



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2017–2018

Trabajo Fin de Grado

CALIDAD DE VIDA DE UN PACIENTE INSTITUCIONALIZADO CON ÚLCERAS POR PRESIÓN (CASO CLÍNICO)

Alumna/o: Estefanía de la Calle Esteban

Tutora: D^a. Noema Estébanez Villar

Junio, 2018

ÍNDICE

1. Resumen.....	1
2. Abstract.....	2
3. Introducción.....	3
3.1 Calidad de vida.....	3
3.2 Calidad de vida relacionada con la salud.....	4
3.3 Instrumentos de medición.....	5
3.4 Esquizofrenia paranoide.....	7
3.5 Úlceras por presión.....	7
3.6 Epidemiología.....	8
3.7 Mortalidad y morbilidad.....	10
4. Justificación.....	11
5. Objetivos.....	12
6. Material y Métodos.....	13
6.1 Descripción del caso clínico.....	15
6.2 Proceso de atención de enfermería.....	16
6.3 Valoración por dominios NANDA.....	16
6.4 Diagnósticos NANDA.....	18
6.5 Guía de intervenciones.....	23
7. Resultados.....	28
8. Discusión.....	34
8.1 Conclusiones	36
9. Bibliografía.....	37
10. Anexos.....	41

1. RESUMEN

Introducción: Las heridas crónicas son un importante problema de salud por su impacto epidemiológico, económico y social. Representan un reto para los profesionales de la salud, por su etiología y por su curso. Identificar el nivel de ansiedad y depresión en personas adultas con heridas crónicas, permitiría abordar de forma integral el componente físico y emocional contribuyendo favorablemente en la calidad de vida de estas personas.

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud ha mostrado su utilidad en la investigación, en la práctica clínica, en la evaluación de los servicios sanitarios y en salud pública, lo que permite en gran medida contribuir a mejorar la gestión del cuidado.

Objetivo: Diseñar un Procedimiento de Atención Enfermera para mejorar la calidad de vida de un paciente que sufre úlceras por presión.

Metodología: El diseño empleado es el de un caso clínico realizado durante el Prácticum III, en el Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias de Palencia. Se elabora un plan de cuidados que nos ayude a mejorar la calidad de vida de una persona con úlceras por presión en ambos talones. Se realiza una valoración inicial por dominios NANDA, apoyándose en distintas escalas, usando la taxonomía NANDA – NOC – NIC. Se detalla una guía de las diferentes intervenciones realizadas con el paciente, apoyada por fotografías.

Resultados: Tras realizar las intervenciones con el paciente, se alcanzan el 78% de los objetivos propuestos, no consiguiéndose el 22% de los objetivos iniciales en el tiempo establecido, quedando en un nivel inferior al deseado.

Discusión y conclusiones: Los resultados de este caso clínico demuestran que, gracias a la realización de diferentes intervenciones con el paciente durante este tiempo, y a su colaboración, se ha logrado una gran mejoría de su calidad de vida.

Palabras clave: Úlceras por presión, calidad de vida, institucionalización.

2. ABSTRACT

Introduction: Chronic wounds are an important health problem due to their epidemiological, economic and social impact. They represent a challenge for health professionals, due to their etiology and their course. To identify the level of anxiety and depression in adults with chronic wounds, it would be possible to comprehensively address the physical and emotional component, contributing favorably to the quality of life of these people.

The measurement of the quality of life related to health has shown its usefulness in research, in clinical practice, in the evaluation of health services and in public health, which greatly helps to improve the management of care.

Objective: Design a Nurse Care Procedure to improve the quality of life of patients suffering from pressure ulcers.

Methodology: The design used is that of a clinical case carried out during the Practicum III, at the Sociosanitario Sisters Hospitalarias de Palencia. A care plan is developed to help us improve the quality of life of a person with pressure ulcers on both heels. An initial assessment was carried out by NANDA domains, based on different scales, using the NANDA - NOC - NIC taxonomy. A guide to the different interventions carried out with the patient, supported by photographs, is detailed.

Results: After having carried out the interventions with the patient, 78% of the proposed objectives were achieved, not achieving 22% of the initial objectives in the proposed time, remaining at a lower level than desired.

Discussion and conclusions: The results of this clinical case show that, thanks to the realization of different interventions with the patient during this time, and their collaboration, a great improvement in their quality of life has been achieved. From this it follows that the role of nursing is very important.

Key words: Pressure ulcers, quality of life, institutionalization.

3. INTRODUCCIÓN

3.1 Calidad de vida

En la actualidad, la atención sanitaria no se centra tanto en la cantidad de años que vivimos, si no en la calidad de vida que tenemos durante nuestros años de vida.

La humanidad se ha interesado por la calidad de vida desde tiempos inmemorables. Este concepto ya estaba presente en la época de los antiguos griegos.¹

En 1948, la OMS definió la salud como un *completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.*

Con el tiempo esta idea fue evolucionando y fue en 1994 cuando la OMS define el concepto de **calidad de vida** como la *“percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, sus expectativas, patrones y preocupaciones”.*²

En un principio, el interés por el término calidad de vida comienza a hacerse visible durante los debates públicos en los que se preocupaban por el medio ambiente y por la disminución de las condiciones de vida a consecuencia de la industrialización de la sociedad.

Es a mediados de los años 70 y en la década de los 80, cuando se desarrollan y se pretenden mejorar los indicadores sociales, lo cual va a provocar la diferenciación entre éstos y la calidad de vida. Este concepto comenzará a verse como un término integrador que abarca todas las áreas de la vida (multidimensional) y que hace referencia, tanto a los aspectos subjetivos, como a los objetivos.

En la década de los 80 comienza el despegue definitivo de la investigación en torno a la calidad de vida. En este periodo se incluye este concepto en el ámbito de los retrasos mentales y otras deficiencias, logrando así que las personas que lo padecieran pudieran expresar sus deseos, inquietudes, metas... y ayudándolos a tener mayor poder de decisión.³

Este término es muy amplio y subjetivo, ya que cada uno tenemos una visión diferente de lo que es la calidad de vida, dependiendo de nuestros sentimientos y percepciones. Si preguntamos a diferentes personas sobre lo que entienden por calidad de vida, obtendremos diferentes respuestas, según la vida de cada una de ellas.

Es un concepto a tener muy en cuenta tanto en los pacientes que sufren úlceras por presión, como en las personas encargadas de cuidarlos, ya sean profesionales sanitarios o sus cuidadores principales, dado que las heridas crónicas constituyen un problema muy importante, debido a la disminución de la calidad de vida que supone para ellos.⁴

3.2 Calidad de vida relacionada con la salud

Aunque muchos autores no hacen distinción con el término calidad de vida general, el concepto de **calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)** se instauró en el ámbito sanitario con el fin de que el bienestar de los pacientes fuera considerado un aspecto importante.

La CVRS se entiende como *“el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud”*.⁽⁵⁾

Esta definición es muy útil para describir el impacto que tiene la enfermedad en los pacientes, y también para evaluar si los tratamientos que reciben están beneficiando o no su calidad de vida.

3.3 Instrumentos de medición

Para poder medir la CVRS, al incluir todos los aspectos de la persona, tanto subjetivos como objetivos, la hay que descomponer en partes más sencillas, para evaluarla de una manera correcta y real. Estos dominios más sencillos son los que se incluyen en las escalas de valoración y están relacionados con aspectos como la autoestima, la salud, la satisfacción con la vida, el bienestar físico y psicológico o su posición socioeconómica.

Estos instrumentos de valoración de la CVRS pueden ser genéricos o específicos o áreas de funcionamiento como, por ejemplo, el dolor.^{1,5,6}

La relación entre la CVRS y las heridas crónicas se puso de manifiesto en el Congreso del GNEAUPP y EWMA celebrado en 2002 en Granada.¹

Para medir la CVRS de pacientes con heridas crónicas, concretamente UPP, los instrumentos deben tener en cuenta tanto aspectos propios de esta patología como son el dolor y la limitación de su movilidad, así como la percepción que tienen de ellos mismos, los aspectos sociales y emocionales.

El manejo óptimo del dolor es una parte esencial del papel de enfermería. En pacientes con este tipo de úlceras se puede ver un aumento de la sensibilidad al dolor, ya que estímulos que en principio no deben suponer dolor, como es el cambio de apósito de la herida, les supone un gran sufrimiento.⁷

Existen instrumentos de tipo **genérico** para la medición de la CVRS en pacientes con heridas crónicas.^{1,6}

Uno muy utilizado es el Euro Quality of Life 5 dimensions (EuroQol o EQ – 5D), en el cual se evalúan cinco dimensiones del estado de salud: Movilidad, autocuidado, la capacidad para llevar a cabo las actividades básicas, el dolor,

la ansiedad y la depresión. Los entrevistados describen su salud en cada una de las dimensiones, en tres niveles: Sin problemas, moderados o graves. Las respuestas clasifican a los pacientes en uno de los 243 posibles estados de salud excluyentes. ¹

El Cuestionario de Salud SF-36 es otra herramienta genérica para la medición de la CVRS en pacientes con HC. Su primera versión se desarrolló en 1992 en EE.UU y valora la capacidad funcional, el dolor, el estado general de salud, la vitalidad, aspectos sociales, emocionales y de salud mental. Es uno de los cuestionarios que más se utilizan por la sencillez de sus respuestas, y tiene la ventaja de que se puede aplicar en varias enfermedades y poblaciones mundiales. También está validado en España.

Tiene otras dos versiones simplificadas, el SF-12 y el SF-8, las cuales sólo hacen referencia a la última semana de vida del paciente, mientras que la versión estándar lo hace de las cuatro últimas semanas.

No existen instrumentos de **tipo específico** para medir la CVRS en personas que sufren úlceras por presión en concreto, pero sí para medirla específicamente en personas con heridas crónicas. Este es el Cardiff Wound Impact Schedule (CWIS). Se trata de 28 preguntas que valoran síntomas físicos y de la vida diaria, la vida social y el bienestar. Su validez y fiabilidad está confirmada con pruebas psicométricas positivas. Este instrumento ha sido validado y traducido en Portugal, Alemania, Francia y al inglés de EE.UU. ¹

Las úlceras por presión (UPP) son un problema cada vez más visible. Debido a la alta prevalencia de este tipo de heridas crónicas en pacientes institucionalizados, es necesario evaluar no sólo dichas heridas, si no también la calidad de vida de los pacientes que las sufren, ya que influyen de manera negativa en ella y en la autoestima de estas personas. ⁷

Si además de las úlceras por presión que tiene este paciente institucionalizado en concreto, le sumamos su patología de base, todavía se ve aún más disminuida su calidad de vida.

3.4 Esquizofrenia paranoide

Es un subtipo de esquizofrenia que se caracteriza en que el paciente presenta preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes. Además, el paciente no presenta lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, y tampoco afectividad aplanada o inapropiada.⁸

En líneas generales, los pacientes que sufren esta enfermedad mental, tienen una esperanza de vida menor que el resto de la población. Esto se debe a las enfermedades metabólicas y cardiovasculares que padecen relacionadas con la enfermedad, al tratamiento antipsicótico y a su estilo de vida.⁹

3.5 Úlcera por presión

Las úlceras por presión son un problema ya existente desde el principio de la historia, ya que se tiene constancia de papiros del año 1550 a.C.

Hoy en día son muchas las definiciones existentes para este término:

La primera definición de UPP fue dada por John Sea en 1975, quién las describía como *“cualquier lesión provocada por una presión ininterrumpida que provoca lesión del tejido subyacente”*.¹¹

La definición que más se acerca al concepto de úlcera por presión, es la de MJ. Almendariz, la cual dice que 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*.¹²

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión (GNEAUPP) define las UPP como: *“Una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos”*.¹¹

A día de hoy se estima que el 95% de las úlceras por presión son evitables. Esto sería posible siguiendo una serie de indicaciones como cambios posturales frecuentes, utilizar productos que podrían prevenir este tipo de lesiones, como los ácidos grasos hiperoxigenados.^{1,13}

La OMS considera las UPP como un indicador de calidad asistencial.

3.6 Epidemiología

El GNEAUPP ha ido realizando diversos estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de las úlceras por presión en España, desde su creación en 1994, con el fin de hacer visible el impacto de éstas, ya que consideraron *“que las úlceras por presión, lejos de ser un proceso banal, inevitable o silente, son un problema de salud de primer orden a nivel mundial”*.¹⁴

En 1999 realizaron el primer estudio piloto en La Rioja, y desde 2001 hasta 2013 han sido cuatro los estudios epidemiológicos nacionales que han llevado a cabo, durante los años 2001, 2005, 2009 y, el último, en 2013.^{15,16,17,18}

El primer estudio nacional realizado en 2001, muestra una prevalencia de las UPP de 7.6% en pacientes de centros sociosanitarios españoles, frente al 8.81% en hospitales.¹⁵

En el segundo, en 2005, la prevalencia en centros sociosanitarios fue del 10.9%, en comparación con la de centros hospitalarios que fue de 8.91%.¹⁶

En 2009, cuando se realizó el tercer estudio nacional epidemiológico, la prevalencia de UPP en centros sociosanitarios fue del 6.3% y de 7.2% en hospitales y, en el último, realizado en 2013, los datos de prevalencia en centros sociosanitarios fueron del 13.41% frente al 7.87% en los hospitales españoles.^{17,18}

Por tanto, a través de ellos, podemos ver que la prevalencia de UPP en los centros sociosanitarios ha ido aumentando, alcanzando el máximo porcentaje en 2013, con un 13.41%. El único descenso de prevalencia en estos centros se puede apreciar del año 2005 al 2009, cuando descendió de 10.9% al 6.3%, es decir, un 4.6% menos.^{15,16,17,18}

Actualmente se están recogiendo datos para realizar el 5º estudio epidemiológico de prevalencia de UPP en España.¹⁹

A partir de los resultados obtenidos de estos estudios, podemos ver reflejada la evolución de las cifras de prevalencia de UPP en España en la siguiente gráfica:

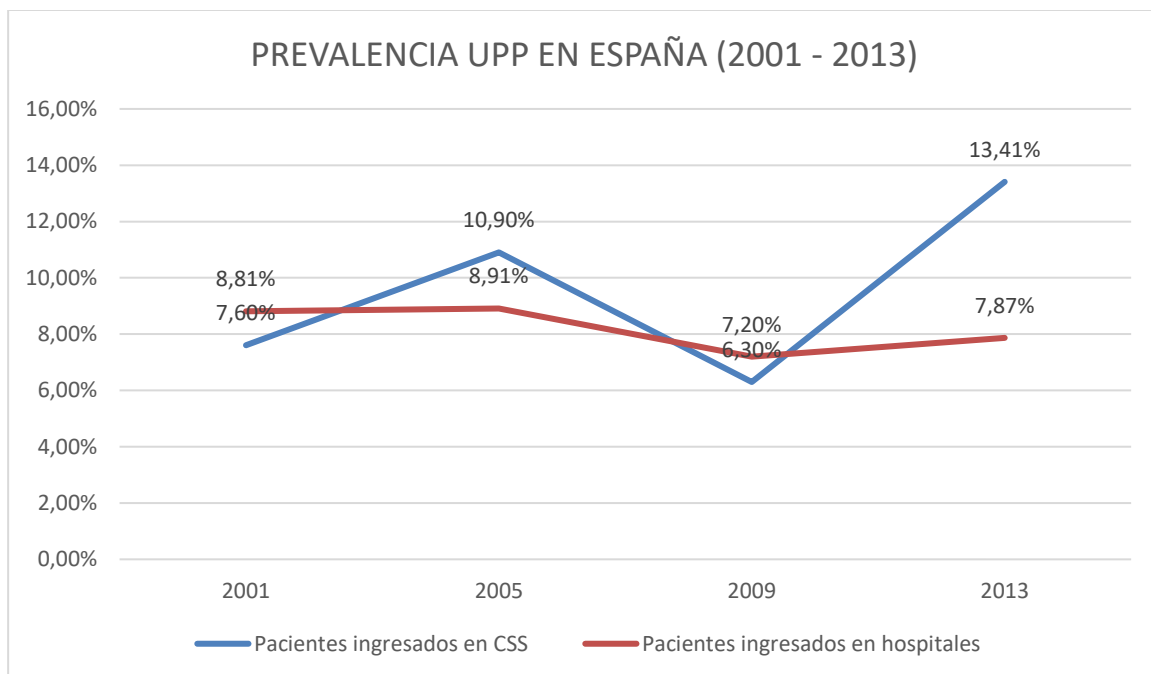


Gráfico I: Elaboración a partir de los resultados obtenidos de los cuatro estudios epidemiológicos realizados por la GNEAUPP^{15,16,17,18}

3.7 Mortalidad y morbilidad

Se conoce la gravedad de las complicaciones de las UPP, ya que aumentan la morbimortalidad de las personas que las sufren, teniendo una gran repercusión en su calidad de vida.

Estudios de EE. UU han asociado las UPP con un riesgo de muerte de 2 a 4 veces superior en personas de avanzada edad. Esta tasa se vería aumentada hasta 6 veces si durante la cicatrización aparecieran complicaciones. ²⁰

Este dato es aún más relevante cuando quienes padecen UPP son pacientes institucionalizados. ²¹

En 2003 fue publicado un estudio realizado por Verdú et al sobre la mortalidad de las úlceras por presión como causa básica de defunción en España desde el año 1987 hasta el 1999 en personas mayores de 65 años. Según este estudio durante el intervalo de años anteriormente citado, se produjeron hasta 20 muertes por cada 100.000 habitantes en hombres y hasta 31 muertes por cada 100.000 habitantes en mujeres, dependiendo de la comunidad autónoma y del período estudiado. ²²

4. JUSTIFICACIÓN

Hay multitud de estudios acerca de la repercusión sanitaria (mortalidad – morbilidad) y económica (gasto sanitario) de las heridas crónicas. Sin embargo, queda mucho por avanzar en lo que respecta a la influencia en la calidad de vida de los pacientes: Cómo afectan a nivel emocional y social o cómo repercuten en la autonomía de la persona.

Durante el desarrollo del Prácticum III en el Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias de Palencia, y dada la alta prevalencia de heridas crónicas en este tipo de centros, me pareció una buena oportunidad centrar mi Trabajo de Fin de Grado en ver de cerca cómo afectan estas lesiones a su calidad de vida y poder aprender sobre ellas, ya que como enfermeras tenemos un importante papel tanto en la prevención como en el tratamiento de este tipo de heridas, así como en ayudar al paciente a llevar una vida lo más autónoma posible.

5. OBJETIVOS

General:

- Elaborar un plan de cuidados para un paciente con úlceras por presión que nos ayude a mejorar su calidad de vida.

Específicos:

- Evaluar si, tras llevar a cabo el plan de cuidados, se han conseguido los objetivos propuestos.
- Desarrollar pautas y actividades para mejorar la calidad de vida de este paciente.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

En este Trabajo de Fin de Grado se desarrolla un caso clínico de enfermería basado en un paciente institucionalizado en un centro sociosanitario, que sufre úlceras por presión en ambos talones.

La selección del paciente se realizó de forma no aleatoria, con los siguientes criterios de inclusión: Paciente institucionalizado que padeciera úlceras por presión en ese momento. Tras ello se solicitaron los permisos pertinentes e informados de la finalidad del trabajo

Se hizo una primera búsqueda en Google Académico de documentos y guías de práctica clínica publicados por diferentes Asociaciones y Entidades científicas, acerca de heridas crónicas y úlceras por presión, tales como la GNEAUPP.

BASES DE DATOS	ARTÍCULOS
BVS	15,29
Dialnet	9
Elsevier	20
Google Académico	10,11,13,21
PubMed	7
Revistas	6,30
Scielo	1,4,5,14,15,16,17,18,22

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

- Úlcera por presión: Pressure ulcer
- Calidad de vida: Quality life
- Institucionalización: Institutionalization

En las diferentes bases utilizadas se han combinado las palabras clave con el operador booleano “AND” para los tesauros “úlceras por presión”, “calidad de vida” e “institucionalización”.

Los criterios de inclusión para realizar la búsqueda bibliográfica para fueron: Artículos científicos que trataran la relación entre la calidad de vida y las heridas crónicas, de acceso a texto completo, en inglés y en español y de tiempo no superior a 10 años desde el año actual (2018).

Para la elaboración del caso clínico se utilizó la Herramienta Metodológica del Proceso de Atención de Enfermería. Lo primero que se hizo fue realizar la valoración al paciente, mediante una entrevista. Esta valoración es el primer paso del Proceso de Atención de Enfermería, y se realizó según los dominios NANDA^{23,27}, con la ayuda de las siguientes escalas: Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, para realizar la valoración cognitiva (ANEXO I), el Índice de Barthel, para la Valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ANEXO II) y la Escala Visual Analógica para la valoración del dolor (ANEXO III).

Tras realizar la valoración del paciente, se hallaron una serie de diagnósticos enfermeros NANDA^{24,27}. Posteriormente estos diagnósticos fueron priorizados, siendo los de mayor importancia aquellos que comprometen la vida del paciente.

A continuación, con las escalas y la valoración para cada diagnóstico se establecen una serie de objetivos a cumplir para mejorar la calidad de vida del paciente, mediante la taxonomía NOC^{25,27} y sus posteriores intervenciones para alcanzar tal fin, la clasificación de intervenciones NIC^{26,27}, ayudándome con la página online NNNconsult²⁴ y las recomendaciones de M^a Teresa Luis Rodrigo²⁸ para contextualizar los diagnósticos enfermeros.

Finalmente se realizó la evaluación de aquellos objetivos que se han cumplido y los que no, y el por qué.

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Hombre de 54 años de edad, soltero. Con estudios básicos primarios. Ingresa en el centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias de Palencia en enero del año 2004, por cuadro de esquizofrenia paranoide.

Antecedentes clínicos

- Esquizofrenia paranoide.
- Epilepsia.
- Hiperglucemia sin tratamiento dietético.
- Estreñimiento crónico.
- El paciente presenta úlceras por presión con una evolución de 5 meses.



Fotografía 1. Octubre de 2017

Antecedentes familiares

La unidad familiar del paciente está compuesta por su madre, su hermana y su hermano.

Cuando su padre fallece, el paciente pretende asumir el papel de cabeza de familia, sin aceptar ninguna otra autoridad, por lo que surgen múltiples discusiones que en muchas ocasiones acaban en altercados.

TRATAMIENTO ACTUAL

- Akinetón Retard 4 mg: 9h
- Cinitaprida 1 mg: 9-13-21 h
- Movicol sobres: 9-13-21 h
- Nemea 100 mg: 9h
- Nemea 200 mg: 21h
- Solian 400 mg: 9-21 h

6.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Para la elaboración de este paso en este caso clínico, se ha realizado la valoración al paciente según los dominios NANDA (ANEXO IV), valorando sólo aquellos que fueron relevantes para realizarlo.

La valoración se realiza junto con el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (ANEXO I), el índice de Barthel (ANEXO II) y la escala visual analógica o EVA para valorar el dolor (ANEXO III).

Esta valoración incluye los dominios que se mencionan a continuación:

6.3 VALORACIÓN POR DOMINIOS NANDA

1. Promoción de la salud: El paciente padece esquizofrenia paranoide y úlceras por presión en ambos talones debido a un brote psicótico, en el cual necesitó contención mecánica.
4. Actividad / reposo: Presenta déficit de la movilidad, debido a las úlceras que tiene en los talones. Se desplaza con silla de ruedas, por lo que tiene dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria.
5. Percepción / cognición: A veces tiene ideas delirantes, debido a su enfermedad de base, esquizofrenia paranoide.
6. Autopercepción: Presenta alteración del estado de ánimo. Muestra preocupación por el dolor que le provocan las úlceras de los talones y por la situación en la que se encuentra.
7. Rol / relaciones: Recibe visitas casi todas las tardes de su madre o hermanos, teniendo disputas frecuentemente. Con el personal sanitario normalmente se relaciona bien, aunque es muy demandante en algunas ocasiones.
8. Sexualidad: Antes de producirse las úlceras de los talones, el paciente tenía pareja. Poco a poco comenzó a distanciarse de ella. Su vida sexual se ha ido deteriorando.

9. Afrontamiento / estrés: Después de mucho pensarlo, se considera que este dominio no es valorable en este paciente, debido a su patología de base.

10. Principios vitales: Paciente católico que acude a misa siempre que puede. A veces, durante sus ratos libres, lee la biblia.

11. Seguridad / protección: Presenta dos úlceras por presión, cada una en un talón. Precisa ayuda en su aseo personal, ya que le hay que duchar en silla de ruedas, debido a la limitación de sus movimientos.

12. Confort: El paciente refiere dolor en los talones. El dolor afecta a su estado de ánimo, a su movilidad/actividad y al sueño/descanso.

6.4 DIAGNÓSTICOS NANDA

Tras una primera valoración integral del paciente, se procede a la enumeración sólo de aquellos diagnósticos enfermeros que son determinantes en el objetivo de este trabajo, priorizándolos.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS PRIORIZADOS
1. Dolor agudo relacionado con úlceras por presión en los talones.
2. Desesperanza relacionada con evolución de las heridas.
3. Trastorno de la imagen corporal relacionado con úlceras por presión.
4. Patrón sexual ineficaz relacionado con baja autoestima.
5. Déficit de actividades recreativas relacionado con cambio en el estado de salud.

[00132] DOLOR AGUDO RELACIONADO CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS TALONES. ^{23,24,27,28}

DOMINIO: 12 Confort

CLASE: 1 Confort físico

1. NOC [1605] CONTROL DEL DOLOR ²⁵

- [160504] Utiliza medidas de alivio no analgésicas: El paciente pasará de un nivel 2 (raramente demostrado) a un nivel 4 (frecuentemente demostrado) en 20 días.
- [160513] Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario: El paciente pasará de un nivel 2 (raramente demostrado) a un nivel 4 (frecuentemente demostrado), en 30 días.
- [160511] Refiere dolor controlado: El paciente pasará de un nivel 2 (raramente demostrado) a nivel 5 (siempre demostrado) en 30 días.

NIC [5900] Distracción ²⁶

- Animar al paciente a que elija la técnica de distracción deseada como escuchar música, dibujar...

- Utilizar las técnicas de distracción.
- Fomentar la participación de la familia y los allegados y enseñarles, si resulta oportuno.
- Aconsejar al paciente que practique la técnica de la distracción antes del momento necesario, si fuera posible.
- Identificar con el paciente una lista de actividades placenteras (p. ej., ejercicio, salir a pasear, baños de burbujas, hablar a los amigos o familia).

2. NOC [0208] MOVILIDAD ²⁵

- [20801] Mantenimiento del equilibrio: El paciente pasará de nivel 1 (gravemente comprometido) a nivel 5 (no comprometido) en 40 días.

NIC [5612] Enseñanza del ejercicio prescrito ²⁶

- Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito.
- Enseñar al paciente a realizar el ejercicio prescrito.
- Observar al paciente mientras realiza el ejercicio prescrito.
- Incluir a la familia, si resulta apropiado.

[00124] DESESPERANZA RELACIONADA CON EVOLUCIÓN DE LAS HERIDAS CRÓNICAS ^{23,24,27,28}

DOMINIO: 6 Autopercepción

CLASE: 1 Autoconcepto

NOC [1209] MOTIVACIÓN ²⁵

- [120903] Obtiene los recursos necesarios: El paciente pasará del nivel 2 (raramente demostrado) al nivel 4 (frecuentemente demostrado) en 30 días.
- [120905] Inicia conductas dirigidas hacia los objetivos: El paciente pasará del nivel 2 (raramente demostrado) al nivel 5 (siempre demostrado) en 30 días.

- [120915] Expresa la intención de actuar: El paciente pasará del nivel 1 (nunca demostrado) al nivel 5 (siempre demostrado) en 15 días.

NIC [5395] MEJORA DE LA AUTOCONFIANZA ²⁶

- Proporcionar información sobre la conducta deseada.
- Ayudar al paciente a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta.
- Utilizar estrategias de enseñanza que sean adecuadas a la cultura y la edad.
- Proporcionar un entorno de ayuda para aprender los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo la conducta.
- Utilizar afirmaciones convincentes positivas respecto a la capacidad del individuo de desarrollar la conducta.

[00118] TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL RELACIONADO CON ÚLCERAS POR PRESIÓN ^{23,24,27,28}

DOMINIO: 6 Autopercepción

CLASE: 3 Imagen corporal

1. NOC [1205] AUTOESTIMA. ²⁵

- [120502] Aceptación de las propias limitaciones: El paciente pasará del nivel 2 (raramente positivo) hasta el nivel 4 (frecuentemente positivo) en 15 días.
- [120511] Nivel de confianza: El paciente pasará del nivel 1 (nunca positivo) al nivel 5 (siempre positivo) en 40 días.
- [120518] Descripción de estar orgulloso: El paciente pasará del nivel 1 (nunca positivo) al nivel 5 (siempre positivo) en 40 días.

NIC [5400] Potenciación de la autoestima ²⁶

- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda.
- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, según corresponda.

- Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.

[00065] PATRÓN SEXUAL INEFICAZ RELACIONADO CON BAJA AUTOESTIMA ^{23,24,27,28}

DOMINIO: 8 Sexualidad

CLASE: 2 Función sexual

1. NOC [1212] NIVEL DE ESTRÉS ²⁵

- [121214] Trastornos del sueño: El paciente pasará del nivel 2 (sustancial) al nivel 4 (leve) en 40 días.
- [121219] Arrebatos emocionales: El paciente pasará del nivel 1 (grave) al nivel 4 (leve) en 30 días.
- [121222] Ansiedad: El paciente pasará del nivel 2 (sustancial) al nivel 5 (ninguno) en 30 días.
- [121223] Desconfianza: El paciente pasará de nivel 1 (grave) a nivel 5 (ninguno) en 30 días.

NIC [5230] Mejorar el afrontamiento ²⁶

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.

2. NOC [1200] IMAGEN CORPORAL ²⁵

- [120007] Adaptación a cambios en el aspecto físico: El paciente pasará del nivel 1 (nunca positivo) al nivel 4 (frecuentemente positivo) en 30 días.

- [120013] Adaptación a cambios corporales por lesión: El paciente pasará del nivel 1 (nunca positivo) al nivel 4 (frecuentemente positivo) en 30 días.

NIC [5270] Apoyo emocional ²⁶

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.

[00097] DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS RELACIONADO CON CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD ^{23,24,27,28}

DOMINIO: 1 Promoción de la salud

CLASE: 1 Toma de conciencia de la salud

NOC [1604] PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE OCIO ²⁵

- [160402] Sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio. El paciente pasará de nivel 2 (raramente demostrado) a nivel 4 (frecuentemente demostrado) en 15 días.
- [160411] Participa en actividades de ocio que requieren poco esfuerzo físico: El paciente pasará de nivel 1 (nunca demostrado) a nivel a 4 (frecuentemente demostrado) en 15 días.

NIC [4430] Terapia con juegos ²⁶

- Proporcionar un ambiente tranquilo que esté libre de interrupciones.
- Dar el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo.
- Proporcionar un equipo de juegos adecuado al nivel de desarrollo.

6.5 GUÍA DE INTERVENCIONES

Se establecen una serie de actividades semanales con el paciente, con el fin de que vaya mejorando su calidad de vida, ya que por todo lo que le condicionan las úlceras, ésta se ve afectada negativamente.

5 – 9 de febrero de 2018

Se analiza su historia y evolución durante estos años ingresado en el centro sociosanitario, para ver cómo se le puede abordar.

Se realiza una entrevista informal donde me presento. Consigo su atención, pero no muestra demasiado interés, ya que está encerrado en sí mismo.

12 – 16 de febrero de 2018

Consulto al paciente si tengo su aprobación para centrar mi TFG en su caso y se resuelven sus dudas. Hablamos de las actividades que podemos ir haciendo. Me comenta que le gustaría, pero que al encontrarse en la cama no tiene muchas fuerzas ni ánimo.

Comenzamos leyendo la prensa por las mañanas y comentando las noticias. Se muestra colaborador.

19 – 23 de febrero de 2018

Se implica a la familia para que realicen actividades cuando le visitan por las tardes, para mejorar la relación con los familiares y superar juntos los obstáculos. A su novia todavía no la quiere ver, ya que se avergüenza.

A parte de leer la prensa por las mañanas, se introducen actividades que requieren más esfuerzo por su parte, como pintar y dibujar.



Fotografía 2. 20 de febrero de 2018

26 de febrero – 2 de marzo de 2018

El paciente comienza a referir que se siente más útil y contento consigo mismo, y que su vida comienza a recobrar algo de sentido.

Se comienzan ejercicios para aumentar la movilidad, ya que pasa demasiado tiempo en la cama y está perdiendo masa muscular. Pasa más tiempo sentado en la silla y no tanto en la cama, como las semanas anteriores.

Hacemos juegos y actividades con la tablet del centro y se siente muy contento de aprender a manejarla.



Fotografía 3. 2 de marzo de 2018

5 – 9 de marzo de 2018

El paciente expresa sus deseos de hacer cosas nuevas y muestra una actitud más positiva. Le gusta escribir poesía, aunque dice que hace mucho tiempo que no escribe nada. Le animo a que lo haga y acepta.

En esta semana se introducen actividades en grupo, como jugar al parchís para que vuelva a interactuar con los demás. Se muestra contento, aunque todavía le cuesta expresarse con sus compañeros.

12 – 16 de marzo de 2018

Le propongo verse con su novia, ya que va teniendo más confianza consigo mismo y acepta. Poco a poco van recuperando la confianza y gracias a eso el paciente se siente más motivado aún. Ella se involucra mucho en las actividades que realizamos.

Paralelamente se está consiguiendo que las heridas vayan cicatrizando, gracias a que no pasa tanto tiempo tumbado y a los ejercicios diarios. Poco a poco consigue apoyar los dos talones en el suelo.

19 – 23 de marzo de 2018

Hacemos una sesión en la que el paciente me explica todo lo que está sintiendo durante estas semanas, y aquello que está mejorando.

Me comenta que está notando muchos cambios favorables y que esto tenía que haber empezado a hacerlo antes. Reconoce que la relación con su familia y su novia está mejorando. Le felicito por todo lo que está colaborando.

26 – 29 de marzo de 2018

Hacemos una sesión grupal donde vemos una película para comentarla después. Él se muestra emocionado por todo el tiempo que hacía que no realizaba este tipo de actividades, ya que se negaba a salir de su habitación.

Después la comentamos entre todos y respeta los turnos, dejando participar a los demás, cosa que antes le costaba mucho ya que se ponía muy nervioso.

Tras los ejercicios de estas semanas, se ve una notable mejoría en los movimientos del paciente, que ya consigue mantenerse de pie.

Se realizan unos talleres sobre educación para la salud, donde le hablo de la importancia de la higiene y la hidratación para evitar úlceras por presión.



Fotografía 4. 27 de marzo de 2018



Fotografía 5. 28 de marzo de 2018

2 de abril de 2018

Vuelvo al centro para comprobar cómo evoluciona el paciente, que consigue volver a caminar, aunque despacio. Esto ha hecho que su autopercepción haya cambiado muy positivamente, lo cual ha producido grandes cambios respecto a su relación con sus compañeros, con los profesionales, con su novia y sus familiares. Su novia y él han retomado su relación y pasan mucho tiempo juntos, lo cual hace que invierta menos tiempo pensando en sus heridas.



Fotografías 6,7. 2 de abril de 2018

7. RESULTADOS

De los dieciocho objetivos propuestos para la consecución del Caso Clínico, catorce se han logrado plenamente, y cuatro de ellos no se han conseguido, quedando un nivel inferior al propuesto al principio.



Gráfico II: Resultados a nivel general

DOLOR AGUDO RELACIONADO CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

Tabla 1. Resultados del primer diagnóstico enfermero			
NOC 1	Nivel Inicial	Nivel Final	Nivel conseguido
[160504] Utiliza medidas de alivio no analgésicos	2	4	4
[160513] Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario	2	4	4
[160511] Refiere dolor controlado	2	5	4
NOC 2			
[20801] Mantenimiento del equilibrio	1	5	5

GRÁFICO III: RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO DOLOR AGUDO RELACIONADO CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

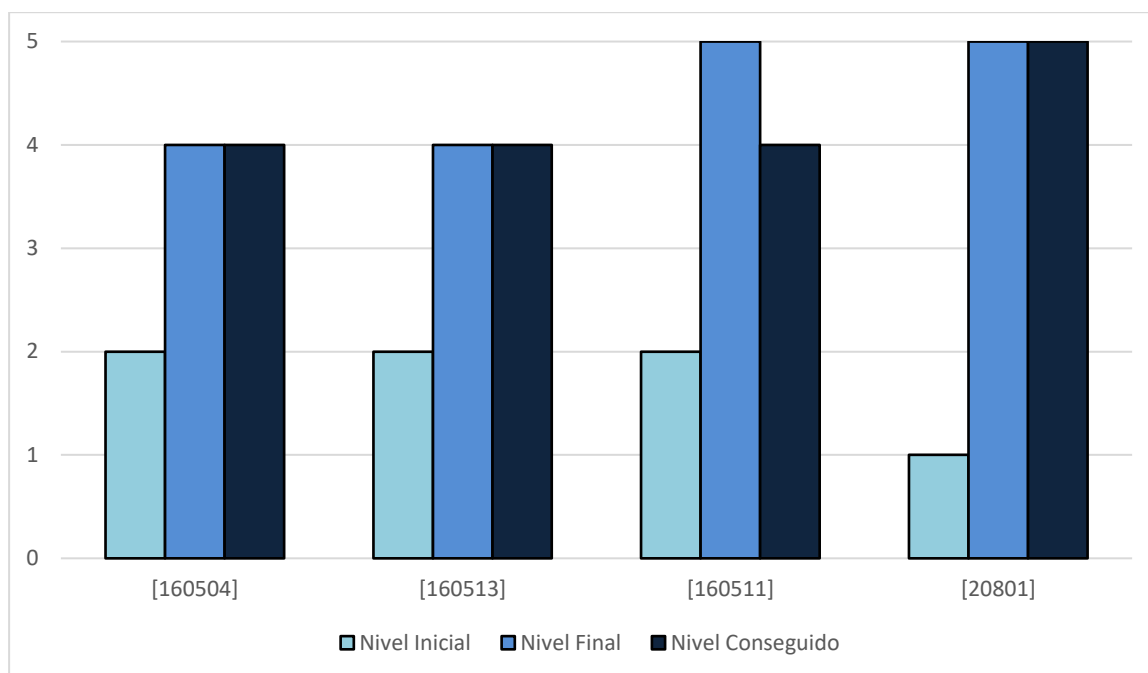


Gráfico III. Resultados obtenidos del primer diagnóstico enfermero

DESESPERANZA RELACIONADA CON EVOLUCIÓN DE LAS HERIDAS

Tabla 2. Resultados del segundo diagnóstico enfermero			
NOC 1	Nivel Inicial	Nivel Final	Nivel conseguido
[120903] Obtiene los recursos necesarios	2	4	4
[120905] Inicia conductas dirigidas hacia los objetivos	2	5	5
[120915] Expresa la intención de actuar	1	5	5

GRÁFICO IV: RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO DESESPERANZA RELACIONADA CON EVOLUCIÓN DE LAS HERIDAS

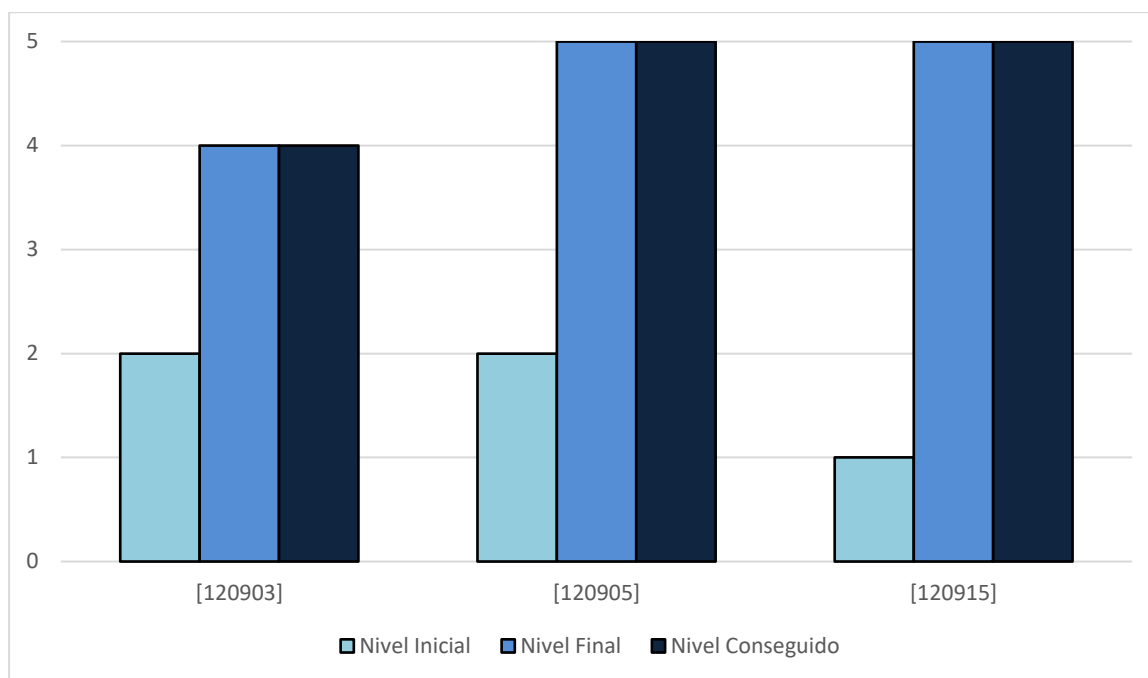


Gráfico IV. Resultados obtenidos del segundo diagnóstico enfermero

TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

NOC 1	Nivel Inicial	Nivel Final	Nivel conseguido
[120502] Aceptación de las propias limitaciones	2	4	4
[120511] Nivel de confianza	1	5	4
[120518] Descripción de estar orgulloso	1	5	5

GRÁFICO V: RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL RELACIONADO CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

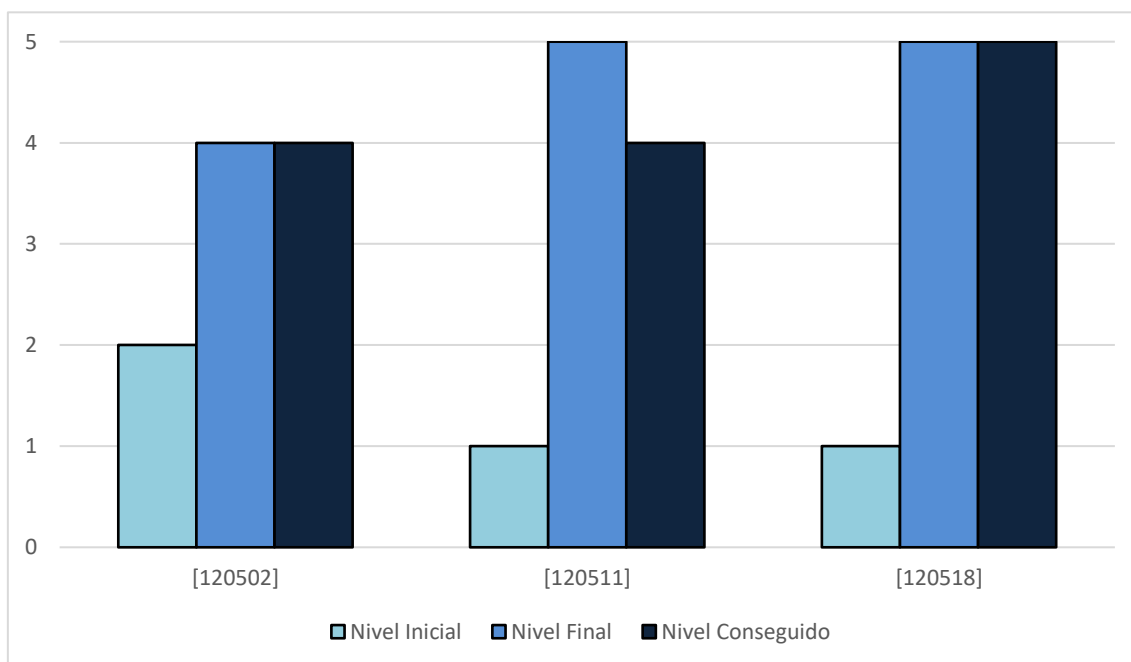


Gráfico V. Resultados obtenidos del tercer diagnóstico enfermero

PATRÓN SEXUAL INEFICAZ RELACIONADO CON BAJA AUTOESTIMA

Tabla 4. Resultados del cuarto diagnóstico enfermero			
NOC 1	Nivel Inicial	Nivel Final	Nivel conseguido
[121214] Trastornos del sueño	2	3	3
[121222] Ansiedad	2	5	4
[121223] Desconfianza	1	5	5
[121219] Arrebatos emocionales	1	4	3
NOC 2			

[120007] Adaptación a cambios en el aspecto físico	1	4	4
[120013] Adaptación a cambios corporales por lesión	1	4	4

GRÁFICO VI: RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO PATRÓN SEXUAL INEFICAZ RELACIONADO CON BAJA AUTOESTIMA

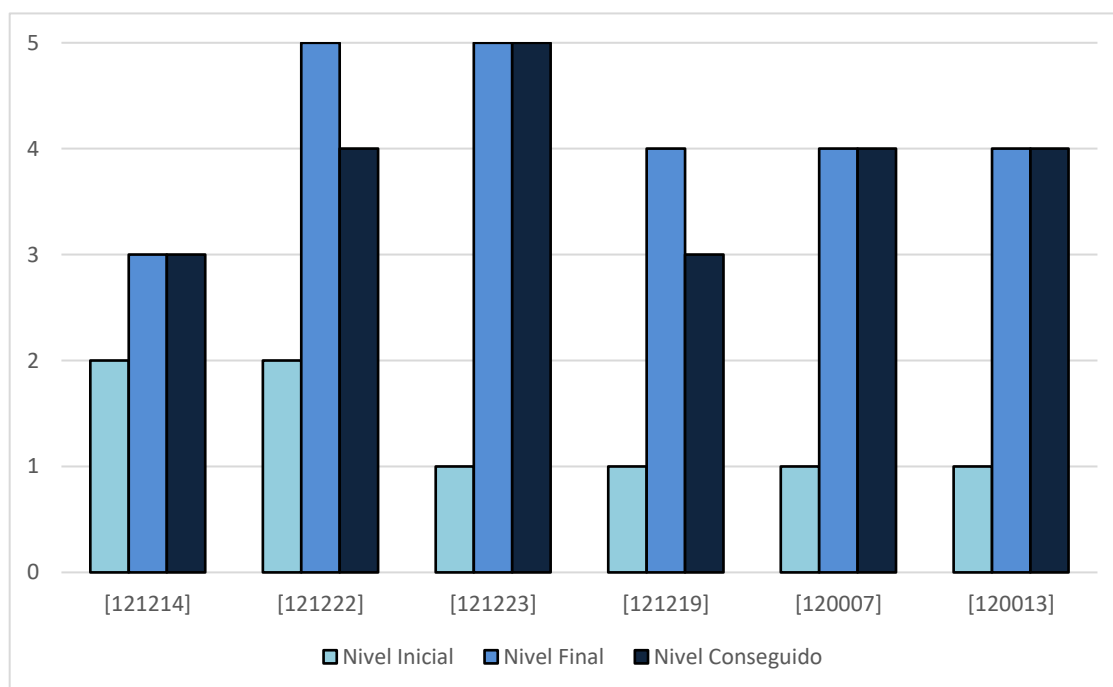


Gráfico VI. Resultados obtenidos a partir del cuarto diagnóstico

DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS RELACIONADO CON CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

Tabla 5. Resultados del quinto diagnóstico enfermero			
NOC 1	Nivel Inicial	Nivel Final	Nivel conseguido
[160402] Sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio	2	4	4
[160411] Participa en actividades de ocio que requieren poco esfuerzo físico	1	4	4

GRÁFICO VII: RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS RELACIONADO CON CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD

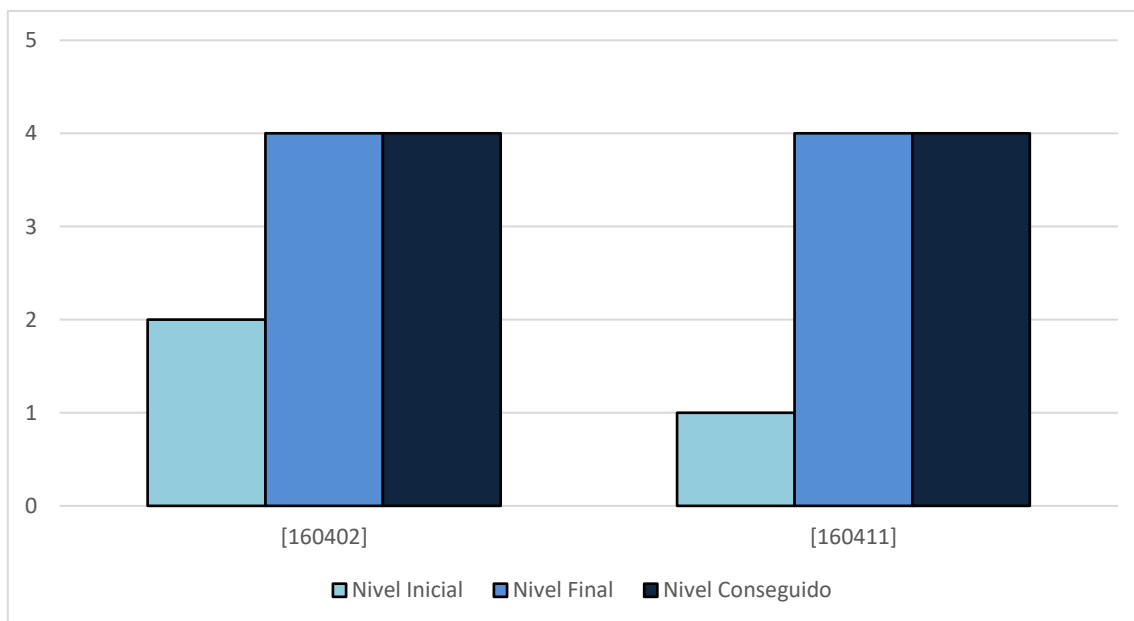


Gráfico VII. Resultados obtenidos del quinto diagnóstico de enfermería.

8. DISCUSIÓN

Los objetivos logrados se han conseguido gracias a las intervenciones basadas en la evidencia, con el fin de mejorar la calidad de vida de un paciente institucionalizado en un centro sociosanitario de Palencia que presenta úlceras por presión en ambos talones y con una patología psiquiátrica.

A continuación, se detallan los objetivos no logrados:

[160511] Refiere dolor controlado: Este objetivo fue logrado parcialmente y aunque no se llegó al nivel propuesto inicialmente, se ha alcanzado un nivel inferior. El paciente refiere que el dolor ha disminuido en gran medida, pero que todavía nota molestias y pinchazos en ocasiones. La causa principal es que la herida está en proceso de cicatrización y la zona aún está muy sensible.

El tratamiento eficaz del dolor es esencial en la calidad de la atención sanitaria. Un adecuado manejo de la herida, utilizando los productos adecuados en cada caso, nos va a ayudar a disminuir el dolor. Es imprescindible contar con medidas eficaces para disminuir el dolor, ya sea con analgésicos o con medidas como la relajación u otros métodos que nos ayuden a mantener una buena CVRS.²⁹

[120511] Nivel de confianza: Este objetivo no fue logrado totalmente. No se alcanzó el nivel final deseado, aunque se consiguió llegar a un nivel inferior al propuesto. Todavía le falta un poco de confianza en sí mismo, ya que no es totalmente autónomo.

[121219] Arrebatos emocionales: Este objetivo no se ha alcanzado en su totalidad, quedando en un nivel inferior al fijado al principio, porque debido a su patología psiquiátrica, el paciente todavía tiene algún episodio donde se altera cuando se hace referencia a sus heridas.

[121222] Ansiedad: Aunque el objetivo no se ha logrado completamente, se ha alcanzado parcialmente, llegando un nivel inferior al que se propuso al inicio. Le provoca ansiedad el hecho de que, aunque sus úlceras estén prácticamente curadas, pueda volver a recaer.

Los pacientes con heridas crónicas presentan un riesgo muy alto de sufrir ansiedad, debido al desgaste psicológico que supone para ellos. Por esto es muy importante la valoración y vigilancia continua, ya que puede interferir tanto en la calidad de vida del paciente, como en el proceso de cicatrización de las heridas, ya que se ha demostrado que la cicatrización es más lenta en personas con alteraciones psicológicas. ¹

Los cuidados que proporcionan los profesionales de salud deben ser multidisciplinarios para así contribuir al bienestar del paciente y disminuir la ansiedad y depresión. ³⁰

8.1 Conclusiones

Mejorar la calidad de vida de un paciente institucionalizado con una patología psiquiátrica de base a la que se añade úlceras por presión en ambos talones no ha sido tarea fácil, por todas las limitaciones que agravan el cuadro, tanto en el ámbito físico como en el psíquico.

En el caso concreto de este paciente, el abordaje no está solo centrado en los cuidados de sus heridas, si no en aumentar su calidad de vida, con las barreras que nos hemos encontrado en cuanto a comunicación, movilidad o cuidados de la vida diaria.

Por ello es tan importante realizar una correcta valoración al inicio del proceso, ya que sólo de esta manera se hará una buena detección de los problemas que disminuyen la calidad de vida de esta persona.

Los profesionales de enfermería precisan aprender a afrontar situaciones de salud y enfermedad, con abordajes centrados en las personas. Es fundamental tener una visión holística del paciente y no solo centrarse en su parte física, ya que así se conseguirá que se recupere de una manera más efectiva y que nuestros cuidados enfermeros se desarrollen con estándares de calidad.

El problema principal de este caso clínico, es el poco tiempo del que disponen los profesionales de esta unidad debido a la gran carga de trabajo.

A nivel personal, ha sido muy gratificante ya que he visto como, dedicando un poco de mi tiempo a un paciente, los resultados conseguidos son muy grandes.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. González-Consuegra, RV, Verdú, J. Calidad de vida relacionada con heridas crónicas. GEROKOMOS 2010; 21 (3): 131-139
2. EcuRed. Calidad de vida - EcuRed [Internet]. EcuRed. 2012 [citado 13 de febrero de 2018]. p. 1. Disponible en: https://www.ecured.cu/Calidad_de_vida#Definici.C3.B3n_seg.C3.BA.n_la_Organizaci.C3.B3n_Mundial_de_la_Salud
3. Gómez Vela M; Sabeh EN. CALIDAD DE VIDA. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO Y SU INFLUENCIA EN LA INVESTIGACIÓN Y LA PRÁCTICA [Internet]. [citado 20 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
4. Lorenzo Hernández MP, Hernández Cano RM, Soria Suárez MI. Enfermería global. [Internet]. Vol. 13, Enfermería Global. Servicio de Publicaciones, Universidad de Murcia; 2014 [citado 2 de febrero de 2018]. 23-31 p. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300002
5. URZÚA MA. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev Med Chil [Internet]. [citado 1 de abril de 2018];138(3):358-65. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017&lng=en&nrm=iso&tlng=en
6. Santos VLCG, Oliveira AS, Amaral AFS, Nishi ET, Junqueira JB, Kim SHP. Quality of life in patients with chronic wounds: magnitude of changes and predictive factors. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03250.
7. Roden A, Sturman E. Assessment and management of patients with wound-related pain. Nurs Stand [Internet]. 2009 julio [citado 2 de marzo de 2018];23(45):53-62. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19678519>
8. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

9. Medeiros Ferreira L, Obiols Llandrich J, Navarro Pastor M, Zúñiga Lagares A. Actas españolas de psiquiatría. [Internet]. Vol. 41, Actas españolas de psiquiatría, ISSN 1139-9287, Vol. 41, N^o. 1, 2013, págs. 17-26. Editorial Garsi; 2013 [citado 2 de marzo de 2018]. 17-26 p. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4141585>
10. Cacicedo González R, Castañeda Robles C, Cossío Gómez F, Delgado Uría A, Fernández Saíz B, Gómez España MV et al. MANUAL DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS LOCALES DE HERIDAS CRÓNICAS - PDF [Internet]. Enero 2011. [citado 3 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://docplayer.es/14247080-Manual-de-prevencion-y-cuidados-locales-de-heridas-cronicas.html>
11. García-Fernández, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Pancorbo-Hidalgo, PL; Verdú Soriano, J; López-Casanova P; Rodríguez-Palma M. clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n^o II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2014.
12. Almendáriz Alonso MJ. Úlceras por presión en Heridas Crónicas y Agudas. Madrid: EDIMSA 1999
13. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas - GNEAUPP [Internet]. [citado 21 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://gneaupp.info/guia-para-la-prevencion-y-manejo-de-las-upp-y-heridas-cronicas/>
14. Guerrero Miralles M. Úlceras por presión: un problema potencial en los servicios de urgencias colapsados Gerokomos [Internet]. 2008 junio [citado 2 de marzo de 2018]; 19(2): 55-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000200006&lng=en.
15. Torra i Bou JE, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. 1er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos (Madr, Ed impr) [Internet]. 2003 [citado 28 de marzo

- de 2018];37-47. Disponible en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/ibc-20896>
16. Soldevilla Agreda J. Javier, Torra i Bou Joan-Enric, Verdú Soriano José, Martínez Cuervo Fernando, López Casanova Pablo, Rueda López Justo et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos [Internet]. 2006 [citado 1 de abril de 2018]; 17(3): 154-172. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000300006&lng=es.
17. Soldevilla Agreda José Javier, Torra i Bou Joan-Enric, Verdú Soriano José, López Casanova Pablo. 3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos [Internet]. 2011 jun [citado 2 de abril de 2018]; 22(2): 77-90. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000200005&lng=es.
18. Pancorbo-Hidalgo Pedro L., García-Fernández Francisco P., Torra i Bou Joan-Enric, Verdú Soriano José, Soldevilla-Agreda J. Javier. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos [Internet]. 2014 [citado 2 abril de 2018]; 25(4): 162-170. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000400006&lng=es.
19. Inicio del 5º Estudio nacional de prevalencia de UPP y LRD en España - La Factoría Cuidando [Internet]. [citado 1 de abril de 2018]. Disponible en:
<https://www.lafactoriacuidando.com/inicio-del-5o-estudio-nacional-prevalencia-upp-lrd-espana/>
20. Khor HM, Tan J, Saedon NI, Kamaruzzaman SB, Chin AV, Poi PJH, et al. Determinants of mortality among older adults with pressure ulcers. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2014 [citado 15 de marzo de 2018];59(3):536-41. Disponible en:

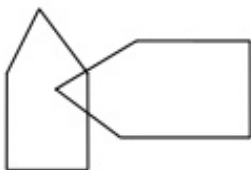
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494314001149?via%3Dihub>

21. García-Fernández, FP; López-Casanova, P; Segovia-Gómez, T; Soldevilla-Agreda, JJ; Verdú-Soriano, J; Unidades Multidisciplinares de Heridas Crónicas: Clínicas de Heridas. Serie de Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2012.
22. Verdú-Soriano J; Nolasco A; García C; Análisis y Evolución de la Mortalidad de Úlceras por Presión en España. Período 1987-1999. Gerokomos 2003; 14 (4): 212-226.
23. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 10ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
24. NNNconsult. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2017 [Internet]. NANDA International; c2016 [citado 18 abril 2018] Disponible en: <http://0-www.nnnconsult.com.almena.uva.es/>
25. Moorhead S, Johnson M, Meridean L, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
26. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
27. Jonson M, Bulechek G. Butcher H, MCCloskey J, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Barcelona: Elsevier-Mosby; 2007
28. Luis Rodrigo M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013
29. Fernández Montequín JI. Revista cubana de angiología y cirugía vascular. [Internet]. Vol. 13, Rev. cuba. angirol. cir. vasc. Editorial Ciencias Médicas; 2000. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/cum-55265>
30. Mengarelli RH; Bengoa G; Amore M; Soracco J; Marcovechio L; Diaz-Bessone. Depresión y retraso de la cicatrización en úlceras crónicas - El impacto psicológico en pacientes con heridas crónicas. Heridas y Cicatrización nº 15 Tomo 4 junio 2014.

10. ANEXOS

ANEXO I: MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Paciente.....	Edad.....	
Ocupación.....	Escolaridad.....	
Examinado por.....	Fecha.....	
ORIENTACIÓN		
• Dígame el día..... fecha	Mes..... Estación..... Año.....	___5
• Dígame el hospital (o lugar).....	planta..... ciudad..... Provincia..... Nación.....	___5
FIJACIÓN		
• Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)		___3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO		
• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ?		___5
• Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás		___3
MEMORIA		
• ¿Recuerda las tres palabras de antes ?		___3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN		
• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj		___2
• Repita esta frase : En un trigal había cinco perros		___1
• Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ? ¿qué son el rojo y el verde ?		___2
• ¿Que son un perro y un gato ?		___3
• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa		___1
• Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS		___1
• Escriba una frase		___1
• Copie este dibujo ___1		
		Puntuación máxima 35. Punto de corte Adulto no geriátricos 24 Adulto geriátrico 20

ANEXO II: 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

Deambulación

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisión o pequeña ayuda física (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 supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fecha					
Puntuación Total					

ANEXO III: Escala EVA



ANEXO IV: Valoración por dominios NANDA

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

El paciente padece esquizofrenia paranoide y úlceras por presión en ambos talones debido a un brote psicótico, en el cual necesitó contención mecánica.

Al realizar en índice de Barthel a este paciente, se obtiene una puntuación de 35, lo que significa que tiene una dependencia severa para las actividades básicas de la vida diaria

Necesita ayuda para la administración de su tratamiento farmacológico

4. ACTIVIDAD / REPOSO

Presenta déficit de la movilidad, debido a las úlceras que tiene en los talones. Se desplaza con silla de ruedas y presenta dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria.

Antes de producirse las úlceras, al paciente le gustaba salir a pasear por los jardines y pasillos del centro.

También pasaba mucho tiempo en el salón del centro, viendo la televisión y comentando los programas con los demás compañeros y participaba en actividades grupales. Actualmente no realiza estas actividades.

Presenta alteración del sueño. Comenta que lleva tiempo durmiendo 4 – 5 horas por la noche, despertándose varias veces durante ella debido al dolor que le provocan las heridas de los talones, y a la preocupación. La mayoría de las mañanas nos comenta que se levanta muy cansado, “como si le hubieran dado una paliza”.

5. PERCEPCIÓN / COGNICIÓN

El paciente conoce la enfermedad que tiene. En el Mini Examen Cognoscitivo obtenemos una puntuación de 24, lo que indica que el paciente tiene un deterioro cognitivo leve.

A veces tiene ideas delirantes, debido a su enfermedad de base, esquizofrenia paranoide.

6. AUTOPERCEPCIÓN

Presenta alteración del estado de ánimo. Muestra preocupación por el dolor que le provocan las úlceras de los talones y por la situación en la que se encuentra. El paciente dice: “con lo que yo era y en lo que me he quedado”. A veces presenta dificultad para expresar sus sentimientos. Ve que su cuerpo está cambiando.

7. ROL / RELACIONES

Recibe visitas casi todas las tardes de su madre o hermanos. Durante éstas, hay ocasiones en las que se altera y empieza a insultar a sus familiares, haciéndoles responsables de su situación manifestando “si no me hubierais metido en este centro, nada de esto me hubiera ocurrido”.

Con el personal sanitario normalmente se relaciona bien, aunque es muy demandante en algunas ocasiones.

En el centro interacciona bien con los demás pacientes, aunque antes de sufrir las heridas hablaba más con ellos y les contaba historias de cuando era joven y vivía en su pueblo. Ahora pasa mucho tiempo solo en su habitación y, a veces, en los ratos en los que ven la televisión en el salón común, se enfada con ellos si no ponen el canal que él quiere ver.

8. SEXUALIDAD

Antes de producirse las úlceras de los talones, el paciente tenía pareja. Poco a poco comenzó a distanciarse de ella, ya que dice que no quiere que le vea en esa situación porque le provoca ansiedad y vergüenza.

Su vida sexual se ha ido deteriorando. Dice que la quiere, pero no puede soportar que le vea así, ya que tiene miedo de lo que ella pueda pensar.

9. AFRONTAMIENTO / ESTRÉS

Después de mucho pensarlo, se considera que este dominio no es valorable en este paciente, debido a su patología de base.

10. PRINCIPIOS VITALES

Paciente católico que acude a misa siempre que puede. A veces, durante sus ratos libres, lee la biblia.

11. SEGURIDAD / PROTECCIÓN

Presenta dos úlceras por presión, cada una en un talón. Precisa ayuda en su aseo personal, ya que le hay que duchar en silla de ruedas, debido a la limitación de sus movimientos.

12. CONFORT

El paciente refiere dolor en los talones. Se valora con la Escala Visual Analógica del dolor (EVA), obteniendo una puntuación de 8, lo cual nos indica que el paciente experimenta dolor severo.

El dolor afecta a su estado de ánimo, a su movilidad/actividad y al sueño/descanso.

