



**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

-----  
Facultad de Enfermería de Soria



# **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

## **Diagnósticos de Enfermería en Úlceras Por Presión.**

Estudiante: Pilar Lucas Alonso

Tutelado por: M<sup>a</sup> Ángeles Ferrer Pascual

Soria, 13 de Julio de 2016

## Índice

Resumen.....	4
1. Introducción.....	5
2. Marco conceptual .....	6
2.1. Úlceras por Presión.....	6
2.1.1. Generalidades.....	6
2.1.2. Clasificación.....	7
2.1.3. Factores de riesgo.....	8
2.1.4. Consecuencias.....	9
2.1.5. Epidemiología .....	10
2.2. Papel de enfermería en UPP en Atención Primaria .....	11
3. Justificación.....	18
4. Objetivos .....	19
5. Material y métodos .....	19
6. Resultados y Discusión.....	20
6.1 Diagnósticos empleados.....	20
6.2 ¿Aparecen los factores relacionados en el plan de cuidados de las guías seleccionadas?.....	21
6.3 NOC que se trabajan y a que van dirigidos.....	22
6.4 ¿Se establecen objetivos?.....	23
6.5 ¿Se desarrollan las intervenciones o actividades? .....	23
6.6 Descripción de las manifestaciones.....	24
7. Conclusiones .....	24
8. Plan de cuidados para el nuevo diagnóstico de la NANDA .....	25
9. Bibliografía.....	35
10. Anexos .....	41

## Índice de figuras

Figura 1. Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en España entre 2003 y 2013.....	12
---	----

## Glosario de siglas y abreviaturas

Sigla	Significado
AP	Atención Primaria
CCAA	Comunidades Autónomas
CdS	Cartera de Servicios
CS	Centro de Salud
CSS	Centro Socio Sanitario
EBE	Enfermería Basada en la Evidencia
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory
GNEAUPP	Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión
GPC	Guía de Práctica Clínica
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
OMS	Organización Mundial de la Salud
PBE	Práctica Basada en la Evidencia
PC	Plan de Cuidados
PE	Proceso Enfermero
PEBE	Práctica Enfermera Basada en la Evidencia
SNS	Sistema Nacional de Salud
UPP	Úlceras Por Presión

## **Resumen**

Las Úlceras Por Presión (UPP), en la actualidad siguen suponiendo en España un gran problema de salud, que afecta a todos los niveles asistenciales a pesar de los avances que han sufrido las ciencias de la salud, la evolución del Sistema Sanitario y de la introducción de la evidencia científica y la investigación a la práctica enfermera.

La labor de enfermería en éste campo es fundamental para mejorar la prevención y tratamiento de dichas lesiones, por lo tanto somos responsables de aplicar el proceso enfermero correctamente, basándose en la evidencia científica más actualizada, con el fin de mejorar la calidad de los cuidados y disminuir la prevalencia de las UPP.

El objetivo del trabajo es analizar los diagnósticos enfermeros que se trabajan más frecuentemente desde las Guías de Práctica Clínica, y como novedad, aportar un plan de cuidados para un diagnóstico recientemente actualizado por la NANDA. Para ello se hace una revisión bibliográfica, de los 10 últimos años, hasta Junio de 2016 y para la discusión se utilizan 6 Guías de Práctica.

En éste trabajo se refleja, que los cuidados de enfermería hasta la fecha van encaminados al cuidado directamente del problema y su prevención, estableciendo los diagnósticos de enfermería según la etiqueta diagnóstica sin actuar sobre los factores relacionados, al igual que cuando se habla de las actividades es hacia el profesional de enfermería hacia los que se dirigen, sin tener en cuenta los conocimientos del cuidador y del paciente.

## **1. Introducción**

En la actualidad se ha incrementado notablemente el interés por el cuidado y abordaje de las Úlceras Por Presión, las cuales suponen un gran problema de salud, en el que la Enfermería juega un rol muy importante y con mayor independencia con respecto a otros campos. Éste interés, no solo se dirige hacia su tratamiento eficaz, sino que también hace especial hincapié en la prevención; ya que se estima que son evitables entre el 95-98% de los casos<sup>1</sup>. Durante las prácticas de Enfermería, en mi formación académica y desde mi limitada experiencia, he podido observar la importancia que tiene la prevención, haciendo una buena valoración, y actuando sobre los factores de riesgo se evitarían muchas de éstas lesiones, esto favorecería la reducción de las consecuencias que producen las heridas y por tanto disminuiría considerablemente este problema de Salud Pública.

Dicho problema viene dado principalmente porque las personas y familia que conviven con una herida crónica de este tipo (aquella que no consigue su cierre completo en un período de 6 semanas) se ven obligados a realizar cambios en su vida diaria, al igual que en la vida de los familiares que conviven con ellos, ya que requieren de la integración de procedimientos especiales relacionados con su abordaje y tratamiento, los cuales provocan una alteración del modo de vida <sup>2</sup> generando un riesgo para el bienestar de la persona y familia <sup>3</sup>.

Por todo esto, a la hora de abordar una UPP es fundamental hacer una valoración integral, individualizada y personalizada de la persona, la lesión y su entorno, ya que gracias a estas variables la respuesta al tratamiento puede ser muy dispar en lesiones similares <sup>4</sup>.

Las UPP tienen gran repercusión en distintos ámbitos, y están presentes en todos los niveles asistenciales, tanto a nivel primario, como en el secundario, afectando mayoritariamente a personas de edad avanzada, aunque no de manera exclusiva.

Aunque las UPP se producen en todos los niveles asistenciales, voy a centrar mi trabajo en el ámbito de la Atención Primaria (AP), ya que es el ámbito donde Enfermería juega un papel más autónomo en cuanto al cuidado de las mismas.

## 2. Marco conceptual

Es importante conocer de qué problema se trata, así como los factores que intervienen en su aparición y las medidas a adoptar para prevenirlos, con el fin de realizar los mejores cuidados de enfermería.

### 2.1. Úlceras por Presión

#### 2.1.1. Generalidades

Las UPP son definidas por el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) y el National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) como:

*“una lesión localizada en la piel y/o en el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de una presión, o presión en combinación con cizallamiento”*<sup>5</sup>. En nuestro país, el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión (GNEAUPP) las definen como:

*“cualquier lesión de origen isquémico provocada por la presión, la fricción, la cizalla o la combinación de las mismas sobre un plano o prominencia ósea, que da lugar a un bloqueo sanguíneo en el tejido subyacente, y como consecuencia de la isquemia se produce una degeneración rápida de los tejidos”*<sup>6,7</sup>.

Ambas tienen en común que el principal mecanismo de acción es la presión. A diferencia de la primera, la que aporta el GNEAUPP realiza una descripción de la úlcera indicando que es de origen isquémico ya que el déficit de aporte sanguíneo en un punto genera dicha herida. Ésta presión puede ejercerse sola, o combinada con los siguientes mecanismos<sup>8,9</sup>.

1.- Presión directa: *“fuerza que se ejerce de forma perpendicular entre la piel y las prominencias óseas como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre los planos”.*

Por ello, si se ejercen presiones superiores a 16mmHg en el espacio venoso capilar y 32mmHg en el espacio arterial capilar en un área limitada y durante un tiempo prolongado se va a producir muerte celular, a lo que el organismo reacciona compensando con una respuesta orgánica de vasodilatación (enrojecimiento) y edema. Ésta isquemia prolongada es la que ocasiona necrosis tisular.

2.- Fricción: *“fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.”*

Éste mecanismo suele producirse en el paciente encamado o sentado en el que se produce el roce con las sábanas o superficies rugosas produciendo fuerzas de fricción, sobre todo en las movilizaciones, al arrastrar al paciente.

3.- Cizallamiento: *“mecanismo en el que se produce una combinación de los efectos de presión y fricción.”*

Por ejemplo, en posición de fowler: *“paciente semi-sentado con las rodillas ligeramente flexionadas. El respaldo de la cama se coloca formando un ángulo de 45°”;* se produce un deslizamiento del cuerpo, generando fricción sobre el sacro y presión sobre la misma zona.

### **2.1.2. Clasificación**

Una forma de clasificar las UPP es basándonos en la profundidad anatómica del tejido dañado. Éste sistema de clasificación ha sido recomendado por el GNEAUPP<sup>9</sup> ya que se ha extendido, aprobado y difundido internacionalmente. Los principales estadios son:

- a) **“Estadio I:** *alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al*

*presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados.*

*En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: temperatura de la piel (caliente o fría), consistencia del tejido (edema, induración) y/o sensaciones (dolor, escozor).*

- b) **Estadio II:** pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.*
- c) **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.*
- d) **Estadio IV:** pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc....)”.*

### **2.1.3. Factores de riesgo**

Los factores de riesgo más frecuentes se clasifican según si son intrínsecos o extrínsecos:

Los *factores intrínsecos* son aquellos que provienen de las características internas del propio individuo como los trastornos neurológicos en los que se puede producir una pérdida sensitiva (disminución de la sensibilidad del paciente) o motora (dando lugar a una dificultad de movimiento, y por lo tanto un mayor contacto entre superficies generando mayor presión).

También influye el estado nutricional de la persona, ya que una falta de nutrientes genera alteraciones en la cicatrización, así como la deshidratación favorece la formación de heridas.

Otro punto importante son los tratamientos farmacológicos, los cuales influyen negativamente en la formación de úlceras, los que más afectan son los que tienen acción inmunodepresora (quimioterapia, corticoides...), reduciendo las defensas del organismo y haciendo al individuo más vulnerable y otros con

acción sedante como las benzodiacepinas, provocando al paciente un estado de sedación y aletargamiento que dificulta los cambios posturales autónomos, caminar...

También cuando hay un déficit o trastorno de aporte de oxígeno, se genera una isquemia y desnutrición tisular favoreciendo también esa formación de heridas o deterioro del tejido.

Dentro de estos factores intrínsecos hay un factor que no es modificable, es la edad. Este factor está relacionado, a su vez, con la limitación de movimiento que puede presentarse en las personas de mayor edad y en algunos casos en los bebés.

Por otro lado encontramos *factores extrínsecos*, que son aquellos que provienen del exterior o del entorno del individuo y sobre los que podemos actuar más fácilmente, como por ejemplo aquellos que tienen que ver con la humedad y temperatura inadecuadas del ambiente, con dispositivos terapéuticos y superficies de apoyo inapropiadas o que éstas se usen de forma errónea por falta de conocimiento sobre el mismo. De igual manera influye la mala higiene derivada de la incontinencia fecal y/o urinaria, la cual genera un aumento de la humedad de la piel y tejidos provocando su ablandamiento y haciéndolos más propensos a lesionarse <sup>1, 6,7</sup>.

#### **2.1.4. Consecuencias**

La presencia de éstas heridas crónicas causan malestar general de la persona afectada, ya que normalmente pueden provocar dolor, dificultad para adquirir determinadas posturas, olor (en estadios más avanzados, o si presenta infección...).

Para el cuidador principal y familia, supone también una modificación en los hábitos rutinarios, provocando sobrecarga emocional, y física dando lugar a un cansancio del rol de cuidador, ya que tienen que realizar una higiene exhaustiva del paciente, correr con los gastos económicos que supone, curas, cambios posturales, administrar la alimentación adecuada, mantener la zona en condiciones óptimas de humedad, sábanas limpias y sin arrugas... y del

entorno, además de tener cama y colchón adecuados, iluminación y humedad óptimas del ambiente al igual que una buena higiene del entorno.

### **2.1.5. Epidemiología**

Al comienzo de éste siglo, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y miembros de GNEAUPP han realizado estudios epidemiológicos sobre las Úlceras por presión, analizando la prevalencia de dichas heridas en la población de España. Concretamente se han realizado cuatro estudios que datan de los años 2001, 2005, 2009 y el último realizado en 2013 <sup>10</sup>, de dónde se desprenden los siguientes datos.

La prevalencia de las UPP en países de Europa como Italia es del 8,3%, del 8,9% en Francia, del 10,2% en Alemania y de 12,5% en Portugal.

Los países Europeos con mayor prevalencia en UPP son Irlanda, Suecia y Reino Unido con cifras de entre un 18 al 23% <sup>10</sup>.

En España, según el 4º estudio del GNEAUPP, donde se analiza la evolución de la prevalencia de las UPP, entre los años 2003 y 2013, se ve aumentada en cada uno de los ámbitos dónde se atienden a la población que presenta UPP. Estos ámbitos son en AP, tanto en la consulta como en el domicilio del paciente, en los hospitales, y en los centros socio-sanitarios dónde residen muchos de ellos.

Según se puede observar en la figura 1 <sup>10</sup>, dentro del ámbito de la AP se aprecia un claro descenso de la prevalencia pasando del 8,13% en el año 2003 al 3,73% en el año 2005. Y desde aquí ha ido en aumento de nuevo hasta llegar a cifras del 8,51% en 2013. En los Centros Socio Sanitarios (CSS) se mantuvo estable desde 2003 hasta 2009, y desde aquí hasta el 2013 se produjo un gran incremento de la prevalencia pasando del 6,39% al 13,41%. En cambio, en el ámbito Hospitalario no se observa esa variación a lo largo de los años, la prevalencia es más o menos constante en todos los estudios siguiendo una línea más o menos estable con cifras entre el 7% y el 8,5%, habiéndose producido un leve descenso en el 2013 <sup>10</sup>.

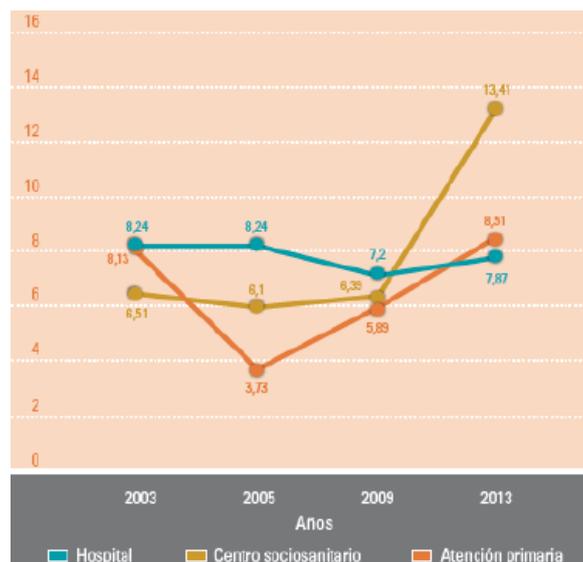


Figura 1. Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en España entre 2003 y 2013.

Fuente: Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia <sup>10</sup>.

En cuanto a los pacientes atendidos por éste problema en el ámbito de la AP, el mayor número de pacientes atendidos por UPP corresponden a la Atención Domiciliaria, con mayor prevalencia en los Centros de Salud (CS) urbanos frente a los CS rurales <sup>10</sup>.

## 2.2. Papel de enfermería en UPP en Atención Primaria

Enfermería juega un papel fundamental en el cuidado de las UPP, debido a la repercusión que éstas pueden ocasionar sobre el paciente y sobre su familia, dando lugar a numerosas experiencias asociadas al impacto emocional y los costes, incidiendo sobre la calidad de vida de la persona y su familia, la presencia de dolor y sufrimiento...

La AP, es el primer contacto que el paciente tiene con el sistema sanitario, por eso se considera como el nivel primario, dónde enfermería va a aplicar sus cuidados trabajando con personas, y su familia, también lo hará sobre su entorno y su comunidad. Es un ámbito dónde enfermería asume mayor responsabilidad, dónde trabaja de forma independiente en su consulta y se desplaza al domicilio del paciente en caso necesario, pudiendo realizar mejor un trabajo en familia, valorando el domicilio y la comunidad.

Por eso es tan importante la realización de una buena valoración no sólo del paciente, sino de su entorno.

Para comprender este papel es necesario entender el entorno dónde enfermería desarrolla su trabajo y la responsabilidad que asume.

La AP según la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>11</sup> es:

*“la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socio-económico general de la comunidad”.*

En éste primer ámbito de atención sanitaria se utiliza desde los años 90 un instrumento clave para su organización y gestión, el cual es denominado como Cartera de Servicios (CdS). Ésta, es desarrollada por cada comunidad autónoma por lo que cada una de ellas tiene características diferentes pero siempre con rasgos comunes.

Entendemos por CdS en AP como:

*“una selección de servicios priorizada y organizada de una forma específica, que responde a necesidades y a demandas de la población, se sustenta en criterios científico- técnicos y en prioridades de política sanitaria”. Y estos servicios que conforman la cartera se definen como “el conjunto de actividades o criterios de actuación que guían la atención a un problema o proceso de salud clínico preventivo con especificación de la población a la que se dirige y de otros aspectos relacionados”<sup>12</sup>.*

La metodología general utilizada para la selección y elaboración de los contenidos de las CdS en AP ha sido la del consenso científico-técnico a través de grupos profesionales multidisciplinares. Y en los últimos años, se han ido incorporando metodologías de la Medicina Basada en la Evidencia.

Dentro de la AP, una de las responsabilidades más importantes que tiene el profesional de enfermería es la captación de pacientes e identificación

de aquellos que tienen problemas. En relación con el problema de las UPP, enfermería debe identificar cuanto antes aquellos pacientes que presenten este problema, o mejor aún, identificar las personas con factores de riesgo que puedan ser susceptibles de presentarlas.

En el caso de los pacientes de riesgo, aquellos inmovilizados, o que formen parte del programa de atención domiciliaria... la enfermera se encargará de:

- Instruir al paciente (favoreciendo así el auto-cuidado), así como al cuidador principal; y al resto de cuidadores, informarles sobre las medidas de prevención.
- Hacer un seguimiento periódico, evaluando los conocimientos del paciente y de sus cuidadores y verificando que se llevan a cabo las medidas de prevención.
- Registrar todas las actuaciones en su Historia Clínica.

En cuanto a los pacientes que presentan UPP, serán atendidos en el CS, o en su domicilio por su enfermera, con la periodicidad que sus heridas requieran. Se utilizará este tiempo para realizar educación sanitaria, tanto al paciente, como a sus cuidadores, aclarando dudas, evaluando competencias, etc. Es fundamental implicar al paciente y a su familia en el cuidado de la lesión, una vez que adquieran las habilidades necesarias<sup>13</sup>.

La enfermera deberá valorar al paciente y su entorno, e incluso determinar los factores de riesgo, deberá también establecer un plan de cuidados acorde con las características de cada paciente, llevarlo a cabo, y realizar frecuentemente el seguimiento de la evolución. Para realizar ésta valoración existen diferentes escalas, en función de si se va a valorar o no el riesgo de padecer UPP, para lo que se utilizan las siguientes escalas: de Norton, Waterlow y Braden, estas tres escalas valoran principalmente el riesgo a padecer UPP, basándose cada una en unos criterios diferentes. La de Norton se basa en 5 criterios (estado físico, estado mental, movilidad, actividad e incontinencia), la Waterlow se actualizó posteriormente añadiendo la relación

talla/peso, aspecto de la piel, continencia, edad/sexo, apetito, movilidad y 4 categorías de otros factores de riesgo (malnutrición tisular, déficit neurológico, cirugía y medicación) y la de Braden, también aportó mejoras a la de Norton, y su empleo es más frecuente en CSS, la cual añade 6 sub-escalas (percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de las lesiones cutáneas). Hay otra escala, llamada ENIMA, que adquiere su nombre gracias a lo que evalúa (estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad) <sup>14</sup> (ver anexo I).

En la valoración general se aborda también la UPP una vez instaurada, se valoran los aspectos físicos de la herida, los factores agravantes, el entorno..., sin que haya una escala específica para ello, aunque éstos factores son los más comúnmente trabajados, no debemos de olvidar tener en cuenta y valorar el bienestar y los aspectos psicológicos que generan las UPP en el paciente y en el cuidador. Éste último puede considerarse un valor más subjetivo <sup>3</sup>.

Y cuando, según su criterio, una UPP no evolucione favorablemente, se remitirá al médico.

Por otro lado, aunque la úlcera cicatrice con éxito, se considerará al paciente como de alto riesgo y se le hará un seguimiento exhaustivo, insistiendo en las medidas de prevención.

Para poder trabajar sobre el entorno, la comunidad y la familia es necesaria una atención domiciliaria, la cual va dirigida principalmente a aquellas personas con un deterioro de la movilidad <sup>15, 16, 17</sup>.

Dentro de los servicios que conforman la CdS, no hay uno específico para las UPP, pero sí hay alguno dónde se puede trabajar o dónde nos podemos encontrar UPP, como en el servicio de atención domiciliaria a pacientes inmovilizados, o en el de atención al paciente anciano y a la persona mayor frágil, o en el de atención al paciente con necesidad de cuidados paliativos.

Al igual que en la CdS se van introduciendo metodologías basadas en la evidencia, la práctica enfermera también evoluciona con el paso de los años mediante la aplicación de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), planteada como *“el interés de los profesionales enfermeros por conocer el grado de certeza o incertidumbre en que se basan los cuidados que prestan a su población y en qué medida las nuevas investigaciones de calidad pueden incrementar la evidencia de la práctica clínica enfermera”* <sup>18</sup>.

Esto conlleva realizar una práctica basada en la evidencia (PBE), la cual no es otra cosa que aplicar los conocimientos generados por la investigación científica de calidad, incorporando la experiencia profesional, las demandas y valores de los pacientes/usuarios y los recursos existentes para llegar a la excelencia enfermera, esto es aplicable a todas las disciplinas relacionadas con la salud, ya que otro de los puntos imprescindibles, es el trabajo en equipo, por ello si todas las disciplinas que conforman el dicho equipo se basan en la PBE los resultados se optimizan.

Ésta práctica trasladada al campo de las UPP requiere de un análisis de la situación del paciente, de la síntesis de los hallazgos más importantes, de la exactitud al interpretar y dar sentido a los datos clínicos observados; es un proceso de pensamiento crítico, que nos da la capacidad para tomar decisiones sobre aquellos resultados que deseamos obtener y las intervenciones necesarias para lograrlos.

Desde los años 80 hasta la actualidad, se ha ido viendo que gracias a los nuevos conocimientos, cuidados y tratamientos de las UPP, impulsados por la aparición de la cura en ambiente húmedo, con un amplio catálogo de productos destinados tanto al tratamiento como a la prevención, han surgido nuevas miras de observación y líneas de investigación, que ya no se centran sólo en la evolución, el éxito o la rapidez de cicatrización, sino que el objetivo principal se centra en el estudio de los diferentes factores causantes (intrínsecos y extrínsecos). Es por ello, que el Proceso de Enfermería (PE) frente a las UPP, afronta nuevos retos de gran importancia basados en la EBE.

Es por lo que para realizar una buena Práctica Enfermera Basada en la Evidencia (PEBE) es necesario aplicar el PE.

El PE se define como un “*método sistematizado destinado a proporcionar cuidados humanistas centrados en conseguir una serie de objetivos de forma eficiente*”<sup>18</sup>. Se estructura en 5 fases; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, por ello se dice que es un método sistematizado, y se dice que se utilizan cuidados humanistas debido a que para seleccionar los cuidados se tiene en cuenta lo ideales, valores, intereses y deseos de los consumidores de cuidados de salud (persona, familia o comunidad).

La forma de expresión escrita del PE es a través de los planes de cuidados, los cuales se establecen gracias a la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) dando lugar a los diagnósticos enfermeros, Nursing Outcomes Classification (NOC) estableciendo los objetivos/resultados esperados y Nursing Interventions Classification (NIC) aportando las intervenciones o actividades que hay que aplicar para la consecución de los objetivos. Todo esto se emplea como lenguaje estandarizado y universal entre los profesionales de enfermería y facilita la recogida de información<sup>19</sup>.

La NANDA<sup>20</sup> recoge un conjunto de diagnósticos enfermeros, los cuales hacen referencia a respuestas humanas a problemas de salud reales y potenciales o a procesos de vida, no son procesos de enfermedad. La elección correcta del diagnóstico nos permite identificar la necesidad del paciente. Cada diagnóstico de enfermería se relaciona con unos factores, los cuales para ser un diagnóstico válido han de poderse modificar por la actuación enfermera.

Una vez establecido el diagnóstico hay que crear unos resultados, los cuales deben enfocarse tanto a la etiqueta diagnóstica, como a los factores relacionados. Éstos resultados son los llamados NOC los cuales están diseñados para describir la condición del paciente tras la aplicación de las intervenciones de enfermería, es decir nos sirven para evaluar la situación del paciente una vez aplicadas las actividades o intervenciones enfermeras.

Y por último para promover la obtención de los resultados del paciente, se emplean las intervenciones de enfermería (NIC), las cuales son actividades o acciones que ayudan al paciente para alcanzar dichos resultados esperados<sup>19, 21</sup>.

A continuación se desarrollan las diferentes etapas del proceso enfermero relacionándolas con el plan de cuidados.

- Valoración: es la fase de recogida e interpretación de la información del paciente, familia, comunidad... la cual se realiza a partir de los patrones funcionales de Marjory Gordon, los cuales son 11 (percepción-manejo de salud, nutrición-metabólico, eliminación, actividad-ejercicio, sueño-descanso, cognitivo-perceptivo, autopercepción-autoconcepto, rol-relaciones, sexualidad y reproducción, adaptación-tolerancia al estrés y valores-creencias) o a partir de las 14 necesidades de Virginia Henderson (Necesidad de respirar, de alimentarse e hidratarse, de eliminar, de moverse y mantener posturas adecuadas, de dormir y descansar, de escoger ropa adecuada, de vestirse y desvestirse, de mantener la temperatura dentro de los límites normales, de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, de evitar los peligros y lesionar a otras personas, de comunicarse con los demás, de vivir de acuerdo con sus valores y creencias, de ocuparse en algo para realizarse personalmente, de participar en actividades recreativas y de aprender). La elección del tipo de valoración va en función del profesional o del protocolo utilizado en el lugar de trabajo<sup>22, 23</sup>.

El objetivo principal de ésta valoración es conocer en todo momento la situación de salud de la persona.

- Diagnóstico: etapa en la que se realiza el análisis de los datos recogidos en la fase anterior e identificación de los diagnósticos de salud encontrados en la persona. Éstos diagnósticos se nombran a través de la taxonomía NANDA. Dicha taxonomía ha sido actualizada recientemente, y en la última edición 2015-2017 se establecen un total de 235 diagnósticos enfermeros, habiéndose incorporado 25 nuevas

etiquetas diagnósticas en relación con la edición anterior<sup>20, 24</sup>. Dentro de éstos 25 nuevos diagnósticos enfermeros hay uno que hace referencia explícita al problema de las UPP, denominándose **“Riesgo de Úlceras por Presión”**.

- Planificación: fase en la que se establecen prioridades y objetivos para el logro de los resultados definidos. Etapa, en la que se lleva a cabo el Plan de Cuidados de Enfermería (PC)<sup>25</sup> utilizado como instrumento para demostrar y comunicar la situación del paciente, los resultados esperados mediante su aplicación, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello. Informa sobre el estado de salud pasado y presente del paciente así como de sus necesidades<sup>21, 22, 26</sup>.
- Ejecución: se lleva a cabo el plan, poniéndose en práctica las intervenciones, y enfermería debe de registrarlas durante todo el proceso según proceda<sup>21, 22, 27</sup>.
- Evaluación: es la última fase, en la que se evalúan los resultados obtenidos, se valora si las intervenciones empleadas han sido eficaces o si se necesita modificar alguna de ellas<sup>22, 28</sup>.

### 3. Justificación

La elección de éste tema para la realización de mi Trabajo Fin de Grado, ha sido porque me parece un tema muy interesante para enfermería, dónde juega un papel fundamental, con mayor responsabilidad y dónde puede desarrollar su actividad profesional de forma más independiente.

Por otra parte, como he comentado anteriormente, las UPP suponen un gran problema de salud, de ahí la necesidad de trabajar y mejorar la calidad de los cuidados en éste ámbito, gracias a la investigación y a la realización de una buena práctica basada en la evidencia científica.

Por ello considero interesante analizar cómo se aplican, en la práctica asistencial, los diagnósticos enfermeros relacionados con este problema ya que

he observado que hay una gran variedad y creo que trabajando un diagnóstico principal con un buen enfoque de las causas de las UPP e incidiendo sobre ellas mediante la aplicación de las diferentes actividades propuestas se puede hacer un abordaje más concreto y optimizado.

#### **4. Objetivos**

Por ello, éste trabajo tiene como objetivos:

- Analizar e identificar cuáles son los Diagnósticos Enfermeros utilizados con mayor frecuencia para la prevención y tratamiento de las UPP.
- Analizar los planes de cuidados que se aplican a dichos diagnósticos.
- Desarrollar un plan de cuidados sobre el diagnóstico enfermero de “*Riesgo de Úlcera por Presión*”.

#### **5. Material y métodos**

He realizado una revisión bibliográfica, centrada en GPC del Sistema Público de Salud de varias comunidades, las cuales han sido validadas por la sociedad científica GNEAUPP. La búsqueda de información la he realizado entre febrero y junio de 2016.

Las principales webs consultadas han sido la del GNEAUPP, la Guíasalud, que es un instrumento del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el que participan 17 Comunidades Autónomas (CCAA) y el Ministerio de Sanidad, fue creado en el 2002 y adoptado en 2003 por el Consejo Interterritorial como herramienta para mejorar la calidad de la atención sanitaria en el SNS.

Las palabras clave empleadas para la búsqueda de las distintas GPC han sido: guías, práctica clínica, úlceras por presión.

Como criterios de inclusión para la elección de las guías ha sido que aparezca en ellas un plan de cuidados de enfermería, utilizando los

diagnósticos enfermeros y que estén realizadas o actualizadas dentro de los 10 últimos años (2006-2016).

Por otro lado, como criterios de exclusión, he descartado todas aquellas guías en las que no aparecen diagnósticos de enfermería.

Teniendo en cuenta estos criterios, y habiendo encontrado un total de 42 guías (ver anexo II), se han seleccionado para su análisis 6 GPC (ver anexo III).

## 6. Resultados y Discusión

### 6.1 Diagnósticos empleados

Los diagnósticos enfermeros que se trabajan en todas las guías <sup>1, 9, 29-32</sup> son aquellos que se relacionan directamente con el problema, es decir, se dirigen al cuidado de las úlceras por presión, y éstos son el “*riesgo de deterioro de integridad cutánea, deterioro de integridad cutánea y deterioro de integridad tisular*”. La principal diferencia entre el deterioro de la integridad cutánea y el de la integridad tisular es principalmente que cuando hablamos de deterioro cutáneo se altera la epidermis y/o dermis, y en el deterioro tisular la lesión afecta a mucosa, córnea, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento.

También en otras dos guías <sup>29, 32</sup> se trabajan dos diagnósticos relacionados con el estado nutricional del paciente, siendo éstos el desequilibrio nutricional por defecto, el cual es un diagnóstico que sigue presente en la última edición de la NANDA <sup>20</sup>, y el diagnóstico de desequilibrio nutricional por exceso, el cual ha sido modificado en la última revisión de la NANDA, y ha sido sustituido por el de obesidad y/o sobrepeso. A pesar de que la nutrición es fundamental para mantener una piel íntegra y para favorecer la cicatrización en caso de deterioro de la integridad cutánea, son escasas las guías que lo contemplan.

Desde otras guías <sup>1, 28, 31</sup>, se contemplan diagnósticos enfermeros (*dolor crónico y agudo y riesgo de infección*), los cuales no pueden trabajarse como tal, ya que no pueden ser abordados únicamente por el profesional de enfermería, requiriendo la colaboración del facultativo, por lo que deberían considerarse como problemas de colaboración.

Por otro lado, otro diagnóstico que se emplea en dos <sup>1, 32</sup> de las seis guías es el de cansancio del rol del cuidador, éste diagnóstico, desde mi punto de vista, es interesante trabajarlo, ya que sobre todo en el ámbito de la AP, los familiares y cuidadores adquieren un papel imprescindible, y se le tiene que cuidar también para que pueda realizar el rol de cuidador con éxito. Es un diagnóstico que no se dirige directamente al problema, pero sí no se trabaja repercute directamente él, ya que si el cuidador no está en condiciones óptimas para cuidar, los resultados no van a ser los esperados y los cuidados no se ejercerán de forma correcta sobre el paciente, afectado así a la prevención y/o curación de la lesión.

En general, éstos son los que se utilizan en un mayor número de guías, pero por otro lado hay otros menos frecuentes, los cuales se pueden observar de forma más esquemática en la tabla resumen del anexo IV.

## **6.2 ¿Aparecen los factores relacionados en el plan de cuidados de las guías seleccionadas?**

Sólo en dos de las guías <sup>30, 9</sup> se trabajan los factores relacionados, en la primera de las guías citadas se enumeran todos los factores relacionados, tanto los modificables como los que no lo son por enfermería (extremos de edad, radiación, medicamentos), y posteriormente, en una tabla, se seleccionan aquellos más indicados para el problema y los que se pueden abordar desde enfermería, como los factores mecánicos, humedad, prominencias óseas y alteración del estado nutricional. En la segunda de las guías <sup>9</sup>, si que se abordan de forma selectiva aquellos factores que pueden ser modificables por enfermería en relación con el problema, como factores mecánicos (presión, fricción y cizalla). En el resto de guías no se contemplan dichos factores.

### **6.3 NOC que se trabajan y a que van dirigidos**

En cinco <sup>1, 9, 30, 31, 32</sup> de las 6 guías se elabora el plan de cuidados con los NOC que se van a trabajar, los cuales, como he citado anteriormente, son indicadores que nos van a describir la situación del paciente tras la aplicación de las intervenciones enfermeras, coinciden en dichas guías, aquellos que van dirigidos a la etiqueta diagnóstica (Riesgo de Deterioro de integridad Cutánea, Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular) siendo dichos NOC:

- Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
- Control y Detección del riesgo.
- Curación de la herida por segunda intención.

En alguna guía de forma aislada se trabajan otros NOC, en función del diagnóstico que se aborde, aunque también dirigidos directamente a la etiqueta diagnóstica, como por ejemplo en el caso de la guía de Baleares <sup>32</sup>, dónde hay NOC de movilidad, auto-cuidados: actividades de la vida diaria, control del peso, estado nutricional...dirigidos a las etiquetas diagnósticas de Deterioro de la Movilidad Física y Desequilibrio nutricional por defecto.

Únicamente en una guía <sup>1</sup>, se trabaja un NOC dirigido a los factores relacionados, concretamente en los diagnósticos de riesgo, por ejemplo, en el de “Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea”, uno de los NOC empleados, es el de “consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas”, mientras que por otro lado se trabajan los diagnósticos reales, dónde todos los NOC se dirigen a la etiqueta diagnóstica.

Por otro lado, solamente en una guía <sup>29</sup> no aparecen los NOC ni los indicadores, sólo se establecen dos objetivos, uno dirigido al diagnóstico de riesgo y el otro dirigido al diagnóstico real, ambos enfocados directamente a la etiqueta diagnóstica, centrados en mantener la integridad cutánea, y el otro en mejorar la integridad cutánea y curar la úlcera.

En general, se utilizan NOC en función de las etiquetas diagnósticas, pero los más utilizados o los comunes a todas las guías son los relacionados

con la integridad cutánea y tisular. Evidentemente, hay guías <sup>1,29, 32</sup> que utilizan más diagnósticos, por lo que se emplean NOC dirigidos a ellos.

Importante también, indicar que únicamente se establecen los indicadores NOC en una guía <sup>9</sup>, en función del diagnóstico que se vaya a trabajar, y principalmente en éste caso se dirigen a la prevención de la UPP (ausencia de lesión tisular, perfusión tisular y piel intacta) y a la curación de la herida en caso de lesión (granulación, epitelización...).

#### **6.4 ¿Se establecen objetivos?**

Para realizar un plan de cuidados más específico y personalizado se deben de marcar objetivos enfocados de una manera más directa al problema en cuestión, es decir, se marcan los objetivos con el fin de establecer aquello que queremos conseguir con las intervenciones programadas. De ésta forma también se facilita la evaluación constante de la eficacia de las actividades facilitando así el trabajo gracias a los resultados/ indicadores NOC, los que nos sirven para cuantificar. Por ello, me llama la atención que únicamente en una de las guías <sup>29</sup> se marquen objetivos más concretos. Los cuales van enfocados principalmente al mantenimiento (en caso de la prevención de UPP), mejora y recuperación (en caso de haber lesión) de la integridad cutánea. En ningún caso se aborda como objetivo mejorar los conocimientos del propio paciente o del cuidado sobre el problema, o sobre la prevención de las UPP o sobre las necesidades del paciente. Considerándolo desde mi punto de vista fundamental, ya que en muchos casos y desde el enfoque de la AP, las UPP se cuidan en el domicilio, con ayuda del profesional de enfermería, el cuidador principal y los medios de dicho domicilio.

En las demás guías, como bien hemos hablado antes únicamente se nombra la etiqueta de los NOC.

#### **6.5 ¿Se desarrollan las intervenciones o actividades?**

Como bien hemos visto anteriormente, las actividades o intervenciones son aquellas actuaciones que enfermería realiza para incidir sobre el problema en cuestión. En la mitad de las guías <sup>29-31</sup> seleccionadas se nombran las actividades. Concretamente en la primera, aparte de nombrarse, también se

describen actividades, necesarias para alcanzar los objetivos marcados, como por ejemplo, potenciar una ingesta oral adecuada de proteínas, calorías y líquidos, cambios posturales, no realizar masaje en las zonas de mayor presión, mantener piel limpia y seca, uso de jabones neutros, utilizar absorbentes adecuados,... las cuales, todas ellas van enfocadas a la prevención y/o curación de las UPP, sin tener en cuenta los conocimientos que tiene y debe de tener el cuidador y la intervención del mismo, a la hora de ampliar los conocimientos de dicho cuidador. En dicha guía, no se utiliza la etiqueta del NIC. Por el contrario, en la segunda y tercera guía se enumeran las etiquetas NIC apropiadas para cada NOC, y se definen, y en alguno de ellos se desarrollan las actividades más apropiadas. En ambas guías los NIC coinciden, usándose para el diagnóstico de riesgo los NIC de: *Prevención de las Úlceras por Presión*, *Vigilancia de la piel y Manejo de presiones*. Y en el diagnóstico real, los NIC empleados en ambas guías son: *Cuidados de las Úlceras por Presión*, *Vigilancia de la piel* y *Cuidados de las heridas*.

Por otra parte, en la otra mitad, no se trabajan las actividades <sup>1, 9,32</sup>.

## 6.6 Descripción de las manifestaciones

Las manifestaciones clínicas son datos subjetivos u objetivos que nos indican que el problema o necesidad está presente, como por ejemplo en caso de aparecer una úlcera, la manifestación podría ser enrojecimiento de la piel, o directamente la aparición de una úlcera.

En cuanto a los datos encontrados, únicamente se contemplan en una de las guías <sup>9</sup>, y la forma en la se expresan las manifestaciones en dicha guía, es a través de la aparición de una UPP de grado I, II si es deterioro de integridad cutánea, y III o IV si es deterioro de la integridad tisular. En el caso del de riesgo, no existen manifestaciones, ya que no hay lesión.

## 7. Conclusiones

- Se trabajan con mayor frecuencia los diagnósticos de “riesgo de deterioro de la integridad cutánea”, “deterioro de la integridad cutánea” y el “deterioro de la integridad tisular”.

- En la totalidad de las guías, los NOC están dirigidos hacia la etiqueta diagnóstica en lugar de hacia los factores relacionados.
- Son pocas las guías que establecen un plan de cuidados enfermero.
- El enfoque de los planes de cuidados van dirigidos principalmente a la actuación de enfermería, y existe un gran vacío en la actuación y conocimientos del cuidador sobre la prevención de las UPP y/o su tratamiento.
- Los planes de cuidados están enfocados desde el punto de vista de la asistencia hospitalaria, sin abordar la asistencia de la AP, la cual, desde mi punto de vista debería ir más enfocada a educar al cuidador principal, por ello, mi propuesta de PC se dirige hacia éste campo.
- Los NIC más utilizados son el manejo de las presiones, la vigilancia de la piel y los cuidados de las UPP.

## 8. Plan de cuidados para el nuevo diagnóstico de la NANDA

En este apartado voy a desarrollar el plan de cuidados del diagnóstico “Riesgo de úlcera por presión”, que como he mencionado anteriormente han incluido en la última revisión de la NANDA (2015-2017) <sup>20</sup>, y está únicamente enfocado a las lesiones producidas por la presión.

Diagnóstico: **Riesgo de úlcera por presión** (00249. Dominio 11. Seguridad/ Protección. Clase 2. Lesión física), definido por la NANDA como: *“vulnerable a una lesión localizada de la piel y/o capas inferiores del tejido epitelial, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la presión combinada con el cizallamiento”* <sup>20</sup>, y relacionado con:

- *Conocimiento insuficiente del cuidador sobre las úlceras por presión por decúbito*
- *Déficit de auto-cuidados*
- *Deshidratación*
- *Disminución de la movilidad*

- *Fricción de la superficie, fuerza de cizallamiento y presión sobre prominencia ósea*
- *Hidratación cutánea*
- *Uso de ropa de cama con insuficiente capacidad de absorción de la humedad*
- *Piel seca*
- *Nutrición inadecuada*<sup>20</sup>

Dichos factores relacionados son los más frecuentes y pueden ser modificados por enfermería. A continuación se desarrollan en el plan de cuidados.

En comparación con los diagnósticos que hasta ahora se estaban utilizando, Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea y Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular, puedo observar que cuando se trabajan éstos últimos, se hace de forma más general, ya que un deterioro de integridad cutánea o tisular se puede ocasionar por varios motivos a parte de por presiones, puede haber otros agentes externos que causen esa alteración en el tejido (lesión por agente químico, radioterapia, procedimiento quirúrgico,...) y si se analizan las definiciones realizadas por la NANDA, el “*Riesgo de deterioro de la integridad cutánea*, es definido como: *vulnerable a una alteración en la epidermis y/o dermis que puede comprometer la salud*”, mientras que si observamos la definición del “*Riesgo de Úlcera Por Presión* dice que, como en la anterior, se es vulnerable a una lesión de la piel y/o capas inferiores del tejido epitelial, pero añade que generalmente se producen sobre una prominencia ósea (punto de mayor presión). ” por eso, trabajando éste nuevo diagnóstico, el cual es mucho más específico, e incidiendo sobre sus factores relacionados, se obtiene un plan de cuidados mucho menos generalizado, y no tan dirigido a la etiqueta diagnóstica.

Revisando los factores relacionados que aparecen en la NANDA para éste nuevo diagnóstico, puedo comprobar que alguno de ellos no puede ser modificado por enfermería, y, debido a que esto, es un requisito fundamental para establecer un PC observo que en éste diagnóstico los siguientes factores

que NO pueden ser modificados por enfermería: agentes farmacológicos, alteración de la función cognitiva, anemia, antecedentes de accidente cerebrovascular, deterioro de la circulación, Clasificación funcional de la New York Heart Association  $\geq 2$ , disminución de la albúmina sérica, edades extremas, enfermedad cardiovascular, fractura de cadera, linfopenia, sexo femenino, reducción del tejido que envuelve el tríceps, por lo que no los podemos seleccionar para establecer un buen plan de cuidados.

Y la principal diferencia entre el nuevo diagnóstico y los anteriores, es que el de “Riesgo de Úlceras Por Presión” aborda novedosamente un factor relacionado dirigido a los conocimientos del cuidador, llamado “conocimiento insuficiente del cuidador sobre la prevención de úlceras por decúbito”. Si observamos detalladamente los factores relacionados de los anteriores diagnósticos, éste es el único nuevo aportado por la NANDA en la última revisión, y que lo hace más específico para el problema en sí.

### 8.1 Factores relacionados y NOC dirigidos a los factores relacionados.

- **Conocimiento insuficiente del cuidador sobre la prevención de úlceras por decúbito** <sup>20</sup>: esto hace referencia a que el cuidador principal no conoce porque se producen estas lesiones, ni cual son sus factores de riesgo, ni sus consecuencias, por lo que es más fácil que se produzcan, es decir, *hay un riesgo*. Por ello, considero necesario trabajar sobre éste factor relacionado, ya que si se detecta un paciente con posible *riesgo* a padecer una UPP es necesario informar y ampliar los conocimientos del cuidador principal sobre cómo prevenir éste proceso, el proceso, consecuencias, es decir, todo lo relacionado con las UPP.

**NOC** <sup>33</sup>: **Conocimiento: procedimientos terapéuticos sobre prevención. (1814. Dominio: conocimiento y conducta de salud IV. Clase: Conocimiento sobre salud).**

*Objetivo*: el cuidador explicará aquellos conocimientos adquiridos sobre la prevención y el cuidado del paciente con riesgo a padecer UPP durante la visita de enfermería al domicilio del paciente.

INDICADORES	
<b>Procedimiento terapéutico</b>	<b>de conocimiento escaso (2) a sustancial (4)</b>
<b>Pasos del procedimiento</b>	<b>de conocimiento escaso (2) a sustancial (4)</b>
<b>Uso correcto del equipamiento</b>	<b>de conocimiento escaso (2) a sustancial (4)</b>
<b>Precauciones de la actividad</b>	<b>de conocimiento escaso (2) a sustancial (4)</b>

**NIC 34: Enseñanza: procedimiento/prevencción/tratamiento (5618. Campo: conductual. Clase: educación de los pacientes.)**

- Informar al paciente y/o cuidador sobre el procedimiento preventivo terapéutico, concretamente sobre dónde se debe de realizar, durante cuánto tiempo, que actividades se deben emplear, que ayudas técnicas son necesarias...
- Reforzar la confianza del paciente y del cuidador en el/ los profesionales de enfermería.
- Explicar el propósito y el procedimiento terapéutico necesario para evitar la aparición de éstas lesiones por presión.
- Enseñar al paciente cómo colaborar en el procedimiento, si las condiciones del mismo lo permiten.
- Aconsejar el uso de distintos dispositivos de apoyo, como almohadas, colchones, borregos....para reducir la aparición de las úlceras.
- Hacer partícipes del procedimiento a los familiares y/o cuidadores.

**NOC 33: Conocimientos: Proceso de la enfermedad (1803. Dominio: conocimiento y conducta de salud IV. Clase: Conocimiento sobre salud).**

*Objetivo:* El cuidador y/o paciente verbalizará cual es el proceso por el que se producen las UPP.

INDICADORES	
Características de enfermedad	de conocimiento escaso (2) a sustancial (4)
Factores de riesgo	de conocimiento escaso (2) a sustancial (4)
Signos y síntomas de las complicaciones	de conocimiento escaso (2) a sustancial (4)

**NIC 34: Enseñanza: proceso de enfermedad (5602. Campo: conductual. Clase: educación de los pacientes): aunque en éste caso no sería una enfermedad como tal, se haría referencia al proceso de las UPP y su prevención.**

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente y cuidador sobre el proceso de las úlceras por presión.
- Explicarles la fisiopatología, etiología, los factores de riesgo, las consecuencias,... de las úlceras por presión.
- Describir los signos y síntomas de la posible aparición de una úlcera por presión, los cuales, son motivo para informar al profesional sanitario.
- Que el cuidador observe la piel del paciente en aquellas zonas de mayor riesgo a producirse UPP.

- **Déficit de auto-cuidados**<sup>20</sup>.

**NOC <sup>33</sup>: nivel de auto-cuidado (0313. Dominio: salud funcional. Clase: auto-cuidado.)**

*Objetivo:* el paciente y su familia demostrarán habilidad en la aplicación de los cuidados.

---

**INDICADORES**

<b>Mantiene higiene corporal</b>	<b>Sustancialmente comprometido(2) a no comprometido (4)</b>
<b>Reconoce necesidades de seguridad en el hogar</b>	<b>Moderadamente comprometido(3) a no comprometido (4)</b>

---

**NIC <sup>34</sup>: ayuda con el auto-cuidado (1800. Campo: fisiológico: básico. Clase: facilitación del auto-cuidado).**

- Considerar la edad y cultura del paciente y del cuidador para promover y fomentar las actividades de auto-cuidado.
- Comprobar la capacidad del paciente y del cuidador para ejercer el auto-cuidado.
- Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.
- Indicar al cuidador que el ambiente terapéutico ha de ser cómodo, relajante, privado y personalizado.
- Proporcionar ayuda, y dar las pautas necesarias al cuidador (si fuera necesario) para asumir el cuidado hasta que el paciente pueda asumir su propio auto-cuidado.
- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.
- Animar al paciente a realizar las AVDS ajustadas al nivel de capacidad.
- Alentar la independencia, pero interviniendo y/o enseñar al cuidador a intervenir si el paciente no puede realizar la acción dada.

- Pactar una rutina de auto-cuidado con el cuidador y paciente.

- **Deshidratación**<sup>20</sup>.

**NOC**<sup>33</sup>: **hidratación (0602. Dominio: salud fisiológica. Clase: líquidos y electrolitos).**

*Objetivo:* el paciente no mostrará signos de deshidratación (sed, membranas y mucosas secas,...)

INDICADORES	
Sed	Ninguno (5)
Calambres musculares	Ninguno (5)
Diuresis	No comprometido (5)

**NIC**<sup>34</sup>: **Manejo de líquidos/electrolitos (2080. Campo: fisiológico: complejo. Clase: control de electrolitos y ácido-básico.)**

- Educar al paciente y familia sobre las medidas de hidratación.
- Valorar por parte de enfermería y enseñar al cuidador cual son los signos de deshidratación o hiper-hidratación y retención de líquidos.
- Aconsejar al cuidador y/o paciente que minimice la ingesta de alimentos y bebidas con efectos diuréticos o laxantes (té, café, ciruelas,...).
- Enseñar al cuidador aquellas medidas necesarias en aquellos pacientes con requerimientos especiales a la hora de la ingesta de líquidos (aconsejar espesantes...).

- **Disminución de la movilidad, fricción de la superficie, fuerza de cizallamiento y presión sobre prominencia ósea**<sup>20</sup>.

**NOC**<sup>33</sup>: **movilidad (0208. Dominio: salud funcional. Clase: movilidad).**

*Objetivo:* el paciente será movilizado y cambiado de posición frecuentemente.

INDICADORES	
Movimiento articular	Moderadamente comprometido (3) a no comprometido (5)
Se mueve con facilidad	Sustancialmente comprometido (2) a levemente comprometido (4)

**NIC 34: Cambio de posición (0840. Campo: fisiológico: básico. Clase: control de inmovilidad).**

- aconsejar al cuidador el uso de un colchón terapéutico firme.
- Animar al paciente a que participe en los cambios de posición, y si no es posible, instruir al cuidador para que lo haga.
- Explicarle al paciente y a su cuidador que se le deben de realizar cambios posturales cada 2h y enseñar al cuidador como se han de hacer dichos cambios (según paciente).
- Instruir al cuidador de cómo colocar al paciente en una posición terapéutica con alineación corporal. Colocar apoyos (almohadas) en las regiones edematosas.
- Indicar al cuidador y al paciente que eviten posiciones que causen dolor.
- Indicar al paciente y al cuidador como minimizar la fricción y cizallamiento en los cambios posturales, así como mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Enseñar al cuidador cómo colocar al paciente en una posición que evite tensiones sobre la piel, que adopte una buena postura y a que se mueva correctamente protegiendo la zona de riesgo.
- aconsejar al cuidador que coloque los objetos de uso al alcance del paciente (mando tv, luz...).

**NIC 34: manejo de presiones (3500. Campo: fisiológico: complejo. Clase: control de la piel/ heridas).**

- aconsejar al cuidador como vestir al paciente, usando prendas no ajustadas.
- Indicar al cuidador de que debe abstenerse de aplicar presión en las zonas más comprometidas.

- Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas sin apoyar en la cama.
- Indicar como debe hacerse la cama con pliegues para evitar la presión sobre los dedos de los pies.
- Aplicar protectores de talones, y en el resto de prominencias óseas comprometidas.
- Observar si hay fuentes de presión y fricción e indicárselo a la familia.
- **Hidratación cutánea, uso de ropa de cama con insuficiente capacidad de absorción de la humedad y piel seca**<sup>20</sup>.

**NOC**<sup>33</sup>: **hidratación (0602. Dominio: salud fisiológica. Clase: líquidos y electrolitos).**

*Objetivo:* el paciente mostrará la piel hidratada.

---

#### INDICADORES

<b>Turgencia cutánea</b>	<b>No comprometido (5)</b>
--------------------------	----------------------------

**NIC**<sup>34</sup>: **Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584. Campo: fisiológico: complejo. Clase: control de la piel/heridas).**

- aconsejar al cuidador aquellos jabones más adecuados para la realización de la higiene corporal.
- Indicar al cuidador que le aplique al paciente crema hidratante y/o otros productos específicos (en función del problema de cada paciente) en la piel, y sobre todo en las regiones más comprometidas, pero en éstas zonas ha de hacerlo evitando el masaje con presión.
- Utilizar ropa de cama adecuada, a poder ser de algodón, y enseñarles también el uso de absorbentes y empapadores para evitar humedad y favorecer la transpiración.
- **Nutrición inadecuada**<sup>20</sup>.

**NOC <sup>33</sup>: Estado nutricional: ingestión de nutrientes (1009).**

*Objetivo:* El paciente mostrará un buen estado nutricional, con un IMC (Índice de Masa Corporal) dentro de los valores normales (18,5-24,99), gracias a la correcta ingesta de nutrientes.

---

INDICADORES	
<b>Ingesta de alimentos</b>	<b>Sin desviación del rango normal (5)</b>
<b>Relación peso/talla</b>	<b>Sin desviación del rango normal (5)</b>
<b>Ingesta de nutrientes</b>	<b>Sin desviación del rango normal (5)</b>
<b>Ingestión proteica</b>	<b>Completamente adecuado (5)</b>

---

**NIC <sup>34</sup>: Manejo de la nutrición (1100. Campo: fisiológico: básico. Case: Apoyo nutricional).**

- Instruir al paciente y/o cuidador sobre las necesidades nutricionales.
- Control del estado nutricional.
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías.
- Proporcionar al cuidador una selección de alimentos adecuada según sus necesidades.
- Aconsejar al cuidador que mantenga un ambiente óptimo durante las comidas y que realice comidas atractivas para el paciente.
- Animar al paciente y al cuidador principal a que el aporte de líquidos sea el adecuado, en cualquiera de sus formas en función de los requerimientos del paciente (líquidos, gelatinas, espesantes...).

**8.2 NOC relacionados con la etiqueta diagnóstica:**

**NOC <sup>33</sup>: Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1107. Dominio: salud fisiológica. Clase: integridad tisular).**

*Objetivo:* el paciente no mostrará úlceras, y mantendrá la piel intacta.

---

INDICADORES	
-------------	--

---

<b>Integridad de la piel</b>	<b>Ninguno (5)</b>
<b>Eritema</b>	<b>Ninguno (5)</b>
<b>Textura de la piel</b>	<b>No comprometida (5)</b>

**NIC <sup>34</sup>: vigilancia de la piel (3590. Campo: fisiológico: complejo. Clase: control de la piel/heridas).**

- Observar si hay enrojecimiento, edema, color, textura, temperatura cutánea.
- Observar si hay pérdida de integridad de la piel.
- Observar si hay excesiva sequedad, o humedad en la piel.

## 9. Bibliografía

<sup>1</sup> Avilés Martínez MJ, Sánchez Lorente MM. Guía de Práctica Clínica para el cuidado de Úlceras por presión o con riesgo a padecerlas [internet]. Consejería de Sanidad Generalitat Valenciana.2012. [Fecha de consulta: Febrero 2016]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_520\\_Ulceras\\_por\\_presion\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf)

<sup>2</sup> Optimización del bienestar en las personas que conviven con una herida. *International consensus. Optimising wellbeing in people living with a wound. An expert working group review [internet]*. London: Wounds International, 2012. [Fecha de consulta: marzo 2016]. Disponible en: <http://www.woundsinternational.com>

<sup>3</sup> European Wound Management Associations. Position Document. Hard to heal wounds: a holistic approach. MEP Ltd., London 2008. [Fecha de consulta: Marzo 2016].

<sup>4</sup> Documento técnico GNEAUPP N° XIII. Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de las Úlceras por presión (SEMP). Septiembre 2011. [Fecha de consulta: Febrero 2016]. Disponible en:

[http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/65\\_pdf1.pdf](http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/65_pdf1.pdf)

<sup>5</sup> European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide [internet]. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. [Fecha de consulta: Marzo 2016]. Disponible en: [http://www.epuap.org/guidelines/QRG\\_Treatment\\_in\\_Spanish.pdf](http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Treatment_in_Spanish.pdf)

<sup>6</sup> Soldevilla J et al. Atención integral de las heridas crónicas. GNEAUPP. Ediciones SPA. Madrid 2004. [Fecha de consulta: Febrero 2016].

<sup>7</sup> Sánchez Lorente M<sup>a</sup> M. Guía práctica clínica de Enfermería: prevención y tratamiento de las úlceras por presión y otras heridas crónicas [internet]. GNEAUPP. Generalitat. Conselleria de Sanitat. Valencia 2008. [Fecha de consulta: Febrero 2016]. Disponible en: [http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/gpcENF\\_ULCERAS.pdf](http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/gpcENF_ULCERAS.pdf)

<sup>8</sup> Guía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas. Sanidad 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [internet]. [Fecha de consulta: Marzo 2016]. Disponible en: [http://gneaupp1fb3.kxcdn.com/wpcontent/uploads/2015/10/Guia\\_Preencion\\_U\\_PP.pdf](http://gneaupp1fb3.kxcdn.com/wpcontent/uploads/2015/10/Guia_Preencion_U_PP.pdf)

<sup>9</sup> Subcomisión de lesiones por presión del hospital clínico universitario Lozano Blesa. Guía Práctica Clínica: Prevención y tratamiento de las lesiones por presión [internet]. Zaragoza: Consejería de Salud de Aragón; 2013. [Fecha de consulta: Mayo 2016]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_527\\_Prev%20y%20trat%20LPP\\_Actualizacion2013.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_527_Prev%20y%20trat%20LPP_Actualizacion2013.pdf)

<sup>10</sup> Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda JJ. Epidemiología de las Úlceras por Presión en España en 2013: cuarto estudio nacional de prevalencia. Gerokomos [Internet]. 2014; 25(4):162-170. [Fecha de consulta: Marzo 2016]. Disponible en: <http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2015/02/4%C2%BA-Estudio-Nacional->

[de-Prevalencia-UPP-2013.pdf](#)

<sup>11</sup> Organización Mundial de la Salud. *Atención primaria de salud*. [Internet]; 2016. [Fecha de consulta: Abril 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)

<sup>12</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Cartera de Servicios de Atención Primaria. [Internet]. Mayo 2010. [Fecha de consulta: Mayo 2016]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera de Servicios de Atencion Primaria 2010.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion_Primaria_2010.pdf)

<sup>13</sup> Barbas Monjo M. et al. Protocolo de trabajo para la mejora de la Coordinación Socio Sanitaria y la Continuidad de Cuidados en la atención a las Heridas Cutáneas Crónicas [internet]. Noviembre 2012. [Fecha de consulta: Junio 2016]. Disponible en: <http://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2014/12/protocolo-de-trabajo-para-la-mejora-de-la-coordinacion-socio-sanitaria-y-la-continuidad-de-cuidados-en-la-atencion-a-las-heridas-cutaneas-cronicas.pdf>

<sup>14</sup> García Fernández FP, Hidalgo PL, Soldevilla Ágreda JJ, Blasco García C. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión [internet]. Documento técnico GNEAUPP XI. 2008. [Fecha de consulta: junio 2016]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n3/136helcos.pdf>

<sup>15</sup> Pérez Díaz G. Asociación de Enfermería Comunitaria: 10 años fundamentando los cuidados de la comunidad. *Enfermería Global* [Internet]. Mayo 2004. [Fecha de consulta: Abril 2016]. Volumen 4. ISSN 1695-6141. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/23981/1/Asociacion%20de%20enfermeria%20comunitaria.%2010%20anos%20fundamentando%20los%20cuidados%20de%20la%20comunidad..pdf>

<sup>16</sup> Nieto García E. Uso de diagnósticos de enfermería en atención primaria

[internet]. Octubre 2011. [Fecha de consulta: Mayo 2016]. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pidet\\_articulo=90034641&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=1&ty=63&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=1v00n1775a90034641pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pidet_articulo=90034641&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=1&ty=63&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=1v00n1775a90034641pdf001.pdf)

<sup>17</sup> Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. Atención domiciliaria vs actividad a domicilio. Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE, SL); 2006.p. 457-471.

<sup>18</sup> Alcolea Cosín Et al. Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. Nure Investigación [Internet]. Mayo – Junio 11. N° 52. [Fecha de consulta Mayo 2016]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/538/527>

<sup>19</sup> Doenges ME. Frances Moorhouse M. Procesos y diagnósticos de enfermería. Aplicaciones. Ed. Manual Moderno. 2014. p. 1-10.

<sup>20</sup> Herdman, T.H, Shigemi K. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona. Elsevier. p. 21-30, 386-389, 408.

<sup>21</sup> Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L. Evidencias clínicas e intervenciones NIC para el cuidado de úlceras por presión. Enfermería dermatológica [Internet]. Enero- Abril 2010. N° 09. [Fecha de consulta: Mayo 2016]. Disponible en: [file:///C:/Users/PILAR/Desktop/Downloads/Dialnet-EvidenciasClinicasEIntervencionesNICParaElCuidadoD-4313495%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/PILAR/Desktop/Downloads/Dialnet-EvidenciasClinicasEIntervencionesNICParaElCuidadoD-4313495%20(4).pdf)

<sup>22</sup> Alfaro LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso [internet]. 4ª ed. Barcelona: Springer; 1999. [Fecha de consulta: Mayo 2016]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=MQ-nyfiBelwC&pg=PA14&dq=proceso+enfermero&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjZ->

[LmThMrMAhXKO5oKHS36CXsQ6wEIHTAA#v=onepage&q&f=false](#)

<sup>23</sup> Brito Brito R. El proceso enfermero en Atención Primaria (I). Valoración [internet]. ENE Revista de enfermería. 2007: Vol. 1, nº 2. [Fecha de consulta: Marzo 2016]. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/50/44>

<sup>24</sup> Brito Brito PR. El proceso enfermero en Atención Primaria (II) Diagnóstico [internet]. ENE Revista de Enfermería. Abril 2008. [Fecha de consulta: Marzo 2016]. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/184>

<sup>25</sup> Álvarez Bolaños E. Plan de cuidados de Enfermería para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. [Tesis]. [Internet]. Querétaro. Universidad Autónoma de Querétaro. Facultad de Enfermería, 2014. [Fecha de consulta: Mayo 2016]. Disponible en: <http://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2016/03/PlanXdeXCuidadosXdeXEnfermerXXaXparaXlaXPrevenciXXnXyXXTratamientoXdeXlasXXXlcerasXporXPresiXXn.pdf>

<sup>26</sup> Brito Brito PR. El proceso enfermero en Atención Primaria (III) Planificación [internet]. ENE Revista de Enfermería. Julio- Agosto 2008. [Fecha de consulta: Marzo 2016]. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/174>

<sup>27</sup> Brito PR. El proceso enfermero en Atención Primaria (IV) Implementación [internet]. ENE Revista de Enfermería. Dic. 2008. [Fecha de consulta: Marzo 2016]. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/163/146>

<sup>28</sup> Brito Brito R. El proceso enfermero en Atención Primaria (V). Evaluación [internet]. ENE Revista de enfermería. Abril 2009: Vol. 3, nº 1. [Fecha de consulta: Marzo 2016]. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/152/135>

<sup>29</sup> Silva González O, et al. Guía de cuidados de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión [internet]. Complejo Universitario Insular materno-infantil. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. 2007. [Fecha de consulta: Abril 2016]. Disponible en: <http://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2014/12/cuidados-de-enfermeria-en-la-prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion.pdf>

<sup>30</sup> Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de La Rioja. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión [internet]. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja; 2009. [Fecha de consulta: Abril 2016]. Disponible en: <http://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion.pdf>

<sup>31</sup> García-Pliego González-Mohino A. Manual de actuación en la prevención y tratamiento de las heridas por presión [internet]. Ciudad Real; 2008. [Fecha de consulta: Abril 2016]. Disponible en: <http://www.gapllano.es/enfermeria/guias/manual%20ulceras.pdf>

<sup>32</sup> Equipo de trabajo de guías de práctica clínica de la Consejería de Sanidad y Consumo de las Islas Baleares. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión [internet]. 2007. [Fecha de consulta: Abril 2016]. Disponible en: <http://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2014/12/Prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion.pdf>

<sup>33</sup> Moorhead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 233, 234, 249, 315, 366, 368, 393, 400, 408, 422, 423.

<sup>34</sup> M. Bulechek, K. Butcher H, M. Dochterman J, M. Wagner C. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 106, 107, 117, 140, 198, 285, 302, 305, 382, 438.

## 10. Anexos

### Anexo I: Escalas de Valoración de riesgo de padecer UPP

#### 1.- Escala de Braden

<b>RIESGO DE UPP</b>
<b>BRADEN-BERGSTROM &lt;13 = ALTO RIESGO</b>
<b>BRADEN-BERGSTROM 13 - 14 = RIESGO MODERADO</b>
<b>BRADEN-BERGSTROM &gt;14 = BAJO RIESGO</b>

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

#### 2.- Escala de Norton

Estado físico	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4 Bueno	4 Alerta	4 Camina	4 Completa	4 No hay
3 Débil	3 Apático	3 Camina con ayuda	3 Limitada ligeramente	3 Ocasional
2 Malo	2 Confuso	2 En silla de ruedas	2 Muy limitada	2 Usualmente urinaria
1 Muy malo	1 Estuporoso	1 En cama	1 Inmóvil	1 Doble incontinencia

Fuente: Norton D. Norton revised risk scores. Nursing Times. 1987. 83 (41):6.

### 3.- Escala de Waterlow

Relación peso / talla	Tipo de piel y aspecto visual de las áreas de riesgo	Sexo / Edad	Riesgos especiales
0. Media 1. Superior a la media 2. Obeso 3. Inferior a la media	0. Sana 1. Fina 1. Seca 1. Edematosa 1. Fría y húmeda 2. Color alterado 3. Lesionada	1. Varón 2. Mujer 1. 14 a 49 años 2. 50 a 64 años 3. 65 a 74 años 4. 75 a 80 años 5. Más de 81 años	<b>Malnutrición tisular</b> 8. Estado terminal / caquexia 5. Insuficiencia cardiaca 6. Enfermedad vascular periférica 2. Anemia 1. Fumador <b>Déficit neurológico</b>
<b>Continencia</b>	<b>Movilidad</b>	<b>Apetito</b>	5. Diabetes, paraplejia, ACV
0. Completa, sondaje vesical 1. Incontinencia ocasional 2. Sonda vesical / Incontinencia fecal 3. Doble incontinencia	0. Completa 1. Inquieto 2. Apático 3. Restringida 4. Inerte 5. En silla	0. Normal 1. Escaso / sonda nasogástrica 2. Líquidos IV 3. Anorexia / Dieta absoluta	<b>Cirugía</b> 5. Cirugía ortopedia por debajo de la cintura 5. Más de 2 horas en mesa de quirófano <b>Medicación</b> 4. Esteroides, Citotóxicos, Anti-inflamatorios en altas dosis

Puntuación: Más de 10 puntos: en riesgo. Más de 16 puntos: Alto riesgo. Más de 20 puntos: Muy alto riesgo.

Fuente: Waterlow J. A risk assessment card. Nursing Times. 1985. 81 (49): 5155

### 4.- Escala ENIMA

	Estado mental	Movilidad	Humedad R/A Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado o Apático o pasivo	Ligeramente Limitada	Urinaria o fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda
2	Letárgico o Hipercinético	Limitación Importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre precisa ayuda
3	Comatoso	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula

Puntuación total

Sin riesgo = 0 puntos; Bajo riesgo = 1 a 3 puntos; Medio riesgo = 4 a 7 puntos; Alto riesgo = 8 a 15 puntos.

## Anexo II. Web usadas y documentos encontrados

Guiasalud.es		GNEAUPP	
encontradas	utilizadas	encontradas	utilizadas
10	3	32	3

## Anexo III: GPC seleccionadas

TÍTULO DE LA GUÍA	CCAA	AÑO DE REALIZACIÓN	FUENTE
Guía de cuidados de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.	Canarias	Año 2007	GNEAUPP <sup>29</sup>
Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión.	La Rioja	Año 2009	GNEAUPP <sup>30</sup>
Manual de actuación en la prevención y tratamiento de las heridas por presión.	Castilla de la Mancha.	Año 2008	Guiasalud.es <sup>31</sup>
Prevención y tratamiento de las úlceras por presión.	Islas Baleares	Año 2007	GNEAUPP <sup>32</sup>
Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas.	Valencia	Año 2012	Guiasalud.es <sup>1</sup>
Guía de práctica clínica: prevención y tratamiento de las lesiones por presión.	Aragón	Año 2013	Guiasalud.es <sup>9</sup>

#### Anexo IV. Diagnósticos de Enfermería utilizados en las guías de UPP

GUÍA	NANDA
<b>Diagnósticos encaminados a la etiqueta (problema UPP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de deterioro de la integridad cutánea <sup>1, 9, 29,30-32.</sup></li> <li>• Deterioro de la integridad cutánea <sup>1, 9, 30, 31,32.</sup></li> <li>• Deterioro de la integridad tisular <sup>1, 9, 30, 31.</sup></li> <li>• Riesgo de lesión <sup>29.</sup></li> </ul>
<b>Diagnósticos encaminados a las causas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de auto-cuidados: baño/higiene <sup>29.</sup></li> <li>• Déficit de volumen de líquidos <sup>29.</sup></li> <li>• Deterioro de la movilidad física <sup>29, 32</sup></li> <li>• Desequilibrio nutricional por exceso <sup>29, 32.</sup></li> <li>• Desequilibrio nutricional por defecto <sup>29, 32.</sup></li> <li>• Impotencia <sup>1.</sup></li> <li>• Disconfort <sup>1.</sup></li> <li>• Aislamiento social <sup>1.</sup></li> <li>• Riesgo de impotencia <sup>1.</sup></li> <li>• Riesgo de cansancio del rol del cuidador <sup>1, 32.</sup></li> </ul>
<b>Diagnósticos que deberían plantearse como problemas interdependiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incontinencia fecal <sup>29.</sup></li> <li>• Incontinencia urinaria total <sup>29.</sup></li> <li>• Riesgo de infección <sup>1, 32.</sup></li> <li>• Dolor agudo/ dolor crónico <sup>32.</sup></li> </ul>