



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Graduados

**Tesis previa a la obtención del título de: Especialista en
Enfermería Pediátrica**

TEMA:

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA
PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN
PACIENTES POLITRAUMATIZADOS DE 1 MES A 16
AÑOS DE EDAD EN EL ÁREA DE TERAPIA
INTENSIVA DEL HOSPITAL "DR. ROBERTO
GILBERT ELIZALDE", AÑO 2010

AUTORA

Lic. Azucena Banda Barragán

TUTORA

Mg. Nora Carrera Rojas

GUAYAQUIL – ECUADOR

Septiembre 2012



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Lic. Azucena Banda Barragán, como requerimiento parcial para la obtención del TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.

Guayaquil a los 25 días del mes de febrero del 2013

DIRECTOR DE LA TESIS:

Mg. Nora Carrera Rojas

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Mg. Nora Carrera Rojas

REVISOR:

Dr. Xavier Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Lic. Azucena Banda Barragán

DECLARO QUE:

El trabajo de tesis “PROTOSCOLOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS DE 1 MES A 16 AÑOS DE EDAD EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE, AÑO 2010”, previa a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 25 días del mes de febrero del 2013

LA AUTORA:

Lic. Azucena Banda Barragán



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

AUTORIZACIÓN:

Yo, Lic. Azucena Banda Barragán

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de tesis de la Especialización titulado: “PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS DE 1 MES A 16 AÑOS DE EDAD EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE, AÑO 2010”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 25 días del mes de febrero del 2013

LA AUTORA:

Lic. Azucena Banda Barragán

AGRADECIMIENTO

*Agradezco a **DIOS** Todopoderoso que me ha bendecido, orientado, y dado fortaleza para salir de todas las adversidades y permitir el logro de mis metas.*

*A mis **Padres** y **Hermanos** que siempre me han apoyado y jugado un papel muy importante en mi vida y en la culminación de mi carrera profesional.*

*A mis **Compañeras** y **Amigas** que han colaborado para la ejecución de este trabajo.*

*A la **Lic. Nora Carrera** que ha sabido guiarme paso a paso con su capacidad y experiencia en el desarrollo y culminación de este proyecto.*

Azucena.

DEDICATORIA

A mis Padres, por haberme guiado siempre por el camino del bien, basado en el amor al prójimo y hacer siempre lo correcto; por su apoyo incondicional en toda mi vida y en mi carrera profesional, para sentirme realizada por mis metas cumplidas y brindar mi servicio y apoyo a mis seres queridos y a la comunidad.

Azucena.

ÍNDICE GENERAL

	PÁG.
PORTADA	i
CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DEL DIRECTOR	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL	iii
AUTORÍA DE TESIS	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
ÍNDICE	vii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
TEMA	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
1. EL PROBLEMA	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1.1 UBICACIÓN DEL PROBLEMA EN EL CONTEXTO	2
1.1.2 SITUACIÓN CONFLICTO	4
1.1.3 CAUSAS Y CONSECUENCIAS	6
1.1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.1.5 UBICACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.1.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.1.7 EVALUACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.2 JUSTIFICACIÓN	11
1.3 PROPÓSITOS Y OBJETIVOS	13
1.3.1 PROPÓSITO	13
1.3.2 OBJETIVO GENERAL	13
1.3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13

CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	14
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	14
2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	17
2.2.1 ÚLCERAS POR PRESIÓN	17
2.2.2 DISEÑO DE PROTOCOLOS Y GUÍA DE ENFERMERÍA	48
2.2.3 PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN	58
2.3 HIPÓTESIS	64
2.4 VARIABLES	64
2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	65
CAPÍTULO III	
3. METODOLOGÍA	66
3.1 TIPO DE ESTUDIO	66
3.2 UNIVERSO Y MUESTRA	66
3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTOS	66
CAPÍTULO IV	
4. RESULTADOS	68
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA TABULACIÓN Y ANÁLISIS	68
4.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	77
4.3 CONCLUSIONES	78
4.4 RECOMENDACIONES	78
BIBLIOGRAFÍA	80
ANEXOS	83

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN
DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS DE 1 MES A 16 AÑOS DE EDAD EN EL ÁREA
DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL “DR. ROBERTO GILBERT
ELIZALDE”, AÑO 2010**

Autora:
Lic. Azucena Banda Barragán

Tutora:
Mg. Nora Carrera Rojas

RESUMEN

El presente trabajo de investigación trata sobre las úlceras por presión que son las lesiones producidas por la tensión de la piel al permanecer largos períodos en una sola posición, éstas representan un problema asistencial por su prevalencia, el impacto sobre la salud y la calidad de vida del paciente; además, es importante resaltar que la prevalencia de las úlceras por presión, son reportadas a nivel mundial de acuerdo a la OMS, están entre el 5 y 12%, siendo en América, el 7%. Por la importancia de este tema, el objetivo de este trabajo, es de elaborar los protocolos de atención de enfermería para evitar la formación de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados a largo plazo. La metodología se basa en un estudio prospectivo aplicando encuestas al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, acerca del conocimiento que tienen sobre la prevención de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados por politraumatismos, durante el año 2010. Después de realizado las estadísticas y el análisis, se obtuvo los resultados siguientes, donde se pudo evidenciar que solo el 22.86% del personal de enfermería encuestado, tiene conocimientos sobre la formación de las UPP; también que el 47.27% de enfermeras siempre atienden pacientes con úlceras; el 56.36% conocen los sitios de la formación de las úlceras; el 67.27% tiene conocimientos sobre la escala de Norton; el 50.91% sabe cuáles son los estadios de las úlceras; y el 40% conocen las medidas preventivas. Luego de haber realizado el estudio presente, se puede llegar a la conclusión siguiente: que a pesar del conocimiento que posee el personal de enfermería sobre la prevención y formación de las úlceras por presión, este personal no cuenta con los recursos materiales e insumos suficientes en esta área de estudio, para prevenir las úlceras por presión en los pacientes politraumatizados.

Palabras clave: Úlceras, tensión, necrosis, protocolo de enfermería.

**PROTOCOL OF NURSING CARE FOR THE PREVENTION OF PRESSURE
ULCERS (UPP) IN POLYTRAUMATIZED PATIENTS FROM 1 MONTH TO
16 YEARS OF AGE IN THE AREA OF INTENSIVE THERAPY AT THE
HOSPITAL "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE", YEAR 2010**

Author:
Lic. Azucena Banda Barragán

Tuthor:
Mg. Nora Carrera Rojas

ABSTRACT

The present research work is about ulcers pressure which are injuries caused by the tension of the skin to remain long in one position, these represent a medical problem by its prevalence, impact on the health and quality of life of the patient; In addition, it is important to highlight that the prevalence of pressure ulcers, are reported globally according to the who, are between 5% and 12%, being in America's 7%. The importance of this subject, the objective of this work, is drafting a protocol of nursing care to prevent the formation of ulcers by pressure in patients hospitalized in the long term. The methodology is based on a prospective study using surveys to nurses who work in the area of pediatric intensive care about their knowledge on prevention of ulcers by pressure in patients hospitalized during the year 2010. After the statistics and analysis, was obtained the following results, where you can see that the 22.86% of the nursing staff is knowledgeable about the formation of the UPP; also, that the 47.27% of nurses always serve patients with ulcers; the 56.36% know the sites of formation of ulcers, the 67.27% has knowledge on the scale of Norton; the 50.91% know what are the stages of ulcers, and 40% referred to preventive measures. After this study, can be reached the following conclusion: that despite the knowledge that owns the nursing staff on prevention and formation of pressure sores, this staff does not have the resources, materials and supplies enough, in this study area, to prevent ulcers pressure in hospitalized patients.

Keywords: ulcers, stress, necrosis, protocol of nursing.

INTRODUCCIÓN

La investigación presente es un estudio de la profesión de enfermería, y se ubica de manera notable la aplicación de la metodología del *Cuidado de los pacientes politraumatizados con úlceras por presión*, con el propósito de crear los *Protocolos de Enfermería* que eviten el aumento de esta problemática de salud, en el hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Es importante resaltar que, los accidentes de tránsito, son la principal causa de muerte en nuestro país, agravado en los últimos años por un crecimiento desproporcionado del parque automotor, con una infraestructura vial, muchas veces obsoleta, con conductores no concientizados con las responsabilidades que amerita esta actividad; por lo general aqueja a los jóvenes en plena actividad laboral, así como en niños pequeños.

Poveda, 2009. En sus apuntes recientes refiere que cada vez es más frecuente en nuestro medio, que el personal de salud tenga que enfrentarse en su quehacer diario ante una patología traumática, ya sea de forma urgente o bien diferida, atendiendo a pacientes que ya fueron dados de alta tras el traumatismo, pero cuya recuperación no es totalmente satisfactoria.

Dueñas, 2009. Según este autor, una de las complicaciones más temidas al encamamiento prolongado o a las situaciones de inmovilidad, es la formación de las úlceras por presión; su importancia radica en la elevada frecuencia y alta morbi-mortalidad que ocasionan. El problema de las úlceras por presión es importante no solo por sus factores causantes, sino también, porque se ha constatado su influencia como agravante de otros procesos, aumentando la morbilidad y mortalidad, empeorando la calidad de vida, prolongando el tiempo de hospitalización de los pacientes y aumentando los costos de salud; pero sobre todo, su prevención es altamente eficaz.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Ubicación del problema en el contexto

En nuestro Ecuador existen instituciones de salud especializadas que brindan atención médica a personas de diferentes regiones del país; tenemos por ejemplo, en la provincia del Guayas, en la ciudad de Guayaquil, al hospital pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, que se inicia desde el año 1903 y se encuentra ubicado en la ciudadela atarazana en las calles Nicasio Safadi y avenida Roberto Gilbert; el mismo que limita al norte con la ciudadela Atarazana, al sur con el Cementerio General, este con el hospital SOLCA, al oeste con el Tribunal Electoral del Guayas y el hospital Militar; se encuentra rodeado de un sector popular y de varios centros de salud y de rehabilitación.

Este hospital es el centro de atención pediátrico más especializado de la ciudad y región, cabe mencionar, que este prestigioso hospital es regentado por la H. Junta de Beneficencia de Guayaquil, en beneficio de los pacientes pediátricos.

Es una institución hospitalaria de Tercer Nivel la misma que brinda atención a niños comprendidos desde horas de nacido hasta los 16 años de edad. Tiene todos los servicios necesarios de un hospital pediátrico, por estas razones, es considerado uno de los mejores centros de salud del Pacífico Sur. Tiene una capacidad de 400 camas para hospitalización, repartidas en diferentes Salas: Clínica, Cirugía, Terapia Intensiva Pediátrica

y Neonatal, Cuidados Intermedios de Cardiología, Emergencia, Unidad de Quemados y Consulta Externa en todas las especialidades; además, tiene una Clínica Privada Pediátrica.

Además, sus áreas de especialidades clínicas-quirúrgicas, tienen las siguientes áreas físicas: Planta baja donde funciona el área de Consulta Externa, Emergencia, Laboratorio Clínico y Patología, área de Rehabilitación, Quirófanos, Unidad de Quemados, Rayos X, Unidad de Cuidados Intensivos, farmacia, proveeduría, suministros, preparación de biberones, trabajo social, administración, dirección técnica, mantenimiento, bar, comedor de empleados, biblioteca, aulas, auditorio, residencia de médicos, trabajo social laboral, dispensario anexo al IEES.

El primer piso alto consta del departamento de enfermería, supervisión, ocho salas de clínicas, tres salas de cirugía, cuidados intermedios pediátricos, cuidados intermedios neonatales, cuidados intensivos neonatales, capilla sala de diálisis, sala de juegos para pacientes.

En el segundo piso alto se encuentra funcionando la Clínica Privada Antonio Pino Icaza, la misma que cuenta con farmacia, administración y con capacidad para 40 pacientes hospitalizados.

En el área de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, situada en la planta baja, tiene una disposición física normalmente de diseño circular modificado alrededor de un control central de enfermeras que permite una visualización directa y permanente de la mayoría o de todos los pacientes, su capacidad para 36 pacientes repartidos en 18 cubículos, de los cuales 16 cubículos pertenecen al área de UCIP, con capacidad para 29 pacientes, distribuidos de la siguiente manera: el cubículo 16, tiene capacidad para 6 pacientes; Seis cubículos dobles, es decir, para 2 pacientes, que son los cubículos 1, 2, 3, 4, 11 y 12; Once

cubículos con capacidad para un paciente, de los cuales, 4 son para pacientes provenientes del área de pensionado, y el área comprendida para UCIC (unidad de cuidados intensivos cardiológicos) con capacidad para recibir 7 pacientes post-quirúrgicos cardiacos, que son un cubículo para dos pacientes y el otro recibe 5 pacientes. El área también consta de dos estaciones de enfermería, dos bodegas de medicina, dos áreas de preparación de biberones, área de Terres, residencia para médicos, bodega de respiradores, baños para el personal, 2 oficinas, una para cada jefe de área, cuarto de electricidad y una sala de espera.

1.1.2. Situación conflicto

Para la presente investigación, se toma como referencia el hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, y su Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. En esta área, se reciben pacientes derivados del área de emergencia, también los hospitalizados y pacientes transferidos de quirófano que ingresan en estado crítico, luego de haber sufrido algún accidente de tránsito, el mismo que les causa politraumatismo severo y que para su recuperación necesitan tratamiento y cuidados especializados, pero por su cuadro clínico complicado, presentan diversas complicaciones que hacen su estadía prolongada.

Esta área cuenta con personal de 35 enfermeras profesionales distribuidas de la siguiente manera: 10 en el turno de la mañana, es decir, de 7h00-13h00; 10 en el turno de la tarde, de 13h00-19h00, y 15 enfermeras profesionales para el turno de la noche, 19h00-07h00; las mismas que están repartidas en tres guardias, es decir, 5 enfermeras por guardia. Se labora 4 días y se tiene 2 días libres; las auxiliares en enfermería laboran 8 horas diarias, 5 días seguidos con 2 días libres; en las mañanas son 7 auxiliares de 07h00-15h00; en el turno de la tarde, 6 auxiliares de 15h00-23h00; y la noche cuenta con 7 auxiliares que laboran de 23h00 a 07h00.

Además, el área tiene una secretaria que es la que se encarga de digitar las historias clínicas correspondientes a cada paciente, elabora las proformas de medicación, realiza pedidos de materiales e insumos; también tiene una auxiliar de servicio en cada turno, que es la encargada de traer los pedidos de farmacia, llevar muestras al laboratorio, transportar los paciente al departamento de RX o a piso. Para la atención médica, se cuenta con médicos residentes, médicos post-gradistas, médicos tratantes, médicos coordinadores, y en la mañana, el médico jefe de área, los tecnólogos médicos de terapia respiratoria, para los tres turnos.

Las profesionales de enfermería que laboran en esta área, se preparan constantemente por cuenta propia, realizando estudios superiores en las diversas universidades de la ciudad, asistiendo a cursos, congresos o conferencias de actualización, o también, por medio de la institución, que a través de convenios con otros países, este hospital envía a grupos de enfermeras y demás personal de la salud, a realizar pasantías y estudios en los hospitales de otros países, adquiriendo de esta manera, nuevos conocimientos y destrezas en diversos campos de la salud.

En lo que respecta a las auxiliares en enfermería, también se están preparando en el área profesional, ya que algunas de ellas son estudiantes de varias universidades, con el único propósito de obtener su título profesional. Pero a pesar del trabajo que es conjunto, cabe resaltar que las condiciones de salud de los pacientes ingresados en estas áreas, son muy críticas, donde lamentablemente algunos pacientes fallecen a pesar de todos los esfuerzos realizados en esta área.

En esta Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, se atienden a niños y adolescentes en condiciones muy críticas que han sufrido alguna clase de accidente de tránsito, el mismo que les provoca politraumatismo severos y cuyo tratamiento incluye en ocasiones la inmovilidad prolongada

del paciente que esta hemodinámicamente inestable y dicha inmovilización esta impuesta por respiradores, tracciones, escayolas, fármacos de acción inmunosupresora, observándose que se desencadenan complicaciones como las úlceras por presión (UPP), alargando la estadía del paciente hasta por 2 semanas más de lo previsto.

Según manifiesta **PALOMAR, Llatas Federico (2010). Presidente Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC)**; refiere que:

Las denominadas úlceras por presión (UPP) o decúbito, son lesiones con deterioro de la integridad cutánea, que pueden afectar desde epidermis hasta los planos blandos más profundos e incluso al tejido óseo, son lesiones que tienden a volverse crónicas, que no son una enfermedad y que son un signo de otra enfermedad o de unos deficientes cuidados y su etiología no solamente es la presión.

El autor refiere que las úlceras por presión no son enfermedad, pero son signos de los cuidados deficientes de enfermería y que en muchas ocasiones agravan su cuadro inicial debido a estos inconvenientes; además que alarga la estadía del paciente y por lo tanto, aumentan los gastos económicos de los padres de estos niños y para la institución también, quedando responsable el personal de enfermería, por no proporcionar los cuidados específicos al paciente, para evitar dichas complicaciones.

1.1.3. Causas y consecuencias

Entre las causas y consecuencias de la problemática en estudio, se puede mencionar que:

Debido al escaso personal de enfermería para la cobertura de atención de pacientes pediátricos en el área de Cuidados Intensivos, no se

proporciona adecuadamente los cuidados de enfermería específicos que necesitan los pacientes, según su patología.

Por el exceso o incremento de pacientes, puesto que el área de Cuidados Intensivos Pediátricos, en la actualidad, tiene 21 cupos disponibles para 21 pacientes, pero que en muchas ocasiones sobrepasa este cupo, y se continúa laborando con el mismo número de personal, lo que conlleva a brindar una atención en cuanto a cantidad y no a calidad.

Por falta de tiempo, el personal de enfermería no proporciona los medios indispensables a los pacientes, como boyas, colchones anti escaras, cremas, y lo más importante, no se cumple con el cambio de posición del paciente con la frecuencia indicada que requiere cada uno de ellos, para evitar la formación de las úlceras por presión.

Al no existir los protocolos de enfermería para el cuidado de pacientes con úlceras por presión en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos, el personal de enfermería no brinda una atención adecuada a estos pacientes, he incluso, agravan su situación de salud con la formación de estas úlceras, y alargan su estancia hospitalaria.

Aunque el trabajo de enfermería y demás personal de la salud, es en conjunto y en forma continua; cada uno de ellos tiene funciones distintas que desempeñar durante su jornada de trabajo; y en ocasiones, genera descuido en el cuidado específico que requiere cada paciente.

Las profesionales en enfermería realizan procedimientos como colocación de sondas, vías, administración de medicamentos, preparación de infusiones prescritas, pedido de medicación para las 24 horas, toma de muestra para exámenes de laboratorio, control de la sedación en los pacientes ventilados; en cambio las auxiliares en enfermería, se dedican a la

toma de temperatura, cambio de pañales, administración de leche de fórmula a los pacientes, aseo general del paciente, limpieza de la unidad, y asistir a la profesional proporcionando jeringuillas, agua destilada, soluciones y medicamentos que se utilizan en caso de que el paciente entre en un paro cardio-respiratorio.

Cada vez es más frecuente en nuestro medio que el personal de la salud deba enfrentarse a una patología traumática. El enfoque de un enfermo traumatizado implica un modelo de asistencia integral que va desde la rehabilitación hasta la asistencia de las secuelas en algunos casos, como las úlceras por presión (UPP); siendo ésta, producto de complicaciones debido a la falta de cuidados de enfermería, aumentando la estadística de morbi-mortalidad, derivando una mayor estancia hospitalaria, aumentando los costos del tratamiento; todo este proceso es un instrumento básico para mejorar la eficacia de los cuidados de enfermería y mejorar la calidad de vida del paciente pediátrico.

1.1.4. Formulación del Problema

Debido a la falta de cuidados de enfermería dentro de un plan integral multidisciplinario, se generan las úlceras por presión (UPP), las mismas que devalúan el nivel de salud y su aparición trae como consecuencia el aumento de la estancia hospitalaria, riesgo de complicaciones y costos de los tratamientos, siendo un indicador de mala calidad asistencial; este proceso es básico para mejorar la eficacia de los cuidados de enfermería al paciente hospitalizado en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Precisar las causas que originan la formación de las úlceras por presión en los pacientes pediátricos hospitalizados, es la prioridad de este

estudio, con el fin de evitar esta problemática de salud, y mejorar la atención de enfermería en el área mencionada.

Con lo anteriormente expuesto para este estudio, se plantea la pregunta siguiente: **¿Cuáles son las causas que producen la formación de las úlceras por presión en los niños de 1 mes a 16 años atendidos en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” en el año 2010?.**

1.1.5. Ubicación del Problema

El Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, antiguamente “Alejandro Man”; es el más antiguo de la ciudad de Guayaquil, pues data desde el año 1903. Se encuentra ubicado en la provincia del Guayas, al norte de la ciudad de Guayaquil, en la ciudadela “La Atarazana”, parroquia Tarqui, entre las calles Nicasio Safadi y la avenida Roberto Gilbert; el mismo que limita al norte con la ciudadela Atarazana; al sur con el Cementerio General; este, con el Hospital SOLCA; al oeste, con el Tribunal Electoral del Guayas y el Hospital Militar; se encuentra rodeado de un sector popular y de varios centros de salud y de rehabilitación.

1.1.6. Delimitación del Problema

Campo: Salud.

Área: Prevención de las úlceras por presión en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Aspecto: Atención de enfermería en los pacientes pediátricos.

Tema: Protocolos de atención de enfermería para la prevención de úlceras por presión (UPP) en pacientes politraumatizados de 1 mes a 16 años de edad en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2010.

1.1.7. Evaluación del problema

El estudio presente amerita realizar una evaluación del problema, y por ello se aplicaron los criterios siguientes, que permitieron determinar la calidad y objetividad de este proyecto.

Claro: Está descrita de manera precisa, clara, detallada, la problemática de la investigación, que permita entender de una manera explícita el problema objeto de este estudio, y de esta manera, ser competentes para tratar de disminuir los problemas causados por el desconocimiento de temas importantes, como son las causas que generan las úlceras por presión.

Evidente: Tiene manifestaciones claras y observables, donde está presente la evidencia, certeza y verdad científica. El personal de enfermería del área de Cuidados Intensivos Pediátricos no aplican el cuidado adecuado a los pacientes pediátricos hospitalizados, creando factores de riesgo que causan la formación de las úlceras por presión, en el área mencionada.

Factible: Porque permite ejecutarla en el hospital en estudio, las variables a demostrar se identifican con claridad, lo que permite realizar el proceso investigativo con facilidad y encontrar alternativas, como solución.

Relevante: Es importante porque me permite conocer que situaciones conllevan al conocimiento de la problemática existente y poder establecer mecanismos que me conduzcan a mejorar con respecto a la atención de enfermería pediátrica, para evitar las úlceras por presión en los pacientes hospitalizados.

Variables: El presente trabajo investigativo nos permite plantear las variables más relevantes, como el desconocimiento del cuidado de enfermería, la falta de un protocolo, las úlceras por presión, las mismas que nos permiten ajustarnos de forma correcta a nuestro objetivo de estudio.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La investigación amerita utilizar la metodología propia de la profesión de enfermería, como es el cuidado de los pacientes pediátricos politraumatizados, elaborando los protocolos de enfermería para ser aplicados en la prevención de las úlceras por presión en estos pacientes atendidos en el área de Cuidados Intensivos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, haciendo relevancia en los procedimientos del cuidado específico, como el proporcionar los medios indispensables a los pacientes, como las boyas, colchones anti escaras, cremas, y lo más importante, cumplir con el cambio de posición del paciente y con la frecuencia indicada que requiere cada uno de ellos, para evitar la formación de las úlceras por presión.

El estudio presente se justifica, ya que nos permite conocer la importancia de la participación del personal de enfermería en el cuidado de los pacientes pediátricos con úlceras por presión, atendidos en el área referida del hospital en mención, que dada la relevancia del tema, servirá para planificar adecuadamente las actividades y procedimientos de enfermería, para prevenir la formación de las úlceras por presión adquiridas en la hospitalización, por la falta de cuidado en la movilidad del paciente encamado, que sigue constituyendo un problema preocupante de salud, en donde está inmerso el rol de enfermería.

Además, la investigación presente tiene la información específica sobre el área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, objeto de este estudio, recopilándose también información documental, contando con los recursos materiales, la experiencia y el apoyo de la institución de salud, la experiencia propia de la autora de este proyecto, y el tiempo necesario para realizar la investigación sobre los Protocolos de Enfermería en la prevención de las úlceras por presión en pacientes pediátricos hospitalizados.

Como autora de este proyecto, considero factible realizar esta investigación, por la formación profesional que he adquirido en la Universidad Católica, Escuela de Graduados, Especialidad en Enfermería Pediátrica, me siento capacitada para ejecutar este trabajo y aplicar los conocimientos científicos, teóricos y prácticos en el cuidado de los pacientes pediátricos con úlceras por presión, para mejorar su estancia hospitalaria y su calidad de vida.

Se consideran como beneficiarios directos de este estudio, a los pacientes pediátricos hospitalizados en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital referido, pues de esta manera, se logrará prestar atención especial a las causas prevenibles de las úlceras por presión, garantizando una mejor calidad de vida de los pacientes pediátricos, aplicando los cuidados de enfermería específicos.

Este estudio me beneficiará como futura Especialista en Enfermería Pediátrica, tanto en lo científico como en lo personal, porque me ayudará al mejor desenvolvimiento en este campo, lo que me exige mayor esfuerzo, dedicación, logrando de esta manera, la obtención de nuevos criterios teóricos y prácticos en beneficio del cuidado de los pacientes pediátricos, por lo que se adquiere el compromiso de conocer bien el tema, para realizar la investigación de manera objetiva.

Al finalizar esta investigación, brindará un aporte importante al área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital, porque se dejarán establecidos los protocolos de enfermería sobre el cuidado esquematizado para la prevención de las úlceras por presión en los pacientes pediátricos hospitalizados, que fortalecerá el conocimiento del personal de enfermería sobre el cuidado directo que deben aplicar en estos pacientes, para mejorar la calidad de atención de enfermería, constituyendo un pilar de apoyo para utilizar las mejores estrategias de enfermería.

1.3. PROPÓSITO Y OBJETIVOS

1.3.1. PROPÓSITO

Utilizar los protocolos de atención de enfermería para prevenir la formación de las úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

1.3.2. OBJETIVO GENERAL

Determinar la atención de enfermería en la prevención de las úlceras por presión en los pacientes politraumatizados de 1 mes a 16 años de edad en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010.

1.3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre el manejo de los pacientes pediátricos politraumatizados en la prevención de úlceras por presión en el área de Terapias Intensiva.
- Elaborar la hoja de control diario de las actividades de enfermería para su utilización en el control y seguimiento de la movilización de los pacientes politraumatizados.
- Elaborar los protocolos de atención de enfermería para la prevención y cuidado de los pacientes pediátricos politraumatizados con úlceras por presión, en el área del hospital en estudio.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En el área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, los pacientes politraumatizados afrontan la formación de las úlceras por presión, por los cuidados inadecuados que brinda el personal de enfermería, agravando su estado de salud y alargando su estancia hospitalaria, causando gastos económicos a los familiares del paciente y a la institución de salud.

En esta Unidad se atienden a niños y adolescentes en condiciones muy críticas que han sufrido alguna clase de accidente de tránsito, el mismo que les provoca politraumatismo severos y cuyo tratamiento incluye en ocasiones la inmovilidad prolongada del paciente que esta hemodinámicamente inestable y dicha inmovilización esta impuesta por respiradores, tracciones, escayolas, fármacos de acción inmunosupresora, observándose que se desencadenan complicaciones como las úlceras por presión (UPP), alargando la estadía del paciente hasta por 2 semanas más de lo previsto; causando inconformidad e insatisfacción por la atención, a los pacientes y familiares.

Se tiene conocimiento que, entre las causas y consecuencias de la problemática en estudio, se puede referir que, debido al escaso personal de enfermería para la cobertura de atención de pacientes pediátricos en el área de Cuidados Intensivos, no se proporciona adecuadamente los cuidados de enfermería específicos que requieren los pacientes, según su patología de hospitalización.

También existe exceso de pacientes, puesto que el área de Cuidados Intensivos Pediátricos, en la actualidad, tiene 21 cupos disponibles para 21 pacientes, pero que en muchas ocasiones, ingresan más pacientes en esta área que sobrepasa el cupo, y sin embargo, se continúa laborando con el mismo número de personal, lo que conlleva a brindar una atención rápida, sin detallar los cuidados específicos, refiriéndose más a la cantidad y no a calidad de atención.

El personal de enfermería alega no tener tiempo para proporcionar los medios indispensables a los pacientes, como boyas, colchones anti escaras, cremas, y lo más importante, es que no cumplen con el cambio de posición del paciente y con la frecuencia indicada que requiere cada uno de ellos, para evitar la formación de las úlceras por presión, que agravan su estado de salud.

Tampoco existen los protocolos de enfermería para el cuidado de los pacientes politraumatizados, y sobre la prevención y cuidado de las úlceras por presión en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos, por tal razón, el personal de enfermería no tiene una guía de ayuda o apoyo, para brindar una atención adecuada a estos pacientes, provocando la formación de estas úlceras, causando molestias en su salud y alargando su estancia hospitalaria.

A pesar que el trabajo de enfermería y demás personal de la salud, es en conjunto y en forma continua; cada uno de ellos tiene funciones distintas que desempeñar durante su jornada de trabajo; y en ocasiones, genera descuido en el cuidado específico que requiere cada paciente.

Cada vez es más frecuente en nuestro medio que el personal de la salud deba enfrentarse a una patología traumática. El enfoque de un enfermo traumatizado implica un modelo de asistencia integral que va desde

la rehabilitación hasta la asistencia de las secuelas en algunos casos, como las úlceras por presión (UPP).

Según refiere **PALOMAR, Llatas Federico (2010). Presidente Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC);** que:

“Las úlceras por presión son producto de las complicaciones debido a la falta de cuidados de enfermería, aumentando la estadística de morbi-mortalidad, derivando una mayor estancia hospitalaria del paciente y aumentando los costos del tratamiento”.

Manifiesta este autor que la formación de las úlceras por presión, se debe directamente al descuido del personal de enfermería en practicarle el cambio de posición del paciente con la frecuencia indicada que requiere según su patología traumática; además, no proporciona los medios indispensables a los pacientes, como boyas, colchones anti-escaras, cremas, que necesita la piel del paciente.

Se debe concienciar al personal, que debido a la falta de cuidados de enfermería dentro de un plan integral multidisciplinario, se generan las úlceras por presión (UPP), las mismas que devalúan el nivel de salud y su aparición trae como consecuencia el aumento de la estancia hospitalaria, riesgo de complicaciones de la salud del paciente y los costos de los tratamientos, siendo un indicador de mala calidad asistencial; este proceso es básico para mejorar la eficacia de los cuidados de enfermería y mejorar la calidad de vida del paciente hospitalizado en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Por ello, es preciso determinar las causas que originan la formación de las úlceras por presión en los pacientes pediátricos hospitalizados, es la

prioridad de este estudio, con el fin de evitar esta problemática de salud, y mejorar la atención de enfermería en el área mencionada.

Por tal razón, amerita encontrar las soluciones a este problema, que aumenta el riesgo de la formación de las úlceras por presión en los pacientes pediátricos hospitalizados en el área de estudio, creando los protocolos de enfermería para brindar una buena atención, mejorando su calidad de vida.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. ÚLCERAS POR PRESIÓN

A. Definición

La piel está constituida por 3 capas epidermis, dermis y tejido subcutáneo o adiposo, es la primera barrera protectora y natural del organismo frente a las infecciones, al dolor, a las agresiones externas, entre otros; estas últimas pueden deteriorar la piel con el paso del tiempo y una repetida agresión, causando baja hidratación menor vascularización y pérdida de elasticidad de la piel, en ocasiones como el encamamiento del paciente, sin el cuidado adecuado.

Se puede revisar unas cuantas definiciones y ver unos conceptos donde pueda quedar reflejado el significado de este tema, pues una mala praxis de nuestra labor “el cuidado”, puede llevar al paciente a una situación lamentable comprometiendo incluso su vida.

Palomar, (2010). Refiere que las denominadas úlceras por presión (UPP) o decúbito, son lesiones con deterioro de la integridad cutánea, que

pueden afectar desde epidermis hasta los planos blandos más profundos e incluso al tejido óseo, son lesiones que tienden a cronificarse, que no son una enfermedad y que son un signo de otra enfermedad o de unos deficientes cuidados y su etiología no solamente es la presión.

Dueñas, (2009). Menciona que las úlceras por presión son heridas que aparecen en la piel que cubre las prominencias óseas al soportar una presión externa debida a una presión continuada sobre estas prominencias que interfieren con la buena circulación sanguínea y nutrición de los tejidos, evolucionando hacia la necrosis y úlceras de los mismos.

La incidencia

Las úlceras por presión tienen una incidencia alta sobre todo en ancianos, puede llegar al 25% de los pacientes geriátricos ingresados.

B. Etiología y Patogenia

Causas principales

Presión directa.- la presión directa sobre una zona de la superficie corporal, mantenida durante un largo período de tiempo es el factor determinante. Una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y el otro extremo al sillón, cama, sonda o cualquier agente externo. La presión capilar oscila entre 6-32 mm de Hg. Una presión superior a 32 mm de Hg ocluye el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia la misma que produce necrosis del tejido. (**Úlceras concepto, 2009. www.ulceras.net.)**

- Presión capilar media 20-30 mm de Hg

- Mesa del quirófano 240 mm de Hg
- Colchón normal 21-71 mm de Hg

Fricción.- (presión tangencial) los estímulos por fricción producen fuerzas paralelas a la superficie epidérmica que traumatizan la piel y que son repetidos, comprometen la circulación capilar desencadenando la cascada isquémica+ necrosis - maceración. La fricción altera la capa cornea y provoca ampollas intra-epidérmicas y erosiones. La movilización inexperta de los pacientes encamados, con dificultades para levantarlos ágilmente, o el paciente sentado que se desliza hacia abajo, produce una gran fricción produciendo roces por movimiento o arrastres que aumentan, si las sábanas están mojadas. (Ibid. 2009.www.ulceras.net.)

Fuerza externa de pinzamientos vascular.- combina los efectos de fricción y presión ejemplo.- posición de fowler que produce deslizamiento del cuerpo y puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.

Humedad.- la humedad provocada por incontinencia urinaria o fecal provoca maceración de la piel y edema .La incontinencia aumenta 5 veces el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Dueñas (2009). Refiere que para comprender este problema de la patogenia de las úlceras por presión, hay que considerar que en su producción intervienen dos factores relacionados; por una parte, el factor extrínseco que únicamente es la presión que se realiza sobre un tejido concreto y que representa el motivo primordial para desarrollar la patología, y por otra parte tenemos, el factor intrínseco individual, que es la respuesta biológica de cada organismo a la presión.

El autor antes mencionado refiere que para la producción de las úlceras por presión intervienen dos factores:

Factor extrínseco.- una presión ejercida y mantenida sobre una prominencia ósea es la causa principal para la aparición de las UPP. Esta presión sobre los tejidos actúa como un hecho físico en la interrupción de la circulación tisular ocasionando una isquemia localizada que será el origen de la aparición de una necrosis tisular.

Factor intrínseco.- son las respuestas biológicas en las diferentes patologías las que reducen el gradiente de presión necesaria para interrumpir la vitalidad de los tejidos.

En los estados de shock, se produce una estasis sanguínea en las áreas esplénicas y una isquemia en la piel y en los músculos. La circulación hística superficial se ve muy reducida por la disminución del gasto cardiaco, por la reducción de la presión venosa periférica y por el descenso de la presión arterial.

Determinadas situaciones, como por ejemplo la fiebre, ocasionan una serie de alteraciones metabólicas incrementando hasta el 50% el metabolismo normal de los tejidos y elevando así el requerimiento de nutrientes y oxígeno, por lo que los tejidos se hacen más vulnerables a la presión. **Dueñas, 2009. Cuidados de las úlceras por presión www.terra.es/personal/duenas/10.html.**

C. Epidemiología

La incidencia real de las lesiones por presión es muy difícil conocerla con exactitud, ya que existe un gran número de úlceras que son tratadas en el domicilio del enfermo, sin que quede recogidas en algún registro.

Manifiesta **Dueñas, (2009)**. que: **“Muchas de las ulceraciones que aparecen en los enfermos crónicos hospitalizados o en asilos, no se**

les conceden ninguna importancia y por tanto, no son recogidos como una enfermedad, por lo que es muy difícil realizar una estadística médica fiable”. Según lo que refiere este autor, es que a esta problemática de salud no se le da importancia, porque no se las registra como una enfermedad, por ello, en diferentes instituciones como los asilos y pacientes encamados en los hogares, no reportan datos estadísticos.

La distribución por edad es muy variable dependiendo del centro donde se realice el estudio. Por ejemplo, en los hospitales de enfermos crónicos, la mayor incidencia se presenta en la población > de 65 años: sin embargo, si estudiamos los lesionados medulares de los parapléjicos, observamos que la edad más propicia para padecer este tipo de lesiones es antes de los 30 años. De los 30 a los 50 años como resultado de una vida más ordenada y consciente, se reduce significativamente la incidencia para volver a aumentar a partir de los 50 años hasta llevar a una incidencia del 60% en los pacientes mayores de 70 años.

Con respecto a la localización, es importante conocer las “zonas peligrosas” o los sitios predilectos para la formación de ulceración, con el fin de poner las medidas necesarias para su profilaxis. Ninguna zona del cuerpo es inmune al desarrollo de úlceras sin embargo, la cintura pélvica es la que arroja el mayor porcentaje de localización, concretamente la zona sacra isquiática y trocantes, representando más del 70%.

D. Factores de riesgo

Los factores de riesgo que predisponen a la aparición de las úlceras por presión, son muy diversos por orden de frecuencia, y son:

- Inmovilidad y encamamiento prolongado
- Edad, en relación con los cambios de la piel

- Accidente cerebro vascular
- Pérdida de sensibilidad (enfermedad neurológica, estado comatoso)
- Demencia senil
- Incontinencia de esfínteres
- Enfermedades endocrinas (obesidad, diabetes)
- Malnutrición
- Arteriosclerosis
- Alteración respiratoria con hipoxia tisular
- Factores psicológicos, depresión, deterioro de la imagen
- Inmovilización mecánica (férulas escayolas, aparatos ortopédicos)
- Tratamientos con corticoides

Zonas de afectación

El 90% de las UPP se desarrollan por debajo de la cintura y las zonas más afectadas son:

- Sacro
- Tuberosidad isquiática
- Trocánter mayor
- Talones
- Maléolo externo

Según la posición que adopta el paciente, varía la localización de la úlcera por presión.

Decúbito supino	Decúbito lateral	Posición fowler
Occipital	Oreja	Isquion
Omoplato	Acromion	Coxis
Sacro	Trocánter	Omoplatos
Calcáneo	Cóndilos	Codos
	Maléolos	Zona poplítea

Otros factores de riesgo

Son factores que contribuyen a la producción de úlceras y que pueden agruparse en cinco grandes grupos.

1. Fisiopatológicos

Como consecuencia de diferentes problemas de salud

1. Lesiones cutáneas, edema sequedad de piel.
2. Trastorno en el transporte de oxígeno
3. Deficiencias nutricionales, desnutrición, obesidad.
4. Trastornos inmunológicos, cáncer, infecciones.
5. Alteración del estado de consciencia, estupor, coma.
6. Deficiencias motoras, paresias, parálisis.
7. Deficiencias sensoriales, pérdida de sensación al dolor.
8. Alteración de la eliminación, incontinencias.

Derivados del tratamiento

Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos

1. Inmovilidad impuesta como resultado de tratamiento terapéutico.
(Respiradores, escayolas, tracciones)
2. Tratamiento de fármacos que tienen acción inmunosupresora.
(Radioterapias, corticoides).
3. Sondaje con fin diagnóstico o terapéutico.

2. Situacionales

Resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos

1. Inmovilidad relacionada con dolor fatiga stress.
2. Arrugas en ropa, cama, pijamas, entre otros.

3. Del desarrollo

Relacionados con el proceso de maduración

1. Niños lactantes, ras del pañal
2. Ancianos piel seca, pérdida de elasticidad de piel

4. Del entorno

1. Deterioro de la imagen
2. Falta de educación sanitaria en el paciente
3. Sobrecarga del trabajo del profesional
4. Falta de material que se utiliza en la prevención

5. Alteración de las necesidades

1. Respirar
2. Dormir, descansar
3. Mantenerse limpio

E. Valoración de riesgo de úlceras por presión de acuerdo a dos escalas con sus respectivas categorías.

Valoración del riesgo

Escala Nova 5 de acuerdo a 5 aspectos: (3)

Puntos	Estado mental	Incontinencia	Movilidad	Nutrición, ingesta	Actividad
0	Alerta	No	Completa	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Ocasional/ limitada	Ligeramente incompleta	Ocasionalmente con ayuda	Deambula con ayuda
2	Letárgico	Urinaria o fecal importante	Limitación	Incompleta, siempre con ayuda	Deambula siempre, precisa ayuda
3	Coma	Urinaria y fecal	Inmóvil	No ingesta oral, ni enteral ni parenteral, superior a 72 h. y/o desnutrición previa.	No deambula, encamado

DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS UTILIZADOS EN LA ESCALA NOVA

5: (3)

1.- Estado mental:

- Paciente consciente o alerta: Es aquel paciente que está orientado y consciente. Puede realizar autocuidados en la prevención del riesgo. Podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.
- Paciente desorientado: Es aquel que tiene disminuida la orientación en el tiempo y/o en el espacio. Puede estar apático. No puede realizar autocuidados por sí mismo de prevención del riesgo, necesita nuestra ayuda. No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.
- Paciente letárgico: Es aquel paciente que no está orientado en el tiempo ni en el espacio. No responde a órdenes verbales pero puede responder a algún estímulo. No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo. También tienen el mismo valor los pacientes hipercinéticos por agresividad o irritabilidad.
- Paciente inconsciente o comatoso: Es aquel paciente que tiene pérdida de conciencia y de sensibilidad. No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado. **(Cardos, 2009).**
<http://es.wikipedia.org/wiki/escala>

2.- Incontinencia:

- Paciente continente: Es aquel paciente que tiene control de esfínteres. Puede ser portador de sondaje vesical permanente.
- Paciente con incontinencia ocasional: Es aquel que tiene el reflejo de cualquiera de los esfínteres disminuido o alterado. Puede llevar un colector urinario.
- Paciente con incontinencia urinaria y fecal: Es aquel paciente que no tiene control de ningún esfínter.

- Paciente con incontinencia urinaria o fecal: Es aquel paciente que no tiene control del esfínter vesical o fecal y en caso de incontinencia urinaria no lleva sondaje vesical ni dispositivo colector. (Cardos, 2009). <http://es.wikipedia.org/wiki/escala>

3.- Movilidad:

- Paciente con movilidad completa: Es aquel paciente que tiene un grado de autonomía total. El tiempo de inmovilidad se ajusta al mínimo necesario.
- Paciente con limitación ligera en la movilidad: Es aquel paciente que tiene una ligera limitación que induce a un aumento del tiempo de inmovilidad por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sondaje nasogástrico, férulas, yesos, entre otros). No necesita ayuda para cambiar de posición.
- Paciente con limitación importante de la movilidad: Es aquel paciente que tiene una limitación importante tanto por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sondas nasogástrica, etc.) como por causas propias (AVC., amputación de miembros inferiores sin prótesis, paraplejias, etc.), que le producen un aumento del tiempo de inmovilidad. Siempre necesita ayuda para cambiar de posición.
- Paciente inmóvil o encamado 24 horas: Es aquel paciente que tiene disminuida al máximo su movilidad y siempre necesita ayuda de agentes externos para moverse. Es completamente dependiente. **Escala de valoración de riesgo.** <http://web.usal.es/acardoso/temas/nova5.htm>.

4.- Nutrición:

- Paciente con nutrición correcta: Es aquel que tiene un buen estado nutricional e hídrico, entendido éste como el volumen y tolerancia de la dieta. Tiene cubiertas las necesidades mínimas diarias y no

tiene deficiencias nutricionales anteriores conocidas. Tiene una constitución física normal. Puede ser por: comer siempre la dieta pautada; lleva nutrición enteral o parenteral adecuada y está en ayunas menos de 3 días para pruebas diagnósticas, intervención quirúrgica o causa similar.

- Paciente con nutrición ocasionalmente incompleta: Es aquel paciente en el que el volumen o la tolerancia de su nutrición diaria son ocasionalmente deficitarias. Tiene una constitución física que demuestra exceso o defecto de peso. Puede ser por: dejar ocasionalmente parte de la dieta oral (platos proteicos) o presentar alguna intolerancia a la nutrición enteral o parenteral.
- Paciente con nutrición incompleta: Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y tiene deficiencias anteriores conocidas (hipovitaminosis, hipoproteïnemia, entre otras.). Puede presentar sobrepeso, caquexia o normopeso. Puede ser por: dejar diariamente parte de la dieta oral (platos proteicos); tener un aporte deficiente de líquidos enterales o parenterales (tanto si es por prescripción como por inapetencia); por intolerancia digestiva crónica mantenida (diarrea o vómitos).
- Paciente sin ingesta oral: No tiene ingesta oral por cualquier causa. Es aquel paciente que no tienen cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y/o además tiene desnutrición previa comprobada y/o pérdida importante de peso, puede ser también por no tener ingesta oral, enteral ni parenteral por cualquier causa más de 72 horas. **Escala de valoración de riesgo.** <http://web.usal.es/acardoso/temas/nova5.htm>.

5.- Actividad:

- Paciente que deambula: Tiene de ambulación autónoma y actividad completa.

- Paciente que deambula con ayuda: Tiene alguna limitación para la deambulación y algunas veces necesita ayuda externa para deambular (soporte humano, bastones, muletas, entre otros).
- Paciente que siempre precisa ayuda: No puede deambular (silla de ruedas o andadores). Siempre necesita ayuda externa y de medios auxiliares para deambular.
- Paciente encamado: No puede deambular. Está encamado las 24 horas. Siempre necesita ayuda de agentes externos para moverse. (Cardos, 2009). <http://es.wikipedia.org/wiki/escala>

Según la puntuación obtenida de la aplicación de la escala se obtienen 4 categorías de riesgo:

- 0 puntos.....sin riesgo.
- De 1 a 4 puntos.....riesgo bajo.
- De 5 a 8 puntos.....riesgo medio.
- De 9 a 15 puntos.....riesgo alto.

ÍNDICE DE NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. (Escala de valoración de riesgo. <http://web.usal.es/acardoso/temas/nova5.htm>)

La puntuación máxima de la Escala de Norton es de 20.

Índice de 12 o menos. Muy alto riesgo de escaras o úlceras en formación.

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	TOTAL
4 Bueno	4 Alerta	4 Caminando	4 Total	4 Ninguna	
3 Débil	3 Apático	3 Con ayuda	3 Disminuida	3 Ocasional	
2 Malo	2 Confuso	2 Sentado	2 Muy limitada	2 Urinaria	
1 Muy malo	1 Estuporoso	1 En cama	1 Inmóvil	1 Doble incontinencia	

F. Clasificación y localización

En la evolución de las úlceras por presión (UPP) pueden diferenciarse varios estadios. Desde este punto de vista la clasificación más aceptada es la propuesta por la Agencia para Programas e Investigación de los Cuidados de la Salud de Estados Unidos (Agency for Health Care Policy and Research, (AHCPR) basada en la clasificación original de BYRNE y Feld, que diferencia cuatro estadios. **(Úlceras clasificación y localización. 2009. <http://www.ulceras.net/monograficos/norton.pdf>.**

- **Estadio I.-** Eritema que no palidece tras presión, piel intacta (en pacientes de piel oscura se observa eritema, decoloración y calor local). También incluye cambios de temperatura o sensibilidad de la piel, siempre de carácter persistente.
- **Estadio II.-** Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial con aspecto de abrasión ampolla o cráter superficial.
- **Estadio III.-** Pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis de tejido subcutáneo pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla. La úlcera aparece como un cráter profundo y puede haber con o sin compromiso del tejido circundante.
- **Estadio IV.-** Pérdida total del grosos de la piel con necrosis del tejido con daño muscular, óseo o de estructuras de sostén, como tendones, capsula articular. <http://www.ulceras.net/monograficos>.

El estadiaje correcto requiere la retirada previa de los tejidos necróticos, la identificación del estadio I es crucial para establecer la

necesidad de vigilancia y cuidados preventivos. Debe prestarse atención especial a los pacientes con yeso dispositivos ortopédicos, y medias de compresión. Se debe realizar inspecciones periódicas para constatar la integridad de la piel en áreas de alto riesgo, comenzar en forma temprana la alimentación y prevención de infecciones reduciendo con ellos la posibilidad de generar nuevas complicaciones. **(Úlceras clasificación y localización. 2009. <http://www.ulceras.net/monograficos/norton.pdf>.**

G. Complicaciones

Las complicaciones primarias más frecuentes son: dolor, anemia e infección (local o sistémica). Las UPP pueden ser extremadamente dolorosas especialmente durante su manipulación (curación, desbridamiento, cambios de posición o de ropa). Una analgesia eficaz y el control de la fuente del dolor mejoran el estado general y facilita la movilidad y cooperación de los cuidados.

La anemia será con frecuencia de origen multifactorial, hemorragia local en el desbridamiento, anemia debida a trastornos crónicos, y derivada de extracciones múltiples. La infección dificulta la curación de la herida y es una complicación habitual que puede llegar a ser grave.

Las complicaciones secundarias son fundamentalmente la pérdida de calidad de vida y aumento de morbilidad derivada de una mayor estancia hospitalaria, retraso de recuperación y rehabilitación, infecciones nosocomiales y la iatrogenia.

H. Tratamiento

Las úlceras por presión son un importante reto al que se enfrentan los profesionales en su práctica asistencial. En el tratamiento del paciente con úlceras por presión, se debería contemplar los elementos siguientes:

- Contemplar al paciente como un ser integral.
- Hacer un especial énfasis en las medidas de prevención
- Conseguir la máxima implicación del paciente y su familiar en la planificación y ejecución de cuidados.
- Desarrollar guías de práctica clínica sobre úlceras por presión a nivel local con la implicación de la atención comunitaria, atención especializada y la atención socio-sanitaria.
- Configurar un marco de practica asistencial basado en evidencias científicas.
- Tomar decisiones en la dimensión costo/beneficio.
- Evaluar constantemente la práctica asistencial e incorporar a los profesionales a las actividades de la investigación.

Las directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión. Se presentan ordenadas bajo los siguientes epígrafes. **(Úlceras clasificación y localización. <http://www.ulceras.net/monogrificos/norton>.**

- 1. Valoración**
- 2. Alivio de la presión en los tejidos**
- 3. Cuidados generales**
- 4. Cuidados de la úlcera**
- 5. Colonización e infección bacteriana en las UPP**
- 6. Reparación quirúrgica de las úlceras por presión**
- 7. Educación y mejora de la calidad de vida**
- 8. Cuidados paliativos y úlceras por presión**
- 9. Evolución indicadores y parámetros**

1. Valoración.-

Sería inapropiado centrarse exclusivamente en la valoración de las úlceras por presión y no tener en cuenta la valoración global del paciente. La

evaluación integral del paciente con úlceras por presión precisa de una valoración en tres dimensiones:

- Estado del paciente
- La lesión
- Entorno de cuidados

Valoración inicial del paciente.- Historia y examen físico completos prestando especial atención a:

Factores de riesgo de las úlceras por presión (inmovilidad, incontinencia, nutrición, nivel de consciencia).

Identificación de enfermedades que puedan interferir en el proceso de curación (alteraciones vasculares y del colágeno, respiratorias, metabólicas, inmunológicas, procesos neoplásicos, psicosis, depresión).

- Edad Avanzada.
- Hábitos tóxicos, tabaco, alcohol
- Hábitos y estado de higiene
- Tratamiento farmacológicos, (corticoides, anti inflamatorios no esteroides, inmunosupresores, fármacos citotóxicos).

Valoración nutricional.- Utilice instrumento sencillo de valoración nutricional para identificar estados de malnutrición, revalúe periódicamente.

Valoración psicosocial.- Examine la capacidad, habilidad y motivación del paciente para participar en su programa terapéutico. (**Úlceras clasificación y localización.** <http://www.ulceras.net/monograficos/norton>).

Valoración del entorno de cuidados.- Identificación del cuidador principal valoración de actitudes, habilidades, conocimientos y posibilidades del entorno cuidador.

Valoración de la lesión.- A la hora de valorar una lesión, esta debería poder ser descrita mediante unos parámetros unificados para facilitar la comunicación entre los diferentes profesionales implicados, lo que a la vez va a permitir verificar adecuadamente su evolución. **(Úlceras clasificación y localización. <http://www.ulceras.net/monograficos/norton>).**

Es importante la valoración y el registro de la lesión y siempre que existan cambios que así lo sugieran. Esta valoración debería de incluir:

- Localización de la lesión
- Clasificación-estadiaje (ver documento II GNEAUPP). **Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión. (GNEAUPP).**
 - Estadio I
 - Estadio II
 - Estadio III
 - Estadio IV

Existencia de tunelizaciones, excavaciones, trayectos fistulosos. Tipos de tejidos:

- Tejido necrótico
- Tejido esfacelado
- Tejido de granulación

Estado de la piel perilesional:

- Integra
- Lacerada
- Mascarada
- Ezcematización, celulitis

Secreción de la úlcera: escasa, profusa, purulenta, hemorrágica, serosa, dolor.

Signos clínicos de infección local: exudado purulento, mal olor, bordes inflamados, fiebre.

Antigüedad de la lesión: curso, evolución de la lesión. **(Úlceras clasificación y localización. <http://www.ulceras.net/monograficos/norton>).**

2. Alivio de la presión sobre los tejidos.-

Aliviar la presión supone evitar la isquemia tisular, incrementando de esta manera, la viabilidad de los tejidos blandos y situando a la lesión en unas condiciones óptimas para su curación.

Cada actuación estará dirigida a disminuir el grado de presión, rozamiento y cizallamiento. Esta disminución de la presión puede obtenerse mediante la utilización de técnicas de posición (encamadas o sentadas) y la elección de una adecuada superficie de apoyo.

Técnicas de posición.

Con el paciente sentado

<http://www.ulceras.net/monograficos/norton>. Cuando se ha formado una úlcera sobre las superficies de asiento, deberá evitarse que el individuo permanezca sentado. Se permitirá una posición durante períodos limitados de tiempo, manteniendo así la buena funcionalidad del paciente.

Según este sitio de la Web, **(Úlceras clasificación y localización)**, refiere que si el paciente tiene úlceras en las asentaderas, no se lo debe tener en posición sentado, sino solo en períodos limitados, porque le causa molestia al paciente y agravan su salud, y de la posición de los individuos

sentados que no presentaran una lesión en ese nivel, debe de variarse su postura, al menos cada hora, para evitar la formación de las úlceras.

Si no fuera posible variar la posición cada hora, deberá ser enviado nuevamente a la cama. **(Úlceras clasificación y localización. <http://www.ulceras.net/monograficos/norton>.)**

Con el paciente encamado.

Los individuos encamados no deben apoyarse sobre la úlcera por presión. Se deberá disminuir el tiempo de exposición o la presión aumentando la frecuencia de los cambios.

Superficies de apoyo.

El profesional deberá considerar varios factores cuando selecciona una superficie de apoyo, incluyendo la situación clínica del paciente, las características de la institución o del nivel asistencial y las propias características de esa superficie de apoyo.

La utilización de las superficies de apoyo es importante desde el punto de vista de la prevención. La elección de superficies de apoyo deberá basarse en su capacidad de contrarrestar los elementos y fuerzas que puedan aumentar el riesgo de desarrollar estas lesiones o agravarlas, así como la conjunción de otros valores como la facilidad del uso, el mantenimiento, los costos, y el confort del paciente.

Es importante recordar que las superficies de apoyo son un valioso aliado en el alivio de la presión, pero que en ningún caso sustituyen a los “cambios posturales”. En este sentido las directrices son:

Use una superficie que reduzca o alivie la presión, de acuerdo con las necesidades específicas de cada paciente.

Use una superficie estática si el individuo puede asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre la úlcera por presión.

Requisitos para las superficies de apoyo:

- que facilite la evaporación de la humedad
- que provoque escaso calor al paciente
- que disminuya fuerza de cizalla
- buena relación costo/beneficio.
- sencillez en el mantenimiento y manejo
- que sean compatibles con los protocolos de control de infecciones

Tipos de superficie de apoyo:

- Superficies estáticas
 - Colchonetas-cojines estáticos de aire
 - Colchones-cojines de agua
 - Colchonetas-cojines de fibra
 - Colchonetas de espuma de grandes dimensiones
 - Colchones de látex

3. Cuidados generales.-

Prevención de nuevas lesiones por presión.

Se reconoce un mayor riesgo de desarrollar nuevas úlceras por presión en aquellos pacientes que ya presentan o presentaron alguna de estas lesiones.

Por todo ello, será necesario continuar aun con mayor énfasis, con todo el programa de prevención aludido (directrices generales de prevención sobre las úlceras para presión GNEAUPP).

Soporte nutricional.

www.enfermeria-07blas.com Cuidados generales de las úlceras por presión, 2009. Según este sitio de la Web, manifiesta que; “**La nutrición juega un papel relevante en el abordaje holístico de la cicatrización de las heridas; ya que un buen soporte nutricional no solo favorece la cicatrización de las úlceras por presión sino que también puede evitar la aparición de estas**”.

Se menciona en esta publicación de internet, que una parte importante de la cicatrización de las úlceras por presión se debe al aporte nutricional, la cicatrización es local y ocurre incluso con disfunciones nutricionales, aunque la comunidad científica admite que una situación nutricional deficiente, produce un retraso o imposibilidad de la cicatrización total de las lesiones y favorece la aparición de nuevas.

Soporte emocional

La presencia de una lesión cutánea puede provocar un cambio importante en las actividades de la vida diaria debido a problemas físicos, emocionales o sociales que se pueden traducir en un déficit en la demanda de autocuidados y la habilidad de proveer los mismos. **Cuidados generales de las úlceras por presión, 2009. www.enfermeria-07blas.com**

En el caso de las úlceras por presión, éstas pueden tener unas consecuencias importantes en el individuo y su familia, en variables como la autonomía, autoimagen, autoestima, entre otros. Por lo que debe tenerse presente esta importante dimensión, al tiempo de planificar sus cuidados.

4. Cuidados de la úlcera.-

Un plan básico de cuidados locales de la úlcera, debe de contemplar:

- a.- Desbridamiento del tejido necrótico
- b.- Limpieza de la herida
- c.- Prevención y abordaje de la infección bacteriana
- d.- Elección de un producto que mantenga continuamente el lecho de la úlcera húmeda y a temperatura corporal.

Desbridamiento

La presencia en el lecho de la herida de tejido necrótico bien sea como escara negra, amarilla, de carácter seco o húmedo, actúa como medio ideal para la proliferación bacteriana e impide el proceso de curación.

Las características del tejido a desbridar igualmente orientará el tipo de desbridamiento a realizar.

De forma práctica podemos clasificar los métodos de desbridamiento en: “cortantes (quirúrgicas)”, “químicos (enzimáticos)”, “autolítico” y “mecánicos”. Estos métodos no son incompatibles entre sí, por lo que sería aconsejable combinarlos para obtener resultados mejores.

Desbridamiento cortante o quirúrgico

Está considerado como la forma más rápida de eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos más profundos o de tejido necrótico húmedo.

www.enfermeria-07blas.com Cuidados generales de las úlceras por presión, 2009. Refiere este sitio de la Web que: **“El desbridamiento quirúrgico es un procedimiento cruento que requiere de conocimientos destreza y de una técnica y material estéril. Por otro lado, la política de cada institución a nivel asistencial determinará quién y donde realizarla”.**

El desbridamiento cortante deberá realizarse por planos y en diferentes sesiones (salvo el desbridamiento radical en quirófano), siempre comenzando por el área central, procurando lograr tempranamente la liberación de tejido desvitalizado en uno de los lados de la lesión.

Ante la posibilidad de la aparición de dolor en esta técnica, es aconsejable la aplicación de un anti-analgésico tópico (gel de lidocaína 2%).

Desbridamiento químico (enzimático)

El desbridamiento químico o enzimático es un método más a valorar cuando el paciente no tolere el desbridamiento quirúrgico y no presente signos de infección.

Existen en el mercado diversos productos enzimáticos (proteolíticos, fibrinolíticos) que pueden utilizarse como agentes de detersión química de los tejidos necróticos. Cuando vaya a ser utilizada, es recomendable proteger la piel peri-ulceral mediante una pasta de zinc, silicona entre otros, al igual que aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción.

Desbridamiento autolítico

El desbridamiento autolítico se favorece mediante el uso de productos concebidos en el principio de cura húmeda.

Se produce por la conjunción de tres factores la hidratación del hecho de la úlcera, la fibrinólisis, y la acción de las enzimas endógenas sobre los tejidos desvitalizados. Esta forma de desbridamiento es más selectiva y a traumática no requiriendo de habilidades clínicas específicas y siendo generalmente bien aceptado por el paciente.

Desbridamiento mecánico

Se trata de una técnica no selectiva y traumática. Principalmente se realiza por abrasión mecánica a través de fuerzas de rozamiento, la irrigación a presión de la herida o la utilización de apósitos humedecidos que al secarse pasadas las 4 a 6 horas, se adhieren al tejido necrótico, pero también al tejido sano, que se arranca con su retirada.

Limpieza de la lesión

- Limpie las lesiones inicialmente y en cada curación.
- Utilice como norma suero salino fisiológico
- No limpie la herida con antisépticos locales como povidine, clorhexidina, o agua oxigenada

Elección de un apósito

Las evidencias científicas disponibles demuestran la efectividad clínica y bajo la óptica costo/beneficio (espaciamiento de curación, menor manipulación de las lesiones) de la técnica de la cura de las heridas en ambiente húmedo, frente a la cura tradicional.

La selección de un apósito de cura ambiente húmedo, deberá de realizarse considerando las variables siguientes:

- Localización de la lesión
- Estadio
- Severidad de la úlcera
- Cantidad de exudado
- Presencia de tunelizaciones
- Estado de la piel perilesional

- Signos de infección
- Estado general del paciente
- Nivel asistencial y disponibilidad de recursos
- Costo/efectividad
- Facilidad de aplicación en contextos de auto cuidados

El plan de tratamiento de la úlcera por presión dependerá de la valoración de la lesión:

Si son lesiones grado I.- aplicar apósito hidrocóloides de baja absorción, transparente, extrafino en placa, si la zona lesionada es el talón, utilizar siempre protección y dispositivos (almohadas) que eviten la presión.

Si son lesiones grado II.- aplicar apósitos hidrocóloides en la parte profunda de la úlcera, aplicar gel, pasta o gránulos, además de la placa superficial y cuando haya disminuido la profundidad y la exudación solamente la placa.

En lesiones grado III y IV.- si se observa en el lecho de la lesión tejido necrótico, utilizar métodos de desbridamiento, estos métodos no son incompatibles entre sí por lo que es aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados.

5. Colonización y la infección bacteriana en las úlceras por presión.-

Todas las úlceras por presión están contaminadas por bacterias, lo cual no quiere decir que las lesiones estén infectadas.

En la mayor parte de los casos, una limpieza y desbridamiento eficaz imposibilita que la colonización bacteriana progrese a infección clínica.

El diagnóstico de la infección asociada a úlcera por presión fundamentalmente clínico. Los síntomas clásicos de la infección local de la úlcera cutánea son:

- Inflamación (eritema edema tumor calor)
- Dolor
- Olor
- Exudado purulento

www.enfermeria-07blas.com Cuidados generales de las úlceras por presión, 2009. La infección de una úlcera puede estar influenciada por factores propios del paciente (déficit nutricional, obesidad, fármacos, enfermedades diabetes, neoplasias, edad avanzada, incontinencia) y otros relacionados con la lesión (estadio, existencia del tejido necrótico, alteración circulatoria en la zona).

Según la publicación mencionada, las úlceras pueden estar infectadas por la influencia de varios factores, como las enfermedades diabéticas, neoplasias, incontinencia, déficit nutricional, obesidad, y fármacos, por lo que debe tomarse en cuenta estos factores para tratar de solucionar la cicatrización de las úlceras. Ante la presencia de signos de infección local, deberá de intensificarse la limpieza y el desbridamiento.

Si trascurrido un plazo entre dos o cuatro semanas y la úlcera no evoluciona favorablemente o continúa con signos de infección local, habiendo descartado la presencia de osteomielitis celulitis o septicemia, deberá implantarse un régimen de tratamiento con un antibiótico local con efectividad contra los microorganismos que más frecuentes infectan las úlceras por presión y durante un período máximo de dos semanas.

Control de la infección

- Seguir las precauciones de aislamiento de las sustancias corporales.
- Utilice guantes limpios y cámbielos con cada paciente.
- No utilice antiséptico local.

- El lavado de manos entre los procedimientos con los pacientes es esencial.
- En pacientes con varias úlceras, comenzar por la menos contaminada.
- Use instrumentos estériles en el desbridamiento quirúrgico de las úlceras por presión.
- Los antibióticos sistémicos deben administrarse bajo prescripción médica a pacientes con bacteriemia, sepsis, celulitis avanzada u osteomielitis.
- Cumpla con la normativa de eliminación de residuos de su institución.

6. Reparación quirúrgica de las úlceras por presión.-

Se deberá considerar la reparación quirúrgica en aquellos pacientes con úlceras por presión en estadios III y IV que no responden al tratamiento convencional. Del mismo modo será necesario valorar elementos como la calidad de vida riesgos de recidiva preferencias del paciente, junto a las posibilidades para ser candidato a tratamiento quirúrgico (inmovilidad post-quirúrgica evitando la presión sobre la región afectada, nutrición adecuada, pacientes medicamente estables).

7. Educación y mejora de la calidad de vida.-

El programa de educación debe ser una parte integral de la mejora de calidad. Los programas educativos son un componente esencial de los cuidados de las úlceras por presión.

Estos programas deben integrar conocimientos básicos sobre estas lesiones y deben cubrir el espectro completo de cuidados para la prevención y tratamiento. Serán dirigidos hacia los pacientes familia cuidadores y profesionales de la salud.

Enseñar a mantener la piel seca y limpia

- Enseñar como cambiar inmediatamente los pañales húmedos.
- Explicar la necesidad de aumentar la ingesta de proteínas durante la cicatrización de los tejidos.
- Explicar cómo se mantiene la posición anatómica correcta.
- Proporcionar detalles claros de forma que consiga la posición adecuada.

Enseñar cómo hacer los cambios de posición corporal

El cambio de posición corporal previene la congestión de las secreciones respiratorias, facilita la expectoración y favorece la circulación.

a. Posición decúbito supino

Mantener la cabeza, con la cara hacia arriba en una posición neutra y recta de forma que se encuentre en una alineación perfecta con el rostro del cuerpo, apoyar las rodillas en posición ligeramente flexionadas. **Salud y Cuidados post-operatorios de las úlceras por presión. 2009. www.mapfre.com.salud**

Se protegerá en decúbito supino:

- Occipital
- Omoplatos
- Codos
- Sacro y coxis
- Talones

b. Posición decúbito prono

Colocase sobre el abdomen con la cara vuelta a un lado sobre el cojín, los brazos flexionados rodeando el cojín, las palmas giradas hacia

abajo y los pies extendidos, apoyar los tobillos y las espinillas para prevenir la flexión plantar de los pies.

Se protegerá en decúbito prono:

- Frente Pectorales
- Ojos Genitales masculinos
- Orejas Rodillas
- Pómulos Dedos

c. Posición decúbito lateral

Mantener la alineación con la pierna del lado que descansa el cuerpo estirada y la contraria flexionada, las extremidades superiores flexionadas. Apoyar con almohadas el muslo y el brazo para prevenir la rotación interna de las caderas y el hombro.

En decúbito lateral derecho e izquierdo se prestará especial atención:

- Orejas
- Escapulas
- Costillas
- Cresta iliaca
- Trocánteres
- Gemelos
- Tibias
- Maléolos

d. Posición sentada

Sentarse con la espalda apoyada cómodamente contra una superficie firme, colocar una almohada debajo de cada brazo, así como un rodillo en la región cervical.

Posición sentada vigilar y proteger:

- Omoplatos

- Sacro
- Tuberosidades isquiáticas.

8. Cuidados paliativos y úlceras por presión

www.mapfre.com.salud. 2009. Salud y Cuidados post-operatorios de las úlceras por presión. Según este sitio de la Web, manifiesta que: **“Si un paciente se encuentra en estado terminal de su enfermedad no justifica que se haya de claudicar en el objetivo de evitar la aparición las UPP. En el caso de que el paciente presente úlceras por presión se deberá de actuar”**.

Esto hace meditar al personal de salud, que a pesar de que el paciente esté en estado terminal, no se debe permitir que esté en la misma posición por períodos largos, porque esto trae como consecuencia la formación de las úlceras por presión, por lo tanto, se debe seguir brindando los cuidados adecuados a estos pacientes. Tampoco se debe culpar al entorno de cuidados, de la aparición de las lesiones. Es una complicación frecuente y en muchos casos en ese estadio, probablemente inevitable.

Planteando objetivos terapéuticos realistas de acuerdo con las posibilidades de curación, evitando en lo posible técnicas agresivas. Manteniendo limpia y protegida la herida, para evitar el desarrollo de la infección. En situación de agonía sería necesario valorar la necesidad de realizar cambios posturales en el paciente.

9. Evaluación. Indicadores y parámetros

Fisterra, 2009. Refiere este autor que el proceso de evaluación es un instrumento básico para mejorar la eficacia de los procedimientos empleados en el cuidado de las úlceras por presión. Es necesario establecer un programa de calidad con el objetivo de mejorar la atención prestada a los

pacientes, facilitar un trabajo en equipo y permitir objetivar la practica asistencial.

Los estudios de incidencia y prevalencia deben ser realizados periódicamente, la idealidad pasaría por monitorizarlas e integrarlas dentro de una política local sobre úlceras por presión.

Fisterra, 2009. Menciona también, que como un instrumento para evaluar la evolución de estas heridas puede utilizarse el índice de severidad; o sea que pueden utilizarse otras variables descriptoras al tiempo de evaluar el proceso, referidas a la lesión como el estadiaje, número de lesiones, antigüedad, volumen, procedencia, o referidas al paciente como edad, sexo, escala de valoración de riesgo de las úlceras.

Evaluación del proceso

Los requisitos establecidos para la evaluación de los cuidados ofrecidos serán:

- Se ha aplicado la escala nova 5 al ingreso
- Se ha aplicado la escala nova 5 al menos a los 7 días después de la valoración de riesgo
- Se ha registrado la valoración del entorno
- Están registrados los cambios posturales
- Están anotadas las ingestas de alimentos en las 24 horas
- Se han registrado el resultado de la valoración de la lesión, al ingreso.
- Se han registrado el resultado de la valoración de la lesión, al menos a los 7 días de la última valoración.

Todos los aspectos descritos anteriormente serán evaluados mediante revisión de las incidencias recogidas en la hoja de registro de las

UPP; y se realizarán así mismo, la evaluación de determinadas normas de actuación, mediante la observación directa. **Fisterra, 2009. Evolución de las úlceras por presión.** <http://www.fisterra.com/guias2/upresion.asp>.

2.2.2. DISEÑO DE PROTOCOLOS Y GUIAS METODOLOGICAS DE LA ATENCION DE ENFERMERIA

Definición:

Actualmente los protocolos se vienen promoviendo desde la perspectiva de una política de salud, asumida por grandes organizaciones en lo que respecta la “buena” práctica de la enfermería en un contexto de escasez de recursos. **Diseño de los Protocolos de enfermería. 2009.** <http://www.ec.isccs.es/Sevlet/Satellite>.

<http://www.ec.isccs.es/Sevlet/Satellite>. **Diseño de los Protocolos de enfermería. 2009.** Según esta publicación de la Web, define al protocolo como: **“Una guía de atención individualizada para un grupo de pacientes con problemas predecibles dirigidas al diagnóstico médico y de enfermería, incluyendo los problemas potenciales y los problemas reales”**.

La publicación refiere que protocolo de enfermería es una guía de atención escrita, organizada en el proceso de atención y cuidados de enfermería, que presenta problemas reales frecuentes, potenciales y probables de acuerdo a la patología común o más frecuente del servicio.

Atributos:

- Validez
- Confiabilidad
- Aplicabilidad clínica, uso práctico

- Flexibilidad clínica
- Claridad
- Proceso multidisciplinario
- Revisión programada
- Documentación

Importancia

- Garantizar la calidad de atención y de los servicios ligados a la satisfacción del cliente.
- Garantizar la eficiencia de los recursos asignados a la producción compra del servicio.
- Sirve de protección legal en casos específicos
- Reducir los costos de atención de salud
- Facilita las comunicaciones entre el equipo de salud
- Unificar criterios.

Estructura:

Carbajal, 2009. Refiere que no es una reseña histórica, antecedentes, ni presentación de procedimientos, es una presentación de variables que nos ayuda a tomar decisiones, agregándose a esta la pericia del que lo ejecuta, diagnóstico, criterio de ingreso, tratamiento, criterio de egreso.

Objetivos:

Los objetivos del protocolo están relacionados a:

- La efectividad de la atención (efectividad entendida como ganancia en la cantidad de salud y calidad de vida).
- Disminuir riesgos y los costos.
- Garantizar con menor riesgo y el menor costo

Nivel de atención:

Carbajal, 2009. Se especifica el nivel o perfil del servicio en el que se atiende o resuelve el problema. Se define los criterios para determinar el tipo de atención en:

- Ambulatorio
- Hospitalario
- Emergencia
- UCI.

Pudiendo ser de nivel I II III IV

Diagnóstico de enfermería:

Es según el caso.

Manejo (PAE)

Criterio de alta

- Disminuir la sintomatología
- El paciente se mostrara más seguro
- Disminuirá el temor y ansiedad dando atención oportuna.

Limitaciones de las guías

- Características y perfil de las (los) profesionales.
- Calidad de las guías.
- Pueden convertirse en elementos rígidos que limiten la autonomía intelectual y profesional.
- Proporcionan un enfoque multidisciplinario de la atención al paciente. **Carvajal, 2009. Introducción a los Protocolos.** <http://gcarvajalmodelos.wordpress.>

ELABORACION DE LAS GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

Aspectos metodológicos

La enfermería basada en la evidencia es una metodología de análisis y estudio crítico de la literatura científica, que da valor tanto a la experiencia como a la contundencia de la información sobre el cuidado, lo que permite sacar conclusiones rigurosas para el cuidado o intervención de enfermería.

Enfermería Basada en la Evidencia

La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible a la hora de tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, procedente de la investigación válida y fiable. Se la puede obtener a través de la búsqueda de métodos más fiables para obtener información científicamente comprobada y aplicable a la práctica, cuyo principal representante son las revisiones sistemáticas. **Guías de intervención de enfermería, 2009.** www.valmex.mx/fmedicina/guia_ejecutivopdf.

Revisión sistemática

Es la integración estructurada y metódica, tanto cualitativa de los resultados de varios estudios independientes sobre un problema de interés de un análisis y su síntesis, es una investigación de investigaciones. El objetivo básico de la RS es evaluar la SOLIDEZ de una evidencia científica (EC) con el fin de tomar una decisión que se fundamenta en la revisión planificada de la bibliografía, la combinación de los resultados de varios estudios y la aplicación de métodos para resumir y combinar los datos numéricos de múltiples trabajos (meta análisis). **Enfermería Basada en Evidencia. 2009.** http://http://www.index_f.com/lascasas/lascasas.php.

Lineamientos generales

Desde la Epidemiología:

- Aplicar el enfoque de riesgo, considerando la susceptibilidad, vulnerabilidad o riesgo de la persona a la cual va dirigida la Guía de Enfermería.
- Describir los antecedentes epidemiológicos y los indicadores de prevalencia, mortalidad, carga de enfermedad.
- Aplicar el método científico y criterios epidemiológicos en la calificación de la validez de los resultados de cada estudio o artículo incluido como referencia para la elaboración de la guía y de asignación científica y el grado de recomendación.
- Identificar necesidades o problemas de investigación en el tema de la guía que permitan enriquecer el conocimiento científico en dicha área.
- Diseñar e incluir en la guía un instrumento preliminar de vigilancia o monitoreo de las actividades de enfermería y la población atendida.

Enfermería Basada en Evidencia lineamientos generales. 2009.
http://www.index_f.com/lascasas/documentos/lc0028.php

Desde la promoción de la salud:

La promoción de la salud es atendida como la búsqueda del disfrute de la vida y del desarrollo humano. Es un enfoque para lograr que la vida sea posible y existan condiciones adecuadas de salud, lo cual significa que todas las acciones de promoción deben estar encaminadas a fomentar los aspectos favorecedores de la salud y los protectores frente a la enfermedad a desarrollar las potenciabilidades y modificar los procesos individuales de la toma de decisiones para que sean predominantemente favorables.

Enfermería Basada en Evidencia lineamientos generales. 2009.
http://www.index_f.com/lascasas/documentos/lc0028.php

Para que el enfoque de promoción de la salud tenga el éxito que requiere el apoyo institucional (políticos que expliciten la inclusión de la promoción de la salud, de los servidores de salud, así como de la persona y de la familia; el trabajo interdisciplinario (todos los trabajadores de la salud están llamados a servir a esta causa) y el seguimiento y retroalimentación de la atención.

- Se debe fomentar y fortalecer el enfoque del género en el cuidado de la salud puesto que la atención debe ser diferente según la forma de sentir percibir y expresar la enfermedad por una mujer o por un hombre.
- Se debe respetar la dignidad de la vida y de la muerte.
- Darle un realce a la cultura del buen trato consigo mismo y con la familia.

Desde la Ética y la Humanización

En el código para enfermeras del Consejo Internacional de Enfermeras se consignan cuatro aspectos fundamentales de responsabilidad de la enfermera “mantener y restaurar la salud, evitar las enfermedades y aliviar el sufrimiento”. También declara que “la necesidad de los cuidados de enfermería es universal, el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. No se permitirá ningún tipo de discriminación de nacionalidad, raza, religión, color, sexo, ideologías o condición socio-económicas.

Importancia del Proceso de Atención de Enfermería

Para dar una mejor calidad en el servicio a los pacientes, es necesario, que la elaboración de los protocolos de atención, sea hecha en coordinación por parte del personal médico, así como de enfermería.

Su importancia estriba la necesidad de disponer de ellos (en forma coordinada para que “cuadren”), pues están orientados al cuidado y seguimiento de los diagnósticos que hay que llevar a cabo.

El trabajo en “equipo” de dos grupos de profesionales no siempre están libres de diferencias, pero la existencia de estos protocolos posibilitan una mejor atención a los pacientes así como permite una mejor comunicación entre ambos profesionales.

Actuaciones de Enfermería

Las actuaciones de enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y de los familiares.

La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas multidisciplinarios. Se ha de tener en cuenta los recursos materiales, humanos, financieros para la elaboración de las actividades.

Tipo de actividades de Enfermería

Dependientes.- actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. **Actividades Enfermería www.monografias.com**

Interdependientes.- actividades que se llevan a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.

Independientes.- actividades de enfermería destinadas hacia la respuesta humana que legalmente están autorizadas a atender.

Características de las actuaciones de enfermería.-

- Serán coherentes con el plan de cuidados.
- Estarán basadas en principios científicos.
- Serán individualizados para cada situación en concreto.
- Estarán acompañados de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados. Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.

Etapas del diagnóstico:

Esta etapa está definida como el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de diagnóstico médico. Entre estas actividades que se debe realizar en el diagnóstico están las siguientes. (**Actividades de Enfermería, 2009. www.monografias.com**).

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor niveles de bienestar.
- Controlar el estado de salud.
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio del problema.

La elaboración del plan de cuidados es de suma importancia, pues este es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello. Se debe a la vez fomentar: cuidados individualizados continuidad de los cuidados, comunicación y

evaluación. Se debe tener en cuenta que los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisan una actuación diaria. Aquellos diagnósticos, resultados esperados y actuaciones que no tengan validez deben ser eliminados.

Los planes de cuidados deben contener los registros documentales, siguientes:

1. Diagnóstico de enfermería.
2. Objetivos del cliente para el alta a largo plazo.
3. Ordenes de enfermería.
4. Evaluación.

Tipos de planes de cuidado

Individualizados.-

Documenta los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.

Estandarizado.-

Es un protocolo específico de cuidados, elaborado para aquellos pacientes que padecen de problemas normales/previsibles.

Estandarizado con modificaciones.-

Permite la individualización de opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizados.-

Pueden permitir la individualización a un paciente concreto pero requiere de información previa de los planes de cuidados estandarizados.

Planes de Cuidados. 2009. www.compendiodeenfermeria.com

La informatización de los servicios de salud está orientada según los objetivos siguientes:

1. Registrar la información de una manera rápida, clara y concisa.
2. Facilitar la continuidad de los cuidados tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
3. Evitar la repetición de los datos.
4. Facilitar la investigación.
5. Posibilitar el cálculo de costo/beneficio del servicio hospitalario.

Los **beneficios** que se obtienen son:

1. Eliminación del papeleo.
2. Mantenimiento de la flexibilidad de los planes de cuidados así como su personalización.
3. Datos más relevantes y exactos

Etapa de ejecución

Es esta la etapa en la que realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado previamente. Implica las actividades enfermeras siguientes:

- La continuación del recojo de datos y su valoración
- Realización de actividades de enfermería
- Anotación de los cuidados de enfermería
- Dar informes verbales de enfermería
- Mantenimiento del plan de cuidados actualizados

Se hace hincapié en que el recojo de nuevos datos permite la profundización y mejor valoración de los mismos obtenidos en la etapa del

diagnóstico. En la etapa de ejecución no solo interviene el profesional enfermero sino que este debe incluir al paciente y a los familiares del mismo. Se debe tomar nota de los nuevos problemas y/o datos que se produzcan en esta etapa. **Planes de Cuidados de Enfermería, 2009.**
www.compendiodeenfermeria.com

Los pasos de la ejecución son (según IYER):

1. **Preparación para la ejecución:** revisar y actualizar datos, revisar y adaptar el plan según las circunstancias.
2. **Aplicación o ejecución:** implica considerar los riesgos y complicaciones ambiente donde se ejecuta los conocimientos que se requieren para realizar las acciones, las implicancias éticas, legales, entre otros.
3. **Los registros** de las acciones cumplidas y sus efectos.

2.2.3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

1. Valoración de riesgo.

- Considerar a todos los pacientes potenciales de riesgo.
- Elegir y utilizar una escala de valoración de riesgo que se adapte a las necesidades de su contexto asistencial.
- La utilización de una escala de valoración facilitará la identificación del nivel del riesgo global y de los factores de riesgo presentes en ese paciente, orientado a la planificación de los cuidados de prevención.
- Utilizar una escala de valoración validada en cuanto a su sensibilidad, especificidad y variabilidad.

- Evite modificar escalas sin proceder a su validación.
- Realizar la valoración de riesgo en el momento del ingreso del paciente y periódicamente según existan cambios.
- Registrar actividades y resultados.

2.- Cuidados Específicos.

Piel.

- Examine el estado de la piel al menos una vez al día, teniendo en cuenta las prominencias óseas como talones caderas tobillos etc.
- Las zonas expuestas a la humedad ya sea por la incontinencia urinaria, transpiración, estomas, o secreciones.
- Presencia de sequedad, excoriaciones, eritemas, maceración, fragilidad, temperatura.
- Es importante mantener la piel del paciente seca y limpia en todo momento.
- Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
- Lavar la piel con agua tibia, y realizar un secado meticuloso y sin fricción.
- No utilizar ningún tipo de alcohol sobre la piel.
- Aplicar cremas hidratantes, procurando su completa absorción.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción podrían servir, los apósitos protectores (hidrocoloides).
- No realizar masajes directamente sobre las prominencias óseas.
- Dedique atención especial en las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad, al presentar un elevado riesgo de reaparición.

Exceso de humedad, Incontinencia, transpiración o drenajes de heridas

- Valorar y tratar los diferentes procesos que puedan originar los excesos de humedad en la piel del paciente.

- Para ello puede utilizar productos de barrera que no contengan alcohol y que protejan contra exudados y adhesivos.

Manejo de la presión

- Para minimizar el efecto de la presión como causa de las úlceras por presión, habrían de considerar cuatro elementos que son: movilización, cambios posturales, utilizar las superficies de apoyo, y protección local de la piel ante la presión.

Movilización.

- Se debe elaborar un plan de cuidados de enfermería que fomente y mejore la movilidad y la actividad del paciente.

Cambios posturales.

- Se debe realizar los cambios posturales con más frecuencia, es decir, cada 2-3 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada.
- Si el paciente tiene movilidad, enseñar al paciente a moverse cada 15 minutos.
- En la realización de los cambios posturales hay que tener en cuenta, los siguientes puntos:
 - Evitar apoyar al paciente directamente sobre sus lesiones.
 - Seguir las recomendaciones de salud laboral sobre manejo de peso y cargas utilizar la mecánica corporal.
 - Evitar el contacto de las prominencias óseas entre sí.
 - Evitar el arrastre del paciente reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción.
 - En decúbito lateral, no sobrepasar los 30 grados
 - No utilizar flotadores.

Superficies especiales de apoyo

- Se refiere a aquellas superficies especiales de apoyo diseñadas específicamente para el manejo de la presión. En este sentido el fabricante debería aportar información fundamentada acerca de sus indicaciones de uso como el tipo de paciente, niveles de riesgo, características de la lesión de los pacientes candidatos a su uso, así como parámetros de efectividad respecto al alivio – reducción de presión.
- En pacientes de bajo riesgo, se debe utilizar superficies estáticas como colchonetas, cojines estáticos de aire, colchones de espuma.
- En paciente de riesgo medio superficies, dinámicas colchonetas alternantes de aire.
- Pacientes de alto riesgo colchonetas de aire alternantes de grandes celdas.

Protección local ante la presión

- En zonas de especial riesgo para el desarrollo de úlceras, como los talones o región occipital, se pueden utilizar sistemas de protección local ante la presión como son los apósitos, sistemas tipo bota que faciliten la inspección de la piel, al menos una vez al día.
- Que no se lesione la piel al momento de su retirada.

Contemple cualquier situación en la que los dispositivos utilizados en el paciente, puedan presentar problemas relacionados con la presión y rozamiento sobre la zona de prominencias o piel y mucosas como son las sondas, tiras de mascarilla, tubos endotraqueales, máscaras de presión, catéteres, yeso, férulas sistemas de tracción, dispositivos de inmovilización entre otros; en estos casos los sistemas de dispositivos no adhesivos y ácidos grasos hiperoxigenados, pueden ser de gran utilidad.

Todos los elementos anteriores pueden complementarse con el uso adecuado de un pequeño arsenal de materiales que pueden servir para reducir localmente la presión y evitar la fricción y fuerzas tangenciales como pueden ser los cojines, almohadas, protectores locales.

3.- Cuidados generales.

Trate aquellos procesos que puedan incidir en el desarrollo de las úlceras por presión:

- Alteraciones respiratorias
 - Alteraciones circulatorias
 - Alteraciones metabólicas
-
- Identifique y corrija los diferentes déficits nutricionales (calorías, proteínas, vitaminas y minerales).
 - Recuerde que el paciente en alto riesgo de desarrollar las UPP requiere una dieta hipercalórica, hiperproteica, y que en el caso que presente una UPP, se precisa del aporte de nutrientes que facilite el proceso de cicatrización.
 - Asegúrese que el paciente tenga un estado de hidratación adecuada.

4.- Situaciones especiales.

Debido a su especial relación con la posibilidad de ver aumentado el riesgo de desarrollo de las UPP, habrá de tenerse en cuenta una serie de circunstancias especiales al tiempo de planificar los cuidados de prevención. Estos cuidados deberán iniciarse desde el mismo momento de su ingreso en la institución y mantenerse en las distintas unidades. **Planes de Cuidados. 2009. www.compendiodeenfermeria.com**

- Pacientes con alteraciones neurológicas (lesiones medulares)
- Pacientes sometidos a cirugías de larga duración.
- Pacientes sometidos a técnicas especiales (circulación extracorpórea).
- Personas ancianas frágiles.

5.- Educación.

- Implice a todos los miembros del equipo asistencial y o red de cuidadores informales en la planificación, ejecución y seguimiento de los cuidados para la prevención.
- Valore la capacidad del paciente para participar en su programa de prevención.
- Desarrolle un programa de prevención que sea:
 - Organizado, estructurado y comprensible
 - Dirigido a todos los niveles, pacientes y familiares
 - Que incluya mecanismos de evaluación sobre su eficacia

6.- Continuidad de los Cuidados.

- Garantice la continuidad de los cuidados de prevención en los posibles tránsitos de los pacientes ente los niveles asistenciales.
- Incluya una descripción de los cuidados en los informes de alta.

7.- Registros de valuación y Monitorización.

El hecho de registrar las valoraciones de riesgo, los cuidados preventivos, características especiales del paciente así como la no disponibilidad de los recursos materiales necesarios para la prevención es una medida de gran ayuda en la protección legal de los profesionales

responsables del cuidado, de los pacientes ante la posibilidad de demandas relacionadas con la aparición de las UPP.

El proceso de evaluación es un instrumento básico para mejorar la eficacia de los cuidados y estrategias preventivas de las UPP. Es necesario establecer un programa de calidad con el objetivo de mejorar la atención prestada a los pacientes, facilitar un trabajo en equipo y permitir objetivar la práctica asistencial.

2.3. HIPÓTESIS

La falta de conocimiento del personal de enfermería en el manejo de los pacientes politraumatizados, aumentaría el riesgo de formación de las úlceras por presión en los pacientes pediátricos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

2.4. VARIABLES

1. Nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre la prevención de las úlceras por presión.
2. Estadía prolongada del paciente.
3. Movilización frecuente del paciente

2.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES
Nivel de conocimiento sobre prevención de úlceras por presión por parte del personal de enfermería	Es la cuantificación objetiva sobre los conocimientos de las normas para la prevención de úlceras	Todo el personal de enfermería, sea profesional o auxiliar que labora en el área de cuidados intensivos	<ul style="list-style-type: none"> • Encuestas realizadas al personal de enfermería profesional y auxiliar
Estadía prolongada del paciente	Son los días que tiene que permanecer el paciente hospitalizado debido a las complicaciones	Todos los pacientes ingresados en área de cuidados intensivos	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la historia clínica • Encuesta al personal de enfermería
Movilización frecuente del paciente	Son los cambios de posición continuos que debe realizarse a todo paciente que se encuentra con limitación de movimiento	Pacientes hospitalizados con traumatismo en el área de cuidados intensivos	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación del índice de Norton • Aplicación de la hoja de control y seguimiento de úlceras de presión.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio presente sobre el Protocolo de atención de enfermería para la prevención de úlceras por presión (UPP) en pacientes politraumatizados de 1 mes a 16 años de edad, en el área de terapia Intensiva del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, realizado en el año 2010, es un tipo de estudio analítico y prospectivo, donde el objeto de la investigación, son las causas que originan la formación de las úlceras por presión en los pacientes hospitalizados, en el área mencionada.

3.2. UNIVERSO Y MUESTRA

El Universo son las 55 enfermeras entre profesionales y auxiliares que laboran en el área de Terapia Intensiva Pediátrica, del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010; y los pacientes politraumatizados atendidos en el área de estudio.

El Muestra para realizar este estudio, fue el 100% del universo, que corresponde a las 55 enfermeras entre profesionales y auxiliares que laboran en el área de Terapia Intensiva Pediátrica, del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010; y 158 pacientes atendidos en el área de estudio.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS

La investigación presente tiene como finalidad describir y analizar la Aplicación de los Protocolos de enfermería en la prevención de las úlceras

por presión en pacientes pediátricos politraumatizados del área de Terapia Intensiva del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Las técnicas a utilizar son las siguientes:

- Las técnicas bibliográficas para la información sobre el tema de estudio, que ayudó a la recopilación de datos y procesamiento para un mejor resultado.
- Revisión de las historias clínicas.
- Los formularios para la encuesta del personal de enfermería.
- La Observación.
- La Entrevista al personal.
- La lectura con modificación del material obtenido.

Entrevistas.- Se utilizó esta técnica para conocer la problemática seleccionada, entrevistando al personal de enfermería que labora en el área de Terapia Intensiva del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Encuesta.- Se utilizó esta técnica con el personal de enfermería para conocer los datos específicos sobre la problemática de la población en estudio.

Observación directa.- Con esta técnica se pudo comprobar la carencia de los cuidados que brinda el personal de enfermería a los pacientes politraumatizados, en el área del hospital en estudio.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA TABULACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO UTILIZADO

Procesamiento de la información: una vez aplicada la guía de observación y formulada la encuesta dirigida al personal de enfermería que labora en el área de estudio, se procedió a la tabulación de los datos obtenidos del formulario aplicado, en forma manual.

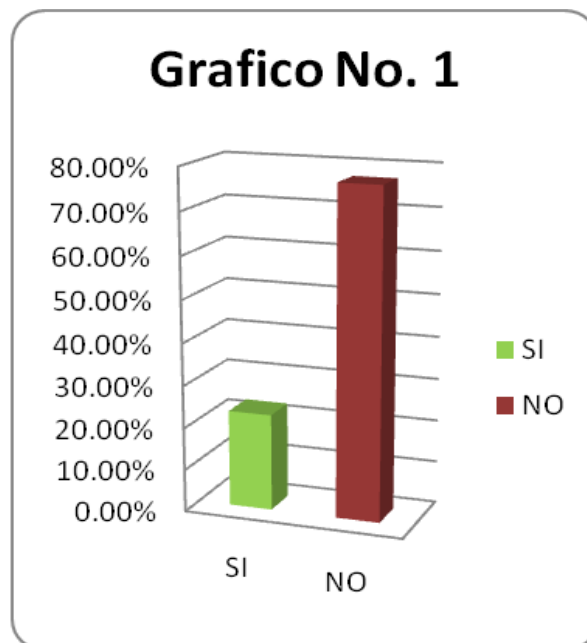
Luego, se ingresaron estos datos al programa Microsoft office Excel, para realizar las tablas correspondientes, las cuales están expresadas en frecuencia y porcentaje, y posterior a ello, elaborar los gráficos estadísticos de cada una de las tablas presentadas y analizadas.

Análisis de la información: el propósito esencial de la investigación, es abordar el análisis de los resultados obtenidos de la recopilación y procesamiento de los datos, tomándose en consideración los puntos más relevantes para la investigación presente, como proyecto de tesis.

ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE PROPORCIONA CUIDADOS A LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ÚLCERAS CON PRESIÓN

Gráfico N° 1

Conocimiento del personal de enfermería sobre el concepto de úlceras por presión en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010.



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería del área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010.

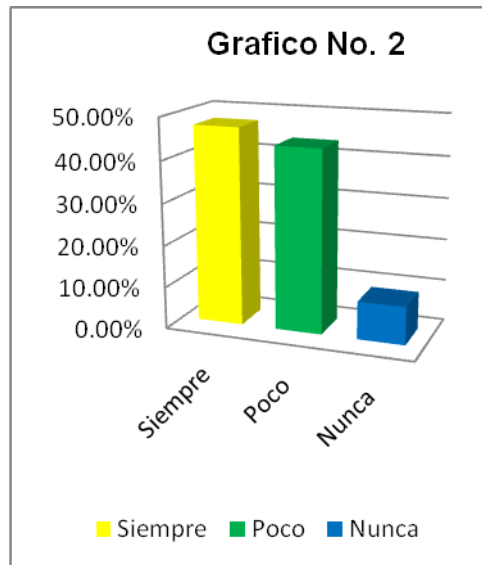
Elaborado por: Lic. Azucena Banda B.

Análisis:

Luego de la encuesta realizada, se puede apreciar que 28 enfermeras que son el 22.66%, conoce el concepto de úlceras por presión y 27 enfermeras que son el 77.14% no sabe que son las úlceras por presión; por lo que se deduce la ausencia de conocimientos del personal de enfermería, sobre la problemática de estudio, en esta área de hospitalización.

Gráfico N° 2

Atención de enfermería a pacientes con úlceras por presión en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010.



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería del área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010.

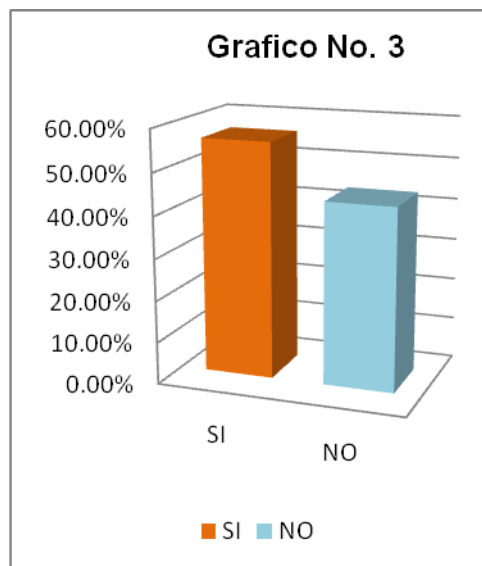
Elaborado por: Lic. Azucena Banda B.

Análisis:

De las 55 enfermeras encuestadas, tenemos que 26 que corresponde al 47.20% siempre atienden pacientes con (UPP); 24 enfermeras que son el 43.64% han atendido muy pocos pacientes con (UPP) y 5 enfermeras que son el 1% nunca han atendido esta clase de pacientes; por lo que podemos indicar que un número reducido de enfermeras, nunca han trabajado con pacientes con úlceras por presión.

Gráfico N° 3

Conocimientos del personal de enfermería sobre sitios de presión para la formación de úlceras en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010.



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería del área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010.

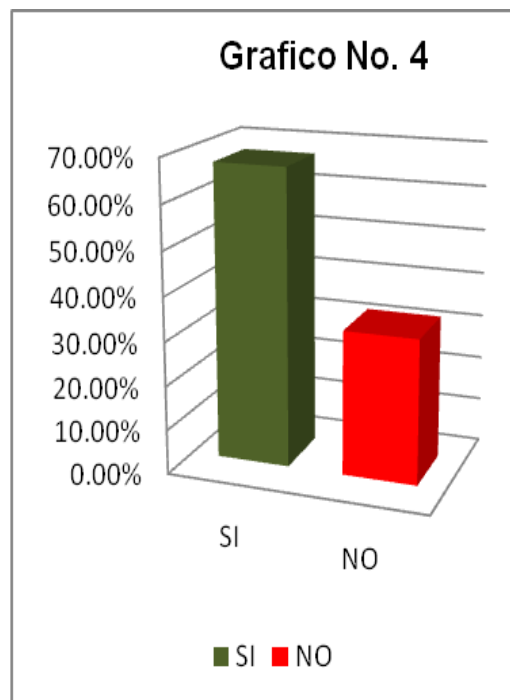
Elaborado por: Lic. Azucena Banda B.

Análisis:

Luego de aplicar la encuesta se indica que 31 enfermeras que corresponden el 56.36%, conocen los sitios de formación de úlceras y 24 enfermeras que son el 43.64% no conocen el sitio para la formación de úlceras por presión; por lo que se evidencia que trabajan muy poco en la prevención de la formación de las úlceras por presión.

Gráfico N° 4

Aplicación de los parámetros de la Escala de Norton en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010.



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería del área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010.

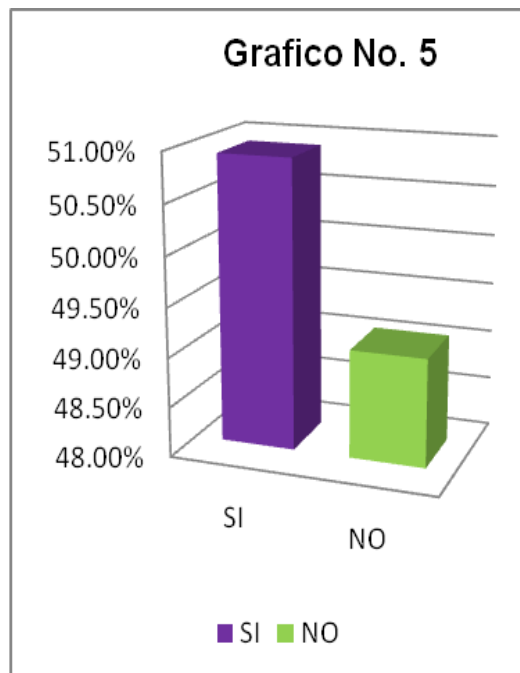
Elaborado por: Lic. Azucena Banda B.

Análisis:

Del grupo de enfermeras encuestadas, 37 que corresponden al 67.27%, conocen los parámetros de la Escala de Norton a utilizar; y 18 enfermeras, es decir, el 32.73% no lo conocen; por lo que se evidencia que valoran al paciente antes de proporcionar los cuidados de enfermería.

Gráfico N° 5

Conocimientos del personal de enfermería sobre los estadios de las úlceras por presión en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010.



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería del área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010.

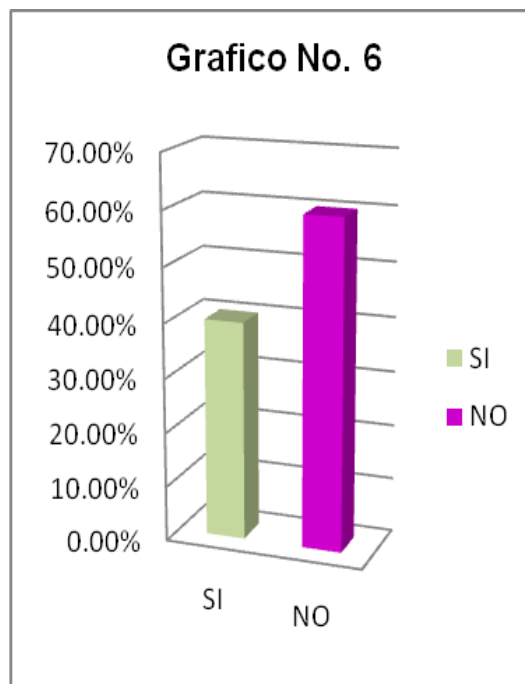
Elaborado por: Lic. Azucena Banda B.

Análisis:

Luego de aplicar la encuesta, 28 enfermeras correspondientes al 50.91% conoce los estadios de las úlceras por presión; y 27 enfermeras, es decir, el 49.09% no los conoce; por lo que se evidencia que casi la mitad del personal de enfermería, no tiene conocimiento sobre los estadios de las úlceras.

Gráfico N° 6

Conocimientos del personal de enfermería sobre la prevención de las úlceras por presión en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010.



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería del área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010.

Elaborado por: Lic. Azucena Banda B.

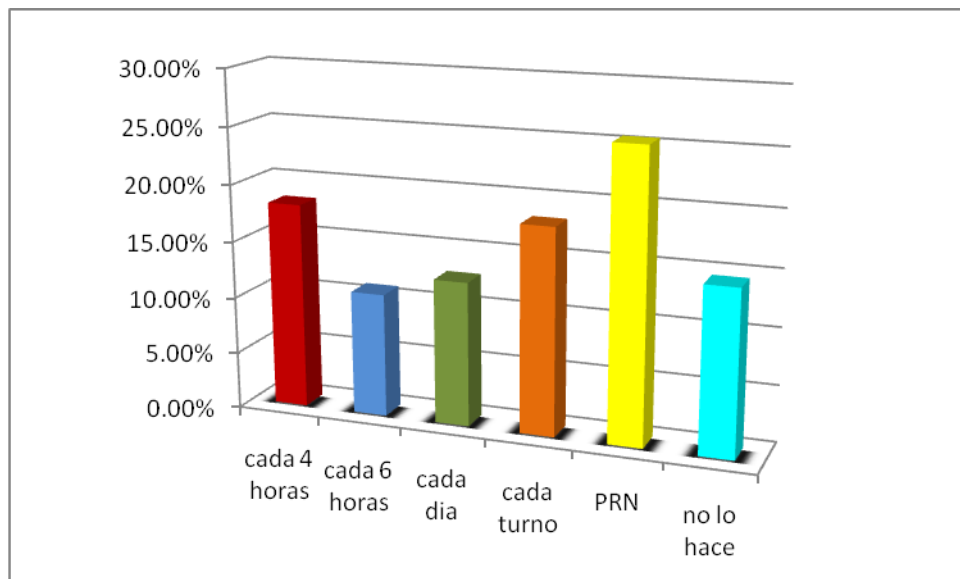
Análisis:

Del grupo encuestado, se obtiene que 22 enfermeras que corresponden al 40%, conocen las medidas preventivas en la formación de las úlceras por presión; y 33 enfermeras que son el 60% no las conoce; por lo que se evidencia la falta de conocimiento sobre las medidas de prevención de la formación de úlceras, para que puedan proporcionar cuidados de calidad a los pacientes politraumatizados.

Gráfico N° 7

Cambios posturales frecuentes a pacientes por úlceras por presión en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010.

GRAFICO No 7



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería del área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010.

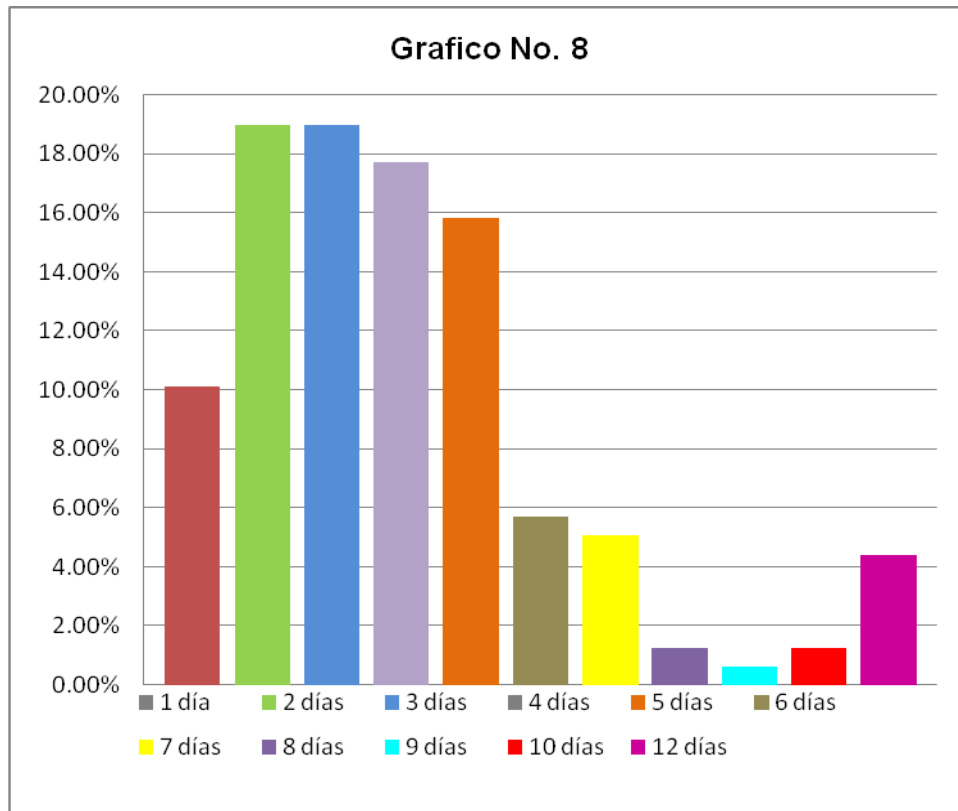
Elaborado por: Lic. Azucena Banda B.

Análisis:

Después de la encuesta realizada se aprecia que la enfermera cambia la postura del paciente cada 4 horas, es decir, el 18%; y cada 6 horas, el 9%; cada día el 12%; en cada turno el 17%; PRN el 24%; no lo hacen 13%, donde se puede evidenciar la falta continua de los cambios posturales que debe proporcionar el personal de enfermería.

Gráfico N° 8

Pacientes hospitalizados con estadía prolongada por la formación de úlceras por presión en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010.



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería del área de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010.

Elaborado por: Lic. Azucena Banda B.

Análisis:

De las estadísticas recogidas se observa que hubieron 158 pacientes politraumatizados ingresados en el área de estudio, con una estadía de hasta 12 días, los mismos que en el 2do y 3er día, es decir, el 19% de los pacientes evidencian manifestaciones de escaras; seguido del 17.8% que las evidencian al 4to día; y el 15.8% al 5to día; las que juegan un papel importante en la calidad de vida de cada paciente.

4.2. DISCUSIÓN

En la investigación presente, los resultados comprueban la hipótesis planteada, porque se confirma que existe deficiencia en el cuidado de los pacientes pediátricos para la prevención de las úlceras por presión, en el área de Terapia Intensiva del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”; ya que se evidencia en los resultados, el déficit de conocimientos que tiene el personal de enfermería en el manejo de los pacientes politraumatizados, porque no realizan los cambios posturales en el tiempo indicado; lo hacen una vez en el turno el 17%; pasando un día, el 12%; o no lo hace, el 13%.

Un factor muy importante que también determina que exista el cuidado deficiente en el área de estudio, es la falta de un protocolo de enfermería que sirva de guía para prevenir la formación de las úlceras con presión, para proporcionar el cuidado adecuado a los pacientes donde ya aparecieron las úlceras en el encamamiento, para garantizar la salud de estos pacientes pediátricos hospitalizados.

Según otros y el presente estudio, determinan que las úlceras por presión, afectan al grupo de pacientes hospitalizados, agravando su estado de salud y alargando su estancia hospitalaria, causando gastos económicos a los familiares del paciente y al Estado, a través del sistema sanitario de la institución de salud pública.

En relación a la capacitación del personal, para que adquieran conocimientos actualizados sobre el manejo de los pacientes politraumatizados en la prevención de la formación de las úlceras por presión, en el hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”; se determina, que les falta preocuparse de mantener capacitado al personal de enfermería, sobre esta problemática de salud, para que puedan proporcionar una atención de calidad y calidez a los pacientes politraumatizados, en el área de estudio.

4.3. CONCLUSIONES

Al concluir con la investigación presente: Protocolos de atención de enfermería para la prevención de las úlceras por presión (UPP) en pacientes politraumatizados de 1 mes a 16 años de edad, en el área de terapia Intensiva del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010; después de recolectado los datos en las encuestas y analizarlos estadísticamente, se llegó a evidenciar el conocimiento limitado que tiene el personal de enfermería en cuanto a las causas que conllevan a la formación de las úlceras por presión, que afectan la salud de estos pacientes.

- Durante la realización de este trabajo de investigación se ha llegado a la conclusión de que a pesar del conocimiento por parte del personal de enfermería, no se cuenta con todos los medios necesarios en el área, para la prevención de las escaras en estos pacientes.
- No se usan protocolos en el área de UCIP para la atención y ejecución de los procedimientos de enfermería, en los pacientes pediátricos politraumatizados.
- Por ser un área crítica, no se cuenta con la ayuda de los familiares, que colaboren en el cambio de postura de su familiar, ya que el personal tiene actividades diversas que cumplir, he incluso, tiene a su cargo hasta 6 pacientes por guardia, a quienes tienen que proporcionar los cuidados, generando déficit de atención.

4.4. RECOMENDACIONES

Después de analizadas las conclusiones de la investigación, se recomienda lo siguiente:

- Que el hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, como institución de salud, debe elaborar un programa de educación continua para poder capacitar constantemente al personal en la teoría y práctica.

- Que la institución solicite a comodato, el material necesario para la prevención de las úlceras por presión, como almohadas, donas, colchones anti-escaras, entre otros.
- Que se proporcione equitativamente al personal de enfermería de acuerdo a la cantidad de paciente existente en el área, para cubrir las necesidades de cada usuario.
- Insistir en el personal, no solo de enfermería sino a los médicos y terapeutas, que colaboren en los cambios de posición de los pacientes politraumatizados en el área.
- Insistir en el adecuado lavado de manos en el momento de la visita de los familiares, para no infectar a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brunner y Suddarth. (1997). Enfermería Médico-Quirúrgico. Mc Graw-Hill. Interamericana. Octava edición. México año 1997. Pág. 348, 349, 350, 351, 352, 353.
2. Cardos, A. (2009). Valoración de riesgo de úlceras por presión según escala de Norton (internet) (consultado 14/11/2009) Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/escala>
3. Carvajal. (2009). Introducción a los protocolos (internet) (consultado 11/12/2009).Disponible en <http://gcarvajalmodelos.wordpress.com>.
4. Castell. (2009). Técnicas quirúrgicas de las úlceras por presión documento pdf (Internet) (Consultado 05/12/2009) Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es>.
5. Dueñas. (2009). Cuidados de las úlceras por presión (internet) (consultado 24/11/2009). www.terra.es/personal/duenas/10.html.
6. Escala de valoración de riesgo de padecer de las úlceras por presión (Internet) (Consultado 13/12/2009) Disponible en. <http://web.usal.es/acardoso/temas/nova5.htm>.
7. Fonseca. (2009). Tratamiento de las úlceras por presión Isquiáticas. (Internet)(Consultado el 11/11/2009) Disponible en http://www.hvil.sb.cu/bvs/archivos/223_tesisocavafonsecaleskarel.
8. Fistera. (2009). Evolución de las úlceras por presión. (Internet) (Consultado 2/2009) <http://www.fistera.com/guias2/upresion.asp>.

9. Potter Perry, Fundamentos de enfermería Edición 5 España Madrid, Pago, 105, 106, 107, 108, 109, 113, 395, 396,397. Protocolo para la prevención de las úlceras por presión pág., 401,402, 403, 404, 405.
10. Ambiente el Unidad de cuidados intensivos. (internet) (consultado 16/12/2009) Disponible en www.mds.es
11. Actividades de enfermería (internet) (consultado 13/12/2009) Disponible en www.monografias.com.
12. Atención de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos ((internet) (Consultado 14/12/2009) Disponible en www.html.rincondelvago.com.
13. Cuidados generales de las úlceras por presión. (Internet) (Consultado el 6/12/2009) Disponible en: www.enfermeria-07blas.com
14. Cuidados de pacientes en UCI (internet) (consultado 25/11/2009) Disponible en www.uciperu.com
15. Cuidados a pacientes en UCI (internet) (consultados 16/12/2009) Disponible en www.eccpn.aibarra.org.
16. Cuidados de las úlceras por presión internet) (consultado 13/12/2009) Disponible en www.noeliarodriguez.ulceras.com
17. Documento pdf Tratamiento quirúrgico de las úlceras por presión (Internet) (Consultado 03/12/2009) Disponible en <http://www.easp.es/web/documento/BTA/00001271documento.pdf>
18. Diseño de Protocolo (internet) (consultado 12/11/2009) Disponible en <http://www.ec.isccs.es/Sevlet/Satellite>.

19. Enfermería Basada en Evidencia lineamientos Generales (internet) (consultado 11/12/2009) http://www.index_f.com/lascasas/documentos
20. Guías de intervención de enfermería (internet) (consultado 12/11/2009). www.valmex.mx/fmedicina/guia_ejecutivo.pdf.
21. Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión (GNEAUPP).
22. Las casas Enfermería Basada en Evidencia (internet) (consultado 13/12/2009). http://http://www.index_f.com/lascasas/lascasas.php
23. Páginas realizadas por Poveda Salva. Apuntes a pacientes crónicos. Actuaciones de enfermería a pacientes crónicos (internet) (consultado 14/12/2009) Disponible en File://E/Cuidadosa_pacientes_cronicos.htm.
24. Planes de cuidados (internet) (consultado 14/12/2009) Disponible en www.compendiodeenfermeria.com
25. Prevalencia de las úlceras por presión (internet) (consultado 15/11/2009) Disponible en <http://www.ulceras.ney./monograficos/ulc>
26. Salud. 2009. Cuidados post-operatorios de las úlceras por presión (internet) (Consultado 6/12/2009) www.mapfre.com.salud
27. Úlceras concepto (internet) (consultado 28/11/ 2009) Disponible en www.ulceras.net.
28. Úlceras clasificación y localización (internet) (consultado 22/11/2009). Disponible en <http://www.ulceras.net/monograficos/norton.pdf>

29.Úlceras por presión (internet) (consultado 23/12/2009) Disponible en www.estudiosobreulcerasporpresion.org.

30.Úlceras por presión (internet) (consultado 24/11/2009) Disponible en www.nursing.com.

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Graduados

**CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA
QUE LABORA EN EL AREA DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ROBERTO
GILBERT ELIZALDE**

OBJETIVO: recoger información sobre los conocimientos que tiene el personal de enfermería para la prevención y aplicación de los cuidados en pacientes con úlceras por presión.

INSTRUCCIONES:

A continuación usted encontrará un cuestionario, que es anónimo, no escriba su nombre en ninguna parte del cuestionario. Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste.

1. Señale con una X el concepto correcto de UPP.

- a. Úlcera que se desarrolla en el post operatorio por anastomosis quirúrgica de la piel.
- b. Son heridas que aparecen en la piel que cubre las prominencias óseas al soportar una presión externa que interfiere con la buena circulación sanguínea.
 - ✓ Si conoce
 - ✓ No conoce

2. Ha proporcionado cuidados a pacientes con UPP en los últimos 12 meses. SUBRAYE

- ✓ Siempre
- ✓ Poco
- ✓ Nunca

3. Una con una raya los sitios de presión para la formación de úlceras de acuerdo a la posición.

POSICION	SITIO DE PRESION
Decúbito prono	omoplato, sacro, tuberosidad Isquiática.
Decúbito lateral	frente, pectorales, rodillas Genitales, ojos.
Decúbito supino	orejas, costillas, cresta iliaca Gemelos, tibias, maléolo.
Semifowler	occipital, codos, omoplatos Sacro, coxis, talones.

4. Marque con una X los parámetros que valora en la escala Norton.

Actividad	estado mental	movilidad
Incontinencia	estado general	educación
Sequedad de piel	parche Hidrocoloides	signos vitales

5. Una con una raya según corresponda la clasificación de la evolución de las UPP por estadios.

ESTADIO I	úlceras superficiales que afectan a la Epidermis y dermis (ampolla, cráter)
ESTADIO II	eritema que no palidece a la presión
ESTADIO III	pérdida total del grosor de la piel Con necrosis del tejido y daño Muscular óseo y demás de una Estructura de sostén.
ESTADIO IV	pérdida del grosor de la piel O necrosis del tejido subcutáneo

6. Subraye que medidas tomaría usted para prevenir las úlceras por presión.

Examinar el estado De la piel.	mantener la piel seca y limpia
Monitorizar	mantener la ropa del paciente En los casilleros
Mejorar déficit Nutricional	cambios posturales cada 2 o 4 horas.
Administrar colonia En la piel	dejar que el paciente reciba algunas visitas

7.- Indique con qué frecuencia realiza los cambios posturales a los pacientes ingresados en la terapia intensiva.

Cada 4 horas PRN
Cada 6 horas No lo hace
Cada día
Cada turno

8.- Indique que tiempo aproximadamente permanecen ingresados los pacientes politraumatizados que están a su cuidado en el área de terapia intensiva

1 día	10 días
2 días	15 días
3 días	1 mes
4 días	Otra fecha
5 días	

APÉNDICE

Definición de úlcera por presión.- Son heridas que aparecen en la piel que cubre las prominencias óseas al soportar una presión externa debido a la presión continua sobre estas prominencias que interfieren con la buena circulación sanguínea y nutrición de los tejidos evolucionando hacia la necrosis y úlceras de las mismas.

Clasificación de úlceras por estadio

Estadio I.- Enrojecimiento de la piel que no se corrige con masajes ni eliminando la presión.- piel intacta.

Estadio II.- Lesión dérmica superficial que se manifiesta por grietas o vesículas cutáneas, se limita a epidermis o dermis superficial.

Estadio III.- Herida bien definida que afecta a toda la dermis y al tejido celular subcutáneo.

Estadio IV.- Úlcera que afecta a estructuras más profundas y que en función de su localización presenta destrucción de aponeurosis, tejido conectivo, músculo y huesos.

Prevención de las úlceras por presión.- Es el conjunto de medidas encaminadas a prevenir la aparición de los UPP.

Procedimientos Generales

- Examinar los estados de la piel por lo menos una vez al día.
- Mantener la piel limpia y seca
- Valorar y tratar la incontinencia.
- Vigilar cualquier zona enrojecida.
- Corregir déficit nutricional
- Cambios posturales de 2 a 4 horas
- Fomentar movilidad y actividad del paciente

- Instaurar medidas anti escaras
- No masajear prominencias óseas

Directrices Generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión

Valoración.- Se debe realizar valoración global del paciente.

Alivio de la presión de los tejidos.- Aliviar la presión para evitar isquemia tisular.

Cuidados Generales.- Todo paciente presenta mayor riesgo de desarrollar nuevas lesiones.

Cuidado de la úlcera.- El plan básico debe contemplar:

- Desbridamiento
- Limpieza
- Prevención de Infección

Colonización e infección bacteriana.- todas las úlceras están contaminadas por bacterias. Se debe verificar inflamación, dolor, exudado purulento.

Reparación Quirúrgica de las úlceras de los UPP.- se deberá considerar la reparación quirúrgica en aquellos pacientes con úlceras en estadio III y IV, que no responde al tratamiento convencional.

Educación y mejora en la calidad de vida.- deben integrar conocimientos básicos sobre estas lesiones y deben cubrir el espectro completo de cuidados para la prevención y tratamiento dirigidos a paciente familiares y profesionales.

Cuidados paliativos y úlceras por presión.- aunque el paciente este en estado terminal el objetivo es evitar la aparición de las úlceras por presión hay que plantear objetivos terapéuticos de acuerdo con la posibilidad de curación evitando en lo posible técnicas agresivas.

En situaciones de agonía será necesario valorar las necesidades de realizar cambios posturales en el paciente.

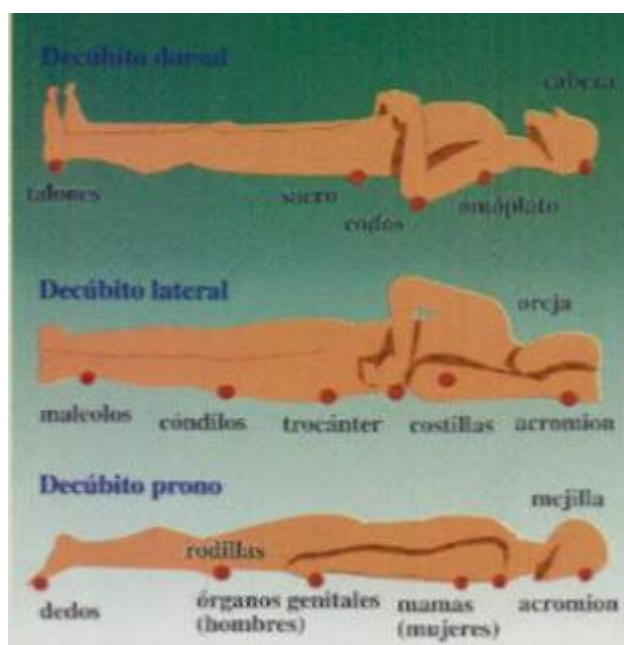
Evaluación.- el proceso de evaluación es un instrumento básico para mejorar la eficacia de los procedimientos empleados en el cuidado de las úlceras por presión. Los resultados de de los cuidados pueden medirse en base a la incidencia y prevalencia de las úlceras por presión.

Conclusión.- las úlceras por presión pueden y deben evitarse con unos buenos cuidados de enfermería dentro de un plan general que incluye el trabajo multidisciplinar del médico, enfermera, paciente y familia, hay que buscar el tratamiento ideal para cada tipo de úlcera y en muchos casos utilizar diferentes tratamientos según se observe su evolución.

LOCALIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS

Se suelen localizar, habitualmente, en las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo. Así las áreas más susceptibles de desarrollar U.P.P son la región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas.

En la imagen vemos como dependiendo de la posición que tenga la persona, las úlceras se van a desarrollar en una zona u otra del cuerpo.



ESTADIO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

ESTADÍO I

Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados.



En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometido a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:

Temperatura de la piel (caliente o fría)

Consistencia del tejido (edema, induración)

Y/o sensaciones (dolor, escozor).

ESTADÍO II

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.



ESTADÍO III

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.



ESTADÍO IV

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).

En este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.



El estadiaje correcto requiere la retirada previa de los tejidos necróticos. La identificación del estadio I es crucial para establecer la necesidad de vigilancia y cuidados preventivos. Debe prestarse especial atención a los pacientes con yesos, dispositivos ortopédicos y medias de compresión, vigilando la aparición de lesiones próximas o subyacentes a los mismos. Las localizaciones de UP más frecuentes son el sacro y trocánter. En todos los casos que procedan, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

ANEXO 4.

ÍNDICE DE NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Estado General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Caminando	4. Total	4. Ninguna
3. Débil	3. Apático	3. Con ayuda	3. Disminuida	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Sentado	2. Muy limitada	2. Urinaria
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble Incontinencia

La puntuación máxima de la escala de Norton es de 20, quedando establecido el riesgo de padecer una úlcera cuando la puntuación total es de 14 o inferior.

Puntuación de 5 a 9 – riesgo muy alto

Puntuación de 10 a 12 – riesgo alto

Puntuación de 13 a 14 – Riesgo medio

Puntuación mayor de 14 – riesgo mínimo/no riesgo

ANEXO 5.

HOJA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Fecha:

Cubículo:

Nombre del paciente:

Turno	Valoración	Localización	Tejido	Condición	Intervención
Mañana	Norton	Sacro	Enrojecimiento	Tejido de granulación	Movilización
	Estadio I	Glúteo	Vesícula íntegra	Seca	Seca y limpia
	Estadio II	Escapula	Abierta	Sangrante	Realiza ejercicio
	Estadio III	Talón	Necrosis	Purulenta	Lavado de zona
	Estadio IV	Oído	Perdida de piel	Parche Hidrocoloides	Instalación de parche
		Occipital			Toma de cultivo
		Otro			Lubricación de piel
					Retira tejido de lesión
					Otros.....