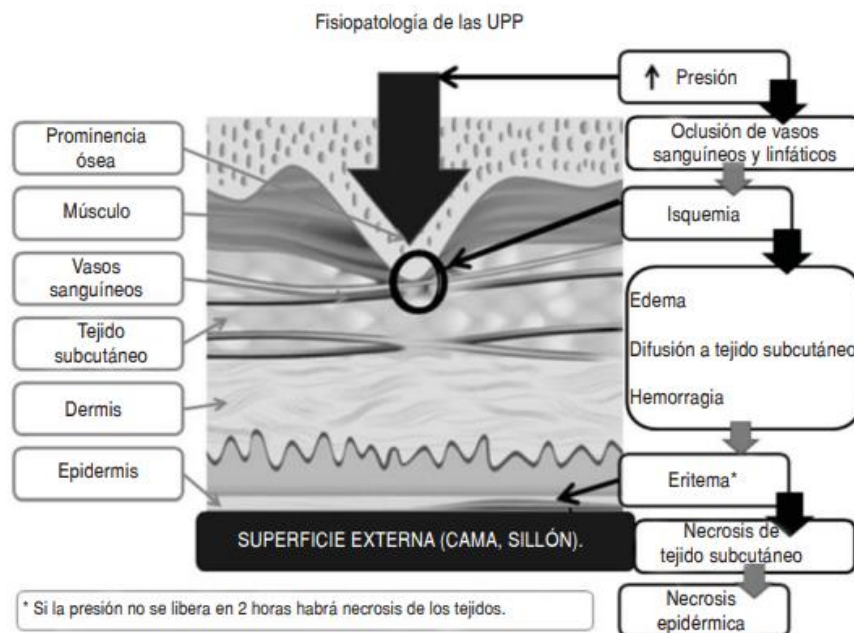


Úlceras por presión (UPP): una realidad práctica dentro del cuidado enfermero. Estudio de caso clínico

Anexos

Imagen 1. Esquema de la fisiopatología de UPP



Fuente: Islas-Pérez J. Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente que presenta úlcera por presión con sospecha de daño tisular profundo. Rev Mex Enf Cardio. 2014; 22(2).

Imagen 2. Escala de Oxford

Grado	Descripción	Interpretación
0	Ausencia de Mov y Contracción	Parálisis Total
1	Débil contracción en zona tendinosa, Sin Movimiento	Parálisis Parcial
2	Movimiento en todo el ROM Sin Gravedad	Déficit de
3	Movimiento en todo el ROM Con Gravedad	Movimiento
4	Movimiento en todo el Rom Con Gravedad + Resistencia Moderada	Voluntario
5	Movimiento en todo el ROM con Gravedad + Resistencia Máxima	Músculo Normal

Imagen 3. Escala de Braden

Pun- tos	Percepción Sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Fricción/ Deslizamien- to
1	Completa- mente limitada	Siempre húmeda	En cama	Inmóvil	Muy Pobre	Problema
2	Muy limitada	Muy húmeda	En silla	Muy limitada	Probable inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasional húmeda	Camina ocasional	Ligeramente limitada	Adecuada	No hay problema
4	Sin limitaciones	Rara vez húmeda	Camina con frecuencia	Sin limitaciones	Excelente	
Pun- tos						
<input type="checkbox"/> < 12 = Riesgo alto <input type="checkbox"/> 13-15= Riesgo medio <input type="checkbox"/> >16= Riesgo Bajo						

Fotografía 1. Úlcera por presión a nivel sacro



Cuadro N° 2. Plan de cuidados

Necesidad alterada: Alimentación/hidratación

Etiqueta diagnóstica

Dominio 2: Nutrición

Clase1: Ingestión

(00103) Deterioro de la deglución R/C deterioro neuromuscular M/P dificultad en la deglución, alteración en la posición de la cabeza.

NOC: 01918 Control de la aspiración.

Indicador	Nunca	Raramente	En ocasiones	Con frecuencia	Constantemente
19181 cuidador identifica factores de riesgo	1	2	3	4	5
NIC – Aspiración de las vías aéreas.	<ul style="list-style-type: none"> – Determina la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal. – Ausculta los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. – Disponer de precauciones universales: guantes, gafas y mascarilla. – Disponer la mínima cantidad de aspiración de pared necesaria para extraer las secreciones (80 a 100 mmHg para adultos). – Observar el estado de oxígeno del paciente SO₂ y estado hemodinámico. – Ajustar la duración de la aspiración en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración. 				
– Precauciones para evitar la aspiración.	<ul style="list-style-type: none"> – Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de la tos, reflejo de los gases y capacidad deglutoria. – Controlar el estado pulmonar. – Mantener vía aérea permeable. – Posición semifowler. – Mantener equipo de succión disponible. – Comprobar colocación de sonda nasogástrica o de gastrostomía, antes de la alimentación 				

Fuente: las autoras

Cuadro N° 3. Plan de cuidados

Necesidad alterada: Eliminación

Etiqueta diagnóstica

Dominio 3: Eliminación

Clase1: Función urinaria

(00020) Incontinencia urinaria funcional R/C deterioro neuromuscular M/P capacidad para vaciar completamente la vejiga.

NOC: 00208 nivel de movilidad.

Indicador	Dependiente no participa	Requiere ayuda personal y de dispositivos	Ayuda personal	Independiente con ayuda de dispositivos	Completamente independiente
020808 otros	1	2	3	4	5

<p>NIC</p> <p>– Cuidados de la incontinencia urinaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. – Sondaje vesical. – Cuidados de sonda vesical. – Proporcionar una cama limpia y cómoda, libre de humedad. – Tomar muestra de orina para uro análisis. – Aseo de región genital.
------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: las autoras

Cuadro N° 4. Plan de cuidados

Necesidad alterada: Higiene/piel

Etiqueta diagnóstica

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase2: Lesión física

(00046) Deterioro de la integridad cutánea R/C humedad, factores mecánicos, inmovilidad física, emaciación M/P invasión de las estructuras corporales, destrucción de las capas de la piel (dermis) UPP estadios II, III y IV.

NOC: 01103 curación de la herida: por segunda intención.

Indicador	Ninguna	Escasa	Moderada	Sustancial	completa
110303 resolución de la secreción purulenta 110312 resolución de necrosis	1	2	3	4	5
<p>NIC</p> <p>– Cuidados del paciente encamado</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Colocar al paciente sobre una cama / colchón terapéutico adecuado. – Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada. – Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas. – Mantener la ropa de la cama limpia, seca y libre de arrugas. – Colocar en la cama una base de apoyo para los pies. – Utilizar dispositivos en la cama (piel de oveja) que protejan al paciente. – Aplicar dispositivos que eviten los pies equinos. – Cambiarlo de posición según lo indique el estado de la piel. – Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas, de acuerdo con plan de cuidados. – Vigilar el estado de la piel. – Facilitar pequeños cambios del peso corporal. – Realizar ejercicios de margen de movimiento pasivos y/o activos. – Ayudar con las medidas de higiene (uso de desodorante o perfume). – Ayudar con las actividades de la vida diaria. – Aplicar antiembolismo. – Monitorizar el estado pulmonar. 				

<p>– Cuidados de las úlceras por presión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I al IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización. – Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel circundante. – Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación. – Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua. – Desbridar la úlcera, si es necesario. – Limpiar la úlcera con la solución salina 0.9%, con movimientos circulares desde el centro. – Utilizar una aguja del calibre 19 y una jeringa de 35 cc para curación por arrastre de las úlceras profundas. – Anotar las características del drenaje. – Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda. – Remojar con solución salina. – Aplicar ungüentos, si procede. – Cubrir con apósito. – Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida. – Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada. – Utilizar camas y colchones especiales. – Asegurar una ingesta dietética adecuada. – Controlar el estado nutricional. – Enseñar a los miembros de la familia / cuidador a vigilar si hay signos de rotura de la piel. – Enseñar al paciente / miembros de la familia, los procedimientos de cuidados de la herida.
<p>– Manejo de la nutrición</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Determinar - en colaboración con el dietista, si procede – el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación y la vía. – Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C. – Dar comidas ligeras, en puré y blandas entre comidas. – Asegurarse que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento. – Proporcionar información adecuada a los familiares acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas. – Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.

Fuente: las autoras