

CASO CLÍNICO USO DEL PLACE: ATENCIÓN A PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

Use case of place: care patients with pressure ulcers
Caso de uso clínico place. cuidar de pacientes con úlceras de pressão

María Antonieta Cuevas-Peñaloza¹
María de los Ángeles Monroy-Martínez²
Bárbara Dimas-Altamirano³

RESUMEN

El **objetivo** de este caso clínico es describir el cuidado que se otorga al paciente con úlceras por presión, con aplicación del proceso de enfermería a través del Plan de Cuidado de Enfermería (PLACE); valorado con patrones de salud, haciendo hincapié en patrones alterados, para identificar los diagnósticos de enfermería; deterioro de la movilidad en cama, de la integridad cutánea y riesgo de infección, para realizar posteriormente el plan de cuidados a seguir y ejecutarlo; en la evaluación se logró disminuir el tamaño de las úlceras. **Conclusión:** las intervenciones dirigidas a pacientes con úlceras por presión, a través del proceso de enfermería, muestran la recuperación de lesiones en la piel.

Palabras clave: Enfermería. Atención de Enfermería. Úlcera por presión.

¹ Maestría en Enfermería con énfasis en Administración en los Servicios de Enfermería. Correo electrónico: nenuco6104@hotmail.com

² Maestría en Enfermería con énfasis en Administración en los Servicios de Enfermería. Correo electrónico: moma2009@hotmail.com

³ Maestría en Enfermería con énfasis en Administración en los Servicios de Enfermería. Correo electrónico: Babyto12002@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 09/02/15

Fecha de aceptación: 15/02/15

ABSTRACT

The **objective** is to describe the care given to the patient with pressure ulcers, with application of the nursing process in through the Place; valued with patterns of health, with emphasis on patterns altered, to identify the nursing diagnoses; deterioration of mobility in bed, deterioration of the skin integrity and risk of infection, and to subsequently carry out the plan of care to follow and execute it, in the assessment we were able to decrease the size of the ulcers. **Conclusion:** nursing interventions aimed at patients with pressure ulcers through the nursing process in shows the recovery of lesions in the skin. **Keywords:** Nursing. Nursing Care. Pressure Ulcer.

RESUMO

O **objetivo** é descrever a assistência prestada ao paciente com úlceras de pressão, com a aplicação do processo de enfermagem através do lugar; avaliados com os padrões de saúde, com ênfase em padrões alterados, para identificar os diagnósticos de enfermagem; deterioração da mobilidade no leito, deterioração da integridade da pele e o risco de infecção, e posteriormente realizar o plano de cuidado para seguir e executá-lo, a avaliação que foram capazes de diminuir o tamanho das úlceras. **Conclusão,** as intervenções de enfermagem destinadas a pacientes com úlceras de pressão através do processo de enfermagem nos mostra a recuperação de lesões na pele.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidados de Enfermagem, Úlcera por pressão.

INTRODUCCIÓN

La Comisión Permanente de Enfermería como órgano colegiado pendiente del ejercicio de los profesionales de enfermería en México, ha elaborado catálogos de planes de cuidados con el propósito de estandarizar el cuidado en los pacientes y favorecer la atención de calidad y seguridad para el paciente.¹

En tal sentido, las intervenciones de enfermería se definen como “todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza el profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”.² De acuerdo con esto, se concibe que el tratamiento es toda actividad que realiza el profesional de enfermería desde su pensamiento crítico y juicio clínico, además de la sensatez clínica del equipo de salud, es decir, recoge un conjunto de actividades relacionadas con el cuidado que la enfermera realiza con el paciente, la familia y la comunidad.

Las intervenciones de enfermería son acciones específicas llevadas a cabo para ayudar al paciente al logro de los objetivos, los cuales están dirigidos a resolver los problemas de salud revelados en los diagnósticos de enfermería.

La importancia de la documentación del plan de cuidados se encuentra en la participación del plan al equipo de trabajo, a través de un registro que se elabora de forma organizada conteniendo: los diagnósticos de enfermería identificados, resultados esperados e intervenciones de enfermería; con la finalidad de dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del usuario.

Al ejecutar las intervenciones de enfermería se pretende lograr los resultados esperados, de tal

manera que se puedan modificar los factores que propician los problemas que aquejan al paciente. Para la ejecución del plan de cuidados son necesarias habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas, a fin de tomar decisiones, resolver problemas, manipular adecuadamente el material y equipo, movilización apropiada del paciente, entre otros que garanticen un cuidado de enfermería seguro.³

En cuanto a la evaluación, el profesional de enfermería determina el logro de los resultados esperados en el paciente, después de ejecutar el plan de cuidados tomando la decisión de continuar, replantear o finalizar el plan. En cualquiera de las fases del proceso de enfermería se valora a la persona, si es pertinente se realizaran modificaciones al plan de cuidados.

Los registros clínicos de enfermería se realizan con base en los acontecimientos ocurridos durante la realización de las actividades de enfermería, de lo contrario no habrá evidencia escrita o virtual de las intervenciones realizadas por el personal de enfermería. La hoja de enfermería es un documento legal que forma parte del expediente clínico, soportado por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012.⁴

Las úlceras por presión (UP) son lesiones localizadas en la piel y/o tejido subyacente a ella, habitualmente ubicada sobre una prominencia ósea, a consecuencia de la presión que genera isquemia. Las UP son una complicación que puede ser prevenida, la falta de movilidad a causa de una patología conlleva a algunos pacientes a quedarse postrados en cama por tiempo indefinido, sin embargo, es responsabilidad de los profesionales de enfermería evitar la aparición de UP, si bien es cierto que los factores de riesgo están presentes, se debe

evitar su desarrollo. Las UP requieren ser valoradas por la enfermera y el médico, para su prevención y tratamiento. Dada su incidencia de las úlceras por presión, algunos autores en los diferentes niveles de atención, la denominaron epidemia bajo las sábanas, debido a que, incluso en estadios, cuatro tienen un mal pronóstico, además un alto índice de mortalidad. En cuanto al tratamiento, es costoso y en muchas ocasiones poco exitoso, pero el gasto más excesivo e importante es la pérdida de vidas humanas ocasionado por las complicaciones de las mismas, en el menor de los casos afecta la calidad de vida de las personas que las padecen.⁵

Las causas de las UP son multifactoriales; presión, fricción, o estas dos combinadas, no se debe olvidar que en pacientes hospitalizados, la aparición de las UP no es exclusiva de la falta de movilidad, también responde a factores fisiopatológicos; pérdida de la sensación dolorosa, edema, piel deshidratada, falta de elasticidad de la piel, trastornos vasculares periféricos, hipotensión, trastornos cardiovasculares, desnutrición, anemia, incontinencia urinaria y fecal, cáncer, infecciones, entre otros, son causas a considerar ante la presencia de UP, aspectos que deben ser considerados para brindar cuidado de enfermería.⁶

METODOLOGÍA DE PROCESO

El presente caso clínico se trata de una paciente de 30 años de edad que ingresa al hospital al ser trasladada de una comunidad rural en mal estado general. La información la otorga el familiar, puesto que no responde la paciente a estímulos. El diagnóstico médico de embarazo de 38.4 semanas

de gestación más preeclampsia, interrumpen el embarazo; el producto de la gestación nace por operación cesárea sin problemas es trasladado a cunero de transición, ya que la paciente inicia con datos de shock a causa de la hemorragia obstétrica, por lo que la operan de histerectomía total abdominal, sale del quirófano con compromiso respiratorio significativo, signos vitales: temperatura 35° C., frecuencia cardiaca 130x¹, frecuencia respiratoria controlada con bolsa para reanimación, presión arterial 80/40, razón por la que es trasladada al servicio de terapia intensiva. Después de algún tiempo hospitalizada y dado su estado de salud, se realiza la solicitud al familiar a su cargo para realizar el estudio por un lapso de tiempo de seis días.

En el trayecto de esos seis días, se realizó la valoración conforme a patrones de salud, además de la guía de Plan de Cuidados Estandarizados; atención a pacientes con úlceras por presión. Detectando tres lesiones; a nivel sacro, talones y en las tuberosidades isquiáticas, las tres lesiones encontradas se clasificaron de primer grado, lo que permitió hacer la identificación de diagnósticos de enfermería consultados en la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association:⁷

Deterioro de la movilidad en cama.

Deterioro de la integridad cutánea.

Riesgo de infección.

Posteriormente se elaboró el plan de cuidados con base en los diagnósticos de enfermería detectados, haciendo hincapié en los resultados esperados;⁸ valorar el riesgo de deterioro cutáneo o tisular de piel y membranas mucosas con la escala de Braden,⁹ detección y control del riesgo de infección.

Resaltando las intervenciones de enfermería,¹⁰

consultadas en el Plan de Cuidado de Enfermería (PLACE); se determinaron aplicar: cuidados de enfermería por presión, por estadios, manejo de úlceras por presión, identificación de riesgo y seguimiento en el proceso de recuperación del paciente con úlceras por presión. Durante el tiempo de atención a la paciente, los cuidados de enfermería se brindaron todos los días durante los tres turnos, por lo que se solicitó el apoyo del personal directamente responsable del cuidado de la paciente. Con la finalidad de evaluar el daño tisular, se utiliza nuevamente la escala de Braden; en el segundo día de cuidados de enfermería, se observó la limitación del daño tisular, por consiguiente la percepción sensorial se encontraba ligeramente limitada. Respecto a la humedad de la zona, se hallaba ocasionalmente húmeda; dado el estado neurológico de la paciente, no deambulaba, tampoco tenía movilidad, ya había iniciado la alimentación por vía artificial.

Conclusiones: al quinto día se apreció la mejoría de las úlceras, sin sanar por completo, pero con disminución sustancial de la lesión. La escala de Braden se encuentra al interior del PLACE con el fin de valorar la evolución de las lesiones o bien los riesgos de continuar con daños en la piel. Concluido el tiempo de permiso para la atención de las úlceras por presión, se deja a la encargada del servicio el formato de PLACE; atención al paciente con úlceras por presión para dar continuidad a la atención bajo cuidados de enfermería estandarizados.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Primer catálogo nacional de Planes de Cuidados de Enfermería 2012. Comisión Permanente de Enfermería. [Internet] [Acceso: 12 de febrero de 2013]. Disponible en: www.salud.gob.mx/unicidades/cie/cms-fpe
2. Secretaría de Salud. Secretaría de la Defensa Nacional. Secretaría de Marina. Intervenciones de enfermería para la seguridad en el manejo de la terapia transfusional. [Internet] [Acceso: 20 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-754-15-Intervenciones/754GRR.pdf>
3. Lima da Silva F.S., Pimentel G.S.N., Freire de Vasconcelos P., Aires de Freitas S.H., María Salete Bessa M.S.H., Adriana Catarina De Souza O.A.C. “Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería”. *Enfermería global* 2014 [Internet]; 13(3): 293-325. [Acceso: 15 marzo de 2013]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4753075>
4. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. 30 de noviembre de 2012 [Internet], 2ª sección. [Acceso: 25 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/NOM-035-SSA3-2012.pdf>
5. Fernandes M.S.A., Aires de Freitas L.C.H., Bessa J.M.S. “Análisis de prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros”. *Artigo de Revisão*. 2009 [internet]; 13 (43) 1:223-228. [Acceso: 20 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100029&script=sci_arttext
6. González R.J.M., González C.A.A., Heredero B.M.T., De Vera V.R., Pulido M., Santamaría C., Serrano A. Gómez P.L.D. “Factores de riesgo de las úlceras por presión en pacientes críticos”. *Enfermería Clínica*. 2001;11 (5):184-19.
7. NANDA Internacional. *Diagnósticos Enfermeros*. España: Elsevier, 2012.
8. Johnson M. Marian y Moorhead, Sue 2009. *Clasificación de resultados de enfermería*, 4ª.ed. España: Harcourt, S.A.
9. Magnani F.L., Larcher C.M.H. “Uso de la escala de Braden y de Glasgow para identificar el riesgo de úlceras de presión en pacientes internados en un centro de terapia intensiva”. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 [Internet]; 16(6): s/p. [Acceso: 2 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000600006&script=sci_arttext&tlng=es
10. McCloskey, J. Bulechek M.G. *Clasificación de intervenciones de Enfermería CIE. Nursing Interventions Classification*, 5ª. ed. España: Mosby Harcourt, 2007.