



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

**PUCE TEC
TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA**

Tema:

**PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA PARA DISMINUIR LAS ÚLCERAS
POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Técnico
Superior en Enfermería**

Línea de investigación:

SALUD Y GRUPOS VULNERABLES

Autor:

Víctor Hugo Ramírez Calapiña

Directora:

Mg. Ingrid Valeria Flores Zambrano

Ambato – Ecuador

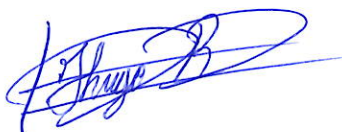
Octubre 2024

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **VÍCTOR HUGO RAMÍREZ CALAPIÑA**, con cédula de ciudadanía **1850635721**, autor del trabajo de titulación intitulado: “PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA PARA DISMINUIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS”, previo a la obtención del título de **TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA** en **PUCE TEC**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, octubre 2024



Víctor Hugo Ramírez Calapiña

CC.1850635721

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

**PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA PARA DISMINUIR LAS ÚLCERAS
POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

Línea de investigación:

SALUD Y GRUPOS VULNERABLES

Autor:

Víctor Hugo Ramírez Calapiña

Ingrid Valeria Flores Zambrano, Lic. Mg.

CC. 0504245630

CALIFICADOR

f. 

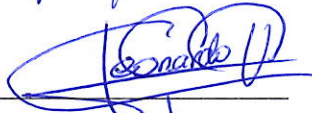
Paola Catalina López López, Bioquím, Mg.

CALIFICADOR

f. 

Jorge Leonardo Vélez Brito, Ing. Mg.

CALIFICADOR

f. 

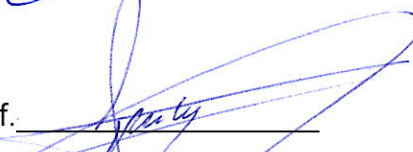
Diego Sebastián Viera Pérez, Ing. Mg.

COORDINADOR GENERAL PUCE TEC (S)

f. 

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 

Ambato – Ecuador

Octubre 2024


Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
**SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA**

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mis padres y a mi tutor de tesis por su inquebrantable paciencia y apoyo durante todo este proceso. Su acompañamiento y orientación han sido fundamentales para alcanzar esta nueva meta lograda. A mis padres, en particular, les debo un agradecimiento especial por ser el pilar fundamental en mi vida; su amor, comprensión y apoyo incondicional me han permitido llegar hasta aquí. Sin su ayuda y aliento constante, no estaría en la posición en la que me encuentro ahora. También deseo extender mi gratitud a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por brindarme la oportunidad de formar parte de esta prestigiosa institución. Agradezco profundamente el entorno académico y las experiencias enriquecedoras que me han permitido crecer tanto profesional como personalmente. Su compromiso con la excelencia y el desarrollo integral de sus estudiantes ha sido una parte esencial en la consecución de este logro.

Hugo R.

RESUMEN

El proyecto tuvo como objetivo diseñar un proceso de atención en enfermería para reducir la incidencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. El enfoque inicial del proyecto partió de la necesidad de enfrentar las múltiples consecuencias negativas asociadas con estas lesiones cutáneas, que no solo causan dolor y malestar, sino que también pueden dar lugar a complicaciones graves como infecciones, retrasos en la recuperación y mayores costos médicos.

La investigación se centró en responder la pregunta de cómo un proceso de atención en enfermería podría contribuir a disminuir las úlceras por presión en pacientes hospitalizados. La metodología empleada incluyó una revisión exhaustiva de los protocolos existentes, el análisis de la clasificación NANDA, NIC y NOC; y la realización de entrevistas con profesionales de la salud especializados en el cuidado de la piel. El análisis de los resultados reveló como un enfoque integral es fundamental para la reducción de úlceras por presión, permite valorar riesgos, implementar medidas específicas que mantengan la integridad de la piel, acompañado de programas de educación. La participación activa del personal de salud en la investigación resultó esencial para optimizar la atención y mejorar los resultados clínicos.

El diseño del proceso de atención en enfermería propuesto basado en la clasificación NANDA incluyó la valoración periódica del riesgo mediante el uso de escalas, cambios posturales regulares, el uso de dispositivos para aliviar la presión, y una adecuada nutrición e hidratación. La capacitación continua del personal también fue identificada como crucial para la efectividad del proceso.

Palabras clave: atención, enfermería, hospitalizados, pae, úlceras.

ABSTRACT

The project aims to design a nursing care process to reduce the incidence of pressure ulcers in hospitalized patients. The initial focus of the project stems from the need to address the multiple negative consequences associated with these skin lesions, which not only cause pain and discomfort, but can also lead to serious complications such as infections, delayed recovery and increased medical costs.

The research focused on answering the question of how a nursing care process could contribute to reducing pressure ulcers in hospitalized patients. The methodology employed included a comprehensive review of existing protocols; analysis of NANDA, NIC and NOC classification; and interviews with health care professionals specializing in skin care. The analysis of the results revealed how a comprehensive approach is fundamental for the reduction of pressure ulcers, as it allows risk assessment, implementation of specific measures to maintain skin integrity, accompanied by education programs. The active participation of healthcare personnel in the research was essential to optimize care and improve clinical results.

The proposed nursing care process design based on the NANDA classification includes periodic risk assessment using validated scales, regular postural changes, use of pressure-relieving devices, and adequate nutrition and hydration. Ongoing training of staff and caregivers was also identified as crucial to the effectiveness of the process.

Keywords: *care, nursing, hospitalized, ecp, ulcers.*

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

| | |
|--|-----|
| DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD | ii |
| APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO..... | iii |
| AGRADECIMIENTO..... | iv |
| RESUMEN | v |
| ABSTRACT | vi |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA | 4 |
| 1.1. Úlceras por presión | 4 |
| 1.2. Rol de enfermería en pacientes hospitalizados con úlceras por presión | 10 |
| 1.3. Proceso de atención de enfermería | 14 |
| CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO | 17 |
| 2.1. Enfoque de investigación | 17 |
| 2.2. Tipo de investigación..... | 17 |
| 2.3. Método | 18 |
| 2.4. Población y muestra | 19 |
| CAPÍTULO III. PROPUESTA | 28 |
| 3.1. Análisis situacional | 28 |
| 3.2. Necesidades y oportunidades | 28 |
| 3.3. Diseño del proyecto..... | 30 |
| CONCLUSIONES..... | 32 |
| RECOMENDACIONES | 34 |
| BIBLIOGRAFÍA | 36 |
| ANEXOS | 41 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Clasificación de las úlceras | 6 |
| Tabla 2. Estructura PAE implementado | 16 |
| Tabla 3. Características de muestra..... | 19 |
| Tabla 4. Pregunta 1..... | 21 |
| Tabla 5. Pregunta 2..... | 22 |
| Tabla 6. Pregunta 3..... | 23 |
| Tabla 7. Pregunta 4..... | 25 |
| Tabla 8. Pregunta 5..... | 26 |

INTRODUCCIÓN

Este proyecto se enfocó en mejorar el manejo del cuidado enfermero para prevenir las úlceras por presión en pacientes hospitalizados. La prevalencia de estas lesiones cutáneas en contextos clínicos ha destacado la necesidad urgente de comprender y optimizar las intervenciones de enfermería dirigidas a la prevención y tratamiento efectivo de las úlceras por presión, debido al impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes y en los recursos de salud disponibles.

La frecuencia de úlceras por presión varía según el entorno clínico y las características individuales de los pacientes, con hasta un 20% de los pacientes hospitalizados en riesgo de desarrollar estas lesiones durante su estancia, especialmente aquellos en unidades de cuidados intensivos o con factores de riesgo como inmovilidad prolongada, desnutrición o enfermedades crónicas. Se enfatizó la importancia de identificar a los grupos más vulnerables, como los adultos mayores con movilidad reducida o personas con incontinencia urinaria o fecal, quienes enfrentan un mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Las úlceras por presión se originan principalmente debido a la presión constante ejercida sobre áreas específicas del cuerpo, acompañada de factores adicionales como la fricción, la humedad y la falta de adecuada nutrición. La inmovilidad o la falta de cambios frecuentes de posición también juegan un papel crucial en la aparición de estas lesiones, especialmente en zonas donde los huesos están más cercanos a la piel, como el sacro, los talones y los codos.

Para prevenir la formación de úlceras por presión, es esencial implementar una serie de medidas dirigidas a reducir la presión sobre la piel y fomentar la salud cutánea. Estas acciones incluyen cambiar regularmente la posición del paciente, utilizar superficies de apoyo adecuadas, controlar la humedad y la nutrición, y educar tanto al personal de enfermería como a los pacientes y cuidadores sobre la importancia de estas prácticas preventivas. Además, es fundamental realizar evaluaciones periódicas del riesgo de úlceras por presión y seguir protocolos específicos de cuidado de la piel adaptados a cada paciente.

El proyecto se centró en mejorar el manejo del cuidado enfermero para prevenir las úlceras por presión en pacientes hospitalizados, aborda aspectos cruciales como la incidencia de estas lesiones, los grupos más vulnerables, los factores desencadenantes y las estrategias preventivas necesarias.

El cuidado enfermero enfocado en reducir los problemas asociados con las úlceras por presión en pacientes hospitalizados requiere una planificación integral y un enfoque holístico que considere aspectos físicos, emocionales y sociales, garantiza así una atención efectiva centrada en el paciente.

El enfoque inicial del problema se basó en la necesidad de abordar las múltiples consecuencias negativas relacionadas con las úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Estas lesiones cutáneas no solo provocan dolor y malestar físico, sino que también pueden llevar a complicaciones graves como infecciones, retrasos en la recuperación y aumento de los costos médicos. Además, las úlceras por presión pueden afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes y su capacidad para participar en actividades diarias, destaca la importancia de desarrollar intervenciones efectivas para prevenir y tratar estas lesiones.

La pregunta de investigación que se planteó en esta investigación es: ¿cómo el proceso de atención en enfermería ayudará a disminuir las úlceras por presión en pacientes hospitalizados? Además, los objetivos de este proyecto fueron:

Objetivo general:

Diseñar un proceso de atención en enfermería para disminuir las úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

Objetivos específicos:

1. Identificar los problemas producidos por las úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

2. Detallar las actividades que debe contener un proceso de atención en enfermería para disminuir las úlceras por presión en pacientes hospitalizados.
3. Presentar un proceso de atención en enfermería que incluya todas las actividades que permitan disminuir los problemas producidos por las úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

La metodología de investigación propuesta se centró en revisar a fondo los protocolos existentes, analizar la clasificación NANDA, NIC y NOC, además de realizar entrevistas a personal de salud especializado en cuidado de la piel. Este enfoque permitió recabar información valiosa sobre estrategias efectivas, protocolos específicos y mejores prácticas para prevenir y tratar úlceras por presión. Los resultados obtenidos proporcionan a las instituciones de salud herramientas sólidas para mejorar la atención a pacientes hospitalizados y optimizar los resultados clínicos en este contexto.

La participación activa del personal de salud en la investigación y la implementación de prácticas basadas en evidencia son fundamentales para la prevención y tratamiento de úlceras por presión, debido a su contacto directo con los pacientes, el personal puede determinar y establecer eficazmente cambios en el entorno de atención médica, como la adopción de procesos o guías para movilizar regularmente a los pacientes y garantizar acceso a equipos y recursos adecuados, asegura así que los pacientes reciban una atención segura y efectiva.

CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Úlceras por presión

Las úlceras por presión constituyen un desafío significativo para los sistemas de salud, debido al gran impacto en la morbilidad y mortalidad de los pacientes (Cobos, 2020).

Las úlceras por presión, también conocidas como úlceras de decúbito o escaras, son lesiones físicas que se desarrollan en la piel y los tejidos debajo de ella. Lesiones que son ocasionadas por la presión constante en zonas donde los huesos se encuentran más cerca de la superficie cutánea, como pueden ser talones, caderas, tobillos e incluso el coxis (Mayo Clinic, 2020).

El riesgo de sufrir úlceras por presión se presenta en mayor frecuencia en individuos que tienen limitaciones de movimiento, es decir pacientes que se encuentran confinados a la cama o dependen de sillas de ruedas. Esta afección viene acompañada de diferentes complicaciones, como pueden ser infecciones graves e incluso mortales (National Library of Medicine, 2021).

En la literatura actual existen varias publicaciones relevantes sobre el tema tratado, entre las cuales se destacan dos definiciones, la primera presentada por el grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas. GENEAUPP, las define como:

Lesiones en la piel y los tejidos que usualmente están localizadas en áreas donde los huesos están más cercanos a la superficie. Estas lesiones son causadas por presión directa o la combinación de presión y fuerzas de cizalla. Las lesiones pueden desarrollarse en tejidos blandos gracias a la presión externa ejercida por dispositivos o materiales clínicos o incluso personales (García et al., 2021).

Por otro lado, está la definición proporcionada por el *European Pressure Ulcer Advisory Panel* EPUAP, en el que también se caracteriza a las úlceras por presión como lesiones físicas en la piel o tejido subyacentes, donde generalmente se observan protuberancias óseas, que surgen debido a la presión directa con fuerzas de cizallamiento (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

Según la confederación multidisciplinaria latinoamericana de heridas, estomas e incontinencias (COMLHEI), las úlceras por presión representan la tercera condición de salud a nivel mundial que acarrea altos costos económicos, tanto para la salud pública como para los pacientes. Es importante recalcar que esta afección se encuentra después de enfermedades cardiovasculares y el cáncer, connota su alta prevalencia (Cuenca, 2020).

Además, a nivel mundial alrededor del 14% de los pacientes hospitalizados desarrollan úlceras por presión durante su hospitalización, lo que indica que unos 2,5 millones de nuevos casos al año contribuyen aproximadamente a 60,000 muertes en el mismo año (Alulima, 2020).

Por lo mencionado, se considera importante implementar protocolos de cuidado de la piel en entornos médicos con el fin de disminuir la frecuencia de úlceras por presión. Estos protocolos son considerados como estrategias activas específicas que buscan el cambio de posiciones de forma periódica de los pacientes; así también, emplear superficies de apoyo adecuadas a través de la utilización de apósitos especializados para proteger las áreas más susceptibles de acuerdo al paciente tratado (Paulín y Gallegos, 2019).

Las úlceras por presión representan un gran desafío dentro del campo de la salud; debido a su alto impacto en la calidad de vida de los pacientes y los costos que conlleva su tratamiento. Por tal razón, es fundamental implementar medidas preventivas y técnicas que traten de forma adecuada y efectiva el problema de las úlceras por presión.

Clasificación

Según (Quizhpi et al., 2022), las úlceras por presión se clasifican en diferentes categorías, las cuales se definen según la profundidad y extensión del daño tisular. Diferentes profesionales han establecido una guía de salud para seleccionar el tratamiento adecuado para cada paciente:

Tabla 1. *Clasificación de las úlceras*

| Categoría | Descripción |
|--------------------|--|
| Categoría 1 | Se observa enrojecimiento persistente en el área específica de la piel sobre prominencias óseas que en ocasiones no son visibles. En esta categoría, la piel muestra sensibilidad, firmeza y temperatura anormal. |
| Categoría 2 | Se presenta la pérdida parcial del grosor de la piel, afecta directamente la epidermis y la dermis. En esta categoría la úlcera es superficial y se manifiesta como una abrasión, ampolla o cráter poco profundo, donde también presenta enrojecimiento, mostrando un lecho rosado sin tejido necrótico. |
| Categoría 3 | Para la categoría 3 se evidencia la pérdida total del grosor de la piel, alcanza el tejido subcutáneo sin llegar al hueso, tendones o músculos. La úlcera forma un cráter profundo que puede tener o no socavamiento de los tejidos circundantes, con tejido necrótico en su base. |
| Categoría 4 | Para esta etapa, existe pérdida total del grosor del tejido con exposición a los huesos, tendones o músculos. La úlcera es profunda y presenta socavamiento y túneles. Es prominente la presencia de tejido necrótico o escaras que aumentan el riesgo de infección ósea. |

Nota: La información sobre la clasificación de las úlceras fue obtenida de (Quizhpi et al., 2022).

Estas clasificaciones son fundamentales y necesarias para evaluar con precisión el tipo de úlceras y aplicar tratamientos adecuados según la gravedad de la úlcera por presión (Zambrano et al., 2023).

Factores de riesgo

Según (Ramírez et al, 2021), en colaboración con otros investigadores, identifican diversos factores de riesgo relacionados con las úlceras por presión, donde destacan la importancia del estado nutricional del paciente en su desarrollo. Como uno de los factores de riesgo para esta patología, se caracteriza la desnutrición, la cual gracias a la falta de una adecuada dieta que carece de vitaminas, minerales y proteínas compromete la salud de la piel y disminuye su capacidad para resistir lesiones y presiones. Estos factores nutricionales pueden tener un impacto negativo en el proceso de cicatrización de las heridas y en las respuestas del sistema inmunológico, lo que prolonga la duración y gravedad de las úlceras por presión.

Así también, se considera que la aparición de úlceras por presión puede ser causada por la combinación de varios factores de riesgo, como por ejemplo la presencia de dispositivos médicos invasivos como tubos endotraqueales o sondas urinarias que al tener contacto directo pueden incrementar la fricción y la probabilidad de desarrollar úlceras por presión en áreas cercanas a las manipuladas.

Por otro lado, (Feijoó et al., 2023), en la edad avanzada, el tener enfermedades crónicas y la piel húmeda son condiciones que pueden aumentar la probabilidad de que un paciente desarrolle una úlcera por presión. Es por eso que, los profesionales de la salud tendrían en cuenta estos aspectos al evaluar el riesgo de cada paciente y al planificar medidas preventivas orientadas a las necesidades de cada paciente.

Entre otros factores de riesgo de gran importancia en la prevención de úlceras por presión, están la falta de cambios posturales. Estos factores son cruciales, las úlceras presentan un mayor desarrollo, si la presión prolongada sobre la piel restringe el flujo sanguíneo a los tejidos, lo que de forma eventual provoca daños y ulceraciones en la piel.

Los cambios posturales mantienen características necesarias para la prevención de las úlceras, por lo que las úlceras se forman si una parte del cuerpo está expuesta a una presión constante durante un período prolongado, es decir si una persona permanece en la misma posición durante mucho tiempo sin ningún cambio, pero es importante también tener en cuenta que el exceso de movimiento o el deslizamiento de la piel contra las superficies genera fricción puede también aumentar el riesgo de úlceras. Por tal razón, es importante manejar de forma adecuada los cambios posturales sin exceder ni privar el movimiento.

Diagnóstico

Para diagnosticar una úlcera por presión, es relevante realizar una evaluación minuciosa y específica de la piel del paciente con el objeto de identificar posibles signos de daño y categorizarse según las afecciones presentadas. Los profesionales de salud examinan de forma cuidadosa áreas sensibles, prominencias óseas, donde se buscan indicadores como, enrojecimiento de la parte, alteraciones en la textura cutánea y diferentes lesiones visibles.

Dentro del diagnóstico, el examen clínico detallado tiene un papel importante en la detección temprana de úlceras por presión, las cuáles permiten una implementación oportuna de estrategias preventivas y terapéuticas. Según (Rodríguez et al., 2020), la información médica previa del paciente tiene un rol fundamental en identificar el tipo de úlcera por presión y cómo tratarla; es por eso que revisar el historial clínico completo incluye la presencia de condiciones crónicas mejora la evaluación de los riesgos que tiene el paciente de desarrollar este tipo de lesiones en la piel.

Es importante en el diagnóstico palpar la zona afectada para evaluar la severidad de una úlcera por presión; los especialistas en esta patología tienden a examinar la temperatura de la piel, la presencia de inflamación e incluso la consistencia que presenta el tejido subyacente, a razón de precisar la profundidad y el alcance que tiene la lesión. Esta evaluación física proporciona información necesaria para realizar un tratamiento efectivo que mejore o evite las lesiones ocasionadas por las úlceras por presión (Triviño, 2020).

Los métodos de evaluación de riesgo para tratar esta patología son las más conocidas como la escala de Braden o la escala de Norton; estas herramientas sirven para identificar pacientes con mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión y orientan a la implementación de estrategias preventivas de forma efectiva. Las escalas se enfocan en aspectos como la capacidad de movimiento, salud nutricional, la humedad de la piel, circulación sanguínea en los tejidos y la sensibilidad de la piel (Flores et al., 2021).

Es necesaria la detección temprana y correcta de las úlceras por presión, de esta manera se logra prevenir complicaciones graves y permite mejorar los resultados de los pacientes. Los profesionales de salud y especialistas en úlceras estarán completamente capacitados en reconocer indicadores y manifestaciones sobre estas lesiones, donde el tratamiento de la piel debe ser un pilar fundamental dentro de sus conocimientos. Estos aspectos ayudan no solo a reducir los riesgos de enfermedades y muertes asociadas, sino que a su vez mejoran la calidad de vida y comodidad de los pacientes a largo plazo (Pinos et al., 2023).

Tratamiento

El manejo de las úlceras por presión se establece según el estado y las características específicas de cada lesión, con el objetivo de prevenir su desarrollo a etapas más severas y promover una cicatrización rápida y efectiva (Villén, 2023). Es fundamental crear un ambiente óptimo al inicio del tratamiento de las úlceras por presión, donde se proporcione una mejor condición de los tejidos y se facilite la curación de las lesiones a través de una evaluación completa de las condiciones del paciente. Finalmente, se ofrecerían cuidados personalizados que satisfagan las necesidades específicas que requieren la restauración eficaz de la integración tisular.

En el caso de úlceras clasificadas como categoría 1, el tratamiento se enfoca en aliviar la presión y mantener la piel limpia y seca. Para esta categoría se recomienda el uso de apósitos protectores, que pueden ser películas transparentes o hidrocoloides que permitan prevenir daños adicionales y facilitar la recuperación. Con respecto a las úlceras de categoría 2 el tratamiento se dirige a mantener la herida limpia y en condiciones húmedas, a través de la aplicación de apósitos absorbentes o hidrocoloides que promuevan una cicatrización rápida y adecuada. En estas dos categorías, es muy importante realizar un cambio postural de forma regular con el objetivo de disminuir la presión sobre el área afectada y evitar que estas lesiones se compliquen y se desarrollen de forma negativa (Rolle et al., 2020).

Para tratar las úlceras de categoría 3 se utilizan técnicas avanzadas de curación de heridas, como el uso de apósitos de espuma o al innato que mantienen un ambiente húmedo que favorecen la cicatrización. Además, en esta etapa existe la probabilidad de administrar antibióticos, tanto de forma tópica como sistémica, tratamientos que ya tratan una lesión presente infecciosa y se busca prevenir mayores complicaciones crónicas.

En contraste a las categorías ya mencionadas, el tratamiento de las úlceras de categoría 4, son las más severas, requieren ya de un trabajo multidisciplinario que incluye cuidados intensivos para la herida. Este tratamiento involucra procedimientos como el desbridamiento quirúrgico en algunos casos y se utilizan apósitos especializados como hidrogeles o vendajes con plata para controlar las infecciones y promover la cicatrización. Para esta categoría suele ser necesario administrar antibióticos sistémicos que manejen las complicaciones infecciosas que presentan las lesiones (Machaín et al., 2021).

1.2. Rol de enfermería en pacientes hospitalizados con úlceras por presión

Es fundamental en la atención médica tanto prevenir como tratar eficazmente las úlceras por presión. Organizaciones como la Asociación de Enfermeras Practicantes de Estados Unidos (ANA) y entidades de acreditación como la Junta de Acreditación Médica reconocen la importancia del manejo de estas lesiones en la piel, destaca su papel esencial en la evaluación de la calidad del cuidado en instalaciones de salud (Duffy, 2022).

En algunos entornos hospitalarios, el personal de enfermería enfrenta desafíos significativos en la atención directa a los pacientes y en la aplicación de prácticas respaldadas por evidencia que tienen como objetivo tratar las úlceras por presión. A diferencia del resto de personal de salud, el personal enfermero a menudo se ve limitado por la escasez de recursos y una formación de conocimientos insuficientes, lo que es ratificado por algunas investigaciones anteriormente realizadas (Mervis y Phillips, 2019).

Importancia

El personal enfermero desempeña un rol fundamental en el manejo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados, debido a la gravedad y necesidad que este problema de salud puede provocar, ocasiona infecciones severas e incluso riesgos mortales. Dentro de este contexto, se estima que más del 50% de las úlceras por presión ocurren durante la hospitalización y casi la totalidad de estas pueden ser prevenibles.

Por lo anteriormente mencionado, la prevención se convierte en el objetivo primordial de las intervenciones de enfermería. Estas intervenciones buscan proporcionar un cuidado personalizado y oportuno para las úlceras por presión, las cuales se centran en una evaluación exhaustiva, medidas y estrategias preventivas, un correcto diagnóstico acompañado del tratamiento y rehabilitación adecuada (Chércoles, 2020).

Principales intervenciones

Según (Castiblanco et al., 2022), en la atención de pacientes hospitalizados con úlceras por presión, se coloca en primer plano a las intervenciones críticas de enfermería, que están focalizadas en la prevención y cuidado efectivo de la piel.

- Es fundamental reducir tanto la duración como la intensidad de la presión sobre el cuerpo como medida clave en la prevención de las úlceras por presión. Por lo tanto, es necesario realizar cambios posturales de forma regular (Cienfuegos y Saavedra, 2020). Desde muchos años atrás, las escalas de Braden, Norton y Gosnell han sido utilizadas como herramientas rutinarias en el ámbito médico, las cuales han permitido evaluar a los pacientes en riesgo, donde una de las recomendaciones tradicionales desde el pasado ha sido el cambio de posición corporal cada dos horas como medida preventiva estándar.
- El cuidado de la piel se considera esencial y se reconoce como una estrategia primordial en el tratamiento de lesiones físicas, debido a que la

mayoría de lesiones en la piel pueden evitarse con un manejo adecuado. Por tal razón, se determina que los profesionales de salud se enfocarían en identificar y aplicar cuidados específicos que prevengan estas lesiones a través del uso de humectantes y otros tratamientos tópicos apropiados (Morales et al., 2021).

- Para mantener una piel saludable, es necesario tener prácticas adecuadas de higiene, como el baño, el uso de agua tibia y jabón suave, la fricción excesiva y el enjuagar y secar delicadamente las áreas vulnerables. Dentro de estas prácticas, se monitorea de forma minuciosa y constante la piel en busca de riesgos como enrojecimiento, endurecimiento o presión, se tiene en cuenta las áreas más propensas a la humedad que son ocasionadas por las incontinencias, sudoración excesiva o exudados. Para realizar la limpieza de las lesiones se recomienda el uso de solución salina fisiológica y evitar el uso de antisépticos locales como povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético o solución de hipoclorito, pueden ser perjudiciales para la piel (Chasillacta y Nuñez, 2023).

Es fundamental priorizar la limpieza y la sequedad de la piel del paciente, en la que se busca mantener una vigilancia constante sobre posibles incontinencias, sudoración abundante o secreción que pueda generar humedad y cambiar el estado de la piel. Estos cuidados serán de forma diaria; con el objeto de conocer el estado real de la piel durante las actividades de aseo y cambios de posición, es importante prestar mayor atención a las zonas propensas a la presión, enrojecimiento o endurecimiento (Chiriguaya, 2019).

Para (Vázquez, 2021), la alimentación es otro de los factores importantes para los pacientes que padecen úlceras por presión. La alimentación asegura que los pacientes reciban los nutrientes necesarios para una pronta recuperación. Los alimentos propuestos por varias investigaciones para una correcta nutrición son:

- Fuentes de proteínas como carnes, pescados, huevos, leche y sus derivados.
- Vitaminas de frutas y verduras, excluyendo cítricos.

- Líquidos como agua, zumos o infusiones, con un consumo mínimo de 1 a 2 litros diarios.
- Preferencia por métodos de cocción sencillos, como hervidos, al vapor, a la plancha o al horno, evita fritos, rebozados, empanados, salsas y guisos.
- Lácteos en cantidades moderadas, preferiblemente desnatados, como quesos frescos o semicurados.
- Consumo de cereales, patatas y legumbres cocidas y evitar alimentos grasos.

Se considera consumir alimentos que contengan mucha arginina y zinc en cantidades adecuadas, y así puedan ayudar a que los pacientes se recuperen más rápidamente si tienen esta condición (Maza et al., 2020).

Escalas

Para aplicar las medidas preventivas de forma efectiva contra las úlceras por presión, es importante identificar a los pacientes que podrían estar en riesgo evalúa los factores que pueden predisponer a la formación de úlceras (Aguierre et al., 2020).

Utilizar herramientas de evaluación objetivas que permitan valorar su condición y orientar las decisiones clínicas estarán enfocadas a la objetividad del juicio profesional; es decir, debe exponerse a la subjetividad de cualquier tipo durante la observación y diagnóstico de la afección. Como práctica estándar, se evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en todos los pacientes ingresados en las unidades hospitalarias mediante el uso sistemático de escalas o procesos de ingreso. Todo este proceso está encaminado en mejorar la calidad de cuidados ofrecidos a los pacientes, donde según varios autores a nivel mundial, las escalas más utilizadas para lograr este proceso son las de Braden y las de Norton (Cobos, 2020) (Zuleta et al., 2023).

La escala de Braden incluye la evaluación de percepción sensorial, exposición a la humedad, a las actividades cotidianas, movilidad, nutrición y fricción y riesgo de

lesiones. Cada uno de estos aspectos a los que están expuestos se califican en una escala del 1 al 4, excepto la fricción y el riesgo de lesiones, que solamente son puntuados del uno al tres. Los puntos de corte de la escala determinan el nivel de riesgo. Estos niveles de riesgo son considerados como riesgo bajo si presentan de 15 a 17 puntos, riesgo moderado si presentan de 13 a 14 puntos y de alto riesgo si existen puntuaciones menores a 12. Se enfatiza la importancia de esta evaluación para guiar las intervenciones preventivas y de cuidado adecuadas para cada paciente.

Mientras que la escala de Norton pretende evaluar el riesgo de las úlceras por presión considera el estado físico, incontinencia, movilidad, actividad y estado mental del paciente. Estos aspectos son evaluados en una escala del uno al cuatro, donde el 1 representa la situación menos favorable para el paciente.

Los puntos de corte de la escala determinan el riesgo al que los pacientes se encuentran vulnerables. Las puntuaciones se encaminan a riesgo mínimo de 15 a 12 puntos, riesgo moderado de 12 a 14 puntos y de alto riesgo si presentan de la misma manera menos de 12 puntos. Es fundamental esta evaluación para adaptar adecuadamente las medidas preventivas y la atención personalizada a cada paciente.

1.3. Proceso de atención de enfermería

Definición

Para brindar una atención sanitaria de manera racional, lógica y sistemática a los pacientes, los profesionales de enfermería están encaminados a utilizar un proceso de atención de enfermería PAE. Este enfoque científico implica identificar problemas de salud y elegir los tratamientos más adecuados que intervengan las necesidades de los diferentes diagnósticos (Martorell, 2020).

La práctica profesional de enfermería se orienta de manera científica mediante el método descrito, que está centrado en el ser humano. Se focaliza en la evaluación

de los cambios y mejoras en el bienestar de individuos, familias o grupos como resultado de los cuidados administrados por las enfermeras.

Características

Proporciona atención necesaria, este método capacita a los enfermeros para elaborar planes adaptados a las necesidades específicas de cada paciente. Al enfocarse en el bienestar global del paciente, el profesional no solo trata la enfermedad, sino que también implementa un cuidado integral (Solano, 2021).

El PAE está compuesto por cinco etapas clínicas interrelacionadas que se relacionan de forma cíclica y dinámica: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, evaluación (Miranda et al., 2019). Detallados a continuación:

- En la fase de diagnóstico del proceso de atención de enfermería, los enfermeros realizan juicios clínicos para identificar problemas de salud y respuestas humanas específicas, utiliza datos recopilados durante la valoración exhaustiva del paciente. Esto incluye revisar su historial médico y evaluar síntomas actuales mediante técnicas como entrevistas y exámenes físicos.
- Una vez establecidos los diagnósticos, se procede a la fase de planificación, donde los enfermeros colaboran con el paciente y el equipo de salud para desarrollar planes de cuidado detallados. Estos planes, que incorporan metas específicas, intervenciones recomendadas y criterios de evaluación claros, se diseñan considerando las preferencias del paciente y la evidencia científica disponible para asegurar su efectividad y viabilidad.
- Luego, en la fase de implementación, se ejecutan las intervenciones definidas para abordar los problemas de salud identificados, tales como la administración de medicamentos, el manejo de heridas y la educación del paciente. Esta etapa se realiza en colaboración estrecha con otros profesionales de la salud para garantizar una atención coordinada y completa.

- Finalmente, la fase de evaluación implica revisar los resultados de las intervenciones implementadas para determinar su efectividad. Compara los resultados con los objetivos establecidos en la fase de planificación, los enfermeros ajustan el plan de cuidado según sea necesario y proporcionan retroalimentación continua al paciente y al equipo de salud para asegurar una atención integral y de alta calidad.

Tabla 2. Estructura PAE implementado

| Diagnóstico de enfermería NANDA | PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | | | |
|---|--|-------------|--------------------|---------------|
| | CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC) | | | |
| | Resultados | Indicadores | Escala de Medición | Puntaje Diana |
| | | | | Meta |
| CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC | | | | |
| Campo: | Clase: | | | |
| Intervención: | Intervención: | | | |
| | | | | |

Nota: Se observa el PAE utilizado dentro de la investigación. elaborado por Ramírez H. (2024).

Importancia

El proceso de atención de enfermería se basa en cinco fases interconectadas: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación. Estas etapas permiten establecer una relación directa entre el profesional y el paciente, se enfoca en la colaboración para encontrar soluciones y establecer metas claras. Esta interacción es esencial para proporcionar cuidados personalizados que atiendan las necesidades específicas del paciente, mejora así significativamente la calidad de la atención (Salas et al., 2023).

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Enfoque de investigación

Utiliza un enfoque cualitativo, la investigación se centró en explorar de manera detallada y profunda los procesos de atención en enfermería dirigidos a la prevención de úlceras por presión. Este método permitió capturar tanto los aspectos prácticos como las dinámicas subyacentes que podrían influir en los resultados de salud de los pacientes.

El enfoque cualitativo facilitó una recolección transparente de datos al revelar el contexto detrás de las decisiones, comportamientos o motivaciones involucradas en la investigación, en contraste con la necesidad de obtener resultados de base numérica (Hernández, 2018).

Explora las experiencias, percepciones y acciones de los enfermeros involucrados en el proceso de atención, el enfoque cualitativo fue fundamental para comprender la práctica real de la enfermería en la prevención de úlceras por presión.

Además, este enfoque trató en entender el contexto en el que se desarrolla el cuidado, considera elementos como la cultura organizacional del hospital, las interacciones entre el personal de salud y las condiciones específicas de los pacientes; estos aspectos son difíciles de capturar completamente mediante métodos cuantitativos. El enfoque cualitativo permitió explorar los factores subyacentes que pueden afectar la efectividad del proceso de atención, como las actitudes y creencias de los enfermeros, las barreras organizacionales y los desafíos prácticos en su rutina diaria.

2.2. Tipo de investigación

Se enfoca en la caracterización de pacientes con úlceras por presión, el estudio adoptó un enfoque descriptivo. En el que, trató aspectos como la definición, clasificación, diagnóstico, factores de riesgo y tratamiento, permite así la

recopilación y evaluación de información no convencional sobre la atención enfermera dirigida a estos pacientes.

Esta investigación proporcionó una visión detallada de la situación al responder preguntas sobre la naturaleza de las úlceras por presión, su ubicación en el cuerpo, la secuencia temporal de su desarrollo y las diversas modalidades de presentación de los datos estudiados.

2.3. Método

Para abordar la mejora del proceso de atención en enfermería y la reducción de úlceras por presión en pacientes hospitalizados, se empleó un enfoque cualitativo mediante el método de investigación-acción. Este método se fundamentó en la participación de los profesionales de salud.

Este método facilitó la recolección de información a través de entrevistas estructuradas, busca comprender en profundidad las prácticas actuales y los desafíos en la prevención de úlceras por presión (León y Cairo, 2020).

El enfoque de investigación-acción se centró en implementar cambios prácticos y viables dentro del entorno hospitalario. Se fundamentó en los descubrimientos obtenidos durante la recolección y análisis de datos para desarrollar nuevas estrategias. Este método no solo detectó las deficiencias en la atención actual, sino que también propone soluciones efectivas y sostenibles para mejorar la calidad del cuidado enfermero y disminuir la incidencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Además, fomentó la participación activa del personal de enfermería en la evaluación crítica de sus prácticas, promueve así un entorno de aprendizaje continuo y mejora constante en la atención al paciente (Romero, 2019).

2.4. Población y muestra

Para la presente investigación se tomaron en cuenta las siguientes características de la muestra que fueron fundamentales para el estudio de la incidencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

- Formación Profesional y Experiencia
- Nombre completo
- Título Universitario
- Título Posgrado
- Años de experiencia
- Experiencia labora
- Lugar de trabajo
- Cargo actual

En el Anexo número 1 se detalló la experiencia e información del personal entrevistado.

Tabla 3. *Características de muestra*

| Características y totales de la muestra a investigar | |
|--|----------|
| Muestra a considerarse en la investigación | 5 |
| ENFERMERAS | |
| • Licenciada en enfermería. Magister en gestión de cuidado de enfermería de pacientes en unidades de emergencia y cuidados críticos. | 1 |
| • Licenciada en enfermería. Magister en dirección y gestión de unidades de enfermería. | 1 |
| MÉDICOS | |
| • Médicos generales. Especialistas en medicina interna | 3 |

Nota: elaborado por Ramírez H.

Tipo de recolección de la información

Para la recopilación de la información, se usó la técnica de la entrevista estructurada que permite de manera estratégica recolectar información de fuentes primarias. En este proceso se estableció la relación entre el investigador y el

personal de salud. Con esto se obtuvieron de manera eficaz las respuestas verbales y apreciaciones de los profesionales a las preguntas que se plantean sobre el tema de investigación, explica el propósito de estudio y especifica claramente la información necesaria. El cuestionario implementado fue validado a través de un juicio de expertos realizado por profesionales de enfermería especializados en la temática de estudio y en investigación cualitativa.

En el anexo número 2 se detalla el formato utilizado para las entrevistas a los especialistas

Procesamiento y análisis de la información

Después de finalizar las entrevistas, se empleó el análisis de contenido, que implicó examinar y desglosar los contenidos de manera detallada para entender su significado. Este método fragmentó los textos en unidades que se organizan y clasifican en categorías, facilita así la comprensión de la información recopilada (Hernández, 2018).

En la fase de preanálisis, se organizó y revisó el material recopilado de las entrevistas con el personal de salud para obtener una visión general de los datos y establecer los objetivos del análisis. Durante la fase de codificación, se clasificaron y catalogaron los datos obtenidos de las entrevistas, destaca los aspectos más relevantes sobre el cuidado de pacientes con úlceras por presión por parte del personal de salud. En la fase de categorización, se agruparon las unidades de datos según similitudes semánticas, establece conexiones y contrasta con la literatura y antecedentes de estudio para seleccionar cuidadosamente las categorías y subcategorías emergentes. Este proceso fue esencial para el análisis y comprensión exhaustiva de los datos obtenidos.

Tabla 4. Pregunta 1

| Cuando inicia con la valoración en pacientes hospitalizados, ¿qué herramientas y métodos son recomendables para evaluar el riesgo de úlceras por presión? | |
|--|--|
| Especialista | Respuestas |
| Lcda. En Enfermería. Mg. en Gestión de Cuidado de enfermería de pacientes en unidades de Emergencia y cuidados críticos. | En el área de hospitalización, las herramientas más utilizadas son las escalas de Norton y de Braden. |
| Licenciada en Enfermería. Mg. en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería | Cuando se recibe a un paciente, se realiza la valoración del mismo, aplicamos una serie de preguntas llamada encuesta para poder conocer la condición del paciente, aplicamos también la palpación. Y posteriormente aplicamos distintas escalas dependiendo del requerimiento del paciente, como la escala de Norton o Braden, siendo esta última la más común. |
| Médico especialista en medicina interna | Bueno nosotros aquí en el nivel institucional usamos una escala para la evaluación que es la escala de Norton. Básicamente es en el Santa Inés no sé qué escala realmente utilizan, pero aquí están protocolizados. |
| Medico en cuidados Intensivos- Magister en servicios de salud | Cuidados generales de enfermería, valorando las condiciones del paciente y los riesgos que implica su patología para generar las úlceras. |
| Médico Especialista en medicina interna | Al realizar mi valoración médica, utilicé varios tipos de herramientas para evaluar el riesgo de presentar úlceras, las cuales son, escala de Braden, escala de Norton, escala de Waterlow y herramientas como las reglas de medición y las plantillas de trazados. |

Nota: elaborado por Ramírez H.

Análisis:

Los médicos especialistas coincidieron en la preferencia por las escalas de Braden y Norton para evaluar el riesgo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados, destaca su uso generalizado debido a su capacidad para evaluar factores críticos como movilidad, estado nutricional, integridad de la piel, humedad y fricción. Desde la perspectiva de enfermería, estas escalas se complementan con la anamnesis y el examen físico para obtener una visión integral del estado del paciente. Además, se estableció la importancia de protocolos dentro de los centros de salud, que aseguren una evaluación adecuada en diferentes entornos hospitalarios, mientras que herramientas adicionales como la escala de Waterlow ofrecen opciones para análisis más detallados en situaciones clínicas específicas.

Tabla 5. Pregunta 2

| En cuanto al mantenimiento de la integridad de la piel, ¿qué medidas específicas se deben tomar? | |
|--|--|
| Especialista | Respuestas |
| Lcda. En Enfermería. Mg. en Gestión de Cuidado de enfermería de pacientes en unidades de Emergencia y cuidados críticos. | Valorar la integridad de la piel en cada turno es indispensable, por tal motivo se recomienda los cambios de posición cada 2 horas en pacientes encamados, hidratación de la piel, colchón anti escaras y evitar que las sábanas se encuentren con pliegues, colocar almohada entre las piernas del paciente para evitar que las prominencias óseas se laceren, de esta manera evitar úlceras por presión. |
| Licenciada en Enfermería. Mg. en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería | Cambio de posición cada 2 horas, hidratación de la piel con cremas extra hidratantes, colocación de almohadas o almohadillas hechas con nylon y semillas de linaza. Mantener la piel limpia y seca, especialmente la zona perianal. |
| Especialista en medicina interna | Básicamente, los cambios de posición y la hidratación de la piel creo que son fundamentales y claro, hay que analizar cada contexto de cada paciente, pero todos los pacientes hospitalizados en nosotros ponemos como medida general, por lo que, esto del cuidado de la piel y la hidratación y los cambios de posición. |
| Medico en cuidados Intensivos- Magister en servicios de salud | Cambios posturales, colchas anti escaras, lubricación de piel, rehabilitación temprana y adecuada nutrición. |
| Médico Especialista en medicina interna | <p>En el cuidado de la piel al presentar úlcera por presión, como profesional médico, hago lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Inspeccionar la piel: Revisar la piel del paciente a diario, en busca de signos de úlceras por presión, como enrojecimiento, calor, dolor, hinchazón o cambios en la textura de la piel. * Prestar atención a las zonas de riesgo son aquellas que están expuestas a presión constante, como los talones, los glúteos, la espalda baja y la parte posterior de la cabeza. * Utilizar herramientas de medición como reglas o plantillas de trazados, para medir el tamaño y la profundidad de las úlceras por presión. <p>Limpieza y cuidado de la úlcera con una solución salina normal o con agua tibia y jabón glicerina.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Aplicar apósitos para mantener la úlcera húmeda y protegerla de la infección. * Controlar el exudado cambiando los apósitos según sea necesario. |

Nota: elaborado por Ramírez H.

Análisis:

Los especialistas concuerdan que un enfoque integral es necesario para mantener la integridad de la piel en pacientes hospitalizados, donde requiere la rotación de posición cada dos horas, como parte del proceso para reducir la presión sobre áreas vulnerables del cuerpo. Además, se estableció la importancia de la hidratación regular de la piel con cremas humectantes y el uso de dispositivos como colchones anti escaras y almohadas en posiciones estratégicas. La lubricación adecuada de la piel, la rehabilitación temprana y una nutrición adecuada también son resaltadas como prácticas fundamentales para la salud cutánea. Los

especialistas enmarcaron la relevancia de realizar evaluaciones diarias de la piel para detectar precozmente signos de úlceras por presión, utiliza herramientas de medición y aplica tratamientos específicos según sea necesario.

Tabla 6. Pregunta 3

| Cuando implementamos técnicas de movilización y posicionamiento. ¿Qué prácticas son más efectivas en este aspecto? | |
|---|---|
| Especialista | Respuestas |
| Lcda. en Enfermería. Mg. en Gestión de Cuidado de enfermería de pacientes en unidades de emergencia y cuidados críticos. | <ul style="list-style-type: none"> • Antes de realizar la movilización confirme que es la adecuada y no está contraindicada. • Comunicación entre la persona a movilizar y las personas cuidadoras, logrando así que la acción sea coordinada. • Informar a la persona de la maniobra que se va a realizar. • Frenar la cama o la silla de ruedas antes de realizar la movilización. • Mover el tronco de la persona con dependencia, con mirada hacia el pecho, con el fin de flexionar el cuello y no provocar ningún daño. • También se puede usar tablas, disco giratorio, si es posible y no esta contraindicad. • Realizar las maniobras a una velocidad adecuada, no de forma brusca. |
| Licenciada en Enfermería. Mg. en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería | Cuando el paciente no puede moverse por sí mismo, siempre aplicamos mecánica corporal, evitando dañarnos alguna articulación y colocamos en posición decúbito dorsal, decúbito lateral, decúbito supino o prono. |
| Especialista en medicina interna | Bueno, en las movilizaciones siempre proponemos que los pacientes se movilicen lo antes posible, entonces a los pacientes que realmente no se pueden movilizar por su condición de enfermedad, por la edad o por algún otro factor se recomienda los cambios de posición cada 3 horas durante el día, entonces qué prácticas son las más efectivas en este aspecto no podría decirle porque no sé de otra práctica para poderlas comparar. |
| Medico en cuidados Intensivos- Magister en servicios de salud | Cambios posturales frecuentes y aseo general. |
| Médico Especialista en medicina interna | <p>Las técnicas de movilización y posicionamiento más efectivas, para mí opinión, son aquellas que se adaptan a las necesidades individuales de cada paciente y que se realizan de forma segura y cómoda.</p> <p>Cambios posturales:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Posición supina, Posición lateral, Posición prona, Posición Fowler <p>Utilización de dispositivos de alivio de presión:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Colchones de espuma viscoelástica: se amoldan a la forma del cuerpo y redistribuyen el peso, reduciendo la presión en las zonas de riesgo. * Colchones de aire: Se pueden ajustar a diferentes niveles de presión para proporcionar el soporte adecuado. * Almohadas y cojines: Se pueden utilizar para posicionar al paciente y reducir la presión en las zonas de riesgo. * Utilizar técnicas de elevación seguras: usar la mecánica corporal adecuada para evitar lesiones. * Monitorear al paciente: Asegurarse de que el paciente esté cómodo y seguro durante y después de la movilización o el posicionamiento. |

Nota: elaborado por Ramírez H.

Análisis:

Los especialistas establecieron que, la coordinación entre pacientes y cuidadores es esencial para garantizar movimientos seguros y coordinados, comienza con una evaluación previa para confirmar la idoneidad de la movilización y evitar contraindicaciones. La comunicación clara y la preparación del paciente son fundamentales para asegurar la seguridad durante el proceso.

Se destacó la importancia de realizar cambios posturales regulares, cada tres horas, durante el día, especialmente para pacientes con limitaciones de movilidad prolongada, para prevenir úlceras por presión y mantener la salud de la piel. El uso de dispositivos especializados como colchones de espuma viscoelástica y de aire, junto con almohadas estratégicamente colocadas, ayuda a redistribuir la presión y proporcionar comodidad y confort. Así mismo, se enfatizó la aplicación de técnicas de elevación seguras y una mecánica corporal adecuada para proteger tanto a pacientes como a cuidadores de lesiones musculoesqueléticas, asegura tanto la seguridad física como el bienestar emocional del paciente durante la movilización.

Tabla 7. Pregunta 4

| ¿Cómo influye la nutrición y la hidratación en la prevención de úlceras por presión? | |
|---|--|
| Especialista | Respuestas |
| Lcda. En Enfermería. Mg. en Gestión de Cuidado de enfermería de pacientes en unidades de Emergencia y cuidados críticos. | Cuando existe un déficit de nutrientes altera la piel, cuando existe una desnutrición implica pérdida de masa muscular, pérdida de peso, piel reseca, por tanto, en pacientes encamados existe mayor riesgo de úlceras por presión, debido a la pérdida de nutrientes esenciales en el cuerpo. |
| Licenciada en Enfermería. Mg. en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería | Va a ayudar al tejido a tener mejor circulación, evitando enrojecimiento o necrosis del mismo. |
| Especialista en medicina interna | Bueno, es muy conocido que los pacientes con hipo minumenia en estados de desnutrición son pacientes más susceptibles a infecciones y lógicamente eso también repercute sobre la calidad de la piel de los pacientes. Entonces sí es para nosotros muy importante esto de la evaluación nutricional, son pacientes que están en convalecencia o muchos de mis pacientes ya son de edad avanzada y tienen sus grados de nutrición y con los procesos infecciosos entran en un catabolismo por lo que pierden más masa muscular. |
| Medico en cuidados Intensivos- Magister en servicios de salud | Influye positivamente para la adecuada lubricación e integridad de la piel. |
| Médico Especialista en medicina interna | <p>La nutrición y la hidratación son dos factores esenciales en la prevención de úlceras por presión (UPP). Una adecuada ingesta de nutrientes y líquidos ayuda a mantener la piel sana y resistente a las lesiones, mientras que la desnutrición y la deshidratación la hacen más vulnerable.</p> <p>Una mala alimentación puede ocasionar la aparición de UPP:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Proteínas son esenciales para la construcción y reparación de tejidos, incluyendo la piel. Una deficiencia de proteínas puede hacer que la piel sea más frágil y susceptible a las UPP. * Vitaminas y minerales: Ciertas vitaminas y minerales, como la vitamina C, la vitamina A y el zinc, son importantes para la salud de la piel. Una deficiencia de estas vitaminas y minerales puede aumentar el riesgo de UPP. <p>Y la falta de hidratación proporciona una mayor aparición de UPP:</p> <ul style="list-style-type: none"> * La piel hidratada es más elástica y resistente a las lesiones. La deshidratación hace que la piel sea más seca y rígida, lo que la hace más susceptible a las UPP. * La hidratación adecuada ayuda a mantener la circulación sanguínea. La deshidratación puede hacer que la sangre fluya más lentamente, lo que puede reducir el flujo de oxígeno y nutrientes a la piel, aumentando el riesgo de UPP. |

Nota: elaborado por Ramírez H.

Análisis:

Los especialistas mencionaron la importancia de la nutrición y la hidratación en la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Así mismo, concordaron en que, una adecuada nutrición debe incluirse suficientes proteínas, vitaminas y minerales, lo cual ayuda a mantener la integridad de la piel y reducir el

riesgo de úlceras por presión, especialmente en pacientes de edad avanzada o en convalecencia, quienes son más vulnerables debido a la pérdida de masa muscular y fragilidad cutánea asociada con la desnutrición. Asimismo, la hidratación adecuada es crucial para mantener la elasticidad de la piel y promover una circulación sanguínea saludable, previene así lesiones por presión debido a la mayor fragilidad de la piel deshidratada. Estas respuestas destacaron la importancia de una evaluación nutricional integral como parte del cuidado hospitalario para optimizar la salud cutánea y minimizar riesgos asociados a las úlceras por presión. Razón por la cual, se garantiza una alimentación e hidratación adecuadas para mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir complicaciones cutáneas durante la hospitalización.

Tabla 8. Pregunta 5

| Usted considera que la educación y capacitación juegan un papel importante. ¿Qué tipo de educación se proporciona a los pacientes, sus familias y al personal de salud? | |
|--|--|
| Especialista | Respuestas |
| Lcda. En Enfermería. Mg. en Gestión de Cuidado de enfermería de pacientes en unidades de Emergencia y cuidados críticos. | Por su puesto, la educación en cuanto a prevención de úlceras por presión es indispensable, de esta manera el personal de salud realiza las actividades necesarias para evitarlas y así también educan a los familiares para que, cuando el paciente egrese del hospital y se dirija al domicilio pueda seguir con un cuidado óptimo y evitar úlceras por presión. En cuanto a los profesionales de la salud, es necesario mantener capacitaciones continuas para mejorar la atención en cuanto a este tema. |
| Licenciada en Enfermería. Mg. en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería | Considero que la educación es esencial, acompañada de capacitaciones continuas. La información que se proporciona a los familiares es más preventiva. Cambio de posiciones, aseo, colocación de almohadillas, etc. |
| Especialista en medicina interna | El personal de enfermería son los que realmente abordan a los pacientes y dan las indicaciones de los cuidados del paciente, entonces la educación es fundamental y la constante capacitación para tomar las medidas que nos garanticen que no haya más complicaciones de los pacientes. |
| Medico en cuidados Intensivos- Magister en servicios de salud | Sí es importante la educación, primero con el equipo de salud, fisioterapeutas, médicos, enfermería, auxiliares y los familiares que realizan el cuidado directo del paciente. |
| Médico Especialista en medicina interna | La educación sobre las úlceras por presión (UPP) es un componente crucial para prevenir y manejar estas lesiones debilitantes. Se dirige a tres grupos principales: pacientes, familias y personal de salud, cada uno con necesidades y objetivos específicos. Educación para pacientes: La educación sobre las UPP es un proceso continuo que debe adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente, familia y miembro del personal de salud. Al trabajar en conjunto, se puede mejorar significativamente la prevención y el manejo de estas lesiones, mejorando la calidad de vida de los pacientes y reduciendo la carga de atención médica. |

Nota: elaborado por Ramírez H.

Análisis:

Los especialistas mencionaron de manera unánime la importancia de la educación y capacitación en la prevención de úlceras por presión y expresan que la educación continua y específica para el personal sanitario, incluye enfermeras, médicos y fisioterapeutas, es necesaria para implementar eficazmente estrategias de cuidado preventivo y manejo de esta patología. De la misma manera, recomendaron educar a pacientes y familias sobre prácticas preventivas sobre el autocuidado, como el cambio regular de posiciones y el cuidado adecuado de la piel, tanto en el entorno hospitalario como en el domiciliario. Esta formación busca reducir el impacto durante la hospitalización y preparar a cuidadores y familiares a proporcionar atención continua y efectiva en casa. Las respuestas permiten interpretar que la educación efectiva y la capacitación continuada mejoran la calidad del paciente y reducen la incidencia de úlceras.

CAPÍTULO III. PROPUESTA

3.1. Análisis situacional

El propósito principal de esta investigación fue diseñar un proceso de atención estructurado y basado en evidencia que reduzca significativamente la incidencia de úlceras por presión. Este enfoque se justificó por la falta de uniformidad en los protocolos actuales y la necesidad de implementar estrategias más efectivas y personalizadas. Además, la investigación se apoyó en la taxonomía de NANDA International, edición 2021-2023, que proporcionó un marco claro y estandarizado para identificar problemas de salud específicos y guiar intervenciones de enfermería pertinentes.

Se partió de la premisa de que un proceso de atención bien definido y correctamente implementado puede prevenir muchas de las complicaciones, mejora así la calidad de vida de los pacientes y optimiza los recursos hospitalarios. Por lo tanto, la investigación se enfocó en identificar los diagnósticos existentes relacionados con las úlceras por presión, detallar las actividades específicas que forman parte del proceso de atención en enfermería, y presentar una propuesta práctica y viable que pueda ser implementada en entornos hospitalarios para beneficiar a los pacientes.

Este análisis situacional justificó la importancia y la relevancia del estudio propuesto, enfocado en llenar el vacío actual de información y protocolos efectivos.

3.2. Necesidades y oportunidades

Necesidades

Las úlceras por presión constituyen un desafío significativo en los entornos hospitalarios, especialmente entre pacientes postrados, ancianos y aquellos con condiciones médicas crónicas. La alta prevalencia de estas lesiones subraya la urgencia de implementar intervenciones efectivas, dado su impacto negativo en la

calidad de vida de los pacientes y los costos asociados para los sistemas de salud. Además de afectar directamente el bienestar del paciente, las úlceras por presión pueden complicar otras condiciones médicas, prolongar las estancias hospitalarias y aumentar el riesgo de infecciones graves como la sepsis. La reducción de la incidencia de úlceras por presión no solo mejora los resultados clínicos, sino que también puede contribuir significativamente a la reducción de la mortalidad hospitalaria.

A nivel normativo, tanto a nivel nacional como internacional, existen estándares rigurosos que requieren la implementación de medidas preventivas eficaces. Cumplir con estas regulaciones es crucial para garantizar la calidad de la atención y evitar posibles sanciones, al mismo tiempo que optimiza los recursos económicos y humanos de las instituciones de salud.

Así mismo, es fundamental considerar el impacto psicológico y emocional que las úlceras por presión pueden tener en los pacientes y sus familias. Estas lesiones no solo causan dolor físico, sino que también pueden generar estrés, ansiedad y sentimientos de desesperanza, afecta la recuperación global del paciente y la calidad de vida a largo plazo.

Oportunidades

Un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) centrado en la prevención activa de úlceras por presión ofrece numerosas oportunidades para mejorar la calidad asistencial. Esto incluye la formación continua del personal en prácticas basadas en evidencia, la utilización de tecnologías avanzadas para el monitoreo y la implementación de protocolos actualizados.

Un PAE bien diseñado no solo reduce la incidencia de úlceras por presión, sino que también optimiza el uso eficiente de los recursos hospitalarios al disminuir la necesidad de tratamientos prolongados y costosos. Esto no solo beneficia a los pacientes al mejorar su calidad de vida, sino que también impacta positivamente en

la gestión de recursos de la institución hospitalaria, permite una asignación más efectiva de personal y materiales.

La implementación efectiva de un PAE también brinda oportunidades significativas para el desarrollo profesional del personal de enfermería. La capacitación continua en prácticas clínicas avanzadas eleva la competencia y fortalece la calidad del cuidado proporcionado, mejora así la reputación y la confianza institucional.

Además de mitigar riesgos legales y regulatorios, el cumplimiento estricto de las normativas de prevención de úlceras por presión refuerza la reputación del hospital y fomenta la confianza de los pacientes y sus familias en la seguridad de la atención recibida. Esto destaca la importancia de una colaboración interdisciplinaria entre diferentes servicios hospitalarios para un abordaje integral y personalizado del PAE.

3.3. Diseño del proyecto

El proceso de atención de enfermería para tratar las úlceras por presión se basó en la clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA y también en las clasificaciones NIC y NOC, para ofrecer un cuidado estructurado y basado en evidencia.

En el Proceso de Atención de Enfermería, que se encuentra en el anexo 3, contiene lo siguiente:

- **Portada:** La portada mostró el tema principal del proyecto, el nombre del autor, el año y una imagen relevante que ilustra el tema “Proceso de Atención en Enfermería para disminuir las úlceras por presión en pacientes hospitalizados”.
- **Índice:** El índice organizó y enlistó todas las secciones importantes del proyecto con su numeración, ayuda a encontrar fácilmente cada parte del contenido.
- **Introducción:** La introducción dio una visión general rápida de las motivaciones del proceso de atención, así también del diagnóstico NANDA,

explica qué es, por qué es importante, y cuáles son sus objetivos y aspectos importantes.

- **Desarrollo del proceso de atención en enfermería:** Aquí se describió a través de tablas y de forma detallada el proceso para reducir las úlceras por presión. Se explicó cada uno de los pasos, diagnósticos, resultados y clasificaciones de manera clara y completa.
- **Conclusiones:** Las conclusiones mostraron que todo lo que se planeó al principio se ha llevado a cabo con éxito, confirma que el proceso se ha desarrollado correctamente.
- **Recomendaciones:** Las recomendaciones ofrecieron consejos prácticos para mejorar el proceso y hacer ajustes futuros, asegura que el proyecto sea eficaz.

CONCLUSIONES

- Se diseñó un proceso de atención en enfermería que maneja un enfoque integral para la prevención y manejo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Este proceso incluyó la valoración del riesgo mediante el uso de escalas validadas como Braden y Norton, con la implementación de medidas específicas para mantener la integridad de la piel y la aplicación adecuada de movilización y posicionamiento. El proceso de atención en enfermería también incorporó prácticas relacionadas con la nutrición e hidratación, fundamentales para la prevención de úlceras, en las que se enfatizó la necesidad de educación y capacitación continua del personal de salud, pacientes, cuidadores y familiares que optimicen la prevención y el manejo de estas lesiones. Este diseño buscó reducir de forma significativa la incidencia de úlceras por presión y mejorar la calidad de atención y bienestar de los pacientes.
- Los problemas producidos por úlcera por presión en pacientes hospitalizados incluyeron la pérdida de integridad de la piel, dolor, malestar y riesgos de infecciones y complicaciones adicionales. Se conoció que las úlceras por presión son más frecuentes en pacientes con movilidad reducida, desnutridos o deshidratados. Permite establecer que una identificación temprana permite una intervención más efectiva en la prevención del desarrollo y las consecuencias de las úlceras. La información obtenida gracias a las herramientas de valoración de escalas de Braden y Norton mostró la importancia de su uso para identificar a pacientes en riesgos y de esta manera tomar medidas preventivas adecuadas.
- Las actividades esenciales en un proceso de atención en enfermería para disminuir las úlceras por presión son la valoración periódica del riesgo con escalas específicas, la implementación de cambios posturales regulares cada dos horas, el uso de dispositivos para aliviar la presión. Una correcta hidratación y nutrición, actividades que permiten mantener la integridad de la piel. Además, se estableció la necesidad de proporcionar una educación

continua al personal de salud, cuidadores y familiares sobre prácticas preventivas y técnicas de movilización. Estas actividades están encaminadas para abordar los factores de riesgo de manera integral y reducir la incidencia de las úlceras por presión.

- El proceso de atención de enfermería basado en la clasificación NANDA incluyó un enfoque holístico que abarca una valoración inicial y continua del riesgo de úlceras por presión, donde la implementación de estrategias de cuidado específicas como cambios posturales regulares y la utilización de colchones y almohadas especiales con una adecuada nutrición e hidratación, comodidad y percepción personales y cognitivas, buscan no solo prevenir el desarrollo de las úlceras por presión, sino también asegurar un manejo adecuado si estas ocurren y de esta manera mejorar la calidad de atención en la recuperación del paciente.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que los hospitales adopten y utilicen de manera sistemática escalas de valoración de riesgo, como Braden y Norton, para evaluar a todos los pacientes hospitalizados. La implementación de estas herramientas permitirá identificar de manera temprana a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión. Al aplicar estas escalas se podrán tomar medidas preventivas adecuadas y personalizadas para cada paciente, lo que reducirá significativamente la incidencia de úlceras y mejorará los resultados clínicos.
- Es importante que se establezca un protocolo basado en los programas de atención de enfermería que garantice la realización de cambios posturales cada dos horas en pacientes encamados o con movilidad limitada. La implementación de este protocolo ayudará a redistribuir la presión sobre la piel y los tejidos subyacentes, previene así la formación de úlceras por presión, garantiza el confort general del paciente y de su tratamiento.
- Es recomendable que se garantice una evaluación nutricional completa y adecuada para todos los pacientes, además, de mantener un plan de hidratación que favorezca la salud de la piel. Una nutrición adecuada, que incluya suficientes proteínas, vitaminas y minerales es fundamental para la reparación y mantenimiento de la piel, al igual que la hidratación permite mantener una piel elástica y resistente a lesiones.
- Se busca proporcionar educación y capacitación continua al personal de salud sobre las mejores prácticas de prevención y manejo de úlceras por presión, enmarca la utilización del proceso de atención de enfermería enmarcado dentro de este proyecto de investigación y basado en la clasificación NANDA. Esta formación contribuye a reducir la incidencia de úlceras, conocer sus condiciones y aplicar diferentes intervenciones condicionales que mejoren el tratamiento de los pacientes hospitalizados.

- Se recomienda establecer un sistema de monitoreo y evaluación continua del proceso de atención de enfermería para detectar áreas de mejora y asegurar la eficacia del protocolo. La evaluación constante permite ajustar el proceso en función de los resultados obtenidos y las necesidades cambiantes de los pacientes.
- Se sugiere la implementación e incorporación de la propuesta basada en procesos de atención de enfermería específicos a las úlceras por presión; así también mantener actualizados los procesos de atención de enfermería con los diferentes estudios científicos y nuevos diagnósticos que puedan ser insertados en la clasificación NANDA y futuros cambios en las intervenciones contenidas en la clasificación de intervenciones de enfermería y la clasificación de resultados de enfermería. Procesos que permitirán al personal de salud mantener sus conocimientos actualizados y poseer una herramienta eficaz en el tratamiento de las úlceras por presión.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguierre et al., M. J. (2020). *Úlceras por presión como problema de seguridad del paciente en el Centro de Cuidados Especiales del Hospital Central de las Fuerzas Armadas*. Montevideo: UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL URUGUAY. Obtenido de <https://liberi.ucu.edu.uy/xmlui/bitstream/handle/10895/1750/54381.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alulima, A. C. (2020). Factores e incidencia de lesiones por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Científica Higía de la Salud*, 3(2).
- ASDE, G. A. (s/f). *PAE Enfermería: ¿Qué es? Cuáles son sus etapas?* Obtenido de [generalasdeformacion.com](https://www.generalasdeformacion.com): <https://www.generalasdeformacion.com/blog/pae-enfermeria-que-es-y-etapas/#:~:text=Caracter%C3%ADsticas%20del%20PAE,en%20soluciones%20estableciendo%20metas%20claras>.
- Ayora et al., P. A. (s/f). *Protocolo de Cuidados en Hospital Universitario Reina Sofía*. Obtenido de https://www.infogerontologia.com/documents/pgi/descarga_protocolos/ulceras_presion.pdf
- Castiblanco et al., C. R. (2022). Cuidados de enfermería para prevenir las úlceras por presión durante la estancia hospitalaria. *Repert Med Cir*. . doi:<https://doi.org/10.31260/Repert Med Cir.01217372.1311>
- Chércoles, I. C. (2020). Valoración de los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión en cuidados intensivos. *Gerokomos* , 30(4). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400210

- Chiriguaya, O. L. (2019). *CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS*. Milagro: UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO. Obtenido de <https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4506/1/CUIDADOS%20DE%20ENFERMER%C3%8DA%20EN%20PACIENTES%20ADULTOS%20QUE%20PRESENTAN%20ULCERAS%20POR%20PRESI%C3%93N.pdf>
- Cienfuegos y Saavedra, C. D. (2020). Cuidado de enfermería en la prevención de úlceras por presión en adultos mayores del servicio de medicina interna de un hospital local, Chiclayo 2019. *ACC CIETNA*, 7(2), 14-22.
- Cobos, G. C. (2020). Úlceras por presión. Revisión bibliográfica. *SANUM*, 4(3), 48-59. Obtenido de https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a6.pdf
- COMLHEI, C. M. (2020). Prevencion de lesion por presion conocimientos y actitudes del personal de enfermeria. *JWC LATAM*, 29(2).
- Duffy, D. J. (2022). *Atención de calidad en los sistemas de enfermería y salud: implicaciones para médicos, educadores y líderes*. Compañía editorial Springer.
- EPUAP, N. P. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. (2 ed.). Australia: Cambridge Media: Osborne Park. Obtenido de https://www.nzwcs.org.nz/images/International_PUG/Quick_Reference_Guide_DIGITAL-PPPIA-Jan2016.pdf
- Feijó et al., D. M. (2023). Factores de riesgo asociados a úlceras por presión: desde la perspectiva de enfermería. *Pol. Con.* , 8(8). doi:DOI: 10.23857/pc.v8i8

- Flores et al., Y. F. (2021). Frecuencia de úlceras por presión y los factores asociados a su presentación, en pacientes de un hospital nacional de Lima, Perú. *Rev Med Hered*, 31(3). doi:<http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v31i3.3805>
- García et al., G. F. (2021). *DOCUMENTO TÉCNICO GNEAUPP N° II “Clasificación-categorización de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia”* (3 ed.). doi:DOI: 10.13140/2.1.2751.0723
- Hernández, H. R. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y*. México: McGraw-Hill Education.
- López et al., P. L. (2018). Prevención de las úlceras por presión y los cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura. *Gerokomos*, 29(2). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200092#B16
- Martorell, C. M. (2020). Proceso de Atención de enfermería en el Instituto de Hematología e Inmunología. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 35(4). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892019000400010
- Mayo Clinic, M. C. (19 de abril de 20). *Mayo Clinic Family Health Book*. Obtenido de Úlceras de decúbito (úlceras por presión): <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bed-sores/symptoms-causes/syc-20355893>
- Maza et al., C. P. (2020). Manejo nutricional del paciente con úlceras. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 4(1), 56-64. doi:<https://doi.org/10.35454/rncm.v4n1.162>
- Mervis y Phillips, M. J. (2019). Úlceras por presión: fisiopatología, epidemiología, factores de riesgo y presentación. *Revista de la Academia Estadounidense de Dermatología*, 81(4), 881–890. doi:10.1016/j.jaad.2018.12.069

Minsalud, M. (s/f). *PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN*. Obtenido de minsalud.gov.co:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-ulceras-por-presion.pdf>

Miranda et al., K. M. (2019). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería universitaria*, 16(4). Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400374

National Library of Medicine, N. L. (24 de septiembre de 2021). *National Library of Medicine*. Obtenido de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>

Paulín y Gallegos, C. P. (2019). EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN. *Horiz Enferm*, 30(3), 271-285. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1223572/271-285.pdf>

Pinos et al., M. J. (2023). Úlceras por presión, diagnóstico, prevención y tratamiento. Una revisión bibliográfica de actualidad. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(1). Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8806624>

Quizhpi et al., M. d. (2022). Úlceras por presión. Diagnóstico, clasificación, tratamientos y cuidados. *RECIAMUC*, 6(3), 664-676. doi:DOI: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(3\).julio.2022.664-676](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(3).julio.2022.664-676)

Ramírez et al, E. R. (2021). Manejo integral de las úlceras por presión en pacientes institucionalizados. *Journal of American health*, 4(2), 56-68. Obtenido de <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/98/207>

Rodríguez et al., D. L. (2020). Proceso enfermero aplicado a un paciente con úlceras por presión. *Vive Rev. Salud*, 3(9). doi:<https://doi.org/10.33996/revistavive.v3i9.64>

Solano, A. L. (2021). El Proceso de Enfermería como estrategia para desarrollar la empatía en estudiantes de enfermería. *Index de Enfermería*, 29(3). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200014

Triviño, C. P. (2020). Incidencia de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos. Manta, Ecuador del 2019. *Dom. Cien*, 6(2), 257-278. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v6i2.1167>

Vázquez, M. V. (2021). RELACIÓN ENTRE LA APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES. *NPunto*, 4(38). Obtenido de <https://www.npunto.es/revista/38/relacion-entre-la-aparicion-de-las-ulceras-por-presion-y-el-estado-nutricional-de-los-pacientes#:~:text=Los%20pacientes%20con%20%C3%BAlceras%20por%20presi%C3%B3n%20necesitan%20mayores%20requerimientos%20de,de sarrollado%20I>

Zambrano et al., J. F. (2023). Factores asociados a las úlceras por presión en pacientes de un hospital de el Oro -Ecuador. *Dom. Cien*, 9(4), 57-69. doi:<https://doi.org/10.23857/dc.v9i4.3573>

Zuleta et al., D. C. (2023). Revisión Bibliográfica: Úlceras por presión en Pacientes Críticos. Valoración de Riesgo con Escalas Internacionales de Cambios de Posición. *iencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(5), 5387-5403. doi:DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.8139

ANEXOS

Anexo 1

Información personal de los entrevistados

| Nombre | Título Universitario | Título Posgrado | Experiencia Laboral | Lugar de Trabajo | Cargo actual |
|-----------------------------------|------------------------------|--|---|--|---|
| Valeria Elizabeth Morales Barrera | Lcda. en Enfermería | Magíster en Gestión de Cuidado de enfermería de pacientes en unidades de Emergencia y cuidados críticos | Hospital Privado Peliservimed, Hospital Santa Inés, Internado Rotativo Hospital Regional, Año Rural C.S Atahualpa | Hospital Santa Inés. | Enfermera |
| Ruth Broncano | Lcda. en Enfermería | Maestría en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería. | Hospital Eugenio Espejo y Maternidad Isidro Ayora, así como también en el Hospital General Docente de Riobamba y Centro de Salud tipo C Lizarzaburu, realicé mi Internado Rotativo en el Hospital Regional Ambato y Centro de Salud N3, cursé mi año de Salud Rural en el Centro de Salud N3 de Riobamba. | Hospital Santa Inés. | Jefa del proceso de Emergencia |
| Mónica Paulina Silva Tirado | Médico | Especialista en medicina interna | Hospital del IESS desde el 2011, además trabajo en el hospital Santa Inés. | IESS, hospital Santa Inés y Universidad Técnica de Ambato. | Docente en la universidad y en el hospital como médico tratante |
| Opilio Córdova Peñaloza | Médico | Cuidados Intensivos- Magister en servicios de salud | Cuidados intensivos, gerencia hospitalaria, hospitales públicos | Hospital Santa Inés | Médico tratante |
| Jorge Marcelo Morales Solís | Doctor en medicina y cirugía | Especialista en medicina interna. Maestría en docencia universitaria. Maestría en VIH sida. diplomado en gerontología. | Médico tratante de medicina interna hospital docente Ambato MSP. hospital Santo Inés Ambato. | HOSPITAL DOCENTE AMBATO. | Médico tratante de medicina interna |

Anexo 2

UNIDAD ACADÉMICA PUCE TEC AMBATO

TECNOLOGÍA SUPERIOR EN ENFERMERÍA

ENTREVISTA

Objetivo: Obtener información detallada sobre cómo el personal de salud percibe, implementa y enfrenta los desafíos relacionados con la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

Formación Profesional y Experiencia:

Nombre Completo:

Título Universitario:

Título Posgrado:

Años de Experiencia:

Experiencia Laboral:

Lugar de Trabajo:

Cargo actual:

DESARROLLO

1.- Cuando inicia con la valoración en pacientes hospitalizados, ¿qué herramientas y métodos son recomendables para evaluar el riesgo de úlceras por presión?

.....

.....

2.- En cuanto al mantenimiento de la integridad de la piel, ¿qué medidas específicas se deben tomar?

.....

.....

3.- Cuando implementamos técnicas de movilización y posicionamiento. ¿Qué prácticas son más efectivas en este aspecto?

.....

.....

4.- ¿Cómo influye la nutrición y la hidratación en la prevención de úlceras por presión?

.....

.....

5.- Usted considera que la educación y capacitación juegan un papel importante. ¿Qué tipo de educación se proporciona a los pacientes, sus familias y al personal de salud?

.....

.....

Anexo 3

Diseño del Proyecto

PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA PARA DISMINUIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS



👉 *“La empatía es la esencia de la enfermería”*
Jean Watson.

Autor: Hugo Ramírez

Índice General

| | |
|---|--|
| PORTADA..... | |
| ÍNDICE | |
| INTRODUCCIÓN..... | |
| IMPORTANCIA | |
| OBJETIVOS..... | |
| PROCESOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA | |
| DISEÑO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA..... | |
| DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE SALUD | |
| DOMINIO 2: NUTRICIÓN | |
| DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO | |
| DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO | |
| DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN | |
| DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN..... | |
| DOMINIO 7: RELACIÓN DE ROLES | |
| DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS | |
| DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCION..... | |
| DOMINIO 12: COMODIDAD | |
| CONCLUSIONES..... | |
| RECOMENDACIONES | |

INTRODUCCIÓN



El presente Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se centra en el diseño de estrategias para disminuir las úlceras por presión en pacientes hospitalizados, este se basa en el diagnóstico de enfermería de la NANDA International, edición 2021-2023. Esta taxonomía, reconocida a nivel internacional, organiza los diagnósticos enfermeros en 13 dominios que abarcan diversas áreas de la salud del paciente. Cada dominio proporciona un marco detallado que guía la identificación y tratamiento de problemas de salud específicos, incluidas las úlceras por presión. El PAE se basa en los 13 dominios, sin embargo, habrá dominios que no serán considerados dentro del PAE; debido a que, no tienen ninguna relación con la patología. Por tal razón, el presente proceso de atención maneja solo 10 dominios de los 13 presentados en el diagnóstico NANDA.

IMPORTANCIA



La importancia del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) radica en su capacidad para proporcionar un marco sistemático y estructurado que guía la práctica enfermera en la prevención y manejo de problemas de salud como las úlceras por presión. Utiliza la taxonomía de la NANDA International, edición 2021-2023, que organiza los diagnósticos enfermeros en 13 dominios, el PAE no solo facilita la identificación precisa de problemas de salud específicos, sino que también asegura una intervención enfocada y efectiva.

Cada dominio dentro de esta taxonomía abarca aspectos fundamentales de la salud del paciente, desde la promoción de la salud y la nutrición hasta la seguridad y la protección. Este enfoque holístico permite a los profesionales de enfermería evaluar integralmente las necesidades del paciente y diseñar intervenciones personalizadas que no solo aborden las condiciones existentes, como las úlceras por presión, sino que también promuevan el bienestar general y la calidad de vida.

El PAE fomenta la continuidad y la coordinación del cuidado, proporciona un lenguaje común y estructurado que facilita la comunicación entre los profesionales de salud, mejora la precisión en la documentación clínica y promueve la evaluación

continua de los resultados del tratamiento. Esto no solo optimiza la eficiencia del equipo de atención, sino que también asegura una atención integral y de alta calidad centrada en las necesidades individuales de cada paciente. Y no solo es fundamental para la práctica clínica enfermera, sino que también juega un papel crucial en la mejora de los resultados de salud, la prevención de complicaciones como las úlceras por presión y el fortalecimiento de la seguridad y el bienestar de los pacientes hospitalizados.

Objetivos



- Proporcionar un lenguaje estandarizado y común para describir los diagnósticos de enfermería.
- Estandarizar las intervenciones de enfermería basadas en la evidencia para mejorar la calidad de atención.
- Clasificar los resultados de la atención de enfermería para evaluar la efectividad de las intervenciones.

PROCESOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El plan de cuidados individualizado es el proceso que realiza la enfermera solo con un individuo luego de realizar una valoración definida y detallada donde el proceso de enfermería tiene por objetivo una planificación de cuidados que es válido solo para ese individuo y no puede ser aplicado en otro individuo. El plan de cuidados estandarizados es el proceso que acarrea ya incluidos todos aquellos datos y acciones que se repiten de forma casi invariable en los pacientes con un determinado problema, este puede ser transferible porque se centra en algo en común y se lo utiliza en la comunidad.

Diagnósticos NANDA

Los siguientes dominios que están identificados de la siguiente manera:

- Dominio 1: Promoción de Salud
- Dominio 2: Nutrición
- Dominio 3: Eliminación
- Dominio 4: Actividad /Reposo
- Dominio 5: Percepción/Cognición
- Dominio 6: Auto perfección
- Dominio 7: Rol relaciones
- Dominio 8: Sexualidad
- Dominio 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés
- Dominio 10: Principios vitales
- Dominio 11: Seguridad protección
- Dominio 12: Confort
- Dominio 13: Crecimiento desarrollo

DISEÑO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE SALUD

| Diagnóstico de enfermería NANDA | | PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| PATRÓN: Promoción de la salud Dominio: 1 Clase: 1 Toma de conciencia de la salud Código: 00097 Definición: reducción en la participación del paciente en actividades recreativas o de distracción, lo cual puede contribuir al aumento del riesgo de úlceras por presión debido a la falta de movilización y cambio de posición. Diagnóstico: Disminución de la participación en actividades de diversión. | | CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC) | | | |
| | | Resultados | Indicadores | Escala de Medición | Puntaje Diana |
| Manifestado por: Expresión de desinterés o apatía hacia actividades recreativas. Reducción en la participación en eventos sociales Falta de iniciativa para participar en actividades recreativas Aislamiento o reclusión en el entorno hospitalario Relatos de aburrimiento o sentimientos de inutilidad | | Dominio: Promoción de la Salud Clase: Estado de la salud Código: 1604 Resultados: Participación en actividades de ocio | - Participación en actividades recreativas medida por frecuencia semanal. - Expresión de interés hacia actividades de ocio y recreativas. - Interacción social durante actividades recreativas. - Adaptación a las limitaciones físicas para participación en actividades recreativas. | - - Extremadamente - - Sustancialmente - Moderadamente - Levemente - No comprometido | Inicio Meta 1 - 1 - 1 - 1 4 - 4 - 4 - 4 |
| CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC | | | | | |
| Campo: Promoción de la participación en actividades recreativas | | | Clase: Estimulación de la actividad | | |
| Intervención: 0140-Fomentar la mecánica corporal | | | Intervención: 0202-Fomento del ejercicio: estiramientos | | |
| Educación y entrenamiento del paciente sobre técnicas adecuadas de mecánica corporal para evitar el deterioro físico y mejorar la movilidad. Esto incluye enseñar al paciente cómo moverse, cambiar de posición y transferirse de manera segura para reducir el riesgo de úlceras por presión y otros problemas de salud asociados con la inmovilidad prolongada. Se emplean técnicas de enseñanza prácticas y demostraciones para asegurar la comprensión y la aplicación efectiva por parte del paciente. | | | Diseño e implementación de un programa de estiramientos adaptado a las capacidades físicas y preferencias del paciente. Los estiramientos se realizan de manera guiada y supervisada para mejorar la flexibilidad, reducir la rigidez muscular y promover el bienestar físico. Se utilizan técnicas de motivación y refuerzo positivo para fomentar la participación continua del paciente en las sesiones de estiramientos, asegura así beneficios tanto físicos como emocionales. | | |

| Diagnóstico de enfermería NANDA | PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--------|------|---------------|---------------|
| <p>PATRÓN: Promoción de la salud Dominio: 1 Clase: 2 Manejo de la salud Código: 00292 Definición: Este diagnóstico de enfermería se utiliza para describir la falta de habilidades o conocimientos por parte de un individuo en relación con la promoción y mantenimiento de su salud. Esto puede incluir la incapacidad para seguir regímenes de tratamiento prescritos, adherirse a recomendaciones dietéticas, mantener hábitos de ejercicio, o participar en prácticas de autocuidado adecuadas para prevenir enfermedades o promover la recuperación. Diagnóstico: Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud.</p> | CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC) | | | | | | | |
| <p>Manifestado por: No seguimiento de las indicaciones médicas. Falta de adherencia a las pautas dietéticas. Inactividad física. Negación o minimización de la gravedad de la condición de salud. Falta de búsqueda de atención médica si es necesaria. Incapacidad para gestionar los síntomas.</p> | <p>Resultados</p> <p>Dominio: Promoción de la Salud Clase: Manejo de la salud Código: 1855 Resultados: Conocimiento: estilo de vida saludable</p> | <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para identificar factores de riesgo modificables. - Comprensión de las directrices dietéticas. - Conocimiento sobre la importancia del ejercicio físico. - Conocimiento de prácticas de seguridad y prevención de accidentes. - Comprensión de estrategias de manejo del estrés. - Habilidades para tomar decisiones saludables. | <p>Escala de Medición</p> <p>- Extremadamente -Sustancialmente -Moderadamente -Levemente -No comprometido</p> | <p>Puntaje Diana</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Inicio</th> <th style="width: 50%;">Meta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1 - 1 - 1 - 1</td> <td style="text-align: center;">4 - 4 - 4 - 4</td> </tr> </tbody> </table> | Inicio | Meta | 1 - 1 - 1 - 1 | 4 - 4 - 4 - 4 |
| Inicio | Meta | | | | | | | |
| 1 - 1 - 1 - 1 | 4 - 4 - 4 - 4 | | | | | | | |
| CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC | | | | | | | | |
| Campo: Manejo del comportamiento | | Clase: Educación | | | | | | |
| Intervención: 5510-Educación para la salud | | Intervención: 1800-Ayuda con el autocuidado | | | | | | |
| <p>Se enfoca en proporcionar educación personalizada al paciente y/o familiares sobre temas relacionados con la salud. Incluye la entrega de información precisa y comprensible sobre la enfermedad específica, tratamiento, manejo de síntomas, prevención de complicaciones y promoción de estilos de vida saludables. Se utiliza material educativo adecuado y se fomenta la participación activa del paciente en su cuidado mediante la resolución de dudas y la práctica de habilidades necesarias para el autocuidado.</p> | | <p>Esta intervención se centra en apoyar al paciente en la realización de actividades de autocuidado necesarias para mantener y promover su bienestar físico y emocional. Incluye asistencia directa en la higiene personal, alimentación adecuada, movilización segura, manejo de dispositivos médicos y seguimiento de recomendaciones terapéuticas prescritas. Se adapta a las necesidades individuales del paciente, promueve la independencia siempre que sea posible y proporciona orientación y supervisión según sea necesario para mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones de salud.</p> | | | | | | |

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

| Diagnóstico de enfermería NANDA | PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--------|------|---------------|-------|---|---------|
| <p>PATRÓN: Nutrición Dominio: 2 Clase: 1 Ingestión Código: 00163</p> <p>Definición: Describe la situación clínica de un paciente que muestra signos y síntomas que indican una intención o esfuerzo activo para mejorar su estado nutricional. Este diagnóstico específico se utiliza para identificar a los pacientes que toman medidas conscientes o están en proceso de mejorar su ingesta dietética o su estado de nutrición.</p> <p>Diagnóstico: Preparación para una nutrición mejorada.</p> | CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC) | | | | | | | | | |
| | Resultados | Indicadores | Escala de Medición | Puntaje Diana | | | | | | |
| | <p>Dominio: Nutrición Clase: Ingestión Código: 1004 Resultados: Estado nutricional</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Peso corporal - Marcadores bioquímicos - Estado de hidratación: - Ingesta dietética: - Complicaciones relacionadas con el estado nutricional: - Historial médico y cambios en el estado de salud: | <ul style="list-style-type: none"> - Extremadamente -Sustancialmente -Moderadamente -Levemente -No comprometido | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">Inicio</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Meta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1 – 1 – 1 – 1</td> <td style="text-align: center;">4 – 4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">– 4 – 4</td> </tr> </tbody> </table> | Inicio | Meta | 1 – 1 – 1 – 1 | 4 – 4 | 1 | – 4 – 4 |
| Inicio | Meta | | | | | | | | | |
| 1 – 1 – 1 – 1 | 4 – 4 | | | | | | | | | |
| 1 | – 4 – 4 | | | | | | | | | |
| <p>Manifestado por: Expresión de interés en aprender sobre nutrición y dietética. Cambios en los patrones alimentarios hacia opciones más saludables. Aumento en la ingesta de alimentos nutritivos. Búsqueda activa de información sobre dietas balanceadas. Participación en programas educativos relacionados con la nutrición.</p> | CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC | | | | | | | | | |
| Campo: Nutrición | Clase: Manejo de la nutrición | | | | | | | | | |
| Intervención: 5246-Asesoramiento nutricional | Intervención: 1100-Manejo de la nutrición | | | | | | | | | |
| <p>Esta intervención se clasifica como un tipo de servicio o acción que implica proporcionar orientación, asesoramiento o educación relacionada con la nutrición a individuos o grupos. El objetivo principal suele ser mejorar la alimentación y la salud a través de recomendaciones personalizadas sobre hábitos alimenticios, elección de alimentos, planificación de dietas, entre otros aspectos relacionados con la nutrición.</p> | <p>Se enfoca en mejorar la salud mediante la gestión efectiva de la alimentación y la nutrición. Incluye evaluación detallada de hábitos alimenticios y estado nutricional, planificación personalizada de dietas basadas en metas específicas de salud, educación continua sobre nutrición y apoyo constante para implementar y mantener cambios saludables en el estilo de vida. El objetivo es optimizar la ingesta de nutrientes, controlar el peso corporal y reducir el riesgo de enfermedades crónicas, promueve así un bienestar general mejorado.</p> | | | | | | | | | |

| Diagnóstico de enfermería NANDA | PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|--------|------|---------------|-------|--|-------|--|---|
| <p>PATRÓN: Nutrición Dominio: 2 Clase: 5 Hidratación Código: 00027 Definición: Se define como la situación clínica en la que existe una disminución del contenido de líquidos corporales intracelulares, intersticiales o intravasculares en relación con las necesidades del individuo. Diagnóstico: Volumen de líquido deficiente</p> | CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC) | | | | | | | | | | | |
| <p>Manifestado por: Sequedad en la boca y las mucosas. Sed intensa. Disminución en la producción de orina (oliguria). Orina concentrada (alta osmolalidad). Disminución de la turgencia de la piel (piel arrugada o con pliegues). Aumento de la frecuencia cardíaca (taquicardia). Hipotensión arterial. Mareos o sensación de desmayo.</p> | <p>Resultados</p> <p>Dominio: Nutrición Clase: Hidratación Código: 1937 Resultados: Control del riesgo: deshidratación</p> | <p>Indicadores</p> <p>- Factores de riesgo identificados -Manifestaciones potenciales de deshidratación -Medidas preventivas implementadas:</p> | <p>Escala de Medición</p> <p>- Extremadamente -Sustancialmente -Moderadamente -Levemente -No comprometido</p> | <p>Puntaje Diana</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Inicio</th> <th style="width: 50%;">Meta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1 - 1 - 1 - 1</td> <td style="text-align: center;">4 - 4</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">- 4 -</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </tbody> </table> | Inicio | Meta | 1 - 1 - 1 - 1 | 4 - 4 | | - 4 - | | 4 |
| Inicio | Meta | | | | | | | | | | | |
| 1 - 1 - 1 - 1 | 4 - 4 | | | | | | | | | | | |
| | - 4 - | | | | | | | | | | | |
| | 4 | | | | | | | | | | | |
| CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC | | | | | | | | | | | | |
| Campo: Manejo de la función fisiológica | | Clase: Manejo de líquidos | | | | | | | | | | |
| Intervención: 4120-Manejo de líquidos | | Intervención: 4130-Monitorización de líquidos | | | | | | | | | | |
| <p>las intervenciones se enfocan en mantener un equilibrio óptimo de líquidos y electrolitos en el paciente. Esto se logra mediante la monitorización continua del estado de hidratación, que incluye la evaluación de signos clínicos como la turgencia de la piel y la humedad de las mucosas, así como el seguimiento meticuloso de la ingesta y producción de líquidos. Además, se implementa una planificación precisa para controlar la administración de líquidos, ajusta las tasas de infusión según las necesidades individuales del paciente y las recomendaciones médicas. Esta gestión cuidadosa no solo busca prevenir la deshidratación o la sobrehidratación, sino también mantener la estabilidad fisiológica y promover el bienestar general del paciente durante su atención hospitalaria.</p> | | <p>La intervención 4130 en la monitorización de líquidos implica la implementación de técnicas avanzadas para el seguimiento y regulación del equilibrio hídrico en pacientes. Esta intervención se basa en el uso de dispositivos y sistemas electrónicos que permiten medir de manera continua y precisa la cantidad de líquidos administrados y eliminados por el cuerpo. Mediante el análisis de datos en tiempo real, se optimiza la gestión de fluidos, se previenen complicaciones asociadas a desequilibrios hídricos, y se asegura una adecuada hidratación y funcionalidad del paciente. Este enfoque integral facilita una atención más personalizada y efectiva, se queda a las necesidades específicas de cada paciente y mejora los resultados clínicos.</p> | | | | | | | | | | |

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

| Diagnóstico de enfermería NANDA | PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|--------|------|---------------|-----------|
| <p>PATRÓN: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO Dominio: Clase: 3 Función tegumentaria Código: s/c Definición: se refiere al proceso de secreción y excreción a través de la piel. Esta clase se centra en las funciones relacionadas con la piel como el órgano principal de secreción y excreción en el cuerpo humano. La piel desempeña roles vitales en la regulación de la temperatura corporal, la protección contra patógenos y la eliminación de ciertos productos de desecho a través de la transpiración y la secreción sebácea. Diagnóstico: Sin diagnóstico</p> <p>Manifestado por: Cambios en la integridad de la piel (por ejemplo, enrojecimiento, lesiones, pérdida de la continuidad de la piel). Problemas relacionados con la cicatrización de heridas. Alteraciones en la textura de la piel (por ejemplo, sequedad, descamación). Alteraciones en la temperatura de la piel (por ejemplo, aumento o disminución de la temperatura local). Alteraciones en la coloración de la piel. Presencia de lesiones cutáneas como úlceras, escaras, abrasiones, etc..</p> | CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC) | | | | | | | |
| | Resultados | Indicadores | Escala de Medición | Puntaje Diana | | | | |
| | Dominio: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO Clase: Función tegumentaria Código: 3124 Resultados: Autocontrol: herida | -Conocimiento sobre el cuidado de la herida -Habilidad para aplicar el cuidado de la herida -Capacidad para identificar signos de infección -Adherencia al plan de cuidado -Manejo del dolor asociado con la herida -Capacidad para responder a complicaciones -Participación en el seguimiento del estado de la herida | - Extremadamente -Sustancialmente -Moderadamente -Levemente -No comprometido | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Inicio</th> <th style="width: 50%;">Meta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1 - 1 - 1 - 1</td> <td style="text-align: center;">4 - 4 - 4</td> </tr> </tbody> </table> | Inicio | Meta | 1 - 1 - 1 - 1 | 4 - 4 - 4 |
| Inicio | Meta | | | | | | | |
| 1 - 1 - 1 - 1 | 4 - 4 - 4 | | | | | | | |
| CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC | | | | | | | | |
| Campo: Protección de la piel | Clase: Prevención | | | | | | | |
| Intervención: 3590-Vigilancia de la piel | Intervención: 3584-Cuidados de la piel: tratamiento tópico | | | | | | | |
| Implica la observación sistemática y continua de la integridad cutánea y las condiciones de la piel del paciente. Este proceso incluye la inspección regular para detectar cualquier signo temprano de deterioro cutáneo, como enrojecimiento, decoloración, abrasiones o úlceras por presión. Además, se evalúa la hidratación y el estado general de la piel para prevenir la sequedad excesiva o el exceso de humedad, lo cual puede predisponer a la piel a lesiones. Esta vigilancia permite la identificación precoz de problemas dermatológicos y la implementación de medidas preventivas y de tratamiento adecuadas, promueve así la salud y la integridad de la piel del paciente. | Implica la aplicación directa de tratamientos específicos sobre la superficie cutánea para gestionar y promover la salud de la piel. Esto incluye la aplicación de cremas hidratantes para mantener la integridad de la barrera cutánea y prevenir la sequedad, así como la administración de medicamentos tópicos para tratar condiciones como dermatitis, úlceras por presión o infecciones cutáneas. Además, puede implicar la utilización de apósitos especializados, como apósitos con propiedades absorbentes o protectores, para facilitar la cicatrización de heridas y prevenir la contaminación microbiana. Estos cuidados están diseñados no solo para aliviar síntomas como picazón o dolor, sino también para promover la recuperación de la piel afectada y mejorar la calidad de vida del paciente mediante una gestión efectiva de las condiciones dermatológicas. | | | | | | | |

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

| Diagnóstico de enfermería NANDA | PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--------|------|---------------|---------------|
| PATRÓN: ACTIVIDAD/REPOSO Dominio: 04 Clase: 02 Actividad/ejercicio Código: 00085 Definición: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad y factores de riesgo. Diagnóstico: Movilidad física deteriorada | CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC) | | | | | | | |
| | Resultados | Indicadores | Escala de Medición | Puntaje Diana | | | | |
| Manifestado por: Inmovilidad prolongada, cambios sensoriales, y factores de riesgo adicionales como incontinencia urinaria y fecal. | Dominio: Actividad/Reposo Clase: Actividad/Ejercicio Código: 0208 Resultados: Movilidad | -Capacidad para moverse con facilidad. -Amplitud de movimiento en las articulaciones afectadas. -Mantenimiento de la movilidad funcional. | - -Extremadamente -Sustancialmente -Moderadamente -Levemente -No comprometido | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Inicio</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Meta</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 - 1 - 1 - 1</td> <td style="text-align: center;">4 - 4 - 4 - 4</td> </tr> </table> | Inicio | Meta | 1 - 1 - 1 - 1 | 4 - 4 - 4 - 4 |
| Inicio | Meta | | | | | | | |
| 1 - 1 - 1 - 1 | 4 - 4 - 4 - 4 | | | | | | | |
| CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC | | | | | | | | |
| Campo: Actividades de la vida diaria | | Clase: Cuidados del paciente encamado | | | | | | |
| Intervención: 0224-Terapia de ejercicios: movilidad articular | | Intervención: 6550-Protección contra las infecciones | | | | | | |
| <p>La intervención 0224 en terapia de ejercicios para movilidad articular se enfoca en la mejora de la amplitud de movimiento y la funcionalidad de las articulaciones mediante un régimen de ejercicios específicos. Esta intervención incluye la planificación y ejecución de rutinas personalizadas que favorecen el estiramiento, la flexión y la extensión de las articulaciones afectadas, con el objetivo de reducir la rigidez, prevenir contracturas y mejorar la movilidad general del paciente. Además, se incorporan técnicas de calentamiento y enfriamiento para minimizar el riesgo de lesiones y facilitar una recuperación óptima. A través de una evaluación continua y ajustes según las necesidades individuales, se busca maximizar la capacidad funcional del paciente y mejorar su calidad de vida.</p> | | <p>La intervención 6550 en protección contra las infecciones se centra en la implementación de medidas preventivas y de control para minimizar el riesgo de infecciones en entornos de atención médica. Esto incluye el uso riguroso de técnicas de higiene, como el lavado frecuente y adecuado de manos, y la aplicación de medidas de barrera como guantes, mascarillas y batas para proteger tanto a los pacientes como al personal. Además, se asegura la desinfección y esterilización exhaustiva de equipos y superficies para reducir la contaminación. La intervención también abarca la educación del personal de salud sobre prácticas correctas de manejo y aislamiento, así como la vigilancia continua para identificar y manejar posibles brotes de infecciones. Estas prácticas combinadas buscan mantener un ambiente seguro, prevenir infecciones nosocomiales y garantizar una atención de alta calidad.</p> | | | | | | |

DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCION

| Diagnóstico de enfermería NANDA | PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--------|------|---------------|-----------|
| PATRÓN: Medidas de seguridad Dominio: 11 Clase: Lesión física Código: 00046 Definición: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con edad extrema, humedad, inmovilización física, cambios en la turgencia de la piel, deterioro de la sensibilidad y/o prominencias óseas. Diagnóstico: Integridad de la piel deteriorada. | CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC) | | | | | | | |
| | Resultados | Indicadores | Escala de Medición | Puntaje Diana | | | | |
| Manifestado por: - Presencia de úlceras por presión en diferentes estadios (I a IV) -Eritema o enrojecimiento persistente en áreas de prominencias óseas - Pérdida de tejido cutáneo - Dolor en el área afectada | Dominio: Función fisiológica Clase: Función cutánea Código: 1103 Resultados: Curación de la herida: por segunda intención | - Reducción del tamaño de la úlcera por presión - Formación de tejido de granulación - Ausencia de signos de infección en la herida - Mejora en la cicatrización de la piel circundante | - -Extremadamente -Sustancialmente -Moderadamente -Levemente -No comprometido | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Inicio</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Meta</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 - 1 - 1 - 1</td> <td style="text-align: center;">5-5-5-5-5</td> </tr> </table> | Inicio | Meta | 1 - 1 - 1 - 1 | 5-5-5-5-5 |
| Inicio | Meta | | | | | | | |
| 1 - 1 - 1 - 1 | 5-5-5-5-5 | | | | | | | |
| CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC | | | | | | | | |
| Campo: Intervenciones básicas y actividades de la vida diaria | Clase: Cuidados físicos | | | | | | | |
| Intervención: 3520 Cuidados de las úlceras por presión. | Intervención: 3500 Manejo de presiones | | | | | | | |
| La intervención 3520 en cuidados de úlceras por presión se centra en el manejo integral y sistemático de estas lesiones para promover su curación y prevenir su aparición. Esta intervención incluye la limpieza y desinfección de las úlceras, la aplicación de apósitos adecuados y la monitorización regular del estado de la piel. Además, se lleva a cabo una evaluación exhaustiva del riesgo y la implementación de estrategias preventivas, como la mejora de la nutrición del paciente y el uso de superficies de soporte especializadas para reducir la presión en áreas vulnerables. La intervención también abarca la educación del personal de salud y de los cuidadores sobre técnicas correctas de manejo y prevención, con el fin de optimizar los resultados clínicos y mejorar la calidad de vida del paciente. | La intervención 3500 en manejo de presiones se centra en la implementación de estrategias y técnicas para controlar y reducir la presión sobre áreas específicas del cuerpo, especialmente en pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión. Esta intervención incluye la evaluación periódica del riesgo de presión, el uso de dispositivos de redistribución de presión como colchones y cojines especiales, y la aplicación de técnicas de cambio de posición y movilización para aliviar la presión en puntos críticos. Además, se incorpora la educación del personal de salud y de los cuidadores sobre prácticas efectivas de manejo de presión y el monitoreo continuo de la piel para detectar signos tempranos de lesiones. A través de un enfoque sistemático y preventivo, se busca minimizar el riesgo de úlceras por presión y mejorar el bienestar general del paciente. | | | | | | | |

| Diagnóstico de enfermería NANDA | PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| PATRÓN: Medidas de seguridad Dominio: 11 Clase: 2 Lesión física Código: 00044 Definición: Deterioro de la estructura y función de la piel y/o las estructuras subyacentes (músculos, huesos) que ocurre por diversos mecanismos. Diagnóstico: Deterioro de la integridad tisular. | CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC) | | | | |
| | Resultados | Indicadores | Escala de Medición | Puntaje Diana | |
| Dominio: Salud física Clase: Estado del dolor Código: 002102 Resultados: Nivel del dolor | -Expresión verbal del dolor. -Cambios en la expresión facial relacionados con el dolor. -Capacidad para participar en actividades debido al dolor. | -Extremadamente -Sustancialmente -Moderadamente -Levemente -No comprometido | Inicio 1 – 1 – 1 - 1 | Meta 4 – 4 – 4 – 4 | |
| Manifestado por: Presencia de úlceras por presión, inmovilidad prolongada, alteraciones en la integridad de la piel. | | | | | |
| CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC | | | | | |
| Campo: Cuidados fisiológicos básicos | | | Clase: Protección | | |
| Intervención: 2210 Administración de analgésicos | | | Intervención: 740 Cuidados del paciente encamado | | |
| La intervención 2210 en administración de analgésicos se enfoca en la gestión efectiva del dolor a través de la prescripción y administración controlada de medicamentos analgésicos. Esta intervención implica la evaluación precisa del tipo, intensidad y origen del dolor del paciente para seleccionar el fármaco más adecuado y determinar la dosis y frecuencia correctas. Además, se lleva a cabo un seguimiento continuo de la respuesta del paciente al tratamiento, ajusta las dosis según sea necesario y monitorea posibles efectos secundarios. La intervención también incluye la educación al paciente y sus cuidadores sobre el uso correcto de los analgésicos, así como la identificación de signos de alerta para la intervención oportuna. De este modo, se busca proporcionar un alivio eficaz del dolor, mejorar la calidad de vida del paciente y optimizar los resultados del tratamiento. | | | La intervención 740 en cuidados del paciente encamado se centra en proporcionar una atención integral a individuos que pasan largos períodos en la cama, con el objetivo de prevenir complicaciones y promover su bienestar. Esta intervención incluye la implementación de técnicas de movilización y cambio de posición regular para evitar úlceras por presión, así como el cuidado de la higiene y el confort del paciente. Además, se realiza una vigilancia constante para detectar signos de infecciones, problemas de circulación y otras complicaciones asociadas a la inmovilidad. La intervención también abarca la atención a las necesidades nutricionales y la comunicación continua con el paciente para ajustar los cuidados a sus preferencias y necesidades específicas. Mediante estas prácticas, se busca mejorar la calidad de vida del paciente encamado y asegurar un entorno de cuidado seguro y efectivo. | | |

| Diagnóstico de enfermería NANDA | PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|--------|------|---------------|-----------|--|-----|
| PATRÓN: Medidas de seguridad Dominio: 11 Clase: 1 Infección Código: 00004 Definición: Vulnerabilidad a la invasión y proliferación de microorganismos patógenos que pueden comprometer la salud. Diagnóstico: Riesgo de infección. | CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC) | | | | | | | | | | |
| Manifestado por: -Presencia de úlceras por presión, que constituyen un punto de entrada para los patógenos. -Alteraciones en la integridad de la piel debido a la inmovilidad prolongada o condiciones médicas subyacentes. -Exposición a microorganismos patógenos en el entorno hospitalario. | Resultados Dominio: Salud fisiológica Clase: Función inmunológica Código: 0702 Resultados: Estado inmune | Indicadores -Respuesta inmune: Frecuencia y severidad de infecciones. Recuperación: Tiempo requerido para la recuperación de infecciones. Inmunización: Estado de vacunación. | Escala de Medición -Extremadamente -Sustancialmente -Moderadamente -Levemente -No comprometido | Puntaje Diana <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1185 398 1300 427">Inicio</th> <th data-bbox="1300 398 1393 427">Meta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1185 544 1300 584">1 - 1 - 1 - 1</td> <td data-bbox="1300 544 1393 584">4 - 4 - 4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1185 584 1300 616"></td> <td data-bbox="1300 584 1393 616">- 4</td> </tr> </tbody> </table> | | Inicio | Meta | 1 - 1 - 1 - 1 | 4 - 4 - 4 | | - 4 |
| Inicio | Meta | | | | | | | | | | |
| 1 - 1 - 1 - 1 | 4 - 4 - 4 | | | | | | | | | | |
| | - 4 | | | | | | | | | | |
| CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC | | | | | | | | | | | |
| Campo: Prevención | | | Clase: Protección | | | | | | | | |
| Intervención: 6550 Protección contra las infecciones | | | Intervención: 1400 Manejo del dolor | | | | | | | | |
| La intervención 6550 en protección contra las infecciones se enfoca en implementar medidas rigurosas para prevenir la propagación de patógenos y proteger la salud del paciente y del personal de salud. Esta intervención incluye la aplicación de prácticas de higiene estrictas, como el lavado frecuente de manos y el uso de equipo de protección personal adecuado, como guantes y mascarillas. Además, se asegura la desinfección y esterilización adecuada de superficies y equipos médicos para minimizar el riesgo de contaminación. Se promueve la educación sobre técnicas correctas de aislamiento y manejo de pacientes con infecciones, así como la vigilancia constante de signos de posibles brotes. Mediante estas estrategias, se busca mantener un entorno seguro, reducir la incidencia de infecciones nosocomiales y promover una atención de calidad. | | | La intervención 1400 en manejo del dolor se centra en la evaluación y tratamiento efectivos para controlar y reducir el dolor en los pacientes. Este proceso incluye una evaluación detallada del tipo, intensidad y origen del dolor, permite una selección precisa de estrategias terapéuticas. Se utilizan tanto tratamientos farmacológicos, como analgésicos y antiinflamatorios, como no farmacológicos, como técnicas de relajación, terapia física y cambios en el entorno del paciente. Además, se realiza un seguimiento continuo para ajustar el tratamiento según la respuesta del paciente y manejar posibles efectos secundarios. La intervención también involucra la educación del paciente y sus familiares sobre el manejo del dolor y la importancia de comunicar cualquier cambio en su percepción del dolor. Con un enfoque integral, se busca mejorar la calidad de vida del paciente al proporcionar un alivio efectivo y personalizado del dolor. | | | | | | | | |

| Diagnóstico de enfermería | | PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | | | |
|---|--|--|--|--|---|
| NANDA | | CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC) | | | |
| PATRÓN: Medida de seguridad Dominio: 11 Clase: 02 Lesión física Código: 00312 Definición: Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada. Diagnóstico: Lesión por presión en adultos. | | Resultados Dominio: Seguridad/Protección personal Clase: Seguridad personal Código: 1809 Resultados: Conocimiento: seguridad personal | Indicadores - Identificación de factores de riesgo para lesiones por presión. - Utilización de medidas de prevención adecuadas. - Capacidad para reconocer signos de inicio de una lesión por presión | Escala de Medición -Extremadamente -Sustancialmente -Moderadamente -Levemente -No comprometido | Puntaje Diana Inicio Meta 1 - 1 - 1 - 1 1 4 - 4 - 4 - 4 |
| Manifestado por: Áreas de enrojecimiento persistente en prominencias óseas y áreas de presión. | | | | | |
| CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC | | | | | |
| Campo: Protección del paciente | | | Clase: Ayuda para actividades de autocuidado | | |
| Intervención: 3590 Vigilancia de la piel | | | Intervención: 5612 Educación: para la prevención de úlceras por presión | | |
| <p>La intervención 3590 en vigilancia de la piel se enfoca en el monitoreo constante y detallado del estado cutáneo para identificar y prevenir problemas potenciales. Este proceso incluye la inspección regular de la piel para detectar signos tempranos de alteraciones, como enrojecimientos, úlceras por presión o infecciones. Se lleva a cabo una evaluación minuciosa de áreas de riesgo, y se aplican intervenciones preventivas como cambios frecuentes de posición, el uso de superficies de apoyo adecuadas y el mantenimiento de una correcta higiene. Además, se registra y comunica cualquier hallazgo relevante al equipo de salud para ajustar las estrategias de cuidado según sea necesario. Esta vigilancia proactiva es crucial para mantener la integridad de la piel, prevenir complicaciones y promover el bienestar general del paciente.</p> | | | <p>La intervención 5612 en educación para la prevención de úlceras por presión se enfoca en capacitar a pacientes, familiares y profesionales de la salud sobre prácticas efectivas para evitar la formación de estas lesiones. Esta intervención abarca la formación en técnicas de cambio de posición y movilización regular del paciente, el uso de superficies de apoyo especializadas, y la importancia de mantener una piel limpia y bien hidratada. Se proporciona información detallada sobre la identificación temprana de signos de presión y la implementación de una dieta adecuada para mejorar la salud de la piel. Además, se enseña cómo realizar evaluaciones continuas del riesgo y se fomenta la participación activa en el cuidado preventivo. Mediante esta educación integral, se busca reducir la incidencia de úlceras por presión y mejorar el bienestar general del paciente al promover prácticas de cuidado preventivo y efectivo.</p> | | |

DOMINIO 12: COMODIDAD

| Diagnóstico de enfermería NANDA | PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | | | | |
|---|--|--|---|---|---|
| PATRÓN: Comodidad Dominio: 12 Clase: 1 Comodidad física Código: 00214 Definición: Sensación de bienestar o tranquilidad y / o ausencia de dolor. Diagnóstico: Comodidad deteriorada | CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC) | | | | |
| | Resultados | Indicadores | Escala de Medición | Puntaje Diana | |
| Manifestado por: -Dolor físico -Malestar emocional -Incomodidad ambiental -Incapacidad para descansar o dormir adecuadamente -Limitaciones en las actividades de la vida diaria -Expresiones verbales o no verbales de malestar | Dominio: Comodidad Clase: Comodidad física Código: 2008 Resultados: Estado de comodidad | -Ausencia de dolor -Nivel de relajación -Sueño reparador -Condiciones ambientales adecuadas -Expresión verbal de confort -Movilidad comfortable | -Extremadamente -Sustancialmente -Moderadamente -Levemente -No comprometido | Inicio 1 - 1 - 1 - 1 | Meta 4 - 4 - 4 - 4 |
| CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC | | | | | |
| Campo: Manejo del estrés | | | Clase: Terapia | | |
| Intervención: 5880-Técnica de relajación | | | Intervención: 4860-Terapia de reminiscencia | | |
| Se centra en la enseñanza y aplicación de diversas técnicas diseñadas para inducir un estado de relajación física y mental en el paciente. Comienza con una evaluación inicial para identificar el nivel actual de estrés o ansiedad del individuo, así como sus preferencias y habilidades para las diferentes técnicas de relajación. Basado en esta evaluación, se desarrolla un plan de cuidados personalizado que puede incluir métodos como la respiración profunda, la relajación muscular progresiva, la meditación mindfulness, la visualización guiada o el yoga. Durante la implementación, se guía al paciente a través de las técnicas seleccionadas, proporciona instrucciones claras y apoyo continuo para asegurar la comprensión y la práctica adecuada. Se monitorea regularmente la respuesta del paciente y se ajustan las técnicas según sea necesario para maximizar los beneficios terapéuticos. El objetivo final de esta intervención es ayudar al paciente a reducir el nivel de estrés, mejorar el bienestar emocional y promover una sensación general de relajación y calma en su vida diaria. | | | Se enfoca en facilitar y guiar a los pacientes a través de la rememoración y reflexión sobre eventos pasados de su vida, con el objetivo de mejorar su bienestar emocional y promover la integración personal. Comienza con la evaluación inicial de la historia personal del paciente y sus experiencias significativas, identifica áreas de interés y temas potencialmente terapéuticos. Basado en esta evaluación, se desarrolla un plan de cuidados que incluye sesiones estructuradas de reminiscencia, utiliza estímulos como fotografías, música, objetos personales o narrativas guiadas para facilitar la recopilación de recuerdos. Durante las sesiones de terapia, se fomenta un ambiente de apoyo donde el paciente puede expresar sus emociones y pensamientos asociados con los recuerdos revividos. Se utiliza la orientación terapéutica para ayudar al paciente a encontrar significado y coherencia en sus experiencias pasadas, promueve una sensación de continuidad y autoestima. Se monitorea continuamente el progreso del paciente y se ajustan las intervenciones según sea necesario, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del individuo al fortalecer su sentido de identidad personal y facilitar la reconciliación con eventos del pasado. | | |

CONCLUSIONES

- El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), al emplear la taxonomía de la NANDA International, edición 2021-2023, demuestra ser crucial para la identificación temprana y la intervención efectiva en pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión. Este método estructurado facilita la evaluación sistemática de factores de riesgo específicos, como movilidad reducida, nutrición inadecuada y alteraciones en la percepción sensorial, permite así la implementación oportuna de medidas preventivas personalizadas.
- La implementación del PAE no solo mejora la calidad del cuidado al estandarizar las intervenciones enfermeras, sino que también promueve la continuidad del cuidado y la comunicación efectiva entre el equipo multidisciplinario. Al utilizar diagnósticos enfermeros precisos e intervenir según las necesidades individuales de cada paciente, el PAE no solo reduce la incidencia de úlceras por presión, sino que también contribuye a la mejora general del bienestar y la seguridad del paciente hospitalizado.

RECOMENDACIONES

- Implementar protocolos estandarizados basados en la evidencia para la evaluación y manejo de riesgos de úlceras por presión dentro del PAE. Estos protocolos incluirán estrategias específicas para la movilización y cambio postural regular de los pacientes, uso de superficies de apoyo adecuadas, educación continua del personal de enfermería y monitoreo sistemático de la piel.
- Fomentar la capacitación continua del personal de enfermería en la aplicación del PAE y la taxonomía de la NANDA International. Esto asegura que todos los profesionales estén familiarizados con los diagnósticos enfermeros pertinentes y las mejores prácticas para la prevención de úlceras por presión, garantiza así una mejor atención con los pacientes.