



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2018-19)

Trabajo Fin de Grado

**Plan de cuidados: Paciente con
lesiones relacionadas con la
dependencia.**

Alumno/a: Jorge Maeso Martín

Tutor/a: Marta Sánchez Sánchez

Junio, 2019

Índice.

3. Resumen.....	1
2. Introducción.....	2
➤ Justificación.....	10
3. Objetivos.....	10
4. Metodología.....	11
➤ Descripción del caso clínico.....	12
➤ Valoración global del paciente.....	13
➤ Plan de cuidados.....	17
5. Resultados.....	26
6. Discusión	32
7. Conclusiones.....	35
8. Bibliografía.....	36
9. Anexos.....	41

1. Resumen.

Introducción. Las úlceras por presión constituyen un gran problema de salud, deterioran la vida del paciente, de la familia, aumentan los costes sanitarios y producen diferentes efectos adversos asociados. Por este motivo es importante realizar un adecuado plan de cuidados centrándonos, no solo en la lesión, sino en la totalidad de la persona.

Objetivos. Realizar un plan de cuidados individualizado y específico para el paciente elegido y conseguir mejorar el estado de salud inicial. Describir todos los cuidados llevados a cabo durante su estancia hospitalaria, calcular su gasto y evaluar el estado del paciente al momento del alta.

Metodología. El diseño empleado es el de un caso clínico elaborado durante el “Prácticum II” en el Hospital San Telmo, Palencia. Dirigido a una paciente anciana con lesiones relacionadas con la dependencia. Se ha diseñado un plan de cuidados usando la taxonomía NANDA-NOC-NIC (N/N/N).

Resultados. Después de haber aplicado el plan de cuidados se han conseguido resolver algunos de los problemas identificados en la fase de valoración. La paciente consiguió mejorar significativamente respecto al estado inicial. De los 18 indicadores propuestos se consiguió el nivel deseado en el 61%, mientras que el 39% restantes se mantuvo en un nivel inferior al esperado.

Discusión. La metodología N/N/N nos ha facilitado establecer diagnósticos enfermeros, marcar objetivos de consecución, sistematizar intervenciones y evaluar la eficacia de los cuidados. Todo ello nos permite universalizar el lenguaje del cuidado y la evaluación rigurosa de nuestra actuación.

Palabras clave. Plan de cuidados, UPP, NANDA, cura húmeda, paciente hospitalizado.

2. Introducción.

Las úlceras por presión (UPP) se consideran un gran problema de salud, deterioran la calidad de vida del paciente y del cuidador, disminuyen su autonomía y agravan el pronóstico de vida de quién las sufre, debido a las numerosas complicaciones clínicas que pueden derivarse de ellas. Se estima que los pacientes que desarrollan una UPP durante su ingreso, incrementan su estancia entre 4 y 7 días¹.

Una UPP no solo afecta a la esfera personal de quien la sufre, pues deteriora su estado general, aumenta la ansiedad y complica sus tratamientos, sino que también incide de manera negativa en el ámbito familiar deteriorando las relaciones, debido al estrés y al esfuerzo que suponen. Conllevan además un incremento del coste sanitario, ya que se asocian con la prolongación de la estancia hospitalaria, el aumento de las visitas domiciliarias, así como el incremento en el consumo de materiales utilizados para las curas. Se estima que el tratamiento de una UPP de Estadio I costaría 24 euros y que el de una úlcera Estadio IV 6.802 euros, todos ellos gastos derivados del coste de los apósitos y material (15%), atención del personal sanitario enfermero (19%) y días extras hospitalizado (45%)². Además, cabe mencionar que la aparición de una UPP es “una muestra de negligencia asistencial con importantes implicaciones legales y éticas para los profesionales, así como para las instituciones en las que estos prestan sus servicios”³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la presencia de úlceras por presión es un indicador de la calidad de los cuidados asistenciales ofertados⁴. Actualmente se estima que el 98% de todas ellas se podrían evitar con medidas tan sencillas como cambios posturales, sistemas de protección que disminuyan la presión ejercida sobre los tejidos o la utilización de productos como los ácidos grasos hiperoxigenados⁵.

Pero a pesar de que cada vez se conocen mejor los mecanismos de producción de las UPP, lejos de disminuir el problema, su prevalencia en España ha aumentado en los últimos años. Según el estudio: *Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia* “La prevalencia de UPP en 2013 se mantiene estable entre el 7% y el 8% en hospitales, ha aumentado a un rango del 7,9% al 9,1% entre personas en atención domiciliaria en atención primaria, y aumenta bastante, a un 12,6-14,2%, en centros socio-sanitarios (CSS). La mayoría de las lesiones, un 65%, son de origen nosocomial, originadas durante el ingreso en hospitales o CSS. En cuanto al tipo de lesiones, si bien la mayor parte son debidas a presión, hay porcentajes no desdeñables de lesiones cutáneas asociadas a la humedad y lesiones combinadas presión más humedad”⁶.

Siendo conscientes de la gravedad del problema, en 1994 se fundó una organización interdisciplinar, el Grupo Nacional Para el Estudio y Asesoramiento de las Úlceras por Presión (GNEAUPP), entre cuyos objetivos primordiales se encuentran: dimensionar el problema de las UPP y otras heridas crónicas, colaborar en la génesis, difusión y discusión del conocimiento científico sobre estas heridas y desarrollar guías de práctica clínica aplicable a estas lesiones, basadas en las últimas evidencias científicas⁷.

La creación de este grupo ha sido fundamental para impulsar el desarrollo del conocimiento enfermero en este tipo de lesiones y para apoyar el reconocimiento de la labor que la enfermería viene realizando en este campo. Y es que el rol enfermero en el cuidado de pacientes con este tipo de lesiones abarca no solo el ámbito asistencial, además implica también el docente, el gestor y el investigador. Comprende también acciones relacionadas con la prevención, el tratamiento y la curación, tocando aspectos tan de actualidad como es la prescripción enfermera, una práctica muy arraigada en la enfermería española cuando hablamos del tratamiento de las UPP.

Existen varias definiciones de las UPP:

Según la “Guía de consulta rápida de la GNEAUPP para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión”, estas se definen como una lesión en la piel y/ o en los tejidos subyacentes que se localiza generalmente en una prominencia ósea como resultado de la presión o fricción en combinación con la cizalla⁸.

La “Guía de práctica clínica de enfermería: prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas” las cataloga como: cualquier lesión de origen isquémico provocada por la presión, la fricción, la cizalla o la combinación de las mismas sobre un plano o prominencia ósea, que da lugar a un bloqueo sanguíneo en el tejido subyacente, y como consecuencia de la isquemia se produce una degeneración rápida de los tejidos⁹.

Por otro lado, el siguiente estudio sobre “Úlcera por presión: incidencia y factores demográficos, clínicos y nutricionales asociados en pacientes de una unidad de cuidados intensivos” habla de una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente generalmente sobre una prominencia ósea causada por la presión y/o cizallamiento, aunque reconoce que la aparición de éstas, se relacionada con múltiples factores¹⁰.

Todas las definiciones encontradas coinciden en citar varios mecanismos de producción. Además de la presión, se hace referencia a otras fuerzas mecánicas externas, como la fricción y la cizalla y a otros factores externos favorecedores como es la humedad.

La presión es una fuerza que actúa perpendicularmente a la piel, como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, el primero, las prominencias óseas del propio cuerpo, y el segundo los objetos externos al paciente, como la cama o la silla sobre los que reposa¹¹. En 1958, Kosiak comprobó que una presión externa de solo 70 mm Hg mantenida durante 2 horas produce la necrosis de cualquier tejido¹². El intervalo en el que oscilan las presiones de los capilares sanguíneos es 16-33 mm Hg.

Si se ejerce una presión por encima de 33 mm Hg se producirá un colapso capilar, que causará isquemia local con vasodilatación y extravasación de líquidos fuera de los tejidos que se manifestará con un eritema cutáneo. Si la presión no cesa antes de 30 minutos y se restablece la perfusión, aparecerán alteraciones degenerativas que desembocarán en necrosis y ulceración¹¹.

La fricción es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel. Se produce cuando las dos superficies paralelas rozan entre sí, dañando la unión dermo-epidérmica. Es muy común originar este tipo de daño al paciente durante las movilizaciones o simplemente con el roce de las sábanas.

El cizallamiento (Fuerza externa de pinzamiento vascular). Combina los efectos de presión y fricción, produciendo una isquemia del músculo mucho más rápida que cada una de las fuerzas, de fricción o presión por separado.

La humedad. La exposición mantenida en el tiempo de la piel o mucosas a la humedad provoca su maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel tras la higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel disminuyendo su resistencia, y la hacen más susceptible a la erosión y ulceración. Un control ineficaz de la humedad aumenta el riesgo de infección.

Pero en la génesis de las UPP no intervienen únicamente las fuerzas mecánicas extrínsecas que hemos citado anteriormente, sino que es un problema mucho más complejo ya que la resistencia de los tejidos a estas fuerzas puede verse alterada además por varias causas. La siguiente tabla recoge los principales factores de riesgo que disminuyen la tolerancia de los tejidos a las fuerzas mecánicas. Se establecen dos grupos de factores predisponentes, los factores intrínsecos y extrínsecos¹³. (Ver Tabla 1)

Tabla 1 - Factores Intrínsecos y Extrínsecos

Factores Intrínsecos	Factores Extrínsecos
Condición física: Inmovilidad	Humedad
Alteraciones respiratorias/circulatorias	Perfumes, agentes de limpieza...
Diabetes	Estancia
Insuficiencia vasomotora TA baja Insuficiencia cardiaca Vasoconstricción Periférica Alteraciones endoteliales Anemia	Superficie de apoyo
Septicemia	Técnicas manuales sobre la piel
Medicación	Sondaje: vesical, nasogástrico.
Edad	Fijaciones, férulas
Malnutrición/Deshidratación	
Factores psicológicos	

Fuente: Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión.

Con el objetivo de ordenar, pero al mismo tiempo de clarificar, guiar y conducir procedimientos que busquen la mejora de intervenciones preventivas y/o terapéuticas, el “National Pressure Ulcer Advisory Panel”, junto con otras entidades, propuso en su documento técnico de 2014 “Prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida”, la clasificación de estas lesiones en función de los tejidos afectados¹⁴. ANEXO 1

Aunque dentro de esta clasificación podemos enmarcar a la mayoría de las lesiones, no es infrecuente encontrar heridas que no podemos clasificar a primera vista, por este motivo se establecieron dos categorías más:¹⁴

- No estadiable: Profundidad desconocida – El lecho de la herida está completamente cubierta por esfacelos y/o tejido necrótico. Hasta que no se retira este material no se puede determinar el alcance de la lesión, y por tanto asignar una categoría/estadio.

- Sospecha de lesión tejidos profundos: profundidad desconocida - Área localizada de color púrpura o marrón de piel decolorada o ampolla llena de sangre. La lesión puede ir precedida por un tejido que es doloroso, firme o blando, más caliente o más frío en comparación con los tejidos adyacentes.

Como ya se ha comentado anteriormente, cuando una lesión ya está instaurada se genera un alto coste, para el paciente y la familia, así como en el gasto en recursos materiales, tiempo de los profesionales, etc. Además, el hecho de que los pacientes ingresados desarrollen UPP trasmite una mala imagen de las instituciones y sus profesionales. Por todo lo expuesto, parece razonable que la prevención constituya el elemento más efectivo para atajar este grave problema.

Para una prevención eficaz debemos en primer lugar identificar a los pacientes que tengan más predisposición de sufrir una UPP. Actualmente se utilizan escalas de valoración de riesgo de desarrollar UPP. Son herramientas de cribado que, mediante la asignación de una puntuación, nos ofrecen datos objetivos para identificar los pacientes más susceptibles, y adecuar así el plan de cuidados. Las más usadas son: Norton, Braden, Arnell, Nova 5, Emina y Waterlow, siendo las más conocidas las 2 primeras^{15, 16}. ANEXO 2 y 3

De todos modos, los resultados obtenidos por estas escalas no deben usarse de manera aislada, siempre debemos utilizar nuestro criterio y juicio clínico. Está dentro de nuestra responsabilidad profesional, reevaluar periódicamente al paciente, siempre que se produzca un cambio en su estado de salud.

Una vez que hayamos determinado el riesgo, deberemos realizar los cuidados específicos para minimizarlo. Cuidaremos la piel y las zonas más proclives a su aparición con medidas muy simples, como el uso de jabón de pH neutro, una higiene adecuada y posterior secado, el uso de cremas hidratantes, aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados, etc. Aliviaremos la presión sobre las zonas más sensibles y garantizaremos una ingesta equilibrada tanto en composición como en contenido calórico¹⁷.

Las enfermeras tenemos una importante labor preventiva, poniendo todos los medios a nuestro alcance para evitar que estas heridas aparezcan. Sin embargo, no en todos los casos se logra. Una valoración integral exhaustiva, nos permite detectar los problemas, necesidades y determinar las capacidades en las diferentes esferas del ser humano, siendo imprescindible para elaborar un plan de cuidados con los objetivos que se establezcan como prioritarios en cada caso. Una vez realizada la valoración inicial, se procederá a la valoración local de la herida poniendo atención en los siguientes puntos¹⁸:

- **Ubicación** de la lesión.
- **Dimensiones** de la úlcera (se expresará en centímetros la longitud y la anchura).
- **Categorización**, según el sistema de clasificación antes descrito.
- **Tipo de tejido existente en el lecho**: granulación, esfacelado y/o necrótico seco (duro) o necrótico húmedo (blando).
- Identificar el **nivel de carga bacteriana**. Herida contaminada, colonizada o infectada¹⁹.
- **Cantidad y características del exudado** ya que condicionará la elección del apósito y la frecuencia de las curas.
- **Estado de la piel perilesional**. Valoración de los bordes de la herida. La escala FEDPALLA nos aporta información para determinar las condiciones de la piel perilesional y su posible epitelización²⁰. ANEXO 4
- **Presencia de dolor** en la lesión durante las curas.
- **Antigüedad** de la lesión.

Las heridas son un problema de salud estrechamente vinculado a la práctica enfermera. La manera de curar ha evolucionado mucho. Antiguamente las heridas se lavaban y frotaban hasta que sangraban, se secaban con productos antisépticos, se cauterizaban o se usaba barro, lejía u otros más productos²¹. Esto hoy en día es impensable. Los tratamientos han evolucionado mucho desde que Odland observó que la herida bajo una ampolla epitelizaba antes que si la ampolla se rompía. Desde entonces la investigación sobre las heridas ha sufrido un desarrollo espectacular.

Diversos estudios han demostrado el efecto beneficioso de la cura en ambiente húmedo sobre la cicatrización de las heridas. Por esta razón el enfoque terapéutico ha cambiado y se han desarrollado numerosos productos como son los poliuretanos, hidrogeles, hidrocoloides, alginatos, espumas poliméricas, y siliconas, con y sin plata²².

La base teórica sobre la que se sustenta la cura húmeda es que la cicatrización se acelera en un ambiente de humedad y temperatura, 37°C. Además, los apósitos utilizados en la cura húmeda protegen la zona de agentes externos potencialmente contaminantes, reduciendo significativamente el riesgo de infección. Pero no todos los beneficios son locales, sino que también mejora la calidad de vida del paciente, disminuye el dolor, evita la manipulación diaria y otorga al paciente mayor autonomía. También reporta un beneficio económico, ya que, si bien es cierto que los materiales utilizados son mucho más caros que los usados en la cura tradicional, analizando las otras variables, tales como, menor tiempo necesario para curar la úlcera, menor número de curas y menor tiempo total empleado, la sumatoria nos revela un importante ahorro económico²³. Los profesionales enfermeros como gestores de recursos debemos hacer un uso racional de los mismos. Disponemos de una infinita variedad de productos que debemos seleccionar de acuerdo a criterios profesionales²⁴.

Para un tratamiento adecuado en el cuidado de las úlceras y heridas es fundamental estar actualizados en el conocimiento científico teórico y práctico. Son necesarias bases teóricas sólidas que nos ayuden a disminuir la variabilidad en las curas. Se deben desterrar frases comúnmente oídas en la profesión como "... a mí me gusta...", "a mí me fue bien...". En el plano práctico, la atención del paciente con UPP debe ser integral abordando todos los aspectos del paciente (valoración integral, detallada y continua), y de su familia (carga emocional, implicación en los cuidados) y la coordinación sanitaria (interdisciplinar y con otros niveles sanitarios)²⁵.

➤ **Justificación.**

Como hemos visto, el fenómeno de las úlceras por presión es un evento adverso muy frecuente, en todos los ámbitos donde los enfermeros desarrollamos nuestra profesión y en donde, además, se forman los estudiantes y nuevos profesionales. Por este motivo, se considera importante ahondar en los cuidados para estos pacientes y sus familias. Realizar un plan de cuidados con el cuál abordar los problemas de un paciente pluripatológico ingresado en el Hospital San Telmo y exponer los beneficios obtenidos al utilizar una buena práctica enfermera basada en el conocimiento científico.

3. Objetivos.

Objetivo general: Elaborar un plan de cuidados personalizado para el paciente, que nos permita mejorar el estado inicial del mismo.

Objetivos específicos:

- Detallar cada cura realizada al paciente desde el momento del ingreso hasta el momento del alta hospitalaria.
- Cuantificar el gasto total de cada úlcera y compararlo con estudios ya establecidos.
- Evaluar el resultado final comparándolo con la situación inicial.

3. Metodología.

El diseño empleado es el de un caso clínico elaborado durante el “Prácticum II” en la unidad de “Medicina Interna y Paliativos del Hospital San Telmo, Palencia”. La paciente presentaba varias lesiones relacionadas con la dependencia. El seguimiento se realizó en el periodo en el que estuvo ingresada, del 11 al 27 de mayo de 2018.

Para la elaboración del caso clínico, se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos (Google académico, Scielo, Dialnet y UVaDoc), en revistas (Gerokomos) y en diferentes portales de divulgación científica expertos en la materia (GNEAUPP, CUC). Los criterios de inclusión fueron artículos científicos gratuitos en español o inglés de no más de 10 años desde la fecha actual (2019). Las palabras clave utilizadas fueron: Úlcera por presión, plan de cuidados, cura húmeda, NANDA. Se obtuvieron un total de 26 artículos a partir de los cuales se fundamenta el caso clínico.

La valoración y cuidado del paciente, así como los objetivos marcados y las intervenciones realizadas por parte del personal de enfermería se registrarán según las normas de la taxonomía “NANDA-NOC-NIC” junto con una valoración por Dominios, con el fin de identificar adecuadamente los problemas y necesidades y llevar un orden a lo largo de todo el proceso clínico.

Al final de la estancia en el hospital se valorarán la consecución de objetivos y se cuantificará en la medida de lo posible la mejoría.

En relación al apartado ético, cabe mencionar que no se ofrecerá ningún dato relacionado con la paciente. Así mismo, se hace constar su libre participación como así se refleja en el consentimiento firmado por su representante legal.
ANEXO 5.

Asimismo, se seguirá un esquema muy simple con el fin de una ordenada valoración y plan de cuidados.

- Valoración global del paciente.
 - Valoración inicial por Dominios de la NANDA.
 - Valoración local de las lesiones.

- Plan de Cuidados. (Fase diagnóstica, fase de planificación, fase de ejecución y fase de evaluación).
 - Fase diagnóstica.
 - Diagnósticos enfermeros por dominios.
 - Fase de planificación.
 - NOC/NIC/Actividades e intervenciones según diagnósticos.
 - Fase de ejecución.
 - Diario de curas de cada UPP.
 - Fase de evaluación.
 - Evaluación del plan de cuidados y resultados obtenidos para cada diagnóstico.

➤ **Descripción del caso clínico.**

Paciente de 92 años de edad, viuda, vive en casa de su hija (cuidadora principal) en un pueblo a 30km de Palencia. Ingresa en la unidad procedente del servicio de urgencias del “Hospital Río Carrión, Palencia”.

Motivo de ingreso. Deterioro del estado general y fiebre.

Antecedentes personales. Sin alergias medicamentosas conocidas. HTA. Demencia tipo Alzheimer diagnosticada hace 8 años, con deterioro cognitivo moderado. Artrosis. Incontinencia urinaria y fecal. Dependiente total.

Diagnósticos activos. UPP sacro, Deterioro cognitivo, Bacteriemia Secundaria.

Tratamiento actual. Enalapril 20-HCTZ 12.5mg (½-0-0), Paracetamol 1g (1-1-1), Exelon 3mg (1.0.1).

Antecedentes familiares. Padre: fallecido a los 65 por IAM. Madre: no consta. Hermanos: 2 hermanos varones, uno fallecido por Cáncer de pulmón a los 72 años

➤ **Valoración global del paciente.**

Valoración inicial por dominios de la NANDA.

1.- PROMOCIÓN DE LA SALUD. El paciente no toma consciencia de su enfermedad. No hábitos tóxicos. Cumple el régimen terapéutico prescrito gracias a su cuidador principal. Hábitos higiénicos adecuados. Presenta un déficit en la gestión del autocuidado. Tratamiento farmacológico: Enalapril 20-HCTZ 12.5mg (½-0-0). Paracetamol 1g (1-1-1), Exelon 3mg (1.0.1)

2.- NUTRICIÓN. Normoconstituida. Índice de masa corporal: 23,8. Presenta disminución del apetito desde hace aproximadamente un mes. No náuseas ni vómitos. Ingesta de líquidos de 1 litro al día aproximadamente. Presenta disfagia para líquidos por lo que los toma espesados. Ligera deshidratación cutáneo mucosa. Boca con piezas dentarias propias, séptica, xerostomía. Masticación ineficaz. Es necesaria de ayuda total para realizar la actividad. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. Presencia de ruidos hidroaéreos normales.

3.- ELIMINACIÓN. Incontinencia urinaria y fecal. Portadora de sonda vesical de silicona, nº16. Cambiada hace 12 días.

Deposición cada 48-72 horas. Heces duras y secas. Defecación dificultosa. Escala de Bristol – Tipo 2. Estreñimiento. ANEXO 6.
Dependencia total.

4.- ACTIVIDAD/REPOSO. Sueño estable, sin incidencias en conciliación ni mantenimiento, con presencia de hipersomnia diurna. Paciente encamada desde el último episodio de ingreso (hace 4 meses aprox.). Precisa ayuda de un cuidador para realizar todas las ABVD. Barthel: 10. ANEXO 7. Dificultades máximas para movilización. Presenta limitación de amplitud de movimientos. Reducción de fuerza muscular en extremidades superiores e inferiores. Función cardiaca conservada. T/A: 104/65 mm Hg. Frecuencia cardiaca aumentada: 106 lpm. No edemas periféricos. Función respiratoria con murmullo mantenido, no roncus ni sibilancias. No presenta disnea de reposo. Sat O2 basal: 90%.

5.- PERCEPCIÓN/COGNICIÓN. Déficit cognitivo moderado. MEC lobo – Puntuación 18. Déficit mnésico lacunar. Lenguaje conservado en ejecución y comprensión. Parcial orientación en tiempo y espacio, orientación en persona conservada. Dificultad para mantener la atención. Glasgow: 14. ANEXO 8. Opacificación de cristalinos bilateral. Refiere disminución de la agudeza visual. Función auditiva valorada sin alteraciones.

6.- AUTO- PERCEPCIÓN. Tiene un buen concepto de sí misma. Valora los logros que ha conseguido a lo largo de su vida, pero actualmente presenta baja autoestima. Refleja una pasividad relativa y también que siente que algo se escapa a su control.

7.- ROL/RELACIONES. Paciente viuda, que vive con su hija que es la cuidadora principal. Patrón funcional familiar normal. No existen conflictos en el núcleo familiar. Informes verbales de la hija que expresa cansancio, ansiedad e insomnio. Se encuentra insegura porque no sabe si está cuidando bien a su madre. Además, refiere haber engordado 3kg en el último mes. Escala de Zarit – Puntuación 57. Sobrecarga intensa. ANEXO 9.

8.- SEXUALIDAD. Menopausia a los 53 años. No sangrados postmenopáusicos. Dominio valorado sin alteraciones.

9.- AFRONTAMIENTO/ TOLETANCIA AL ESTRÉS. Dominio valorado sin alteraciones.

10.- PRINCIPIOS VITALES. Manifiesta que cree en Dios. Todas las semanas recibe la visita del cura de su pueblo. Manifiesta planes de futuro poco realistas.

11.- SEGURIDAD/PROTECCIÓN. Hipertermia: T^a: 38,6°C. Sequedad cutáneo mucosa. Enfermedades crónicas controladas, sin embargo, a causa de la infección de sus úlceras se ha producido un desequilibrio en el estado general. No presenta ninguna fractura ni alergias. Estado de la piel, alterado. Escala de Braden – Puntuación 12. Presenta tres lesiones en región sacrococcígea que afectan a diferentes estructuras. Valoración local de las lesiones. (Ver Tabla 2).

12.- CONFORT. Presenta síndrome doloroso referido a región sacrococcígea que incrementa con la manipulación, con el apoyo y la movilización activa y pasiva. En extremidades inferiores, síndrome doloroso desencadenado por mínima movilización en elevación, afectando hasta región glútea. Dolor de intensidad aguda en las zonas de las úlceras.

EVA basal: 4 EVA incidental (en las curas): 9. ANEXO 10.

13.- CRECIMIENTO/DESARROLLO. Dificultad para el desarrollo relacionado con el diagnóstico de Alzheimer.

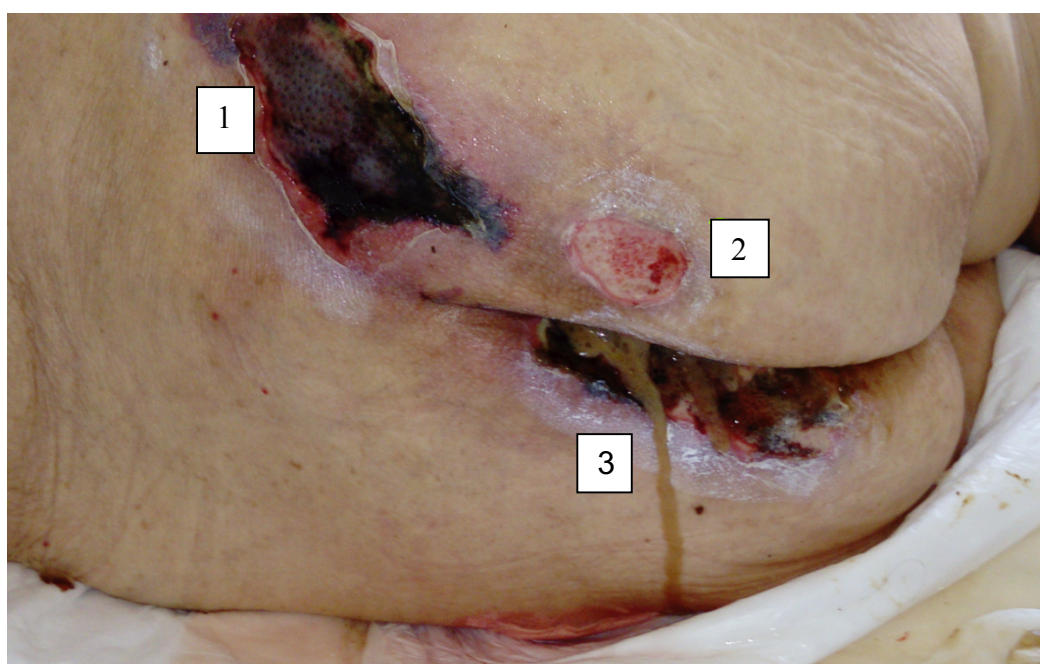
Valoración local de las lesiones.

Tabla 2 – Valoración local de las heridas.

	UPP 1	UPP 2	UPP 3
Ubicación	Sacra	Satélite-Sacra	Interglútea
Dimensión	12x9x3 cm	4x4x1 cm	18x7x3 cm
Categoría	IV	III	IV
Tejido del lecho	Necrótico blando /Esfacelos	Granulación + sospecha de biofilm	Necrótico blando /Esfacelos
Nivel de carga bacteriana	Infectada	Colonización crítica	Infectada
Exudado	Amarillo/Marrón - Abundante	Rojo/Rosado – Moderado	Amarillo/Marrón - Abundante
Piel perilesional	Necrosada	Bordes lisos	Necrosada
Dolor	Si	No	Si
Antigüedad	3 meses	10 días	3 meses

Fuente: Elaboración propia.

Imagen 1 - Imagen de todas las UPP al ingreso



➤ Plan de cuidados

Fase diagnóstica.

DOMINIO 1

Clase 2: gestión de la salud.

[00078] Gestión ineficaz de la salud r/c decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud y una percepción de susceptibilidad.

Clase 2: gestión de la salud.

[00257] Síndrome de fragilidad del anciano r/c déficit de autocuidados, desequilibrio nutricional y alteraciones en las funciones cognitivas.

DOMINIO 2

Clase 3: ingestión.

[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (CDR).

Clase 7: hidratación.

[00027] Déficit de volumen de líquidos r/c sequedad en la piel, aumento de la concentración de la orina y aumento de la temperatura corporal.

Clase 8: función urinaria.

[00016] Deterioro de la eliminación urinaria r/c inserción permanente de sonda vesical.

DOMINIO 3

Clase 9: función gastrointestinal. [00011] Estreñimiento r/c Ingesta de líquidos insuficiente y cambio en los hábitos alimentarios.

DOMINIO 4 Clase 13: actividad/reposo. [00085] Deterioro de la movilidad física r/c la disminución de la capacidad de movimientos, alteración de la función cognitiva y debilidad muscular.

DOMINIO 5 Clase 19: cognición.
[00128] Confusión aguda r/c alteración de la función.

DOMINIO 7 Clase 24: roles del cuidador. [00062] Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c la falta de experiencia con los cuidados, factores estresantes y tiempo de descanso insuficiente manifestado por el cuidador quien dice: "Llevo una vida muy ajetreada y no tengo tiempo para todo".

DOMINIO 11 Clase 36: infección. [00004] Riesgo de infección debido a malnutrición y alteraciones de la integridad de la piel.

Clase 37: lesión cutánea. [00046] Deterioro de la integridad cutánea r/c nutrición inadecuada y presión sobre prominencia ósea.

Clase 37: lesión cutánea. [00249] Riesgo de úlcera por presión a deshidratación, disminución de la movilidad y presión sobre prominencia ósea

Clase 41: termorregulación. [00007] Hipertermia r/c sepsis y deshidratación manifestada por piel caliente al tacto e irritabilidad

DOMINIO 12 Clase 42: confort físico. [00132] Dolor agudo r/c conducta expresiva y posturas para evitar el dolor

Fase de planificación.

Debido a la complejidad en el caso clínico realizaremos la planificación en relación a tres diagnósticos de enfermería de máxima prioridad en el caso que nos ocupa:

- [00062] Riesgo de cansancio del rol de cuidador
- [00046] Deterioro de la integridad cutánea
- [00132] Dolor agudo

[00062] Riesgo de cansancio del rol de cuidador.

NOC

NOC. Dominio 6: Salud familiar.

Clase W: Ejecución del cuidador familiar.

[2210] Resistencia del papel del cuidador.

[221002] Dominio de las actividades de cuidados directos.

Pasará de un nivel 2 (Ligeramente adecuado) a un nivel 4 (Sustancialmente adecuado) en 1 mes.

[221003] Dominio de las actividades de cuidados indirectos.

Pasará de un nivel 2 (Ligeramente adecuado) a un nivel 4 (Sustancialmente adecuado) en 1 mes.

[221004] Servicios necesarios para ayudar en los cuidados.

Pasará de un nivel 2 (Ligeramente adecuado) a un nivel 4 (Sustancialmente adecuado) en 1 mes.

[221009] Oportunidades del cuidador familiar para actividades de ocio.

Pasará de un nivel 3 (Moderadamente adecuado) a un nivel 5 (Completamente adecuado) en 1 mes.

NIC

NIC. Campo 5: Familia.

Clase X: Cuidados durante la vida

[7040] Apoyo al cuidador principal.

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias de éste.
- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

[00046] Deterioro de la integridad cutánea.

NOC

NOC. Dominio 2: Salud fisiológica.

Clase L: Integridad tisular.

[1103] Curación de la herida: por segunda intención.

[110301] Granulación.

Pasará de un nivel 1 (Ninguno) a un nivel 4 (Sustancial) en 1 mes.

[110303] Secreción purulenta.

Pasará de un nivel 1 (Extenso) a un nivel 5 (Ninguno) en 1 mes.

[110312] Necrosis.

Pasará de un nivel 1 (Extenso) a un nivel 5 (Moderado) en 1 mes.

[110317] Olor de la herida.

Pasará de un nivel 1 (Extenso) a un nivel 5 (Ninguno) en 1 mes.

NIC

NIC. Campo 2: Fisiológico complejo

Clase L: Control de la piel/heridas.

[3520] Cuidados de las úlceras por presión.

- Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.
- 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.
- Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda.
- Aplicar pomadas, según corresponda.
- Asegurar una ingesta dietética adecuada.
- Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.

NOC

NOC. Dominio 2: Salud fisiológica.

Clase L: Integridad tisular.

[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

[110104] Hidratación.

Pasará de un nivel 2 (Sustancialmente comprometido) a un nivel 4 (Levemente comprometido) en 1 mes.

[110113] Integridad de la piel.

Pasará de un nivel 2 (Sustancialmente comprometido) a un nivel 4 (Levemente comprometido) en 1 mes

[110115] Lesiones cutáneas.

Pasará de un nivel 1 (Grave) a un nivel 4 (Leve) en 1 mes.

NIC

NIC. Campo 2: Fisiológico complejo.

Clase L: Control de la piel/heridas.

[3590] Vigilancia de la piel.

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
- Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Observar si hay zonas de presión y fricción.

NOC

NOC. Dominio 1: Salud funcional.

Clase C: Movilidad.

[0204] Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

[20401] Úlceras por presión.

Pasará de un nivel 1 (Grave) a un nivel 4 (Leve) en 1 mes.

[20402] Estreñimiento.

Pasará de un nivel 2 (Sustancial) a un nivel 4 (Leve) en 1 mes.

[20404] Estado nutricional.

Pasará de un nivel 2 (Sustancialmente comprometido) a un nivel 4 (Levemente comprometido) en 1 mes.

[20411] Fuerza muscular.

Pasará de un nivel 2 (Sustancialmente comprometido) a un nivel 4 (Levemente comprometido) en 1 mes.

NIC

NIC. Campo 1: Fisiológico básico.

Clase C: Control de la inmovilidad.

[0740] Cuidados del paciente encamado.

- Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.
- Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente.
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico.
- Vigilar el estado de la piel.
- Realizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y/o activos.

[00132] Dolor agudo.

NOC

NOC. Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud.

Clase Q: Conducta de salud.

[1605] Control del dolor.

[160501] Reconoce factores causales.

Pasará de un nivel 3 (A veces demostrado) a un nivel 5 (Siempre demostrado).

[160505] Utiliza los analgésicos de forma apropiada.

Pasará de un nivel 3 (A veces demostrado) a un nivel 5 (Siempre demostrado).

[160511] Refiere dolor controlado.

Pasará de un nivel 2 (Raramente demostrado) a un nivel 5 (Siempre demostrado).

NIC

NIC. Campo 1: Fisiológico básico.

Clase E: Fomento de la comodidad física.

[1400] Manejo del dolor.

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor
- Medicar antes de una actividad para aumentar la participación, aunque valorando el peligro de la sedación.

Fase ejecución.

Una vez identificadas las intervenciones, se realizaron las actividades anteriormente indicadas para cada diagnóstico. Se puso en marcha un trabajo interdisciplinar entre los diferentes profesionales sanitarios y se realizaron conjuntamente.

Para la paliación del dolor durante las curas, se comunicó al médico la necesidad de pautar algún analgésico potente antes de su realización.

Se realizan las acciones oportunas para dotar a la cuidadora principal de las herramientas necesarias para la atención de la paciente en su domicilio.

En cuanto al proceso de las UPP en la región sacrococcígea, las acciones realizadas se detallan en el “Diario de curas”. ANEXO 11.

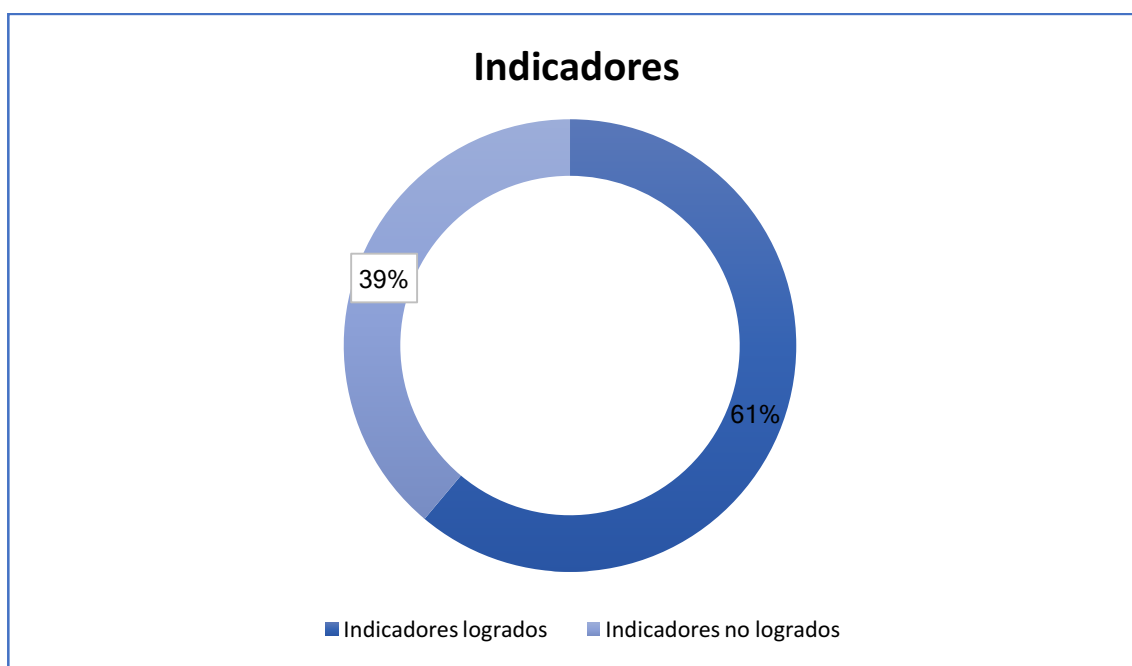
5. Resultados.

Fase de evaluación.

A continuación, se muestran gráficamente los resultados obtenidos después de la aplicación de las intervenciones seleccionadas.

La recogida de los datos fue obtenida a 16 días del ingreso, justo al momento del alta hospitalaria del paciente. De los 18 indicadores planteados en el total de los objetivos, se han conseguidos el 61%, el 39% se mantiene en un nivel inferior al esperado.

Gráfico 1 - Resumen Total de los indicadores obtenidos.



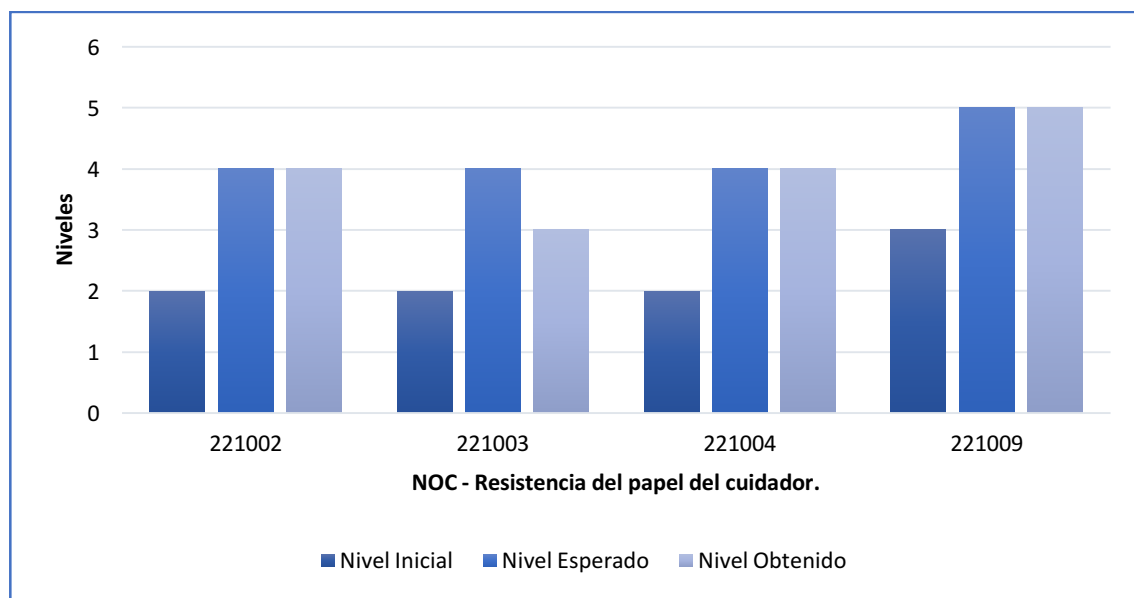
Fuente: Elaboración propia.

Pese a que no todos los indicadores se han alcanzado al 100%, todos han mejorado de manera significativa con respecto al estado inicial. Solo un objetivo se logra íntegramente [1103] Curación de la herida: por segunda intención), en los demás se consiguen niveles más que aceptables de mejora, teniendo en cuenta el escaso tiempo de hospitalización.

[00062] Riesgo de cansancio del rol de cuidador.

TABLA 1: Resultados del primer diagnóstico.			
NOC: Resistencia del papel del cuidador.	Nivel inicial	Nivel Esperado	Nivel Obtenido
[221002] Dominio de las actividades de cuidados directos.	2	4	4
[221003] Dominio de las actividades de cuidados indirectos.	2	4	3
[221004] Servicios necesarios para ayudar en los cuidados.	2	4	4
[221009] Oportunidades del cuidador familiar para actividades de ocio.	3	5	5

Gráfico 2 - Resultados del NOC: Resistencia del papel del cuidador.

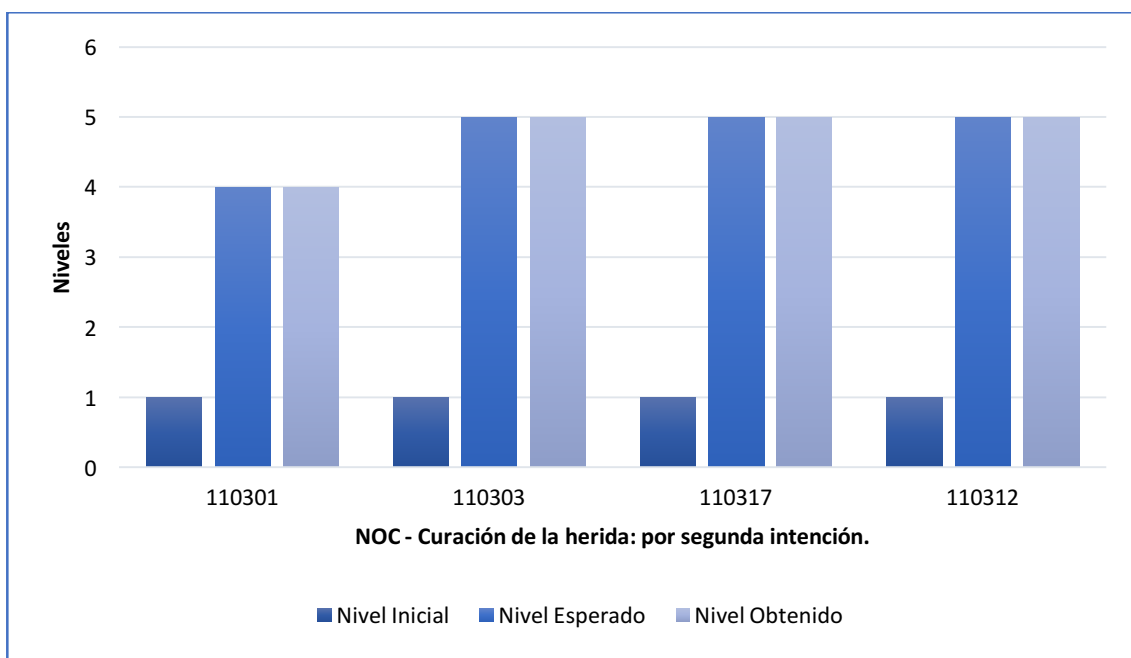


Fuente: Elaboración Propia.

[00046] Deterioro de la integridad cutánea.

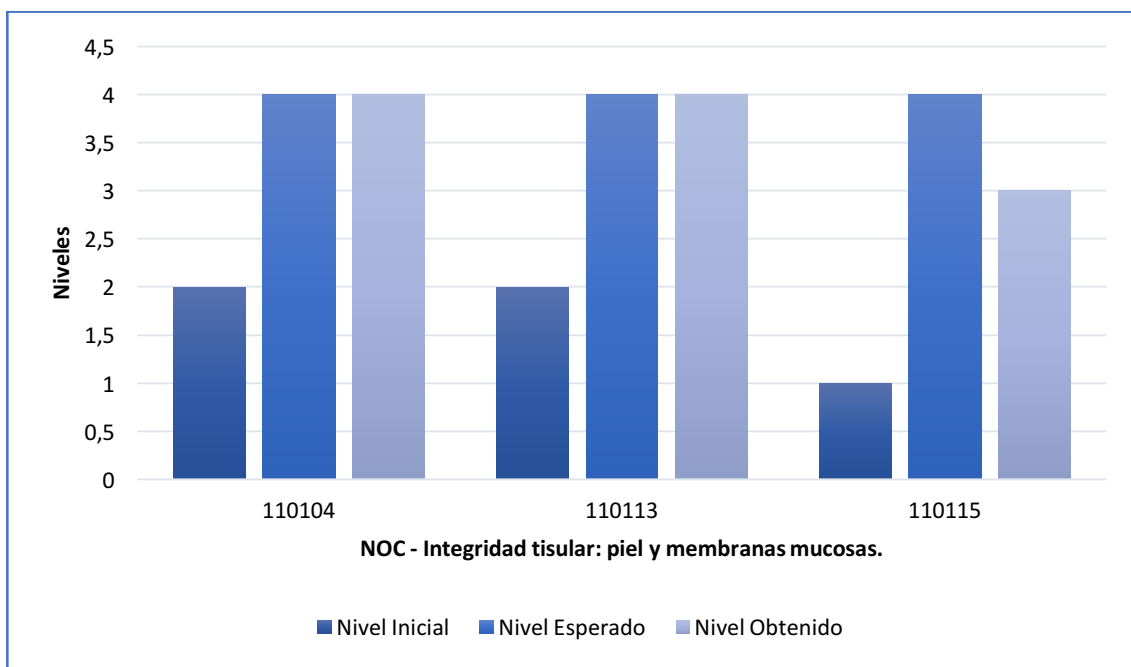
TABLA 2: Resultados del segundo diagnóstico.			
NOC: [1103] Curación de la herida: por segunda intención.	Nivel Inicial	Nivel Esperado	Nivel Obtenido
[110301] Granulación	1	4	4
[110303] Secreción purulenta.	1	5	5
[110317] Olor de la herida.	1	5	5
[110312] Necrosis	1	5	5
NOC: [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	Nivel Inicial	Nivel Esperado	Nivel Obtenido
[110104] Hidratación.	2	4	4
[110113] Integridad de la piel.	2	4	4
[110115] Lesiones cutáneas.	1	4	3
NOC: [0204] Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.	Nivel Inicial	Nivel Esperado	Nivel Obtenido
[20401] Úlceras por presión.	1	4	3
[20402] Estreñimiento.	2	4	3
[20404] Estado nutricional.	2	4	4
[20411] Fuerza muscular.	2	4	3

Gráfico 3 - Resultados del NOC: Curación de la herida: por segunda intención.



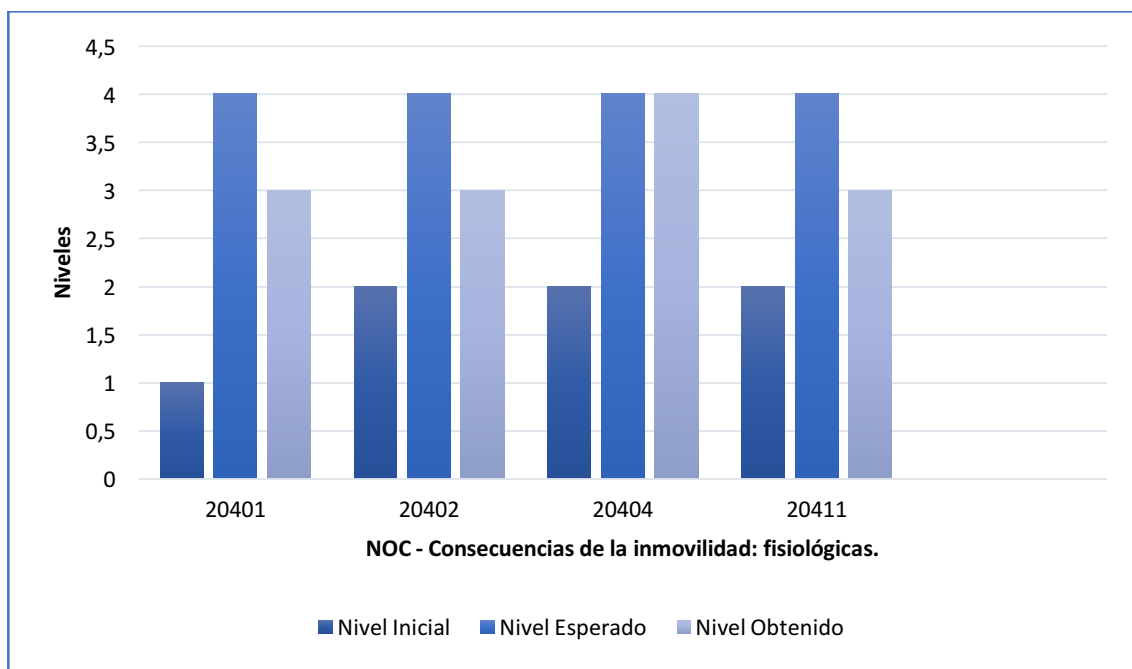
Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico 4 – Resultados del NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas.



Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico 5 - Resultados del NOC: Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

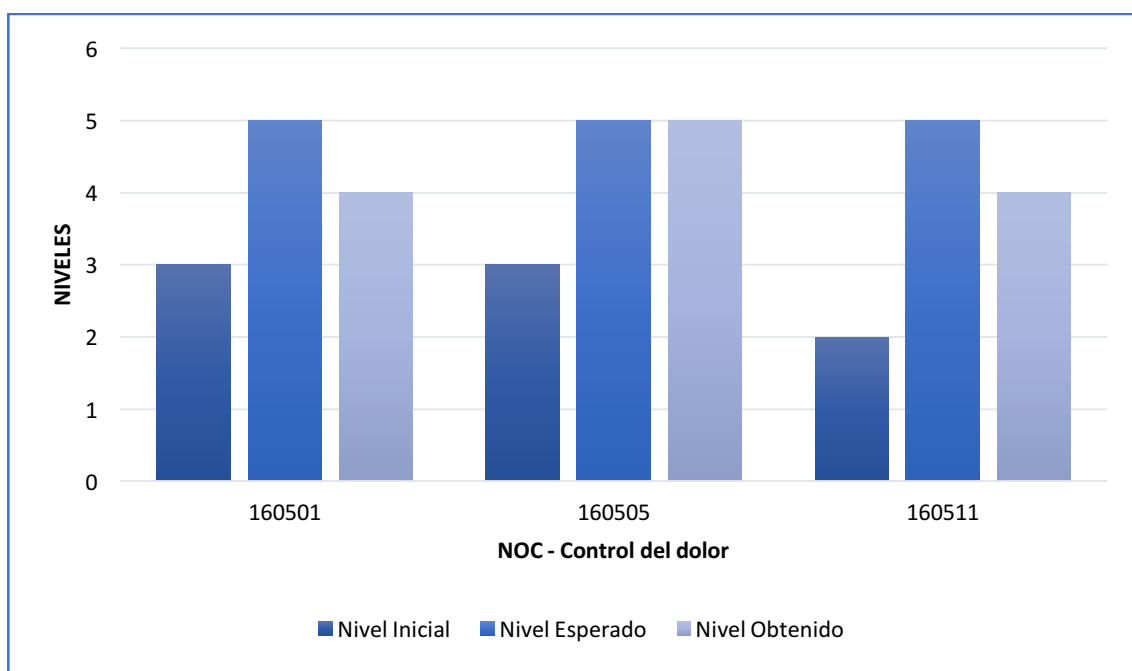


Fuente: Elaboración Propia.

[00132] Dolor agudo.

TABLA 3: Resultados del tercer diagnóstico			
NOC: [1605] Control del dolor.	Nivel Inicial	Nivel Esperado	Nivel Obtenido
[160501] Reconoce factores causales.	3	5	4
[160505] Utiliza los analgésicos de forma apropiada.	3	5	5
[160511] Refiere dolor controlado.	2	5	4

Gráfico 6 - Resultados del NOC: Control del dolor.



Fuente: Elaboración Propia.

6. Discusión.

A lo largo de todo el caso hemos marcado objetivos bien delimitados, priorizando los diagnósticos. Esta es la primera dificultad que se nos presenta. La paciente tiene pluripatología crónica, con una enfermedad degenerativa que progresa provocando múltiples e intensos síntomas cambiantes. En concreto, en el caso que nos ocupa, se encontraron diez dominios alterados de los trece de la NANDA, con 14 diagnósticos activos. Una de las competencias de la profesión enfermera es precisamente la capacidad para priorizar en la resolución de problemas que resulten más importantes, porque afecten a la supervivencia de la paciente, o a su salud psicológica y del núcleo socio-familiar. Por tanto, centramos el desarrollo del trabajo en tres diagnósticos.

El primero, “[00062] Riesgo de cansancio del rol de cuidador”. Se detectó una gran sobrecarga en el cuidador, con una puntuación de 57 en la escala Zarit. La paciente no podría regresar a su domicilio con las condiciones que reunía la hija (cuidadora principal) el día de la valoración inicial. Para trabajar en la consecución de los objetivos de este diagnóstico se necesitaba tiempo, por lo que se pusieron en marcha las intervenciones seleccionadas desde el segundo día de ingreso. Así se consiguieron tres de los cuatro indicadores (221002, 221004, 221009) y se mejoró el cuarto (221003). En este sentido, se hace fundamental la capacidad de la enfermera de hospitalización de prever y planificar, de “ir un paso por delante” para preparar precozmente el alta del paciente. Solo así se consigue tener preparado al cuidador principal, en tiempo y capacidades, para que pueda abordar eficazmente los cuidados de la paciente en su domicilio. No es infrecuente encontrar familias que rechazan el alta una y otra vez, con diferentes argumentos, y en muchas ocasiones lo que subyace es esto, el miedo a no saber actuar, a no estar preparados para atender a la paciente en casa. Creemos que este extremo debería ser objeto de estudio por parte de nuestro colectivo.

Por otra parte, también debemos mencionar la importancia de la continuidad asistencial, entre compañeras y entre los niveles asistenciales. La intervención que comienza una enfermera de hospitalización debe ser continuada y/o apoyada y/o reforzada secuencialmente en cada turno. Solo de esta manera conseguiremos los objetivos marcados. Asimismo, ocurre entre niveles asistenciales.

Otro de los diagnósticos priorizado fue “[00132] Dolor agudo”, pues como señala el artículo “Responsabilidad profesional y ética clínica en Úlceras por Presión: ¿Está en peligro la seguridad del paciente?”²⁵, todo profesional sanitario está obligado a actuar de forma proactiva, desde la mejor práctica clínica y evitar los posibles conflictos y problemas derivados de la patología. La paciente presenta dolor de base y dolor incidental relacionado con los cambios posturales y las curas. Este diagnóstico nos genera un problema interdependiente, ya que para lograr su control además de instaurar medidas no farmacológicas, se precisa la prescripción de tratamiento analgésico por parte de personal médico. De los 3 indicadores (160501, 160505, 160511) marcados solo se ha conseguido íntegramente 1 (160505). Sin embargo, aunque solo se haya logrado totalmente 1 de los 3, en los demás se ha conseguido reducir significativamente el nivel de dolor expresado por la paciente durante las curas, pasando de una EVA de 9 a una EVA de 4, lo que se considera una mejoría muy importante. Además, cabe mencionar que el dolor basal ha sido controlado totalmente, pero en el dolor incidental, al estar relacionado con un hecho desencadenante, es muy difícil poder conseguir nivel 0, aun pautando analgesia previa. Es muy probable que también ayudara en la consecución de este objetivo el control de la infección que presentaban las úlceras.

El diagnóstico principal, motivo de la selección de este caso clínico, es el “[00046] Deterioro de la integridad cutánea.”. Una vez analizados los factores causales, se propusieron 3 objetivos: [1103] Curación de la herida: por segunda intención. [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas. [0204] Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

De estos 3 objetivos marcados solo se consiguió al 100% el "1103". Del "1101" se consiguieron todos los indicadores menos el "110115" y en el NOC "0204" solo se consiguió el nivel esperado en el indicador "20404". Como ya dijimos uno de nuestros principales problemas fue el tiempo pues nuestros objetivos no se han podido alcanzar en un periodo tan corto.

Uno de los objetivos secundarios del trabajo era cuantificar el gasto económico de todas las curas realizadas durante el proceso y compararlo con estudios previos. Cabe destacar que en la suma obtenida solo refleja el gasto de material, no incluye ni el tiempo dedicado por los profesionales sanitarios ni los días que se alarga el ingreso en el hospital. Según el estudio "Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España"², establece el coste estimado (mano de obra + materiales + tiempo de la auxiliar) hasta su cicatrización en 832,40€ para heridas de categoría IV de entre 4x4 cm a 8x8 cm y 1.753,90€ para heridas de más de 8x8 cm. El coste de materiales en 16 días para nuestra UPP 1 alcanza los 90,04€ y para la UPP 3 155,33€. Todas estas cantidades se alejan mucho de los 832,40€ y 1.753,90€, sin embargo, en nuestro recuento no se contempla el gasto de mano de obra ni el tiempo de la auxiliar.

Para una UPP categoría II el estudio estima un gasto en ámbito hospitalario hasta su cicatrización de 164,60€ mientras que en nuestro estudio calculamos un gasto de material de 59,02€ (sin mano de obra ni tiempo de auxiliar).

7. Conclusiones.

Es indiscutible la importancia del trabajo enfermero en el cuidado de pacientes con este tipo de lesiones. Mediante la aplicación de un plan de cuidados individualizado a una paciente con UPP, se ha conseguido la evolución favorable mediante la aplicación de unos cuidados seguros y de calidad. Aunque en este caso, no se ha podido conseguir la completa recuperación cutánea y tisular, se han logrado las condiciones idóneas para que sea posible restablecer su integridad, tras un proceso de continuidad de los cuidados que serán prestados en el domicilio de la paciente. Se ha observado, además, que la aplicación de un plan de cuidados adecuado disminuye la variabilidad de la práctica clínica.

Cabe mencionar también la importancia del papel de la enfermería en el apoyo al cuidador principal y al entorno familiar, tanto en educación sanitaria, lo que supone una mejora importante en los cuidados prestados a la persona, como en facilitar un marco de colaboración, de negociación y de coordinación. Todo ello favorece el aprendizaje de estrategias adaptativas eficaces que contribuyen en último término al incremento de la salud familiar.

En referencia al coste para las instituciones debemos reseñar, el ahorro tan importante que se conseguiría a través de una buena prevención.

7. Bibliografía.

1. Rumbo PJ, Arantón AL, Romero MM, García CF, Ramírez PA. Sucesos adversos relacionados con las úlceras por presión ¿un problema evitable? [Internet]. Dialnet.unirioja.es 2016 [Citado 06 mayo 2019.] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4293918>.
2. Soldevilla AJ. Javier, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú SJ, San Miguel L, Mayan SJM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos [Internet]. 2007 [Citado 06 mayo 2019]; 18(4): 43-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400007.
3. Soldevilla AJ. Verdú SJ. Torra I Bou JE. "Impacto social y económico de las úlceras por presión". Enfermería y Úlceras por presión: De la Reflexión sobre la Disciplina a las Evidencias en los Cuidados. [S.I.]: Grupo ICE – Investigación Científica en Enfermería 2008 [Citado 06 mayo 2019].
4. Ramos A, Ribeiro AF. Martín A, Vázquez M, Blanco B, Corrales JM. et al. Prevalencia de úlceras por presión en un centro sociosanitario de media-larga estancia. Gerokomos [Internet]. 2013 Mar [Citado 06 mayo 2019]; 24(1): 36-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100008&lng=es.
5. Rodríguez-Calero MÁ, Miralles XJ. Actualización de la guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de úlceras por presión del Servicio de Salud de las Islas Baleares. [Internet]. 2018 [Citado 06 mayo 2019]; 12(2): EBE2v12n2. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000200010&lng=es. Epub 23-Sep-2018.

6. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú SJ, Soldevilla AJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos [Internet]. 2014 [Citado 06 mayo 2019]; 25(4): 162-170. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2014000400006&lng=es.

7 4. GNEAUPP [Internet]. GNEAUPP. 2019 [Actualizado 2019; citado 06 mayo 2019]. Disponible: <http://gneaupp.info/>

8. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014. Versión española.

9. Sánchez LM, Ávila AC, Bonias LJ, García RL, García RV, Herráiz MA. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas [Internet]. <http://publicaciones.san.gva.es>. 2008 [Citado 6 mayo 2019]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3305-2008.pdf>

10. Costa Ana CO, Pinho CPS, Santos ADA, Nascimento ACS. Úlcera por presión: incidencia y factores demográficos, clínicos y nutricionales asociados en pacientes de una unidad de cuidados intensivos. Nutr. Hosp. [Internet]. 2015 [Citado 06 mayo 2019]; 32(5): 2242-2252. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015001100046&lng=es.

11. Blanco LJ. Definición y clasificación de las úlceras por presión [Internet]. Diposit.ub.edu. [Citado 06 mayo 2019]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/26068/1/545034.pdf>

12. Torra-Bou JE, Verdú SJ, Sarabia LR, Paras BP, Soldevilla ÁJ, López CP et al. Una contribución al conocimiento del contexto histórico de las úlceras por presión. Gerokomos [Internet]. 2017 [Citado 06 mayo 2019]; 28(3): 151-157. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300151&lng=es.

13. García FF, Montalvo CM, García GA, Pancorbo HP, García PF, González JF et al. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión [Internet]. <http://www.juntadeandalucia.es>. [Citado 06 mayo 2019]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/283/pdf/Guiacuidados.pdf>

14. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014. Versión española.

15. García FF, Pancorbo HP, Soldevilla ÁJ, Blasco GC. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión [Internet]. Scielo.isciii.es. [Citado 06 mayo 2019]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n3/136helcos.pdf>

16. Bergaz Lázaro M, López Vallecillo M. detección del riesgo de úlceras por presión a través de escalas validadas: braden frente a Norton. [Internet]. Uvadoc.uva.es. 2017 [Citado 06 mayo 2019]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/23990/1/TFG-H734.pdf>

17. GNEAUPP. Protocolo úlceras por presión [Internet]. Gneaupp.info. 2014 [Citado 06 mayo 2019]. Disponible en: https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/31_pdf.pdf

18. Arantón AL, Beaskoetxea GP, Bermejo MM, Capillas PR, Cerame PS, García CF et al. Guía Práctica Ilustrada Tratamiento de Heridas [Internet]. Centroulcerascronicas.com. 2008 [Citado 06 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.centroulcerascronicas.com/divulgacion/descargas/tratamiento-heridas-guia-practica-ilustrada.pdf>
19. Yuste GD. Tema 7: Infecciones Quirúrgicas. [Internet]. Ucm.es. [Citado 06 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-03-20-07%20Infecciones%20quirurgicas.pdf>
20. Llatas F, Pujalte B, Pla A, Izquierdo A. Escala valoración Fedpalla de la piel perilesional [Internet]. Dialnet. 2019 [Citado 08 mayo 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4625408>
21. Pancorbo-Hidalgo PL. Investigación sobre las heridas. Gerokomos [Internet]. 2016 [Citado 08 mayo 2019]; 27(3): 89-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000300001&lng=es.
22. Navarrete NN. Materiales para cobertura cutánea transitoria de heridas agudas y crónicas [Internet]. Sochiderm.org. 2013 [Citado 08 mayo 2019]. Disponible en: https://www.sochiderm.org/web/revista/29_4/25.pdf
23. Centros multidisciplinares de úlceras crónicas. C.M.U.C. Madrid. Cura húmeda VS. cura seca [Internet]. Centroulcerascronicas.com. 2018 [Citado 08 Mayo 2019]. Disponible en: <https://www.centroulcerascronicas.com/blog/cura-humeda-vs-cura-seca>
24. Perdomo PE, Pérez HP., Flores GOB, Pérez RMF, Volo PG., Montes GE, Bañón MN. Uso racional del material de curas (II). cura en ambiente húmedo. boletín canario de uso racional del medicamento del scs [Internet]. [citado 2019 mayo 08]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/b6167f2d-a09b-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/BOLCAN_URMC_II_2.pdf

25. Rumbo PJM, Bello BV. Responsabilidad profesional y ética clínica en Úlceras por Presión: ¿Está en peligro la seguridad del paciente? Ética de los Cuidados. 2015 jul-dic; 8(16). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n16/et1602.php>

26. Tirado PG, Hueso MC, Cuevas FGM, Montoya JR, Bonill de las NC, Schmidt Río-Del VJ. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. Index Enferm [Internet]. 2011 Junio [citado 4 Mayo 2019]; 20(1-2): 111-115. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100023&lng=es.

8. Anexos.

ANEXO 1 - Categorización de las UPP.

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
Categoría I	Piel intacta con un enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea, el área puede ser dolorosa, suave y más caliente o fría en comparación con los tejidos adyacentes. Puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura.
Categoría II	Pérdida del espesor parcial de la dermis y puede presentarse como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de color rojo- rosado, sin esfacelos o como una flictena intacta o como una flictena abierta/rota llena de suero.
Categoría III	Pérdida completa del tejido. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos. Los esfacelos pueden estar presentes, pero no ocultar la profundidad de la herida. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la misma varía según la localización anatómica.
Categoría IV	Pérdida total del espesor del tejido que puede extenderse al músculo o estructuras de soporte como huesos y tendones pudiendo causar una osteomielitis u osteítis. Los esfacelos pueden estar presentes en varias partes del lecho de la herida. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones y su profundidad puede variar en función de su localización anatómica.

Fuente: Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida.

ANEXO 2 - Escala de NORTON

ESCALA DE NORTON

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4.BUENO	4.ALERTA	4.CAMINANDO	4.TOTAL	4.NINGUNA
3.DEBIL	3.APÁTICO	3 CON AYUDA	3.DISMINUIDA	3.OCASIONAL
2.MALO	2.CONFUSO	2.SENTADO	2.MUY LIMITADA	2.URINARIA
1.MUY MALO	1.ESTUPOROSO	1.EN CAMA	1.INMOVIL	1.DOBLE INCONTINENCIA

ANEXO 3 - Escala de Braden

	1 PUNTO	2 PUNTOS	3 PUNTOS	4 PUNTOS
<u>PERSEPCIÓN SENSORIAL</u>	COMPLETAMENTE LIMITADA	MUY LIMITADA	LIGERAMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</u>	SIEMPRE HÚMEDA	A MENUDO HÚMEDA	OCASIONALMENTE HÚMEDA	RARAMENTE HÚMEDA
<u>ACTIVIDAD FÍSICA DEAMBULACIÓN</u>	ENCAMADO	EN SILLA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	DEAMBULA FRECUENTEMENTE
<u>MOVILIDAD CAMBIOS POSTURALES</u>	INMÓVIL	MUY LIMITADA	LEVEMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>NUTRICIÓN</u>	MUY POBRE	PROBABLEMENTE INADECUADA	ADECUADA	EXCELENTE
<u>CIZALLAMIENTO Y ROCE</u>	RIESGO MÁXIMO	RIESGO POTENCIAL	SIN RIESGO APARENTE	

ANEXO 4 - Escala Fedpalla

Hidratación	Dermatitis	Vascularización	Bordes	Depósitos	Punt.
piel normal	piel normal	eritema rojo	Lisos	Escamas	1
macerada 1cm	eczema seco	eritema violáceo	inflamados y mamelones	Costras	2
macerada >1cm	eczema exudativo	negro-azulado-marrón	romos o excavados	hiperqueratosis	3
Seca	eczema vesiculoso	eritema >2cm y calor (celulitis)	esclerosados	pústulas sero-purulentas	4
Seca + esclerosis	eczema con erosión o liquenificado	Negro (trombosado)	necrosado	edema, linfedema	5

ANEXO 5 - Consentimiento informado.



Escuela De Enfermería De Palencia "Dr. Dacio Crespo"

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

- He recibido información sobre en la utilización de los datos que voy a ceder para el TFG. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido respondidas de forma satisfactoria.
- Entiendo que la participación es voluntaria y puedo retirarme de dicho estudio cuando quiera, sin dar ninguna explicación
- Mis datos personales, obtenidos mediante la cumplimentación de este formulario, así como los resultantes de mi participación serán utilizados durante el tiempo necesario para el desarrollo del TFG habiendo sido previamente anonimizados.
- Estoy de acuerdo en que mi consentimiento por escrito y otros datos estén a disposición del proyecto en el que estoy participando, y del investigador responsable del mismo, pero siempre respetando la confidencialidad.
- Firmo este documento de información y consentimiento de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este TFG. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este documento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre y apellidos del paciente:

DNI/Pasaporte: Firma:

Fecha:

Nombre y apellidos del representante legal si fuera el caso:

DNI/Pasaporte:

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre y apellidos del alumno:

Firma:

Fecha:

Nombre y apellidos del Tutor del TFG:

Dirección y Telf. De contacto

ANEXO 6 - Escala de Bristol



ANEXO 7 - Escala de Barthel

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

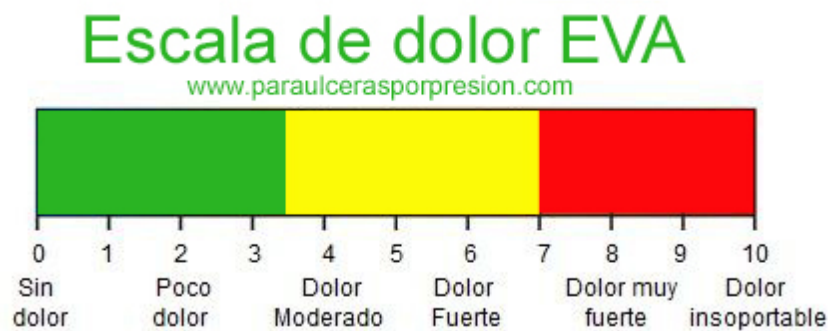
ANEXO 8 - Escala de Glasgow

AREA EVALUADA	PUNTAJE
APERTURA OCULAR	
Espontanea	4
Al Estímulo Verbal	3
Al Dolor	2
No Hay Apertura Ocular	1
MEJOR RESPUESTA MOTORA	
Obedece Ordenes	6
Localiza el Dolor	5
Flexión Normal (Retina)	4
Flexión Anormal (Descorticación)	3
Extensión (Descerebración)	2
No hay Respuesta Motora	1
RESPUESTA VERBAL	
Orientada, Conversa	5
Desorientada, Confusa	4
Palabras Inapropiadas	3
Sonidos Incomprensibles	2
No hay Respuesta verbal	1

ANEXO 9 - Escala de Zarit

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1) ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 10 - Escala EVA.



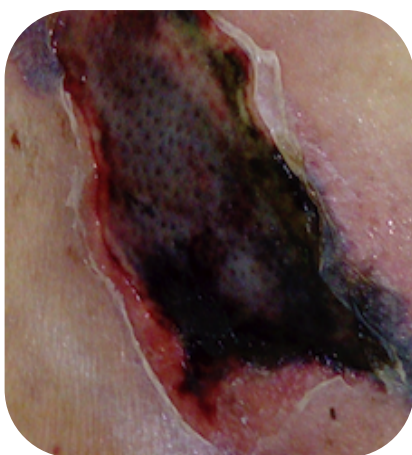
ANEXO 11 - Escala EVA.

DIARIO DE CURAS

Después del primer contacto con el paciente y de registrar el tratamiento a seguir, nos encontramos con varios apósitos saturados, con fugas de exudado, cubriendo las dos lesiones mayores. La más pequeña está sin tapar.

1. TRATAMIENTO LOCAL UPP¹ SACRA.

CURA 1 → DÍA 11/05/18



La UPP (1) está recubierta de una capa de tejido necrótico húmedo con signos de infección y gran cantidad de exudado. La herida sugería una clasificación de entre III-IV. Nuestro principal objetivo era retirar todo ese tejido necrótico para poder valorar la extensión y categorizar la herida. Olor fuerte muy desagradable en la habitación (antes de levantar los apósitos). Se coloca un colchón antiescaras de aire alterno (SEMP).

Se aplicaron las siguientes medidas:



1. Lavado con suero fisiológico.
2. Aplicación de clorhexidina 5% previo al desbridamiento.
3. Desbridamiento cortante, retirando gran parte de tejido necrótico y drenando la colección de pus.
4. Lavado con suero fisiológico.
5. Aplicación de colagenasa.
6. Aplicación de pasta de óxido de zinc en bordes.

Una vez visible la extensión de la misma, se clasificó la UPP como categoría IV. La herida es profunda, infectada, sangrante y con gran cantidad de exudado, ha atravesado la fascia muscular y deja visible la cápsula articular. Se recoge una muestra para cultivo microbiológico

CURAS CONSECUTIVAS cada 24h. → DÍA 12/05/18 al Día 14/05/18



Lecho ulceral con tejido necrótico - esfacelos. Exudado muy abundante. Apósito mojado en su retirada. No presenta fugas. Se repite la misma cura pautada el día anterior. Se sigue con desbridamiento cortante combinado con el enzimático. Mejor aspecto. Reducción progresiva del olor.

CURA DIA: 14/05/18 al 24/05/18



Reducción significativa de los signos de infección. Menor cantidad de exudado, blanquecino turbio. Apósito húmedo en cada cambio. La cápsula articular sigue visible en la parte superior del lecho de la herida, estructuras tendinosas y tejido esfacelar. Los bordes ya no presentan necrosis. Están algo inflamados y ligeramente macerados. Se pauta cura cada 48h-72h, o según nivel de saturación el apósito.

1. Lavado con suero fisiológico y secado con gasas tradicionales estériles.
2. Hidrofibra de hidrocloide con plata.
3. Aplicación de pasta de óxido de zinc en bordes.
4. Apósito hidrocélular adhesivo.

CURA DIAS: 25/05/18 y 27/05/18



Mejora significativa de la lesión. La herida no presenta signos de infección. Abundante tejido de granulación ocupando ya un 40 % del lecho de la herida. La cápsula articular antes visible en la zona superior de la herida aparece cubierta por nuevo tejido nuevo de granulación. Menos profunda, y menos extensa. Ausencia de olor. Reducción significativa de la cantidad de exudado, ahora amarillento, no turbio. Bordes, no se aprecian inflamados. Se pauta cura cada 48h-72h, o según nivel de saturación el apósito.

1. Lavado con suero fisiológico y secado con gasas tradicionales estériles.
2. Hidrofibra de hidrocoloide con plata.
3. Aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados en bordes.
4. Apósito hidrocélular adhesivo.

Tabla 3 - Material utilizado en UPP1 Sacro

MATERIAL	CANTIDAD
Suero fisiológico 250ml	4
Gasas tradicionales PACK	18
Clorhexidina 5%	1
Material quirúrgico estéril	9
Crema colagenasa	2
Crema óxido de zinc	1
Apósito hidrocélular adhesivo	9
Ácidos grasos hiperoxigenados	1
Hidrofibra de hidrocoloide con plata	5

PRECIO ESTIMADO: 90.04 €

Tabla 4 - Resumen Cura UPP 1 Sacra

CATEGORIA INICIAL	CATEGORIA FINAL	INFECCION INICIAL	INFECCION FINAL
IV	IV	Si	No
CANTIDA EXUDADO INICIAL	CANTIDAD EXUDADO FINAL	TAMAÑO INICIAL	TAMAÑO FINAL
Abundante	Moderado	12x9x3 cm	9x7x2 cm
TEJIDO DEL LECHO INICIAL	TEJIDO DEL LECHO FINAL	DOLOR EN CURAS INICIAL	DOLOR EN CURAS FINAL
Necrótico	Granulación	Si	Si
BORDES INICIALES	BORDES FINALES		
Esclerosados/Necrosados	Inflamados		

2. TRATAMIENTO LOCAL UPP² Úlcera satélite.

CURA 1 → DIA 11/05/1



Lesión satélite por la combinación de la presión, cizalla y la humedad. Presencia de biofilm con fibrina y tejido de granulación en el lecho, exudado moderado, bordes lisos y rosados y sin signos de infección. Se procedió a proteger la zona, aliviar la presión y brindar las condiciones de humedad necesarias para una buena cicatrización. Cura cada 48-72h.

1. Lavado con suero fisiológico.
2. Fomentos de Prontosan[®].
3. Aplicación de pasta de óxido de zinc en bordes.
4. Apósito de hidrofibra de hidrocólido con plata.
5. Colocación de apósito hidrocélular adhesivo.

CURA 2 → DIA 12 al 23/05/18



A primera vista el apósito no parecía manchado, no sugería mal olor. Al retirarlo, se pudo observar un exudado moderado, de buen color. Los bordes continuaban en buen estado y el lecho era rosado/rojizo. El tamaño no había disminuido pero debido a su buen aspecto se repitió el mismo tratamiento que en la cura anterior.

CURAS → DIA 24-27/05/18



Día 24/05



Día 27/05

Buen aspecto exterior del apósito, tras retirada, bordes en buen estado. El tejido del lecho de la herida era de granulación y epitelización, el exudado escaso y de buen aspecto.

1. Lavado con suero fisiológico.
2. Aplicación de apósito hidrocoloide.

Tabla 5 - Material utilizado en UPP2 Úlcera satélite.

MATERIAL	CANTIDAD
Suero fisiológico 250ml	3
Prontosan [®]	1
Crema óxido de zinc	1
Hidrofibra de hidrocoloide con plata	4
Apósito hidrocélular adhesivo	4
Apósito hidrocoloide adhesivo	1
Gasas tradicionales PACK	10

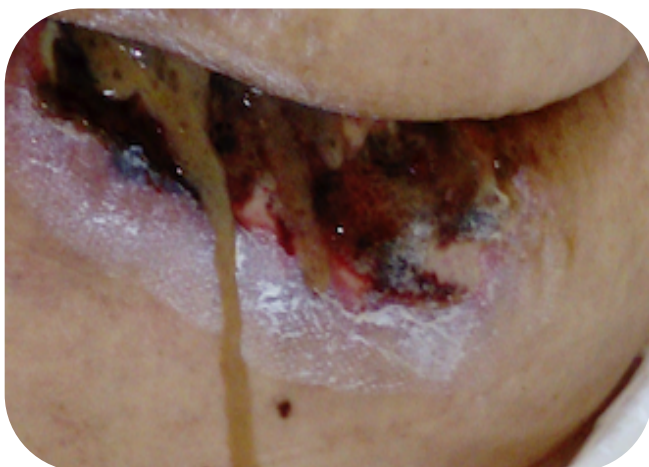
PRECIO ESTIMADO: 59.02 €

Tabla 6 - Resumen Cura UPP 2 Úlcera Satélite.

CATEGORIA INICIAL	CATEGORIA FINAL	INFECCION INICIAL	INFECCION FINAL
III	I	No	No
CANTIDA EXUDADO INICIAL	CANTIDAD EXUDADO FINAL	TAMAÑO INICIAL	TAMAÑO FINAL
Moderado	Moderado	4x4x1 cm	2x2x1 cm
TEJIDO DEL LECHO INICIAL	TEJIDO DEL LECHO FINAL	DOLOR EN CURAS INICIAL	DOLOR EN CURAS FINAL
Granulación	Epitelización	Si	No
BORDES INICIALES	BORDES FINALES		
Lisos	Lisos		

3. TRATAMIENTO LOCAL UPP³ INTERGLÚTEA.

CURA 1 → DIA 11/05/18



Debido a la localización de la herida y a su cercanía con el ano, su contaminación es evidente. El lecho de la herida se encuentra recubierto de una capa necrótica húmeda con esfacelos, el exudado purulento, maloliente muy abundante. Los bordes están necrosados.

El principal objetivo es limpiar minuciosamente la zona, intentar aislar la úlcera del ano y retirar la capa necrótica para valorar su profundidad.

1. Lavado de la zona con agua y jabón.
2. Lavado con S. Fisiológico y secado con gasas estériles.
3. Aislar la herida del ano separándola con compresas estériles.
4. Aplicación de clorhexidina 5%.
5. Desbridamiento cortante.
6. Aplicación de crema colagenasa.
7. Aplicación de pasta de óxido de zinc en los bordes.
8. Colocación de apósito hidrocélular adhesivo.

CURAS → DIA 12-18/05/2018



Se continúa con la misma cura cada 24h. Se completa el desbridamiento cortante y se combina con el enzimático. La cantidad de exudado y el olor disminuyeron progresivamente.

CURA 3 → DIA 19-24/05/18

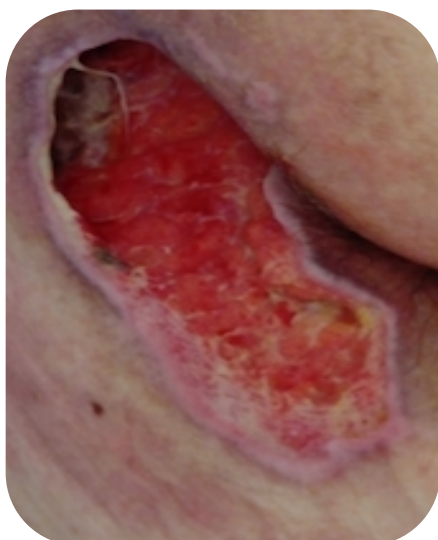


Se aprecian signos de infección, bordes inflamados y un abundante exudado. El lecho estaba recubierto por esfacelos. Apósito mojado en cada cambio.

1. Retirada de las compresas y lavado minucioso.
2. Colocación de compresas estériles entre el ano y el apósito.
3. Retirada del apósito.
4. Lavado con suero fisiológico y secado con gasas tradicionales.
5. Retirada de los esfacelos y piel desvitalizada del lecho.
6. Lavado con suero fisiológico y secado con gasas tradicionales.
7. Aplicación de hidrofibra de hidrocólido con plata.
8. Aplicación de pasta de Óxido de Zinc en los bordes.
9. Colocación de apósito hidrocélular adhesivo.
10. Retirada de las compresas usadas durante la cura y colocación de unas nuevas.
11. Cambio del apósito cada 24h. (por la zona en la que está no aguanta más tiempo en buenas condiciones)

CURA 4 → DIA 25-27/05/18

Mejoría progresiva. El lecho de la herida con tejido de granulación. Disminución del exudado, ahora más claro. No desprende olor.



1. Retirada de las compresas y lavado minucioso de la zona anal.
2. Colocación de compresas estériles entre el ano y el apósito.
3. Retirada del apósito.
4. Lavado con suero fisiológico y secado con gasas tradicionales.
5. Lavado con suero fisiológico y secado con gasas tradicionales.
6. Aplicación de hidrofibra de hidocoloide.
7. Aplicación de pasta de Óxido de Zinc en los bordes.
8. Colocación de apósito hidrocélular adhesivo.
9. Retirada de las compresas usadas durante la cura y colocación de unas nuevas.

Situación de la herida al alta:



El apósito no se observa manchado. El tejido de granulación recubre todo el lecho de la herida. Se observa nuevo tejido de epitelización en los bordes. El exudado es moderado. Se sigue con el mismo tratamiento, con curas cada 72h, en función de las condiciones.

Plan de cuidados: Paciente con lesiones relacionadas con la dependencia.

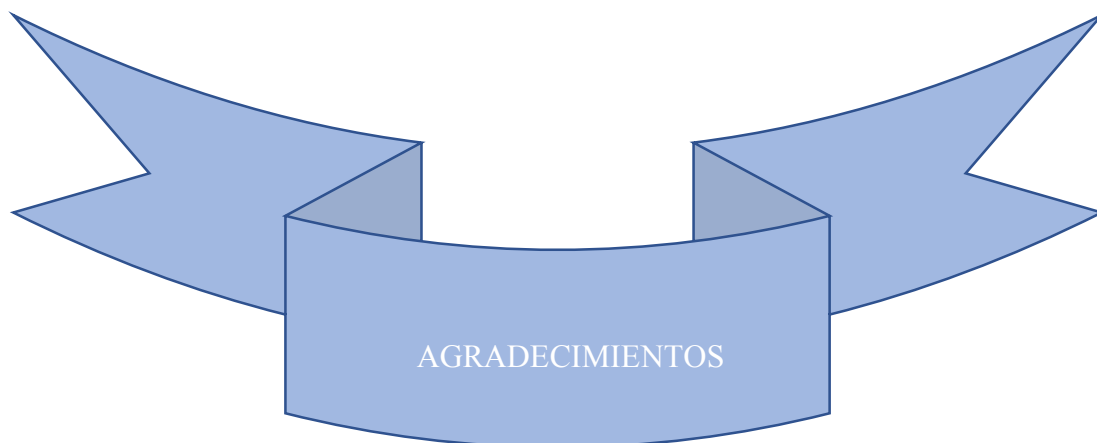
Tabla 7 - Material utilizado en UPP3 Interglútea.

MATERIAL	CANTIDAD
Suero fisiológico 250ml	7
Gasas tradicionales PACK	30
Compresas estériles PACK	15
Clorhexidina 5%	1
Material quirúrgico estéril	13
Crema colagenasa	2
Crema óxido de zinc	2
Apósito hidrocélular adhesivo	15
Hidrofibra de hidrocoloide con plata	7

PRECIO ESTIMADO: 155.33 €

Tabla 8 - Resumen cura UPP 3 Interglútea

CATEGORIA INICIAL	CATEGORIA FINAL	INFECCION INICIAL	INFECCION FINAL
IV	IV	Si	No
CANTIDA EXUDADO INICIAL	CANTIDAD EXUDADO FINAL	TAMAÑO INICIAL	TAMAÑO FINAL
Abundante	Moderado	18x7x3cm	15x5x2 cm
TEJIDO DEL LECHO INICIAL	TEJIDO DEL LECHO FINAL	DOLOR EN CURAS INICIAL	DOLOR EN CURAS FINAL
Necrosado/Esfacelado	Granulación	Si	No
BORDES INICIALES	BORDES FINALES		
Necrosados/Inflamados	Lisos		



Quisiera dar las gracias en primer lugar a mi tutora durante todo el proceso de realización de este trabajo
Dña. Marta Sánchez Sánchez.

A mi enfermera responsable durante la realización del "Prácticum II"
Dña. Mar Ordoñez.

A todo el equipo sanitario del Hospital San Telmo, Palencia.

Y a todo el equipo de enfermería del Centro de Salud de Paredes de Nava.

Muchas gracias a todos, atentamente, Jorge Maeso Martín.

