

Caso clínico. Cuidado integral de las úlceras por presión en el paciente inmovilizado

Víctor Chica Gracia, Laura Basarte Gaspar

C.S. Oliver, Atención primaria Sector III. Zaragoza, Aragón, España

Correspondencia: victorchicagracia@gmail.com (Víctor Chica Gracia)

Resumen

Objetivo principal: Cuidado integral de la úlcera por presión y educación para la salud a los cuidadores en el paciente inmovilizado. Metodología: Caso clínico con recogida de datos mediante diferentes entrevistas y valoración seriadas a lo largo del proceso asistencial. Resultados principales: Mejoría de las úlceras y del estado general de la paciente, gracias al seguimiento por parte de Enfermería y a la educación de los cuidadores. Conclusión principal: La importancia del trabajo multidisciplinar en el reconocimiento y tratamiento de las úlceras por presión, así como de las complicaciones derivadas de la inmovilización.

Palabras clave: Úlcera. Cuidados. Inmovilización. Atención primaria.

Clinical case. Comprehensive care of pressure ulcers in the patient immobilized

Abstract

Objective: Comprehensive care of pressure ulcer and health education to caregivers in the patient immobilized. Methods: Clinical case with data collection through different interviews and serial evaluation throughout the care process. Results: Improvement of the ulcers and the general condition of the patient, thanks to the follow-up by nursing and the education of caregivers. Conclusions: The importance of multidisciplinary work in the recognition and treatment of pressure ulcers, as well as the complications arising from immobilization.

Keywords: Ulcer. Care. Immobilization. Primary care.

Introducción

La inmovilización, la institucionalización y el aumento de la esperanza de vida está contribuyendo al aumento de la incidencia de las úlceras por presión (UPP), todo esto genera una necesidad y una demanda de cuidados en la población.¹

Actualmente las UPP son consideradas como uno de los principales problemas asistenciales, debido al impacto que supone tanto a nivel asistencial como a nivel personal del paciente. Por ello, es preciso una adecuada enseñanza y educación al personal sanitario para su posterior manejo y poder formar un equipo multidisciplinar óptimo.¹

El aumento de la esperanza de vida experimentado en los últimos años ha conducido a un envejecimiento notorio de la población, debido a ello, la población presenta enfermedades crónicas o incapacitantes entre las que destacan las UPP, determinando una creciente atención sociosanitaria a domicilio.¹

Las UPP son el resultado de una serie de factores como el encamamiento prolongado, déficit de movilidad, malnutrición, incontinencia u otras alteraciones fisiológicas.²

En el 3^{er} Estudio Nacional de Prevalencia de la UPP en España determinaron que un 20% de las UPP correspondían a un estadio I, un 43% a un estadio II, un 24% a un estadio III y un 13% a un estadio IV.²

En cuanto a las localizaciones, destaca el sacro (31%), seguido de talón (23,3%), trocánter (10,3%) y maléolos (8,6%).²

La prevalencia actual en España se sitúa en cifras cercanas al 3,7% en Atención Primaria y entorno al 8,2% a nivel hospitalario.³

Los programas de atención domiciliaria (EAP Y ESAD), son de vital importancia para realizar una asistencia en domicilio correcta y adecuada a los pacientes, que prefieren tener un envejecimiento y sus últimos días en sus entornos familiares.³

Por ello, mediante la realización de este caso clínico, queremos por un lado dar a conocer la importancia de un adecuado trabajo en equipo con todas instituciones, y, por otro lado, demostrar que, con una adecuada valoración continua y unos cuidados adecuados, es posible mejorar la situación del paciente.³

Presentación del caso

Paciente mujer de 97 años, institucionalizada en residencia de ancianos, gran dependiente e inmovilizada.

La paciente es bien controlada por el personal de la residencia, debido al deterioro de su estado es derivada a nuestro servicio el pasado 26 de octubre de 2022 por evolución tórpida de una UPP en zona del sacro que requiere apoyo sanitario, además de un empeoramiento del estado general.

Para la realización de dicho artículo se cuenta con el consentimiento tanto de la paciente como de la residencia de ancianos donde se encuentra institucionalizada.

Valoración enfermera

En cuanto a los antecedentes médicos de interés de la paciente, destacaríamos: HTA (Hipertensión arterial), AIT (accidente isquémico transitorio), episodios de crisis convulsivas, incontinencia urinaria, alteraciones de la memoria y enfermedad en fase terminal.

No hábitos tóxicos en ningún momento de su vida.

Actualmente sin tratamiento de enfermedades de base debido a su estado, únicamente se le administra Lorazepam 0,5 mg vía oral.

La UPP presenta aspecto necrótico con esfacelos y abundante exudado, con un tamaño de aproximadamente 5cm x 4 cm de dimensión.

Entorno a quince días después (2-11-2022) de la primera valoración, ante mala evolución se realiza un frotis mediante aspiración del lecho de la úlcera, siendo positivo el mismo a Pseudomona, iniciándose una pauta antibiótica con Levofloxacin cada 12 horas.

El día 5-12-2022, se realiza otro cultivo por no mejoría de la UPP, siendo el mismo negativo.

En la última valoración realizada en el mes de julio de 2023, la úlcera tiene aproximadamente unas dimensiones de 4 cm x 3 cm, tejido de granulación en su mayoría y ligero exudado.

Desde el ingreso en residencia, el paciente mantiene un alto grado de dependencia, precisando curas a domicilio por parte del Centro Salud al que pertenece. Se realiza inicialmente una valoración focalizada en el cuidado de las heridas. La extensión y severidad de las lesiones, así como la infección por microorganismos multiresistentes, precisó curas diarias con un alto grado de complejidad.

El día 16/10/22 se realiza una valoración integral, tomando como referencia los patrones funcionales de Marjory Gordon, identificando patrones disfuncionales y enunciando diagnósticos de Enfermería según la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

La valoración integral promueve el cambio de actitud de todos los actores: La atención enfermera, focalizada inicialmente en las heridas, evoluciona hacia una atención integral centrada en el paciente y su cuidadora.

Aunque a lo largo cuidados de enfermería se efectúa una evaluación continuada, en el presente trabajo se muestran las valoraciones de diciembre del 22 y una última evaluación realizada en julio del 23.

Durante este periodo se promueve la continuidad asistencial y el trabajo en equipo multidisciplinar mediante el segui-

miento simultáneo en Atención Primaria y Atención Especializada.

Al final de la vida de la paciente, en conjunto a la unidad de cuidados paliativos ofrecemos nuestra colaboración y acompañamiento a la paciente.

PATRON I: Percepción y manejo de la salud

-Valoración inicial (octubre 2022): Adherencia al tratamiento. Controles de seguimiento en el centro de salud y por personal responsable de la residencia de ancianos.

-Valoración continuada: El objetivo es mantenerse sano y mejorar en lo posible su situación basal.

-Evaluación final (julio 2023): Buen control de la evolución de la enfermedad terminal y dependencia. Aceptación de la enfermedad y de los cambios en el estilo de vida.

Tratamiento farmacológico: Lorazepam 1 MG, Xumadol 1G, Espesante thick and, Apósito estéril Allevyn, Absorbente incontinencia noche, Absorbente incontinencia orina, Gasa estéril algodón, Apósito estéril allevyn.

PATRON II: Nutricional y metabólico

Dieta triturada. Adaptada durante todo el proceso. Dependiente para alimentación.

-Valoración inicial (octubre 2022): Presenta UPP grado III en zona sacro y úlcera por presión en zona dorsal pie izquierdo.

-Evaluación continuada: Evolución desfavorable de lesiones, infecciones recurrentes. Realización de cultivos en diferentes fechas, siendo positivas en Pseudomonas, cambiando en varias ocasiones las curas.

-Valoración actual (Julio 2023): Buena evolución de las úlceras, UPP en sacro con tejido de granulación en grado II. En UPP del pie izquierdo tejido epitelizado.

PATRON III: Eliminación

-Valoración inicial (octubre 2022): Episodios de estreñimiento que requieren uso de laxantes. Incontinencia fecal y urinaria

-Evaluación continuada: Incontinencia urinaria nocturna total.

-Valoración actual (Julio 2023): Incontinencia urinaria total. Seguimiento por Urología Utiliza Absorbentes "tipo pants" día/noche.

PATRON IV: Actividad- ejercicio

-Valoración inicial (octubre 2022): Movilidad en silla de ruedas con difícil traslado cama-sillón. No realiza ningún tipo de ejercicio físico. No mantiene actividades sociales. Barthel: 0 puntos.

-Evaluación continuada: Dependiente total. Vida cama-sillón. Barthel: 0 puntos.

-Valoración actual (julio 2023): Dependiente total, prácticamente pasa la totalidad del día encamada. Barthel 0 puntos.

PATRON V: Sueño-descanso

Consciente y desorientada en las tres esferas (personas, espacio y tiempo) en todas las valoraciones no problemas de audición ni de vista.

-Valoración inicial (octubre 2022): Deterioro cognitivo que imposibilita valoración del dolor con escala EVA, deterioro, gran debilidad muscular. Disminución de sensibilidad táctil y prensora en manos y pies. EVA: no valorable por estado del paciente.

-Evaluación continuada: Persiste deterioro cognitivo, toma de Paracetamol por movimientos y quejidos durante cura. EVA: no valorable.

-Valoración actual (julio 2023): Persiste deterioro cognitivo severo, continua con Paracetamol previo realización de curas, no quejidos y signos de dolor durante la misma. EVA no valorable.

PATRON VII: Autopercepción- autoconcepto

-Valoración inicial (octubre 2022): Afrontamiento ineficaz. Abandono de actividades de ocio por encamamiento continuo.

-Evaluación continuada: Sin cambios en este patrón, desde el inicio de la valoración.

-Valoración actual (julio 2023): Persiste el afrontamiento ineficaz, gran dependiente, no empeoramiento ni cambios sustanciales.

PATRON VIII: Rol-relaciones

-Valoración inicial (octubre 2022): Institucionalizada en residencia, depende de cuidadoras para actividades básicas e instrumentales de vida diaria. No relación con familiares. Buena relación con resto de residentes, aunque desde su inmovilidad y encamamiento no tiene relación.

-Valoración actual (julio 2023): Persiste misma situación, continua sin ser visitada por familiares ni residentes, recae la totalidad de los cuidados en personal de residencia.

PATRON IX: Sexualidad-reproducción

-Valoración inicial (octubre 2022): Ausencia de relaciones sexuales a consecuencia de estado general.

-Valoración actual (julio 2023): Ausencia de relaciones sexuales a consecuencia de estado general.

PATRON X: Adaptación y tolerancia al estrés

-Valoración inicial (octubre 2022): Patrón no valorable por estado del paciente.

-Valoración actual (julio 2023): Patrón no valorable por estado del paciente.

PATRON XI: Valores y creencias

-Valoración inicial (octubre 2022): católica, profesora su fe desde edades muy tempranas, actualmente en residencia de ancianos con influencias católicas.

-Valoración actual (julio 2023): católica, actualmente no practicante por estado general. Continua en residencia de ancianos de influencia católica.

Plan de cuidados

Fase diagnóstica

Tras la valoración integral realizada el día 16/10/2022 se identifican patrones disfuncionales y enuncian, según la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), los diagnósticos, que se relacionan en la tabla I. Se priorizan los siguientes diagnósticos:

- (00004) Riesgo de infección
- (00046) Deterioro de la integridad tisular
- (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz

Fase de planificación

Para el diagnóstico (00004) Riesgo de infección r/c enfermedad crónica (Encamamiento), alteración de la integridad de la piel e isquemia distal, se seleccionaron los siguientes resultados (NOC).

1103 Curación de la herida por segunda intención

Escala: Ninguno hasta Extenso y Extenso hasta ninguno. La X representa situación actual; la Y representa el objetivo del paciente (tabla 1).

0703 Severidad de la infección

Escala: Grave hasta ninguno. La X representa la situación actual; la Y representa el objetivo del paciente (tabla 2).

Tabla 1. 1103 Curación de la herida por segunda intención

	Extenso 1	Sustancial 2	Moderado 3	Escaso 4	Ninguno 5
110303 secreción purulenta			X		
110307 eritema cutáneo circundante					X
110308 edema perilesional					X
110311 piel macerada				X	
110312 necrosis			X		
110317 olor de la herida		X			
110322 inflamación de la herida				X	
110301 granulación			X		
110321 disminución del tamaño de la herida			X		

Tabla 2. 0703 Severidad de la infección

	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
070305 supuración purulenta				X	
070306 piuria					X
070307 fiebre			X		
070308 dolor / hipersensibilidad		X			
070323 colonización del cultivo de la herida		X			

Para el diagnóstico (00046) Deterioro de la integridad tisular r/c déficit de autocuidado, deterioro de la movilidad física; manifestado por presencia UPP en sacro y pie izquierdo. Se seleccionaron los siguientes resultados (NOC).

1103 Curación de la herida por segunda intención

Se proponen mismos objetivos que en el anterior diagnóstico.

1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad

Escala: Ninguno hasta Extenso y Extenso hasta Ninguno.

La X representa la situación actual; la Y representa el objetivo del paciente (tabla 3).

1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Escala: Gravemente comprometido hasta No comprometido.

La X representa la situación actual; la Y representa el objetivo del paciente (tabla 4).

Y por último para el diagnóstico (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz r/c encamamiento; manifestado por UPP en sacro y pie izquierdo. Se seleccionaron los siguientes resultados (NOC)

0407 Perfusión tisular: periférica

Escala: Gravemente comprometido hasta No comprometido. La X representa la situación actual; la Y representa el objetivo del paciente (tabla 5).

0401 Estado circulatorio

Escala: Gravemente comprometido hasta No comprometido. La X representa la situación actual; la Y representa el objetivo del paciente. (tabla 6).

Tabla 3. 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad

	Ninguno 1	Escaso 2	Moderado 3	Sustancial 4	Extenso 5
180302 descripción del proceso de la enfermedad	X				
180303 descripción de la causa o factores contribuyentes	X				
180305 descripción de los efectos de la enfermedad	X				
180306 descripción de los signos y síntomas	X				
180308 descripción de medidas para minimizar la progresión de la enfermedad	X				
180309 descripción de las complicaciones	X				
180311 descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones	X				

Tabla 4. 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
110101 temperatura de la piel			X		
110102 sensibilidad				X	
110104 hidratación				X	
110111 perfusión tisular				X	
110112 crecimiento del vello cutáneo			X		
110115 lesiones cutáneas		X			
111121 eritema		X			
110123 necrosis		X			

Tabla 5. 0407 Perfusión tisular: periférica

	Gravemente Comprometido 1	Sustancialmente Comprometido 2	Moderadamente Comprometido 3	Levemente Comprometido 4	No comprometido 5
040715 Llenado capilar de los dedos de las manos					X
040716 Llenado capilar de los dedos de los pies					X
040706 Sensibilidad					X
040707 Coloración de piel				X	

Tabla 6. 0401 Estado circulatorio

	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente Comprometido 4	No comprometido 5
040101 presión arterial sistólica					X
040102 presión arterial diastólica					X
040138 Temperatura cutánea					X

Fase de ejecución

Para el diagnóstico (00004) Riesgo de infección r/c enfermedad crónica (Encamamiento), alteración de la integridad de la piel e isquemia distal, se seleccionaron las siguientes intervenciones (NIC).

6540 Control de las infecciones

Actividades:

Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.

Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano, si procede.

Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.

Administrar terapia de antibióticos, si procede.

Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos.

Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

3660 Cuidados de las heridas

Actividades:

Despegar los apósitos y la cinta adhesiva.

Controlar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.

Medir el lecho de la herida.

Limpiar con solución salina normal.

Vendar de forma adecuada.

Reforzar el apósito.

Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.

Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.

Comparar y registrar regularmente cualquier cambio de vendaje.

Ayudar al paciente y a la familia a obtener material.

Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura.

Enseñar al paciente o a miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.

Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida.

Para el diagnóstico (00046)

Deterioro de la integridad tisular r/c déficit de autocuidado, deterioro de la movilidad física; manifestado por presencia UPP en sacro y pie izquierdo. Se seleccionaron las siguientes intervenciones (NIC).

3660 Cuidados de las heridas

Mismas actividades que en el anterior diagnóstico.

1100 Manejo de la nutrición

Actividades:

Determinar las preferencias de comidas del paciente.

Determinar el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.

Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.

Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina e, si es el caso.

Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.

Realizar una selección de comidas.

Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente.

Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.

Animar al paciente a que utilice dentaduras de ajuste correcto y la que obtenga cuidados dentales.

Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.

Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.

3590 Vigilancia de la piel

Actividades:

Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.

Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel.

Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.

Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.

Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel

Observar si la ropa queda ajustada.

Vigilar el color de la piel.

Comprobar la temperatura de la piel.

Instruir al miembro de la familia / cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.

5602 Enseñanza: proceso de enfermedad

Actividades:

Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.

Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología/ según cada caso.

Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado.

Reconocer el conocimiento del paciente sobre su estado.
Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede.

Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas.

Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.

Identificar cambios en el estado físico del paciente.

Evitar las promesas tranquilizadoras vacías.

Dar seguridad sobre el estado del paciente.

Proporcionar información a la familia / ser querido acerca de los progresos del paciente.

Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.

Discutir las opciones de terapia / tratamiento.

Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia / tratamiento.

Describir las posibles complicaciones crónicas, si procede.

Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir /minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.

Enseñar al paciente medidas para controlar / minimizar síntomas.

Y por último para el diagnóstico (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz r/c encamamiento; manifestado por UPP en sacro y pie izquierdo. Se seleccionaron las siguientes intervenciones (NIC)

1400 Manejo del dolor

Actividades:

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.

Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.

Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad,

función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).

Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.

Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.

Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.

Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor.

Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor.

Proporcionar una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a la experiencia del dolor.

6680 Monitorización de los signos vitales.

Actividades:

Monitorizar la presión sanguínea después de que el paciente tome las medicaciones, si es posible.

Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.

Observar la presencia y calidad de los pulsos.

Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.

Observar si hay cianosis central y periférica.

Observar si hay relleno capilar normal.

2660 Manejo de la sensibilidad periférica alterada

Actividades:

Comprobar la discriminación filo/romo o calor/frío.

Observar si hay parestesia: entumecimiento, hormigueos, hiperestesia e hipoestesia.

Enseñar al paciente o a la familia a examinar la piel a diario para determinar si hay alteraciones en la integridad de la misma.

Vigilar el ajuste de los dispositivos de sujeción, prótesis, zapatos y vestimenta.

Fomentar el uso de guantes u otras prendas de protección sobre la parte corporal afectada cuando ésta en contacto con objetos que, debido a sus características térmicas, de textura u otras, puedan ser potencialmente peligrosos.

Animar al paciente a que utilice zapatos flexibles, con buena horna y de tacón bajo.

Comprobar los zapatos, bolsillos y prendas para determinar arrugas u objetos extraños.

Proteger las partes corporales de cambios de temperaturas extremos.

Discusión

La prevención y la identificación de pacientes de riesgo son las mejores actuaciones para combatir las UPP. Por ello es fundamental el desarrollo de distintas guías de actuación para su control prevención y tratamiento.^{5,6}

Se puede afirmar, según S.J. Errser et al., que la inmovilidad o movilidad reducida es un factor que favorece la aparición de UPP, así como también una complicación en cualquier nivel asistencial.⁷

También podemos afirmar según la evidencia científica, que la incontinencia es, sin duda, un factor predisponente al desarrollo de las UPP; de ahí la importancia de incluir en las escalas de valoración la incontinencia.⁷

Según, Martínez López, R. y Ponce Martínez, D.E. los profesionales de enfermería mediante su labor son los protagonistas y deben ser los encargados de brindar una atención integral en el cuidado de la UPP, adaptándose a las características de cada paciente siendo vital una adecuada formación en este campo basándonos en la evidencia científica.⁸

La prevención de UPP, no solo se lleva a cabo a nivel institucional, sino también se debe incluir el domicilio de las personas susceptibles de padecer UPP. En este ámbito, los profesionales de enfermería, mediante la atención primaria fundamentalmente, son los encargados de transmitir los cono-

cimientos precisos y entrenar las habilidades a las personas implicadas en el cuidado de los pacientes de riesgo.⁹

Finalmente, comparando nuestro caso con los autores aludidos, de acuerdo con S.J Errser, la inmovilidad es un factor crucial tanto en la aparición como en la curación de las UPP.⁷

De acuerdo con Martínez y Ponce, somos los profesionales de Enfermería los encargados de brindar la atención y aunar todos los servicios y profesionales necesarios para una correcta atención.⁸

Por ello, tras la conclusión de este caso clínico, podemos determinar que una valoración adecuada, un trabajo conjunto con las demás instituciones y una pauta de curas correcta a la

valoración es la manera más adecuada de abordar este tipo de pacientes.

Conclusiones

El trabajo en equipo entre la atención especializada, atención primaria y ESAD (equipo de soporte y atención domiciliaria) son clave para manejar a los pacientes crónico complejos de una manera integral y adecuada.

La figura de la enfermera de atención primaria es un pilar esencial para llevar estos cuidados a cabo además de la educación sanitaria y formación a los cuidadores tanto formales como informales.

Bibliografía

1. Sancho Angela, Albiol Rafael, Mach Nuria. Relación entre el estado nutricional y el riesgo de presentar úlceras por presión en pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. ELSEVIERAP. 2011. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.09.003>
2. Carbonell-Fornés Paola, Murillo-Llorente Mayte. Las úlceras por presión en gerontología: prevalencia y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 26(2): 63-67. 2015. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000200006>
3. Vega Suarez Leddy Patricia, Sanchez Cueto María. Abordaje integral de la enfermera en la prevención de las úlceras por presión. Nuberos Científica. 2018; 18.3(23):39-46.
4. Lago González M.^a de la Luz. Valoración del riesgo de úlceras por presión en una Unidad de geriatría. Gerokomos 18(3):33-37. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000300004&lng=es.
5. Ramón Cantón C, Torra i Bou JE. Prevención activa y efectiva de las úlceras por presión: un reto pendiente. Med Clin (Barc). 2003; 120:576-577.
6. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Clinical guideline 7: Pressure ulcer prevention. London: NICE; 2003.
7. Errser S, Getliffe K, Voegeli D, Regan S. A critical review of the interrelationship between skin vulnerability and urinary incontinence and related nursing intervention. Int J Nurs Stud. 2005; 42(7):823-35.
8. Martínez R, Ponce DE. Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre úlceras de presión. Enferm. glob. 10(24): 2011. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400005>
9. Calvo A, Fernández J, Aranton L, Rumbo JM, Romero M, Trueba MA et al. La enfermería ante el reto de la promoción de la salud en pacientes y cuidadores con riesgo de deterioro de la integridad cutánea o con heridas (2a parte). Enfermería dermatológica. 2012; 5(14):16-21. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4065703>.