



Plan de cuidados de enfermería para la atención del paciente geriátrico con úlceras por presión



AUTORES Y VALIDADORES

Autores:

Lic. Luz del Carmen Rivera Herrera,
Lic. Rubén Hernández Ávila
Dr. Juan Carlos García Cruz

UMAE. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI
UMAE. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI
UMAE. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Validadores:

Lic. Ana Belem López Morales

Dr. Juan Humberto Medina Chávez

Lic. Maribel Arriaga Montalbo
Lic. Monica Fajardo Pineda

Coordinadora de Programas de Enfermería. División de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Coordinador de Programa GERIATRIMSS. División de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
UMAE. Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”
UMAE. Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”



NIVEL: TERCER	ESPECIALIDAD: GERIATRÍA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA BIFOCAL PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO CON ULCERAS POR PRESIÓN			
<i>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</i>		<i>RESULTADOS ESPERADOS</i>			
PATRÓN: 2 NUTRICIONAL –METABÓLICO Deterioro de la integridad cutánea R/C edades extremas, humedad, inmovilización, prominencias óseas, deterioro de la circulación M/P destrucción de las capas de la piel, alteración de la superficie, invasión de estructuras corporales, dolor, sangrado, aumento de la temperatura local, entre otros.		RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
PROBLEMA DE COLABORACIÓN		RESULTADO : Integridad tisular de piel y membranas mucosas.	<ul style="list-style-type: none"> • Integridad de la piel. • Hidratación. • Temperatura de la piel. • Sensibilidad. • Transpiración. • Perfusión tisular. 	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
		RESULTADO : Curación de la Herida (de UPP), por segunda intención.	<ul style="list-style-type: none"> • Secreción purulenta. • Secreción serosa. • Eritema cutáneo circundante. • Edema perilesional • Granulación. • Formación de cicatriz. • Disminución del tamaño de la herida. 	1. Extenso. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Escaso. 5. Ninguno. 1. Ninguno. 2. Escaso. 3. Moderado. 4. Sustancial. 5. Extenso.	
Ulceras por presión S/A inmovilidad M/P destrucción de las capas de la piel					



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN: Cuidados de la úlcera por presión

- Valoración del dolor con escalas validadas acorde a la edad del paciente, por ejemplo: la escala de clasificación numérica, la escala visual análoga, escala de categorías, escala de rostros de dolor, la Evaluación of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) para pacientes con imposibilidad de expresarse verbalmente, entre otras acorde a la normatividad institucional.
- Realizar la valoración del estado nutricional en cada uno de los estadios con una escala validada, como la Mini Nutritional Assessment (MNA) que permite detectar el riesgo o la mal nutrición y proporcionar la dieta prescrita.
- Ministración de terapéutica prescrita.
- Valorar en cada estadio el proceso de cicatrización de tejido no viable o defectuoso, infección y/o inflamación, desequilibrio de humedad, borde de la herida que no mejora o está debilitado, con la escala Tissue Infection Moisture Edge, (por sus siglas en inglés TIME).
- Realizar en cada estadio las anotaciones correspondientes en la hoja de notas y registros clínicos de enfermería las características de la herida / úlcera y condiciones del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
- Realizar la valoración de la lesión de la piel en la o las zonas afectadas y de acuerdo a los diferentes estadios clasificar las UPP como lo recomienda el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), en los siguientes cuatro estadios.

FECHA DE ELABORACIÓN: Diciembre 2012

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Octubre 2013

BIBLIOGRAFÍA

1. Ackley B, Ladwig G. Manual de diagnósticos de enfermería. Ed. Elsevier. Madrid España, 2007
2. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Ed. Elsevier Mosby. España, 2009
3. Castro L, Flores H. Enfermería Geriátrica. Protocolos del cuidado al anciano. Ed. Fármacos Especializados. 2006
4. Doenges M, Moorhouse M, Murr A. Planes de Cuidados de Enfermería. Ed. Mc Graw-Hill. México, 2008.
5. Johnson m, Bulechek G, Butcher H, Mc Closkey J, Maas m, Moorhead S, Swanson E.
6. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Ed. Elsevier Mosby. España 2007.
7. Moorhead S, Johnson, Maas M, Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería. Ed Elsevier-Mosby. España 2009.
8. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Ed. Elsevier, España 2013.