

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería

TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO

“ÚLCERAS POR PRESIÓN Y MEDIDAS PREVENTIVAS EN
PACIENTES EN MEDICINA INTERNA, HOSPITAL GENERAL
DOCENTE RIOBAMBA, NOVIEMBRE 2017- MARZO 2018”

AUTORES:

Díaz Zambrano Joanna
Torres Balseca Yessica Jenevihd

TUTOR:

Msc. Paola Maricela Machado Herrera

RIOBAMBA – ECUADOR


NOVIEMBRE 2017 - MARZO 2018

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación de título **ÚLCERAS POR PRESIÓN Y MEDIDAS PREVENTIVAS EN PACIENTES EN MEDICINA INTERNA, HOSPITAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, NOVIEMBRE 2017- MARZO 2018**. Presentado por: Díaz Zambrano Joanna, Torres Balseca Yessica Jenevihd y dirigida por: la MsC. Paola Maricela Machado Herrera. Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite el presente, para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

MsC. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua
Presidenta del Tribunal

Firma: 

MsC. José Ivo Contreras Briceño
Miembro del Tribunal

Firma: 

MsC. Carmen Elisa Curay Yaulema
Miembro del Tribunal

Firma: 

MsC. Paola Maricela Machado Herrera
Tutora

Firma: 

CERTIFICADO DEL TUTOR

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, con el tema **“ÚLCERAS POR PRESIÓN Y MEDIDAS PREVENTIVAS EN PACIENTES EN MEDICINA INTERNA, HOSPITAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, NOVIEMBRE 2017- MARZO 2018”** ha sido elaborado por las Srtas. Joanna Díaz Zambrano, con C.I. 0803490317 y Yessica Jenevihd Torres Balseca con C.I. 0605909076, el mismo que ha sido asesorado por la Lic. Paola Machado Msc.; en calidad de tutora, por lo que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Riobamba 14 de Marzo del 2018



Lic. Paola Machado Msc.

AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La responsabilidad del contenido de este Proyecto de Graduación, nos corresponde exclusivamente a: Joanna Díaz Zambrano y Yessica Jenevihd Torres Balseca, y de la Tutora del Proyecto: Lic. Paola Machado Msc; y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Joanna Díaz Zambrano

C.I. 0803490317



Yessica Jenevihd Torres Balseca

C.I. 0605909076

DEDICATORIA

A Dios quien ha sido mi guía constante el que me da la fuerza para seguir adelante y no darme por vencida ante los problemas que se me presentaban, ayudándome a levantar frente a las adversidades y luchar día a día mi mejor maestro.

A mis padres Álvaro Díaz y María Elena Zambrano quienes han confiado en mí apoyándome incasablemente para alcanzar mis metas, me han dado todo lo que soy como persona y el mejor de los regalos que los padres entregan a los hijos el estudio que con sus esfuerzos pude cumplirlos.

A mi tío Joffre que está en el cielo que siempre me decía mi Enfermera te prometí terminar este sueño que un día empecé sé que donde estas te sientas muy orgullo de mí.

Joanna Díaz Zambrano

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades y luchar día a día.

A mis padres Ángel Torres y Mercedes Balseca por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi esposo Juan Peñafiel y mi hijo Sebastián que han sido un pilar fundamental en la culminación de mis estudios, por su continuo apoyo y respaldo porque me enseñaron que siempre hay una luz al final del camino.

A mis hermanas y hermanos: Patricia, Lucila, Marcelo y Juan que son mi fortaleza y el pilar de apoyo, ellos me han elevado espiritualmente y anímicamente para llegar a cumplir con mis objetivos.

Yessica Jenevihd Torres Balseca

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por habernos permitido llegar hasta aquí para cumplir nuestras metas que con sus tiempos perfectos sabe cuándo es el momento de cristalizar sueños anhelados.

A la universidad nacional de Chimborazo y a quienes conforman la Carrera de Enfermería; a las/os docentes por brindarnos sus conocimientos que nos serán útiles en el desempeño profesional, en especial a nuestra tutora MsC. Paola Machado por el tiempo dedicado, supo guiarnos con sus conocimientos fue un apoyo indispensable para la realización de este proyecto.

Agradecemos de igual manera al Hospital General Docente Riobamba principalmente a la MsC. Marielena Robalino jefa y al personal que labora en el servicio de Medicina Interna nos abrió sus puertas para el desarrollo de nuestro proyecto.

Joanna y Yessica

ÍNDICE GENERAL

“ÚLCERAS POR PRESIÓN Y MEDIDAS PREVENTIVAS EN PACIENTES EN MEDICINA INTERNA, HOSPITAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, NOVIEMBRE 2017- MARZO 2018”	I
ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL.....	II
CERTIFICADO DEL TUTOR	III
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO.....	VII
ÍNDICE GENERAL.....	VIII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
OBJETIVOS	4
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
MARCO TEÓRICO.....	5
METODOLOGÍA	13
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	13
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	13
INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTO.....	13
ANÁLISIS DE DATOS	13
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	14
CONCLUSIONES:	23
BIBLIOGRAFÍA.....	25
ANEXO	27

RESUMEN

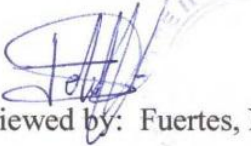
El estudio se realizó en el servicio de medicina interna del Hospital General Docente Riobamba con el objetivo de evaluar el manejo de úlceras por presión y medidas preventivas, durante el período noviembre 2017-marzo 2018; un estudio observacional-transversal, con enfoque mixto. La población quedó conformada por la totalidad de 12 enfermeras y 5 internas rotativas que laboran en dicho servicio. Se utilizó una encuesta y guía de observación evaluando el nivel de conocimiento y manejo de úlceras por presión a cargo del personal de enfermería del servicio. Se evidenció que el personal de enfermería realiza parte de valoración al paciente, al identificar los principales factores de riesgo para el apareamiento de una úlcera, pero no realiza la clasificación, utilización de escalas y registro según el grado de severidad, además no existe un formato específico para realizar dicho registro. El servicio cuenta con un protocolo de manejo y prevención de úlceras, pero este no es utilizado por el personal de enfermería, ya que no realiza todas las actividades encaminadas al manejo y prevención de úlceras por presión, mismas que contribuyen a reducir el riesgo de la lesión y por ende una recuperación rápida y satisfactoria en el paciente deambulatorio. Cabe destacar que no aplican la metodología enfermero que a pesar de tener conocimiento no lo utilizaban como lenguaje estandarizado, lo que impide brindar una atención integral y continúa. Las acciones propuestas en la guía práctica de enfermería enfocada al manejo y prevención de úlceras por presión, que fue diseñada desde un enfoque educativo, toma en consideración la valoración al paciente clínico, diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones estandarizados para que sean individualizados en base a cada necesidad en la prevención y manejo de las úlceras por presión.

Palabras clave: Úlceras por presión, medidas preventivas, guía práctica, manejo, actividades de enfermería.

ABSTRACT

The study was carried out in the internal medicine service of Riobamba General Teaching Hospital with the aim of evaluating the management of pressure ulcers and preventive measures, during the period November 2017-March 2018. This was an observational-transversal study, with a mixed approach. The population was made up of the totality of 12 nurses and 5 rotating internists who work in this service. A survey and observation guide was used assessing the level of knowledge and management of pressure ulcers by the nursing staff of the service. It was evidenced that the nursing staff performs part of the assessment of the patient, by identifying the main risk factors for the appearance of an ulcer, but the complete procedure of classification, use of scales and registration according to the degree of severity is not developed. In addition, there is not a specific form for data registration. The service has a protocol for the management and prevention of ulcers, but this is not used by the nursing staff, since it does not carry out all the activities aimed at the management and prevention of pressure ulcers, which contributes to reducing the risk of ulcers injury and therefore a fast and satisfactory recovery of the ambulatory patient. It was observed that the nursing methodology was not applied by a standardized language of the nursing personnel even though it was known by them; this prevents providing comprehensive and continuous care. The actions proposed in the practical nursing guide focused on the management and prevention of pressure ulcers. It was designed from an educational approach, takes into consideration the assessment of the clinical patient, nursing diagnosis, results and standardized interventions to be individualized based on every need in the prevention and management of pressure ulcers.

Key words: Pressure ulcers, preventive measures, practical guide, management, nursing activities.


Translation reviewed by: Fuertes, Narcisca.

Language Center Teacher.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones ocasionadas por disminución del flujo sanguíneo, producto de la acción de fuerzas tangenciales (de tracción) y/o perpendiculares (de Presión) sobre los tejidos blandos (piel, tejido subcutáneo y fascio-muscular) del cuerpo humano, localizados a nivel de zonas de prominencia ósea. ⁽¹⁾

El éxito de la prevención de las úlceras por presión requiere un enfoque multidisciplinario. Las enfermeras/os poseen un papel primordial en la prevención y manejo de las complicaciones, que constituyen uno de los problemas con mayor frecuencia en la práctica diaria de enfermería siendo un gran reto y una responsabilidad tanto en prevención como tratamiento por la autonomía de la actuación que se brinda. ⁽²⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituye un problema serio, tanto para los pacientes afectados, como sus familiares y las instituciones prestadoras de servicios de salud. Día tras día esta complicación se presenta en los hospitales volviéndose testigos silenciosos de este acontecimiento. Esta complicación se puede presentar en cualquier tipo de paciente, existiendo grupos de mayor riesgo como los pacientes geriátricos, con alteraciones motoras, en estado de inconciencia.

La incidencia y prevalencia de las UPP varía ampliamente dependiendo de su ubicación; diversos estudios estiman que entre un 3-11% de los pacientes que ingresan en los hospitales desarrollan este tipo de lesiones; cerca del 70% de éstas se producen en las primeras dos semanas de hospitalización. Estos pacientes tienen una mortalidad hospitalaria del 23-27%, y el riesgo de muerte aumenta de 2 a 5 veces en las residencias asistidas. Por tanto, el mejor cuidado en su prevención, estimándose que al menos el 95% de las mismas son evitables ⁽³⁾

A nivel mundial la prevalencia sigue en aumento. Según el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) manifiesta "*que las úlceras por presión (UPP), lejos de ser un proceso banal, inevitable o silente, son un problema de salud de primer orden a nivel mundial*". ⁽⁴⁾

Un estudio realizado en México por Janeth Islas Pérez en Julio del 2014 con el tema: **Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente que presenta úlcera por presión con sospecha de daño tisular profundo**, el que tuvo como resultados que se identificaron tres

diagnósticos reales en la necesidad de seguridad; la categoría diagnóstica principal fue deterioro de la integridad cutánea; los secundarios fueron riesgo de infección y dolor agudo. Se estableció un diagnóstico de riesgo: deterioro de la integridad cutánea; en conclusión, del estudio se demostró que a través de las intervenciones establecidas mediante la aplicación de terapia en ambiente húmedo se observó una resolución y cicatrización completa de la úlcera por presión con sospecha de daño tisular profundo, sin progresión a estadios más severos, lo que permitió que el paciente egresara a su domicilio y continuara con el tratamiento y seguimiento ambulatorio. ⁽⁴⁾

A nivel nacional, un estudio en la Universidad de Cuenca, autor Patricia Barba en Octubre del 2015, con el tema **Prevalencia de factores de riesgo asociados a úlceras por presión en adultos mayores del hogar Cristo Rey**, en el que se demostró que los principales factores de riesgo, es el tiempo de estancia mayor a 5 días, movilización limitada, actividad disminuida y exposición a la humedad, a lo que se debe tomar medidas necesarias para prevenir la presencia de úlceras por presión. ⁽⁵⁾

En la provincia de Chimborazo no se encuentra investigaciones relacionadas, por lo que se cree necesario la realización de este estudio para que sea de aporte para futuras investigaciones.

El documento contiene los siguientes apartados: marco teórico, que se describe la temática que respalda el presente trabajo de investigación, metodología en el que se incluye el diseño, tipo y metodología de investigación, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, además de la población de estudio, el procedimiento a realizar; se presenta la propuesta “Guía de cuidado enfermero sobre el manejo y prevención de úlceras por presión” el mismo que será utilizado por enfermeras(os) del servicio de Medicina Interna del Hospital General Docente Riobamba. Discusión de resultados en el que se muestra el análisis de resultados de tablas y gráficos, tanto de las encuestas y guía de observación, por último, se determina conclusiones y recomendaciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La úlcera por presión es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y en tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial. ⁽³⁾

Este problema de salud se evidencia con más frecuencia en la población adulto mayor por los cambios relacionados con la edad que son uno de los principales factores de riesgo para generar úlceras por presión.

Es necesario un manejo oportuno de úlceras por presión, haciendo énfasis en la población adulto mayor en la que se puede ver afectada con mayor riesgo la salud del paciente. Por lo que se requiere de un trabajo en equipo que participan profesionales de la salud, el paciente y su familia.

El personal de enfermería del área de Medicina Interna del Hospital General Docente Riobamba, cumple funciones asistenciales como actividades independientes, de cuidado directo que busca la recuperación del paciente al realizar una valoración continua. En el manejo de úlceras por presión, la prevención es el mejor tratamiento; por ello, el mayor esfuerzo debe ir encaminado a la detección precoz de pacientes de riesgo, así como a la aplicación de medidas preventivas adecuadas como son: cambio de posición, cuidado de la piel, usar colchones anti escaras y una buena alimentación.

Al existir una guía educativa de úlceras por presión, orientaría al cuidado independiente y así una asistencia integral con conocimiento científico.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el manejo de las úlceras por presión y medidas preventivas en pacientes de Medicina Interna, Hospital General Docente Riobamba, Noviembre 2017- Marzo 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la valoración que realiza el personal de enfermería para prevenir el apareamiento de úlceras por presión.
- Identificar la actuación de enfermería en el manejo de úlceras por presión en los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna.
- Elaborar una guía de cuidado enfermero sobre el manejo y prevención de úlceras por presión.

MARCO TEÓRICO

Constituyen la situación más común, previsible y prevenible de las complicaciones que puede provocar la inmovilidad. Como su nombre indica, se provocan sobre áreas del cuerpo que están expuestas a una presión elevada y prolongada. El 71% de las úlceras por presión aparece en pacientes mayores de 70 años. Se estima que, después de 3 semanas de encamamiento, la prevalencia es del 7,7%. Aproximadamente el 20% de los ancianos que viven en residencias desarrollarán úlceras por presión en algún momento de su evolución.⁽⁶⁾

Los factores de riesgo para el apareamiento de una úlcera son:

La inmovilidad: Ya sea por encamamiento o por sedestación persistente.

Edad extrema: Los cambios que ocurren en la piel asociados al envejecimiento, como la pérdida de vasos en la dermis, el adelgazamiento de la epidermis, el aplanamiento de la línea de unión dermoepidérmica, la pérdida de fibras elásticas y el aumento de la permeabilidad cutánea, incrementan la susceptibilidad al desarrollo de úlceras.⁽⁷⁾

Trastornos nutricionales: como la hipoproteinemia y los déficits de zinc, hierro y ácido ascórbico.⁽⁸⁾

La incontinencia: tanto urinaria como fecal, multiplica el riesgo por cinco, al igual que las fracturas, sobre todo de cadera.⁽⁸⁾

Presión: Es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel; debido a una gravedad, provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia a los tejidos y necrosis si continua. Este representa el factor de riesgo más importante.⁽⁸⁾

Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimientos o arrastre, la humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel.⁽³⁾

Cizallamiento (fuerza externa del pinzamiento vascular): Combina los efectos de la presión y fricción, por ejemplo, la posición de fowler que provoca fricción y presión en el sacro.⁽³⁾

Humedad: Un control ineficaz de la humedad puede provocar la aparición de problemas de

la piel, como la maceración, la incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel tras aseo diario y exudado de heridas producen deterioro de la integridad cutánea y edema, disminuyendo su resistencia haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración. La humedad aumenta el riesgo de infección. ⁽³⁾

La fricción y la humedad son los factores más importantes en el desarrollo de lesiones superficiales de la piel, mientras que la presión y el cizallamiento lesionan los tejidos profundos.

Las úlceras por presión se clasifican según el grado de lesión tisular.

Las nuevas recomendaciones de la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) establecen cuatro estadios:

Estadio I. Piel intacta pero eritematosa que no blanquea con la presión. ⁽⁹⁾

Estadio II. Pérdida parcial del espesor cutáneo, con afección de la epidermis y la dermis. La úlcera es superficial. ⁽⁹⁾

Estadio III. Pérdida completa del espesor de la piel, con afección del tejido celular subcutáneo. La lesión puede extenderse hasta la fascia subyacente, pero no atravesarla. ⁽⁹⁾

Estadio IV. Pérdida de la piel en todo su espesor, con destrucción extensa, necrosis tisular o lesión de los músculos, huesos o estructuras de soporte. ⁽⁹⁾

Una úlcera por presión suele aparecer en sitios de apoyo del cuerpo que coinciden con las prominencias óseas:

Decúbito supino: occipital, codos, escapula, coxis, sacro, talones, dedos de los pies. ⁽¹⁰⁾

Decúbito lateral: En el pabellón auricular, costillas, crestas iliacas, rodillas, tibias, lateral del pie. ⁽¹⁰⁾

Decúbito prono: En los pómulos, pubis, genitales, rodillas y dedos de los pies. ⁽¹⁰⁾

Sedentación: En escapulas, occipital, codos, sacro y talones. ⁽¹⁰⁾

La valoración es esencialmente interdisciplinaria, desempeñando el personal de enfermería un papel primordial.

Las úlceras por presión no cicatrizan a menos que las causas de fondo sean tratadas eficazmente. Una valoración general debe incluir la identificación y el tratamiento efectivo de la enfermedad, los problemas de salud el estado nutricional, el grado de dolor y los aspectos psicosociales que pueden a una persona con riesgo a desarrollar una úlcera por presión.

Todo paciente debe ser evaluado mediante escala de valoración de riesgo con el objetivo de iniciar cuanto antes las medidas de prevención. ⁽³⁾

Cuando se ha desarrollado una úlcera por presión es necesario una valoración integral de la lesión y llevar un enfoque sistemático que incluya:

- **Localización y número de lesiones:** Los trocánteres, el sacro, glúteos y talones son las localizaciones más frecuentes.
- **Estadio:** teniendo en cuenta su aspecto externo.
- **Área:** registrar el diámetro de las lesiones circulares y las longitudes perpendiculares mayores de las lesiones irregulares.
- **Profundidad**
- **Secreción de la úlcera:** estimar la cantidad, identificar el grado olor y purulencia.
- **Tejido existente en el lecho úlceral:** si existe tejido de epitelización, de granulación, esfacelado o necrótico, y tunelizaciones o fistulas.
- **Estado de la piel perilesional:** diferenciar la celulitis del eritema circunferencial que rodea la mayoría de las heridas en vías de cicatrización; buscar dolor, calor y enrojecimiento.
- **Presencia o ausencia de dolor relacionado con la lesión.** ⁽³⁾

Las medidas de prevención del apareamiento de las úlceras por presión son las siguientes:
⁽¹¹⁾

- **Cuidados de la piel:** el objetivo consiste en mantener y mejorar la tolerancia tisular a la presión para prevenir una lesión, es necesario realizar: ⁽¹¹⁾
 - Inspección sistémica de la piel una vez al día.
 - Limpiar la piel con agua tibia y jabones neutros para minimizar la irritación y resequeidad de la piel.
 - Tratar la piel seca con agentes hidratantes.

- Evitar el masaje sobre las prominencias óseas.
- Evitar la exposición de la piel a la orina, materia fecal, transpiración y drenaje de la herida mediante el uso de pañales desechables que se cambian con frecuencia, hidratantes y barreras para la humedad.
- Reducir el mínimo la fricción y rozamiento mediante técnicas adecuadas de posición, transferencia y cambios de posición.
- Tratar la desnutrición y mejorar la movilidad.
- Ejercicios pasivos y activos que incluyen desplazamiento para disminuir la presión sobre prominencias óseas. ⁽¹¹⁾

➤ **Cargas mecánicas**

- La cabecera de la cama debe encontrarse en el grado más bajo de elevación posible compatible con los problemas médicos.
- El uso de ropa de cama para mover al paciente disminuye las fuerzas de fricción y rozamiento.
- Deben realizarse cambios posturales cada dos horas evitando el contacto directo entre las prominencias óseas con almohadas o cualquier otra superficie blanda.
- Los pacientes sentados deben cambiar el lado que soporta el peso cada 15 minutos si lo pueden realizar por sí mismo; si no fuera así se hace sistemáticamente cada hora.
- El uso de flotadores o similares para sentarse está contraindicado. ⁽¹¹⁾

➤ **Superficies de apoyo:** A los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión debe colocarse un dispositivo de apoyo que disminuya la presión y existen dos tipos:

- Estáticas: hule espuma, aire estático, gel o agua o su combinación.
- Dinámicas: aire alternante, pérdida limitada de aire, aire fluidificado. ⁽¹¹⁾

Los dispositivos estáticos son menos costosos y se consideran apropiados para la prevención de úlceras por presión. ⁽¹¹⁾

El tratamiento está enfocado en:

Medidas generales

La mejor profilaxis es la movilidad continuada del paciente: cambiarlo de posición cada 2 h,

colocarlo girado 30° en posición oblicua, no elevar la cabecera de la cama más de 30° y levantarlo si está sentado cada 10 min durante 10 s. ⁽⁹⁾

Medidas antipresión

El objetivo de los diferentes métodos existentes es reducir la presión sobre las estructuras óseas a valores inferiores a 32 mm Hg, ya que es la presión aceptada a partir de la cual puede cesar el flujo sanguíneo y producirse isquemia.

Estas medidas se pueden clasificar en estáticas y dinámicas. Las estáticas ejercen su función cuando se moviliza el paciente, y entre ellas se incluyen geles, espumas y algunas camas de aire. Las dinámicas requieren un sistema de energía adicional. Entre ellas destacan las camas de aire con presión alternante, el sistema de soporte de baja pérdida de aire, las camas de aire fluidificado y los modernos sistemas de microesferas. Su utilización reduce a menos de la mitad la incidencia de úlceras por decúbito en pacientes hospitalizados. ⁽⁹⁾

Tabla 1. Principios en el cuidado de las úlceras por presión

Prevención
Identificar a los pacientes de riesgo
Disminuir la presión y fricción
Mantener la piel seca y limpia
Nutrición e hidratación adecuadas
Evitar la sobredesecación
Úlceras de grados I y II
Evitar la presión y la humedad
Cuidados locales de la piel
Úlceras de grado III
Desbridar tejidos necróticos
Limpieza y cuidados de la úlcera
Cura húmeda
Úlceras de grado IV
Desbridar tejidos necróticos
Reparación quirúrgica
Antibióticos sistémicos si existe celulitis u osteomielitis
Cura húmeda

Tomada de: ⁽⁹⁾.

Medidas sistémicas

Los factores nutricionales son de gran valor, y puede ser útil establecer una dieta rica en calorías y aminoácidos con suplementos vitamínicos (vitamina C). Se ha comprobado que uno de los mejores factores de cicatrización de las úlceras es establecer un balance nitrogenado positivo.

Los antibióticos administrados por vía sistémica están indicados en presencia de sepsis, celulitis, osteomielitis y como profilaxis de la endocarditis. Las sepsis originadas en las úlceras por presión tienen una mortalidad del 50% en pacientes hospitalizados. Se recomienda recoger muestras de material del lecho ulceroso y hacer cultivo y antibiograma.

La colonización por MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina) de las úlceras por presión es un problema cada vez más frecuente. En el 20%-30% de los casos están causados por más de un germen. Por tanto, están indicados antibióticos de amplio espectro (cefotetán o ticarcilina-ácido clavulánico) que cubran microorganismos gramnegativos, grampositivos y anaerobios. ⁽⁹⁾

Medidas locales

El tratamiento local de la úlcera depende, en gran medida, de la extensión del daño tisular.

Desbridamiento. Si existe material necrótico está indicado realizar un desbridamiento local sin lesionar el tejido de cicatrización. La utilización de preparaciones enzimáticas como colagenasa, fibrinolisisina, desoxirribonucleasa y estreptocinasa-estreptodornasa puede ayudar al desbridamiento quirúrgico y limpiar el exceso de secreción purulenta. ⁽⁹⁾

Es razonable usar un antiséptico local durante un período corto.

Los que han demostrado ser bactericidas y no citotóxicos son, entre otros, la povidona yodada al 0,001% y el hipoclorito sódico al 0,005%.

También pueden utilizarse durante períodos cortos de tiempo, no más de 5 a 7 días por el peligro de crear resistencias, ácido fusídico, sulfadiacina argéntica, metronidazol o mupirocina.

Curas oclusivas. Los apósitos hidrocoloides oclusivos han demostrado su utilidad en el tratamiento de las úlceras por decúbito. Los apósitos hidrocoloides extrafinos y protectores constituyen el tratamiento óptimo para las úlceras en estadios I y II. En las úlceras de grados III y IV, siempre que no haya infección subyacente grave, son efectivos los apósitos hidrorreguladores. ⁽⁹⁾

Cirugía. Se escinde la úlcera en bloque con amplios márgenes hasta el hueso y se efectúa un injerto rotando una placa de espesor completo, con grasa y músculo, para cubrir la herida. Este tipo de tratamiento se debe valorar en los estadios III y IV. ⁽⁹⁾

Apósitos húmedos. El desbridamiento quirúrgico y enzimático y las gasas no selectivas retrasan la epitelización. Por tanto, deben suspenderse cuando se haya eliminado el material necrótico y sólo se observe tejido de granulación sano y rosado. Cuando la herida está limpia

se requiere un ambiente húmedo para que se produzca la migración de las células epiteliales hacia la superficie desde el tejido de granulación profundo. ⁽⁹⁾

Escalas de valoración

Entre las escalas más comúnmente utilizadas, se encuentran las de Braden y la de Waterlow. Las escalas de evaluación de riesgo establecen, por intermedio de puntuación, la probabilidad de la ocurrencia de la UPP en un paciente, con base en una serie de parámetros considerados como factores de riesgo. Esas escalas incluyen condición general y evaluación de la piel, movilidad, humedad, incontinencia, nutrición y dolor, entre otros factores. La escala de Waterlow posee aspectos evaluativos de gran relevancia en el estudio del paciente hospitalizado. ⁽¹²⁾

Esa escala evalúa siete tópicos principales: relación peso/altura (IMC), evaluación visual de la piel en áreas de riesgo, sexo/edad, continencia, movilidad, apetito y medicación, además de cuatro ítems que puntúan factores de riesgo especiales: subnutrición del tejido celular, déficit neurológico, tiempo de cirugía arriba de dos horas y trauma abajo de la médula lumbar. Cuanto más alto es el puntaje, mayor es el riesgo de desarrollar úlcera por presión; también por el valor del puntaje los pacientes son estratificados en grupo de riesgo. La Escala de Braden, está amparada en la fisiopatología de las úlceras por presión y permite la evaluación de aspectos importantes para la formación de la úlcera, según seis parámetros: percepción sensorial, humedad, movilidad y actividad, nutrición, fricción y cizallamiento. Los cinco primeros subpuntajes reciben una puntuación que varía de 1 a 4, en cuanto el subpuntaje fricción y cizallamiento, de 1 a 3. La suma de la puntuación de cada subpuntaje, en el final, permite la estratificación en intervalos, siendo que menores valores indican peores condiciones. Las escalas son útiles, se complementan y traen beneficios en la evaluación sistemática del paciente. En pacientes críticos la utilización de esos instrumentos debe ocurrir diariamente como consecuencia de la variación de las condiciones clínicas, siendo necesaria la implementación de conductas apropiadas de prevención después del diagnóstico de riesgo. La actuación de enfermería en la evaluación del riesgo tiene como propósito un cuidado integral e individualizado del paciente y su familia, proporciona información imprescindible para el plan de cuidado, asegurando una comunicación multidisciplinaria y eficaz. ⁽¹³⁾

En anexos se adjuntan las escalas de valoración de úlceras por presión: anexo1 escala de

Braden, anexo 2 escala Emina, anexo 3 escala de Waterlow, anexo 4 escala de Norton.

Las complicaciones pueden dividirse en primarias y secundarias:

❖ **Complicaciones primarias:**

- **Locales:** originadas por la progresión de la necrosis llegando a afectar a las articulaciones, originar fistulas y hemorragias graves.
- **Sistémicas:** entre las que debemos destacar la anemia, sepsis, amiloidosis secundaria, endocarditis, tétano, carcinoma de células escamosas, fistulas, complicaciones del tratamiento. ⁽³⁾

❖ **Complicaciones secundarias:**

Algunas son de origen económico, como el mayor día de estadía y el aumento del costo asistencial; y otras de tipo clínico, como el retardo en la recuperación y rehabilitación, las infecciones nosocomiales y la iatrogenia. ⁽³⁾

METODOLOGÍA

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con enfoque mixto. Con el objetivo de evaluar el manejo de las úlceras por presión y medidas preventivas en pacientes de Medicina Interna, Hospital General Docente Riobamba, durante los meses de Enero/febrero 2018”.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio se conformó por los profesionales de Enfermería, e Internas Rotativas del servicio de Medicina Interna del Hospital General Docente Riobamba, se trabajó con una población de 12 Enfermeras y 5 Internas Rotativas.

INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTO

Se utilizó el método teórico- práctico. Como técnica de recolección de datos se aplicó la encuesta y guía de observación, basándose en las escalas de Braden valora los siguientes puntos percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, roce y riesgo de lesiones, <12 puntos: alto riesgo, 13-14 puntos: riesgo moderado, 15-16 puntos y <75 años: riesgo bajo, 15-18 puntos y ≥ 75 años: riesgo bajo; y en la Waterlow valora relación peso/talla, tipo de piel y aspecto visual de las áreas de riesgo, sexo/edad, continencia, movilidad, apetito, riesgos especiales, más de 10 puntos: en riesgo, más de 15 puntos: alto riesgo, más de 20 puntos: muy alto riesgo.

ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados de la encuesta y guía de observación fueron analizados en forma cuantitativa y cualitativa con un nivel representativo como son los diagramas (pastel, barras) expresado por los porcentajes correspondientes en el sistema de Excel.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos para el desarrollo del proyecto se hicieron en base a la aplicación de una encuesta y guía de observación, los Ítems valorados fueron las úlceras por presión y las medidas preventivas que realizan el personal de enfermería a cargo de los pacientes que se encuentran en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Docente Riobamba. La información obtenida se tabuló a través de tablas de Microsoft Excel en el que se realiza el correspondiente análisis y e interpretación estadística:

Tabla 2. Identificación de riesgo

ENCUESTA			GUÍA DE OBSERVACIÓN		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	14	82.4%	SI	10	58.8%
NO	3	17.6%	NO	7	41.2%
TOTAL	17	100%	TOTAL	17	100%

- Principales factores de riesgo

Encuesta					Guía de observación				
Opciones	SI	%	NO	%	Opciones	SI	%	NO	%
Inmovilidad	14	82.4	3	17.6	Inmovilidad	10	58.8	7	41.2
Fricción	14	82.4	3	17.6	Fricción	10	58.8	7	41.2
Presión	14	82.4	3	17.6	Presión	10	58.8	7	41.2
Edad extrema	14	82.4	3	17.6	Edad extrema	10	58.8	7	41.2
Estado nutricional	14	82.4	3	17.6	Estado nutricional	10	58.8	7	41.2
Cizallamiento	14	82.4	3	17.6	Cizallamiento	10	58.8	7	41.2
Humedad	14	82.4	3	17.6	Humedad	10	58.8	7	41.2
Ninguna de las anteriores	3	17.6	14	82.4	Ninguna de las anteriores	7	41.2	10	41.2

ANÁLISIS: Luego de aplicar la encuesta a la población de estudio se evidencia que el 82.4% de la muestra identifican a los pacientes que presentan los riesgos para ocasionar úlceras por presión, y el 17.6% no identifica los riesgos de ocasionar las úlceras por presión a pacientes que tienen períodos de hospitalización prolongados y que tienen restricción ambulatoria o su condición dificulta la deambulacion, por tanto se puede verificar que teóricamente el personal de enfermería conoce e identifica a los mencionados pacientes. Lo que se demostró a través de la guía de observación que el 58.8% de la muestra identifica los principales factores de riesgo como: inmovilidad, fricción, presión, edad extrema, estado nutricional, cizallamiento, humedad; el 41.2% de la muestra no identifica los principales factores de

riesgo de ocasionar úlceras por presión.

El personal de enfermería no identifica en su totalidad los factores de riesgo, siendo de vital importancia reconocer los factores agravantes de la piel, que causa lesiones severas ya que el paciente podría presentar restricción ambulatoria debido a los días de estancia, lo que conllevaría a incrementar pacientes con este tipo de lesión.

Cedeño y Molina (2015) en su investigación denominada “Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en Pacientes con Úlceras por Presión en el Hospital Universitario, año 2015”, muestran que el 71% de las enfermeras manifiesta que la inmovilidad es el mayor factor de riesgo para la formación de úlceras por presión, 25% opina que son las enfermedades circulatorias y el menor porcentaje el 4% manifiesto que son las enfermedades neurológicas, evidenciaron que la inmovilidad prolongada ya sea está indicada como parte de tratamiento en el caso de los pacientes de cirugías de traumas, o como complicaciones de otras patologías ocasiona un estasis circulatorio que degenera el tejido celular ocasionando falta de oxigenación e irrigación que termina con la muerte celular del tejido y el inicio de úlceras por presión. ⁽¹⁴⁾

Tabla 3. Clasificación de úlceras por presión

Encuesta			Guía de observación		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	10	59%	SIEMPRE	0	0%
A VECES	5	29%	A VECES	7	41.2%
NUNCA	2	12%	NUNCA	10	58.8%
TOTAL	17	100%	TOTAL	17	100%

ANÁLISIS: Luego de aplicar la encuesta el 59% de la muestra de estudio manifestó que siempre clasifican las úlceras por presión, un 29% a veces realizan la clasificación y el 12% manifestó nunca clasificar las úlceras por presión. Mediante la guía de observación se confirmó que el 58.8% de la muestra de estudio no realiza una clasificación de úlceras por presión según su grado y un 41.2% a veces realizan la clasificación.

Al realizar una adecuada clasificación de úlceras por presión, el personal de enfermería brinda los cuidados necesarios en la prevención y manejo según el grado de lesión, conllevando hacia una pronta recuperación con el cuidado oportuno.

Pérez y Toapanta (2016) en su investigación denominada “Manejo de Úlceras por Presión por el Personal de Enfermería en el Pabellón “Nuevo Amanecer” del Centro de Reposo San

Juan de Dios en el segundo semestre del 2016”, manifiestan que el 100% del personal observado, el 88% que representa a 38 personas no clasifica las úlceras por presión, el 12 % que representan 5 personas si lo hacen. Concluyeron que del total del personal observado demuestra que la mayoría no clasifica los grados de las úlceras por presión. ⁽¹⁵⁾

Tabla 4. Actividades de Enfermería en pacientes con UPP

Encuesta					Guía de observación				
Opciones	SI	%	NO	%	Opciones	SI NO	%		%
Cuidados de la piel	15	88.2%	2	11.7	Cuidados de la piel	15	88.2	2	11.7
Cambios posturales	17	100%	0	0	Cambios posturales	7	41.2	10	58.8
control de la humedad	13	76.5%	4	23.5	control de la humedad	12	70.6	5	29.4
Seguridad y protección	7	41.2	10	58.8	Seguridad y protección	3	17.6	14	82.4
Administración de medicamentos	13	76.5	4	23.5	Administración de medicamentos	12	70.6	5	29.4
Ninguna de las anteriores	2	11.7	15	88.2	Ninguna de las anteriores	0	0%	0	0%

ANÁLISIS: De acuerdo a la encuesta realizada a la población de estudio 88.2% realiza cuidados de la piel, 100% realiza cambios posturales, 76.5% realiza un control de la humedad, 41.2% cumple con la actividad de seguridad y protección, 76.5% cumple con la actividad de administración de medicamentos y el 11.8% no realiza ninguna de las actividades antes mencionadas. Mediante la guía de observación se evidencio que el 88.2% realiza el cuidado de la piel, el 41.2% realiza cambios posturales, el 70.6% realiza un control de la humedad, el 17.6% brinda la seguridad y protección, y el 70.6% administra medicamentos.

Se observó que el personal cumple con actividades específicas frecuentemente como cuidado de la piel, control de la humedad, administración de medicamentos; mientras que otras actividades importantes para la prevención de úlceras por presión como es seguridad/

protección y los cambios posturales no realizan constantemente en pacientes que están mucho tiempo encamado y esto produciría un alto riesgo de ocasionar daño severo en el tejido, por eso es importante realizar actividades de prevención y manejo para reducir y controlar las úlceras por presión.

Hoyos y Mírez (2016) en su investigación denominada “Intervenciones de Enfermería para Prevenir Úlceras por Presión en Pacientes Atendidos en el Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo Perú, Marzo-Abril 2016”, mostraron que la mayoría de enfermas realiza intervenciones directas para prevenir las úlceras por presión, en relación a la nutrición e hidratación el 96% de las enfermeras valora el grado de hidratación del paciente a través de piel y mucosas, cuidando exhaustivamente el riesgo de que la piel se lesione y se ocasione dicha complicación. ⁽¹⁶⁾

Tabla 5. Registro del grado de úlceras por presión

Encuesta			Guía de observación		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	59%	SI	0	0%
NO	7	41%	NO	17	100%
TOTAL	17	100%	TOTAL	17	100%

ANÁLISIS: En la encuesta aplicada el 59% de la muestra indica que si registra el grado de severidad de las úlceras por presión, el 41% manifiesta que no registran el grado de severidad de las úlceras por presión. Mediante la guía de observación se evidencio que el 100% no registran el grado de severidad de las úlceras por presión lo que puede ocasionar mayor complicación a los pacientes.

Es primordial que el personal de enfermería maneje un formulario de registro de úlceras por presión para llevar un control en el que se demuestre las intervenciones que el personal realiza con estos pacientes, mismo que servirá para dar continuidad en el cuidado y prevenir complicaciones.

Hoyos y Mírez (2016) en su investigación denominada “Intervenciones de Enfermería para Prevenir Úlceras por Presión en Pacientes Atendidos en el Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo Perú, Marzo-Abril 2016”, evidenciaron que un 65% de las Enfermeras hace uso del registro de riesgo, teniendo como referencia la nota de enfermería y la hoja de valoración: solo el 17% de enfermeras utiliza el registro denominado nota de enfermería, mientras que el 83% de ellas utilizan otro tipo de registro

de intervenciones entre ellas resalta la hoja de valoración, para registrar el grado de riesgo de úlceras por presión de cada paciente. ⁽¹⁶⁾

Tabla 6. Aplicación del protocolo de manejo de úlceras por presión.

Encuesta			Guía de observación		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	OPCIONES	FRECUENCIA	OPCIONES
SI	17	100%	SI	0	0%
NO	0	0%	NO	17	100%
TOTAL	17	100%	TOTAL	17	100%

ANÁLISIS: Mediante la aplicación de la encuesta el 100% de la población en estudio indicó aplicar el protocolo de manejo de úlceras por presión. De acuerdo a la guía de observación el 100% de la muestra no aplica el protocolo existente en el servicio.

La existencia de un protocolo de prevención y manejo de úlceras por presión, dentro del servicio resulta favorable para el personal y el paciente que la presenta, así se brindaría una atención con estándares de calidad que serviría en la recuperación del paciente, pero si este no es aplicado de forma correcta por parte de enfermería podría ocasionar más daño al paciente que presenta esta lesión.

Pesantes (2013) en su investigación denominada: “Intervención de Enfermería en Pacientes con Úlceras por Presión Asociados a Factores de Riesgo en Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna”, muestra que de las 20 enfermeras encuestadas y que constituyen el 100%, el 90% que no existe un protocolo de cuidados de enfermería para úlceras por presión lo cual se ratifica que no se valora al paciente debido a la inexistencia de protocolos de cuidados de enfermería para pacientes por úlcera por presión. ⁽¹⁷⁾

Tabla 7. Escalas de valoración

Encuesta					Guía de observación				
OPCIONES	SI	%	NO	%	OPCIONES	SI	%	NO	%
NORTON	0	0%	17	100%	NORTON	0	0%	17	100%
BRADEN	12	71%	5	29%	BRADEN	0	0%	17	100%
EMINA	0	0%	17	100%	EMINA	0	0%	17	100%
WATERLOW	0	0%	17	100%	WATERLOW	0	0%	17	100%
NINGUNA	5	29%	12	71%	NINGUNA	17	100%	0	0%

ANÁLISIS: En la encuesta realizada a la población de estudio el 71% indica que utiliza la escala de Braden, el 29% no utiliza ninguna escala de valoración de riesgo. Mediante la guía de observación el 100% no utiliza escalas de valoración para medir el riesgo de úlceras por

presión.

Al no utilizar escalas que miden el riesgo de úlceras por presión, como parte de valoración que se debe realizar a todo paciente que presente factores de riesgo de apareamiento de UPP, se dificulta su prevención y manejo ya que la primera etapa del proceso enfermero constituye el punto de partida para identificar todos los problemas que tenga el paciente.

Cedeño y Molina (2015) en su investigación denominada “Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en Pacientes con Úlceras por Presión en el Hospital Universitario, año 2015”, demostraron que de los profesionales de enfermería encuestados el mayor porcentaje 71% utiliza la escala de Norton para valorar el riesgo de formación de úlceras por presión, y el menor porcentaje 29% no utilizan ninguna escala, no valoran los riesgos de formación de úlceras por presión. Los autores manifiestan que este resultado no tiene mucha fiabilidad, debido a que la escala de Norton fue elegida por los profesionales encuestados debido a que es la más conocida pero no se puede garantizar que está siendo utilizada en la actualidad, lo que sí se puede garantizar es que forma parte de los protocolos de atención aprobados en las instituciones públicas de salud.⁽¹⁸⁾

Tabla 8. Actividades preventivas de úlceras de presión

Encuesta					Guía de observación				
OPCIONES	SI	%	NO	%	OPCIONES	SI	%	NO	%
Cambios posturales en pacientes encamados	17	100%	0	0%	Cambios posturales en pacientes encamados	7	41.2%	10	58.8%
Control de la humedad en pacientes encamados	13	76.5%	4	23.5%	Control de la humedad en pacientes encamados	12	70.6%	5	29.4%
Limpieza e hidratación de la piel.	15	88.2%	2	11.8%	Limpieza e hidratación de la piel.	15	88.2%	2	11.8%
Aporta líquidos y nutrientes en pacientes encamados	4	23.5%	13	76.5%	Aporta líquidos y nutrientes en pacientes encamados	3	17.6%	14	88.4%
Utiliza colchón antiescara	12	70.6%	5	29.4%	Utiliza colchón antiescara	12	70.6%	5	29.4%
Ninguna de las	0	0%	0	0%	Ninguna de las anteriores.	0	0%	0	0%

anteriores.									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ANÁLISIS: En la encuesta aplicada a la población de estudio el 100% realiza cambios posturales a pacientes encamados, el 76.5% realiza control de la humedad, 88.2% realiza limpieza e hidratación de la piel, 23.5% aporta líquidos y nutrientes en pacientes encamados, 70.6% utiliza colchón antiescara. Mediante la guía de observación el 41.2% realiza cambios posturales en pacientes encamados, el 70.6% realiza control de la humedad, un 88.2% realiza limpieza e hidratación de la piel, el 17.6% aporta líquidos y nutrientes en pacientes encamados y un 70.6% utiliza colchón antiescara.

La planificación y las intervenciones de Enfermería en la prevención de úlceras constituye un aspecto primordial para brindar un cuidado adecuado, contribuyendo a la recuperación y tratamiento del paciente hospitalizado.

Chiluiza (2017) en su investigación con el tema: “Guía Educativa y Manejo en Úlceras por Presión en Pacientes Hospitalizados del Servicio Clínica y Traumatología del Hospital Puyo” , demostró que existe un 20% de enfermeras controlan en cada turno la condición de la piel del paciente con el fin de prevenir lesiones de la piel 30% realizan limpiezas en los pliegues de las zonas donde hay mayor humedad y pueda afectar la dermis del paciente encamado, un 50% de enfermeras controlan la higiene del paciente con el baño diario así evitamos lesiones y apariciones de ulceras en los pacientes con el fin de mejorar la calidad de atención a cada uno de los usuarios del Hospital Provincial Puyo. ⁽¹⁹⁾

Tabla 9. Protección de zonas prominentes

ENCUESTA			GUÍA DE OBSERVACIÓN		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	12	71%	SI	12	71%
NO	5	29%	NO	5	29%
TOTAL	17	100%	TOTAL	17	100%

Zonas prominentes

Encuesta					Guía de observación				
OPCIONES	SI	%	NO	%	OPCIONES	SI	%	NO	%
Occipital	4	23.5%	13	76.5%	Occipital	3	17.6%	14	82.4%
Codos	10	58.8%	7	41.2%	Codos	8	47.1%	9	52.9%
Escapula	10	58.8%	7	41.2%	Escapula	8	47.1%	9	52.9%
Nariz	4	23.5%	13	76.5%	Nariz	3	17.6%	14	82.4%
Talones	12	70.6%	5	29.4%	Talones	10	58.8%	7	41.2%
Sacro	12	70.6%	5	29.4%	Sacro	12	70.6%	5	29.4%

ANÁLISIS: Mediante la aplicación de la encuesta y guía de observación el 71% de la muestra de estudio realizan la protección de zonas prominentes, un 29% no realiza la protección las zonas prominentes. Las zonas prominentes que protegen con mayor frecuencia son: sacro 70.6%, talones un 58.8%, codos y escapula 47.1%, occipital y nariz 17.6%.

La protección de zonas prominentes de los pacientes que tienen una larga estancia hospitalaria, es muy importante ya que un factor de riesgo principal es no proteger dichas zonas, que son los lugares propensos para que se origine una lesión, al existir presión del tejido sobre una superficie generado irritación o ulceración de la piel.

Méndez (2016) su investigación con el tema: "Incidencia y Factores de Riesgo para el Desarrollo de Úlceras por Presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen del Rocío", demostró que las UPP desarrolladas presentaron múltiples localización que se detallaron de las siguiente manera: occipital 3.1% Apófisis espinosa 3,1%, Omóplato 6,2% Sacro 59,4%, Glúteo 6,2%, Trocánter 6,2%, Talón 12,5%, Maléolo interno 3,1%, siendo el sacro la zona donde los pacientes evidenciaron mayor riesgo de úlceras por presión. ⁽²⁰⁾

Tabla 10. Curación estéril de úlceras por presión

Encuesta			Guía de observación		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	2	12%	SI	2	12%
NO	15	88%	NO	15	88%
TOTAL	17	100%	TOTAL	17	100%

ANÁLISIS: Mediante la encuesta y guía de observación aplicada a la población de estudio el 88% indica que se no realizan curaciones, un 12% indican que realiza curaciones.

Se pudo constatar que el personal de enfermería no realiza curación estéril en pacientes que presentan úlcera por presión ya que esta función dentro del servicio está destinada para el personal internos rotativos de medicina.

Pérez y Toapanta (2016) en su investigación denominada "Manejo de Úlceras por Presión por el Personal de Enfermería en el Pabellón "Nuevo Amanecer" del Centro de Reposo San Juan de Dios en el segundo semestre del 2016", muestran que del 100% del personal observado, el 65% que representa a 28 personas no realizan la curación con técnica estéril, el 35% que representa a 15 personas si lo realizan. Se identifica que la mayoría del personal

evaluado pese a no contar con los insumos necesarios, debido a limitación que puede presentar el paciente referente a su estado económico familiar e institucional, no realizan la curación con técnica estéril. Y el 35% realiza la curación con los materiales con los que el paciente dispone empleando técnica estéril. ⁽¹⁵⁾

Tabla 11. Aplicación del proceso enfermero

ENCUESTA			Guía de observación		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	24%	SI	0	0%
NO	13	76%	NO	17	100%
TOTAL	17	100%	TOTAL	17	100%

ANÁLISIS: En la encuesta aplicada el 24% indican que si aplican el proceso enfermero, y un 76% manifiesta que no aplica el proceso enfermero. Mediante la guía de observación se constató que el 100% no cumple con la aplicación del proceso enfermero.

Consideramos que al aplicar la metodología enfermero utilizando un lenguaje común entre los profesionales de Enfermería se puede brindar cuidados con fundamentos científico dando continuidad y seguimiento a los pacientes, de manera ordenada y sistemática, en el que se lleve un control de las actividades planificadas y realizadas por el profesional de enfermería.

Pérez (2014) en su estudio denominado :“Proceso de Atención de Enfermería Aplicado a un Paciente que presenta Úlcera por Presión con sospecha de Daño Tisular Profundo”; un caso Clínico en paciente masculino de 33 años, con seguimiento de un mes, basado en el proceso de atención de enfermería, con el enfoque conceptual de Virginia Henderson, con abordaje de tres necesidades alteradas .Se establecieron diagnósticos y planes basados en interrelación taxonómica NANDA – NIC – NOC; se identificaron tres diagnósticos reales en la necesidad de seguridad; la categoría diagnóstica principal fue deterioro de la integridad cutánea; los secundarios fueron riesgo de infección y dolor agudo. Se estableció un diagnóstico de riesgo: deterioro de la integridad cutánea. A través de las intervenciones establecidas mediante la aplicación de terapia en ambiente húmedo se observó una resolución y cicatrización completa de la úlcera por presión con sospecha de daño tisular profundo, sin una progresión a estadios más severos. ⁽⁴⁾

CONCLUSIONES:

1. La valoración que realiza el personal de enfermería para prevenir las úlceras por presión, es la identificación de riesgo, siendo los principales la inmovilidad, fricción, presión, edad extrema, estado nutricional, cizallamiento y humedad; se demostró que el personal de enfermería no realiza la clasificación y registro según el grado de severidad de las mismas, a pesar de que el servicio cuenta con un protocolo no aplican de forma correcta el manejo de úlceras por presión, dentro del servicio no utilizan una escala de valoración de riesgo de úlceras por presión.
2. Las actividades que realiza el personal de enfermería frecuentemente es la protección de las zonas prominentes que en su mayoría son: sacro, talones, codos y escápula, se pudo constatar que el personal de enfermería no realiza curación estéril en pacientes que presentan úlceras por presión ya que esta función está destinada para el personal interno rotativo de medicina. Además, cabe mencionar que el personal a pesar de tener conocimiento sobre el Proceso Enfermero, este no es aplicado dentro del servicio, siendo de importancia seguir la metodología enfermera para ejecutar cuidados con fundamento científico para dar continuidad y seguimiento.
3. Se presenta una guía práctica de enfermería enfocada al manejo y prevención de úlceras por presión, la misma que fue diseñada para la aplicación, tomando en consideración la valoración al paciente clínico, diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones estandarizados para que sean individualizados en base a necesidades en la prevención y manejo de las úlceras por presión; que constituye un aporte para brindar un cuidado integral y adecuado para evitar el apareamiento y las complicaciones de un paciente con úlceras por presión.

RECOMENDACIONES:

1. La valoración al ser la primera etapa del proceso enfermero, debe ser realizada de forma integral, ordenada y sistemática, encaminada a identificar los problemas del paciente, para que la atención sea completa y garantizar una planificación de cuidados eficaz, cabe mencionar que al identificar los factores de riesgo y utilizar una escala de valoración ayuda a prevenir y mejorar al paciente con úlcera por presión.
2. El personal de enfermería del servicio de Medicina Interna debe cumplir con las actividades específicas de prevención y manejo de las úlceras por presión llevando un registro de la evolución de la lesión en cada turno, con el fin de reducir complicaciones, por ende una recuperación rápida y satisfactoria en el paciente deambulatorio; además es importante la capacitación continua y en particular sobre el proceso enfermero y el manejo de las taxonomías, para que sea aplicado con el paciente al emitir diagnósticos, resultados e intervenciones correctas para brindar una atención oportuna y de calidad.
3. Utilizar la guía de enfermería de prevención y manejo de úlceras por presión, dentro de las funciones diarias que realiza el personal de Enfermería para buscar una evolución favorable en los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Azabache JAG. Riesgo a úlceras por presión según escala de Norton en una población adulto mayor. Lima:: 2015.
2. Blanca Llarrea MVJL. Evaluación del impacto de una intervención de enfermería en la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Helcos. 2015.
3. Arango Salazar FD. Úlceras Por Presión. In.; 2012. p. 217.
4. Acendra JJ, Mercado MdIH, Montes L, Pardo RMA. Cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de úlceras por presión. Revista Cubana de Enfermería. 2016.
5. Pérez JI. Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente que presenta úlceras por presión con sospecha de daño tisular. Revista Mexican de Enfermería Cardiología. 2014.
6. Barba Morocho PE. Prevalencia de factores de riesgo asociados a úlceras por presión en adultos mayores del hogar Cristo Rey. Cuenca:: 2015.
7. Paolo Chiari #1*CF,#2MG,#3DG,#4SR,#3yFD. Factores predictivos de las úlceras por presión en una población adulta mayor hospitalizada por fracturas de cadera: un estudio de cohortes de pronóstico. PLOS one. 2017:: p. 1.
8. Vida Shafipour 1ER,2MAHG,1yMM3. Prevalencia de úlcera por presión postoperatoria: una revisión sistemática y metaanálisis. Electrón médico. 2016 Noviembre; 2(11): p. 3170 -3176.
9. Harrison. Trastornos de pacientes geriátricos. In Harrison. medicina interna de Harrison. Madrid: Elsevier; 2010. p. 59 - 65.
10. Farreras. Úlceras por Presión. In Medicina interna de Farreras. Madrid: Elsevier; 2013. p. 1237-1238.
11. Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud”. 2012.
12. Martí VGACOGM. Cuidados de Enfermería en el tratamiento de úlceras por presión. Revista de Enfermería integral. 2014.
13. Griswold LH 1 GR2,ST1,KJ3. Validez de la Escala de Braden en la clasificación de las úlceras por presión en pacientes con trauma y quemaduras. diario de la investigación quirúrgica. 2017:: p. 151 - 157.
14. Borghardt AT, Thiago Nascimento dP, Thiago Moura dA. Evaluación de las escalas de riesgo para úlcera por presión en pacientes críticos: una cohorte prospectiva. Rev.

Latino-Am. Enfermagem. 2015;; p. 28 - 35.

15. CEDEÑO A QV, MOLINA BCL. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en pacientes con Úlceras por Presión en el Hospital Universitario,año 2015”. Guayaquil;; 2015.
16. Pérez RMC, Topanta LIS. “Manejo de Úlceras por Presión por el Personal de Enfermería en el Pabellón “Nuevo Amanecer” del centro de reposo San Juan de Dios en el segundo semestre del 2016”. Quito;; 2016.
17. Hoyos ACK, Mírez VGE. Intervenciones de Enfermería para prevenir úlceras por presión en pacientes atendidos en el servicio de medicina interna. Hospital Regional Docente las Mercedes. Chiclayo - Perú, marzo- abril. 2016. ; 2016.
18. Pesantes EMV. “Intervención de Enfermería en pacientes con Úlceras por presión asociados a factores de riesgo en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna.”. ; 2013.
19. ABIGAIL CQV, BRIGITTE MCL. Aplicación del proceso de atención de enfermería en pacientes con úlceras por presión en el Hospital Universitario,año 2015”. Guayaquil;; 2015.
20. CHILUIZA LQM. Guía educativa y manejo en úlceras por presión en pacientes hospitalizados del servicio Clínica y Traumatología del Hospital Puyo. ; 2017.
21. Mendéz MIG. Incidencia y factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario Virgen del Rocío. ; 2016.
22. CTO. ESCALAS BRADEN , NORTON MODIFICADA. In CTO. Manual CTO Enfermería. Madrid|: CTO; 2016. p. 1 - 8.
23. Sanchez MGS. Úlceras por presión en pacientes de la tercera edad atendidos en el Hospital Provincial General Latacunga periodo enero – junio 2015. ; 2015.
24. Valles JHH. Cuidado de enfermería en pacientes en riesgo o con úlceras por presión. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2016;; p. 21 - 30.

ANEXO 1



Ministerio
de Salud Pública

Hospital Provincial General Docente Riobamba
DIRECCION MÈDICA



Oficio 0534- LSG-DMA-HPGDR-2017

Riobamba, 26 de diciembre de 2017

Máster

Mónica Valdiviezo

DIRECTOR ESCUELA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA UNACH

Ciudad

De mi consideración:

El presente es portador de un atento y cordial saludo, la Dirección Médica Asistencial del Hospital Provincial General Docente Riobamba, se permite dar contestación a su oficio No. 1445-CE-FCS-2017, en el que solicita que la estudiante Joana Díaz Zambrano y Yesica Torres Balseca de la Carrera de Enfermería, realicen el proyecto de investigación sobre Ulceras por Presión y Medidas Preventivas en Pacientes en Medicina Interna, Hospital General Docente Riobamba Noviembre 2017 – Febrero 2018, previa revisión de la Unidad de Docencia e Investigación sugiere su aprobación al haber obtenido en la presentación de documentos el puntaje de 98 APROBADO, por lo que la Dirección Médica autoriza proceder con mencionada actividad.

Con esta oportunidad, me suscribo de usted.

Atentamente,

Dra. Lizbeth Silva G.
DIRECTORA MÈDICA ASISTENCIAL H.P.G.D.R.

c.c. **PARTE INTERESADA**

Archivo

Elaborado	Elizabeth Llaguin Secretaria
Revisado/aprobado	Dra. Lizbeth Silva Director H.P.G.D.R.

W.A.D.E.
11/01/18
8449
M

Av. Juan Félix Proaño S/N y Chile
Teléfonos: (2) 628090-064-152

Anexo 2:**Tabla 12: Escala de Braden**

Puntuación	Percepción Sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roce y peligro de lesiones
1	Completamente limitada	Piel constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	A menudo Húmeda	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente Limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula Ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

Rango de puntuación 6-23 puntos:

Valoración del riesgo:

- <12 puntos: alto riesgo
- 13-14 puntos: riesgo moderado
- 15-16 puntos y <75 años: riesgo bajo
- 15-18 puntos y ≥ 75 años: riesgo bajo

Tomada de: ⁽¹⁴⁾

Anexo 3:**Tabla 3: Escala de Emina**

ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	HUMEDAD R/A INCONTINENCIA	NUTRICIÓN	ACTIVIDAD	
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado o apático o pasivo.	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda
2	Letárgico o hipercinético	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre precisa ayuda
3	Comatoso	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula
Puntuación total: Sin riesgo 0 puntos; bajo riesgo 1-3 puntos; medio riesgo 4-7 puntos; alto riesgo 8-15 puntos.					

Tomada de: ⁽¹⁴⁾

Anexo 4:**Tabla 13: Escala de Waterlow**

Relación Peso/Talla	0 media 1 superior a la media 2 obeso 3 interior a la media
Tipo de piel y aspecto visual de las áreas de riesgo.	0 sana 1 fina, 1 seca, 1 edematosa, 1 fría y húmeda 2 color alterado 3 lesionada
Sexo/edad	1 varón 2 mujer 1 14-60 años 2 50-64 años 3 65-74 años 4 75-80 años 5 más de 81 años
Continencia	0 completa, sondaje vesical 1 incontinencia ocasional 2 sondaje vesical/incontinencia fecal 3 doble incontinencia
Movilidad	0 completa 1 inquieto 2 apático 3 restringida 4 inerte 5 silla
Apetito	0 normal 1 escaso/sonda nasogástrica 2 líquidos IV 3 anorexia/dieta absoluta
Riesgos especiales	Mal nutrición tisular: 8 estado terminal/caquexia 5 insuficiencia cardiaca 6 enfermedad vascular periférica 2 anemia 1 fumador Déficit neurológico: 5 diabetes, paraplejia, ACV Cirugía: 5 cirugía ortopédica por debajo de la cintura 5 más de dos horas en mesa del quirófano Medicación: 4 esteroides, cito tóxicos, antiinflamatorio en altas dosis
Valoración de riesgo Más de 10 puntos: en riesgo Más de 15 puntos: alto riesgo Más de 20 puntos: muy alto riesgo	

Tomada de: ⁽¹⁴⁾

Anexo 5:

Tabla 14: Escala de Norton

V a l o r	Estado general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4	Bueno	Alerta	Camina solo	Total, bien	No incontinente
3	Débil	Apático	Camina con ayuda	Ligeramente Limitado	Ocasional
2	Malo	Confuso	Silla de ruedas	Muy limitado	Incontinencia urinaria o fecal
1	Muy Malo	Estupor	En cama	Inmóvil	Doble incontinencia

Interpretación del puntaje		Frecuencia a reevaluar
Riesgo muy alto	5-12	24 horas
Riesgo alto	12-14	72 horas
Riesgo mediano	14-16	Semanal
Riesgo bajo	16-20	Si hay cambio en estado general.

Tomado de: ⁽¹⁴⁾

Anexo 6.-Encuesta dirigida al personal de enfermería de servicio de Medicina Interna



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Objetivo: Evaluar el manejo de las úlceras por presión y medidas preventivas en pacientes de Medicina Interna, Hospital General Docente Riobamba, Enero – febrero 2018.

Dirigido: Enfermeras/os del servicio de Medicina Interna del HGDR

INSTRUCCIONES

Esta encuesta es anónima y personal, dirigido a las/os Enfermeras/os del servicio de Medicina Interna del HGDR.

Para cada pregunta, elija con una **X** la respuesta que usted considere.

1.- ¿Identifica Ud. como personal de Enfermería los riesgos para ocasionar úlceras por presión?

S NO

- Si su respuesta es positiva señale cuales:

Inmovilidad		Edad extrema		Humedad	
Fricción		Estado nutricional		Ninguna de las anteriores	
Presión		Cizallamiento			

2.- ¿Clasifica las úlceras por presión de acuerdo al grado de lesión?

Siempre	
A veces	
Nunca	

3.- ¿Qué actividades de enfermería usted aplica en pacientes con úlceras por presión?

Cuidados de la piel.		Cambios posturales.		Administración de medicamentos.	
Control de la humedad.		Seguridad y protección.		Ninguna de las anteriores.	

4.- ¿Registra Ud. el grado de severidad de úlceras de cada paciente?

SI NO

5.- ¿Aplica el protocolo de manejo de úlceras por presión?

S NO

6.- ¿Indique la Escala de valoración que usted utiliza para medir el riesgo de úlceras por presión?

Norton		Braden		Waterlow	
Emina		Ninguna			

7.- ¿Señale las actividades de enfermería que usted realiza para prevenir úlceras por presión?

Cambios posturales en pacientes encamados.		Limpieza e hidratación de la piel.		Control de la humedad de paciente encamado.	
Aporta nutrientes y líquidos a pacientes encamados.		Utiliza colchón anti escaras.		Ninguna de las anteriores	

8.- Protege las zonas prominentes donde se ocasionan úlceras por presión.

S NO

- Si su respuesta es positiva señale las zonas a proteger:

Occipital		Codos		Sacro	
Mamas		Genitales		Coxis	
Escapula		Nariz		Talones	

9.- Realiza curaciones con técnica estéril según el grado de severidad de la úlcera por presión.

S NO

10.-Aplica usted el proceso enfermero en pacientes que presenta úlceras por presión.

S NO

- Si su respuesta es positiva indique que actividades realiza en cada etapa del proceso enfermero:

ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO	ACTIVIDAD
Valoración	
Diagnostico	
Planificación	
Ejecución	
Evaluación	

Gracias por su atención.

Anexo 7.- Guía de observación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
GUÍA DE OBSERVACIÓN

Objetivo: Evaluar el manejo de las úlceras por presión y medidas preventivas en pacientes de Medicina Interna, Hospital General Docente Riobamba, Enero–febrero 2018

OBSERVADOR:

FECHA:

ÁREA:

Nº-	FACTORES DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	SI	NO
Identifica:			
1	• Inmovilidad		
2	• Edad		
3	• Humedad		
4	• Fricción		
5	• Presión		
6	• Cizallamiento		
7	• Estado nutricional		

• ¿Clasifica las úlceras por presión de acuerdo al grado de lesión?	• Siempre	
	• A veces	
	• Nunca	
Grado 1		Grado 2
Grado 3		Grado 4

Nº-	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN	SI	NO
1	• Cuidados de la piel.		
2	• Cambios posturales.		
3	• Administración de medicamentos.		
4	• Control de la humedad.		
5	• Seguridad y protección		
6	• Ninguna de las anteriores.		

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Registra Ud. el grado de severidad de úlceras de cada paciente? 	SI	
	NO	

<ul style="list-style-type: none"> • Aplica el protocolo de manejo de úlceras por presión. 	SI	
	NO	

Nº-	ESCALAS DE VALORACIÓN UTILIZADAS	
1	<ul style="list-style-type: none"> • Norton 	
2	<ul style="list-style-type: none"> • Braden 	
3	<ul style="list-style-type: none"> • Waterlow 	
4	<ul style="list-style-type: none"> • Emina 	
5	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna 	

Nº-	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR ÚLCERAS POR PRESIÓN	SI	NO
1	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios posturales en pacientes encamados. 		
2	<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza e hidratación de la piel. 		
3	<ul style="list-style-type: none"> • Control de la humedad de paciente encamado. 		
4	<ul style="list-style-type: none"> • Aporta nutrientes y líquidos a pacientes encamados. 		
5	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza colchón anti escaras. 		
6	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna de las anteriores. 		

Nº-	PROTEGE LAS ZONAS PROMINENTES DONDE SE OCASIONAN ÚLCERAS POR PRESIÓN	SI	NO
1	Occipital		
2	Escapula		
3	Codos		
4	Sacro		
5	Coxis		
6	Talones		

<ul style="list-style-type: none"> Realiza curaciones con técnica estéril según el grado de severidad de la úlcera por presión. 	SI	
	NO	

ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO	ACTIVIDAD	
Valoración	Examen físico: Estado de la piel, Estado nutricional, Factor mecánico (fuerza de cizallamiento, presión, inmovilidad física), Edad extrema.	
	Escalas de valoración: Norton, Braden, waterlow.	
	Signos vitales, medidas antropométricas.	
Diagnostico	Deterioro de la integridad cutánea	
	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	
	Deterioro de la integridad tisular	
	Riesgo de úlceras por presión	
Planificación	Reducción de la presión	
	Cuidados de la piel	
	Control de la humedad	
	Nutrición	
Ejecución	<ul style="list-style-type: none"> Realice cambios posturales: Cada 2-3 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada. En períodos de sedestación se efectuarán movilizaciones horarias si puede realizarlo autónomamente, enséñele a moverse cada quince minutos. Evite el contacto directo de las prominencias óseas entre sí. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Examine el estado de la piel a diario. • Mantenga la piel del paciente limpia y seca. • Utilice jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo. • Lave la piel con agua tibia, aclare y realice un secado meticuloso sin fricción. • No utilice sobre la piel ningún tipo de alcoholes. • Aporte de nutrientes y líquidos. 	
Evaluación	<p>Evaluación permanente de la herida, si hay deterioro reevaluar el tratamiento. Una úlcera por presión limpia debe mostrar signos de curación de 2 a 4 semanas.</p>	

Anexo 8.- Propuesta

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**GUÍA DE CUIDADO ENFERMERO SOBRE EL
MANEJO Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR
PRESIÓN**



**A LAS ÚLCERAS
POR PRESIÓN**

Elaborado por:

Díaz Zambrano Joanna

Torres Balseca Yessica Jenevihd

Tutora: Lcda. Paola Machado

ENERO 2018

INTRODUCCIÓN DE LA GUÍA EDUCATIVA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las úlceras por presión son una problemática diaria en enfermería, teniendo como objetivo la prevención y el tratamiento. La patología se manifiesta por un gran deterioro de la integridad cutánea, que puede aparecer en pacientes de diferente edad, que pasan mucho tiempo encamados dentro o fuera de un área hospitalaria, llevando a un deterioro de la calidad de vida de quien la padece y sus familiares o cuidadores.

En la actualidad el interés en el cuidado relacionado con estas lesiones ha incrementado, no sólo encaminado hacia la consecución de un tratamiento eficaz, sino también, dirigido hacia la prevención de las mismas ya que se estima que hasta el 95-98% de las UPP son evitables.

Esta lesión puede presentarse por una complicación del estado neurológico, estado nutricional, una alteración en su estado de conciencia y las enfermedades crónicas, llevando a una complicación en la salud del paciente, que puede tener muy pocas probabilidades de curación si no existe un correcto cuidado.

Se debe poseer un conocimiento apropiado para el cuidado y manejo de úlceras por presión para así contribuir con la prevención de esta lesión y mejorar la calidad de vida y la conservación del buen estado de salud del paciente, si se realiza una buena valoración general debe incluir la identificación y el tratamiento efectivo, los problemas de salud, estado nutricional, el grado de dolor con un enfoque sistemático y así ayuda a disminuir complicaciones severas.



PROPUESTA

TITULO DE LA PROPUESTA:

GUÍA DE CUIDADO ENFERMERO SOBRE EL MANEJO Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

UBICACIÓN:

La presente investigación se realizó en la Provincia Chimborazo en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Docente Riobamba.

DIRIGIDO:

Al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital General Docente Riobamba.

BENEFICIARIOS:

Con esta propuesta se verán beneficiados los pacientes que se encuentra hospitalizados en el servicio de Medicina Interna con el fin de mejorar la calidad de atención y prevenir complicaciones como son las úlceras por presión.

OBJETIVO DE LA PROPUESTA

Objetivo:

- Desarrollar una Guía de Cuidado Enfermero para un manejo integral en la atención y prevención del apareamiento de úlceras por presión.

DEFINICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN:

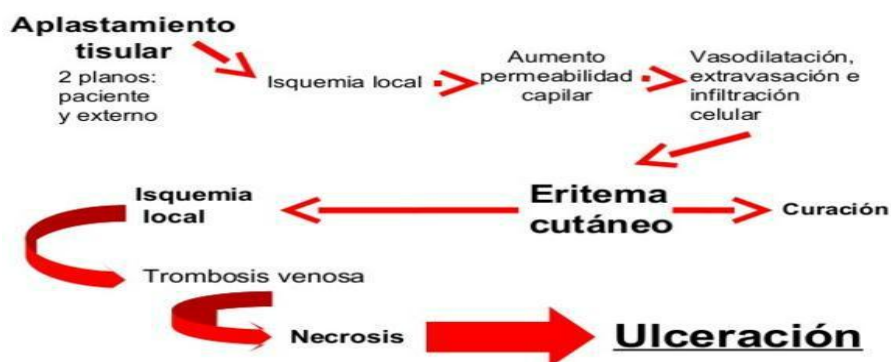
Es un área de la dermis que se ve lesionada por permanecer demasiado tiempo en una misma posición. Habitualmente esta complicación empieza a formarse en sitios donde el hueso se encuentre más cerca de la piel como son las caderas, los tobillos y talones. ⁽³⁾



ETIOLOGÍA:

La mayoría de las lesiones se producen por la acción combinada de factores extrínsecos entre los que destacan: las fuerzas de presión, tracción y fricción. ⁽²²⁾

- **Presión:** se considera que la presión directa sobre la piel y fundamentalmente sobre las prominencias óseas, es el determinante primario para la formación de las úlceras por presión.
- **Las Fuerzas de Fricción,** se generan cuando la superficie roza con otra, dañando la unión dermo-epidérmica.
- **Las Fuerzas de Tracción,** lesionan los tejidos profundos y se producen cuando el esqueleto y la fascia profunda se deslizan sobre una superficie, mientras la piel y la fascia superficial se mantiene fijas. ⁽²²⁾



Tomada de: ⁽²²⁾

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO QUE OCASIONA UNA ÚLCERA POR PRESIÓN

- Presión
- Fricción
- Cizallamiento
- Edad
- Estado nutricional
- Humedad. ⁽³⁾



¿POR QUÉ SE PRODUCEN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN?

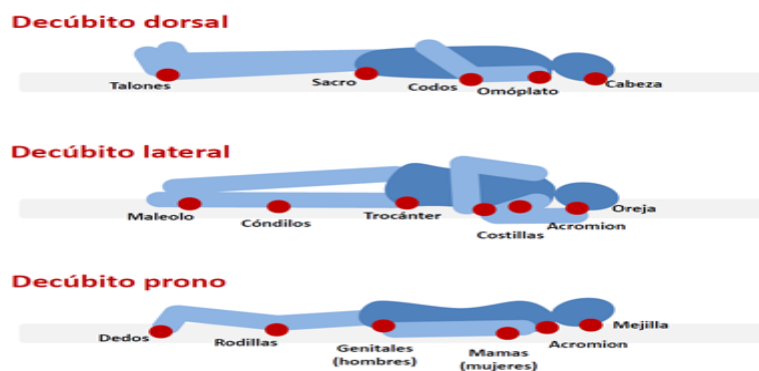
Son producidas por la gran presión que puede ejercer el cuerpo al estar por mucho tiempo en una sola posición. Produciendo una disminución del riesgo sanguíneo y de la aportación de oxígenos a los tejidos.

GRADO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3	GRADO 4
<p>Piel rosada o enrojecida que no sede al desaparecer la presión en 30 segundos de aliviar esta.</p> <p>Afecta a la epidermis.</p>	<p>Piel con pérdida de la continuidad, vesícula y flictenas. Afecta epidermis y dermis superficial.</p>	<p>Pérdida del tejido, se extiende en profundidad a través de la piel llegando incluso a dermis profunda e hipodermis.</p> <p>Se presenta necrosis tisular, puede estar en forma de costra llamada escara.</p>	<p>Pérdida total del grosor de la piel con frecuente destrucción, necrosis del tejido o lesión en músculo, huesos o estructuras del sostén.</p>
			

SITIOS DONDE SUELEN APARECER LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Suelen aparecer en un punto de apoyo del cuerpo que coincide con prominencias óseas. Los sitios más susceptibles de aparición son: cadera, talones, espalda y su parte inferior, por otro lado, suelen aparecer en lugares donde se apoyan dispositivos diagnósticos como: gafas, mascarillas nasales, yesos y férulas.



¿Qué signos son los que deben vigilarse en la aparición de úlceras por presión?

- Pérdida de la primera capa de la piel
- Enrojecimiento de piel
- Ampolla en la piel



VALORACIÓN CLÍNICA

Es esencialmente interdisciplinaria, desempeñando el personal de enfermería un papel primordial.

VALORACIÓN DEL PACIENTE:

Las úlceras por presión no cicatrizan a menos que las causas de fondo sean tratadas eficazmente. Una valoración general debe incluir la identificación y el tratamiento efectivo de la enfermedad, los problemas de salud, el estado nutricional, el grado de dolor y los aspectos psicosociales que pueden a una persona con riesgo a desarrollar una úlcera por presión.

Todo paciente debe ser evaluado mediante escala de valoración de riesgo con el objetivo de iniciar cuanto antes las medidas de prevención. ⁽³⁾

VALORACIÓN DE LA LESIÓN:

Cuando se ha desarrollado una úlcera por presión es necesario una valoración integral y llevar un enfoque sistemático que incluya:

- **Localización y número de lesiones:** Los trocánteres, el sacro, glúteos y talones son las localizaciones más frecuentes.
- **Estadio:** teniendo en cuenta su aspecto externo.
- **Área:** registrar el diámetro de las lesiones circulares y las longitudes

perpendiculares mayores de las lesiones irregulares.

- **Profundidad**
- **Secreción de la úlcera:** estimar la cantidad, identificar el grado olor y purulencia.
- **Tejido existente en el lecho úlceral:** si existe tejido de epitelización, de granulación, esfacelado o necrótico, y tunelizaciones o fistulas.
- **Estado de la piel perilesional:** diferenciar la celulitis del eritema circunferencial que rodea la mayoría de las heridas en vías de cicatrización; buscar dolor, calor y enrojecimiento.
- **Presencia o ausencia de dolor relacionado con la lesión.** ⁽³⁾

PREVENCIÓN

Objetivos

- Valorar el riesgo de aparición de úlceras
- Mantener y/o mejorar el estado de la piel
- Manejar adecuadamente los factores productores de úlceras, fundamentalmente la presión.

CUIDADOS DE LA PIEL

Mantener la piel limpia, seca e hidratada. ⁽¹¹⁾

HIGIENE

- Revisión diaria y sistemática de la piel, especialmente en las zonas de prominencias óseas. Podemos hacer coincidir la revisión con la higiene.
- Higiene corporal diaria con agua tibia y jabón suave. Utilizar poca cantidad de jabón que permita su retirada fácilmente (agua jabonosa) y no friccionar de manera enérgica.
- Secado meticuloso con atención especial a los pliegues) **NO FRICCIÓN.**
- Crema hidratante **NO MASAJES.**
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en zonas de riesgo **NO MASAJES.** ⁽¹¹⁾

RECOMENDACIONES:

- No colonias ni alcohol
- No masajes sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas
- Vigilar zonas de apoyos de mascarillas, sondas, drenajes, etc.

Productos a utilizar:

- Protección general: cremas hidratantes
- Protección agresión física: ácidos grasos hiperoxigenados en zonas de riesgo (codos, espalda, trocánter etc.)
- Protección de agresión química: crema de barrera (óxido de zinc) en zonas de humedad por incontinencia. Es un producto liposoluble por lo que para retirarlo se utiliza aceite.

MANEJO DE LA HUMEDAD

La humedad continua de la piel provoca alteraciones como dermatitis e infecciones. Es importante mantener, el mayor tiempo posible, la piel hidratada pero seca. Para ello, se insiste en la higiene e hidratación diaria de la piel.

Utilizaremos absorbentes, si son necesarios, situados en contacto directo con la piel del paciente y que alejen la humedad de la misma. En casos de incontinencia, utilizaremos pañales que absorban la humedad al interior alejándola de la piel del paciente. Hay que recordar que tienen un nivel de saturación y que se deben cambiar con frecuencia.

La colocación de sondas quedará reservada a casos excepcionales ya que pueden provocar incontinencia. Después del cambio de pañal realizaremos higiene perineal con secado cuidadoso e hidratación o aplicación de crema barrera para prevenir irritaciones o lesiones cutáneas.

Si el paciente tiene drenajes y/o sondas: vigilar, limpiar y proteger con crema la zona de apoyo. La higiene y cambio de sábanas, camisón o pijama se hace más recomendable en pacientes con gran sudoración. ⁽¹¹⁾

CARGAS MECÁNICAS

- La cabecera de la cama debe encontrarse en el grado más bajo de elevación posible compatible con los problemas médicos.
- El uso de ropa de cama para mover al paciente disminuye las fuerzas de fricción y rozamiento.
- Deben realizarse cambios posturales cada dos horas evitando el contacto directo entre las prominencias óseas con almohadas o cualquier otra superficie blanda.

- Los pacientes sentados deben cambiar el lado que soporta el peso cada 15 minutos si lo pueden realizar por sí mismo; si no fuera así se hace sistemáticamente cada hora.
- El uso de flotadores o similares para sentarse está contraindicado. ⁽¹¹⁾

SUPERFICIES DE APOYO: a los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión debe colocarse un dispositivo de apoyo que disminuya la presión y existen dos tipos:

- Estáticas: hule espuma, aire estático, gel o agua o su combinación.
- Dinámicas: aire alternante, pérdida limitada de aire, aire fluidificado. ⁽¹¹⁾

Los dispositivos estáticos son menos costosos y se consideran apropiados para la prevención de úlceras por presión. ⁽¹¹⁾

¿QUÉ COMPLICACIONES PUEDE OCASIONAR ÚLCERAS POR PRESIÓN?

Pueden dividirse en primarias y secundarias:

COMPLICACIONES PRIMARIAS:

- ❖ **Locales:** originadas por la progresión de la necrosis llegando a afectar a las articulaciones, originar fistulas y hemorragias graves.
- ❖ **Sistémicas:** entre las que debemos destacar la anemia, sepsis, amiloidosis secundaria, endocarditis, tétano, carcinoma de células escamosas, fistulas, complicaciones del tratamiento. ⁽³⁾

COMPLICACIONES SECUNDARIAS:

Algunas son de origen económico, como la mayor estancia hospitalaria y el aumento del costo asistencial; y otras de tipo clínico, como el retardo en la recuperación y rehabilitación, las infecciones nosocomiales y la iatrogenia. ⁽³⁾

ESCALAS DE VALORACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN:

Entre las escalas más comúnmente utilizadas, se encuentran las de Norton, Braden y la de Waterlow. Las escalas de evaluación de riesgo establecen, por intermedio de puntuación, la probabilidad de la ocurrencia de la UPP en un paciente, con base en una serie de parámetros considerados como factores de riesgo. Esas escalas incluyen condición general y evaluación de la piel, movilidad, humedad, incontinencia, nutrición y dolor, entre otros factores. ⁽¹²⁾

ESCALA DE WATERLOW:

Relación Peso/Talla	0 media 1 superior a la media 2 obeso 3 inferior a la media
Tipo de piel y aspecto visual de las áreas de riesgo.	0 sana 1 fina, 1 seca, 1 edematosa, 1 fría y húmeda 2 color alterado 3 lesionada
Sexo/edad	1 varón 2 mujer 1 14-60 años 2 50-64 años 3 65-74 años 4 75-80 años 5 más de 81 años
Continencia	0 completa, sondaje vesical 1 incontinencia ocasional 2 sondaje vesical/incontinencia fecal 3 doble incontinencia
Movilidad	0 completa 1 inquieto 2 apático 3 restringida 4 inerte 5 silla
Apetito	0 normal 1 escaso/sonda nasogástrica 2 líquidos IV 3 anorexia/dieta absoluta
Riesgos especiales	Mal nutrición tisular: 8 estado terminal/caquexia 5 insuficiencia cardíaca 6 enfermedad vascular periférica 2 anemia 1 fumador Déficit neurológico: 5 diabetes, paraplejía, ACV Cirugía: 5 cirugía ortopédica por debajo de la cintura 5 más de dos horas en mesa del quirófano Medicación: 4 esteroides, cito tóxicos, antiinflamatorio en altas dosis
Valoración de riesgo Más de 10 puntos: en riesgo Más de 15 puntos: alto riesgo Más de 20 puntos: muy alto riesgo	

Tomado de: ⁽¹⁴⁾

ESCALA DE NORTON

Valor	Estado general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4	Bueno	Alerta	Camina solo	Total, bien	No incontinente
3	Débil	Apático	Camina con ayuda	Ligeramente Limitado	Ocasional
2	Malo	Confuso	Silla de ruedas	Muy limitado	Incontinencia urinaria o fecal
1	Muy Malo	Estupor	En cama	Inmóvil	Doble incontinencia

Interpretación del puntaje		Frecuencia a reevaluar
Riesgo muy alto	5-12	24 horas
Riesgo alto	12-14	72 horas
Riesgo mediano	14-16	Semanal
Riesgo bajo	16-20	Si hay cambio en estado general.

Tomado de: ⁽¹⁴⁾

ESCALA DE BRADEN:

Puntuación	Percepción Sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roce y peligro de lesiones
1	Completamente limitada	Piel constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	A menudo Húmeda	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente Limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula Ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

Rango de puntuación 6-23 puntos:

Valoración del riesgo:

- <12 puntos: alto riesgo
- 13-14 puntos: riesgo moderado
- 15-16 puntos y <75 años: riesgo bajo
- 15-18 puntos y ≥ 75 años: riesgo bajo

Tomado de: ⁽¹⁴⁾

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

Examen físico:

- Apariencia general: consciente e inconsciente.
- Cabeza, cara y cuello.
- Tórax, corazón y pulmones.
- Abdomen.
- Genitourinario.
- Extremidades superiores e inferiores.

Signos vitales:

- Presión arterial
- Temperatura
- Frecuencia cardiaca
- Frecuencia respiratoria
- Saturación de oxígeno

Medidas antropométricas:

- Peso kg.
- Talla cm.
- IMC

Escalas de valoración de Norton:

ESCALA DE VALORACIÓN DE NORTON:							
ESTADO MENTAL		MOVILIDAD	ACTIVIDAD		INCONTINENCIA		
Alerta	4	Total	4	ambulante	4	Bueno	4
Apático	3	Disminuida	3	Camina con ayuda	3	Regular	3
Confuso	2	Muy limitada	2	Sentado	2	Malo	2
Estuporoso - comatoso	1	Inmóvil	1	Encamado	1	Muy malo	1

Interpretación del puntaje		Frecuencia a reevaluar
Riesgo muy alto	5-12	24 horas
Riesgo alto	12-14	72 horas
Riesgo mediano	14-16	Semanal
Riesgo bajo	16-20	Si hay cambio en estado general.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SUGERIDOS:

Etiquetas diagnósticas:

- Deterioro de la integridad cutánea
- Riesgo del deterioro de la integridad cutánea
- Deterioro de la integridad tisular
- Riesgo de úlceras por presión
- Riesgo de infección

Factores relacionados:

- Edad extremas
- Factores mecánicos (fuerza de cizallamiento, presión, inmovilidad física).
- Alteración de la turgencia de la piel.
- Deterioro de la circulación.
- Presión sobre prominencias óseas.
- Humedad.
- Agentes farmacológicos.
- Nutrición inadecuada.
- Deterioro de la movilidad.

Características definitorias:

- Alteración de la integridad de la piel.
- Alteración de la superficie cutánea.
- Alteración de la circulación.
- Limitación de amplitud de movimientos.

- Déficit de conocimientos.
- Alteración del estado nutricional (obesidad-delgadez).
- Deterioro de la coordinación
- Alteración de la sensibilidad.

Resultados:

- Estado nutricional.
- Perfusión tisular periférica.
- Curación de la herida por primera intención.
- Control de riesgo: proceso infeccioso
- Control de riesgo.
- Integridad tisular: piel membrana y mucosas.
- Curación de herida: por segunda intención.

INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
Vigilancia de la piel.	<ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y mucosas. <input type="checkbox"/> • Observar el color, calor, tumefacción de pulso, textura y si hay edema y ulceración en las extremidades. • Utilizar una herramienta de <input type="checkbox"/> evaluación para identificar al paciente con riesgo de pérdida e integridad de la piel. <input type="checkbox"/> • Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. <input type="checkbox"/> • Observar si hay zona de fricción y presión de la piel. <input type="checkbox"/> • Documentar los cambios de la piel y las mucosas. <input type="checkbox"/> • Observar si hay infecciones, <input type="checkbox"/> especialmente en la zona edematosas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (ej. Colchón antiescara, horario de cambios posturales). <input type="checkbox"/>
Cambio de posición.	<ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a participar en los cambios de posición según corresponda. <input type="checkbox"/> • Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. <input type="checkbox"/> • Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada según corresponde. <input type="checkbox"/> • Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. <input type="checkbox"/> • Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente. <input type="checkbox"/> • Colocar en una posición que evite tensión sobre la herida. <input type="checkbox"/> • Realizar los giros según indique el estado de la piel. <input type="checkbox"/> • Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas. <input type="checkbox"/>
Manejo de la nutrición.	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer necesidades nutricionales. <input type="checkbox"/> • Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales. <input type="checkbox"/> • Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comidas. <input type="checkbox"/> • Enseñar al paciente sobre las

	<p>modificaciones dietéticas necesarias según se precise. <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente sobre las necesidades dietéticas específicas en función al desarrollo o la edad. <input type="checkbox"/> • Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso. <input type="checkbox"/>
Monitorización de líquidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación. <input type="checkbox"/> • Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos. <input type="checkbox"/> • Explorara turgencia cutánea piñizando con suavidad el tejido sobre un área ósea como la mano o la espinilla, manteniendo la presión un segundo y liberando. <input type="checkbox"/> • Monitorizar el peso. <input type="checkbox"/> • Llevar un registro preciso de entra y salida. <input type="checkbox"/> • Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed. <input type="checkbox"/>
Administración de medicación tópica.	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir las 5 reglas de administración correcta de medicación. <input type="checkbox"/> • Tomar notas de los antecedentes médicos y de alergias del paciente. <input type="checkbox"/> • Determinar el estado de la piel del paciente en la zona en donde se aplicará la medicación. <input type="checkbox"/> • Aplicar parche transdèrmicos y medicaciones tópicas en zonas de la piel, según sea conveniente. <input type="checkbox"/>

	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación. <input type="checkbox"/> • Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas del centro. <input type="checkbox"/>
Cuidados de paciente encamado.	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado. <input type="checkbox"/> • Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada. <input type="checkbox"/> • Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas. <input type="checkbox"/> • Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas. <input type="checkbox"/> • Colocar en la cama una base de apoyo para los pies. <input type="checkbox"/> • Cambiar de posición al paciente, según indique el estado de la piel. <input type="checkbox"/> • Vigilar el estado de la piel. <input type="checkbox"/>
Protección contra las infecciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Observar signos y síntomas de infecciones sistémicas y localizadas. <input type="checkbox"/> • Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. <input type="checkbox"/> • Mantener la asepsia para el paciente de riesgo. <input type="checkbox"/> • Aplicar técnicas de aislamiento si es preciso. <input type="checkbox"/> • Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas. <input type="checkbox"/>

	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar la existencia de eritemas, calor extremo, o exudados de la piel y mucosas. <input type="checkbox"/>
<p>Prevención de úlceras por presión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo <input type="checkbox"/> • Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de úlceras por presión, según el protocolo del centro. <input type="checkbox"/> • Documentar el peso y los cambios de peso. <input type="checkbox"/> • Documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras por presión. <input type="checkbox"/> • Registrar el estado de piel durante el ingreso y luego a diario. <input type="checkbox"/> • Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. <input type="checkbox"/> • Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria. <input type="checkbox"/> • Aplicar barreras de protección, como cremas, compresas absorbentes, para eliminar el exceso de la humedad, según corresponda. <input type="checkbox"/> • Poner el programa de cambios posturales alado de la cama según corresponda. <input type="checkbox"/> • Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para

	<p>elevar el punto de presión encima del colchón. <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño. <input type="checkbox"/>
<p>Cuidado de la úlcera por presión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño, estadio, posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización. <input type="checkbox"/> • Controlar el color la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel subcundante. <input type="checkbox"/> • Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua. <input type="checkbox"/> • Desbridar la úlcera si es necesaria. <input type="checkbox"/> • Limpiar la úlcera con solución no toxica adecuada, con movimientos circulares desde el centro. <input type="checkbox"/> • Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida. <input type="checkbox"/>

Evaluación:

Evaluación permanente de la herida, si hay deterioro reevaluar el tratamiento. Una ulcera por presión limpia debe mostrar signos de curación de 2 a 4 semanas.



“Cuida con amor a tus pacientes ayúdalos a prevenir las úlceras por presión, en tus manos esta evitar el desarrollo de una UPP menos en tu hospital”

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN
PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN**

Nombre de paciente: _____

Número de HCL: _____

Fecha de ingreso: _____

Nombre del personal que aplica el PAE: _____

Turno: _____ Fecha de Valoración: _____

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ÚLCERAS POR PRESIÓN		
VALORACIÓN		
EXAMEN FÍSICO:		
1. Apariencia general:	consciente <input type="checkbox"/>	Inconsciente <input type="checkbox"/>
2. Cabeza	Cara	cuello
3.- Tórax:	Corazón	Pulmones
4.- Abdomen		
5.- Genitourinario		
6.- Extremidades:	Extremidades superiores:	Extremidades inferiores:
SIGNOS VITALES:		
	• Presión arterial	
	• Temperatura	
• Frecuencia cardiaca		

<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiraría • Saturación de oxígeno 									
MEDIDAS									
ANTROPOMÉTRICAS:									
<ul style="list-style-type: none"> • Peso kg: • Talla cm: • IMC: 									
ESCALA DE VALORACIÓN DE NORTON:									
ESTADO FÍSICO GENERAL		ESTADO MENTAL		MOVILIDAD		ACTIVIDAD		INCONTINENCIA	
Bueno	4	Alerta	4	Total	4	ambulante	4	Bueno	4
Regular	3	Apático	3	Disminuida	3	Camina con ayuda	3	Regular	3
Malo	2	Confuso	2	Muy limitada	2	Sentado	2	Malo	2
Muy malo	1	Estuporoso-comatoso	1	Inmóvil	1	Encamado	1	Muy malo	1
Total									
Resultado:									
Interpretación del puntaje				Frecuencia a reevaluar					
Riesgo muy alto	5-12	24 horas							
Riesgo alto	12-14	72 horas							
Riesgo mediano	14-16	Semanal							
Riesgo bajo	16-20	Si hay cambio en estado general.							
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS									
ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS									
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea						<input type="checkbox"/>			
Deterioro de la integridad cutánea						<input type="checkbox"/>			

Riesgo de infección	<input type="checkbox"/>
Riesgo de úlceras por presión	<input type="checkbox"/>
FACTORES RELACIONADOS	
Edades extremas	<input type="checkbox"/>
Factores mecánicos (fuerza de cizallamiento, presión, inmovilidad física)	<input type="checkbox"/>
Alteración de la turgencia de la piel	<input type="checkbox"/>
Deterioro de la circulación	<input type="checkbox"/>
Presión sobre prominencias óseas	<input type="checkbox"/>
Humedad	<input type="checkbox"/>
Agentes farmacológicos	<input type="checkbox"/>
Nutrición inadecuada	<input type="checkbox"/>
Deterioro de la movilidad	<input type="checkbox"/>
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	
Alteración de la integridad de la piel.	<input type="checkbox"/>
Alteración de la superficie cutánea	<input type="checkbox"/>
Alteración de la circulación.	<input type="checkbox"/>
Limitación de amplitud de movimientos.	<input type="checkbox"/>
Déficit de conocimientos.	<input type="checkbox"/>
Alteración del estado nutricional (obesidad-delgadez).	<input type="checkbox"/>
Deterioro de la coordinación.	<input type="checkbox"/>
Alteración de la sensibilidad.	<input type="checkbox"/>
RESULTADOS	
Estado nutricional	<input type="checkbox"/>
Perfusión tisular periférica	<input type="checkbox"/>
Curación de la herida por primera intención.	<input type="checkbox"/>
Control de riesgo: proceso infeccioso	<input type="checkbox"/>
Control de riesgo	<input type="checkbox"/>
Integridad tisular: piel membrana y mucosas.	<input type="checkbox"/>
Curación de herida: por segunda intención	<input type="checkbox"/>
INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
Vigilancia de la piel.	<ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y mucosas. <input type="checkbox"/>

	<ul style="list-style-type: none"> • Observar el color, calor, tumefacción de pulso, textura y si hay edema y ulceración en las extremidades. <input type="checkbox"/> • Utilizar una herramienta de evaluación para identificar al paciente con riesgo de pérdida e integridad de la piel. <input type="checkbox"/> • Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. <input type="checkbox"/> • Observar si hay zona de fricción y presión de la piel. <input type="checkbox"/> • Documentar los cambios de la piel y las mucosas. <input type="checkbox"/> • Observar si hay infecciones, <input type="checkbox"/> especialmente en la zona edematosas. • Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (ej. Colchón antiescara, horario de cambios posturales). <input type="checkbox"/>
Cambio de posición.	<ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a participar en los cambios de posición según corresponda. <input type="checkbox"/> • Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. <input type="checkbox"/> • Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada según corresponde. <input type="checkbox"/> • Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. <input type="checkbox"/> • Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente. <input type="checkbox"/> • Colocar en una posición que evite tensión sobre la herida. <input type="checkbox"/> • Realizar los giros según indique el

	<p>estado de la piel. <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas. <input type="checkbox"/>
<p>Manejo de la nutrición.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer necesidades nutricionales. <input type="checkbox"/> • Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales. <input type="checkbox"/> • Proporcionar un ambiente oprimo para el consumo de comidas. <input type="checkbox"/> • Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias según se precise. <input type="checkbox"/> • Enseñar al paciente sobre las necesidades dietéticas específicas en función al desarrollo o la edad. <input type="checkbox"/> • Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso. <input type="checkbox"/>
<p>Monitorización de líquidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación. <input type="checkbox"/> • Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos. <input type="checkbox"/> • Explorara turgencia cutánea piñizcando con suavidad el tejido sobre un área ósea como la mano o la espinilla, manteniendo la presión un segundo y liberando. <input type="checkbox"/> • Monitorizar el peso. <input type="checkbox"/> • Llevar un registro preciso de entra y salida. <input type="checkbox"/>

	<ul style="list-style-type: none"> • Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed. <input type="checkbox"/>
Administración de medicación tópica.	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir las 5 reglas de administración correcta de medicación. <input type="checkbox"/> • Tomar notas de los antecedentes médicos y de alergias del paciente <input type="checkbox"/> • Determinar el estado de la piel del paciente en la zona en donde se aplicará la medicación. <input type="checkbox"/> • Aplicar parche transdèrmicos y medicaciones tópicas en zonas de la piel, según sea conveniente. <input type="checkbox"/> • Controlar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación. <input type="checkbox"/> • Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas del centro. <input type="checkbox"/>
Cuidados de paciente encamado.	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado. <input type="checkbox"/> • Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada. <input type="checkbox"/> • Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas. <input type="checkbox"/> • Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas. <input type="checkbox"/> • Colocar en la cama una base de apoyo para los pies. <input type="checkbox"/> • Cambiar de posición al paciente, según indique el estado de la piel. <input type="checkbox"/> • Vigilar el estado de la piel. <input type="checkbox"/>
Protección contra las infecciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Observar signos y síntomas de

	<p>infecciones sistémicas y localizadas. <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. <input type="checkbox"/> • Mantener la asepsia para el paciente de riesgo. <input type="checkbox"/> • Aplicar técnicas de aislamiento si es preciso. <input type="checkbox"/> • Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas. <input type="checkbox"/> • Inspeccionar la existencia de eritemas, calor extremo, o exudados de la piel y mucosas. <input type="checkbox"/>
<p>Prevención de úlceras por presión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo <input type="checkbox"/> • Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de úlceras por presión, según el protocolo del centro. <input type="checkbox"/> • Documentar el peso y los cambios de peso. <input type="checkbox"/> • Documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras por presión. <input type="checkbox"/> • Registrar el estado de piel durante el ingreso y luego a diario. <input type="checkbox"/> • Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. <input type="checkbox"/> • Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria. <input type="checkbox"/>

	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar barreras de protección, como cremas, compresas absorbentes, para eliminar el exceso de la humedad, según corresponda. <input type="checkbox"/> • Poner el programa de cambios posturales alado de la cama según corresponda. <input type="checkbox"/> • Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar el punto de presión encima del colchón. <input type="checkbox"/> • Evitar agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño. <input type="checkbox"/>
Cuidado de la úlcera por presión.	<ul style="list-style-type: none"> • Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño, estadio, posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización. <input type="checkbox"/> • Controlar el color la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel subcundante. <input type="checkbox"/> • Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua. <input type="checkbox"/> • Desbridar la úlcera si es necesaria. <input type="checkbox"/> • Limpiar la úlcera con solución no toxica adecuada, con movimientos circulares desde el centro. <input type="checkbox"/> • Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida. <input type="checkbox"/>

FIRMA DEL RESPONSABLE: _____