



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2014-2015

Trabajo de Fin de Grado

**Plan de actuación enfermero para la
prevención de úlceras por presión.**

Caso clínico.

Alumno: Estrella García Navarro

Tutora: Doña Elena Faulín Ramos

Junio, 2015

ÍNDICE

Resumen	3
Abstract	4
Introducción y Objetivos	5
Material y Métodos	9
- Descripción del caso	10
- Resumen de valoración enfermera según dominios	12
- Diagnósticos Enfermeros y Problemas de Colaboración	14
Resultados.....	22
Discusión.....	25
Bibliografía.....	29
Anexos	34

RESUMEN

Introducción: Actualmente las úlceras por presión son un problema multifactorial y multicausal con una alta prevalencia en las instituciones hospitalarias. Su prevención es esencial para la salud del paciente debiéndose llevar a cabo diversos cuidados para evitar la aparición de estas lesiones. La enfermería juega un papel muy importante en esta patología, ya que las complicaciones de la misma pueden incrementar la mortalidad hasta un 50%.

Objetivo: Diseñar un Procedimiento de Atención Enfermera para prevenir las úlceras por presión, identificando los distintos factores de riesgo y proporcionando los cuidados necesarios.

Metodología: Elaboración de un plan de cuidados que ayude a la prevención de las úlceras por presión. Para ello se ha realizado una valoración por dominios NANDA, apoyada en las diferentes escalas recomendadas en la valoración del paciente geriátrico, usando la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

Resultados: Tras una semana de hospitalización se evaluó al paciente, presentando una alteración en la integridad de la piel. De los objetivos marcados se consiguieron completamente los relacionados con la hidratación de la piel y el de ingesta de líquidos, pero el resto se vieron afectados por la presentación de una complicación respiratoria.

Discusión: A pesar de haber llevado a cabo las distintas medidas preventivas, el diagnóstico de riesgo planteado pasó a ser un diagnóstico real. La intervención se centró en actuar sobre los factores de riesgo de aparición de úlceras por presión, llevando a cabo intervenciones preventivas adecuadas, pero no lograron ser suficientes debido a los factores intrínsecos que actuaron favoreciendo la aparición de las úlceras por presión. En este caso nos encontramos con una dificultad añadida debido al afrontamiento familiar comprometido, ya que un buen apoyo familiar facilita en gran medida la aplicación de los cuidados y posibilita una buena continuidad al alta hospitalaria.

Palabras clave: Plan de cuidados, úlceras por presión, prevención.

ABSTRACT

Introduction: Currently pressure ulcers are a problem with many factors and causes whose prevalence is high in hospitals. Their prevention is essential to the patient's health having to perform various measures to avoid the appearance of these lesions. Nursing plays a very important role in this disease, because the complications brought about by pressure ulcers may increase mortality by up to 50%.

Objective: To design a Nursing Care Procedure to prevent pressure ulcers, identifying the different risk factors and providing the necessary care.

Methodology: Development of a care plan that helps us to prevent pressure ulcers. For this reason, an evaluation of NANDA domains has been carried out, supported by the different scales recommended in the assessment of the geriatric patient, using the NANDA -NOC -NIC taxonomy.

Results: After one week of hospitalization the patient was evaluated, presenting an alteration in the skin's integrity. Of the proposed objectives, those related to skin hydration and fluid intake were fully achieved, but the others were affected by the unexpected introduction of a respiratory complication.

Discussion: Despite having carried out the different preventive measures, the risk diagnosis considered became a real diagnosis. The intervention focused on acting on risk factors for pressure ulcer appearance, undertaking adequate preventive measures, but not being sufficient due to the intrinsic factors which acted favoring the pressure ulcers' appearance. In this case we find an added difficulty due to the family's acceptance of the patient's situation, because a good family support greatly facilitates the implementation of care and enables a good continuity of medical care after hospital discharge.

Keywords: Nursing care plan, pressure ulcer, prevention.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Actualmente las úlceras por presión son un importante problema tanto a nivel sanitario, como económico y social. No solamente influye en la calidad de vida del paciente, sino que también afecta al aumento de trabajo de los profesionales enfermeros así como al coste de los tratamientos.

Según la definición de MJ. Armendáriz, una úlcera por presión es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él.⁽¹⁾

Son muy frecuentes en personas de edad avanzada considerándose un síndrome geriátrico, pero no exclusivas de los ancianos, ya que se pueden ver en otros grupos de edad con prevalencias más bajas.

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas recomienda un sistema de clasificación que contempla 4 estadios: ⁽²⁾

- **Estadio I:** alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar.
- **Estadio II:** hay una pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o a ambas. La úlcera es superficial y tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter.
- **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.
- **Estadio IV:** pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén.

Según datos publicados en el Tercer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, las lesiones en las distintas unidades asistenciales son de un 41,8% en hospitales, seguido de un 37% en atención primaria y un 21,2% en centros sociosanitarios.⁽³⁾

Las úlceras por presión son un problema multifactorial y multicausal, cuyos principales factores de riesgo se pueden agrupar de la siguiente manera: ⁽⁴⁾

FACTORES INTRÍNSECOS	FACTORES EXTRÍNSECOS
Condición física: inmovilidad. Pacientes afectados con lesiones medulares, enfermedades neurológicas invalidantes o ancianos con avanzado deterioro físico y cognitivo entre otros.	Humedad: si es excesiva en las zonas sometidas a presión y fricción.
Alteraciones respiratorias y circulatorias o metabólicas: trastornos vasculares periféricos, estasis venosa o trastornos cardiopulmonares y diabetes.	Productos tópicos: perfumes, polvos de talco, jabones y otros productos que pueden alterar el pH de la piel.
Insuficiencia vasomotora, tensión arterial baja, insuficiencia cardiaca, vasoconstricción periférica, alteraciones endoteliales, anemia y septicemia.	Temperatura ambiente: al ser elevada produce un aumento de la sudoración y cuando es baja, vasoconstricción periférica.
Medicación: algunos pueden afectar a diferentes sistemas del organismo.	Superficies de apoyo: necesarios los sistemas de alivio de presión.
Edad: con el envejecimiento la piel aumenta el riesgo de lesiones.	Sondaje vesical, sondaje permanente.
Nutrición: una persona desnutrida está más frágil e hipoactiva, presentando una disminución de la respuesta inmunitaria.	Fijaciones o férulas.
Deshidratación: en pacientes hipoactivos y con riesgo a desarrollar infecciones, hay mayor riesgo de inmovilización o de encamamiento.	Técnicas manuales sobre la piel: los masajes en zonas de presión están contraindicados.

Es necesario realizar una valoración completa al paciente utilizando distintos recursos e incidiendo sobre los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos.

La prevención de las úlceras por presión es esencial, teniendo en cuenta la especificidad de cada paciente y la valoración del riesgo de aparición de las mismas, controlando los factores etiológicos y coadyuvantes predisponentes, el mantenimiento y la vigilancia de la piel íntegra y la protección contra la presión, además de evitar la evolución a estadios superiores en caso de que aparezcan.

La prevención no solamente mejora la salud de los pacientes si no que además es rentable económicamente, como muestran varios estudios. En Holanda, Makai et al,⁽⁵⁾ desarrollan un proyecto de mejora de la salud en pacientes de cuidados prolongados con riesgo de úlceras por presión. Utilizando métodos de prevención basados en la evidencia para reducir la incidencia y la prevalencia de las mismas, consiguieron ahorros entre 890 y 1.500€ por paciente en un solo año. Así como el estudio de Padula, que determina que el gasto de tratamiento resulta entre 50 y 100 veces más elevado que el de prevención.⁽⁶⁾

Existen varias escalas para valorar el riesgo de presión con condiciones exigibles, como una alta sensibilidad y especificidad, además de un buen valor predictivo positivo. Entre ellas están la de Norton, Braden, Waterlow, Emina y Cubbin-Jackson.⁽⁷⁾ Se hallan muy buenas evidencias que determinan que estas escalas validadas tienen una capacidad predictiva superior al juicio clínico de las enfermeras especialmente en el caso de enfermeras con poca experiencia.⁽⁸⁻¹⁰⁾

Verdú J et al, publican un estudio nacional en el que se relaciona a las UPP como causa básica de la mortalidad.⁽¹¹⁾ Según este estudio las tasas ajustadas son 20 muertes relacionadas con úlceras por presión por cada 100.000 habitantes en hombres y hasta de 31 por cada 100.000 habitantes en mujeres.

La importancia de esta patología radica en la gravedad de sus posibles complicaciones, como son la infección local y la sepsis; esta última puede incrementar la mortalidad hasta un 50%.

Hay que destacar la labor de la enfermería en este tipo de patología, en la que es muy importante el desarrollo de planes de cuidados basados en la metodología enfermera, la cual se considera un elemento fundamental e imprescindible para aportar calidad a los cuidados de los profesionales. La práctica de esta profesión debe basarse en sólidas evidencias científicas, en la experiencia profesional

acumulada y en las preferencias del paciente. Además de utilizar un lenguaje y unos registros estandarizados que favorezcan la continuidad de las actuaciones de enfermería y el trabajo multidisciplinar.

Ciertos factores como el ambiente de trabajo, la cohesión del personal y las prácticas de gestión, que influyen notablemente en la salud de los pacientes a la hora de desarrollar úlceras por presión, se deben de tener en cuenta para la mejora de calidad.

La prevención requiere la implicación de todos los elementos que influyen en el cuidado de las personas, yendo desde las distintas instituciones de salud hasta los profesionales sanitarios, pasando por los propios pacientes y sus cuidadores.

➤ **Objetivos**

General:

- Diseñar un Procedimiento de Actuación Enfermero que ayude al paciente hospitalizado a prevenir la aparición de úlceras por presión.

Específicos:

- Conseguir un correcto manejo de los factores de riesgo de aparición de úlceras por presión.
- Fomentar los cuidados necesarios en el entorno del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño empleado en este trabajo es el de un caso clínico de enfermería, para ello se realizó una búsqueda en diferentes fuentes bibliográficas con el objetivo de recopilar información sobre el tema a tratar.

Las bases de datos utilizadas fueron: Pubmed, Cochrane, Instituto Joanna Briggs, Lilacs y Cuiden, así como bibliografía gris.

Mediante los Descriptores de Ciencias de Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) se realizó una traducción de las palabras naturales a las palabras clave.

- Plan de cuidados: nursing care plan.
- Úlcera por presión: pressure ulcer.
- Prevención: prevention.

Los filtros a tener en cuenta para el acceso a los distintos artículos fueron: los últimos 5 años, texto completo gratuito y especie humana (más de 18 años).

En las diversas bases utilizadas se han combinado las distintas palabras clave con el operador booleano "AND" para los tesauros "úlceras por presión", "plan de cuidados" y "prevención". Los resultados de la búsqueda se tuvieron en cuenta durante todo el proceso de elaboración del trabajo.

Para la elección del paciente se utilizaron los siguientes criterios de selección: paciente geriátrico (edad superior a 75 años y pluripatología que provoca dependencia y suele acompañarse de alteración mental y/o de problema social), sin presencia de úlceras por presión en el momento del ingreso, y hospitalizado en la planta de Medicina Interna durante el Prácticum II.

Tras conseguir los permisos oportunos para la realización del trabajo en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA), se solicitó al paciente y al familiar la firma del consentimiento de confidencialidad (ANEXO I), explicando siempre la finalidad del trabajo así como la intimidad en el trato de la información.

Se comenzó la realización del Plan de Atención de Enfermería con la valoración planteada de la paciente utilizando los 13 dominios NANDA⁽¹²⁾ (ANEXO II) y varias escalas: Índice de Barthel⁽¹³⁾: valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ANEXO III), Test de Norton⁽¹⁴⁾ y Test de Braden⁽¹⁵⁾: valoración del riesgo de úlceras por presión (ANEXO IV y V), Escala Visual Analógica⁽¹⁶⁾: valoración del dolor (ANEXO VI), Escala de Gijón⁽¹⁷⁾: valoración socio familiar en el anciano (ANEXO VII), Mini Nutritional Assessment⁽¹⁸⁾: valoración del estado nutricional (ANEXO VIII), Mini Examen Cognoscitivo de Lobo⁽¹⁹⁾: valoración cognitiva (ANEXO IX) y Test de Yesavage⁽²⁰⁾: valoración de la depresión geriátrica (ANEXO X).

Gracias a la entrevista realizada a la paciente, la lectura de la historia clínica y del registro al ingreso, hallé una serie de diagnósticos NANDA y problemas de colaboración. Estos fueron priorizados teniendo en cuenta cual era la amenaza de los problemas para su estado vital, las posibilidades de solucionarlos, las preferencias de la paciente y los objetivos para el alta, teniendo siempre en cuenta que la resolución de algunos de los problemas podía llevar a la resolución de otros presentes. Para contextualizar los diagnósticos enfermeros en nuestro entorno he utilizado las recomendaciones de Teresa Luis Rodrigo.⁽²¹⁾

En la descripción de los objetivos utilicé la taxonomía de criterios de resultado NOC⁽²²⁾ y para las actividades la clasificación de intervenciones NIC⁽²³⁾, utilizando como herramienta de trabajo la página online NNNconsult.⁽²⁴⁾

➤ **Descripción del caso.**

Mujer de 87 años de edad, viuda con tres hijos y con estudios superiores. Vive en una residencia de ancianos.

Ingresa en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA) el día 30 de diciembre de 2014 permaneciendo en el mismo en la planta de Medicina Interna, diagnosticada de Insuficiencia Respiratoria debido a una infección.

Viene desorientada tanto en tiempo como en espacio.

Presenta dificultad para respirar y abundantes ruidos respiratorios. Se muestra afebril y taquicárdica con edemas pretibiales con fóvea y livideces en ambas rodillas.

No camina de manera autónoma. En su vida diaria utiliza sillas de ruedas para moverse de un sitio a otro.

Antecedentes clínicos: Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial, deterioro cognitivo, fractura de cadera (portadora de prótesis total de cadera tras intervención quirúrgica en mayo de 2013), y cardiopatía (Flutter Auricular).

Antecedentes familiares: datos no relevantes.

Constantes vitales al ingreso: Tomadas a las 8:30 horas.

- TA: 147/76 mmHg, FC: 120 ppm, SatO₂: 85%, T^a: 36,9 °C y GC: 283 mg/dL.

Tratamiento actual:

- Suero glucosado + 10 unidades de insulina rápida (Actrapid) IV: 9-17-1 horas.

- Glucósido cardiotónico: Digoxina 0.25 mg IV: 9 horas.

- Diurético: Seguril 1 amp IV: 9-17 horas.

- Inhibidor de la bomba de protones: Nexium 40 mg VO: 9 horas.

- Heparina: Clexane 60 mg SC 9-21 horas.

- Corticoesteroide: Urbasón 20 mg IV: 9-17-1 horas.

- Analgésico: Paracetamol 1g IV: 9-17 horas.

- Antibiótico: Augmentine 1 g IV: 9-17-1 horas.

- Antiespasmódico: Buscapina 1 amp IV: 9-17-1 horas.

- Antiarrítmico: Trangorex 200 mg VO: 9-21 horas.

- Aerosol: 1 amp de Atrovent + 3cc de Suero Fisiológico: 9-17-1 horas.

- Control de glucemia capilar en desayuno-comida-cena:

- Administrar Insulina rápida SC (Actrapid) si precisa.

- Oxígeno a 3 litros por minutos con gafas nasales.

➤ **Resumen de valoración enfermera según dominios:**

1. Promoción de la salud. Presenta enfermedades crónicas, pero no invalidantes. Precisa tratamiento farmacológico domiciliario con ayuda para su administración. La paciente verá modificado su régimen de vida durante el ingreso hospitalario.

2. Nutrición. Paciente con normopeso, que necesita ayuda parcial para su alimentación. Establecida dieta pastosa odontológica. Requiere terapia antibiótica, por lo que posee vía venosa periférica. Se administra el Mini Nutritional Assessment, con un resultado de 18, indicando riesgo de malnutrición.

3. Eliminación. La paciente posee tanto incontinencia urinaria como intestinal. Portadora de sonda vesical. Precisa medidas auxiliares, como pañal. Su ritmo intestinal es de dos deposiciones por día, y la diuresis diaria de 2400cc.

4. Actividad-reposo. Presenta inmovilidad parcial, necesitando ayuda de otra persona para la traslación cama-sillón. Mantiene reposo en cama, levantándose al sillón una vez por la mañana y otra por la tarde durante dos horas, según tolerancia. Precisa ayuda parcial para vestirse. La paciente duerme unas ocho diarias, sin presentar dificultad para conciliar el sueño. Necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

5. Cognición-percepción. La paciente muestra desorientación en tiempo y espacio. Comprende preguntas y órdenes sencillas. Antes del ingreso tenía como afición ver telenovelas. Se evalúan el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, con una puntuación de 13, mostrando deterioro cognitivo y Test de Yesavage, con un resultado de 4, lo que no indica depresión.

6. Autopercepción. La paciente muestra dificultad para expresar sus sentimientos mostrando una actitud indiferente. La familia, refiere habitualmente: -"hace unos días estaba estupenda y ahora mírala, ¡ingresada!".

7. Rol-relaciones. La paciente está acompañada por sus familiares la mayoría de su estancia hospitalaria. Se valora el Test de Gijón, con un resultado de 9, lo que indica una buena situación social.

8. Sexualidad. Dominio con datos no relevantes.

9. Afrontamiento-tolerancia al estrés. La paciente no es consciente de su situación actual debido a su deterioro cognitivo. Los familiares no aceptan el proceso de hospitalización, ya que refieren: -"No entiendo por qué la tiene que pasar a ella con lo bien que estaba, ¿todo lo malo nos va a pasar a nosotros?".

10. Principios vitales. Paciente creyente que acude a misa los domingos.

11. Seguridad-protección. La paciente precisa ayuda parcial en el aseo personal. A diario se le asea encamada. Mantiene la integridad de la piel, sin presentar exceso de humedad ni eritemas, mostrando buena coloración y temperatura corporal. Precisa de barras laterales en cama para evitar caídas y en ocasiones es necesario disponer de sujeción supervisada en las extremidades superiores, ya que a veces se retira la vía venosa periférica voluntariamente. Se pasan distintas escalas como son la Escala de Norton, con un resultado de 13, indicando que hay riesgo de úlceras por presión, así como el Test de Braden, con una puntuación de 15, señalando riesgo de presentar las anteriores, además del Índice de Barthel, con un resultado de 25, mostrando una dependencia severa para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

12. Dolor. La paciente no refiere dolor. Se valora con la Escala Visual Analógica (EVA), con una puntuación de 1, cuyo resultado indica sin dolor.

13. Crecimiento-desarrollo. Dominio con datos no relevantes.

➤ **Diagnósticos Enfermeros y Problemas de Colaboración.**

- **Insuficiencia respiratoria secundaria a infección.**

NOC.

Dominio 2. Salud fisiológica.

Clase E. Cardiopulmonar.

0414. Estado cardiopulmonar.

41401. Presión arterial sistólica.

41402. Presión arterial diastólica.

41405. Ritmo cardiaco.

0415. Estado respiratorio.

41501. Frecuencia respiratoria.

41508. Saturación de oxígeno.

41530. Fiebre.

NIC.

Campo 2. Fisiológico: complejo.

Clase K: Control respiratorio.

3220. Oxigenoterapia.

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Vigilar el flujo de litros de oxígeno.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia.

Clase M: Termorregulación.

3900. Regulación de la temperatura.

- Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda.
- Observar el color y la temperatura de la piel.

- **00085. Deterioro de la movilidad física relacionado con agravamiento de la movilidad habitual.**

NOC

Dominio 1. Salud funcional.

Clase C: Movilidad.

0210. Realización de transferencia.

21001. Traslado de la cama a la silla.

NIC

Campo 1. Fisiológico-básico.

Clase C: Control de inmovilidad.

1806. Ayuda con el autocuidado: transferencia.

- Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente.
- Proporcionar mecanismos de ayuda para ayudar al individuo a moverse por sí solo, según corresponda.
- Enseñar al paciente todas las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el nivel máximo de independencia.

- **00102. Déficit de autocuidado: alimentación relacionado con deterioro cognitivo.**

NOC

Dominio 1. Salud funcional.

Clase D. Autocuidado.

0303. Autocuidados: comer.

30308. Se lleva comida a la boca con utensilios.

NIC

Campo 1. Fisiológico-básico.

Clase D: Apoyo nutricional.

1803. Ayuda con el autocuidado: alimentación.

- Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida.
- Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución.
- Animar al paciente a comer por sí solo, proporcionando ayuda física, si fuese necesario.

- **00108. Déficit de autocuidado: baño relacionado con deterioro cognitivo.**

NOC

Dominio 1. Salud funcional.

Clase D. Autocuidado.

0301. Autocuidados: baño.

30113. Se lava la cara.

NIC.

Campo 1. Fisiológico: básico.

Clase F: Facilitación del autocuidado.

1801. Ayuda con el autocuidado: baño/higiene.

- Determinar y proporcionar la ayuda necesaria hasta que la paciente sea capaz de participar en la higiene.
 - Controlar la integridad cutánea de la paciente.
 - Proporcionar un buen ambiente terapéutico.
-
- **00109. Déficit de autocuidado: vestido relacionado con deterioro cognitivo.**

NOC.

Dominio 1. Salud funcional.

Clase D. Autocuidado.

0302. Autocuidados: vestir.

30204. Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo.

NIC.

Campo 1. Fisiológico: básico.

Clase F: Facilitación del autocuidado.

1802. Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal.

- Disponer las prendas de la paciente en una zona accesible.
- Reforzar los esfuerzos por vestirse sola.
- Estar disponible para ayudar en el vestir.

- **00074. Afrontamiento familiar comprometido relacionado con falta de aceptación del proceso.**

NOC.

Dominio 3. Salud psicosocial.

Clase N. Adaptación psicosocial.

1311. Adaptación al traslado.

131101. Reconoce la razón del cambio en el entorno de vida.

NIC.

Campo 5. Familia.

Clase X. Cuidados durante la vida.

7140. Apoyo a la familia.

- Asegurar a la familia que a la paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.
- Favorecer una relación de confianza con la familia.
- Responder a las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener respuestas.

- **00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad.**

NOC.

Dominio1. Salud funcional.

Clase C. Movilidad.

0204. Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

20401. Úlceras por presión.

- Se mantendrá en el nivel 5 (ninguno) durante su estancia hospitalaria.

Dominio 2. Salud fisiológica.

Clase L. Integridad tisular.

1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

110104. Hidratación.

- Se mantendrá en el nivel 5 (no comprometido) durante su estancia hospitalaria.

110111. Perfusión tisular.

- Pasará de un nivel 2 (sustancialmente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) durante su estancia hospitalaria.

110113. Integridad de la piel.

- Se mantendrá en el nivel 5 (no comprometido) durante su estancia hospitalaria.

Clase K. Digestión y nutrición.

1004. Estado nutricional.

100401. Ingestión de nutrientes.

- Se mantendrá en el nivel 4 (desviación leve del rango normal) durante su estancia hospitalaria.

100408. Ingesta de líquidos.

- Se mantendrá en el nivel 5 (sin desviación del rango normal) durante su estancia hospitalaria.

NIC.

Campo 2. Fisiológico: complejo.

Clase L: Control de la piel/heridas.

3540. Prevención de las úlceras por presión.

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (Escala de Braden).

- Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de úlceras por presión, según el protocolo del centro.
- Documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras por presión.
- Documentar el peso y los cambios de peso.
- 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, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda.
- Darse la vuelta continuamente cada 1-2 horas, según corresponda.
- Darse la vuelta con cuidado para evitar lesiones en una piel frágil.
- Poner el programa de cambios posturales al lado de la cama, según corresponda.
- 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 colchón.
- Mantener la ropa de cama limpia y seca, sin arrugas.
- Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies.
- Utilizar camas y colchones especiales, según corresponda.
- Evitar mecanismos de tipo flotador para la zona sacra.
- Humedecer la piel seca intacta.
- Evitar el agua caliente y utilizar jabón suave para el baño.

- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
- Aplicar protectores para los codos y los talones, según corresponda.
- Proporcionar con frecuencia pequeños cambios de la carga corporal.
- Controlar la movilidad y la actividad del paciente.
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.
- Ayudar al paciente a mantener un peso saludable.
- Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda.

- **00173. Riesgo de confusión aguda relacionado con ingreso hospitalario.**

NOC.

Dominio 2. Salud fisiológica.

Clase J. Neurocognitiva.

0901. Orientación cognitiva.

90103. Identifica el lugar donde está.

90104. Identifica el día presente.

NIC

Campo 3. Conductual.

Clase P. Terapia cognitiva.

4820. Orientación de la realidad.

- Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente.
- Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo.
- Hablar al paciente de una manera clara, a un ritmo, volumen y tono adecuados.

RESULTADOS

Tras una semana de hospitalización de la paciente, se hizo una evaluación parcial de la misma.

00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad.

- NOC 20401. Úlceras por presión.

- Se mantendrá en el nivel 5 (ninguno) durante su estancia hospitalaria.

El objetivo de no presentar úlceras por presión no fue logrado, ya que a la semana del ingreso hospitalario, la paciente presentaba dos úlceras por presión en distintas zonas, presentando un nivel 3 (moderado). La primera úlcera por presión apareció en el sacro, siendo una úlcera de Estadío II de 3x2cm con forma ovalada y enrojecida, sin signos de infección, pero con dolor. La segunda úlcera en el talón derecho, de Estadío III, siendo una placa necrótica de 3,5x2,5cm, sin signos de infección y sin dolor.

- NOC 110104. Hidratación.

- Se mantendrá en el nivel 5 (no comprometido) durante su estancia hospitalaria.

La piel se mantuvo hidratada con ácidos grasos hiperoxigenados en el periodo evaluado, por lo que se cumplió el objetivo en su totalidad manteniéndose en el nivel indicado.

- NOC 110111. Perfusión tisular.

- Pasará de un nivel 2 (sustancialmente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) durante su estancia hospitalaria.

La perfusión tisular de la paciente sigue siendo sustancialmente comprometida, por lo que se mantuvo en el nivel 2. No se cumplió el objetivo durante la primera semana de estancia, ya que no se pudo mejorar hasta el nivel deseado debido a un cuadro de broncoaspiración durante la comida que la paciente presentó al quinto día del ingreso hospitalario, el cual hizo empeorar su situación basal.

➤ NOC 110113. Integridad de la piel.

- Se mantendrá en el nivel 5 (no comprometido) durante su estancia hospitalaria.

Se volvió a valorar el riesgo de presentar úlceras por presión pasando de nuevo el Test de Norton con una puntuación de 9 empeorando tanto en el estado general y mental como en la actividad y movilidad, manteniéndose igual en la incontinencia, así como el Test de Braden, con una puntuación de 11, empeorando en todos los ítems excepto en el de la humedad, indicando ambas que la paciente tiene riesgo muy alto de presentar las mismas. A pesar de haberse llevado a cabo distintas medidas de prevención como cambios posturales, protección local ante la presión en zonas con más riesgo, movilización de la paciente y superficies especiales de manejo de la presión, la paciente no mantuvo la integridad de la piel sin alteraciones, ya que como se refleja anteriormente aparecieron dos úlceras por presión, pasando de un nivel 5 (no comprometido) a un nivel 3 (moderadamente comprometido).

➤ NOC 100401. Ingestión de nutrientes.

- Se mantendrá en el nivel 4 (desviación leve del rango normal) durante su estancia hospitalaria.

Durante la hora de la comida, la paciente realizó una broncoaspiración, de manera que en vez de haberse mantenido en el nivel 4 con una desviación leve del rango normal, empeoró la ingesta de nutrientes permaneciendo en el nivel 2 (desviación sustancial del rango normal) quedando temporalmente en dieta absoluta.

➤ NOC 100408. Ingesta de líquidos.

- Se mantendrá en el nivel 5 (sin desviación del rango normal) durante su estancia hospitalaria.

La paciente mantuvo un buen aporte de líquidos por vía intravenosa gracias a los reajustes necesarios realizados en el tratamiento médico, manteniendo el nivel 5 (sin desviación del rango normal).

DISCUSIÓN

Tras las intervenciones realizadas con objeto de intentar prevenir la aparición de úlceras por presión teniendo en cuenta las características exclusivas de la paciente, se ha llevado a cabo una inspección más exhaustiva de los criterios a tener en cuenta a la hora de prevenir estas lesiones, debido a que las medidas preventivas llevadas a cabo no fueron efectivas en este caso concretamente pasando el diagnóstico de riesgo planteado "Riesgo de deterioro de la integridad cutánea" a diagnóstico real "Deterioro de la integridad cutánea".

Respecto al objetivo específico del control de factores de riesgo en la paciente podemos observar que los factores etiológicos extrínsecos se controlaron en todo momento durante el desarrollo del plan de cuidados pero la presencia de factores intrínsecos, alguno de ellos inmodificables, favoreció la aparición de úlceras por presión. En esta paciente en concreto el sumatorio de todos ellos, edad, deterioro cognitivo y físico sumado a la inmovilidad, alteración de la nutrición y presencia de alteraciones respiratorias severas hizo que la efectividad de los cuidados no fuera la adecuada.

La piel tiene función barrera y una de sus características es la elasticidad. Para conservar ambas, es fundamental la hidratación. La paciente fue hidratada a diario tras el aseo personal con ácidos grasos hiperoxigenados después de un correcto secado de cada zona, evitando el exceso de humedad y predominando su hidratación en zonas con más riesgo de aparición de úlceras por presión, como son las zonas de prominencias óseas, como se recomienda en la Guía Clínica GNEAUPP N° 1 de la Prevención de Úlceras por Presión.⁽²⁵⁾

A la hora de valorar la efectividad de la hidratante utilizada encontramos que un estudio realizado por Held, en un modelo experimental para medir la eficacia de seis hidratantes usados comúnmente, llegó a la conclusión de que todos los hidratantes aceleraban la regeneración de la función protectora de la piel.^(26,27)

Cualquier alteración en la oxigenación de los tejidos puede acelerar la aparición de úlceras por presión. La diabetes y las alteraciones respiratorias son algunas de las causas que favorecen la aparición de las mismas y estas deben de abordarse tanto

a nivel sistémico como local.⁽²⁸⁾ La aplicación a diario de ácidos grasos hiperoxigenados aumenta la circulación capilar, por lo que mejora las condiciones locales de la piel expuestas a isquemias prolongadas. Algunos estudios encuentran efectividad en el tratamiento de úlceras por presión de Estadio I.⁽²⁹⁾ Sin embargo, la aplicación de los mismos no ha sido suficiente para evitar la aparición de úlceras por presión debido a la presencia de complicaciones en su patrón respiratorio.

Es imprescindible valorar el estado de la piel continuamente, especialmente en zonas de apoyo donde existen prominencias óseas, zonas expuestas a la humedad, zonas con alteraciones de la piel o con algún dispositivo y zonas sometidas a presión constante. Es fundamental tener ciertos aspectos en cuenta a la hora de valorar como son, la temperatura, el color, los eritemas, los edemas y la induración.

Al analizar la valoración realizada al ingreso, la piel de la paciente fue inspeccionada visualmente de forma íntegra y se utilizaron como instrumento de valoración de riesgo las escalas de Norton y de Braden, indicando ambas; riesgo de aparición de úlceras por presión. Se utilizó la de Norton al ser la escala con la que se trabaja en el CAUPA, mientras que la de Braden es la recomendada en las intervenciones NIC, confirmando ambas mismos resultados al ser contrastados los mismos. Se aplicaron una serie de medidas preventivas para manejo de los factores etiológicos, como cambios posturales, protección local ante la presión en zonas con más riesgo, movilización de la paciente y superficies especiales de manejo de la presión. Para ello se instaló un colchón antiescaras con zonas alternantes de presión, teniendo en cuenta el peso y la talla de la paciente. Se movilizó a la misma haciendo una vida cama-sillón en la medida de lo posible hasta que su estado general lo permitió y se aplicaron cambios posturales por cada cambio de pañal (entre 2-4 horas) mientras la paciente permanecía encamada, protegiendo los talones con taloneras más calcetines y la zona sacra con un parche de espuma de poliuretano, encontrando soporte científico en todas las actuaciones. Tradicionalmente se ha recomendado realizar los cambios posturales cada dos horas⁽³⁰⁾. Determinados estudios de medición de presiones muestran las ventajas de la presión alternante frente a la presión constante, ya que la alternancia mejora la perfusión de la piel sometida a presión al cambiar las propiedades de distribución de la carga tisular⁽³¹⁾. Se pueden utilizar apósitos con capacidad para reducir la presión,

pero estos apósitos deben de haber demostrado su eficacia, como las espumas de poliuretano^(32,33).

A pesar de haber seguido las recomendaciones, la paciente no respondió a los cuidados aplicados haciéndonos plantear que la única mejora posible en el manejo de la presión hubiera sido disminuir la periodicidad de los cambios. Existen estudios que muestran cómo la realización de cambios posturales solamente no es suficiente para disminuir la presión⁽³⁴⁾, o como el empleo de las superficies especiales de manejo de la presión, sin tener en cuenta otras medidas, no es suficiente para prevenir la aparición de estas lesiones.⁽³⁵⁾

Se debe asegurar una adecuada ingesta dietética para prevenir la malnutrición, ya que un buen soporte nutricional puede prevenir la aparición de úlceras. Existe una relación directa entre la malnutrición y la aparición de úlceras por presión, ya que la pérdida de grasas y tejido muscular disminuye la protección que ejercen sobre las prominencias óseas^(36,37).

La prescripción de una dieta absoluta durante unos días hizo que la situación nutricional empeorase de forma severa siendo uno de los principales factores etiológicos intrínsecos en la formación de las úlceras.

El soporte nutricional se basa en la valoración de la nutrición, la salud general, las preferencias de la persona y la consulta con el dietista. Si el examen nutricional identifica al paciente con riesgo de desnutrición o desnutrido, se deberá realizar una valoración nutricional más detallada a cargo de dietista titulado para valorar el apoyo nutricional secundario⁽³⁸⁾.

En principio, se aconseja ofrecer, si procede, suplementos nutricionales orales ricos en proteína, si procede, o alimentación por sonda a personas con riesgo nutricional y riesgo de úlceras por presión debido a enfermedades graves o crónicas o tras pasar por intervenciones quirúrgicas⁽³⁹⁾.

La intervención nutricional en la prevención de úlceras por presión en pacientes de riesgo, aunque inicialmente supone un gasto, se ha mostrado rentable en relación costo-efectiva al analizar el número de lesiones prevenidas y las disminución de días de estancia⁽⁴⁰⁾.

El aporte hídrico es otro de los factores imprescindibles a tener en cuenta, tras quedar la paciente en dieta absoluta se hizo un reajuste de terapia líquida por vía parenteral, asegurando la adecuada ingesta de líquidos según las características de la paciente y sus condiciones de salud.

Es imprescindible trabajar en equipo interdisciplinariamente ya que los profesionales sanitarios que traten a un mismo paciente tienen que tener en cuenta una serie de criterios a la hora de planificar y administrar cuidados. En la actualidad existen protocolos tanto de prevención como de tratamiento de úlceras por presión, pero debido a la sobrecarga asistencial en el medio hospitalario, enfermería suele centrarse más en los segundos. Si invirtiéramos la orientación de nuestro trabajo dando más peso a la prevención de estas lesiones, podría disminuir el 41,8% de prevalencia de las mismas en las instituciones hospitalarias, dato al que se hace referencia en el Tercer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España⁽³⁾.

Un buen apoyo familiar facilita en gran medida la aplicación de los cuidados y posibilita una buena continuidad al alta hospitalaria, en este caso nos encontramos con un diagnóstico de afrontamiento familiar comprometido el cual no nos permite incluir de entrada a la familia para colaborar en las medidas preventivas.

El desarrollo de este caso clínico con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, puede ayudar con el desarrollo de planes de cuidados en casos similares de prevención, aumentando los conocimientos de los profesionales de enfermería y abriendo las puertas hacia investigaciones futuras para mejorar los cuidados en estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Armendáriz Alonso MJ. Úlceras por presión en Heridas crónicas y agudas. Madrid: EDIMSA; 1999.
2. Martín C, Torrijos M. Geriátría en Atención Primaria. 4ª ed. Barcelona: J. Uriach & CIA; 2008.
3. Soldevilla JJ, Torra JE, Verdú J, López P. 3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos [revista en Internet]. 2011 Jun [citado 2015 Mayo 01]; 22(2): 77-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000200005&lng=es.
4. Soldevilla JJ, Torra JE. Atención integral de las heridas crónicas. Madrid: SPA; 2004.
5. Makai P, Koopmanschap M, Bal R, Nieboer AP. Cost-effectiveness of a pressure ulcer quality collaborative. Cost effectiveness and resource allocation: C/E. 2010;8:11. Citado en PubMed PMID: 20515473. Pubmed Central PMCID: 2895580.
6. Padula WV, Mishra MK, Makic MB, Sullivan PW. Improving the quality of pressure ulcer care with prevention: a cost-effectiveness analysis. Med Care. 2011 Apr; 49 (4): 385-92. Citado en PubMed PMID: 21368685.
7. García FP, Pancorbo PL, Soldevilla JJ, Blasco C. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Gerokomos [revista en Internet]. 2008 Sep [acceso 2015 Febrero 04]; 19(3): 136-144. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000300005&lng=es.
8. Pancorbo PL, Garcia FP, Lopez IM, Alvarez C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systemic review. J Adv Nurs. 2006 Apr; 54 (1): 94-110. Citado en PubMed PMID: 16553695.

9. García FP, Pancorbo PL, Soldevilla JJ. Predictive Capacity of Risk Assessment Scales and Clinical Judgement for Pressure Ulcers: A Meta-analysis. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2014 Nov 25; 41(1):24-34. Citado en PubMed PMID: 24280770.
10. Buhner R, Mitchell P. Peer-identified expert nurses' approaches to risk assessment for pressure ulcers. *Advances in wound care.* 1996;9(1):41-6.
11. Verdú J, Nolasco A, García C. Análisis y evolución de la mortalidad por UPP en España. *Gerokomos (Madrid)* 2003; 14(4): 212-26.
12. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
13. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J* 1965; 14: 61-65.
14. Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. An Investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospital. London: Churchill Livingstone; 1962:193-224.
15. Braden B, Bergstrom N. Predictive validity of Braden scale for pressure sore risk in a nursing home population. *Res Nurs Health* 1994;17: 459-70.
16. Astudillo W, Mendinueva C, Astudillo E, Gabilondo S. Principios básicos para el control del dolor total. *Rev Soc Esp del Dolor* 1999; 6 (1): 29-40.
17. Cabrera D, Menéndez A, Fernández A, Acebal V, García JV, Díaz E, Salamea A. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria* 1999; 23(7): 434-440.
18. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol* 1994;12 (supl 2):15-59.
19. Miralles R, Esperanza A. Instrumentos y escalas de valoración. En: SEGG, editor. *Tratado de Geriatria para Residentes.* Madrid: IM&C; 2008. p. 771-90.

20. Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Aguado C, Albert C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. *Medifam*. 2002; 12: 620-30.
21. Luis Rodrigo MT. *Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica*. 9ª ed. Barcelona: Masson; 2013.
22. Moorhead S, Johnson M, Meridean L, Maas M, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
23. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
24. NNNconsult [sede Web]. Barcelona: Elsevier; Noviembre 2012 -[actualizada el 7 de mayo de 2015; acceso 20 de mayo 2015]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
25. García FP, Soldevilla JJ, Pancorbo PL, Verdú J, López P, Rodríguez M. *Prevención de las úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº1. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas*. 2ª ed. Logroño: GNEAUPP; 2014
26. Ersser SJ, Getliffe K, Voegeli D, Regan S. A critical review of the inter-relationship between skin vulnerability and urinary incontinence and related nursing intervention. *Int J Nurs Stud*. 2005 Sep;42(7):823-35. Citado en PubMed PMID: 16084927.
27. Held E, Lund H, Agner T. Effect of different moisturizers on SLS-irritated human skin. *Contact dermatitis*. 2001 Apr;44(4):229-34. Citado en PubMed PMID: 11260239.
28. Soldevilla JJ. *Cuidados en situaciones de dependencia: las úlceras por presión*. En: Giró J, coordinador. *Envejecimiento, salud y dependencia*. Logroño: Universidad de la Rioja; 2005. p. 189-204.
29. García F, Montalvo M, García A, Pancorbo P, García F, González F, et al. *Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2008.

30. Berioso V. Who is turning the patients? J Wound Ostomy Continence Nurs. 2011 Nov-Dec;38(6):619. Citado en PubMed PMID: 22101795.
31. Jan YK, Brienza DM, Boninger ML, Brenes G. Comparison of skin perfusion response with alternating and constant pressures in people with spinal cord injury. Spinal Cord. 2011 Jan; 49(1):136-41. Citado en PubMed PMID: 20514054.
32. Torra JE, Rueda J, Cañames G, Herrero E, Blanco J, Ballester J, et al. Úlceras por presión en los talones. Estudio comparativo entre el vendaje protector y un apósito hidrocélular con forma especial para talones. Rev Rol Enf. 2002;25(5):371-6.
33. Verdú Soriano J. Apósitos hidrocélulares para heridas de diversa etiología. Rev Rol Enf. 2003;26(5):347-52.
34. Peterson MJ, Schwab W, van Oostrom JH, Gravenstein N, Caruso LJ. Effects of turning on skin-bed interface pressures in healthy adults. J Adv Nurs. 2010 Jul; 66(7): 1556-64. Citado en PubMed PMID: 20497272.
35. Pancorbo PL, Garcia FP. Factores de riesgo de aparición de úlceras por presión en ancianos hospitalizados. [Risk factors for the development of pressure ulcers among hospitalized elderly patients]. Gerokomos (Madrid). 2001; 12(4):175-84.
36. Verdú J, Perdomo E. Nutrición y Heridas Crónicas. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP Nº XII Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2011.
37. Little MO. Nutrition and skin ulcers. Current opinion in clinical nutrition and metabolic care. 2013 Jan;16(1):39-49. Citado en PubMed PMID: 23222706.
38. Dorner B, Posthauer ME, Thomas D, National Pressure Ulcer Advisory P. The role of nutrition in pressure ulcer prevention and treatment: National Pressure Ulcer Advisory Panel white paper. Adv Skin Wound Care. 2009 May;22(5):212-21. Citado en PubMed PMID: 19521288.
39. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory. Prevention and treatment of pressure ulcers. Washington DC: Panel NPUA; 2009.

40. Banks MD, Graves N, Bauer JD, Ash S. Cost effectiveness of nutrition support in the prevention of pressure ulcer in hospitals. *European journal of clinical nutrition*. 2013 Jan;67(1):42-6. Citado en PubMed PMID: 23047712.
41. Serrano P. Trabajo Fin de Grado en Ciencias de la Salud. 1ª ed. Madrid: Grupo Paradigma; 2012.
42. Alfaro-Lefevre, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
43. Jonson M, Bulechek G, Bulchar H. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Barcelona: Elsevier; 2007.

ANEXOS

- ANEXO I. Compromiso de confidencialidad.



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/D^a, de años de edad y con D.N.I.:
....., manifiesta que ha sido informado/a por D/D^a
....., con D.N.I.: y alumno/a de la
Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia, sobre el estudio que va a realizar, para el desarrollo
de un Trabajo de la asignatura:....., titulado:
.....

- Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme de dicho estudio cuando quiera y sin dar explicaciones.
- He sido informado/a, también, de que mis datos personales serán tratados de manera anónima y confidencial. (no serán utilizados mis datos personales)
- Recibo una copia de este formulario.

Tomando todo ello en consideración, otorgo mi consentimiento para la participación en dicho estudio.

Palencia, a de de 2014

Firma del participante o representante

Firma del alumno

- **ANEXO II. Valoración según dominios NANDA.**

1. Promoción de la salud

La paciente presenta enfermedades crónicas pero ninguna de ellas resulta invalidante.

Necesita ayuda para la administración de su tratamiento farmacológico habitual en el domicilio, que consta de:

- Optovite Vit B12 vía intramuscular (mensual)
- Analgésico: Paracetamol 1g vía oral.
- Diurético: Torasemida vía oral.
- Antidiabético: Metformina 850 mg vía oral.
- Bloqueante de los canales de Calcio: Verapamilo 240 mg vía oral.
- Antihipertensivo: Exforge/ hidroclorotiazida 5mg/160mg vía oral.

La paciente verá cambiado su régimen de vida debido a la estancia hospitalaria. En la residencia tenía una dieta túrmix, pero tras el ingreso se considera establecer una dieta pastosa odontológica.

2. Nutrición

Su peso es de 65 kg. La talla es de 164 cm, por lo que su índice de masa corporal corresponde a 24,17 lo que equivale a un peso normal.

Se indica una dieta pastosa odontológica, que consta de gelatina o agua con espesante (200cc en cada comida) para administrar la medicación machacada. En ocasiones no muestra apetito y muchas veces tarda en digerir los alimentos.

Posee dentadura postiza, pero no se la pone y se alimenta con ayuda parcial. Tras la comida los familiares insisten en la higiene bucal diaria.

En cuanto a su hidratación, la paciente requiere terapia intravenosa durante su estancia hospitalaria, por lo que presenta una vía venosa periférica en la extremidad superior derecha mediante la cual se administran diariamente 300 ml de terapia antibiótica. No presenta signos de deshidratación ni sobrehidratación.

Se administra el Mini Nutritional Assessment para valorar el estado nutricional con un resultado de 18, indicando riesgo de malnutrición.

3. Eliminación

a) Intestinal: Su ritmo intestinal antes del ingreso hospitalario era de tres deposiciones diarias mientras que durante el ingreso hospitalario, de dos deposiciones. Muestra incontinencia total. Precisa medidas auxiliares (pañal mediano).

b) Urinaria: Presenta alteración urinaria, ya que es incontinente total, siendo portadora de sonda vesical para llevar a diario un control de diuresis. La sonda vesical es de látex de 16 CH con dos luces, situada en vejiga. Orina 2400cc al día.

4. Actividad-reposo

La paciente presenta un grado de inmovilidad parcial necesitando dispositivos de ayuda mecánica para la traslación cama-sillón (andador).

Es necesario que los desplazamientos tanto en régimen hospitalario como en domicilio se lleven a cabo con ayuda parcial de otra persona.

Mantiene reposo en cama realizándose cambios posturales y levantándose al sillón una vez por la mañana y otra por la tarde durante un tiempo de dos horas, según tolerancia.

En la vida diaria la paciente no suele sentirse agotada. Precisa ayuda parcial para vestirse.

Normalmente está acompañada por los hijos la mayoría de tiempo.

La paciente tiene un patrón de sueño regular aproximadamente de 8 horas diarias, además de dormir siesta tras la comida. No presenta dificultad para conciliar el sueño por las noches por lo que no requiere medicación para dormir.

La frecuencia cardíaca es de 120 pulsaciones por minuto y su saturación de oxígeno corresponde a 85%, lo que equivale a una frecuencia cardíaca alta y una saturación baja debido a su situación, precisando gafas nasales.

Su tensión arterial es 147/76 mmHg y su temperatura es de 36,9 °C. Todas estas constantes vitales han sido tomadas al ingreso a las 8:30 horas.

La frecuencia respiratoria es de 19-20 crpm. Presenta tos, pero no consume tabaco.

Su glucemia capilar basal es de 283 mg/dL, estando su valor fuera de la normalidad.

No presenta cianosis ni varices, pero sí edemas.

Necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

5. Cognición-percepción.

La paciente muestra una alteración en la movilidad, ya que no puede deambular debido a su edad avanzada y su estado físico.

Muestra alterado su nivel de conciencia, ya que parece estar orientada en persona, pero no en tiempo y espacio.

No consume tóxicos, además de no presentar conductas agresivas.

Su idioma actual es el castellano. Comprende preguntas y órdenes sencillas sin presentar alteraciones en el habla y en la expresión. No es analfabeta, ya que sabe leer y escribir, y no presenta problemas en el aprendizaje.

La paciente comenta que antes del ingreso tenía como afición ver telenovelas después de las comidas.

Se evalúan el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo para valorar el estado cognoscitivo de la paciente, con una puntuación de 13, mostrando deterioro cognitivo y Test de Yesavage, para valorar la depresión, con un resultado de 4, lo que no indica depresión.

6. Autopercepción.

La paciente presenta dificultad para expresar sus sentimientos, mostrando una actitud indiferente. La familia refiere habitualmente:

"-Hace unos días estaba estupenda y ahora mírala, ¡ingresada!".

7. Rol-relaciones

Tiene capacidad para relacionarse con los demás.

La mayoría del tiempo de la estancia hospitalaria está acompañada por sus familiares, quienes integran los conocimientos con facilidad y colaboran en los cuidados de la paciente activamente.

Se valora el Test de Gijón para valorar la situación social, con un resultado de 9, lo que indica que es buena.

8. Sexualidad

Dominio con datos no relevantes.

9. Afrontamiento-tolerancia al estrés.

La paciente no es consciente de su situación actual debido al deterioro cognitivo que presenta, pero sí los familiares que no aceptan el proceso debido a sus constantes preguntas habitualmente refiriendo: "No entiendo por qué la tiene que pasar a ella con lo bien que estaba, ¿todo lo malo nos va a pasar a nosotros?".

10. Principios vitales

La paciente es creyente y nos comenta que acude a misa los domingos en la residencia.

11. Seguridad-protección

Tiene unos hábitos higiénicos adecuados, precisando ayuda parcial en el aseo personal.

A diario se le asea encamado, hidratando la piel con ácidos grasos hiperoxigenados.

No presenta ninguna alteración tisular. Tiene un buen estado de la piel sin exceso de humedad en las zonas con más riesgo, como son la zona perianal o perigenital y los pliegues cutáneos entre otros. Mantiene una buena coloración y temperatura corporal de la piel, sin eritemas sobre las zonas en las que hay prominencias óseas.

Como medidas de seguridad requiere barras laterales en la cama para evitar caídas y como dispositivo de ayuda mecánica utiliza andador para levantarse de la cama al sillón.

En ocasiones es necesario disponer de sujeciones físicas en las extremidades superiores, ya que muchas veces se retira voluntariamente la vía venosa periférica.

Se pasan distintas escalas como son la Escala de Norton, con un resultado de 13, indicando que hay riesgo de úlceras por presión, así como el Test de Braden, con una puntuación de 15, señalando riesgo de presentar las anteriores, además del

Índice de Barthel para valorar la dependencia de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, con un resultado de 25, mostrando una dependencia severa para realizar las mismas.

12. Confort

La paciente no muestra dolor. Se valora con la Escala Visual Analógica (EVA) dando una puntuación de 1, que no indica dolor.

13. Crecimiento-desarrollo

Dominio con datos no relevantes.

- ANEXO III. Índice de Barthel.

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse –

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción - valorar la situación en la semana previa –

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulaci3n

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, 3tc...) excepto andador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rselo y quit3rsela s3lo
10	Necesita ayuda	supervisi3n o peque1a ayuda f3sica (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, 3tc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisi3n f3sica o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fecha						
Puntuaci3n Total						

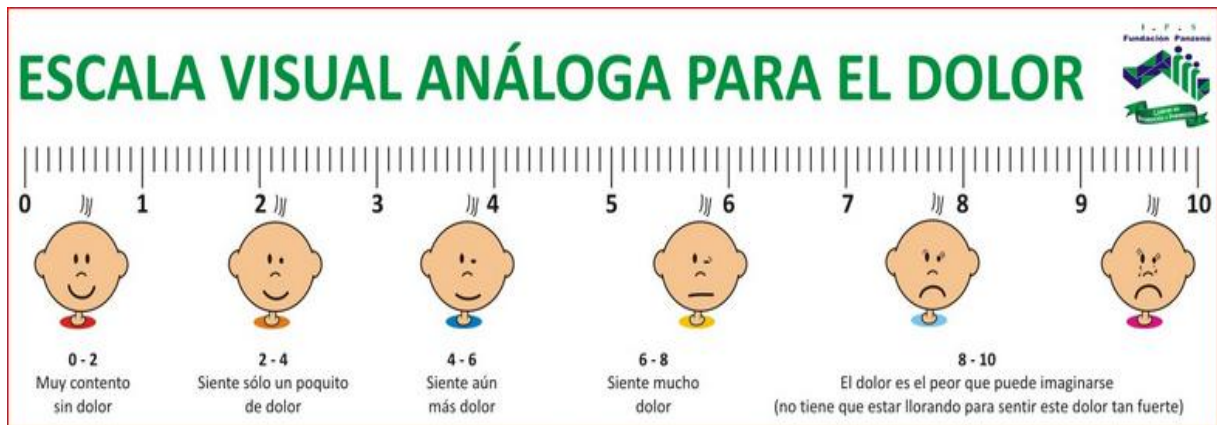
- ANEXO IV. Test de Norton.

Puntos	1	2	3	4
Estado físico general	Muy malo	Pobre	Mediano	Bueno
Incontinencia	Urinaria y fecal	Urinaria o fecal	Ocasional	Ninguna
Estado mental	Estuporoso y/o comatoso	Confuso	Apático	Alerta
Actividad	Encamado	Sentado	Camina con ayuda	Ambulante
Movilidad	Inmóvil	Muy limitada	Disminuida	Total

- ANEXO V. Test de Braden.

Puntos	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
Humedad	Constantemente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente	-----

- ANEXO VI. Escala Visual Analógica (EVA).



- ANEXO VII. Escala de Gijón.

A. Situación familiar	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
B. Situación económica	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
C. Vivienda	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
D. Relaciones sociales	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
E. Apoyo de la red social	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
PUNTUACIÓN TOTAL	

• ANEXO VIII. Mini Nutritional Assessment.

TEST DE CRIBAJE		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?	0	Anorexia grave
	1	Anorexia moderada
	2	Sin anorexia
B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)	0	Pérdida de peso > 3 kg
	1	No lo sabe
	2	Pérdida de peso entre 1 y 3kg
	3	No ha habido pérdida de peso
C. Movilidad	0	De la cama al sillón
	1	Autonomía en el interior
	2	Sale del domicilio
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos tres meses?	0	Si
	1	No
E. Problemas neuropsicológicos	0	demencia o depresión grave
	1	demencia o depresión moderada
	2	sin problemas psicológicos
F. Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla) ² en kg/m ²)	0	IMC < 19
	1	19 < ó = IMC < 21
	2	21 < ó = IMC < 23
	3	IMC > ó = 23
G. ¿El paciente vive independiente en su domicilio?	0	No
	1	Si
H. ¿Toma más de 3 medicamentos al día?	0	Si
	1	No
I. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?	0	Si
	1	No
J. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (Equivalentes a dos platos y postre)	0	1 comida
	1	2 comidas
	2	3 comidas
K. ¿Consume el paciente... (Si o no) <ul style="list-style-type: none"> • productos lácteos al menos una vez al día? • huevos o legumbres 1 ó 2 veces a la semana? • carne, pescado o aves, diariamente? 	0	0 ó 1 Sies
	0,5	2 Sies
	1	3 Sies
	1	3 Sies
L. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?	0	No
	1	Si
M. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (Agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza)	0	Menos de 3 vasos
	0,5	De 3 a 5 vasos
	1	Más de 5 vasos
N. Forma de alimentarse	0	Necesita ayuda
	1	Se alimenta solo con dificultad
	2	Se alimenta solo sin dificultad
O. ¿Considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales)	0	Malnutrición grave
	1	No lo sabe o malnutrición moderada
	2	Sin problemas de nutrición
P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud?	0	Peor
	0,5	No lo sabe
	1	Igual
	2	Mejor
Q. Circunferencia braquial (CB en cm)	0	CB < 21
	0,5	21 ≤ CB ≤ 22
	1	CB > 22
	1	CB > 22
R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)	0	CP < 31
	1	CP ≥ 31
Puntuación Total (Global)		

- **ANEXO IX. Mini examen cognoscitivo de Lobo.**

Paciente.....Edad.....

Ocupación.....Escolaridad.....

Examinado por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

- Digame el día.....fechaMes.....Estación.....Año..... (5 puntos)
- Digame el hospital (o lugar).....
- planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... (5 puntos)

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) (3 puntos)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

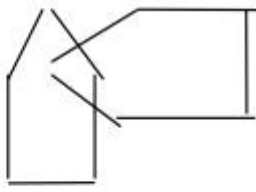
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? (5 puntos)
- Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás (3 puntos)

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes ? (3 puntos)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj (2puntos)
- Repita esta frase : En un trigal había cinco perros (1 punto)
- Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ? (2 puntos)
¿qué son el rojo y el verde ?
- ¿Que son un perro y un gato ? (1 punto)
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)
- Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS (1punto)
- Escriba una frase (1 punto)
- Copie este dibujo (1 punto)



- ANEXO X. Test de Yesavage.

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		