito, nauseas.

Sistema de eliminación

Urinaria: Con presencia de sonda Foley N. 14 sin datos de sedimentos, de color amarillo claro, en cantidad acorde a los líquidos ingeridos en el día, 1400 ml aproximadamente.

Patrón intestinal: frecuencia de 1 a 2 veces al día, blandas sin presencia de sangre, usa pañal.

Sistema musculo esquelético

No presenta anomalías de miembros pélvicos inferiores niega; Artralgia.

Sistema tegumentario

Piel seca, irritabilidad piel fría intolerancia al frío o al calor, ligera edema en miembros inferiores.

EXAMEN FÍSICO

Paciente consiente, alerta, orientado en tiempo, espacio y persona, cuya edad aparente concuerda con la edad cronológica; con alteraciones en el estado musculo-esquelético. Refiere sentirse bien, con un poco de dolor en área de ulcera y comezón en pies. Niega adinamia, fiebre, pérdida de peso.

RESUMEN DE LA VALORACIÓN

A la exploración física se encuentra paciente consiente orientado en tiempo y espacio con ligera palidez de tegumentos, buena hidratación de la mucosa.

Normocefalia, pupilas normales nariz permeable, oro faringe sin alteraciones

Cabeza: Simétrica, sin presencia de hematomas o abrasiones.

Cuello: dolor cervical leve, sin ingurgitación yugular o presencia de heridas visibles.

Cabello: corto, canoso, sin caspa.

Ojos: Simétricos, pupilas isométricas refiere sensibilidad a la luz por un tiempo prolongado a la exposición al sol, no se observa presencia de secreciones.

Nariz: Sin heridas visibles.

Orejas: Simétricas se observa perforaciones por presencia de aretes, sin presencia de secreciones.

Labios: Pálidos, sin signos de deshidratación, no se observan heridas o pérdidas de fluidos.

Piezas dentales: Incompletas falta de prótesis, con presencia de halitosis.

Lengua: Se encuentra libre de lesiones, ulceraciones, hidratada

Tórax: Se procede a la auscultación campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, palpación no se detectan megalias, abdomen blando depresible.

Cadera: se presentan úlceras por presión, estadio III en ambas fosas iliacas.

Piel: Presencia de ligero edemas en miembros inferiores.

Brazo derecho: Sin presencia de heridas, lesiones, hematomas

Brazo izquierdo: Sin presencia de heridas, lesiones, hematomas.

Dedos: Sin lesiones visibles, con llenado capilar inmediato.

Uñas: Cortadas sin presencia de micosis u alteraciones.

Miembro inferior derecho: leve edematización. Presenta úlcera por presión en glúteos, estadio III.

Miembro inferior izquierdo: leve edematización Presenta úlcera por presión en glúteos, estadio III.

Genitales de acuerdo a edad y sexo, se observa presencia de sonda vesical a permanencia con flujos urinarios aceptables de características macroscópicas color amarillo ámbar, olor sui generis.

SIGNOS VITALES

T/A 120/80 mm/hg

Pulso Radial derecho: 80 pulsaciones / minuto

Pulso Radial izquierdo: 76 pulsaciones por minuto

Fr: 20 por minuto

Fc: 85 por minuto

Talla: 1.59 m.

Peso: 45 kg.

SPO2 94%

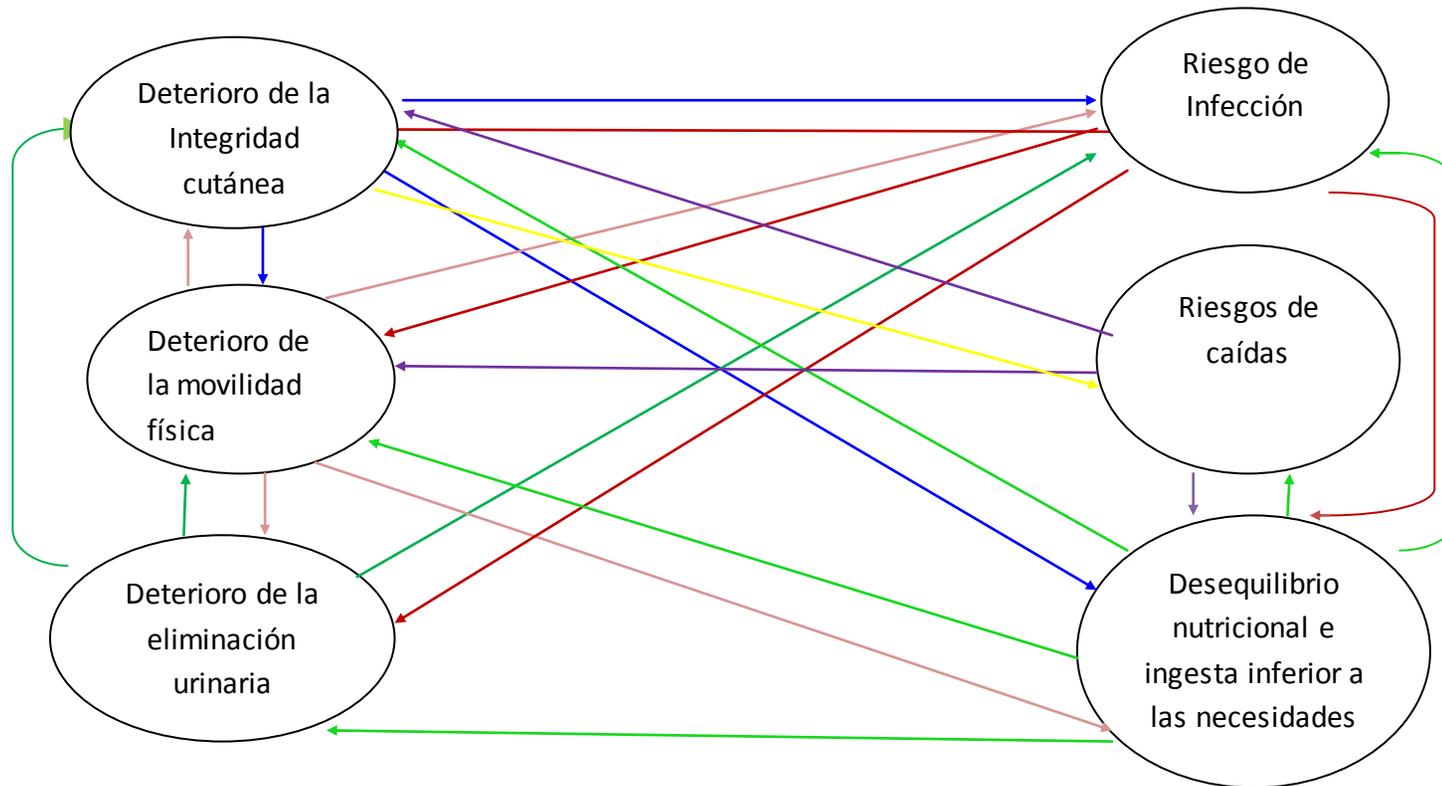
IMC:17.9

7.2.-RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

Datos significativos agrupados (evidencia) Datos objetivos	Datos subjetivos	Identificación del diagnóstico De enfermería y/o PI	Factores relacionados o de riesgo	Características definitorias	Análisis deductivo (Dominios y clases involucrados)
<p>Pérdida cutánea desde hace aproximadamente 8 meses 2 en fosas iliacas estadio III, con un diámetro de 7.5x 5 cm superficial sin conejeras con ligera eritema y drenando secreción serosa sin datos de necrosis e infección. 2 ubicadas en los glúteos mayores, con un diámetro de 5 cm, superficiales sin conejeras con ligera eritema y drenando secreción serosa sin datos de necrosis e infección.</p>		<p>Deterioro de la integridad cutánea.</p>	<p>Inmovilización física. Factores mecánicos (presión).</p>	<p>Destrucción de las capas de la piel.</p>	<p>Dominio: eliminación/intercambio Clase: 03 función tegumentaria. Dominio: 11 seguridad/protección. Clase 02 lesión física. Dominio: 12 confort Clase: I confort físico.</p>
<p>Disminución de la masa muscular. Disminución de la fuerza.</p>	<p>La paciente pide ayuda para moverse. El paciente refiere no poder moverse por sí misma por miedo.</p>	<p>Deterioro de la movilidad física.</p>	<p>Deterioro musculoesquelético. Disminución de la masa muscular.</p>	<p>Enlentecimiento del movimiento. Limitación de la amplitud de movimientos. Limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas</p>	<p>Dominio: 04 actividad/reposo. Clase: 02 actividad/ejercicio. Dominio: 06 auto-percepción. Clase: autoestima.</p>

<p>Úlceras en fosas ilíacas estadio III, 2 ubicadas en los glúteos mayores, con un diámetro de 5 cm, superficiales sin conejeras con ligera eritema y drenando secreción serosa sin datos de necrosis e infección.</p>	<p>Factores ambientales.</p>	<p>Riesgo de infección.</p>	<p>Defensas primarias inadecuadas: traumatismo tisular.</p>		<p>Dominio: 11 seguridad/protección. Clase: 01 infección.</p>
<p>Desnutrición moderada IMC= 17.9</p>		<p>Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades</p>	<p>Factores biológicos.</p>	<p>Bajo tono muscular.</p>	<p>Dominio: 01 promoción de la salud. Clase: 01 toma de conciencia de la salud. Dominio: 02 nutrición. Clase: 01 ingesta.</p>
<p>Paciente mayor de edad. Falta de recursos estructurales para prevenir caídas. Deterioro de la movilidad física.</p>	<p>La paciente refiere ansiedad de movimientos, y trata en algunas ocasiones de hacerlo sola.</p>	<p>Riesgo de caídas</p>	<p>Edad igual o superior a los 65 años. Falta de material antideslizante en la ducha. Deterioro de la movilidad física.</p>		<p>Dominio: 04 actividad/reposo. Clase: 04 actividad/ejercicio, Dominio: 11 seguridad/protección. Clase: 02 lesión física.</p>

7.3 Jerarquización de problemas (Modelo AREA)



1.-	Desequilibrio nutricional e ingesta inferior a las necesidades	5
2.-	Riesgo de infección	4
3.-	Deterioro de la integridad cutánea	3
4.-	Deterioro de la movilidad física	3
5.-	Deterioro de la eliminación urinaria	3
6.-	Riesgo de caída	3

7.4 PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermería (NANDA): Deterioro de la Integridad cutánea.				
Dominio: 11 Seguridad/Protección.				
Clase: 02 Lesión física.				
<u>Etiqueta diagnóstica:</u>	Resultados (NOC):	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Deterioro de la integridad cutánea.	Dominio y Clase			
<p><u>Factores relacionados:</u></p> <p>Inmovilización física.</p> <p>Factores mecánicos (presión).</p> <p><u>Características definitorias:</u></p> <p>Destrucción de las capas de la piel.</p>	<p>Integridad tisular: piel y mucosas.</p> <p>Dominio: 2 Salud fisiológica.</p> <p>Clase: L Integridad tisular.</p>	<p>✓ Sensibilidad.</p> <p>✓ Perfusión tisular.</p> <p>✓ Integridad cutánea.</p>	<p>1. Gravemente comprometido:1</p> <p>2. Sustancialmente comprometido:2</p> <p>3. Moderadamente comprometido:3</p> <p>4. Levemente comprometido: 4</p> <p>5. No comprometido: 0</p>	<p>Mantener a:8</p> <p>Aumentar a:11</p>

Intervenciones (NIC):	Intervenciones (NIC):
Campo: 02 Fisiológico, Complejo.	Campo: 01 Fisiológico, Básico.
Clase: L Control de la piel/heridas.	Clase: C, Control de inmovilidad.
Actividades:	Actividades:
Vigilancia de la piel	Cambio de posición
<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema, drenaje, infección, erupciones, excesiva sequedad o humedad, magulladuras, presión o fricción en la piel y mucosas. 2. Utilizar una herramienta de evaluación para identificar el riesgo. (p.ej., escala de Braden o de Norton). 3. Vigilar color y temperatura de la piel. 4. Observar si hay zonas de decoloración y pérdida de integridad. 5. Anotar los cambios en la piel. 6. Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p.ej., colchón antiescaras, cambios de posición). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar el estado de oxigenación antes y después de cada cambio de posición. 2. Poner en posición de alineación corporal correcta. 3. Poner en posición que facilite la ventilación/perfusión 4. Fomentar la realización de ejercicios activos y pasivos. 5. Evitar posiciones que aumenten el dolor. 6. Minimizar el roce cuando se cambia de posición
Cuidados de las úlceras por presión	Manejo de presiones
<ol style="list-style-type: none"> 1. Describir características de la úlcera a intervalos regulares 2. (tamaño, estadio, presencia de exudado, tipo de tejido). 3. Controlar color, temperatura, edema, humedad y apariencia de la piel circundante. 4. Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave. 5. Desbridar, si es necesario. 6. Limpiar úlcera con solución no tóxica, en movimientos circulares, desde el centro. 7. Anotar características del drenaje. 8. Aplicar apósito adhesivo permeable, según corresponda. 9. Aplicar vendajes, medicación y ungüento, en caso de ser 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vestir al paciente con prendas no ajustadas. 2. Aplicar protectores de talones. 3. Comprobar movilidad y actividad del paciente. 4. Utilizar dispositivos para mantener prominencias óseas libres de presión. 5. Utilizar jabón con pH neutro o ligeramente ácido para la higiene diaria de la piel. 6. Lavar la piel con agua tibia, y realizar un secado meticuloso, pero sin friccionar. 7. Mantener piel limpia y seca. 8. No aplicar sobre la piel soluciones que contengan alcohol en

<p>necesario.</p> <p>10.Cambiar posición cada 1-2 horas.</p> <p>11.Controlar estado nutricional.</p> <p>12.Observar signos y síntomas de infección.</p> <p>13.Utilizar colchones espaciales.</p> <p>14.Educar sobre cuidados de la herida a individuo y cuidador.</p>	<p>su composición.</p> <p>9. Aplicar cremas hidratantes específicas, preferiblemente hidrosolubles y procurar su completa absorción.</p> <p>10.Movilizar al paciente según sus necesidades.</p> <p>11.Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en zonas sometidas a presión, roce o cizallamiento y se extenderán suavemente, sin masajear.</p>
<p>Fundamentación Científica</p>	
<p>La piel es la primera línea de defensa del organismo, una barrera protectora natural contra el medio ambiente externo. Esta protección natural se ve afectada por las úlceras por presión, las cuales, al convertirse en heridas abiertas, hacen que esta barrera se pierda, por lo que el individuo queda más vulnerable al dolor, las infecciones y otras complicaciones. Los cuidados de la piel deben de pasar por mantenerla limpia y seca. En el momento de la higiene diaria debemos de utilizar jabones neutros, agua tibia, realizar un aclarado minucioso y un secado por contacto de las zonas de riesgo evitando el arrastre que deteriora la capa córnea de la epidermis. Además, una intervención de prevención muy importante, especialmente en pieles delicadas y en las personas mayores, es la utilización de cremas hidratantes que aumentará el potencial de resistencia de la piel a las agresiones externas. La función de los cambios posturales es intercambiar los puntos de apoyo con el fin de aliviar cíclicamente la presión que se ejerce en determinadas áreas. El candidato para que se le realicen cambios posturales será aquel paciente que no puede asumir cambios de posición por sí mismo.</p>	

Diagnóstico de Enfermería (NANDA): Deterioro de la movilidad física.				
Dominio: 04 Actividad/Reposo.				
Clase: 02 Actividad/Ejercicio.				
<u>Etiqueta diagnóstica:</u>	Resultados (NOC)	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Deterioro de la movilidad física.	<u>Dominio y Clase</u>			
<u>Factores relacionados:</u>	Satisfacción del paciente/usuario: asistencia funcional.	✓ Ayuda para conseguir la movilidad.	1. No del todo satisfecho: 1	Mantener a: 6
Deterioro musculoesquelético.	Dominio 05: salud percibida.	✓ Cuidados para prevenir el daño o lesión.	2. Algo satisfecho: 2	Aumentar a: 8
Disminución de la masa muscular.	Clase e: satisfacción con los cuidados.	✓ Cuidados para mantener el aseo personal.	3. Moderadamente satisfecho: 3	
<u>Características definitorias</u>			4. Muy satisfecho: 4	
Enlentecimiento del movimiento.			5. Completamente satisfecho: 5	
Limitación de la amplitud de movimientos.				
Limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas.				

Intervenciones (NIC): Fomentar los mecanismos corporales.	Intervenciones (NIC): Manejo ambiental.
Campo: 01 Fisiológicos: Básico.	Campo: 04 Seguridad.
Clase: A, Control de actividad y ejercicio.	Clase: V Control de riesgos.
Actividades:	Actividades:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas. 2. Instruir al paciente sobre la necesidad de corregir posturas para evitar fatigas, tensiones o lesiones. 3. Determinar la conciencia del paciente sobre las propias anormalidades musculo esqueléticas y los efectos potenciales de la postura y del tejido muscular. 4. Disponer de la utilización de colchones/sillas o almohadas. 5. Ayudar a evitar sentarse en la misma posición durante periodos de tiempo prolongados. 6. Controlar la mejoría de la postura/mecánica corporal del paciente. 7. Utilizar los principios de la mecánica corporal junto con el manejo seguro del paciente y ayudar para el movimiento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Crear un ambiente seguro para el paciente. 2.- Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física cognoscitiva y el historial de conducta. 3.- Eliminar los factores de peligro del ambiente. 4.- Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos. 5.- Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas. 6.- Acompañar al paciente en las actividades realizadas fuera de la sala. 7.- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente. 8.- Arreglar con esmero la ropa de cama y todo el material de este a la vista del paciente. 9.- Eliminar los materiales durante el cambio de apósitos y la eliminación, así como cualquier olor residual.
Fundamentación Científica	
<p>La movilización pasiva mejora la actividad articular y circulación. La actividad, la movilidad y la flexibilidad son parte integrante del estilo de vida de la persona, fomentando la sensación de control y autodeterminación del paciente se puede mejorar el cumplimiento de los programas de ejecución. Voltar al paciente cada hora o a intervalos de dos horas: el cambio de peso permite que la sangre regrese nuevamente a los tejidos y ayuda a que se recuperen la presión. Colocar al paciente en las cuatro posiciones (laterales, pronación y dorsal). El manejo del ambiente ofrece tanto al paciente como al personal de enfermería la seguridad y confianza del bienestar del paciente.</p>	

Diagnóstico de Enfermería (NANDA): Deterioro de la Eliminación urinaria.				
Dominio: 03 Eliminación e Intercambio.				
Clase: 01 Función urinaria.				
<u>Etiqueta diagnóstica:</u> Deterioro de la eliminación urinaria.	Resultados (NOC)	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
	Dominio y Clase			
<u>Factores relacionados:</u> Deterioro sensitivo-motor. <u>Características definitorias</u> Incontinencia.	Eliminación urinaria. Dominio 02: salud fisiológica Clase F: eliminación.	✓ Cantidad de orina. ✓ Color de la orina. ✓ Claridad de la orina.	1.Gravemente comprometido: 1 2.Sustancialmente comprometido: 2 3.Moderadamente comprometido: 3 4.Levemente comprometido: 4 5.No comprometido: 5	Mantener a: 12 Aumentar a: 13

Intervenciones (NIC): Sondaje Vesical.	Intervenciones (NOC): Monitorización de líquidos.
Campo: 01 Fisiológico: Básico.	Campo: 02 Fisiológico: Complejo.
Clase: B Control de la eliminación.	Clase: N Control de la perfusión tisular.
Actividades:	Actividades:
1.- Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos u hábitos de eliminación. 2.- Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos. (p.ej: hipertermia, terapia diurética, patologías renales,	1. Vigilar olor, cantidad, color, partículas visibles de la orina 2. La bolsa colectora se mantiene por debajo del nivel de la vejiga.

<p>insuficiencia cardiaca, disfunción hepática, ejercicio intenso, exposición al calor, infección estado postoperatorio, poliuria, vómitos y diarrea).</p> <p>4.- Vigilar ingresos y egresos.</p> <p>5.- Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardiaca y estado de la respiración.</p> <p>6.- Llevar un registro preciso de ingresos y egresos.</p> <p>7.- Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed.</p> <p>8.- Restringir y repartir la ingesta de líquidos, si procede.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. La sonda vesical está fija de acuerdo al el muslo 4. La sonda se encuentra con membrete de identificación con fecha de recambio, calibre de sonda y persona que la instaló 5. El sistema de drenaje permanece conectado. 6. Registrar datos referentes al funcionamiento de la sonda y tubo de drenaje: olor suigienaris, color amarillo paja. 7. Registra días de instalación de la sonda y corrobora prescripción médica, se mantiene una sonda de silicón y se cambia cada 30 días 8. Reporta ausencia o presencia de signos y síntomas que evidencien infección de vías urinarias. Permanece sin evidencia de datos de infección. 9. Se Realizan medidas de higiénicas a la paciente 10. Se le orienta la importancia del uso y cuidados de la sonda vesical.
<p>Fundamentación Científica</p>	
<p>La sonda vesical provee un ambiente más seco, evitando humedad en las úlceras por presión, esto ayudará a una recuperación más pronta, y con menos riesgos de infección. La incontinencia es un factor que afecta la autoestima del paciente. El registro preciso de ingresos y egresos, así como un juicio ante las constantes vitales, provee al personal de enfermería un panorama de acción, y evaluación de las actividades realizadas.</p>	

Diagnóstico de Enfermería (NANDA): Riesgo de infección.				
Dominio: 11 Seguridad/Protección.				
Clase: 01 Infección.				
<u>Etiqueta diagnóstica:</u> Riesgo de infección	Resultados (NOC)	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
	Dominio y Clase			
<u>Factores relacionados</u> Defensas primarias inadecuadas: traumatismo tisular.	Control del riesgo: proceso infeccioso.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Integridad de la pie ✓ Eritema. ✓ Necrosis 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido:1 2. Sustancialmente comprometido:2 3. Moderadamente comprometido:3 4. Levemente comprometido: 4 5. No comprometido: 0 	Mantener a: 3 Aumentar a: 5

Intervenciones (NIC): Control de infecciones.	Intervenciones (NIC): Cuidados de las Ulceras por presión.
Campo: 04 Seguridad.	Campo: 02 Fisiológico: Complejo.
Clase: V Control de riesgos.	Clase: L Control de la Piel/Heridas.
Actividades:	Actividades:
Control de infecciones	Protección contra infecciones
<ul style="list-style-type: none"> 1. Mantener técnicas de aislamiento y limitación de visitas, si fuese necesario. 2. Instruir sobre técnicas correctas de lavado de manos al 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Observar signos y síntomas de infección y grado de vulnerabilidad a la misma. 2. Valorar recuento de granulocitos y glóbulos blancos.

<p>paciente y familia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lavado de manos antes y después de cada actividad de cuidado. 4. Poner en práctica precauciones universales. 5. Administrar terapia de antibióticos 6. Usar guantes estériles en las curaciones. 7. Mantener ambiente aséptico. 8. Fomentar ingesta adecuada de líquidos y nutrición. 9. Asegurar una técnica adecuada de cuidado de heridas 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Mantener normas de asepsia. 4. Proporcionar cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas 5. Vigilar la piel. 6. Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario. 7. Proporcionar líquidos y nutrición suficiente. 8. Fomentar movilidad y ejercicios. 9. Educar al paciente acerca de los signos y síntomas de infección e informar.
--	--

Fundamentación Científica

De manera general las UPP están contaminadas por bacterias, lo cual no quiere decir que las lesiones estén infectadas. En la mayor parte de los casos una limpieza y desbridamiento eficaz imposibilita que la colonización bacteriana progrese a infección clínica. Elimina la infección y estimula la regeneración del epitelio. El registro de las actividades de prevención y de tratamiento debe contemplar todos los datos cuantitativos y cualitativos (tanto subjetivos como objetivos) necesarios para conocer los resultados esperados y tomar las mejores decisiones.

Diagnóstico de Enfermería (NANDA): Desequilibrio Nutricional: Ingesta inferior a las necesidades.				
Dominio: 02 Nutrición.				
Clase: 01 Ingestión.				
<u>Etiqueta diagnóstica:</u>	Resultados (NOC)	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades. <u>Factores relacionados:</u> Factores biológicos <u>Características definitorias</u> Bajo tono muscular. Expresa alteración del sentido del gusto Falta de interés en los alimentos.	Dominio y Clase			
	Apetito. Dominio 02: salud fisiológica. Clase K: digestión y nutrición.	✓ Gusto agradable de la comida. ✓ Ingesta de alimentos. ✓ Ingesta de líquidos. ✓ Estímulos para comer.	1. Gravemente comprometido: 1 2. Sustancialmente comprometido: 2 3. Moderadamente comprometido: 3 4. Levemente comprometido: 4 5. No comprometido:	Mantener a:8 Aumentar a:9

Intervenciones (NIC): Manejo de la nutrición.	Intervenciones (NIC): Facilitar la Autorresponsabilidad.
Campo: 01 Fisiológico: Básico.	Campo: 03 Conductual.
Clase: D Apoyo nutricional.	Clase: O Terapia conductual.
Actividades:	Actividades:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar las preferencias de comidas del paciente. 2. Determinar, en colaboración con el dietista, si procede, el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentos. 3. Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida. 4. Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/zumos de fruta), cuando sea preciso. 5. Dar comidas ligeras, en puré y blandas. 6. Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. 7. Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico. 8. Pesar al paciente a intervalos adecuados. 9. Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad. 2. Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada. 3. Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades. 4. Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible. 5. Ayudar en la creación de un horario que guíe el aumento de responsabilidad futuro.
Fundamentación Científica	
<p>El escuchar a la persona es parte del apoyo que se le debe brindar para proporcionar confianza y pueda expresar con libertad sus inquietudes. Una ingesta adecuada de nutrientes proporciona al organismo lo necesario para su desarrollo, y recuperación de las úlceras por presión. El involucrar a la paciente le dará pautas para reconocer sus necesidades, y nos ayude en las tareas establecidas para mejorar su calidad de vida. Una mejor calidad de vida da una buena autoestima, y motivación.</p>	

Diagnóstico de Enfermería (NANDA): Riesgo de caídas.				
Dominio: 11 Seguridad/Protección.				
Clase: 02 lesión física.				
<u>Etiqueta diagnóstica:</u>	Resultados (NOC)	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Riesgo de caídas.	Dominio y Clase			
<u>Factores relacionados</u>	Conducta de prevención de caídas.	✓ Adaptación de la altura adecuada de la cama.	1. Nunca demostrado: 1	Mantener a :6 Aumentar a: 7
Edad igual o superior a los 65 años.	Dominio 04: conocimiento y conducta de salud.	✓ Uso de barandillas para agarrarse.	2. Raramente demostrado: 2	
Falta de material antideslizante en la ducha.	Clase T: control del resigo y seguridad.	✓ Proporcionar iluminación adecuada.	3. A veces demostrado: 3	
Deterioro de la movilidad física.			4. Frecuentemente demostrado: 4	
			5. Siempre demostrado: 5	

Intervenciones (NIC): Prevención de caídas.	Intervenciones (NIC): Vigilancia: Seguridad.
Campo: 04 Seguridad.	Campo: 04 Seguridad.
Clase: V Control de riesgos.	Clase: V Control de riesgos.
Actividades:	Actividades:
1. Bloquear las ruedas de las sillas, camas, u otros dispositivos en la transferencia del paciente.	1.- Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad.
2. Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.	2.- Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes del ambiente.
3. Instruir al paciente para que pida ayuda a moverse, si lo	

<p>precisa.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc. 5. Disponer sillas de altura adecuada, con respaldo y apoyo para un traslado más sencillo. 6. Disponer colchones de cama de bordes firmes para un traslado más sencillo. 7. Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados. 	<ol style="list-style-type: none"> 3.- Proporcionar el nivel adecuado de supervisión/vigilancia para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario. 4.-Colocar al paciente en un ambiente menos restrictivo que permita el necesario nivel de observación. 5.- Comunicar la información acerca del riesgo del paciente a los otros miembros del personal de cuidados.
<p>Fundamentación Científica</p>	
<p>Las caídas son una de las principales causas de discapacidad e incluso de muerte en este grupo poblacional, pues el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, pero con él, disminuyen algunas habilidades y capacidades que de no corregirse se convierten en factores de riesgo predisponentes de caídas.</p> <p>El problema de las caídas alcanza la cualidad de "gigantes de la geriatría" y se les incluye dentro del concepto de inestabilidad, además no son una enfermedad en sí mismas sino la expresión de múltiples patologías tanto crónicas como agudas</p> <p>Desde el punto de vista psicológico, las caídas son causa frecuente de depresión, ansiedad, miedo a volver a caer, pérdida de confianza en sí mismo, disminución de la autoestima y muchas veces marca el inicio de sobreprotección familiar, institucionalización y limitación de las actividades tanto básicas como instrumentadas de la vida diaria, afectándolos funcionalmente, tornándolos dependientes, situación que provoca una vida sin calidad.</p>	

CONCLUSIONES

Aunque se ha avanzado en el cuidado de la piel, aún es complicado estandarizar un plan de cuidados para los pacientes que padecen de UPP. Esto hace necesario que el profesional de enfermería tenga muy claro

En los últimos años, han demostrado tener una gran importancia en la recuperación y cicatrización de las lesiones como es el estado nutricional y la presencia de algunos aminoácidos como la arginina, que cumplen un papel primordial en el proceso de cicatrización. Cuando se trata de atender pacientes con úlceras por presión nadie tiene la última palabra y los cuidados estarán enfocados a las necesidades reales del paciente y no a cuidados estándar que no todos los pacientes necesitan. Es menester que los países en vías de desarrollo reconozcan la magnitud de este problema y se creen políticas de salud específicas que permitan al profesional de salud, encargado de estas lesiones, atender con mayor calidad y de forma más integral porque no en todos los niveles asistenciales se cuenta con las herramientas básicas de cuidado y tratamiento de lesiones de piel. En la bibliografía mundial existe un número alto de artículos acerca del cuidado de la piel y la presencia de UPP, pero hay poca bibliografía de la incorporación de estos cuidados con el PAE para atender estas lesiones. Esta es una propuesta que pretende hacer un acercamiento a lo planteando desde la bibliografía científica y una serie de intervenciones que brindan opciones de direccionamiento en la atención de estas lesiones a los profesionales encargados del cuidado de estos pacientes para su atención integral.

IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- (1) Vela-Anaya G, Magnitud del Evento Adverso. Úlceras por presión. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2013; 21 (01): 3-8. Disponible en: 1
- (2) Repercusiones de las úlceras por presión, Clínica de Heridas Comisión permanente de enfermería. Recuperado diciembre 2015. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/idades/cie/cms_cpe/multimedia/docs/varios/doc_upp_2.pdf
- (3) Herdman T. H. NANDA Internacional DIAGNOSTICO ENFERMEROS definición y clasificación 2009-2011. España; Elsevier; 2007.
- (4) Rosales Barrera F, Reyes Gómez E. Fundamentos de enfermería. 3ra ed. Manual moderno; 2005.
- (5) Berman Shirley J. Snyder B. Fundamentos de enfermería, Conceptos, proceso y prácticas. 8va. Ed. Escala.
- (6) Secretaria nacional de salud. Catálogo nacional de plan de cuidados de enfermería. España. Ed. Elsevier; 2008.
- (7) Dirección general de calidad y educación en salud. Seguridad en el paciente. DF México. 15 julio 2015. Editado por: Meneses I. acceso: enero 2016. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp-sp_00.html
- (8) Dirección general de calidad y educación en salud. Metas internaciones en el paciente. DF México. 20 de enero 2016. Editado por Meneses I. acceso: enero 2016. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp-sp_03.html
- (9) Dirección General de Calidad y educación en Salud. Sistema Nacional de INDICAS. DF México. 2013. acceso en enero 2016. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/index2.php>
- (10) Protocolo de inserción, mantenimiento y retirada de Sondaje Vesical. Marzo 2011. Editado por Casco B. Acceso Enero 2016. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermería/documentos/a96107da6191c6afcb07198011577dcf.pdf>

- (11) Jiménez Mayorga I; soto Sánchez M.; Vergara Carrasco L. Cordero Morales J.; Rubio Hidalgo L. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Las casas España. 2010. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.pdf>
- (12) Martínez L. J. Prevención y tratamiento de úlceras y escaras. España. 2008. www.editorialvértice.com
- (13) Serrano Díaz M; Cervera Ral P; López Nomdeum C. Rivera Casado J. M. Sastre Gallego A. Guía de Alimentación para personas Mayores. Ergon.2010.
- (14) Tideiksaar R. Caídas en Ancianos, Prevención y Tratamiento. MASSON. 8vaEd. España.2004.
- (15) Herdman T. H. NANDA Internacional DIAGNOSTICO ENFERMEROS definición y clasificación 2009-2011. España; Elsevier; 2007.