

2014 Plan de cuidados de enfermería (place) para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
Elsa Alvarez B.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería.

Plan de cuidados de enfermería para la prevención y
tratamiento de las úlceras por presión.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

MAESTRO EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA.

Presenta

LIC. ENF. ELSA ALVAREZ BOLAÑOS

Querétaro, Qro Junio 2014



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería.
Maestría en Ciencias de Enfermería.

NOMBRE DE LA TESIS

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS
ÚLCERAS POR PRESIÓN.**

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestro en Ciencias de Enfermería.

Presenta:

Elsa Alvarez Bolaños.

Dirigido por:

Dra. Blanca Lilia Reyes Rocha

SINODALES

Dra. Blanca Lilia Reyes Rocha.
Presidente

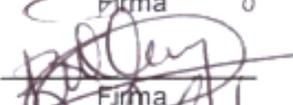
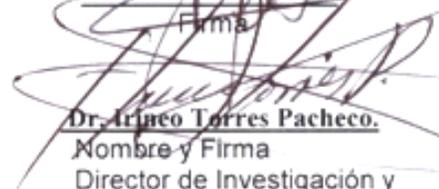
MCE. Blanca Elsi Cegueda Benitez.
Secretario

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón.
Vocal

Dra. Ruth Magdalena Gallegos Torres.
Suplente

MCE. Gabriela Palomé Vega.
Suplente

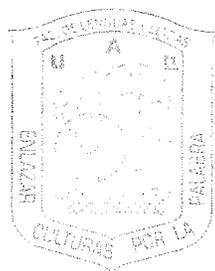
MCE. Gabriela Palomé Vega.
Nombre y Firma
Director de la Facultad


Firma
Firma
Firma
Firma
Firma
Dr. Arneó Torres Pacheco.
Nombre y Firma
Director de Investigación y
Posgrado

RESUMEN

La prevención de las Úlceras Por Presión (UPP) es un cuidado importante de la Enfermería. En la actualidad estos profesionales cuentan con el proceso enfermero como herramienta metodológica para su praxis. Objetivo: diseñar un plan de cuidados de enfermería estandarizado que guíe al profesional de enfermería en la prevención y tratamiento de las UPP. Metodología: estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Se construyó un instrumento utilizando como marco de referencia para la valoración el modelo de Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, adaptado a pacientes hospitalizados adultos mayores de 60 años y más, de tipo dicotómico. Se utilizó estadística descriptiva con frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Resultado: Se identificaron 15 diagnósticos relacionados con UPP, de los cuales 11 integraron el plan de cuidados para la prevención de úlceras por presión y 4 para el tratamiento. Para la integración de los planes de cuidados una vez realizada la priorización de diagnósticos se seleccionaron los resultados esperados para estos, referidos en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC, siglas en inglés) seguido de la selección de las intervenciones incluidas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC, siglas en inglés) más apropiadas para la prevención y tratamiento. Conclusiones: El uso de planes de cuidados estandarizados de enfermería y la utilización de la taxonomía NANDA, NOC y NIC, son herramientas que permiten otorgar cuidados de enfermería seguros y efectivos, contribuyendo con esto a orientar y asegurar los cuidados diarios para la prevención y tratamiento de las UPP.

(Palabras clave: úlceras por presión, proceso enfermero, plan de cuidados de enfermería)

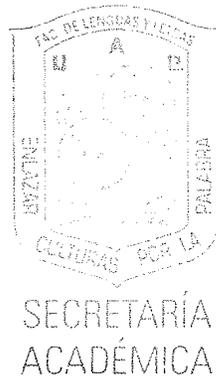


SECRETARÍA
ACADÉMICA

SUMMARY

Pressure ulcer prevention (PUP) is an important care in nursing. Nowadays these professionals have the nursing process as a methodological tool for their praxis. **Objective:** to design a standardized nursing care plan that can be used as a guide for the nursing professional in the prevention and care of PUPs. **Method:** Descriptive, prospective and cross sectional study. An instrument was designed using as an evaluation reference the model of Health Functional Patterns by Marjory Gordon, adapting it to dicotomic type adult hospitalized patients of 60 or more years of age. Descriptive statistics with frequencies, percentages and central tendency measures was used. **Results:** 15 diagnoses related to PUP were identified; from which 11 were part of the prevention care plan to prevent pressure ulcer and 4 for the treatment procedure. For the design of care plans once diagnosis prioritization was performed expected results referred in the Nursing Outcomes Classification were selected, followed by the selection of interventions included in the Nursing Interventions Classification more adequate for prevention and treatment. **Conclusions:** The use of standardized nursing care plans and the use of NANDA, NOC and NIC taxonomies are tools which allow safe and effective nursing care, contributing to orient and ensure daily care for the prevention and treatment of the PUP.

(Key words: pressure ulcer, nursing process, nursing care plan)



AGRADECIMIENTOS

Nada de esta magnitud se realiza sin apoyo. Agradezco a Blanca Elsi Cegueda Benítez, Blanca Lilia Reyes Rocha, Antonia Flores Hernández quienes guiaron este trabajo y facilitaron la culminación.

Agradezco las facilidades y apoyo recibido de las Autoridades del IMSS Hospital General Regional N° 1 “Vicente Guerrero” de Acapulco, Gro para la realización y culminación del presente trabajo.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	i
SUMMARY	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE CUADROS	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
I INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Justificación	6
1.3 Objetivos	8
1.4 General	8
1.5 Específicos	8
1.6 Supuestos de investigación	9
II REVISIÓN DE LITERATURA	10
2.1 Plan de cuidados de enfermería	10
2.2 Proceso enfermero	12
2.2.1 Valoración	13
2.2.2 Diagnóstico enfermero	15
2.2.3 Planeación	17
2.2.4 Ejecución	20
2.2.5 Evaluación	22
2.3 Adulto mayor	23
2.4 Úlceras por presión: fisiopatología y clasificación	26
2.4.1 Clasificación de las úlceras por presión	27
2.4.2 Factores de riesgo	29
2.4.3 Medidas asistenciales prevención de UPP	30
2.4.4 Tratamiento de la úlcera	40
2.5 Estudios relacionados	44
III METODOLOGÍA	47
3.1 Tipo y diseño de estudio	47
3.2 Universo y muestra	47
3.3 Material y métodos	48
3.4 Plan de análisis de los datos	50
3.5 Ética del estudio	50
IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	51
V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	74
VI BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXO 1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	81
ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	89
	90

INDICE DE CUADROS

N°	Cuadro	Página
1	Zonas más susceptibles de desarrollar Úlceras por presión.	26
2	Puntuación del riesgo de úlceras por presión.(Escala de Braden)	31
3	Tipos de superficies especiales para el Manejo de la Presión.	33
4	Recomendaciones para utilizar los cambios posturales específicos.	37

INDICE DE FIGURAS

N°	Figura	Página
1	Úlceras por presión en estadio I	27
2	Úlceras por presión en estadio II	28
3	Úlceras por presión en estadio III	28
4	Úlceras por presión en estadio IV	28

ÍNDICE DE TABLAS

N°	Tabla	Página
1	Características Sociodemográficas.	51
2	Patrones disfuncionales.	52
3	Clasificación de diagnósticos de Enfermería	53
4	Diagnósticos prevalentes para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.	54
5	Riesgo de úlceras por presión	54
6	Lesión por úlceras por presión.	55

I. INTRODUCCION

México se encuentra inmerso en las transformaciones del entorno global, así como en los grandes cambios producto de los avances tecnológicos que traen como resultado amenazas y oportunidades en materia de salud.

La transformación de los patrones de daños a la salud impone retos en la manera de organizar y gestionar los servicios, ya que las etapas intermedias y terminales de las enfermedades demandan una atención compleja, de larga duración y costosa. Lo anterior exige el empleo de alta tecnología, precisa la participación de múltiples áreas de especialidad y el desarrollo de nuevos planteamientos para la prestación de servicios de salud a la población.¹

El profesional de enfermería, como parte integrante del equipo de salud, es un elemento clave para el abordaje de la prevención y tratamiento de las úlceras por presión, utilizando el proceso enfermero como metodología de trabajo.

Por lo anterior, la profesión de enfermería congruente con las demandas de la sociedad moderna, evoluciono su actuar al incorporar el Proceso de Cuidados de Enfermería, también denominada Proceso Enfermero (PE), como una metodología basada en el método científico con la finalidad de sistematizar, estandarizar y fundamentar su actividad.²

El PE es el método que aplica la enfermera para identificar necesidades y problemas del paciente, con una base dialéctica, cognoscitiva y educativa. Sin lugar a dudas, el ejercicio de este método ha devenido en una consecución de acciones, formas de pensar y proyectar al mundo la nueva concepción del profesional de enfermería.¹

El propósito del diseño de un plan de cuidados con un enfoque preventivo o curativo para el cuidado del paciente con riesgo de úlceras por presión o aquel que ya la padece, está dirigido a mejorar la calidad de la atención y seguridad del

paciente, además de servir de guía para la implantación del cuidado a la persona, familia y comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales, así mismo desarrollar la práctica de los cuidados de enfermería mediante la reflexión crítica en la atención individualizada de los pacientes.

Si bien son diversos los procesos vitales o problemas de salud reales que afectan al individuo, algunos de ellos cobran mayor relevancia dado el impacto económico que generan para los servicios de salud, tal es el caso de las úlceras por presión. De ahí que cobra importancia la prevención de las mismas a partir del cuidado de Enfermería desde una concepción holística, traducido en un cuidar que vea delante de sí integralmente a la persona.³

De acuerdo con Brunner y Suddarth⁴, úlceras por presión son áreas de necrosis localizadas en la piel y en los tejidos subcutáneos, producidos por compresión, las causas de las úlceras por presión son innumerables y comprenden factores de naturaleza intrínseca y extrínseca; entre estos se puede citar la presión ejercida sobre la piel y los tejidos subcutáneos, que interfiere en la provisión sanguínea, impidiendo la irrigación del tejido en la región de presión, causando isquemia que puede evolucionar hasta la necrosis del tejido.

Todos los pacientes confinados en cama por períodos prolongados, con disfunción motora y sensitiva, con uso de sedativos, presencia de edema, atrofia muscular y reducción del coxim (almohada que en las heridas absorbe líquidos) son propensos al desarrollo de úlceras de presión.⁵

Las UPP también suponen un problema importante para el sistema sanitario, dado que prolongan la estancia hospitalaria, incrementan el coste de los procesos y dan una imagen institucional negativa al poder atribuirse al déficit en la calidad asistencial (el 95 % de las úlceras son evitables). Los mecanismos que causan las úlceras son innumerables y precisan ser atenuados o prevenidos completamente para que la integridad cutánea sea mantenida. De hecho, la

prevalencia y la incidencia de las UPP son los indicadores más representativos de la calidad de los cuidados de enfermería.⁶

Por eso se hace necesario investigar y explorar los elementos que integran el cuidado para con la piel, para mantenerla íntegra durante todo el proceso de hospitalización del cliente. En este sentido, estas cuestiones impulsan a estudiar la dinámica de actuación del Enfermero referente a los elementos necesarios para la preservación de la piel, lo que conlleva a tener un conocimiento de los factores que predisponen la aparición de una úlcera por presión, incluso cuando ya tenemos la lesión instalada, se hace necesario el establecimiento de metas y un planteamiento que oriente a un tratamiento que sea específico, de acuerdo con la característica del tejido, estadios de la lesión, entre otros elementos; así como orientar las acciones para establecer el proceso evaluativo continuo que lleve a adoptar acciones preventivas y no solamente curativas.⁷

Se sabe que en la asistencia a la salud, en su gran mayoría, los profesionales orientan sus acciones hacia las actividades de recuperación y tratamiento del cliente, lo que en muchas de las ocasiones lleva a que las intervenciones de enfermería se centren en los aspectos curativos más que en los preventivos. Lo anterior sugiere que tales hechos se dan en virtud de conocimientos deficientes, o incluso por falta de entrenamiento para detección precoz de las úlceras por presión.⁷

De ahí que el propósito del presente estudio se basó en el diseño de un plan de cuidados de enfermería estandarizado como un método específico de trabajo que guíe al profesional de enfermería del Hospital General Regional “Vicente Guerrero” del IMSS de Acapulco Guerrero en la prevención y tratamiento de las UPP.

1.1 Planteamiento del problema

Según el 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España en el 2005, muestra una prevalencia media de UPP en la atención primaria del 9,11% entre los pacientes que recibían atención domiciliaria, en la asistencia socio-sanitaria se reporta en hospitales del 8,9 % y del 10,9 %. En todos los niveles asistenciales el grupo de población mayormente afectado fue el de los mayores de 65 años (84.7%), encontrándose que el 23.2% presentaba úlceras por presión de estadio I, 37.5% de estadio II, 27.0% estadio III y 11.8% estadio IV. La localización más frecuente fue el sacro, seguido de los talones, en todos los niveles asistenciales, concluyendo que las UPP afecta de manera primordial a personas mayores.⁸

La prevalencia de UPP reportada a nivel mundial de acuerdo a la OMS está entre el 5 y 12%, en América Latina es del 7% y en México no se cuenta con datos exactos, sin embargo en Instituciones de Salud oscila entre el 4.5-13%.⁹

Un estudio realizado en México en 2008 por el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez reporta 1.5%, de prevalencia de UPP de los cuales el 58.3% fueron pacientes de sexo masculino, en relación con la edad se presentaron en pacientes mayores de 60 años con el 47.3%, con respecto a la estratificación de la úlcera el 58.3% fue grado II; no se reportaron pacientes con progresión de úlcera a grado III y IV.¹⁰

Tomando en consideración que los PLACE's son considerados como guías metodológicas del quehacer de enfermería que permiten disminuir la variabilidad de la atención como factor de riesgo en la seguridad del paciente, con criterios unificados y homogéneos, encaminados a mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente en planes de trabajo de enfermería y que tiene como propósito contribuir en la disminución de eventos adversos.

La profesión de enfermería, incorpora el Proceso Atención de Enfermería, como una metodología basada en el método científico con la finalidad de sistematizar, estandarizar y fundamentar su actividad. El PAE es el método que aplica la enfermera para identificar necesidades y problemas del paciente, con una base dialéctica, cognoscitiva y educativa.

La estandarización de los cuidados de enfermería, y la institucionalización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Incorporan el uso de sistemas estandarizados para identificar el estado de salud o los problemas del individuo, familia o comunidad que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades independientes de enfermería. ¹

En la actualidad, el interés por la seguridad de los pacientes va en aumento, debido al alto índice de errores, eventos adversos o centinela dentro del ámbito hospitalario que es causa primordial de muerte, invalidez, desajustes económicos o juicios contra profesionales de la salud e instituciones.

Por lo anterior, se tienen directrices internacionales para el desarrollo de sistemas de calidad y seguridad de los pacientes entre las que se encuentran las emitidas por la OMS durante la celebración de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud, instó a sus países miembros, mediante la expedición de la Resolución A59/22, a implementar acciones comprendidas en seis esferas: 1ª. Iniciativa “Reto mundial por la seguridad de los pacientes”; 2ª. “Pacientes por su propia seguridad; 3ª. “Taxonomía de la seguridad del paciente”; 4ª. “Promoción de la investigación en el campo de la seguridad del paciente”; 5ª. “Soluciones para reducir los riesgos de la atención a la salud y mejorar su seguridad”; 6ª. El desarrollo y perfeccionamiento de “Sistemas de notificación y aprendizaje”.

Es precisamente la iniciativa denominada “Soluciones para reducir los riesgos de la atención a la salud y mejorar la seguridad”, la que incluye la aplicación de prácticas disponibles y la coordinación de esfuerzos entre los actores involucrados en la prevención de riesgos innecesarios para los pacientes.

Para contribuir en dicha iniciativa, se consideró necesaria la prevención de úlceras por presión (UPP) dada la magnitud y trascendencia de éstas en la salud de las personas desde el punto de vista físico pero también emocional y social.

En México, es necesario determinar la magnitud de estos eventos ya que representan una situación por demás penosa para los servicios de salud, especialmente, cuando estos eventos son prevenibles mediante sencillas intervenciones. Una de estas intervenciones es la valoración del grado de riesgo de un paciente para desarrollar UPP. Con base en ello, la Secretaría de Salud en el año 2007 estableció como indicador de calidad para enfermería, el cumplimiento de los criterios de prevención de UPP, incluyendo entre los criterios de calidad, la valoración del paciente desde su ingreso y durante su estancia hospitalaria.¹¹

En este sentido, cobra relevancia que los profesionales de enfermería establezcan las metas de su práctica asistencial a partir del diseño de un plan de cuidados estandarizado orientado a la atención del paciente con o en riesgo de padecer UPP, conceptualizando esté como el soporte que permite la formalización (organizada) de los elementos de la gestión de cuidados.

Por todo lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿El diseño de un plan de cuidados estandarizado guiará al profesional de enfermería del Hospital General Regional “Vicente Guerrero” del IMSS de Acapulco Guerrero en la prevención y tratamiento de las UPP del adulto mayor hospitalizado?

1.2 Justificación

Para la enfermería proporcionar a los pacientes unos cuidados de calidad empieza por la aplicación de su herramienta propia de trabajo, como lo es el proceso enfermero mediante la elaboración y aplicación de planes de cuidados estandarizado (PLACEs).

Al respecto, la Comisión Permanente de Enfermería promueve la elaboración de PLACEs de las principales causas de ingreso hospitalario, que se han convertido en un soporte de información que reagrupa los datos preestablecidos respecto a un diagnóstico de enfermería, a un perfil de pacientes y a una práctica de cuidados determinada, sin limitar la individualidad del cuidado. La utilización de las taxonomías NANDA, NIC y NOC facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como, un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones,¹ lo que contribuye a elevar la calidad de los servicios de enfermería.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se mide la calidad de atención de enfermería mensualmente en cada hospital, mediante la aplicación de diferentes indicadores entre los que se encuentra el de prevención de úlceras por presión a pacientes hospitalizados, con un valor de referencia nacional del 100%; acción que de igual forma se lleva a cabo en el Hospital General Regional “Vicente Guerrero” de Acapulco, Gro.

Dadas estas políticas en salud para la medición de la calidad asistencial, se considera que el diseño del PLACE sobre la prevención y tratamiento de UPP, favorecerá que el profesional de enfermería de la institución objeto de estudio fortalezca su identidad profesional y desarrollo disciplinar al establecer con claridad su papel al interior del equipo de salud en la prevención y tratamiento de las UPP.

Se parte del hecho de que la prevalencia e incidencia de úlceras por presión son los indicadores más representativos de la calidad de los cuidados de enfermería, por tanto el contar con un plan de cuidados estandarizado y codificado permitirá utilizar un lenguaje y criterios unificados que en el futuro servirán de base para la gestión del cuidado haciendo más objetiva la labor de enfermería que en este momento no logra evidenciarse con la productividad actual.

Desde la perspectiva de la sistematización del cuidado permitirá al profesional de la enfermería fortalecer su proceso, traducido en una prevención eficaz en términos de beneficio de la salud del paciente con visos a la disminución de este fenómeno de estudio con impacto en el indicador de prevención de úlceras por presión, así como en los gastos en atención a la salud tanto para el usuario como para la institución prestadora del servicio.

1.3 Objetivos

1.3.1 General.

Diseñar un plan de cuidados de enfermería estandarizado que guíe al profesional de enfermería del Hospital General Regional “Vicente Guerrero” del IMSS de Acapulco Guerrero en la prevención y tratamiento de las UPP.

1.3.2 Específicos.

- Valorar al paciente adulto mayor por patrones funcionales para determinar el riesgo y presencia de UPP.
- Identificar los diagnósticos enfermeros prevalentes en pacientes con riesgo y presencia de UPP.
- Priorizar los diagnósticos enfermeros prevalentes para la prevención y tratamiento de UPP de acuerdo al modelo de jerarquización de Maslow y Kalish.
- Seleccionar las intervenciones para la prevención y tratamiento de riesgos de UPP.

1.4 Supuesto de Investigación

Un plan de cuidados estandarizado guiarà al personal de enfermería del Hospital General Regional “Vicente Guerrero” del IMSS de Acapulco Guerrero en la identificación de diagnósticos de riesgo y reales del adulto mayor hospitalizado, así como la selección de las intervenciones para la prevención o el tratamiento de las UPP.

II. REVISION DE LITERATURA

En el siguiente apartado se muestran los conceptos teóricos que dan sustento científico al fenómeno a ser abordado en el presente protocolo.

2.1 Plan de Cuidados de Enfermería

Según Griffith-Kenney y Christensen ¹, el Plan de Cuidados de Enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello. Comunica el estado de salud pasado y presente del paciente y sus necesidades actuales a todos los miembros del equipo de atención a la salud relacionados con la asistencia. Identifica los problemas resueltos y los que quedan por resolver, puede informar de los tratamientos que han resultado ser eficaces y registra los patrones de respuesta del paciente a las intervenciones. Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes: ¹²

- a) **Individualizado.** Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- b) **Estandarizado.** Según Mayers (1983), es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.
- c) **Estandarizado con modificaciones.** Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

- d) **Computarizado.** Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

- e) **Plan de cuidados Bifocal.** En 1983, Carpenito presentó un modelo para la práctica que describe la perspectiva clínica de las enfermeras. El modelo bifocal de enfermería de práctica clínica identifica las situaciones clínicas en las que intervienen las enfermeras: como asistente primario y en colaboración con otras disciplinas. Está compuesto por un Diagnóstico de enfermería y un problema interdependiente, que en forma conjunta abordan un mismo problema que será resuelto con intervenciones independientes e interdependientes.

En términos legales, el plan de cuidados documenta la asistencia al paciente con fines legales, de responsabilidad y de mejora de la calidad. También ofrece un mecanismo para asegurar la continuidad de los cuidados cuando el paciente abandona un centro asistencial mientras aun precisa apoyo.¹³ La tendencia universal en la Atención de Enfermería es realizarla a través de los Planes de Cuidado, con el objeto de unificar los criterios de atención y procurar el máximo de calidad de la misma.

De esa manera, no solo se garantiza la calidad en la atención, sino que a la vez se puede cuantificar tanto los tiempos de atención como los costos que estos suponen.¹⁴ Dada la dificultad que entrañaría la realización de Planes de Cuidado individualizados, en la práctica se realizan de forma estandarizada. Así, cada Proceso de Atención de Enfermería debe de estar asociado a un GDR (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) al objeto de establecer las mismas actividades enfermeras derivadas de los Diagnósticos establecidos. Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico constituyen un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (es decir, sus casos) con el costo (consumo de recursos) que representa su asistencia.¹⁵

El Plan de Cuidados de Enfermería es, el instrumento que dirige, en forma ordenada y continua las actividades de enfermería hacia metas u objetivos establecidos específicamente para realizar con un individuo. El personal no profesional de enfermería puede contribuir en la aplicación del plan, pero es la enfermera quien lo elabora, lo interpreta, coordina y delega actividades y lo evalúa.¹⁶

2.2 Proceso Enfermero.

El proceso enfermero es un método que hace referencia al cómo las enfermeras organizan los cuidados de las personas, las familias y las comunidades. Es el origen de los Planes de Cuidado.

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un método de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. De esta forma se tiene que Jhonson, Orland y Wiedenbach,¹⁷ desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual.

En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach, Roy, Munding y Jauron y Aspinall,¹⁷ añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases.”

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A.) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo al desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención.

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente. ¹⁷

2.2.1 La Valoración

Es la primera etapa del proceso enfermero que permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan. La valoración que realiza la enfermera del usuario tiene que ser total e integradora por lo que se debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas. La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar al usuario siguiendo las catorce necesidades de Henderson, los cuatro principios de conservación de Levine, los subsistemas de Jhonson, los requisitos de autocuidado de Orem, relación enfermera- paciente de Peplau etc, o bien, optar por valorar siguiendo la perspectiva de las necesidades humanas, de los patrones funcionales de salud de Mary Gordon y de los patrones de respuesta humana. ¹⁷

Asimismo la valoración por un modelo médico, puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales. Los patrones funcionales de salud permiten recolectar información sobre respuestas humanas y fisiopatológicas ya que son considerados como modelo enfermero para valorar y organizar información y como método para abordar el examen físico del usuario en “áreas funcionales concretas”, además de incluir aspectos valorativos de diversas teorías de enfermería; ¹⁷ por tal razón esta investigación considera para la etapa de valoración los patrones funcionales de salud.

“Las valoraciones enfermeras a todos los niveles de análisis (personales, familiares y comunitarios) constan de datos subjetivos procedentes de la persona o personas y datos objetivos procedentes de las pruebas diagnósticas y otras fuentes de datos. La valoración de los individuos consta de una historia de salud (datos subjetivos) y un examen físico (datos objetivos). La valoración de las familias consiste en la obtención de información específica de la familia (datos subjetivos) y la observación de las interacciones familiares (datos objetivos). La valoración de las comunidades consiste en obtener información de informantes clave dentro de la comunidad (datos subjetivos) y datos estadísticos (datos objetivos).¹⁸

Hay dos tipos de valoraciones que se hacen para generar diagnósticos enfermeros precisos: globales y focalizadas. Las valoraciones globales cubren todos los aspectos de un marco de valoración enfermera, como los 11 patrones funcionales de salud para determinar el estado de salud de la persona, la familia o la comunidad. Patrón 1 Percepción- manejo de la salud. Patrón 2 Nutricional Metabólico. Patrón 3 Eliminación. Patrón 4 Actividad- Ejercicio. Patrón 5 Sueño descanso. Patrón 6 Cognitivo- perceptivo. Patrón 7 Auto percepción Autoconcepto. Patrón 8 Rol- relaciones. Patrón 9 Sexualidad y reproducción. Patrón 10 Adaptación tolerancia al estrés. Patrón 11 Valores y Creencias. Las valoraciones globales de las personas se hacen, por ejemplo, cuando ingresa en un hospital o en un programa de cuidados a domicilio. La valoración focalizada se centra en puntos o cuestiones concretas, como el dolor, el sueño o el estado respiratorio. Esta se realiza cuando es preciso explorar más profundamente síntomas específicos. Los objetivos de la valoración enfermera son que: se centre en los datos necesarios para identificar las respuestas y experiencias humanas; se realice en colaboración con la persona, la familia o la comunidad siempre que sea posible; los hallazgos estén basados en la investigación y otras evidencias”.¹⁹

2.2.2 El Diagnóstico

Es la segunda etapa del proceso enfermero que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja”, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades).

20

Para realizar esta etapa se requieren de cuatro pasos fundamentales:

- 1.- Razonamiento diagnóstico.
2. Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
3. Validación.
4. Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Para formular un diagnóstico enfermero y problemas interdependientes se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo y de salud:²¹

- a) El diagnóstico enfermero real: Describe la respuesta actual de una persona, familia, o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos), además de tener factores relacionados.
- b) El diagnóstico enfermero de riesgo (potencial): Describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables”, solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).
- c) El diagnóstico enfermero de salud: Se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.¹⁷

Cada diagnóstico de enfermería tiene los componentes siguientes: etiqueta, definición, características definitorias, factores de riesgo (para los diagnósticos de riesgo) y factores relacionados:²²

- **Etiqueta diagnóstica.** Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que presenta un patrón de respuesta humana.
- **Definición.** Proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.
- **Características definitorias.** Claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico de enfermería real o de salud.
- **Factores de riesgo.** Elementos ambientales y fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos, que incrementan la vulnerabilidad hacia la enfermedad de una persona, familia o comunidad.
- **Factores relacionados.** Son los que parecen mostrar algún tipo de patrón en relación con el diagnóstico. Pueden describirse como antecedentes asociados, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes al diagnóstico.

Los problemas interdependientes se clasifican en reales y de riesgo. Cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real y si existen factores de riesgo pero aún no hay manifestaciones clínicas, entonces se trata de un problema interdependiente de riesgo, ambos de deben redactar con terminología médica.¹⁹

Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (N.A.N.D.A.) previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.¹⁸

En el caso del diagnóstico enfermero real se aconseja un formato en tres partes: problema + factores relacionados y datos objetivos y subjetivos. El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del

problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales y los datos objetivos y subjetivos (características definitorias/sintomatología), son las evidencias de que el problema existe. El problema se une a los factores relacionados con las palabras *relacionado con*, y estos se unen con las características definitorias mediante las palabras *manifestado por*.

Para estructurar un diagnóstico enfermero de riesgo se emplean únicamente dos partes: problema + factores de riesgo, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias). Los factores de riesgo son “aquellos que predisponen a un individuo familia o comunidad a un acontecimiento nocivo”.²⁰

En cuanto a la formulación de los diagnósticos de salud éstos únicamente llevan un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le antepone las palabras *Potencial de aumento de o potencial de mejora*.¹⁷

El proceso diagnóstico en enfermería difiere del proceso diagnóstico en medicina en que, siempre que sea posible, la persona o personas que son el foco de los cuidados enfermeros deben estar íntimamente implicados como colaboradores de las enfermeras en el proceso de valoración y diagnóstico. Esto se debe a que el objetivo de los cuidados enfermeros es que la persona alcance su bienestar y mejoría. Las experiencias de la persona y sus respuestas a los problemas de salud y procesos vitales tienen significados específicos para ellos y estos significados se identifican con ayuda de las enfermeras.²¹

2.2.3 Planeación

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que

consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo. Los pasos para realizar la planeación son:²³

- a) establecer prioridades,
- b) elaborar objetivos,
- c) determinar acciones de enfermería.
- d) documentar el plan de cuidados.

Las prioridades se establecen posteriores a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario. La priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y Kalish, resulta fácil cuando la enfermera(o) sigue el orden señalado:²

1. Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.
2. Problemas que interfieren con la seguridad y protección.
3. Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia.
4. Problemas que interfieren con la autoestima.
5. Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos se mide el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y “son factores de motivación” al generar numerosas acciones en las enfermeras(os). Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características:¹⁷

1. Surgir del diagnóstico enfermero o problema interdependiente; es decir centrarse en dar solución al problema (objetivo final), y en la “modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos.
2. Estar dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función, como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros, y cuando se tratan de problemas interdependientes.
3. Incluir verbos que se puedan observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo.
4. Ser claros y precisos, con los siguientes elementos en su redacción: sujeto (persona), verbo (conducta), condición (circunstancias en que debe realizarse la conducta y criterios de realización (tiempo y grado de tolerancia o dificultad para realizar la acción).
5. Haber involucrado al usuario y su familia, para perseguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito. En el caso de los objetivos para problemas interdependientes es conveniente la coparticipación de todos los integrantes del equipo sanitario, además del usuario y familia.
6. Utilizar un solo verbo (conducta) por cada objetivo.
7. Ser realistas, es decir que consideren las capacidades físicas psicológicas y personales del usuario(s) para que se puedan alcanzar.
8. Considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivo, afectivo y sicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud.

La determinación de acciones de enfermería son las intervenciones de enfermería, estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos, y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente. En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación “problema” mediante

cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.¹⁸

2.2.4 Ejecución

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados. Los pasos de la ejecución son:¹²

- a) Preparación: consiste en revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean “compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria”, haciéndose necesaria la revaloración. Además de analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría. Así mismo se debe tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.

De igual forma como parte de la preparación de la etapa de ejecución se considera importante reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención. Y crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad. Además de delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.²³

- b) Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen la valoración; la prestación de cuidados para

conseguir los objetivos; la educación al usuario, familia y comunidad, y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.¹²

- c) El último paso a seguir dentro de la etapa de ejecución es la documentación el cual consiste en el registro que realiza la enfermera(o), en las notas de enfermería que se traducen en un documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados así como respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera(o) y servir para estimar la productividad del personal de enfermería. A través de los registros de enfermería se mantiene informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario/familia; los registros de enfermería deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora; datos de valoración, intervenciones de enfermería; resultados obtenidos y nombre / firma de la enfermera(o). Asimismo las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.¹⁷

Existe una clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC por sus siglas en inglés). Es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas. La NIC puede utilizarse en todas las situaciones (unidades de cuidados intensivos, cuidados domiciliarios, cuidados de hospitales, y atención primaria) y en todas las especialidades (desde el cuidado crítico hasta el cuidado ambulatorio y a largo plazo). Cada intervención que aparece en la clasificación está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades

para llevar a cabo la intervención. Las intervenciones están agrupadas en 30 clases y 7 campos para facilitar su uso.²⁴

2.2.5 Evaluación

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia de toda práctica de enfermería. La evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución. La evaluación en el proceso enfermero es útil para determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan y decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado. Por consiguiente es necesaria la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos. Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera(o) debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas.²

Para el desarrollo de esta actividad la enfermera y el paciente, en forma conjunta, deben determinar el progreso o la falta de progreso hacia la realización de sus metas, identificando obstáculos y estrategias. La evaluación es compleja, sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua, ya que brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de la enfermera y requiere de la interrelación con el usuario y su familia.¹⁷

Dado que la evaluación de los resultados ayuda a los profesionales de enfermería y de la asistencia sanitaria en general a cuantificar el estado del paciente, del cuidador, de la familia o de la comunidad. De ahí que se ha desarrollado una clasificación de los resultados de enfermería (NOC por sus siglas en inglés). Un punto fuerte de esta clasificación es que se centra en la medida de los resultados en diversas especialidades y entornos. Además, las enfermeras

pueden cuantificar el cambio en el estado del paciente después de las intervenciones y monitorizar su progreso.²⁴ Sin embargo, el juicio clínico de la enfermera continúa siendo el factor más importante a la hora de seleccionar los resultados. La necesidad que la enfermera tiene de definir los resultados de los pacientes que dependen de los cuidados enfermeros ha continuado aumentando.

El aumento de los cuidados asistidos, el énfasis en la contención del costo sanitario y la necesidad de la práctica basada en la evidencia continúan siendo aspectos de la efectividad de los resultados y la calidad de la asistencia sanitaria de la atención de las enfermeras que preocupan a consumidores, organizaciones sanitarias y políticas. Una de las razones para la estandarización de resultados de enfermería es que la profesión se implique activamente en la investigación de la evaluación clínica, en el desarrollo de la política y en el trabajo interdisciplinario, es imprescindible identificar y medir los resultados de los pacientes influenciados por los cuidados enfermeros.²⁵

2.3 Adulto mayor.

Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. En México es considerada anciana una persona a partir de los 60 años. La Norma Oficial Mexicana (NOM-167-SSA1-1997) considera adulto mayor a la persona de 60 años o más.²⁶ Kasper, documentó entre los cambios naturales y problemas de salud que vive el adulto mayor, aquellos que se traducen en el deterioro de sus capacidades funcionales, mentales y sociales, capacidad que alcanzan su mayor expresión en el adulto joven y que en la etapa de envejecimiento disminuye notoriamente.²⁷ El proceso de envejecimiento trae consigo un deterioro de funciones orgánicas y por ende, de la calidad de vida del adulto mayor, este grupo etario tiene mayor tendencia a caerse por fallo de los reflejos protectores y debilidad de la consistencia ósea por osteoporosis, con consecuencias físicas, psíquicas y socioeconómicas, que las hacen una de las principales causas de morbimortalidad en este grupo etario.¹¹

Múltiples investigaciones han abordado esta temática enfatizando el efecto que tiene el envejecimiento sobre la eficacia y funcionalidad de algunos sistemas orgánicos, entre ellos, el digestivo, cognitivo, oseo-muscular y reproductor, entre otros.²⁸

La Secretaría de Salud (SSA) asegura que la prevalencia nacional de demencias y deterioro cognitivo, principalmente de Alzheimer, representa una cifra mayor a 6 % en las personas mayores de 60 años. En este sector de la población también es importante la cifra de depresión, trastornos nutricionales, problemas de salud bucal, así como de pérdida de visión y audición, entre muchos otros males.

Como consecuencia de esto, se produce un decremento en la calidad de vida del adulto mayor, con aumento en la estancia hospitalaria, lo cual incrementa el costo y aumenta las tasas de mortalidad.¹¹

No se puede olvidar que la hospitalización de los adultos mayores facilita la aparición de complicaciones (muchas de ellas sin relación con la enfermedad de base), como el aumento del riesgo de úlceras por presión, vinculado con el estado de la piel y la nutrición, el déficit de movilidad relacionado al confinamiento en cama por periodos prolongados, percepción sensorial disminuida e incontinencia urinaria y fecal; además, factores como: la edad, fricción, humedad, estado de conciencia, postintervención quirúrgica, diabetes mellitus y procesos terminales. El tiempo de exposición a dichos factores, determina la frecuencia y localización de las UPP.⁴

En México existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta; el envejecimiento poblacional en la región se caracteriza por la coexistencia de enfermedades crónico- degenerativas, enfermedades transmisibles y desnutrición. Esta mezcla de condiciones de salud representa un riesgo desconocido, en cuanto a la discapacidad que puede presentar la población que sobrevive hasta

edades avanzadas y la respuesta de los sistemas de salud para enfrentar la carga asociada con este triple desafío.

La desprotección social en la que vive la población de Adultos Mayores (AM), es un factor determinante del empobrecimiento de la familia, sobre la cual frecuentemente recae la responsabilidad del cuidado de los ancianos. La situación del adulto mayor en México se caracteriza por la intersección entre las problemáticas de salud asociadas a la vejez, el género y la pobreza en un contexto de escasa protección institucional y profundas desigualdades sociales que se observan tanto en entornos rurales como urbanos.²⁹

En México, la proporción de este grupo de edad en el año 2000 fue de alrededor de 7.0 % y se estima que este porcentaje se incrementa a 12.5 % para el 2020 y a 28 % para el 2050. El acelerado crecimiento de la población del AM representa una problemática para los diferentes sectores gubernamentales, debido a que no se ha desarrollado ni la infraestructura necesaria para garantizar el bienestar de este sector de la población, ni la capacidad humana para atender profesionalmente sus muy diversas demandas.²⁹

La Encuesta Nacional de Salud y nutrición 2012 recabó información de 8 874 hombres y mujeres de 60 años o más que, de acuerdo con los factores de expansión, representan a los 10 055 379 de Adultos Mayores en todo el país. En el ámbito nacional, se observa una predominancia femenina (53.5%), alrededor de 48% tiene 70 años o más y cerca de uno de cada cuatro ancianos reside en áreas rurales (23.1%). Los tres padecimientos con el mayor auto reporte de diagnóstico médico fueron hipertensión (40.0%), diabetes (24.3%) e hipercolesterolemia (20.4%). En relación con los padecimientos mentales, uno de cada seis presenta síntomas depresivos significativos (17.6%), algo más de 7% presenta deterioro cognitivo y alrededor de 8% demencia. En relación con la pérdida de autonomía, 26.9% presentó dificultad para realizar al menos una Actividades Básicas de la Vida Diaria, y 24.6% presentó dificultad para realizar al menos una Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. En ambas condiciones, se observa que las

prevalencias se incrementan a medida que aumenta la edad y es mayor en las mujeres.³⁰

2.4 Úlceras por presión: fisiopatología y clasificación.

Úlcera por presión (escara por presión, escara de decúbito y úlcera de decúbito), es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, que se produce por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro externo a él (Cuadro 1). En su desarrollo se conjugan dos mecanismos; la oclusión vascular por la presión externa y el daño endotelial a nivel de la micro-circulación. En su formación participan tres tipos de fuerzas: presión, fricción y cizallamiento.³¹

Cuadro 1. Zonas más susceptibles de desarrollar UPP.

POSICIÓN	ZONAS
Decúbito supino	Occipital, codos, escápulas, sacro, coxis, talones.
Decúbito lateral	Pabellón auricular, escápulas (acromion), costillas, trocánter, crestas ilíacas, cóndilos (rodilla), tibias y maléolos tibiales.
Decúbito prono	Frente, pómulos, pabellón auricular, acromion, pechos, crestas ilíacas, rodillas, genitales (en los hombres), pubis y dedos de los pies.
Sedestación	Escápulas, codos, sacro y tuberosidades isquiáticas.
Contención mecánica y otros dispositivos.	Fosas nasales (con sondajes), pabellón auricular (gafas nasales), meato urinario (con sondaje vesical), muñecas y tobillos (con sujeciones).

Tomado de Guía de Práctica clínica Prevención y Tratamiento de UPP (GNEAUPP)

Las úlceras por presión (UPP) resultan de una isquemia prolongada que puede afectar a epidermis, dermis, tejido celular subcutáneo y tejidos más profundos. Esta isquemia surge por la compresión de fuerzas externas al organismo, como el peso del paciente, o las ejercidas por dispositivos terapéuticos

(sondas nasogástricas, tubos traqueales, tiras de mascarillas, ventilación no invasiva, catéteres vesicales, elementos de sujeción, etc.) sobre una zona de prominencia ósea con poco tejido entre la misma y la epidermis. Los tejidos reciben el oxígeno y los nutrientes, como también eliminan los desechos metabólicos a través de la sangre. Cualquier factor que interfiera, afecta el metabolismo celular y por ende, a la función o vida celular. La presión ejercida afecta a este proceso, al reducir o bloquear la circulación tisular, lo que da origen a la isquemia y posterior necrosis tisular. Usualmente los dos planos duros que se comprimen, son las prominencias óseas del paciente y cualquier otra superficie dura, como una cama o una silla.³¹

2.4.1 Clasificación de las úlceras por presión.³²

Estadio I

- Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados.

- En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:

- Temperatura de la piel (caliente o fría)
- Consistencia del tejido (edema, induración)
- Y/o sensaciones (dolor, escozor)

Figura 1: UPP en estadio I.
Se observa la zona de eritema cutáneo



Estadio II

- Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas.
- Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

Figura 2: UPP en estadio II.
Se observa la pérdida parcial de la piel



Estadio III

- Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.

Figura 3: UPP en estadio III.
Se observa pérdida total del grosor de la piel



Estadio IV

- Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).
- En este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

En todos los casos que procedan, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

Figura 4: UPP en estadio IV.
Se observa la pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa y necrosis del tejido



2.4.2 Factores de riesgo

Se han incluido como factores de riesgo todos los que reducen la resistencia tisular, los que a continuación se describen:³³

- *Presión:* La fuerza primaria que favorece la formación de úlceras es la presión directa. La presión induce anoxia, isquemia y muerte celular. Es una fuerza que actúa de manera perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad y que provoca el aplastamiento tisular entre dos planos, uno relativo al paciente (plano esquelético, prominencias óseas) y otro externo (sillón, cama, sondas...). La formación de una úlcera depende tanto de la presión que se ejerce sobre una zona de la piel como del tiempo que se mantiene esta presión. La ecuación «presión + tiempo = úlcera» define claramente el concepto de úlcera por presión. Aplicar una presión baja durante un período de tiempo largo provoca más daño tisular que una presión alta durante un período de tiempo corto. También se ha comprobado que el 90 % de los enfermos con menos de veinte movimientos espontáneos durante la noche desarrollan úlceras.
- *Fricción:* Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel. Se produce cuando una parte del cuerpo del paciente —generalmente los codos, el sacro y los tobillos— roza contra una superficie áspera como la sábana. Este roce causa el descamamiento de las células epidérmicas y disminuye la resistencia del tejido. La fricción minimiza la relación presión-tiempo que determina la aparición de isquemia cutánea.
- *Cizallamiento:* Combina los efectos de la presión y de la fricción. Las fuerzas de cizallamiento son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes se deslizan una sobre la otra. Estas fuerzas se producen al deslizarse la persona cuando está mal sentada y/o el cabecero de la cama se eleva más de 30° (posición de Fowler alta). En esta situación, los tejidos externos (piel, fascias superficiales) permanecen fijos

contra las sábanas mientras que los tejidos profundos (fascias profundas, esqueleto) se deslizan, los vasos sanguíneos se retuercen y se comprimen, lo cual priva de oxígeno y nutrientes a la piel. Debido a este efecto, la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor, por lo que la isquemia del músculo se produce más rápidamente.

2.4.3 Medidas asistenciales para la prevención de las UPP

La GNEAUPP Grupo Nacional para el estudio y Asesoramiento en úlceras por presión y Heridas crónicas, definió una serie de medidas asistenciales en la prevención de las UPP.⁶

1. Identificar la población diana.

La población diana es el grupo de personas que tienen mayor riesgo de padecer un problema de salud. Cuando un paciente pertenezca a la población diana, se recomienda evaluar el riesgo al ingresar en la unidad hospitalaria o en la primera visita domiciliaria mediante una escala de valoración validada. La evaluación de la movilidad debe incluir todos los aspectos del movimiento, desde caminar a la habilidad para cambiar de posición.

2. Valorar el riesgo (escala de Braden).

Se aconseja utilizar la escala validada de Braden (Cuadro 2), que prevé las variables siguientes: percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, roce y peligros de lesiones cutáneas. Esta escala tiene mayor sensibilidad y especificidad que otras y valora aspectos nutricionales. Además, permite planificar cuidados individualizados según la variable alterada.

Cuadro 2. Puntuación del riesgo (según escala de Braden) y frecuencia de monitorización.

PUNTUACIÓN	RIESGO	FRECUENCIA DE MONITORIZACIÓN
< 12	Alto	24 horas
13 – 14	Moderado	72 horas
15 – 18	Bajo	Semanal
19 – 23	sin riesgo	si hay cambios en el estado general

Tomado de Guía de Práctica clínica Prevención y Tratamiento de UPP (GNEAUPP)

En todos los casos, se recomienda evaluar el riesgo siempre que se produzcan cambios en el estado general del paciente:

- Isquemia de cualquier origen;
- Intervención quirúrgica prolongada (> 10 horas);
- Pérdida de sensibilidad o movilidad de cualquier origen;
- Hipotensión prolongada;
- Pruebas diagnósticas o terapéuticas que supongan reposo en cama de más de 24 horas.

3. Mantener y mejorar el estado de la piel.

La inspección de la piel debe hacerse regularmente de manera sistemática, observando las prominencias óseas y la presencia de sequedad, excoriación, eritema o maceración.

En el ámbito domiciliario, la inspección debe hacerse en cada visita y hay que instruir al cuidador en la valoración para que sepa cómo hacer la revisión diaria.

Los cuidados de la piel se resumen en las recomendaciones siguientes:

- Mantener la piel limpia y seca y evitar la fricción. Se recomienda usar agua tibia y jabones neutros, poco irritantes.

- Secarla por contacto, sin frotarla, y prestando atención especial a las zonas de los pliegues.
- Aplicar cremas hidratantes si el paciente tiene la piel seca.
- En los pacientes con alto riesgo de padecer UPP o que presentan UPP en estadio I, aplicar suavemente ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo, sin dar masaje.
- No aplicar ningún tipo de alcohol (colonia, alcohol de romero...), ya que reseca la piel.
- No hacer masajes sobre las prominencias óseas.
- Utilizar ropa de dormir y ropa interior de tejidos naturales.
- Mantener la ropa de la cama siempre limpia, seca y sin arrugas.
- Valorar y controlar las causas del exceso de humedad. Si el paciente padece incontinencia, valorar la posibilidad de instaurar los dispositivos no invasivos (pañales, colectores) necesarios para evitarla. La humedad producida por la incontinencia fecal o urinaria provoca maceración y edema de la piel y aumenta la susceptibilidad a la abrasión. Por ello es imprescindible inspeccionar el pañal a menudo y cambiarlo lo antes posible cuando esté mojado.
- Vigilar también los drenajes y los exudados de las heridas y proteger la piel con productos de barrera (películas de poliuretano o pasta de zinc).

4. Manejar la carga tisular para disminuir la presión, la fricción y/o el cizallamiento.

Fernandes, AA. Determino la Actuación del enfermero en la prevención de las Úlceras de presión.⁷

Para minimizar el efecto de la presión hay que considerar cuatro elementos: actividad y ejercicio, cambios posturales, utilización de superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) y protección local de la presión.

Las pautas de actividad y ejercicio incluyen las recomendaciones siguientes:

- Crear un plan que estimule la actividad y el movimiento del paciente.
- En los pacientes con movilidad comprometida, hacer ejercicios de movilización pasiva, además de los cambios posturales.
- Mantener la alineación del cuerpo y evitar el rozamiento en las movilizaciones.

Las superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) son superficies cuya configuración física y/o estructural presenta propiedades de reducción o alivio de la presión (Cuadro 3). Algunas de ellas también pueden reducir el efecto de la fricción y del cizallamiento, así como el calor y la humedad, lo cual incrementa el confort de los pacientes.

Estas superficies pueden abarcar todo el cuerpo o una parte, ya que se presentan en forma de colchones, colchonetas o cojines. Se comercializan también SEMP especiales para incubadoras, cunas y camas pediátricas.

Cuadro 3. Tipos de superficies especiales para el manejo de la presión

SUPERFICIES ESTÁTICAS	SUPERFICIES DINÁMICAS
Actúan aumentando el área de contacto con el paciente, repartiendo la presión y disminuyéndola en las prominencias óseas.	Permiten variar continuamente los niveles de presión mediante un cambio constante de los puntos de apoyo del paciente.
<p>Colchonetas, colchones y cojines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visco-elástico. • De espumas de alta densidad. • De fibras especiales (siliconizadas). • De gel. • De aire. 	<p>Colchonetas y cojines</p> <ul style="list-style-type: none"> • alternantes de aire (de celdas pequeñas, medianas o grandes). <p>Colchones</p> <ul style="list-style-type: none"> • De aire alternante. • De aire alternante de posicionamiento lateral. <p>Camas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluidificadas. • Bariátricas.

Es importante destacar que la utilización de las SEMP no sustituye al resto de cuidados (cambios posturales, cuidado de la piel y buen aporte nutricional); en todo caso, complementa su eficacia. Las recomendaciones para utilizar una SEMP se resumen en los puntos siguientes:³³

- A todas las personas con riesgo de desarrollar UPP debería proporcionárseles una superficie con propiedades para disminuir la presión.
- La necesidad de una SEMP debe ser valorada regularmente.
- Cualquier paciente que precise una SEMP, también necesitará un cojín especial cuando esté sentado. Los cojines estáticos, de aire o de espumas especiales han demostrado ser eficaces.
- Aunque no hay evidencias de que los colchones de alta tecnología sean más efectivos que los de baja tecnología, el consenso de los profesionales recomienda utilizar los primeros:
 - ✓ como primera línea en pacientes de alto riesgo;
 - ✓ cuando hay una historia previa de prevención de UPP con este sistema;
 - ✓ cuando fallan los sistemas de baja tecnología.
- Los pacientes con UPP deben poder utilizar superficies de apoyo que liberen la presión y colchones y cojines durante las 24 horas del día.
- La elección de superficies para el manejo de la presión para pacientes con UPP deben hacerla profesionales sanitarios.
- No hay evidencias científicas suficientes para decidir qué sistema de manejo de la presión es mejor.

Los cambios posturales son imprescindibles, tanto en la prevención como en el tratamiento. La frecuencia y la manera de hacerlos se resumen en las recomendaciones generales y específicas siguientes, tanto para las situaciones de encamamiento y sedestación como para cada tipo de postura, las cuales se describen a continuación:⁶

a) Recomendaciones generales según el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas Crónicas.(GNEAUPP)⁶

- Hacer cambios posturales cada 2 o 3 horas, siguiendo una rotación determinada.
- La necesidad de cambios posturales debe valorarse regularmente.
- Hay que hacer los cambios posturales aunque el paciente lleve superficies especiales para el manejo de la presión.
- Hay que hacer frecuentemente cambios posturales a todos los pacientes con UPP, incluidos todos los que están encamados o sentados.
- La frecuencia de los cambios debe ser determinada por las necesidades de los pacientes y debe registrarse.
- Los pacientes de más peso necesitan un número mayor de recolocaciones.
- Hay que evitar colocar al paciente directamente sobre las prominencias óseas y sobre las úlceras.

Además de las recomendaciones generales, hay que considerar las específicas para pacientes encamados y en sedestación y para las diferentes posturas que se utilizan en los cambios posturales (Cuadro 4).

b) Recomendaciones para pacientes encamados según el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas Crónicas. (GNEAUPP)⁶

- Cambios posturales cada 2 o 3 horas como mínimo, siguiendo una rotación determinada.
- Mantener la cama lo más horizontal posible, siempre que no esté contraindicado.
- Utilizar cojines y/o cuñas de espuma para eliminar la presión sobre los trocánteres, los tobillos y los talones.
- Utilizar superficies especiales adecuadas.

c) Recomendaciones para pacientes en sedestación según el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas Crónicas. (GNEAUPP) ⁶

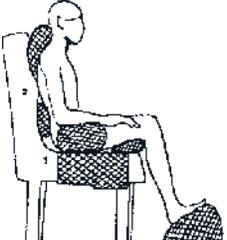
- Utilizar un sillón adecuado, cómodo y con reposabrazos y el respaldo un poco inclinado hacia atrás
- Ajustar el ancho de la silla o colocar cojines a ambos lados del tronco para conseguir una posición recta.
- Adaptar la profundidad de la silla a la longitud del muslo.
- Colocar un reposapiés hasta conseguir un ángulo recto de cadera y rodilla.
- Colocar al paciente de manera correcta, con la espalda lo más recta posible y apoyada en el respaldo. Es necesario valorar la necesidad de dispositivos de ayuda para mantener la postura.
- Instruir al paciente para que se recolocque cada 15 minutos. Si no pudiese hacerlo por sí solo, hay que instruir al cuidador para que lo haga como mínimo cada hora.
- El paciente de alto riesgo no debe permanecer más de dos horas sentado, aunque se utilicen sistemas de alivio de la presión.
- Para una sedestación correcta es importante disponer de cojines que disminuyan la presión. No hay que utilizar cojines con forma de flotador, ya que provocan edema, congestión e isquemia y favorecen la aparición de UPP.
- Si no es posible llevar a cabo estas recomendaciones, mantener al paciente encamado y hacer los cambios posturales indicados.
- Si el paciente tiene úlceras en la zona sacra, evitar que esté sentado; sentarlo solamente en periodos limitados (durante las comidas).

Cuadro 4. Recomendaciones para utilizar los cambios posturales específicos.

POSICIÓN	PROCEDIMIENTO
<p>Decúbito supino</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente boca arriba, sin elevar la cabeza más de 30°, siempre que no esté contraindicado. • Situarle una almohada bajo la región superior de los hombros, en el cuello y en la cabeza. • Colocarle un cojín bajo las piernas dejando los talones sin contactar con la cama. • Mantenerle los pies en ángulo recto. • Situarle almohadas bajo los brazos, manteniéndolos paralelos al cuerpo. Estas almohadas situadas junto a la zona externa de los muslos evitan la rotación externa de la cadera.
<p>Decúbito lateral.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Poner al paciente de costado, girándolo en bloque, para mantener la alineación corporal. • Colocarle una almohada paralela a la espalda manteniendo la alineación corporal y sacar hacia fuera el hombro sobre el que se apoya el paciente. • Colocar almohadas bajo la cabeza y el cuello del paciente. • Colocarle ambos brazos flexionados ligeramente. • Disponer una almohada entre las piernas desde la ingle hasta el pie. Así se consigue una posición oblicua de 30° o de decúbito lateral parcial, para intentar evitar la presión sobre el hueso de la cadera que se apoya en la cama.

Tomado de Guía de Práctica clínica Prevención y Tratamiento de UPP (GNEAUPP)

Cuadro 4. Continuación

<p>Decúbito prono.</p> 	<ul style="list-style-type: none">• Girar al paciente sobre sí mismo hasta que quede bocabajo, colocando la cabeza de lado sobre una almohada pequeña.• Colocarle otra almohada pequeña bajo el abdomen si fuese necesario para mantener la espalda recta.• Situarle una almohada bajo la porción inferior de las piernas y colocarle los pies en ángulo recto.• Colocarle los brazos flexionados.• Dejar libre de presión los dedos de los pies, las rodillas, los genitales y los pechos.
<p>Sedestación.</p> 	<ul style="list-style-type: none">• Utilizar un sillón adecuado, cómodo, con el respaldo un poco inclinado hacia atrás.• Colocarle un cojín o una almohada pequeña en la región cervical, en la zona lumbar y bajo las piernas.• Mantenerle los pies en ángulo recto.• Cuidar la posición de los brazos, el alineamiento del cuerpo y la ubicación.

Tomado de Guía de Práctica clínica Prevención y Tratamiento de UPP (GNEAUPP)

5. Controlar el estado nutricional y de hidratación del paciente.

Se recomienda hacer una evaluación nutricional mediante instrumentos validados. Cualquier método de valoración ha de permitir detectar el estado de desnutrición o su riesgo. También ha de integrar la gravedad de la enfermedad presente. El examen nutricional básico ha de incluir las medidas antropométricas: talla, peso, índice de masa corporal, pérdida de peso en los últimos tres meses, cambios en la ingesta dietética con sus posibles causas relacionadas y los parámetros bioquímicos y decidir si es necesario derivar al paciente al especialista en nutrición y dietética o al experto de referencia en la materia.³³

La malnutrición y el déficit de hidratación son factores que están positivamente correlacionados con la incidencia y la gravedad de las úlceras por presión. El estadio de la UPP tiene una correlación con la gravedad del déficit nutricional, especialmente con el bajo aporte proteico o el nivel bajo o normal de albúmina en el suero. Por estos motivos, una nutrición adecuada es necesaria para contribuir a la prevención y facilitar la recuperación.³¹

La dieta debe estar adaptada a las necesidades individuales tanto desde el punto cuantitativo como desde el cualitativo y solamente se aconseja aportar vitaminas y suplementos minerales si hay déficit. Debe garantizarse una ingesta mínima de macronutrientes y de micronutrientes, de acuerdo con la condición de salud del paciente y sus preferencias alimentarias. El aporte mínimo de calorías es de 30 a 35 kcal/kg/día, con un aporte de proteínas entre 1,25 y 1,5 g/kg/día. Debe procurarse una ingesta de líquidos de 1,5 a 2 litros al día (30 cc/kg/día).³³

No hay ninguna evidencia para administrar de manera rutinaria suplementos nutricionales para la curación de las úlceras por presión. El soporte con suplementos nutricionales debe estar indicado por profesionales especialistas en nutrición y basado en el diagnóstico nutricional del paciente, previa valoración mediante instrumentos validados.³⁴

6. Favorecer la oxigenación.³⁵

Mejorar las condiciones generales del paciente, colaborar en la movilidad, el movimiento normal hace variar la presión, para que la circulación sanguínea no quede obstruida durante un largo período. La capa de grasa debajo de la piel, especialmente sobre las prominencias óseas, actúa a modo de almohadilla y evita que los vasos sanguíneos se cierren.

7. Proporcionar educación sanitaria al paciente y/o al cuidador.

- Es muy importante implicar al paciente y a los cuidadores en el proceso de prevención y tratamiento de las UPP informándoles sobre los factores de

riesgo que influyen en la aparición y en la manera de evitarlos o minimizarlos. Para ello, los profesionales de la salud deben valorar la capacidad del paciente y del cuidador principal (conocimientos, actitudes y habilidades) para participar en el programa de prevención. Si su participación es posible, hay que diseñar un programa de educación sanitaria: ³²

- Adaptado a sus características.
- Dirigido a todos los niveles: paciente, familia y cuidadores.
- Que incluya conocimientos básicos sobre la fisiopatología de la formación de una UPP, los factores de riesgo, las repercusiones que conllevan, la detección precoz y los cuidados de prevención.
- Con mecanismos para evaluar la eficacia.

2.4.4 Tratamiento de la úlcera.

Las directrices para el tratamiento local de la herida a través de la curación de la misma, tienen como objetivo la preparación del lecho de la herida y la creación de un ambiente óptimo para que la herida cicatrice. Estas directrices se resumen en:

a) Limpieza de la herida. ³⁵

La presencia de restos representa una obstrucción mecánica para el tejido de granulación y es una barrera para la penetración de los tratamientos tópicos, así como caldo de cultivo para la proliferación de microorganismos. Por este motivo se recomienda: Utilizar suero fisiológico para limpiar las UPP. Utilizar otros limpiadores cutáneos puede ser contraproducente para las UPP. Diversos estudios han demostrado que la mayoría de limpiadores de heridas deben diluirse para mantener la viabilidad celular y la función fagocitaria de los leucocitos.

No limpiar la herida con antisépticos cutáneos, ya que son citotóxicos para el tejido sano. La utilización continua de povidona yodada puede retrasar la cicatrización, provocar dermatitis de contacto y alteraciones sistémicas debidas a

su absorción. También se aconseja no utilizar agua oxigenada, ya que es bacteriostática y se degrada fácilmente con la luz y el calor.

Para la limpieza de la úlcera debe hacerse la presión suficiente en la irrigación. El lavado con una jeringa de 20 ml y con una aguja de 0,9 x 25 proporciona la fuerza suficiente para eliminar escaras, bacterias y otros restos.

Limpiar la lesión inicialmente y en cada cambio de apósito. El uso de materiales rugosos (como gasas o esponjas) provoca pequeños traumatismos en el lecho de la úlcera, que incrementan el riesgo de infección e interfieren en la curación.

Secar únicamente la piel perilesional y dejar húmedo el lecho de la úlcera, con el fin de evitar traumatismos por fricción en esa zona.

Mantener limpios y secos los bordes de la herida y húmedo el lecho de la úlcera.

b) Desbridamiento. ³⁴

La presencia de tejido desvitalizado o necrosado es un obstáculo para el proceso de cicatrización, ya que aumenta la probabilidad de infección y dificulta la cicatrización y la valoración del lecho de la úlcera. Para curar la úlcera es imprescindible eliminar el tejido desvitalizado y/o necrosado mediante el desbridamiento.

De los distintos métodos de desbridamiento se aconseja el autolítico, el enzimático y el cortante. Son métodos compatibles entre sí, y se recomienda que se usen simultáneamente para hacer más eficaz y rápido el proceso.

La selección del tipo de desbridamiento está condicionada por el estado general del paciente y por las características del tejido que se debe desbridar. La elección del método de desbridamiento en un paciente con UPP deben hacerla profesionales sanitarios.

- Desbridamiento cortante.³⁰ Permite eliminar de manera rápida y selectiva las escaras secas adheridas a planos profundos y el tejido desvitalizado húmedo. Implica la utilización de instrumental y técnica estériles. Es un método doloroso; por este motivo, se aconseja administrar analgesia tópica, oral y/o sistémica antes del procedimiento. Para llevar a cabo el desbridamiento cortante se recomienda lo siguiente:
 - ✓ Hacerlo por planos y en diferentes sesiones hasta conseguir la limpieza adecuada de la úlcera.
 - ✓ En caso de hemorragia, hacer compresión directa y aplicar apósitos de alginato, con cura seca durante las 24 horas siguientes y controlando la presencia de sangrado significativo. Posteriormente, continuar con cura en ambiente húmedo.
 - ✓ Evitar hacer el desbridamiento cortante a los pacientes con coagulopatías y con tratamiento anticoagulante.
 - ✓ Solamente se aconseja desbridar las úlceras de talón con escaras secas si presentan colección líquida por debajo (fluctuación o exudado). Está cubierta escarificada actúa como capa protectora natural en una zona de alto riesgo de osteomielitis, debido a la cercanía del hueso calcáneo.
 - ✓ Si la úlcera es extensa, con una infección que afecte a tejidos profundos o a huesos, puede ser necesario hacer una resección amplia que incluya tejido sano. En este caso, el desbridamiento debe hacerse en el quirófano con la ayuda de anestesia.
 - ✓ La decisión del tratamiento quirúrgico de las UPP debe estar fundamentada en la valoración integral del paciente, en la que participen todos los profesionales implicados en su cuidado, habiendo considerado el nivel de riesgo de la intervención quirúrgica y las preferencias del paciente.

- Desbridamiento enzimático.³¹ El desbridamiento enzimático consiste en aplicar una pomada en la herida que contiene enzimas exógenas

(colagenasa, estreptoquinasa, papaína-urea, etc.), que funcionan de manera sinérgica con las enzimas endógenas degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina. Se puede combinar con otro tipo de desbridamiento. Las recomendaciones siguientes permiten aplicar este tratamiento con las mayores garantías de seguridad para el paciente:

- ✓ Hay evidencias que señalan que el uso de colagenasa favorece el crecimiento del tejido de granulación. Sin embargo, la colagenasa puede provocar maceración y excoriación de la piel periulceral; por ello es necesario proteger la piel mediante una película de barrera (pasta de zinc, película cutánea, silicona u otras). Las curas deben hacerse como mínimo cada 24 horas. Es imprescindible garantizar el nivel de humedad en el lecho de la úlcera aplicando hidrogel para potenciar la acción de la colagenasa.
 - ✓ La acción de la colagenasa se neutraliza con soluciones jabonosas, metales pesados y antisépticos.
-
- Desbridamiento autolítico.³¹ Es el menos traumático y el más selectivo, pero también el más lento. Es el que ocurre de manera natural en todas las heridas. Los fagocitos del lecho de la herida, junto con los macrófagos y las enzimas proteolíticas, son los encargados de licuar y separar del tejido sano el tejido necrótico y la escara. La utilización de apósitos modernos (hidrogel, hidrocoloides, hidrocélulares, entre otros) basados en los principios de cura en ambiente húmedo puede facilitar este proceso.
 - Tratamiento de las flictenas.⁶ Si hay flictenas, hay que aspirar asépticamente su contenido con jeringa y aguja, mantener la epidermis sobre la lesión y colocar un apósito de espuma de poliuretano o un apósito de silicona.

2.5 Estudios Relacionados.

Vela en 2013 en México realizó un estudio donde buscó hallazgos epidemiológicos en pacientes hospitalizados con el propósito de identificar la prevalencia de UPP como un evento adverso prevenible. Úlceras por presión, a nivel local, jurisdiccional, estatal y nacional. La información fue de 175 unidades médicas de segundo nivel de atención, de 32 entidades federativas con un total de 13 137 pacientes valorados, de los cuales 1697 presentaron una o más UPP, con un total de 2 754 UPP, a nivel nacional, el porcentaje de prevalencia cruda fue de 12.92%, en tanto que la prevalencia media fue de 20.07% con una desviación estándar de +/- 15.79%. Las mujeres tuvieron una mayor prevalencia de UPP (52%) y los pacientes que tienen entre 71 y 80 años (20%). En cuanto a los días de aparición de las UPP, el promedio fue de seis días después de la fecha de ingreso; 26% de los pacientes llegaron a la unidad médica con UPP desarrolladas y 74 % desarrollaron UPP después de su ingreso a la unidad médica.

Con relación al sitio anatómico, se encontró que la frecuencia de aparición fue: sacro 27%, talón 27%, isquion 10%, cabeza 4% y codos 3%. La severidad de las UPP de acuerdo con diversos estadios fue: estadio I 39%, estadio II 34%, estadio III 12%, estadio IV 5%, no estadiable 10%.

Para identificar la adherencia a las políticas de prevención con relación al monitoreo del indicador de prevención de UPP en el paciente hospitalizado, 82% de las unidades médicas de segundo nivel aplica el protocolo, pero solamente el 68% de estas realiza y documenta la las intervenciones específicas para la prevención. Asimismo, 60% no utiliza el protocolo para la prevención y el 69% no cuenta con protocolo para manejo de las UPP.

Por primera ocasión se cuenta con un estudio nacional de prevalencia de UPP mediante el cual se puede identificar la magnitud del problema y diseñar estrategias de atención dirigidas a disminuir los factores organizacionales y

técnico –profesionales que propician la ocurrencia de eventos adversos en la atención hospitalaria.³⁶

Flores MI y cols en el 2010 realizaron un estudio con el objetivo de Identificar la prevalencia de UPP de acuerdo a su clasificación, localización y evolución de la herida en los pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICh). Los principales resultados muestran que 173 pacientes presentaron UPP; el 47.3% fueron mayores de 60 años, el 58.3% fueron pacientes de sexo masculino, la prevalencia fue de 1.4%; el 58.3% se estratificó en grado II y las zonas de localización fueron sacro, glúteos y talones; el 73.4% se presentaron en Unidades de Cuidados Intensivos las cuales integran a la terapia Postquirúrgica y la Unidad Coronaria. El cuidado de enfermería a pacientes con riesgo o tratamiento por UPP requiere de la realización y aplicación del proceso de atención de enfermería, la valoración del médico y la colaboración del resto del equipo de salud, y de los familiares. Evidenciar los resultados en relación a la prevalencia de UPP permite difundir el trabajo de enfermería que se realiza en el INCICh, reconocer si las medidas empleadas para la prevención de UPP son efectivas en el paciente cardiópata y evaluar la atención integral y de calidad que se le proporciona al paciente para evitar la presencia de complicaciones durante su hospitalización.¹⁰

Arboledas y Melero 2004 presentaron un Plan de cuidados estandarizado para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión, con el objeto de prestar una atención de calidad e integral a los pacientes ingresados con riesgo de padecer UPP o aquellos que ya las presentan. Eligieron el modelo conceptual de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA para el enunciado de diagnósticos enfermeros, y con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería para la prescripción de las actividades; también se propusieron criterios para evaluación. La Escala de Valoración del riesgo de UPP que utilizaron fue la Escala de Norton Modificada. Concluyeron que trabajando con planes de cuidados estandarizados se puede ofrecer unos cuidados excelentes; por otra parte, se puede considerar la

prevención como la mejor opción del tratamiento. El uso de planes de cuidados estandarizados está contribuyendo a orientar y a asegurar los cuidados diarios.³⁷

Cantún 2005 realizó un estudio con el Objetivo de describir el Perfil de riesgo para el desarrollo de Úlceras por presión en Pacientes adultos Hospitalizados en un tercer nivel de atención en el IMSS. Seleccionó a 92 pacientes adultos susceptibles de presentar úlceras por presión, con 72 horas de hospitalización en los servicios de Cirugía, Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia y Unidad de Cuidados Intensivos. En cada paciente se realizó una valoración inicial y seguimiento cada 72 horas hasta su egreso. El perfil de los pacientes hospitalizados que desarrolló UPP reúne características como: ser del sexo femenino, edad promedio de 65 años, presentar déficit en la movilidad y actividad, problemas de humedad, fricción, cizallamiento y deslizamiento constante; además, padecer de Fractura de Cadera y EVC. La valoración de riesgo para UPP al ingreso de los pacientes debe incluirse como una de las principales medidas preventivas, así como el registro de las intervenciones en la Hoja de Registros Clínicos y Tratamientos de Enfermería. La existencia de escalas ya validadas para valorar este riesgo y de protocolos de atención ya establecidos, proporcionan la evidencia necesaria para fundamentar las acciones en el ámbito hospitalario específico. Por la trascendencia epidemiológica y económica que implican las UPP en las instituciones de servicios de salud, es prioritario implementar protocolos de intervención para el cuidado de los pacientes, haciendo énfasis en el monitoreo de los casos detectados en riesgo. Con enfoque preventivo, desarrollar estrategias de educación continua para el personal de salud, paciente y familia; a fin de disminuir la incidencia de UPP y sus complicaciones en el hospital y en su domicilio.⁹

III. METODOLOGIA

3.1 Tipo y diseño del estudio

Descriptivo: tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población.

Transversal: recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede.³⁸

Prospectivo: De acuerdo a Hulley son aquellos que se inician en el presente y controlan a los participantes en el futuro.³⁹

3.2 Universo y muestra

La población de estudio estuvo conformada por los pacientes adultos mayores hospitalizados del servicio de Medicina Interna del Hospital General Regional “Vicente Guerrero” del Instituto Mexicano del Seguro Social en Acapulco, Gro, que recibieron atención medica hospitalaria durante el periodo comprendido de junio a julio del 2012; teniendo un universo de 130 pacientes. La muestra se obtuvo en forma no probabilística, por simple disponibilidad obteniendo un total de 85 pacientes que cumplieron los criterios de selección que se señalan a continuación.

Criterios de selección

- Inclusión: pacientes adultos mayores (60 años y más), hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, con patología diversa, que presenten factores de riesgo para desarrollar o que presente UPP.
- Exclusión: pacientes que tengan menos de 60 años de edad.
- Eliminación: valoraciones incompletas en un 10%.

3.3 Material y métodos.

El proyecto de investigación fue registrado en la Universidad Autónoma de Querétaro, Mex., empleando los requisitos establecidos, tiempos estimados, empleo de información y medios de difusión.

Se solicitó al Comité de Investigación y a las Autoridades del H.G.R. Vicente Guerrero del I.M.S.S. de Acapulco, Gro, el permiso para realizar el trabajo de campo con sus pacientes adscritos seleccionados.

Se valoraron a 85 pacientes hospitalizados de 60 años y más durante los meses de Junio a Julio del 2012. Para dicha valoración se utilizó un instrumento diseñado bajo el modelo de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon ⁴⁰, el cual fue adaptado para los fines de este estudio a fin de que fuese aplicable a pacientes hospitalizados con riesgo de desarrollar úlceras por presión o con úlceras ya presentes, quedando un instrumento de 131 ítems con preguntas de tipo dicotómico (Anexo 1).

La validación del instrumento se hizo con prueba DELPHI con tres expertos en el área, con grado de Maestría en Enfermería quienes realizan actividades propias de la disciplina en el ámbito asistencial, quienes ocupan puestos gerenciales en instituciones públicas del sector salud del estado de Guerrero y tienen una amplia experiencia en la validación de instrumentos de registros clínicos de enfermería.

La recolección de la información fue llevada a cabo por 9 pasantes de enfermería, las cuales fueron capacitadas a través de un curso taller realizado del 10 al 15 de febrero para posteriormente hacer una prueba de validación de dicho entrenamiento a través de la aplicación del instrumento en 26 pacientes hospitalizados en el mes de marzo, lo cual permitió determinar que la capacitación de los encuestadores era la adecuada para aplicar el instrumento y que el mismo fuese entendible y de fácil llenado para facilitar su aplicación.

La información obtenida se analizó para posteriormente integrar los diagnósticos enfermeros de acuerdo a los criterios establecidos por la NANDA quedando de la siguiente forma de acuerdo a lo establecido por: ²¹

Diagnósticos reales	Etiqueta diagnóstica + 1 factor relacionado + 2 características definitorias.
Diagnósticos de Riesgo	Etiqueta diagnóstica + 1 factor relacionado.
Diagnósticos de Promoción a la salud	Etiqueta diagnóstica + 1 factor relacionado + 2 características definitorias (Adjetivo calificativo + termino disposición).
Diagnósticos de Salud	Etiqueta diagnostica + 2 características definitorias (Adjetivo calificativo + termino disposición).

Para la integración de los planes de cuidados una vez realizada la priorización de diagnósticos se seleccionaron los resultados esperados para estos, referidos en la NOC, seguido de la selección de las intervenciones NIC más apropiadas para la prevención y tratamiento, cada intervención cuenta con diversas actividades mismas que fueron seleccionadas para este propósito quedando integrados de esta forma los planes de cuidados estandarizados para la prevención y tratamiento de UPP en los adultos mayores hospitalizados.

Los diagnósticos enfermeros prevalentes y su priorización fueron el referente para la selección de las mejores intervenciones para el logro de los resultados esperados, registrados en el formato institucional para el diseño de planes de cuidados estandarizados.

3.4 Plan de análisis de la información.

Se utilizó estadística descriptiva con frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, con apoyo del paquete estadístico SPSS v 17. Los datos se presentan en cuadros y tablas para su análisis y discusión. Así mismo se presentan los planes de cuidados estandarizado en formato institucional.

3.5 Ética del estudio.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación: Artículo 13. Se respetará la dignidad y protección de los derechos de los participantes.

Artículo 13 Fracción V. Se contará con el consentimiento informado.

Artículo 16. Se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación.

Artículo 17. Se tratará de una investigación sin riesgos para la integridad física y psicológica de los participantes.

Artículo 21 Fracción VII. Se otorgará la libertad de retirarse del estudio en el momento que así lo decidiera.

El protocolo de investigación se ajusta a los siguientes principios:

- ❖ Declaración de Helsinki I (en 1964, establece las guías para la investigación biomédica en humanos).
- ❖ Declaración de Helsinki II (en 1975, en Tokio se revisa la Declaración de Helsinki I y se emite la nueva Declaración, que se enriquece en Venecia en 1983 y en Hong Kong en 1989).
- ❖ Código de ética para enfermeras y enfermeros de México.
- ❖ Carta de consentimiento informado (Adultos) IMSS, Unidad de investigación y políticas de salud.(Anexo 2)

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis descriptivo corresponde a un grupo de 85 pacientes, del servicio de Medicina Interna, adultos mayores de 60 años y más de los cuales el 60.0% (51) corresponde al sexo femenino; el grupo de edad que predominó fue el de 70 a 79 años con el 36.55% (31), la edad promedio de 74 años (± 10.65), en un rango mínimo de 60 y máximo de 99 años. El 57.6%(49) son casados, mientras que el 34.1%(29) se dedica a las labores del hogar, el 77.6% (66) tiene *estudios* de educación básica, y el 78.8% (67) profesa la religión católica, (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas

Variable	No.	%	\bar{X}	DE
Género				
Masculino	34	40.0		
Femenino	51	60.0		
Edad				
60 a 69 años	30	35.3	74	± 10.65
70 a 79 años	31	36.5		
80 a 89 años	16	18.8		
90 y más años	8	9.4		
Estado civil				
Soltero	5	5.9		
Casado	49	57.6		
Unión libre	1	1.2		
Viudo	28	32.9		
Divorciado	2	2.4		
Ocupación				
Obrero	9	10.6		
Empleado	9	10.6		
Ama de casa	29	34.1		
Jubilado	14	16.5		
Pensionado	15	17.6		
Comerciante	9	10.6		
Escolaridad				
Primaria	66	77.6		
Secundaria	12	14.1		
Bachillerato	6	7.1		
Licenciatura	1	1.2		
Religión				
Católica	67	78.8		
Cristiana	7	8.2		
Testigo de Jehová	5	5.9		
Otro	6	7.1		

Fuente: Instrumento aplicado

N= 85

En relación al diagnóstico médico predominaron los pacientes con padecimientos crónico degenerativos como: Insuficiencia renal crónica con el 16.5 % (14), Evento Vascular Cerebral isquémico 15.3% (13), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 9.4% (8), Diabetes Mellitus Tipo “2” 5.9% (5), Infarto Agudo al Miocardio 5.9% (5), Cirrosis Hepática 5.9% (5), todas ellas acompañándose de comorbilidad.

Se identificaron 15 diagnósticos enfermeros para la prevención y tratamiento de UPP del paciente adulto mayor, se determinó la prevalencia de los mismos para posteriormente realizar la priorización de acuerdo a la criterios de Maslow, de los cuales 11 integraron el plan de cuidados para la prevención de UPP y 4 para el tratamiento tomando en consideración que el diagnóstico de Riesgo de infección debe ser considerado en ambos planes.

Los resultados al respecto evidencian los patrones disfuncionales de mayor frecuencia: en 1° lugar el Patrón 2 Nutricional Metabólico con 23.1% (371), en 2° lugar el Patrón 3 Eliminación e intercambio 13.7% (220), y en 3° lugar el Patrón 4 Actividad/Ejercicio 13.1%(211), (Tabla 2).

Tabla 2 Patrones Disfuncionales

Patrón Disfuncional	No.	%
Patrón 2 Nutricional Metabólico.	371	23.1
Patrón 3 Eliminación e intercambio.	220	13.7
Patrón 4 Actividad / Ejercicio.	211	13.1
Patrón 6 Cognitivo Perceptual.	193	12.5
Patrón 7 Autopercepción /Autoconcepto.	167	10.9
Patrón 11 Valores y Creencias.	161	10.5
Patrón 10 Tolerancia al Estrés.	98	6.4
Patrón 1 Promoción de la Salud.	78	5.1
Patrón 8 Rol Relaciones.	67	4.4
Patrón 5 Sueño/Reposo.	39	2.5

Fuente: Instrumento aplicado

N= 85

Se obtuvo un total de 56 diagnósticos de enfermería de los cuales 15 fueron de riesgo, 38 reales y 3 de salud (Tabla 3).

Tabla 3 Clasificación de Diagnósticos de enfermería.

Tipos de Diagnósticos	Frecuencia	%
Reales (38)	1105	67.4
Riesgo (15)	364	23.7
De salud (3)	136	8.8
Total	1605	100

Fuente: Instrumento aplicado

N= 85

Del total de los diagnósticos identificados resulta importante resaltar que los patrones funcionales antes mencionados son prioritarios para la prevención y tratamiento de UPP. En el patrón Nutricional Metabólico resultaron los siguientes diagnósticos de enfermería: el riesgo de infección estuvo presente en 37 casos, el Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 28 casos, Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades 12 casos, Desequilibrio nutricional ingesta superior a las necesidades 39 casos, el estado nutricional del paciente se clasificó de acuerdo a los parámetros propuestos por la OMS, Deterioro de la integridad cutánea 22 casos, Deterioro de la integridad tisular 22 casos, Exceso de Volumen de líquidos 28 casos, Déficit de volumen de líquidos 16 casos y en el 2° lugar el Patrón 3 Eliminación e intercambio la Incontinencia Fecal con una frecuencia de 11 casos e Incontinencia Urinaria refleja de 9 casos, y en 3° lugar el patrón disfuncional de Actividad/Ejercicio, el estado de la movilidad estuvo comprometido con el Deterioro de la movilidad física con una frecuencia de 45 casos y deterioro de la movilidad en la cama 13 casos. (Tabla 4).

Tabla 4 Diagnósticos prevalentes para la prevención y tratamiento de UPP

Diagnósticos de Enfermería	Frecuencia
Deterioro de la Movilidad Física.	45
Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	39
Riesgo de Infección.	37
Deterioro de la memoria.	31
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	28
Exceso de volumen de líquidos.	28
Dolor agudo.	23
Deterioro de la integridad Cutánea.	22
Deterioro de la integridad Tisular	22
Déficit de Volumen de Líquidos.	16
Deterioro de la Movilidad en la cama.	13
Incontinencia Fecal.	11
Incontinencia Urinaria refleja.	9
Desequilibrio Nutricional: ingesta inferior a las necesidades.	12
Cansancio del Rol del Cuidador.	4

Fuente: Instrumento aplicado

N= 85

Se valoró el riesgo de úlceras por presión, el riesgo fue alto en el 48.2% (42) de los sujetos de estudios; el 21.2% (17) calificó con riesgo medio, solo el 30.6% (26) tuvo un riesgo bajo de úlceras por presión, (tabla 5).

Tabla 5 Riesgo de Úlceras por presión.

Variables	N	%
Riesgo de UPP		
Alto	42	48.2
Medio	17	21.2
Bajo	26	30.6
Total	85	100%

Fuente: Instrumento aplicado

N= 85

En relación a la valoración de las lesiones ocasionadas por úlceras por presión el 74.1% (63) no tuvo lesiones al momento de la valoración, mientras que el 25.9% (22) si las tuvo, el 20.0% (17) tuvo lesiones en la región sacra, 3.5% (3)

en talones, y un 2.4%(2) en glúteos; el grado de la úlcera según los estadios, el 20.0% (17) se encontró en el grado II, y el 5.9% (5) en grado I, resultando los siguientes diagnósticos de enfermería: Deterioro de la Movilidad Física con una frecuencia de 45, Deterioro de la Movilidad en la cama 13 casos. Los factores de riesgo de aparición de úlceras por presión que estuvieron presentes fueron, por orden de frecuencia: déficit nutricional, la incontinencia (urinaria y fecal), la inmovilidad, y el deterioro cognitivo (Tabla 6).

Tabla 6 Lesión por Úlceras por Presión.

Variables	No.	%
Lesión		
Si	22	25.9
No	63	74.1
Total	85	100%
Sitio de la lesión.		
NA Sin Lesión	63	74.1
Sacro	17	20.0
Talones	3	3.5
Glúteos	2	2.4
Total	85	100%
Grado de UPP		
Sin Lesión	63	74.1
Grado I	5	5.9
Grado II	17	20.0
Total	85	100%

Fuente: Instrumento aplicado

N= 85

PLACES

PLANES DE CUIDADOS

NIVEL: 2	ESPECIALIDAD: ESPECIALIDADES MEDICAS	SERVICIO: MEDICINA INTERNA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INDEPENDIENTE TITULO: PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESION.			
<i>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (ED. FR.CD)</i>			<i>CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</i>			
DOMINIO 2: NUTRICIÓN. CLASE 1: INGESTIÓN. PATRÓN FUNCIONAL 2 NUTRICIONAL METABÓLICO. 00003 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA SUPERIOR A LAS NECESIDADES R/C APORTE EXCESIVO EN RELACIÓN CON LAS NECESIDADES METABÓLICAS M/P FACTORES BIOLÓGICOS, FACTORES ECONÓMICOS.			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA MANTENER AUMENTAR
			DOMINIO: II SALUD FISIOLÓGICA. CLASE: K NUTRICIÓN. RESULTADO: 1004 ESTADO NUTRICIONAL.	100401 INGESTION DE NUTRIENTES. 100402 INGESTION ALIMENTARIA. 100408 INGESTION DE LIQUIDOS.	DESVIACIÓN GRAVE DEL RANGO NORMAL. 1 DESVIACIÓN SUSTANCIAL DEL RANGO NORMAL. 2 DESVIACIÓN MODERADA DEL RANGO NORMAL. 3 DESVIACION LEVE DEL RANGO NORMAL. 4 SIN DESVIACIÓN LEVE DEL RANGO NORMAL. 5	
<i>CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)</i>						
CAMPO: 1 FISIOLÓGICO: BÁSICO CLASE: D APOYO NUTRICIONAL			CAMPO: 1 FISIOLÓGICO: BÁSICO		CLASE: D APOYO NUTRICIONAL	
INTERVENCION INDEPENDIENTE: 1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN.			INTERVENCION INDEPENDIENTE: 1030 MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.			
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> DETERMINAR LAS PREFERENCIAS DE COMIDAS DEL PACIENTE. OFRECER TENTEMPYES (bebidas y fruta fresca) CUANDO SEA NECESARIO. ASEGURARSE DE QUE LA DIETA INCLUYE ALIMENTOS RICOS EN FIBRA PARA EVITAR EL ESTREÑIMIENTO. COMPROBAR LA INGESTA REGISTRADA PARA VER EL CONTENIDO NUTRICIONAL Y CALORICO. PESAR AL PACIENTE A INTERVALOS REGULARES. 			Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ENSEÑAR Y REFORZAR LOS CONCEPTOS DE BUENA NUTRICIÓN CON EL PACIENTE (y seres queridos, si procede). ANIMAR AL PACIENTE A DISCUTIR PREFERENCIAS ALIMENTARIAS CON EL DIETISTA. CONTROLAR LA INGESTA Y ELIMINACIÓN DE LIQUIDOS, SI PROCEDE. ESTABLECER ESPECTATIVAS SOBRE CONDUCTAS DE ALIMENTACIÓN ADECUADAS, DE INGESTA DE COMIDA/LIQUIDOS Y DE CANTIDAD DE ACTIVIDAD FISICA. OBSERVAR AL PACIENTE DURANTE Y DESPUES DE LAS COMIDAS PARA ASEGURAR QUE SE CONSIGUE Y MANTIENE LA INGESTA. 			

NIVEL: 2	ESPECIALIDAD: ESPECIALIDADES MEDICAS	SERVICIO: MEDICINA INTERNA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INDEPENDIENTE TITULO: PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.			
<i>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (ED. FR.CD)</i>			<i>CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</i>			
DOMINIO 2: NUTRICIÓN. CLASE 5: HIDRATACIÓN. PATRÓN FUNCIONAL 2 NUTRICIONAL METABÓLICO. 00027 DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS R/C FRACASO DE LOS MECANISMOS REGULADORES M/P DISMINUCIÓN DE DIURESIS, SEQUEDAD DE LA PIEL.			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA MANTENER AUMENTAR
			DOMINIO: II SALUD FISIOLÓGICA. CLASE: G LIQUIDOS Y NELECTROLITOS. RESULTADO: 0602 HIDRATACION.	060201 PIEL TERSA. 060202 MEMBRANAS MUCOSAS HUMEDAS. 060215 INGESTA DE LIQUIDOS.	GRAVEMENTE COMPROMETIDO 1 SUSTANCIALMENTE 2 MODERADAMENTE 3 LEVEMENTE 4 NO COMPROMETIDO 5	
<i>CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)</i>						
CAMPO: 2 FISIOLÓGICO: COMPLEJO			CLASE: G CONTROL DE ELECTROLITOS Y ÁCIDO BASE.			
INTERVENCION INDEPENDIENTE: 2080 MANEJO DE LIQUIDOS/ELECTROLITOS.			INTERVENCION INDEPENDIENTE: 2080 MANEJO DE LIQUIDOS/ELECTROLITOS.			
Actividades: *FAVORECER LA INGESTA ORAL. *REPONER LIQUIDOS POR SONDA GASTROSTOMIA EN FUNCIÓN DE LA ELIMINACIÓN. *IRRIGAR LA SONDA DE GASTROSTOMIA CON SOLUCIÓN SALINA. *PROPORCIONAR AGUA LIBREMENTE CON LA ALIMENTACIÓN POR SONDA. *LLEVAR UN REGISTRÓ PRECISO DE INGESTAS Y ELIMIACIÓN.			Actividades: *PROPORCIONAR LA DIETA PRESCRITA APROPIADA PARA RESTAURAR EL EQUILIBRIO DE LIQUIDOS. *VALORA LAS MUCOSAS BUCALES DEL PACIENTE, LA ESCLERÒTICA Y LA PIEL POR SI HUBIERA INDICIOS DE ALTERACIÓN DE LIQUIDOS Y DEL EQUILIBRIO DE ELECTROLITOS(SEQUEDAD, CIANOSIS E ICTERICIA) *CONSULTAR CON EL MEDICO SI LOS SIGNOS Y SINTOMAS DEL DESEQUILIBRIO DE LIQUIDOS Y/O ELECTRÓLITOS PERSISTEN O EMPEORAN.			

NIVEL: 2	ESPECIALIDAD: ESPECIALIDADES MEDICAS	SERVICIO: MEDICINA INTERNA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INDEPENDIENTE TITULO: PREVENCION DE ÚLCERAS POR PRESION.			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (ED. FR.CD)			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 3 ELIMINACION E INTERCAMBIO. CLASE:1 FUNCION URINARIA PATRON FUNCIONAL 3 ELIMINACION. 00020 INCONTINENCIA URINARIA REFLEJA R/C DETERIORO NEUROLOGICO M/P FALTA DE SENSACION DE MICCIÓN, VACIADO INCOMPLETO CON LESIÓN POR ENCIMA DEL CENTRO SACRO DE LA MICCIÓN.			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA MANTENER AUMENTAR
			DOMINIO: IISALUD FISIOLÓGICA. CLASE: F ELIMINACION. RESULTADO: 0503 ELIMINACION URINARIA.	050303 CANTIDAD DE ORINA. 050312 INCONTINENCIA URINARIA. 050336 INCONTINENCIA FUNCIONAL.	GRAVEMENTE 1 SUSTANCIALMENTE 2 MODERADAMENTE 3 LEVEMENTE 4 NINGUNO 5	
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)						
CAMPO: 1 FISIOLÓGICO: BASICO			CLASE: B CONTROL DE LA ELIMINACIÓN.			
INTERVENCION INDEPENDIENTE: 0610 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA.			INTERVENCION INDEPENDIENTE: 0610 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA.			
Actividades: *EXPLICAR LA ETIOLOGIA DEL PROBLEMA A LA FAMILIA. *PROPORCIONAR PRENDAS PROTECTORAS. *LIMPIAR LA ZONA DÉRMICA GENITAL A INTERVALOS REGULARES. *AYUDAR A DESARROLLAR / MANTENER UN SENTIMIENTO DE ESPERANZA.			Actividades: *LIMITAR LOS LIQUIDOS DURANTE 2 O 3 HORAS ANTES DE DORMIR. *ENSEÑAR AL FAMILIAR A REGISTRAR LA PRODUCCION Y ESQUEMA URINARIO.			

NIVEL: 2	ESPECIALIDAD: ESPECIALIDADES MEDICAS	SERVICIO: MEDICINA INTERNA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INDEPENDIENTE TITULO: PREVENCION DE ÚLCERAS POR PRESION.			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (ED. FR.CD)			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 3 ELIMINACION E INTERCAMBIO. CLASE: 2 FUNCION GASTROINTESTINAL.			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA MANTENER AUMENTAR
PATRON FUNCIONAL 3 ELIMINACION. 00014 INCONTINENCIA FECAL R/C DECLINACIÓN GENERAL EN EL TONO MUSCULAR M/P INCAPACIDAD PARA RETRASAR LA DEFECACIÓN, INCAPACIDAD PARA RECONOCER LA URGENCIA DE DEFECAR.			DOMINIO: II SALUD FISIOLÓGICA. CLASE: L INTEGRIDAD TISULAR. RESULTADO: 1101 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS.	10113 INTEGRIDAD DE LA PIEL. 110115 LESIONES CUTANEAS. 110121 ERITEMA.	GRAVEMENTE COMPROMETIDO. 1 SUSTANCIALMENTE 2 MODERADAMENTE 3 LEVEMENTE 4 NO COMPROMETIDO 5	
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)						
CAMPO: 2 1 FISIOLÓGICO BASICO			CLASE: B CONTROL DE LA ELIMINACION.			
INTERVENCION INDEPENDIENTE: 0410 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA INTESTINAL.			INTERVENCION INDEPENDIENTE: 0410 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA INTESTINAL.			
Actividades: *DETERMINAR EL INICIO Y EL TIPO DE LA INCONTINENCIA, FRECUENCIA DE LOS EPISODIOS Y CUALQUIER CAMBIO RELACIONADO DE LA FUNCION INTESTINAL O DE LA CONSISTENCIA DE LAS DEPOSICIONES. *EXPLICAR LA ETIOLOGIA DEL PROBLEMA Y LA BASE DE LAS ACCIONES. *DETERMINAR LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE MANEJO INTESTINAL CON EL PACIENTE/FAMILIA. *LAVAR LA ZONA PERIANAL CON JABON Y AGUA Y SECARLA BIEN DESPUES DE CADA DEPOSICIÓN. *UTILIZAR PREPARADOS DETERGENTES NO IONICOS, PARA LA LIMPIEZA.			Actividades: *INSTRUIR AL PACIENTE/FAMILIA A QUE LLEVE UN REGISTRO DE DEFECACION. *UTILIZAR POLVOS Y CREMAS EN LA ZONA PERIANAL CON PRECAUSIÓN. *MANTENER LA CAMA Y LA ROPA DE CAMA LIMPIAS. *CONTROLAR LA DIETA Y LAS NECESIDADES DE LIQUIDOS. *PROPORCIONAR PAÑALES DE INCONTINENCIA.			

NIVEL: 2	ESPECIALIDAD: ESPECIALIDADES MEDICAS	SERVICIO: MEDICINA INTERNA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INDEPENDIENTE TITULO: PREVENCION DE ÚLCERAS POR PRESION.			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (ED. FR.CD)			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 4 ACTIVIDAD/REPOSO. CLASE: 2 ACTIVIDAD/EJERCICIO. PATRON FUNCIONAL 4 ACTIVIDAD / EJERCICIO. 00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN LA CAMA R/C DETERIORO DEL ESTADO FISICO M/P DETERIORO DE LA CAPACIDAD PARA CAMBIAR DE POSICIÓN POR SI MISMO EN LA CAMA, DETERIORO DE LA HABILIDAD PARA CAMBIAR DE POSICIÓN SOBRE UNO U OTRO COSTADO.			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA MANTENER AUMENTAR
			DOMINIO: 1 SALUD FUNCIONAL. CLASE: C MOVILIDAD RESULTADO: 0204 CONCECUENCIAS DE LA INMOVILIDAD: FISIOLOGICAS.	020402 ESTREÑIMIENTO 020416 ARTICULACIONES ANQUILOSADAS 020412 TONO MUSCULAR	GRAVE 1 SUSTANCIAL 2 MODERADO 3 LEVE 4 NINGUNO 5	
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)						
CAMPO: 4 SEGURIDAD			CLASE: V CONTROL DE RIESGOS			
INTERVENCION INDEPENDIENTE: 3540 PREVENCION DE ULCERAS POR PRESIÓN.			INTERVENCION INDEPENDIENTE: 3540 PREVENCION DE ULCERAS POR PRESIÓN.			
Actividades: *DETERMINAR LA DISPOSICIÓN DEL PACIENTE PARA COMPROMETERSE A REALIZAR UN PROTOCOLO DE EJERCICIOS. *COLABORAR CON FISIOTERAPEUTA EN EL DESARROLLO Y EJECUCIÓN DE UN PROGRAMA DE EJERCICIOS EN CAMA, SI PROCEDE. *CONSULTAR CON EL FISIOTERAPEUTA PARA DETERMINAR LA POSICIÓN ÓPTIMA DEL PACIENTE DURANTE EL EJERCICIO Y EL NÚMERO DE VECES QUE DEBE REALIZAR CADA MOVIMIENTO. *EVALUAR LAS FUNCIONES SENSORIALES (visión, audición). *EXPLICAR EL FUNDAMENTO DEL TIPO DE EJERCICIO Y EL PROTOCOLO AL PACIENTE/FAMILIA.			Actividades: *REORIENTAR AL PACIENTE SOBRE LAS FUNCIONES DE MOVIMIENTO DEL CUERPO. *AYUDAR AL PACIENTE A DESARROLLAR EL PROTOCOLO DE EJERCICIOS PARA CONSEGUIR RESISTENCIA, FORTALEZA Y FLEXIBILIDAD. *UTILIZAR ESTIMULOS TACTILES (y/o golpecitos con los dedos) PARA MINIMIZAR EL ESPASMO MUSCULAR. *VIGILAR LA RESPUESTA EMOCIONAL, CARDIOVASCULAR Y FUNCIONAL DEL PACIENTE AL PROTOCOLO DE EJERCICIOS. *EVALUAR EL PROGRESO DEL PACIENTE EN LA MEJORA/RESTABLECIMIENTO DEL MOVIMIENTO Y LA FUNCIÓN CORPORAL.			

NIVEL: 2	ESPECIALIDAD: ESPECIALIDADES MEDICAS	SERVICIO: MEDICINA INTERNA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INDEPENDIENTE TITULO: PREVENCION DE ÚLCERAS POR PRESION.			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (ED. FR.CD)			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 4 ACTIVIDAD / REPOSO. CLASE: 2 ACTIVIDAD/ EJERCICIO. PATRON FUNCIONAL: 4 ACTIVIDAD/EJERCICIO. 00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA R/C DETERIORO DEL ESTADO FÍSICO M/P LIMITACIÓN DE LA AMPLITUD DE MOVIMIENTOS, ENLENTECIMIENTO DEL MOVIMIENTO			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA MANTENER AUMENTAR
			DOMINIO: I SALUD FUNCIONAL. CLASE: C MOVILIDAD. RESULTADO: 0208 MOVILIDAD.	020803 MOVIMIENTO MUSCULAR. 020802 MANTENIMIENTO DE LA POSICION CORPORAL. 020814 SE MUEVE CON FACILIDAD.	GRAVEMENTE COMPROMETIDO. 1 SUSTANCIALMENTE 2 MODERADAMENTE 3 LEVEMENTE 4 NO COMPROMETIDO 5	
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)						
CAMPO: 1 FISIOLÓGICO BÁSICO			CLASE: A CONTROL DE LA ACTIVIDAD Y EJERCICIO.			
INTERVENCION INDEPENDIENTE: 0140 FOMENTAR LOS MECANISMOS CORPORALES.			INTERVENCION INDEPENDIENTE: 0140 FOMENTAR LOS MECANISMOS CORPORALES.			
Actividades: *PROPORCIONAR INFORMACION SOBRE LOS CABIOS EN LA ESTRUCTURA MUSCULOESQUELETICA CON EL ENVEJECIMIENTO EN LA ESTRUCTURA NEUROMUSCULOESQUELETICA Y LOS EFECTOS DE LA FALTA DE USO. *PROPORCIONAR INFORMACION SOBRE LAS OPCIONES DE SECUENCIA, ACTIVIDADES DE EXTENCIÓN ESPECÍFICAS, TIEMPO Y LUGAR. *AYUDAR A DESARROLLAR UN PROGRAMA DE EJERCICIOS COHERENTE CON LA EDAD, ESTADO FISICO.			Actividades: *AYUDAR A DESARROLLAR UN PLAN DE EJERCICIOS QUE INCORPORA UNA SECUENCIA ORDENADA DE MOVIMIENTO DE EXTENCIÓN, AUMENTO EN LA FASE DE MANTENIMIENTO DEL MOVIMIENTO Y AUMENTOS EN EL NUMERO DE REPETICIONES DE CADA MOVIMIENTO DE EXTENCIÓN- MANTENIMIENTO LENTO, COHERENTE CON EL NIVEL DE ESTADO FISICO MUSCULOESQUELETICO. *ENSEÑAR QUE HAY QUE COMENZAR LA RUTINA DE EJERCICIOS POR LOS GRUPOS DE MUSCULOS/ARTICULACIONES QUE ESTEN MENOS RÍGIDOS O LESIONADOS Y CAMBIAR GRADUALMENTE A LOS GRUPOS DE MUSCULOS/ARTICULACIONES MAS LIMITADOS.			

NIVEL: 2	ESPECIALIDAD: ESPECIALIDADES MEDICAS	SERVICIO: MEDICINA INTERNA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INDEPENDIENTE TITULO: PREVENCION DE ÚLCERAS POR PRESION.			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (ED. FR.CD)			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 7 ROL/RELACIONES CLASE: 1 ROL DEL CUIDADOR. PATRON FUNCIONAL 8 ROL-RELACIONES 00061 CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR R/C RESPONSABILIDAD DE LOS CUIDADOS DURANTE LAS 24 HORAS M/P PREOCUPACIÓN POR LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, BAJA PRODUCTIVIDAD LABORAL.			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA MANTENER AUMENTAR
			DOMINIO:VI SALUD FAMILIAR CLASE: W EJECUSION DEL CUIDADOR FAMILIAR. RESULTADO: 2203 ALTERACION DEL ESTILO DE VIDA DEL CUIDADOR PRINCIPAL.	220317 TRANSTORNO DE LA DINAMICA FAMILIAR. 220306 INTERACCIONES SOCIALES. 220309 PRODUCTIVIDAD LABORAL.	GRAVE 1 SUSTANCIAL 2 MODERADO 3 LEVE 4 NINGUNO 5	
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)						
CAMPO: 5 FAMILIA			CLASE: X CUIDADOS DE LA VIDA.			
INTERVENCION INDEPENDIENTE: 7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL.			INTERVENCION INDEPENDIENTE: 7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL.			
Actividades: *RECONCODER LA DEPENDENCIA QUE TIENE EL PACIENTE DEL CUIDADOR. *PROPORCIONAR INFORMACION SOBRE EL ESTADO DEL PACIENTE. *ENSEÑAR TECNICAS DE CUIDADO PARA MEJOR LA SEGURIDAD EL PACIENTE. *PROPORCIONAR AYUDA SANITARIAS DE SEGUIMIENTO AL CUIDADOR MEDIANTE POR TELEFONO Y /O CUIDADOS DE ENFERMERIA COMUNITARIOS. *OBSERVAR SI HAY INDICIOS DE ESTRÉS. EXPLORAR CON EL CUIDADOR PRINCIPAL COMO LO ESTA AFRONTNADO.			Actividades: *ENSEÑAR AL CUIDADOR TECNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS. *ANIMAR AL CUIDARO A PARTICIPAR EN GRUPOS DE APOYO. *ENSEÑAR AL CUIDADOR ESTRATEGIAS DE MANTENIMEITNO DE CUIDADOS SANITARIOS PARA SOSTENER LA PROPIA SALUD FÍSICA Y MENTAL. * INFORMAR AL CUIDADOR SOBRE RECURSOS DE CUIDADOS SANITARIOS Y COMUNITARIOS. *ANIMAR AL CUIDADOR DURANTE LOS MOMENTOS DIFICILES DEL PACIENTE. *APOYAR AL CUIDADOR A ESTABLER LÍMITES Y A CUIDAR DE SI MISMO.			

NIVEL: 2	ESPECIALIDAD: ESPECIALIDADES MEDICAS	SERVICIO: MEDICINA INTERNA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INDEPENDIENTE TITULO: PREVENCION DE ÚLCERAS POR PRESION.			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (ED. FR.CD)			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO 2: NUTRICIÓN. CLASE 1: INGESTIÓN. PATRON FUNCIONAL: 2 NUTRICIONAL METABOLICO. 00002DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES R/C FACTORES BIOLÓGICOS M/P PESO CORPORAL INFERIOR EN UN 20% O MAS AL PESO IDEAL, INFORME DE ALTERACIÓN DEL SENTIDO DEL GUSTO.			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA MANTENER AUMENTAR
			DOMINIO: II SALUD FISIOLÓGICA. CLASE: K NUTRICIÓN RESULTADO: 1014 APETITO.	101401 DESEOS DE COMER.	GRAVEMENTE COMPROMETIDO 1 SUSTANCIALMENTE COMP 2	
				10140 INGESTA DE ALIMENTOS.	MODERADAMENTE COMP 3 LEVEMENTE COM 4	
				101407 INGESTA DE NUTRIENTES.	NO COMPROMETIDO 5	
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)						
CAMPO: 1 FISIOLÓGICO: BASICO		CLASE: D APOYO NUTRICIONAL	CAMPO: 1 FISIOLÓGICO: BASICO		CLASE: D APOYO NUTRICIONAL	
INTERVENCION INDEPENDIENTE: 1100 MANEJO DE LA NUTRICION			INTERVENCION INDEPENDIENTE: 1240 AYUDA PARA GANAR PESO.			
Actividades: *DETERMINAR LAS PREFERENCIAS DE COMIDAS DEL PACIENTE. *DETERMINAR EN COLABORACIÓN CON EL DIETISTA, EL NUMERO DE CALORIAS Y TIPOS DE NUTRIENTES NECESARIOS PARA SATISFACER LAS EXIGENCIAS DE ALIMENTACIÓN. *FOMENTAR EL AUMENTO DE INGESTA DE PROTEINAS, HIERRO Y VITAMINA C, SI ES EL CASO. *OFRECER TEMTEMPIES (bebidas, fruta fresca/zumos de fruta), CUANDO SEA PRECISO. * PROPORCIONAR INFORMACIÓN ADECUADA ACERCA DE NECESIDADES NUTRICIONALES Y MODO DE SATISFACERLAS. *DETERMINAR LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA SATISFACER LAS NECESIDADES NUTRICIONALES.			Actividades: *OBSERVAR SI HAY NÁUSEAS Y VOMITOS. *DETERMINAR LAS CAUSAS DE NAUSEAS Y VOMITOS Y TRATARLA CONVENIENTEMENTE. *ADMINISTRAR MEDICAMENTOS PARA REDUCIR LAS NÁUSEAS Y EL DOLOR ANTES DE COMER, SI ES PRECISO. *PESAR AL PACIENTE A INTERVALOS DETERMINADOS. * FOMENTAR EL AUMENTO DE INGESTA DE CALORIAS. *AYUDAR O ALIMENTAR AL PACIENTE, SI PROCEDE. *PROPORCIONAR ALIMENTOS ADECUADOS AL PACIENTE: DIETA GENERAL, DE MASTICACIÓN FÁCIL, FORMULAS MEZCLADAS O COMERCILES, SEGÚN INDICACIÓN MEDICA. *ANALIZAR CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA LOS FACTORES SOCIECONOMICOS QUE CONTRIBUYEN A UNA NUTRICIÓN INADECUADA.			

NIVEL: 2	ESPECIALIDAD: ESPECIALIDADES MEDICAS	SERVICIO: MEDICINA INTERNA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INDEPENDIENTE TITULO: PREVENCION DE ÚLCERAS POR PRESION.			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (ED. FR.CD)			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN. CLASE 2: LESIÓN FÍSICA PATRON FUNCIONAL: 2 NUTRICIONAL METABOLICO 00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C PROMINENCIAS ÓSEAS.			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA MANTENER AUMENTAR
			DOMINIO: II SALUD FISIOLOGICA. CLASE: L INTEGRIDAD TISULAR. RESULTADO: 1101 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS.	110101 TEMPERATURA DE LA PIEL. 110102 SENSIBILIDAD. 110113 INTEGRIDAD DE LA PIEL	GRAVEMENTE COMPROMETIDO 1 SUSTANCIAL COMPROMETIDO 2 MODERADO COMPROMETIDO 3 LEVEMENTE COMPROMETIDO 4 NO COMPROMETIDO. 5	
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)						
CAMPO: 4 SEGURIDAD			CLASE: V CONTROL DE RIESGOS			
INTERVENCION INDEPENDIENTE: 3540 PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION.			INTERVENCION INDEPENDIENTE: 3540 PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION.			
Actividades: *UTILIZAR UNA HERRAMIENTA DE VALORACIÓN DE RIESGO (escala de BRADEN) PARA VALORAR LOS FACTORES DE RIESGO DEL INDIVIDUO. *DOCUMENTAR CUALQUIER INCIDENCIA ANTERIOR DE FORMACIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN. *REGISTRAR EL ESTADO DE LA PIEL DURANTE EL INGRESO Y LUEGO A DIARIO. *VIGILAR ESTRECHAMENTE CUALQUIER ZONA ENROJECIDA. *ELIMINAR LA HUMEDAD EXCESIVA EN LA PIEL CAUSADA POR LA TRANSPIRACIÓN. *DARLE LA VUELTA CONTINUAMENTE CADA 1-2 HORAS, SI PROCEDE. *COLOCAR EL PROGRAMA DE GIROS AL PIE DE LA CAMA *VIGILAR LAS FUENTES DE PRESIÓN Y FRICCIÓN.			Actividades: *INSPECCIONAR LA PIEL DE LAS PROMINENCIAS ÓSEAS Y DEMÁS PUNTOS DE PRESIÓN AL CAMBIAR DE POSICIÓN AL MENOS UNA VEZ AL DÍA. *EVITAR DAR MASAJES EN LOS PUNTOS DE PRESIÓN ENROJECIDOS. *COLOCAR AL PACIENTE EN POSICIÓN AYUDÁNDOSE CON ALMOHADAS PARA ELEVAR LOS PUNTOS DE PRESIÓN ENCIMA DEL COLCHON. *MANTENER LA ROPA DE CAMA LIMPIA Y SECA, Y SIN ARRUGAS. *UTILIZAR CAMAS Y COLCHONES ESPECIALES, SI PROCEDE. *UTILIZAR MECANISMOS EN LA CAMA PARA PROTEGER AL INDIVIDUO. *EVITAR MECANISMOS DE TIPO FLOTADOR PARA LA ZONA SACRA. *HUMEDECER LA PIEL SECA, INTACTA.			

NIVEL: 2	ESPECIALIDAD: ESPECIALIDADES MEDICAS	SERVICIO: MEDICINA INTERNA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INDEPENDIENTE TITULO: PREVENCION DE ÚLCERAS POR PRESION.			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (ED. FR.CD)			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 2 NUTRICIÓN. CLASE 5: HIDRATACIÓN. PATRON FUNCIONAL: 2 NUTRICIONAL METABOLICO 00026 EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS R/C COMPROMISO DE LOS MECANISMOS REGULADORES M/P EDEMA, AZOEMIA.			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA MANTENER AUMENTAR
			DOMINIO: II SALUD FISIOLÓGICA CLASE: G LÍQUIDOS Y ELECTRÓLITOS. RESULTADO: 0603 SEVERIDAD DE LA SOBRECARGA DE LÍQUIDOS.	060303 EDEMA DE SACRO 060304 EDEMA DE TOBILLO 060314 CONFUSIÓN	GRAVE 1 SUSTANCIAL 2 MODERADO 3 LEVE 4 NINGUNO 5	
			CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)			
			CAMPO: 2 FISIOLÓGICO: COMPLEJO CLASE: I CONTROL DE LA PIEL.	CAMPO: 2 FISIOLÓGICO: COMPLEJO CLASE: N CONTROL DE LA PERFUSIÓN TISULAR.		
INTERVENCION INDEPENDIENTE: 3500 MANEJO DE PRESIONES.			INTERVENCION INDEPENDIENTE: 4120 MANEJO DE LIQUIDOS			
Actividades: *COLOCAR LA ZONA SOBRE UNA ALMOHADILLA DE ESPUMA DE POLIURETANO. **ABSTENERSE DE APLICAR PRESIÓN A LA PARTE CORPORAL AFECTADA. *ELEVAR LAS EXTREMIDAD AFECTADA. *OBSERVAR SI HAY ZONAS DE ENROJECIMIENTO O SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD DE LA PIEL. *UTILIZAR HERRAMIENTA DE VALORACIÓN DE RIESGO DEL PACIENTE(BRADEN) *UTILIZAR DISPOSITIVOS ADECUADOS PARA MANTENER LOS TALONES Y PROMINENCIAS OSEAS LIBRES DE PRESIÓN. *OBSERVAR SI HAY FUENTES DE CIZALLAMIENTO.			Actividades: *REALIZAR UN REGISTRO PRECISO DE INGESTA Y ELIMINACIÓN. *MONITORIZAR ESTADO HEMODINAMICO, INCLUYENDO PVC. *MONITORIZAR SIGNOS VITALES, SI PROCEDE. *OBSERVAR SI HAY INDICIOS DE SOBRECARGA DE LÍQUIDOS (crepitaciones, edema distensión de venas del cuello y ascitis). *EVALUAR LA UBICACIÓN Y EXTENSIÓN DEL EDEMA. *CONSULTAR AL MEDICO, SI LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS PERSISTEN O EMPEORAN. *PREPARAR AL PACIENTE PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PRODUCTOS SANGUINEOS.			

NIVEL: 2	ESPECIALIDAD: ESPECIALIDADES MEDICAS	SERVICIO: MEDICINA INTERNA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INDEPENDIENTE TITULO: PREVENCION DE ÚLCERAS POR PRESION.			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (ED. FR.CD)			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO 5: PERCEPCIÓN / COGNICIÓN. CLASE 4: COGNICIÓN. PATRON FUNCIONAL: 6 COGNITIVO- PERCEPTUAL 00131 DETERIORO DE LA MEMORIA R/C TRASTORNOS NEUROLÓGICOS M/P INCAPACIDAD PARA RECORDAR SI YA SE HA REALIZADO UNA CONDUCTA, EXPERIENCIAS DE OLVIDOS.			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA MANTENER AUMENTAR
			DOMINIO: II SALUD FISIOLÓGICA CLASE: J NEUROCOGNITIVA RESULTADO: 0900 COGNICIÓN.	090005 ESTÁ ORIENTADO	GRAVEMENTE COMPROMETIDO. 1 SUSTANCIALMENTE. 2 MODERADAMENTE. 3 LEVEMENTE. 4 NO COMPROMETIDO. 5	
				090006 MEMORIA INMEDIATA		
				090007 MEMORIA RECIENTE.		
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)						
CAMPO: 3 CONDUCTUAL			CLASE: P TERAPIA COGNITIVA			
INTERVENCION INDEPENDIENTE: 4720 ESTIMULACION COGNITIVA			INTERVENCION INDEPENDIENTE: 4720 ESTIMULACION COGNITIVA			
Actividades: *CONSULTAR CON LA FAMILIA PARA ESTABLECER LAS GUÍAS COGNOSITIVAS. *INFORMAR AL PACIENTE SOBRE NOTICIAS DE SUCESOS RECIENTES QUE NO SUPONGAN TRASTORNOS. *PROPORCIONAR UN CALENDARIO. *ESTIMULAR LA MEMORIA REPITIENDO LOS ULTIMOS PENSAMIENTOS EXPRESADOS POR EL PACIENTE. *ORIENTAR CON RESPECTO AL TIEMPO, LUGAR Y PERSONAS. *HABLAR CON EL PACIENTE. *DISPONER UNA ESTIMULACIÓN SENSORIAL PLANIFICADA.			Actividades: *UTILIZAR LA TELEVISIÓN, RADIO O MUSICA COMO PARTE DEL PROGRAMA DE ESTIMULOS PLANIFICADO. *DISPONER PERIODOS DE DESCANSO *COLOCAR OBJETOS FAMILIARES Y FOTOGRAFIAS EN EL AMBIENTE DEL PACIENTE. *UTILIZAR LA REPETICIÓN EN LA PRESENTACIÓN DE MATERIALES NUEVOS. *UTILIZAR AYUDAS DE MEMORIA: LISTAS, PROGRAMAS Y NOTAS RECORDATORIAS. *REFORZAR O REPETIR LA INFORMACIÓN. *SOLICITAR AL PACIENTE QUE REPITA LA INFORMACIÓN. *DISPONER INSTRUCCIONES ORALES Y ESCRITAS.			

NIVEL: 2	ESPECIALIDAD: ESPECIALIDADES MEDICAS	SERVICIO: MEDICINA INTERNA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INDEPENDIENTE TITULO: TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESION.			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (ED. FR.CD)			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO 12: CONFORT. CLASE 1: CONFORT FÍSICO PATRON FUNCIONAL: 6 COGNITIVO-PERCEPTIVO 00132 DOLOR AGUDO R/C AGENTES LESIVOS M/P MASCARA FACIAL, INFORME VERBAL DEL DOLOR.			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA MANTENER AUMENTAR
			DOMINIO: V SALUD PERCIVIDA. CLASE: U SALUD Y CALIDAD DE VIDA. RESULTADO: 2010 ESTADO DE COMODIDAD: FISICA	201001 CONTROL DE SÍNTOMAS. 201003 RELAJACION MUSCULAR. 201004 POSICIÓN CÓMODA.	GRAVEMENTE COMPROMETIDO. 1 SUSTANCIALMENTE. 2 MODERADAMENTE. 3 LEVEMENTE. 4 NO COMPROMETIDO. 5	
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)						
CAMPO: 1 FISIOLÓGICO BÁSICO			CLASE: E FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA.			
INTERVENCION INDEPENDIENTE: 1400 MANEJO DEL DOLOR			INTERVENCION INDEPENDIENTE: 1400 MANEJO DEL DOLOR			
<p>Actividades:</p> <p>*REALIZAR UNA VALORACION EXHAUSTIVA DEL DOLOR QUE INCLUYA LA LOCALIZACIÓN, CARACTERISTICAS, APARICIÓN/DURACIÓN, FRECUENCIA, CALIDAD, INTENSIDAD O SEVERIDAD DEL DOLOR Y FACTORES DESENCADENANTES.</p> <p>*EXPLORAR CON EL PACIENTE LOS FACTORES QUE ALIVIAN/EMPEORAN EL DOLOR.</p> <p>*DETERMINAR LA FRECUENCIA NECESARIA PARA LA REALIZACIÓN DE UNA VALORACIÓN DE LA COMODIDAD DEL PACIENTE.</p> <p>*CONTROLAR LOS FACTORES AMBIENTALES QUE PUEDAN INFLUIR EN LA RESPUESTA DEL PACIENTE A LAS MOLESTIAS(temperatura de la habitación, iluminación y ruidos)</p>			<p>Actividades:</p> <p>*SELECCIONAR Y DESARROLLAR AQUELLAS MEDIDAS (farmacológica, no farmacológica e interpersonal que faciliten el alivio de dolor).</p> <p>*ENSEÑAR LOS PRINCIPIOS DEL CONTROL DEL DOLOR.</p> <p>*ENSEÑAR EL USO DE TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS(relajación, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad)</p> <p>*ENSEÑAR METODOS FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR.</p>			

NIVEL: 2	ESPECIALIDAD: ESPECIALIDADES MEDICAS	SERVICIO: MEDICINA INTERNA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INDEPENDIENTE TITULO: TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESION.			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (ED. FR.CD)			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO 11: SEGURIDAD /PROTECCIÓN. CLASE 2: LESIÓN FÍSICA. PATRON FUNCIONAL: 2 NUTRICIONAL METABOLICO. 00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR R/C FACTORES MECÁNICOS M/P LESIÓN TISULAR, DESTRUCCIÓN TISULAR.			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA MANTENER AUMENTAR
			DOMINIO: II SALUD FISIOLÓGICO. CLASE: L INTEGRIDAD TISULAR. RESULTADO: 1102 CURACION DE LA HERIDA: POR PRIMERA INTENSION.	110205 SECRESIÓN SEROSANGUINOLENTA DE LA HERIDA. 110208 ERITEMA CUTÁNEO CIRCUNDANTE. 110209 EDEMA PERILESIONAL.	EXTENSO 1 SUSTANCIAL 2 MODERADO 3 ESCASO 4 NINGUNO. 5	
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)						
CAMPO: 2 FISIOLÓGICO: COMPLEJO			CLASE: I CONTROL DE LA PIEL/HERIDAS.			
INTERVENCION INDEPENDIENTE: 3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS.			INTERVENCION INDEPENDIENTE: 3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS.			
Actividades: *MONITORIZAR LAS CARACTERISTICAS DE LA HERIDA, INCLUYENDO DRENAJE, COLOR, TAMAÑO Y DOLOR. *MEDIR EL LECHO DE LA HERIDA. *LIMPIAR CON SOLUCIÓN SALINA NORMAL O UN LIMPIADOR NO TOXICO. *ADMINISTRAR CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS DERMICAS. *CAMBIAR EL APOSITO SEGÚN LA CANTIDAD DE EXUDADO Y DRENAJE. *INSPECCIONAR LA HERIDA CADA VEZ QUE SE REALIZA EL CAMBIO DE VENDAJE. *COMPARAR Y REGISTRAR REGULARMENTE CUALQUIER CAMBIO PRODUCIDO EN LA HERIDA.			Actividades: *COLOCAR DE MANERA QUE SE EVITE PRESIONAR LA HERIDA, SI PROCEDE. *CAMBIAR DE POSICIÓN AL PACIENTE COMO MINIMO CADA DOS HORAS. *FOMENTAR LA INGESTA DE LIQUIDOS. *ENSEÑAR AL PACIENTE O CUIDADOR LOS PROCEDIMIENTOS DE CUIDADO DE LA HERIDA. *ENSEÑA AL PACIENTE Y CUIDADOR LOS SIGNOS DE INFECCIÓN. *DOCUMENTAR LA LOCALIZACIÓN, EL TAMAÑO Y LA APARIENCIA DE LA HERIDA.			

NIVEL: 2	ESPECIALIDAD: ESPECIALIDADES MEDICAS	SERVICIO: MEDICINA INTERNA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INDEPENDIENTE TITULO: TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESION.			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (ED. FR.CD)			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN CLASE: 1 INFECCIÓN. PATRON: 3 ELIMINACIÓN. 00004 RIESGO DE INFECCIÓN R/C DEFENSAS PRIMARIAS INADECUADAS(ROTURA DE LA PIEL)			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA MANTENER AUMENTAR
			DOMINIO: IV CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD. CLASE: T CONTROL DEL RIESGO Y SEGURIDAD RESULTADO: 1924 CONTROL DEL RIESGO: PROCESO INFECCIOSO.	192405 IDENTIFICA SIGNOS Y SINTOMAS PERSONALES QUE INDICAN UN RIESGO POTENCIAL. 192409 CONTROLA EL ENTORNO PARA EVITAR LOS FACROTES ASOCIADOS AL REISGO DE INFECCIÓN. 192414 UTILIZA PRECAUCIONES UNIVERSALES.	NUNCA DEMOSTRADO. 1 RARAMENTE DEMOSTRADO. 2 A VECES DEMOSTRADO 3 FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO 4 SIEMPRE DEMOSTRADO. 5	
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)						
CAMPO: 2 FISIOLÓGICO: COMPLEJO			CLASE: N CONTROL DE LA PERFUSION TISULAR			
INTERVENCION INDEPENDIENTE: 3520 CUIDADOS DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN.			INTERVENCION INDEPENDIENTE: 3520 CUIDADOS DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN.			
Actividades: *DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ULCERA A INTERVALOS REGULARES. *CONTROLAR EL COLOR, LA TEMPERATURA, EL EDEMA, LA HUMEDAD Y LA APARIENCIA DE LA PIEL, CIRCUNDANTE. *DESBRIDAR LA ÚLCERA, SI ES NECESARIO. *MANTENER LA ULCERA HUMEDECIDA PARA FAVORECER LA CURACIÓN. *LIMPIAR LA PIEL ALREDEDOR DE LA ÚLCERA CON JABÓN SUAVE Y AGUA. *LIMPIAR LA ULCERA CON SOLUCIÓN NO TOXICA ADECUADA, CON MOVIMIENTOS CIRCULARES DESDE EL CENTRO. *APLICAR UN APÓSITO ADHESIVO PERMEABLE *OBSERVAR SI HAY SIGNOS Y SINTOMAS DE INFECCIÓN EN LA HERIDA.			Actividades: *ENSEÑAR A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA/CUIDADOR LOS PROCEDIMIENTOS DE CUIDADO DE LA HERIDA. *VIGILAR LA INGESTA ADECUADA DE CALORIAS Y PROTEINAS DE ALTA CALIDAD. *ASEGURAR UNA INGESTA DIETETICA ADECUADA *ADMINISTRAR MEDICAMENTOS.			

DISCUSIÓN

De los 85 de pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, se pudo observar que el sexo de mayor frecuencia fue el femenino con 51(60%) de los cuales 12(23%) presentaron UPP; mientras que de los 34 (40%) restantes del sexo masculino, 10(29%) de ellos presentaron UPP. De acuerdo a la proporción de la población afectada se observa que el sexo masculino presenta mayor frecuencia de UPP, datos similares son reportados en el estudio de Flores y cols.¹⁰ No así en el estudio de Vela en donde se reporta que las mujeres hospitalizadas (52%) desarrollan con mayor frecuencia UPP.

En relación al diagnóstico médico predominaron los pacientes con padecimientos crónico degenerativos como: Insuficiencia renal crónica 14 (16.5 %), Evento Vascular Cerebral isquémico 13 (15.3%), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 8(9.4%), Diabetes Mellitus Tipo “2” 5(5.9%), Infarto Agudo al Miocardio 5 (5.9%), Cirrosis Hepática 5(5.9%), todas ellas acompañándose de comorbilidad, datos similar se reportan en el estudio de Cantún⁹ donde refiere que los pacientes con diagnósticos de fractura de cadera (17.4%) y Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) 13%, son en los que se desarrollaron con más frecuencia las UPP.

El estadio de las lesiones identificadas en este estudio fue el grado II 17 (20.0%), y el 5 (5.9%) en grado I, datos similares se muestran en los estudios realizados por Soldevilla,⁸ Flores¹⁰ y Vela³⁶

Con relación al sitio anatómico, se encontró que la frecuencia de aparición fue: sacro 17(20.0%), talones 3(3.5%), glúteos 2(2.4%) datos similares se muestran en los estudios realizados por Flores¹⁰ y Vela³⁶

Los datos referidos por Vela son similares al presente estudio ya que fue realizado en hospital de segundo nivel del IMSS en Acapulco Gro, con adultos mayores de 60 años y más de los cuales 51 (60.0%) corresponde al sexo femenino; el grupo de edad que predominó fue el de 70 a 79 años en 31 casos (36.55%). En relación a la valoración de las lesiones ocasionadas por úlceras por presión 63 pacientes (74.1%) no tuvo lesiones al momento de la valoración, mientras que 22 (25.9%) si las tuvo,

coincidiendo que las UPP se presentan con mayor frecuencia dentro de la estancia hospitalaria,

Los patrones disfuncionales encontrados en el presente estudio fueron: eliminación, actividad-ejercicio y patrón nutricional metabólico, lo que concuerda con lo reportado por el I IMSS⁹ en el 2005 sobre perfil de riesgo para el desarrollo de UPP donde se refiere que al respecto, los pacientes hospitalizados reúnen características como: presentar déficit en la movilidad y actividad, problemas de humedad, fricción, cizallamiento y deslizamiento constante.

Cabe resaltar que en el estudio se encontró como principal patrón de afectación el que corresponde al estado nutricional metabólico y que está relacionado con los diagnósticos de enfermería siguientes: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades, Desequilibrio Nutricional: ingesta inferior a las necesidades, Exceso de volumen de líquidos y Déficit de Volumen de Líquidos, dato similar a lo descrito en *factores de riesgo fisiopatológicos* problemas nutricionales: desnutrición, obesidad, deshidratación por el GNEAUPP⁶.

De acuerdo al plan de cuidados estandarizados para la prevención y tratamiento de UPP propuesto por Arboledas y Melero, se sumarían los siguientes Diagnósticos de enfermería para la prevención a partir de los resultados de este estudio: Déficit de volumen de líquidos, Exceso de volumen de líquidos, Incontinencia Fecal, Incontinencia Urinaria refleja, Deterioro de la Movilidad en la cama, Deterioro de la memoria, Cansancio del Rol del Cuidador, ya que estos son condicionantes a favorecer la presencia de UPP, y para el caso del plan de cuidados para el tratamiento de UPP agregaríamos: Dolor agudo y riesgo de infección, contribuyendo con esto a orientar y asegurar los cuidados diarios para la prevención y tratamiento de las UPP.

V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

La seguridad del paciente se sitúa en el centro de debates públicos, debido al alto índice de eventos adversos dentro del ámbito hospitalario, ocupando las UPP el tercer lugar en Latinoamérica y uno de los mayores retos en la actualidad a que se enfrentan los profesionales de enfermería en la atención hospitalaria es hacer un alto a las úlceras por presión, ya que es un problema de salud prevenible en el 95% de los casos.

En México en la última década la práctica sistematizada para homogeneizar el cuidado de enfermería se ha visto fortalecida mediante la aplicación del PAE y el uso de las clasificaciones taxonómicas de enfermería.

Actualmente, los planes de cuidados de enfermería, como protocolos de intervención de profesionales de enfermería, tienen la intencionalidad de guiar el trabajo de dichos profesionales, ofrecen una asistencia segura, se adaptan al contexto y al nivel de atención, respondiendo a los resultados establecidos y a las necesidades de salud de forma individualizada de cada paciente, familia o comunidad.

Disminuir la variabilidad de los cuidados que apuntan hacia la transformación de un sistema curativo a uno preventivo de úlceras por presión, mediante el desarrollo de comportamientos y actitudes orientados a minimizar el riesgo en la práctica de enfermería, evitar la presencia de eventos adversos por UPP.

Fortalecer la cultura de calidad en los servicios de enfermería es hoy una prioridad, así como también la disponibilidad de los planes de cuidados entre los profesionales y la coordinación de esfuerzos entre el equipo de salud, favorece la aplicación de mejores prácticas en la atención del paciente hospitalizado y fortalece los mecanismos de vigilancia y control del riesgo de desarrollar UPP.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Secretaría de salud. Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. Subsecretaría de integración y desarrollo del sector salud. Dirección general de calidad y educación en salud. México.2011Pág. 9
- 2.- Alfaro LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en la colaboración. 5° ed. Barcelona: Masson; 2003.
- 3.- Guía de práctica clínica prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario, México: Secretaria de Salud; 2009.
- 4.- Brunner y Suddarth. Tratado de enfermería medico quirúrgica. 10^a ed. Madrid: McGraw-hill 2005.
- 5.- María A, Aibar C, Gea M. Efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clin(Barc). 2004;123:21-5
- 6.- GNEAUPP. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas Crónicas. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. España. 2007 (Consultado 2011 jun 19). [77 Pág.] Disponible en:
URL:<http://www.gneaupp.es/app/documentos- guías/default.asp?id=12>
- 7.- Fernandes, AA.,Darlen Dutra S. Actuación del enfermero en la prevención de las Úlceras de presión. Rev Enf Global [Seriada en línea] 2008;(Consultado 2011 may 28); 13(6) Disponible en:
URL:<http://www.um.es/eglobal/5/05b01.html>
- 8.- Soldevilla AJ y cols. 2° Estudio Nacional de prevalencia de Úlceras por Presión. España, 2005. (Consultado 2010 nov.6); [100 páginas] [En línea]
URL: http://www.gneaupp.es/app/adm/publicaciones/archivos/10_pdf.pdf

9.- Cantún U, Uc Ch. Perfil de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en pacientes adultos hospitalizados. Rev Enferm IMSS, 2005;3(3):147-52.

10.- Flores MI y cols. Prevalencia de úlceras por presión en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Rev Méx de Enferm Cardiológica 2010; 18 (1-2): 13-17.

11.- López M Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería en el adulto mayor con fractura de cadera. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2013; 21 (3): 153-161.

12.- Carpenito, L.J. planes de cuidados y documentación clínica en enfermería: diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración. 2° ed. Madrid: McGraw-hill Interamericana 2005

13.- Carpenito, L.J. Diagnósticos de enfermería: Aplicaciones a la práctica clínica. España 1° ed. McGraw-hill Interamericana.; 2002.

14.- Pérez MT, Sánchez S, Franco M. Aplicación del proceso de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en instituciones del Distrito Federal Rev Enf IMSS.2006; 14(1):47-50

15.- Muñoz G, Vázquez Ch. Actualización en enfermería. Planes de cuidado. Rev Enf [Seriada en línea] 2009;(Consultado 2010 dic 12); 12(3) Disponible en:
URL:<http://www.enfermeria-actual.com/contenidos/planesdecuidado.htmls/p>

16.- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones Superiores. (ANUIES) México. La situación del mercado laboral de profesionistas. Rev edu sup. (Consultado en 2010 dic 12) Disponible en:
[URL:http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/156](http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/156)

17.- Rodríguez S. Proceso enfermero. Aplicación actual. México D.F.2°ed. Ediciones cuéllar; 2005.

- 18.- Moran A, Mendoza R. Proceso de enfermería. México: 1° ed. Trillas; 2006.
- 19.- Ralph SS, Stuart R, Scroggins L, Vassallo B. NANDA Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. Madrid: 1° ed. Elsevier, 2006.
- 20.- Delicia Madoery LO. Diagnósticos enfermeros: dilemas de una práctica educativa 2^a ed. Buenos Aires: Akadia; 2009
- 21.- Ackley Betty J. Manual de Diagnósticos de Enfermería, 7ma. Ed. Elsevier, Madrid España, 2007
- 22.- NANDA International: Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2007 - 2008, Madrid: Elsevier, 2007.
- 23.- Kozier B. Fundamentos de Enfermería, conceptos, proceso y práctica. Vol.1 7° ed. Madrid, España. McGraw-Hill Interamericana. 2007.
24. - Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5° Ed. Barcelona España: Elsevier; 2009.
- 25.- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 4° Ed. Barcelona España: Elsevier; 2009.
- 26.- Secretaria de Salud (México). Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. [En línea] <http://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html> [Consultado 12/11/2011].
- 27.- Resnick NM, Dosa D. Medicina geriátrica. En: Kasper DL, Fauci A, Braunwald E (Ed). Harrison: principios de medicina interna. 16a ed. México: McGraw-Hill, 2006. Pág. 49-50.
- 28.- Velasco- Rodríguez R. et al. Estado actual de capacidades en adultos mayores. Rev Enf IMSS. 2012; 20(2):92

- 29.- Instituto Nacional de Salud Pública. México. Salud y grupos vulnerables. (Consultado en 2012 diciembre 20) [En línea] <http://www.insp.mx/lineas-de-investigación/salud-y-gruposvulnerables/investigación/adultos-mayores.html>
- 30.- Manrique- Espinoza B y col. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Rev salud pública de México. Vol 55 suplemento 2 2013 pág. 325
31. – Guía de práctica clínica Prevención y Tratamiento de Úlceras por presión a nivel intrahospitalario, México; Instituto Mexicano del Seguro Social. 2009.
- 32.- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP).Clasificación y estadiaje de las Úlceras por Presión. Logroño 2003(Consultado 2011 jun. 19)
[En línea] <http://www.gneaupp.es/app/documentos- guías/default.asp? id=6>
- 33.-.Smith&nephew. Global Wound Academy.Modulo: 6 Úlceras por presión.(Consultado en 2011 sep 22) [En línea]
<http://ww.globalwoundacademy.com/es/Modulos/?moduleid=2#1>
- 34.- García DO, González GI, Fernández PJ. Úlceras por presión. Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética [serial en línea]. 2007 [citado ene 2007]; [1 plantilla]. Disponible en:
<http://www.secpres.org/index.=article&id=100:ulceraspresion&catid=37:cirugiareconstructiva&Itemid>
35. World Union of Wound Heling Societies. Principios de las mejores prácticas: Exudado en las heridas y utilidad en los apósitos. Un documento de consenso. London: MEP Ltd; 2007.
- 36.- Vela G. Magnitud del Evento Adverso. Úlceras por presión. Rev Enf IMSS. 2013;21(01)3-8

- 37.- Arboledas B, Melero L. Plan de cuidados estandarizado para la prevención y tratamiento de úlceras por presión. Rev Metas de Enferm May 2004; 7(4) 13-16.
- 38.- Sampieri H. Metodología de la investigación. 5° ed. México: McGrawHill; 2010.
- 39.- Stephen B. Hulley, Steven M. Cummings, Warren S. Browner, Deborah G. Grady, Thomas B. Newman. Diseño de Investigaciones Clínicas. 3a. Ed. Edt. Lippincott Williams & Wilkins, Barcelona España 2007.
- 40.- Gordon M. Manual de Diagnósticos enfermeros. 10º Edición Elsevier España, 2003.

ANEXOS

Anexo 1**Instrumento de Recolección de datos.**

El presente instrumento tiene como propósito valorar en forma sistemática al paciente adulto mayor hospitalizado, con el modelo de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

Instrucciones: Para la obtención de los datos adecuados y suficientes, usted utilizará el interrogatorio, la observación, palpación, auscultación, el olfato, marcando con una **X** en el cuadro correspondiente los datos que refiera o identifique en el paciente.

FECHA: **HORA:** **REALIZÓ:**

DATOS GENERALES

N.S.S......

Cama.....

Nombre.....

Fecha de ingreso.....

Hora de ingreso.....

Días de estancia.....

Dx. Médico.....

Lesión UPP..... **Grado**.....

1.- Edad: _____

2.- Genero: M F

3.- Estado. Civil: Soltero Casado Unión Libre Viudo Otro

4.- Ocupación: Obrero Empleado Ama de casa Jubilado Pensionado
Comerciante

5.- Escolaridad: Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura

6.- Religión: Católica Cristiana Testigo de Jehova Musulmana Otro

7.- Lugar de Procedencia (Demográfico) Vía Pública Domicilio Trabajo
Unidad Médica Pública Unidad Médica Privada Otros

8.- Servicio de Procedencia: Urgencias quirófano Hospitalización

1. PATRÓN DE PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD.

Antecedentes personales

Desde cuando sabe usted que está enfermo? _____

Como se siente en este momento? _____

Hábitos:

Tabaquismo SI NO ¿Cuántos cigarrillos al día? ____ **Edad de Inicio** _____

Alcoholismo SI NO Diario 3er día semanal quincenal mensual

Cafeína SI NO

Otros SI NO

Es diabético SI NO DESDE CUANDO? _____

Es Hipertenso SI NO Es Nefropata SI NO Portador de VIH SI NO

Portador de Hepatitis SI NO

Lo han transfundido SI NO Alergias SI NO Cirugías realizadas SI NO

Cuales: _____

Vacunas Aplicadas en el Último año: SI NO

Cuales: _____

Hospitalización Previa: SI NO

Motivo: _____

Visitas al médico: Cada /mes 6 Meses Cada año

Médico familiar Internista Cardiólogo Dentista Ginecólogo

Otros _____

Medicamentos (aquellos que tomaba en su casa y los indicados actualmente)

Nombre: Dosis: Frecuencia: Vía:

Apego al tratamiento médico: SI NO Automedicación: SI NO Utiliza remedios caseros: SI NO

En qué casos: _____

Cuales: _____

2.- PATRON NUTRICIONAL – METABOLICO

Talla Actual: _____ Peso actual: _____ Temperatura: _____

Ha perdido peso antes del ingreso hospitalario. SI NO

Cantidad: _____

Tiene apetito: Normal Disminuido Perdido

Presencia de Nauseas Vomito

Ingesta de líquidos (Cantidad, tipo y frecuencia): _____

Café Té Refresco Agua

En qué consiste su dieta diaria:

Frijoles SI NO Cuantas veces al día: _____ a la Semana: _____

Huevos SI NO

Cuantas veces al día: _____ a la Semana: _____

Leche SI NO Cuantas veces al día: _____ a la Semana: _____

Carne SI NO Cuantas veces al día: _____ a la Semana: _____

Pan SI NO Cuantas veces al día: _____ a la Semana: _____

Verduras SI NO Cuantas veces al día: _____ a la Semana: _____

Fruta SI NO Cuantas veces al día: _____ a la Semana: _____

Tortillas SI NO Cuantas veces al día: _____ a la Semana: _____

Mencione los alimentos que más le agraden: _____

Dieta actual: _____

Hemoglobina: _____ Albumina sérica: _____ Glucosa: _____

Líquidos parenterales: Especificar soluciones, cantidades y horarios.

Catéter periférico SI NO Central SI NO

Sitio de punción: _____ Fecha de instalación: _____ Fecha de curación: _____

Boca: Encías

Normales Blancas Rojas Sangrantes

Lengua: Limpia Saburral Lesiones

Dentadura: Completa Incompleta Prótesis

Es alérgico a algún alimento SI NO

Siente molestias, trastornos en la deglución SI NO

Alimentación por SNG SI NO Cantidad: _____ Frecuencia: _____

Alimentación Parenteral SI NO Cantidad: _____ Frecuencia: _____

Problemas de la Piel/Cicatrización:

Ninguno Cicatrización anormal Exantema Pápulas Maculas

Seca Grasosa Humedad

El paciente se aprecia: Hidratado Semi-Hidratado Deshidratado

Presenta edema: SI NO

+ _____ ++ _____ +++ _____ Región: (especifique) _____

3.- PATRON DE ELIMINACION

Frecuencia de evacuación Diario Cada tercer día

Consistencia de las heces, tipo: _____

Presenta molestias al evacuar: SI NO

Tiene problemas de control fecal: SI NO

Consume laxantes: SI NO

¿Orina? SI NO

Frecuencia de Eliminación Urinaria: Describirlo _____

Tiene molestias al orinar: SI NO Tiene problemas de control: SI NO

Características de la orina:

Cantidad: _____

Color: _____

Olor: _____

Examen General de Orina

Ph _____ Densidad: _____ Proteínas: _____ Sangre: _____ Glucosa:

_____ Cetona: _____ Creatinina: _____

Urea: _____ Bacterias: _____ Leucocitos: _____ Eritrocitos: _____

Usa Sonda vesical: SI NO Fecha de Instalación: _____

Usa Sonda Naso gástrica: SI NO

Tiene exceso de transpiración: SI NO

Tiene problemas con el olor: SI NO

Lesión con secreción: SI NO

Herida quirúrgica con secreción: SI NO Ubicación: _____

Uso de sistemas de Drenaje: SI NO

Ubicación y Tipo _____

Estoma: _____ Sitio: _____

Sistema Pulmonar.

FC _____ FR _____ T/A _____

Hay Presencia de Cianosis: SI NO Ubicación: _____

Actualmente utiliza algún dispositivo para favorecer la oxigenación: SI NO

Puntas Nasaes Mascarilla Nebulizador

Ventilador Mecánico Traqueotomía

4.- PATRON ACTIVIDAD EJERCICIO

Requiere ayuda para:

Alimentación / Bebida: total () parcial () sin ayuda ()

Aseo total () parcial () sin ayuda ()

Deambulaci3n total () parcial () sin ayuda ()

Eliminaci3n total () parcial () sin ayuda ()

Vestido / arreglo total () parcial () sin ayuda ()

Estado de la Movilidad

Movilidad en cama SI NO Traslado en silla de ruedas SI NO

Deambulaci3n SI NO

Ha percibido cambios neuromusculares: Calambres, disminuci3n de la sensibilidad, dolor, limitaci3n del movimiento, antecedentes de fracturas. SI NO

Observaciones: _____

Riesgo de Ulceras por Presi3n. SI NO

Nivel de Riesgo: Alto Medio Bajo

Riesgo de Caídas. SI NO Nivel de Riesgo: Alto Medio Bajo

5.- PATR3N DE SUEÑO-REPOSO.

Habitualmente cuantas horas duerme durante la noche: _____

Se siente en general descansado despu3s de dormir. SI NO

Concilia bien el sueño SI NO

Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche SI NO

Toma alguna sustancia para dormir. SI NO

Acostumbra dormir siestas. SI NO

Reposo: Absoluto por tratamiento Relativo Deambulaci3n Asistida

Absoluto por déficit neuronal Sin Limitación para el movimiento

6.- PATRON COGNITIVO-PERCEPTIVO.

Tiene dificultad de audición. SI NO

Utiliza algún aparato auditivo. SI NO

Tiene problemas con la vista. SI NO

Utiliza lentes SI NO

Disminución del olfato SI NO

Disminución del gusto SI NO

Sabe que día es hoy. SI NO

Sabe dónde se encuentra SI NO

Sabe quién es usted. SI NO

Lleva a cabo una conversación fluida SI NO

Actitud y facilidad para relacionarse Buena Regular

Deficiente Aislamiento

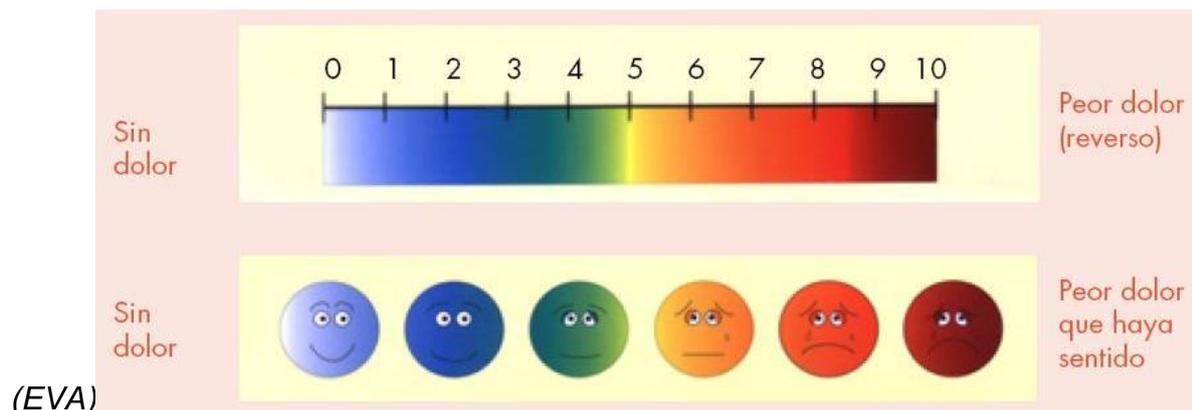
Tiene dificultad o facilidad para tomar decisiones. SI NO

Tiene dificultad para el aprendizaje SI NO

Tiene molestias o dolor. SI NO

Localización: _____

Intensidad: Escala Analógica Visual



Característica: _____

Factores que lo agravan: _____

7.- PATRON DE AUTOPERCEPCION- AUTOCONCEPTO.

Usted acepta su cuerpo SI NO

La mayor parte del tiempo se siente bien consigo mismo. SI NO

Se han producido cambios en su cuerpo o en las cosas que puede hacer.
SI NO

Se han producido cambios en la manera en que se siente sobre sí mismo o su cuerpo desde que comenzó la enfermedad. SI NO

Siente usted que es importante para los demás. SI NO

Reconoce las fortalezas y limitaciones que tiene como persona SI NO

Siente temor, ansiedad o depresión. SI NO

Se ha sentido alguna vez desesperado, incapaz de controlar los aspectos de su vida. SI NO

Tiene facilidad para adaptarse a situaciones nuevas. SI NO

8.- PATRÓN DE ROL – REALACIONES.

Vive solo o en familia.

Describir.....

Tiene algún problema familiar. SI NO

Depende su familia de usted. SI NO

Reacción de la familia a la enfermedad / hospitalización.

Ansiedad

Preocupación

Apoyo

Tranquilidad

Culpa.

Pertenece a algún grupo social SI NO

Tiene usted amigos SI NO

Como percibe su relación con los demás. Satisfactoria Insatisfactoria

9.- PATRON DE SEXUALIDAD-REPRODUCCION.

Mujer

Usted ha tenido embarazo SI NO

Qué tipo de partos. Vaginales Cesáreas Abortos

Usted se ha realizado Auto examen mamario. SI NO

Le han practicado algún Examen profesional.

Ultrasonido mamario Mastografía Cirugía mamaria

Hombre

Tiene hijos SI NO

Se ha realizado usted Auto examen testicular mensual SI NO

Tiene usted problemas de próstata. SI NO

10.- PATRON DE AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA DEL ESTRÉS.

Ha tenido algún cambio importante en su vida en los últimos 2 años. SI NO

Tiene problemas económicos SI NO

Ha padecido en el último tiempo alguna enfermedad importante? SI NO

Toma medicinas, drogas o alcohol. SI NO

Cree que la vida no merece la pena vivirse? SI NO

Siente ansiedad e irritación durante todo el día. SI NO

Se ha distanciado de algún amigo? SI NO

11.- PATRON VALORES- CREENCIAS.

Tiene planes importantes para el futuro. SI NO

Es la religión importante en su vida. SI NO

Le ayuda cuando surgen problemas SI NO

Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar. SI NO

Desearía que asistiera algún representante de su religión SI NO

GRACIAS, SU PARTICIPACIÓN ES MUY VALIOSA PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL CUIDADO QUE LE OFRECE ENFERMERÍA.

Anexo 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD**
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Procedimientos:

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congressos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicador	Escala de medición.
Sociodemográficas	Características demográficas de una población.	Edad	Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana.	Años	Cuantitativa discreta
		Sexo	Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo, masculino o femenino.	Femenino Masculino	Cualitativa nominal
		Estado civil	Clase o condición a la cual está sujeta la vida de cada una.	1.-Soltero. 2.-Casado. 3.-Divorciado. 4.- Viudo 5.-Unión libre.	Cualitativa nominal.
		Ocupación		Oficio Empleo	Cualitativa nominal.

Variable	Conceptualización	Operacionalización	Indicador	Escala de medición.
Riesgo de úlceras por presión	Conjunto de circunstancias que representan una posibilidad de aparición de úlceras por presión, las más importantes son la inmovilidad, la incontinencia (urinaria y fecal), el déficit nutricional y el deterioro cognitivo.	<p>Escala de Braden. Factor de Riesgo: Percepción sensorial. Humedad. Actividad. Movilidad. Nutrición.</p> <p>Rose y peligro de lesiones cutáneas (grietas).</p>	<p>ALTO RIESGO: Puntuación total < 12 puntos</p> <p>RIESGO MODERADO: Puntuación total 13-14 puntos</p> <p>BAJO RIESGO: Puntuación total 15- 16 puntos en pacientes menores de 75 años O 15-18 en pacientes mayores de 75 años.</p>	Ordinal

Estadio de Ulceras por presión.	Grado de lesión de acuerdo al involucramiento de tejidos.	Estadio I Alteración observable en la piel integra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar. Estadio II Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Estadio III Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo. Estadio IV Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén.	Estadio I Estadio II Estadio III Estadio IV Occipital, codos, escápulas, sacro, coxis, talones. Pabellón auricular, escápulas, costillas, trocánter, crestas ilíacas, cóndilos (rodilla), tibias y maléolos tibiales.	Nominal Ordinal
Sitio de la Ulcera	Región corporal donde se ubica la ulcera o lesión.	Región anatómica que evidencia la presencia de ulcera por presión		
Ulceras por presión	Lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes, producida por una presión prolongada o por una fricción entre una superficie externa y un plano óseo o cartilaginoso.	Presencia o ausencia de lesión en la piel o tejidos subyacentes de origen isquémico.	Si No	Nominal dicotómica
Patrones	Configuración de comportamientos,	Modelo de valoración utilizado	1.-Persepcion manejo de la salud.	

Funcionales	más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.	por enfermería para describir la evaluación inicial y continuada del estado de salud del paciente, a través de la recolección organizada de la información en 11 aspectos llamados patrones que permiten evidenciar el funcionamiento o disfunción del individuo.	2.- Nutricional metabólico. 3.- Eliminación. 4.- Actividad y ejercicio. 5.-Cognitivo-perceptivo.6.-Reposo y sueño 7.- Auto imagen y autoconcepto. 8.- Rol- relaciones. 9.- Sexualidad y reproducción.10.- Afrontamiento tolerancia al estrés. 11.- Valores y creencias.	Nominal
Diagnósticos enfermeros NANDA	Definiciones y Clasificación Diagnósticos enfermeros.	Mediante la selección de diagnósticos de enfermería.	Diagnósticos: reales, riesgo, de salud y promoción a la salud.	Nominal
Intervenciones NIC	Clasificación de intervenciones de Enfermería.	Mediante la selección de Intervenciones de enfermería.	Intervenciones de enfermería y actividades	Nominal
Plan de cuidados de enfermería estandarizado Bifocal.	Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.	Mediante la elaboración del problema interdependiente: es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas reales o de riesgo en donde la enfermera(o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario. Los diagnósticos enfermeros son interpretaciones científicas procedentes de los datos de valoración que se usan para guiar a las enfermeras en la planificación, implementación y evaluación.	Diagnósticos de enfermería y Problemas interdependientes	Nominal
Resultados	Clasificación de Resultados de Enfermería.	Mediante la selección de Resultados de enfermería.	Indicadores: unidades medibles derivadas de la respuesta humana	Nominal

NOC				
------------	--	--	--	--

