

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

“EVALUACION E INTERVECION DE ENFERMERIA EN LA OPTIMIZACION DEL
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA, PARA LA PREVENCIÓN DE
ULCERAS POR PRESION EN EL PACIENTE CRITICO PEDIATRICO”

PAULA ISABEL IREGUI CANO

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION

PROGRAMA DE ENFERMERIA

CHIA, CUNDINAMARCA

2015-1

“EVALUACION E INTERVECION DE ENFERMERIA EN LA OPTIMIZACION DEL
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA, PARA LA PREVENCION DE
ULCERAS POR PRESION EN EL PACIENTE CRITICO PEDIATRICO”

PAULA ISABEL IREGUI CANO

PROYECTO DE GESTION, COMO OPCION DE GRADO, PARA OPTAR EL
TITULO DE ENFERMERA

ASESOSRA

PILAR MONROY LUNA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION

PROGRAMA DE ENFERMERIA

CHIA, CUNDINAMARCA

2015-1

1	Contenido.....	1
2	INTRODUCCION	8
2.1	DESCRIPCION DEL PROBLEMA	8
2.2	FORMULACION DEL PROBLEMA	11
2.3	.MAGNITUD DEL PROBLEMA.....	11
2.4	CRITERIOS DE INCLUSION.....	12
2.5	ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	12
2.6	LOCALIZACION DEL PROBLEMA.....	13
	1.6.1 DIAGNOSTICO SITUACIONAL, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICA.....	13
2.7	CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION.....	14
2.7.1	HISTORIA.....	14
2.7.2	OTROS DATOS.....	15
2.7.3	MISION	15
2.7.4	VISION.....	15
2.7.5	ESTRATEGIA.....	16
2.7.6	VALORES	16
2.7.7	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	17
2.7.8	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO (ENFERMERIA)	18
2.7.9	ESTRUCTURA ORGÁNICA.....	19
	MAPA DE PROCESOS	19
2.7.10	ASPECTOS GENERALES.....	19
	RECURSOS INTANGIBLES:.....	20
2.7.11	Reputación:.....	20
2.7.12	RECURSOS HUMANOS:	20
2.7.13	CARACTERÍSTICAS FÍSICAS:	21
	Cuenta con 2 plantas, entre las que se encuentra la sede 1 y la sede 3.	21
2.7.14	FUENTES DE INGRESO:.....	24
	CERTIFICACIÓN Y PREMIOS	24
2.7.15	PROCESO PRODUCTIVO (7).....	25

2.8	COMO SE PRETENDE SOLUCIONAR EL PROBLEMA.....	26
2.9	MATRIZ DOFA.	27
2.9.1	ESTRATEGIAS DOFA	27
3	JUSTIFICACION.....	29
3.1	EVALUACION E INTERVENCION DE ENFERMERIA, PARA OPTIMIZAR EL PROCESO DE ATENCION, PARA LA PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION EN EL PACIENTE CRITICO PEDIATRICO.....	30
4	OBJETIVOS.....	30
4.1	OBJETIVO GENERAL.....	30
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	31
4.3	ALCANCE.....	31
5	MARCO TEORICO	31
5.1	REFERENTE TEORICO.....	31
	TEORÍA DEL AUTOCUIDADO (8).....	31
5.2	GENERALIDADES DEL SISTEMA TEGUMENTARIO (9) (10)	35
5.2.1	EPIDERMIS	35
5.2.2	DERMIS.	36
5.2.3	HIPODERMIS.....	37
5.3	CAMBIOS DE LA PIEL SEGÚN LA EDAD.(11).....	37
5.4	ULCERAS POR PRESION	39
5.4.1	DATOS EPIDEMIOLOGICOS:.....	39
5.4.2	ULCERAS POR PRESION, CONTEXTUALIZACION.....	41
5.4.3	CLASIFICACION.....	42
5.5	IMÁGENES DE REFERENCIA.....	43
5.6	ETIOPATOGENIA.	44
5.7	LOCALIZACION	47
5.7.1	OTRAS.....	49
5.7.2	TIPOS DE TEJIDO DE LECHO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN (50	
5.7.3	FASES DE CICATRIZACIÓN	52

5.8	SINDROME DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO	53
5.8.1	MANIFESTACIONES CLINICAS.....	54
5.9	USO DE MIORELAJANTES Y COTICOIDES.....	59
5.10	ESCALA DE BRADEN	60
6	METODOLOGIA	64
6.1	POBLACION.....	64
	CICLO PHVA/5W-2H.....	64
6.2	PLANEAR.....	64
6.3	QUE ES LO QUE SE VA A HACER?	64
6.4	PORQUE SE VA A HACER?.....	65
6.5	COMO SE VA A HACER?	65
6.6	CUANDO SE VA A REALIZAR, CUANDO SE EMPIEZA, CUANDO SE TERMINA.	66
6.7	DONDE SE VA A HACER.	66
6.8	QUIEN LO VA A REALIZAR.....	66
6.9	COMO LO VOY A MEDIR.	67
6.10	COMO LO VOY A CONTROLAR.	67
6.11	METAS.....	67
6.12	HACER.....	68
6.13	VERIFICAR.....	69
6.14	ACTUAR.....	70
7	CONSIDERACIONES ETICAS	70
8	PLAN DE ACCION.....	74
9	CRONOGRAMA.....	76
10	PRESUPUESTO.....	77
11	RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	78
11.1	RESULTADO DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACION DE PIEL BRADEN Q.	78
12	CONCLUSIONES	88
13	RECOMENDACIONES	91

14 ANEXOS..... ¡Error! Marcador no definido.

2 INTRODUCCION

La prevención de úlceras por presión es un tema en el que la enfermería tiene Gran responsabilidad dentro de su rol independiente. Se estima que un 95% de las Úlceras se pueden prevenir, por lo que el índice de úlceras por presión se ha Convertido en un indicativo de la calidad de los cuidados enfermeros Además, la valoración y la actuación sobre el diagnóstico enfermero “Riesgo de Alteración de la integridad de la piel” repercuten en la comodidad del paciente, la Prevención del dolor y de complicaciones como la infección y posible sepsis, el Aumento de la estancia hospitalaria, la prevención de nuevos ingresos y el gasto Sanitario.

Las úlceras por presión (UPP) son un importante problema de salud por su Prevalencia y morbilidad asociada, que pueden afectar a pacientes en todos los Ámbitos asistenciales. Una gran mayoría de ellas (alrededor del 70%) ocurren en Personas < 5 años. Diversos estudios han mostrado que con una correcta Implementación de políticas específicas destinadas a su prevención se consigue Evitar su aparición en un considerable número de casos.[2]

Por lo anterior el presente trabajo busca determinar los factores asociados a la formación de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en la UCIP que permita evidenciar la veracidad de la problemática para la toma de decisiones acertadas por parte de la directiva, donde se genere un plan de atención ajustado a las normas vigentes

2.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La profesión de enfermería tiene como eje central el cuidado, y partiendo de la visión holística del ser humano, los cuidados de la piel son trascendentales dentro del quehacer diario del profesional de enfermería. Una adecuada valoración inicial y un plan de cuidado acertado puede prevenir la aparición de úlceras por presión y

lesiones en piel. Las úlceras por presión se generan como consecuencia del aplastamiento tisular, realizado entre dos planos uno intrínseco o propio del paciente y otro extrínseco o ajeno al paciente. (1)

Las úlceras por presión eran infrecuentes en lactantes y preescolares, debido a la relativa facilidad del tejido para restablecerse, pero los avances en tecnología médica han limitado las opciones posturales para estos pacientes durante los tratamientos prolongados, llegando a alcanzar tasas de prevalencia del 23% en UCIP y del 20% en UCINEO, además de ser dolorosas y exponer al menor a una posible infección, las úlceras por presión pueden dejar en algunos casos secuelas irreversibles y trastornar la imagen corporal de menor.(2)

Actualmente se ha demostrado que el 95% de las úlceras por presión son evitables y cerca del 60% son prevenibles mediante el uso adecuado de las herramientas de diagnóstico adecuadas en el caso del paciente pediátrico la escala Braden q.

La Fundación Cardio-infantil, es una institución prestadora de servicios de salud de IV nivel, que fundamenta su atención en la guía de práctica clínica de prevención, manejo y seguimiento seguro de la piel de los pacientes, dicha guía existe desde 1998 y desde su creación ha contado con la participación activa de coordinadoras de enfermería y enfermeras proactivas que han trabajado en pro del cuidado preventivo y curativo de las lesiones en piel, presentes en la institución (1).

La guía está encaminada a la prevención y al manejo seguro de la piel en pacientes adultos y pediátricos, sin embargo el sustento teórico y la aplicación clínica se queda corta en la valoración de riesgos en el paciente pediátrico, la guía se encuentra dirigida a personal de salud, haciendo énfasis en el personal de enfermería y el personal que se encuentra en formación, su aplicación abarca todo el proceso de atención desde el ingreso hasta el egreso del paciente, la valoración de los factores de riesgo para desarrollar lesiones en piel, forma parte

determinante dentro del proceso de atención de enfermería en la fundación cardioinfantil, pero dicho proceso se estandarizo con la valoración de la escala de braden siendo esta inexacta para la valoración de la población pediátrica en estado crítico.

En 2009 se crea el programa de cuidado de la piel a nivel institucional, con el fin de estandarizar los procesos de prevención y tratamiento de lesiones en piel, dicho programa genero beneficios para los pacientes, puesto que disminuyo la aparición de lesiones en piel, la estancia hospitalaria. (4)

En el año 2012 el departamento de enfermería de la Fundación Cardio-infantil, evaluó la necesidad de implementar las guía de buena práctica en enfermería basadas en la evidencia de la RNAO, con el fin de fortalecer la valoración del paciente, dicho proceso requiere el apoyo de un modelo de atención, que se realiza en la fundación cardo-infantil con el modelo de autocuidado de Dorothea Orem, y en el caso de la valoración del riesgo de lesiones en piel en la población pediátrica debe ser realizada con el apoyo de la escala de valoración de piel braden q.(aun no validada)

Con el presente proyecto de gestión se busca desarrollar una guía de intervención que use la escala Braden q, para el correcto diagnóstico situacional del paciente, y establecer un plan de acción, que por medio de algoritmos establezca un plan de acción para prevenir la aparición de úlceras por presión en el paciente critico pediátrico.

La conservación de la integridad cutánea de los pacientes constituye un Aporte para la disminución de la incidencia de úlceras por presión en Pacientes en estado crítico que ingresan a la unidad de cuidado intensivo pediátrico, basando la atención de enfermería en los principios de integralidad y continuidad nombrados en la ley 266 de 1996

2.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

Con base en lo anterior se busca determinar “como prevenir las úlceras por presión en el paciente crítico pediátrico, hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos pediátrica de la fundación Cardio-infantil mediante la correcta aplicación de la escala de valoración de piel Braden q, y el desarrollo de una guía de intervención que permita la pronta y correcta actuación del personal de enfermería para prevenir la aparición de úlceras por presión en el paciente crítico pediátrico, durante el primer semestre de 2015”.

2.3 .MAGNITUD DEL PROBLEMA

La unidad de cuidado intensivo pediátrica, de la Fundación CardioInfantil, es una unidad de alta complejidad en el ámbito técnico, tecnológico y científico, que cuenta con personal calificado para brindar un proceso de atención óptimo a la población pediátrica en situación de criticidad.

La unidad está compuesta por 8 cubículos o camas, cada uno dotado de equipos de monitoreo y de asistencia en las labores diarias del quehacer de enfermería, la unidad cuenta con la más alta tecnología disponible a nivel nacional para la correcta atención de las diversas patologías y sus complicaciones presentes en la población pediátrica, caracterizada por ser dirigida por un equipo médico competitivo, que se encuentra en capacitación constante para implementar los últimos avances en pediatría dentro de la unidad pediátrica, lo que genera que al ser un ambiente en avance constante el personal de enfermería se capacite junto con el personal médico, para brindar un cuidado integral y óptimo al paciente pediátrico en estado crítico.(5)

Las unidades de cuidado intensivo son asociadas con patologías severas, que generan un deterioro constante en la salud de los pacientes, y que implica largos periodos de recuperación, y en muchas ocasiones requieren de tratamientos

farmacológicos agresivos, lo que conlleva a que el paciente pediátrico curse con algún tipo de incapacidad en alguno de sus sistemas.

Partiendo de lo anterior se hace visible el papel de la enfermera como cuidadora y la importancia de la correcta evaluación de enfermería para asegurar que los avances técnicos y tecnológicos se están aplicando de forma correcta en la valoración y desarrollo del proceso de atención de enfermería, en este caso particular para la prevención de las úlceras por presión en la población pediátrica.

2.4 CRITERIOS DE INCLUSION

A la unidad de cuidado intensivo pediátrica de la Fundación Cardio Infantil, ingresan pacientes de edades muy variadas, desde el lactante menor, así como los niños en edad preescolar, escolar y la población adolescente, Para el desarrollo del presente programa se considera criterio de inclusión Pacientes pediátricos que se ubican en un rango de edad comprendido entre los 30 días de nacido y los 17 años y 11 meses, hospitalizados en la UCIP de la Fundación Cardio-Infantil que se encuentran en condiciones críticas que dificulten su movilidad y hagan necesaria la intervención y apoyo del personal de enfermería para prevenir la aparición de úlceras por presión. (5)

2.5 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Las úlceras por presión han sido un problema común en las unidades de cuidado intensivo debido al estado crítico de los pacientes que allí ingresan, y la unidad de cuidado intensivo pediátrico de la Fundación Cardio-infantil no es la excepción, en los últimos dos años las úlceras por presión se han convertido en un barrera para el proceso de autocuidado del paciente crítico pediátrico.

En el año 2013 se presentaron 10 úlceras por presión en un aproximado de 398 pacientes, viéndose afectado el 2% de la población pediátrica de la unidad durante ese año.

En el 2014 se presentaron 24 úlceras por presión en un aproximado de 400 pacientes, viéndose afectado el 6% de la población pediátrica hospitalizada en la unidad durante ese año.

En el periodo comprendido entre enero y febrero de 2015 se han presentado 3 úlceras por presión en un aproximado de 30 pacientes, viéndose afectado hasta ese momento el 10% de la población pediátrica hospitalizada en la unidad, durante dicho periodo

El aumento del 4% para el 2014 con relación al 2013, hizo imperativo la realización del actual proyecto y de la guía de atención de enfermería, para optimizar el proceso de atención de enfermería. (6)

2.6 LOCALIZACION DEL PROBLEMA

1.6.1 DIAGNOSTICO SITUACIONAL, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICA

Unidad de cuidado intensivo pediátrica, servicio ubicado en el segundo piso torre C de la Fundación Cardio-infantil, de la ciudad de Bogotá D.C de, Colombia.

En la unidad de cuidado intensivo pediátricos se encuentran 8 cubículos destinados al manejo del paciente pediátrico en estado crítico, con una relación personal-paciente, asignada de la siguiente manera:

- 2 enfermeras de planta, 1 enfermera adicional por cada paciente pos trasplante, o cuando la gravedad de los pacientes dentro de la unidad lo amerite
- 1 enfermera jefe-por cada 4 pacientes
- 1 auxiliar de enfermería por cada 4 pacientes
- Un médico intensivista pediátrico

- 2 médicos residentes en pediatría
- 3 médicos candidatos a fallo en pediatra intensivista
- 1 medico candidato a fallo en infectologia
- 1 terapeuta respiratoria (intermitente ya que comparte su lugar de trabajo con la UCI Neonatal.
- 1 camillero (para la unidad de cuidados intensivos pediátrica, y la unidad cardiovascular pediátrica)
- 1 auxiliar administrativa.

El comportamiento del servicio requiere una atención especial por parte del personal de enfermería, esto debido a que los pacientes que se encuentran en la unidad, se encuentran en condiciones de inestabilidad física y fisiológica. Lo que hace imperativa la presencia y disponibilidad de un personal calificado y capacitado para manejar las necesidades de cada paciente (5)

2.7 CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION.

2.7.1 HISTORIA.

La Fundación Cardio-Infantil, es una institución privada sin ánimo de lucro, constituida en 1973, dirigida principalmente a la atención de niños con problemas cardiovasculares de escasos recursos, que no pueden acceder a la calidad y tecnología de los servicios de salud que requieren. Dada la magnitud de los problemas cardiovasculares en otros grupos generacionales y con el fin de dar continuidad a la obra iniciada con los niños, en octubre de 1993 se creó el Instituto de Cardiología, extendiendo la atención cardiológica a pacientes de todas las edades y ampliando su portafolio de servicios con 51 especialidades médico-quirúrgicas para brindar atención integral a todos sus pacientes.

En un área de 65.000 m², conformado con un alto desarrollo tecnológico, modernos equipos y un equipo humano calificado, la fundación Cardio-infantil

recibe aproximadamente un millón de visitantes al año, prestando atención a un promedio mensual de 1.100 pacientes hospitalizados, 9.000 consultas de urgencia, 9.500 consultas ambulatorias especializadas, 12.000 exámenes diagnósticos y 8.600 cirugías (de las cuales 1200 corresponden a cirugías cardiacas), convirtiéndose así en uno de los complejos médicos de cuarto nivel más importantes del país y Latinoamérica.

2.7.2 OTROS DATOS.

- HOSPITALIZACION: 330 camas: 90 camas en cuidado intensivo, torre cardiovascular adultos: 64 camas, 16: cuidado intensivo coronario
- SEIS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO
 - Unidad de cuidado intensivo neonatal
 - unidad de cuidado intensivo pediátrico
 - unidad de cuidado cardiovascular pediátrico
 - unidad de cuidado intensivo coronario adultos
 - unidad de cuidado médico adultos
 - unidad de cuidado quirúrgico adultos
- 4 salas de hemodinamia y 8 salas de cirugía
- 371 trasplantes realizados (118 de riñón, 208 de hígado, 45 de corazón)

2.7.3 MISION

Atender niños colombianos de escasos recursos, con problemas cardiovasculares.

2.7.4 VISION

Continuar garantizando el cumplimiento de nuestra misión, convirtiéndonos en líderes reconocidos nacional y regionalmente por la excelencia clínica, la atención humanizada y compasiva y el mejoramiento de la salud y bienestar de nuestros pacientes y sus familias.

2.7.5 ESTRATEGIA

Brindar atención especializada a niños y adultos a nivel nacional y regional, enfocados en atención cardiovascular y otros servicios de alta complejidad, a través de una práctica clínica integrada apoyada en programas de investigación y educación. El plan estratégico 2012-2014 definido en el 2011 ratifica la misión y la visión institucional y confirma la orientación a la alta complejidad conservando su vocación cardiovascular tanto para la población pediátrica como adulta, buscando un mayor posicionamiento como centro de referencia especializado a nivel regional por su excelencia clínica humanizada y compasiva

Para tal fin las prioridades van dirigidas al desarrollo integral del talento humano, a fortalecer las habilidades organizacionales para el aprendizaje y mejoramiento continuo que hagan de la fundación una de las mejores instituciones para trabajar en el país, a la formación de nuevas generaciones médicas y paramédicas a la generación de información relevante para la comunidad científica y para el sector en general. La evolución hacia un modelo de gestión clínica integral, al fortalecimiento del mercado local y la apertura de nuevos mercados internacionales, a conservar un modelo operacional eficiente y auto sostenible y a seguir trabajando en pro de una mayor conciencia social para el desarrollo y mejor futuro del país.

Lo anterior con el fin de continuar haciendo de la fundación una institución altamente competitiva, atractiva para el talento humano, segura para sus pacientes, confiable para sus clientes aseguradores y sobre todo reconocida por su gran calidad humana y compromiso social-

2.7.6 VALORES

- Ética
- Solidaridad
- Calidez en la atención
- Fidelidad
- Honestidad

- Compromiso.

2.7.7 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Brindar atención especializada a niños y adultos a nivel nacional y regional, enfocados en atención cardiovascular y otros servicios de alta complejidad, a través de una práctica clínica integrada apoyada en programas de investigación y educación. El Plan Estratégico 2012-2014 definido en el 2011 ratifica la Misión y la Visión institucional y confirma la orientación a la alta complejidad conservando su vocación cardiovascular tanto para la población pediátrica como adulta, buscando un mayor posicionamiento como centro de referencia especializado a nivel regional por su excelencia clínica, humanizada y compasiva.

Para tal fin las prioridades van dirigidas al desarrollo integral del talento humano, a fortalecer las habilidades organizacionales para el aprendizaje y mejoramiento continuo que hagan de la Fundación una de las mejores instituciones para trabajar en el país, a la formación de nuevas generaciones médicas y paramédicas, a la generación de información relevante para la comunidad científica y para el sector en general, la evolución hacia un modelo de gestión clínica integral, al fortalecimiento del mercado local y la apertura de nuevos mercados internacionales, a conservar un modelo operación eficiente y auto sostenible; y a seguir trabajando en pro de una mayor conciencia social para el desarrollo y mejor futuro del país.

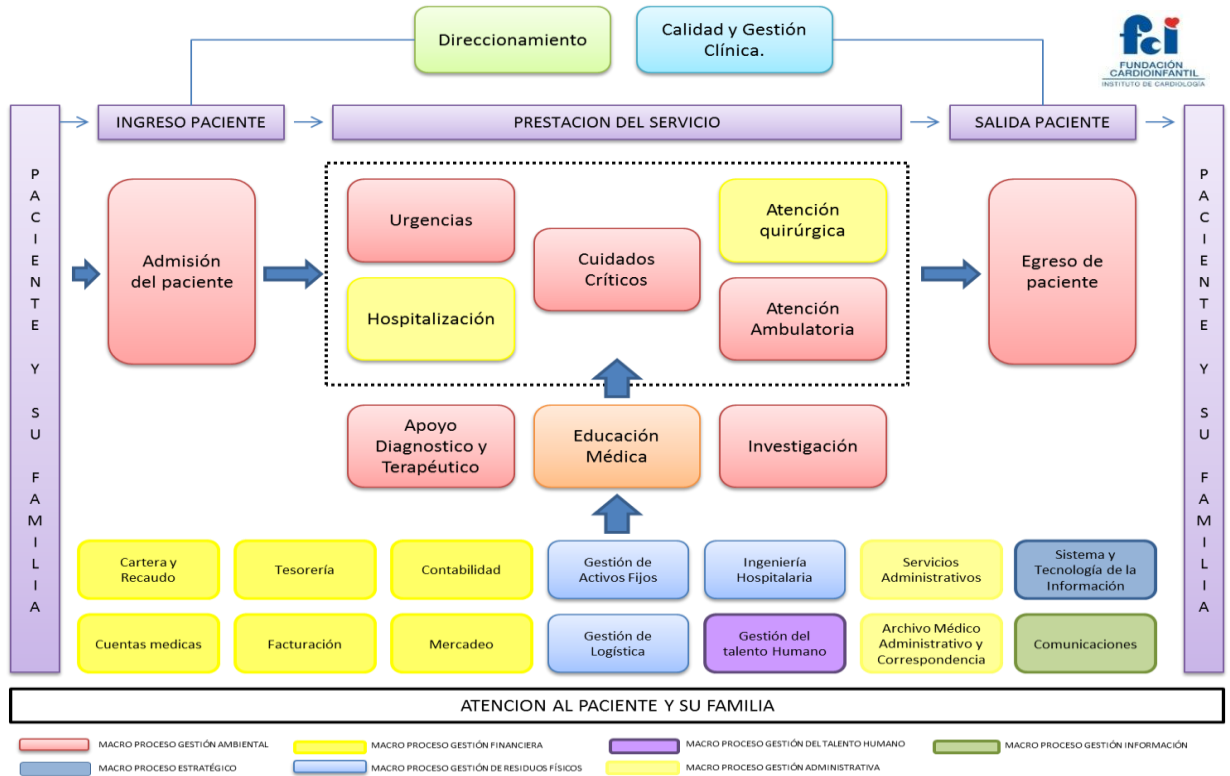
Lo anterior con el fin de continuar haciendo de la Fundación, una Institución altamente competitiva, atractiva para el talento humano, segura para sus pacientes, confiable para sus clientes aseguradores y sobretodo reconocida por su gran calidad humana y compromiso social.

2.7.8 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO (ENFERMERIA)

- Dirigir el proceso de atención de enfermería para facilitar las intervenciones y resultados del cuidado del paciente, familia y cuidadores, soportados con talento humano idóneo y altamente comprometido, con trabajo en equipo y comunicación efectiva.
- Fortalecer estrategias que faciliten el seguimiento de la gestión de enfermería centrada en la seguridad, experiencia del paciente, familia y cuidadores.
- Orientar el cuidado de enfermería basado en los principios de la práctica profesional explícitos en la Ley 266 de Enero 25 de 1996: Integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad, continuidad y oportunidad.
- Planear y ejecutar programas de entrenamiento y formación, que permitan actualizar las prácticas inherentes al acto de cuidado, fundamentado en conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas.
- Adoptar un modelo conceptual, como guía teórica, que oriente el pensamiento y la acción de enfermería.
- Implementar Guías de Práctica Clínica de Enfermería Basadas en la Evidencia, a través del Convenio con la RNAO y consolidar la FCI-IC como BPSO- Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados.⁵

2.7.9 ESTRUCTURA ORGÁNICA

MAPA DE PROCESOS



2.7.10 ASPECTOS GENERALES.

1. Ubicación geográfica.

La Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología se encuentra ubicada en la dirección: Calle 163 A N° 13B-60, Bogotá C/marca, Colombia - Sur América

2. Recursos tangibles:

- Físicos: Cuenta con 2 plantas, entre las que se encuentra la sede 1 y la sede 3.

RECURSOS INTANGIBLES:

2.7.11 Reputación:

La Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología reconocida por ser una institución dirigida principalmente a la atención de niños con problemas cardiovasculares, que por sus escasos recursos, no pueden acceder a la calidad y tecnología de los servicios de salud que requieren

i. Tecnología:

Cuenta con sistemas de seguridad, para prevenir el fraude y ataque cibernéticos. Maneja computadores de última tecnología para empleados.

ii. Cultura

Sus valores están enfocados a la satisfacción del cliente siempre dando un mejor servicio para así generar una mayor fidelización de los mismos.

2.7.12 RECURSOS HUMANOS:

i. Número de Trabajadores: 2813

ii. Número de Trabajadores expuestos a riesgo biológico: 2181

iii. Conocimiento: Cuenta con personal capacitado para desempeñar cada uno de los cargos.

iv. Comunicación: Maneja diferentes medios de comunicación, utilizando la intranet, correos electrónicos, red telefónica.

v. Motivación: Se da motivación a los empleados a través de beneficios, y bienestar para los empleados y sus familias.

2.7.13 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS:

Cuenta con 2 plantas, entre las que se encuentra la sede 1 y la sede 3.

TORRE	NOMBRE	No. DE PISOS	ÁREA
A	INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA	1	ADMISIONES URGENCIAS
			URGENCIAS CONSULTORIOS
			COORDINACIÓN URGENCIAS
			URGENCIAS PEDIATRÍA PLANES ESPECIALES
			URGENCIAS PEDIATRÍA
			URGENCIAS PLANES ESPECIALES
			OBSERVACIÓN ADULTOS
			FARMACIA
			ORTOPEDIA
			RAYOS X
		2	UCI CARDIOVASCULAR
			FACTURACIÓN
			CALIDAD
			CIRUGÍA
			CIRUGÍA GENERAL
			ANESTESIA
			ORTOPEDIA
			ESTERILIZACIÓN
		3	ALMACÉN CIRUGÍA
			HOSPITALIZACIÓN ADULTO
			ESPECIALIDADES NO QUIRÚRGICAS
			CIRUGÍA
		4	GASTRO
			CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
HOSPITALIZACIÓN			
5	EDUCACION MEDICA		
	UCI		
6	ENFERMERÍA		
	URGENCIAS		
B	TORRE REINALDO CABRERA P	1	REFERENCIA
			ADMISIONES
		3	HOSPITALIZACIÓN

		4	HOSPITALIZACIÓN
		5	HOSPITALIZACIÓN
		6	HOSPITALIZACIÓN
C	TORRE PEDIATRÍA	SÓTANO	CUENTAS POR PAGAR
		1	ADMISIONES
			FACTURACIÓN HOSPITALARIOS
			AUTORIZACIÓN HOSPITALIZACIÓN
			EXPERIENCIA AL PACIENTE
		2	HOSPITALIZACIÓN
			UCI PEDIÁTRICA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
			UCI PEDIÁTRICA
		3	UCI NEONATOS
			HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA PEDIÁTRICA
D	TORRE CARLOS LLERAS	SOTANO	OBREVAL
		1	ODONTOLOGÍA
			UROLOGÍA
			CONSULTA EXTERNA ADULTOS
			ELECTRO FISILOGÍA
			CAJA CONSULTA EXTERNA
			VOLUNTARIADO
			REHABILITACIÓN FÍSICA
		2	HOSPITALIZACIÓN
			UCI MEDICA
		3	LACTARIO
			HOSPITALIZACIÓN PABELLÓN BENEFACTORES
		E	TORRE EL PARQUE
CONSULTA EXTERNA CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA			
REHABILITACIÓN CARDIACA			
SIMULACIÓN			
CONSULTA EXTERNA PEDIATRÍA			
2	REHABILITACIÓN FÍSICA CENTRO DE ESPECIALISTAS		
	OFTALMOLOGÍA		
	ODONTOLOGÍA CENTRO DE ESPECIALISTAS		
	CENTRO DE ESPECIALISTAS TORRE E		
3	LOGÍSTICA		
	COMPRAS		
	EPIDEMIOLOGIA		
	EXPERIENCIA AL PARQUE		
	CALIDAD		
			CALL CENTER

			SISTEMAS
			CENTRO DE PROMOCIÓN NUTRICIONAL
			EDUCACION MEDICA
			UNIDAD INFORMÁTICA CLÍNICA
		4	NUTRICIÓN
			TARIFAS
			AUDITORES EXTERNOS
			CUENTAS MEDICAS
			CARTERA
			FACTURACIÓN
			CAPACIDAD INSTALADA
			EJECUTIVOS DE CARTERA
			DONACIÓN
			PLANEACIÓN
		5	TESORERÍA
			FACTURACIÓN ELECTRÓNICA
			SEGURIDAD
			REVISORÍA FISCAL
			DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
			AUDITORIA INTERNA
			DIRECCIÓN DE OPERACIONES
			ÁREA DE JURÍDICA
			SOCIEDADES MEDICAS
			DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
			DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
		EDUCACIÓN MEDICA	
F	TORRE FUNDADORES	1	INFORMACIÓN
			NEURO FISIOLOGIA
			NOMINA
			GESTIÓN HUMANA
			AUTORIZACIONES PLANES ESPECIALES
		MERCADEO	
		2	OBREVAL
			CARDIOLOGÍA ADULTOS
			CARDIOVASCULAR
		3	UNIDAD DE TRASPLANTES
			HEMATO ONCOLOGÍA
			VACUNACIÓN
			CONSULTA TRANSPLANTES
			VASCULAR PERIFÉRICO
RECEPCIÓN 3 FUNDADORES			
4	CHEQUEO EJECUTIVO		
G	TORREÓN	SOTANO	COSTURA

	DOCENTE		REGISTROS MÉDICOS		
			PATOLOGÍA		
		1	COMUNICACIONES		
			TRABAJO SOCIAL		
		2	SALUD OCUPACIONAL		
			TORREÓN		
			BIBLIOTECA		
		H	TORRE CENTRO DE ESPECIALISTAS	SOTANO	ADMINISTRACIÓN
				1	CENTRO ESPECIALISTAS
					PUNTO INFORMACIÓN
ENTREGA DE RESULTADOS					
UNIDAD DE LA MUJER					
2	MEDICINA NUCLEAR				
	RADIOLOGÍA				
	LABORATORIO				
	BANCO DE SANGRE				
3	CARDIOSPORT				
	INVESTIGACIONES				
4	CONVENIO INTERNACIONAL				
	DIRECCIÓN				
5	OBREVAL				

2.7.14 FUENTES DE INGRESO:

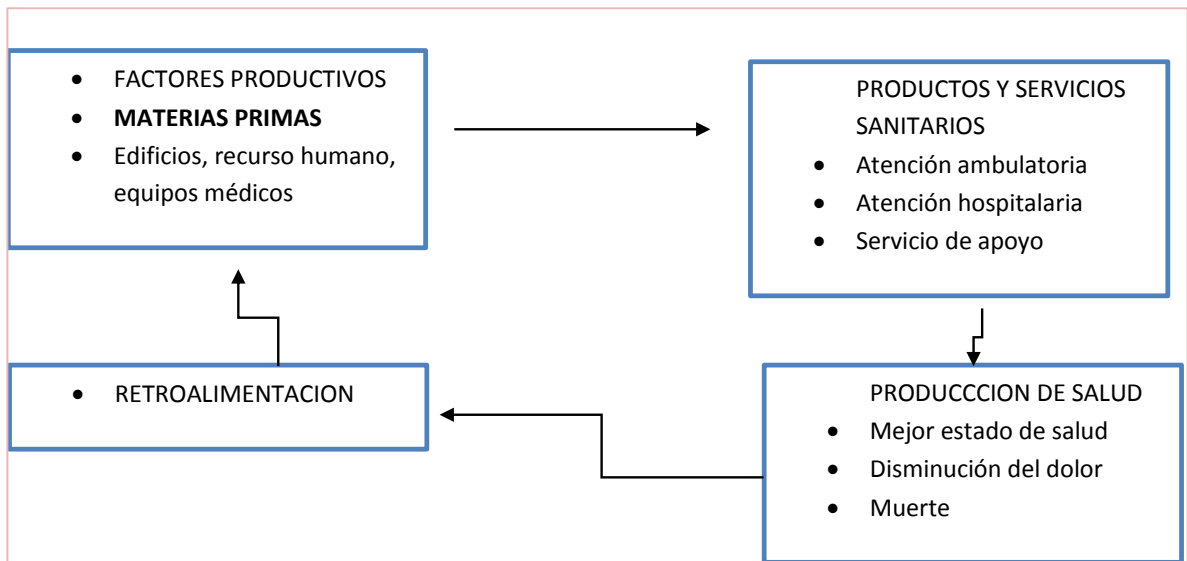
Entidad sin ánimo de lucro.
Ingresos mediante donaciones

CERTIFICACIÓN Y PREMIOS

- Joint Commission: 2013
- Premio Gonzalo Jiménez de Quesada: 2011
- Ranking 2011 de los mejores hospitales en Latinoamérica: 2011
- Acreditación en salud: ratificada 2011
- Acreditación en salud: Otorgada por ICONTEC / ISQUA. Marzo 2010
- Premio Portafolio
- Periódico El Tiempo - Aportes a la Comunidad – 2010.
- Premio Internacional para la Investigación en Salud "Juan Jacobo Muñoz"

- "Biomarcadores Preoperatorios y morbimortalidad en Cirugía Cardíaca", 2008.
- Premio Superbrands: Marcas de Excelencia en Colombia, 2008.
- Renovación de la certificación de Gestión de la Calidad ISO 9001 – 2000 Julio 2007. Certificados hasta el año 2008.
- Nominación Premio Portafolio - Aportes a la comunidad 2004 y 2005.
- Certificación Gestión de Calidad ISO 9001 – 2000 Diciembre 2004: Línea Cardiología 19 servicios certificados.
- Premio a las mejores empresas para trabajar en Colombia Instituto MEPT, Diciembre 2003.
- Premio Calidad en Salud Colombia Otorgado por el Centro de Gestión Hospitalaria, 2003, 2005 y 2010

2.7.15 PROCESO PRODUCTIVO (7)

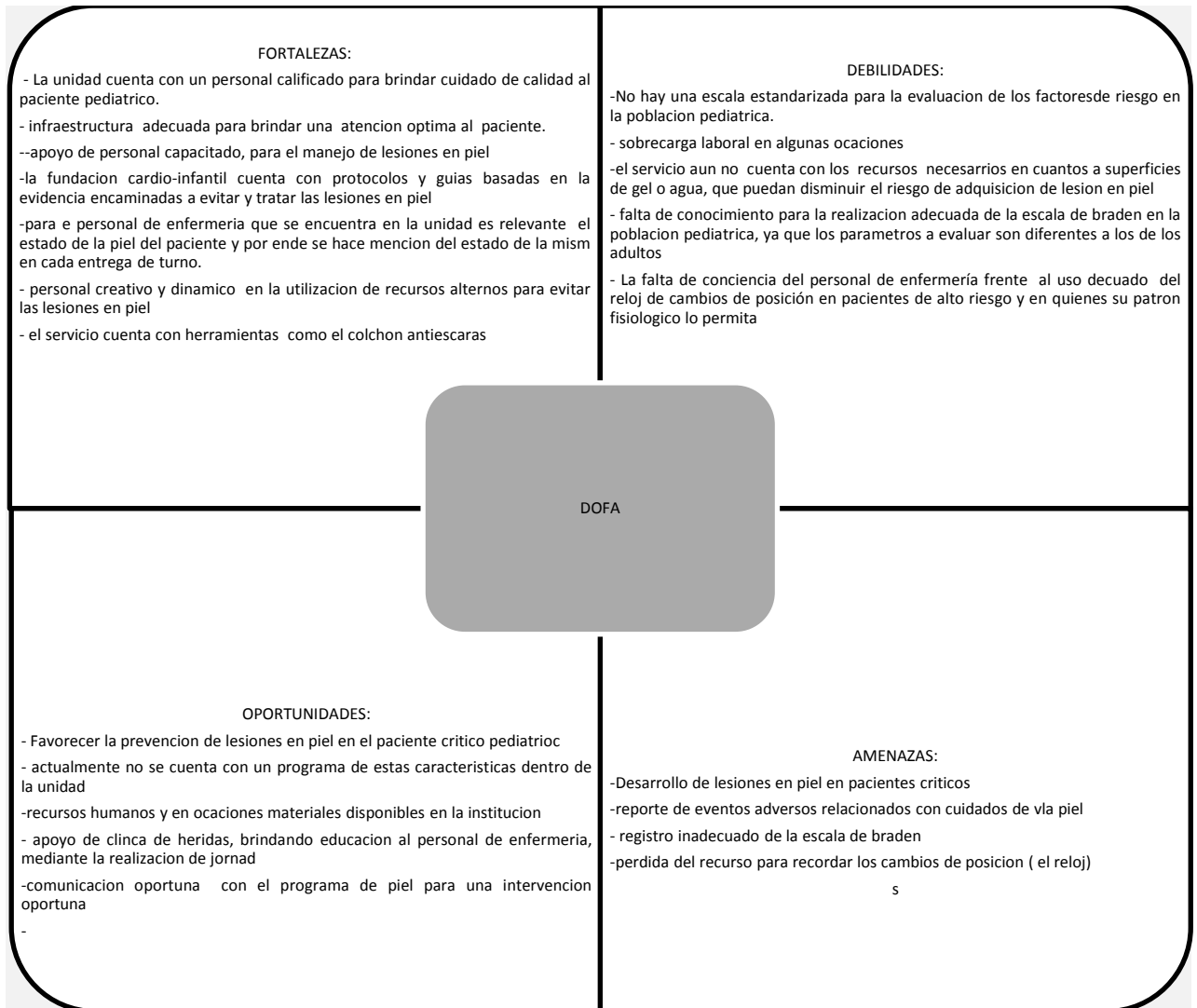


2.8 COMO SE PRETENDE SOLUCIONAR EL PROBLEMA.

El problema pretende ser solucionado en dos pasos:

1. por medio de la elaboración de una Guía de intervención clínica dirigida al personal de enfermería que labora en la unidad pediátrica, con el fin de familiarizar al personal con la escala de Braden pediátrica o Braden Q y el desarrollo de un plan de cuidado enfocado a las necesidades del paciente pediátrico en estado crítico.
2. Por medio de la capacitación a enfermeras y auxiliares de enfermería en la correcta valoración de la escala Braden Q para la identificación de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión, en el desarrollo adecuado de un plan de intervención de enfermería basado en la guía antes mencionada y el uso adecuado de los recursos institucionales, para la prevención de úlceras por presión

2.9 MATRIZ DOFA.



2.9.1 ESTRATEGIAS DOFA

Estrategias FO/ POTENCIALIDADES

Estrategias FA/ADVERTENCIAS

-el personal calificado con el que cuenta la unidad, permite que la identificación de lesiones en piel se haga de manera adecuada y oportuna. Si el personal calificado de las unidades no cuenta con el tiempo suficiente, la valoración de la integridad

realice a tiempo y de forma adecuada

- al no contar la unidad con un programa de dichas características la oportunidad de mejorar el indicador es alta y la unidad cuenta con la infraestructura y el personal propicio para la realización del programa

- personal creativo que utiliza los recursos institucionales en la prevención de lesiones en piel en el paciente.

- personal capacitado que puede orientar al personal de cada servicio.

-ya que para el personal de enfermería de la unidad es imperativo el manejo del estado de la piel, se favorece la comunicación con el área de clínica de heridas para el manejo de las mismas

cutánea pasara a un segundo plano y se podrán desarrollar lesiones en piel.

-si el personal no tiene el conocimiento, ni la capacitación adecuada se realizara de forma incorrecta la escala de Braden y se podrá su clasificar los pacientes.

-el personal no ha visto la importancia del uso del reloj y esto podría generar que el recurso se obvie, generando pérdida de recursos para la institución

Estrategias DO/DESAFIOS

-disminuir la incidencia de úlceras presión y lesiones en piel en el paciente critico pediátrico

-aumentar el interés del personal de enfermería en la correcta realización de

Estrategias DA/RIESGOS

- falta de conocimiento sobre la escala de Braden generando la su clasificación de pacientes y el desarrollo de lesiones en piel

sub-asignación de las actividades de prevención y manejo a clínica de

la escala de braden Q

-Realizar estrategias encaminadas a capacitar al personal y al familiar para trabajar en equipo en pro de la salud cutánea del paciente

heridas y desconocimiento del manejo del paciente y por ende desarrollo de lesiones en piel

3 JUSTIFICACION.

Las úlceras por presión son consideradas una problemática importante en la salud mundial, por causa de su alta incidencia en el ambiente intrahospitalario, estas lesiones generan repercusiones a nivel económico, social y se convierten en muchos casos en un determinante de la calidad de vida de los pacientes.(1)

Las úlceras por presión son un determinante clínico del cuidado de enfermería, son la evidencia de falla en el proceso de atención, por ende se hace necesario, establecer un proceso formal de valoración, dirigido hacia la correcta identificación de los factores de riesgo predisponentes para adquirir úlceras por presión en el paciente pediátrico en estado crítico y para determinar el plan de cuidado óptimo y acertado a brindar a cada paciente en riesgo de presentar dicha lesión, contemplando a la persona de forma holística, evaluando cada uno de sus sistemas biológicos, y cognitivos para evitar la presencia de úlceras por presión.

El presente proyecto beneficiara principalmente a los pacientes pediátricos de la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrica de la Fundación Cardio Infantil, de la ciudad de Bogotá, con el fin de identificar los factores de riesgo predisponentes para el desarrollo de úlceras por presión en el paciente pediátrico en estado crítico y la realización de una guía de intervención de enfermería, que por medio de la estandarización de cuidados prevenga las úlceras por presión en dicho paciente, beneficiando de esta forma no solo al paciente, si no al personal de enfermería, ya que la evaluación y la posterior intervención generaran un efecto positivo en el

proceso de cuidado del paciente, lo que optimizara los costos del proceso de hospitalización, disminuirá la estancia hospitalaria y hará visible el que hacer de enfermería y por ultimo a la persona que en calidad de estudiantes realizo la revisión literaria y el diseño y desarrollo del presente proyecto y sus anexos, ya que permitió la adquisición de nuevo conocimiento y el fortalecimiento de las competencias propias del quehacer diario de enfermería, en un ambiente donde se hace relevante la realización de un plan de cuidados acertado para las condiciones hemodinámicas de cada paciente

3.1 EVALUACION E INTERVENCION DE ENFERMERIA, PARA OPTIMIZAR EL PROCESO DE ATENCION, PARA LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION EN EL PACIENTE CRITICO PEDIATRICO.

Para la fundación cardioinfantil-IC el proceso de atención de enfermería es un ítem relevante dentro del proceso que cumple toda persona que ingresa a la institución en calidad de paciente, y uno de los determinantes de calidad del proceso de atención es el cuidado, entendiendo por cuidado toda acción que se hace en pro del bienestar del prójimo, el presente proyecto pretende direccionar el cuidado para optimizar el proceso de atención de enfermería con el fin de prevenir las úlceras por presión, en el paciente crítico pediátrico que se encuentra en la unidad de cuidados intensivos pediátricos de la fundación cardioinfantil-IC

4 OBJETIVOS.

4.1 OBJETIVO GENERAL

Optimizar el proceso de atención de enfermería en la unidad de cuidado intensivo pediátrica de la fundación cardio-infantil, mediante la correcta aplicación de la escala de valoración de piel Braden q y el desarrollo de una guía de intervención.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- sensibilizar la escala de valoración de piel Braden q, al personal de enfermería que labora en la unidad pediátrica, por medio de una capacitación, para optimizar el proceso de atención del paciente pediátrico en estado crítico.
- Elaborar una guía de intervención a la población pediátrica en estado crítico, para identificar factores de riesgo y desarrollar estrategias de prevención de úlceras por presión dentro de la unidad de cuidado intensivo pediátrico de la Fundación Cardio-Infantil.
- Identificar en la población pediátrica los factores de riesgo predisponentes en la posible aparición de úlceras por presión o lesiones en piel en la unidad pediátrica, durante los meses de rotación la misma.

4.3 ALCANCE.

Proyecto dirigido al personal de enfermería entre auxiliares y jefes de enfermería, que se encuentran laborando en la unidad de cuidado intensivo pediátrico, para desarrollar una adecuada evaluación al paciente crítico pediátrico con factores de riesgo para adquirir úlceras por presión.

5 MARCO TEORICO

5.1 REFERENTE TEORICO

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO (8)

Desde sus inicios la enfermería ha tenido un interés constante, de velar por las necesidades del paciente y fomentar en él, el bienestar y la salud, esto solo se consigue a través de parámetros que eviten la enfermedad. Esta necesidad de bienestar permitió a algunas enfermeras plantear estrategias para alcanzarla el bienestar del paciente.

Dorothea Elizabeth Orem fue una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland en 1914. Fue una teórica de la enfermería Moderna

y creadora de la Teoría enfermera del déficit de autocuidado, conocida también como el Modelo de enfermería Orem.

Empezó su carrera de enfermera con las hermanas de Caridad en el Hospital en Washington D.C. y se recibe como enfermera en el año 1930. Posteriormente en la Catholic University of America, recibe UN B.S.N.E (Bachelor of Science in Nursing Education). En 1939 y en 1946 obtuvo un M.S.N.E. (Master of Science in Nursing Education).

La experiencia profesional en el área asistencial la desarrolló en el servicio privado, en las unidades de pediatría, y adultos, siendo además supervisora de noche en Urgencias.

- Fue directora en la escuela de Enfermería y del departamento de Enfermería del hospital de Province Hospital Detroit.
- Entre 1949-1957 trabajó en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health. Es aquí donde desarrolla su definición de la práctica enfermera
- En 1957 trabajo como asesora de programas de estudio.
- De 1958-1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras.
- En 1959 trabajó como profesora colaboradora de educación enfermera en la CUA, como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera.
- En 1970 empezó a dedicarse a su propia empresa consultora.
- Se jubiló en 1984 y siguió trabajando en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado.

Su Experiencia laboral fue:

- Enfermería quirúrgica
- Enfermera de servicio privado
- Unidades pediátricas y de adultos

- Supervisora del turno noche
- Profesora de ciencias biológicas

Sus teorías:

Dorothea no tuvo un autor que influyo en su modelo, pero si se ha sentido inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers y demás.

En 1958 crea su teoría general de enfermería (1), que se apoya en tres teorías específicas, estas teorías son:

- *Teoría del autocuidado*: donde se plantean los requerimientos universales, para el desarrollo y la demanda de autocuidado por parte del individuo
- *Teoría del déficit de autocuidado*: es el enfoque central de la teoría de orem, esta explica cuando se hace necesaria la enfermería.
- *Teoría de sistemas de enfermería*: se evidencia la función de la enfermera en el establecimiento del autocuidado, y se hace de tres formas: totalmente compensatoria, parcialmente compensatoria y apoyo educativo.

Para este proyecto se utilizara como fundamento la teoría del autocuidado y se apoyara en la teoría del déficit de autocuidado.

Para explicar estas teorías se debe definir en primera instancia:

EL AUTOCUIDADO: que hace referencia a una actividad del individuo aprendida por él y orientada hacia un objetivo. Estas conductas se dirigen hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan al individuo.

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: que hace referencia a la condición de los sujetos en la que son incapaces de asumir su autocuidado en forma eficaz.

Con base en lo anterior es importante hablar de la naturaleza del autocuidado, Esta es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio

beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Desde sus primeros indicios de vida, Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las Siguietes actividades:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos suficientes.
2. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los desechos.
3. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
4. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
5. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
6. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad se define como la esencia del ser humano y es acorde con las características genéricas y constitucionales, con el talento de la persona).¹

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.(1).

Según Orem, el concepto de la actividad de enfermería se refiere a la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder de ser representadas legítimamente para actuar, saber y ayudar a las personas a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado. Es por ello que con este modelo se proporciona un marco que contemple la práctica, la educación y la gestión de la enfermería, siendo cuestión del profesional el uso adecuado del modelo.

5.2 GENERALIDADES DEL SISTEMA TEGUMENTARIO (9) (10)

La piel es el mayor órgano del cuerpo, forma una cubierta celular ininterrumpida por toda la superficie externa, con una extensión 2 m², su grosor oscila entre 0.5 y 4 mm, según su localización (más gruesa en las palmas de las manos y plantas de los pies).

Sus funciones fundamentales son servir de barrera entre el medio interno y el ambiente exterior y proteger al organismo de posibles agresiones químicas, físicas y biológicas.

La piel está constituida por 3 capas principales:

- EPIDERMIS
- DERMIS
- HIPODERMIS

5.2.1 EPIDERMIS

Es la capa más superficial de la piel, tiene un grosor entre 0.07 mm y 0.012mm, la renovación de la epidermis se produce en un periodo aproximado de 30 días,

desde que ocurre la división celular hasta que llega el desprendimiento de las células cronificadas. La epidermis está formada por 3 tipos de células:

- Queratinocitos: 90% de las células epidérmicas. Contiene una proteína llamada queratina que impermeabiliza y protege la piel.
- Melonocitos: 8% contienen la melanina que da color a la piel.
- Células de Langerhans: actúan en los fenómenos de respuesta Inmunitaria
- Células de Merkel: participa en la sensibilidad del tacto.

Dentro de la epidermis podemos diferenciar una serie de capas o estratos:

- Estrato basal
- Estrato espinoso
- Estrato granular
- Estrato lucido
- Estrato córneo

5.2.2 DERMIS.

La dermis es una capa profunda de tejido conjuntivo con abundantes fibras de colágeno y elásticas dispuesta de forma paralela y dando a la piel la consistencia y elasticidad característica del órgano. Su grosor no puede medirse exactamente, pues se continúa con la hipodermis sin que haya una frontera definida entre ambas, el promedio es de 1-2 mm. Consta de 2 capas o estratos:

- Dermis papilar o superficial: Formado por tejido conectivo laxo
- Dermis reticular: Formado por tejido conectivo denso con fibras de colágeno y fibras elásticas.

En dichas capas encontramos los siguientes componentes:

- Folículos pilosos
- Musculo erector del pelo
- Terminaciones nerviosas aferentes que permiten captar los estímulos exteriores: calor, frío, tacto y dolor.

- Glándulas sebáceas
- Vasos sanguíneos que nutren la piel
- Glándulas sudoríparas: ecrinas y apocrinas

5.2.3 HIPODERMIS.

Es la capa más profunda de la piel, está compuesta por tejido adiposo. Esta recorrida por grandes vasos sanguíneos y troncos nerviosos. Separada de los tejidos más profundos por fascia o aponeurosis.

5.3 CAMBIOS DE LA PIEL SEGÚN LA EDAD.(11) NEONATO:

La piel se presenta resequeceda debido a la pérdida del unto sebáceo que la cubre al nacer y a la adaptación al aire seco del ambiente, entre el segundo y tercer día presenta descamación, especialmente en la zona de los pliegues. En las primeras 24 horas se observa con frecuencia acumulo de líquido bajo la piel, es decir, edema en parpados y cara. Presenta lanugo, un bello fino que cubre el dorso y hombros. Es abundante en el prematuro y cae espontáneamente durante el primer año de vida siendo sustituido por el bello definitivo existen manchas especiales sin significado patológico como: los hemangiomas, de color rosado, ubicados en la nuca, cuero cabelludo, frente parpados, alas nasales y a veces en otros sitios, son comunes en RN de piel clara y más notorios durante el llanto, desaparecen en el primer o segundo año de vida.

La mancha mongólica de color azul pizarra de tamaño variable, se ubica en distintas partes del cuerpo, normalmente en el dorso, glúteos. Son benignas y desaparecen o se atenúan en el curso del primer o segundo año de vida, en algunos casos persiste hasta los seis años.

El eritema toxico corresponde a un hallazgo normal se presenta como una erupción cutánea semejante a ronchas con vesículas pequeñas en su centro, de color amarillo o blanco.

El niño prematuro suele nacer antes de la treintava semana de gestación y pesar no más de 1 kg, con lo que la maduración de las estructuras cutáneas es más precisa y aumenta la permeabilidad, pudiendo producir perdidas hídricas y calóricas con la absorción excesiva de los tópicos que se le apliquen o que están en el medio ambiente, aunque en dos semanas tendrá la misma madures que el recién nacido.

5.3.1 LACTANTE:

Presenta características particulares, sigue siendo delgada, el estrato corneo sigue siendo muy fino; las glándulas sudoríparas y sebáceas no han terminado su desarrollo. Así mismo existe un déficit en los mecanismos de regulación de la temperatura e hidratación, ya que el tejido subcutáneo y la hipodermis son más delgados.

5.3.2 ADOLECENTE:

La piel es mucho más firme y existe una conexión fas fuerte entre las capas lo que le da una mayor resistencia a los agentes externos, los cambios de ella más evidentes en el adolescente son las erupciones de puntos negros que anteceden a la aparición de acné. Esto es producto de la creciente actividad de las glándulas sebáceas, que toma la piel más grasosa por el crecimiento de los poros y la textura más gruesa de la misma.

5.3.3 CONSIDERACIONES

La piel de los niños, que se debe cuidar desde el nacimiento, tiene unas características especiales que deben ser consideradas para evitar agredirla

- Se lesiona con facilidad
- Se debe evitar el contacto con agentes que puedan dañarla

- Se recupera fácilmente con cuidado mínimo. La alta facilidad para lesionarse frecuentemente queda compensada con un alta capacidad de recuperación de lesiones y agresiones
- La piel del niño, sobre todo si esta escoriada, absorbe productos que en el adulto no pasarían esta barrera natural, sustancias como los mercuriales y el ácido bórico penetrarían y causarían efectos sistémicos tóxicos sobre el sistema nervioso central y el riñón del menor
- Los corticoides aplicados sobre la piel infantil tienen un potente efecto, por lo que se desaconseja su uso sin consulta médica previa
- Los talcos de bebe tan usados, resecan la piel del bebe en especial la zona perianal que posteriormente se someterá a la humedad de la orina, con estos cambios continuos entre resequedad y humedad se somete la piel a un sufrimiento constante
- La piel del niño debe ser lubricada de ser posible con aceite natural, para favorecer la humedad propia de la piel

5.4 ULCERAS POR PRESION

5.4.1 DATOS EPIDEMIOLOGICOS:(12)

En Colombia, no se encuentran registros epidemiológicos de la incidencia y prevalencia de las úlceras por presión en niños hospitalizados, posiblemente porque éstas se presentan como efecto secundario de patologías primarias que afectan la condición general o la actividad y/o movilidad de los niños. Sin embargo la experiencia en el área clínica lleva a concluir que es un importante problema de salud que contribuye significativamente en la calidad de vida, al incremento del morbo-mortalidad y de los costos por los tratamientos que su manejo implica.

Estudios realizados en Europa, Sur África y Canadá permiten establecer que del 3 al11% de los individuos hospitalizados desarrollan úlceras por presión mismas.

En la literatura norteamericana se encuentra que la incidencia de personas con úlceras por presión en hospitales de tercer nivel es de 8.5%. La prevalencia de las personas con úlceras por presión en el medio hospitalario puede llegar hasta 45% en los enfermos crónicos y por encima del 9% de todas las personas hospitalizadas. (Cabe resaltar que los datos encontrados son de literatura sustentada hacia el paciente adulto)

La ecuación: presión + tiempo = úlcera, es la que define de una forma más clara la etiopatogenia de la úlcera por presión. La presión hidrostática de los capilares Cutáneos va desde 16 a 32 mm de mercurio, por lo que toda presión superior reduce el flujo sanguíneo y el drenaje linfático con aparición de isquemia en la zona afectada, La presión es el factor externo más importante, como causa de lesión isquémica y necrosis de los tejidos. Las posiciones que se han descrito como generadoras de presión son la supina, la prona y la lateral. Estas producen deterioro de la piel como consecuencia de la presión de los tejidos entre dos planos de resistencia, el del paciente o sea las áreas de presión y donde se encuentre apoyado: cama, silla, etc.; influyen aquí tres factores: la duración, la intensidad y la continuidad de la presión.

La piel está en capacidad de resistir una gran presión pero por lapsos cortos y espaciados. En decúbito supino la presión ejercida sobre los talones es de 40 mm De Hg y sobre el sacro de 50 mm de Hg. A nivel trocánteres una presión de 50 g / cm², disminuye un 50 % la PO₂ y con una presión de 100 g / cm², la anoxia es total .Estas presiones exceden las presiones intracapilares normales que son de 12 a 32 mm de hg y son suficientes para producir oclusión, isquemia e hipoxia (9) “Descansar en el sacro o trocánter femoral puede disminuir la tensión de oxígeno Transcutánea de 80 a 13 mm de Hg[9]. Con estos datos relevantes, se concluye Que la presión necesaria para producir las úlceras por presión está presente cuando un individuo está confinado a una cama o silla de ruedas.

El otro componente del desarrollo de la úlcera por presión es la tolerancia de los tejidos, en la cual influyen factores extrínsecos, como la fricción, fenómeno que produce erosión en el estrato córneo y se genera cuando hay roce de la piel sobre la superficie de apoyo durante el movimiento. En el niño en estado crítico, este fenómeno aparece en el momento de transición de la sedación al despertar, cuando se ve alterada su percepción, pero aumentada su motricidad.

El cizallamiento es un desgarro del tejido, o estiramiento del mismo, y se produce cuando resbala el paciente en la cama; el tejido externo se adhiere a la sábana, mientras el interno se desliza hacia abajo. La humedad disminuye la tolerancia del tejido a la presión.

Dentro de los factores intrínsecos se puede contemplar la presencia de enfermedades sistémicas, que desencadenan alteraciones de la perfusión de la piel, dentro de las cuales se encuentra el estado nutricional deficiente, las condiciones locales circulatorias, los estados de desequilibrio hidroelectrolítico y la vasodilatación producida en la sepsis, que pueden producir disminución de la tensión arterial media, lo cual a su vez reduce la perfusión tisular.

En el niño críticamente enfermo, la sedación y la relajación se convierten en un estímulo focal, que afecta la capacidad de respuesta de los procesos de enfrentamiento por lo tanto, el nivel de adaptación, que en estos casos se encuentra comprometido

5.4.2 ULCERAS POR PRESION, CONTEXTUALIZACION.

Las úlceras por presión constituyen actualmente un importante problema de salud pública por sus repercusiones en diferentes ámbitos, tales como el nivel de salud, la calidad de vida de quienes las padecen, el entorno de los cuidadores y el consumo de recursos para el sistema de salud, pudiendo incluso alcanzar

responsabilidades legales al ser consideradas en muchas situaciones como un problema evitable dependiente del proceso de cuidado inadecuado.

5.4.3 CLASIFICACION

5.4.3.1 ZONA DE PRESION

Se define como zona de presión la región anatómica que sometida a un periodo largo de presión desarrollar calor y rubor y que mejora al disminuir la presión ejercida sobre dicha región.

5.4.3.2 ULCERAS POR PRESION ESTADIO 1

Alteración observable en la piel integra, relacionada con la presión, que se manifiesta por: 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 sometida a presión, puede incluir cambio en uno o más de los siguientes aspecto
Temperatura de la piel (caliente o fría) Consistencia de tejidos (edema, induración) Y/o sensaciones (dolor, escozor)

5.4.3.3 ULCERA POR PRESION ESTADIO 2.

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

5.4.3.4 ULCERA POR PRESION ESTADIO 3.

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

5.4.3.5 ULCERA POR PRESION ESTADIO 4

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

En este estadio como en el 3, pueden presentarse lesiones como cavernas tuberizaciones o trayectos sinuosos.

5.5 IMÁGENES DE REFERENCIA

ESTADIO 1



ESTADIO 2



ESTADIO 3



ESTADIO 4.

5.6 ETIOPATOGENIA.(13)

La principal causa de formación es la presión ejercida y mantenida entre dos planos duros y la tolerancia de los tejidos a esta. Por un lado tenemos el plano duro esquelético y prominencias óseas del paciente y el otro a plano duro generalmente externos a él, representando por la cama, silla, calzado u otros objetos.

En 1958 Kodiak ya destacó la importancia de la presión y el tiempo de exposición de esta. Determinó que las presiones provocan necrosis tisular en poco tiempo y las bajas presiones necesitan de un tiempo de exposición mucho mayor, comprobó que una presión externa de solo 70 mmHg. Mantenido durante dos horas, podía provocar lesiones isquémicas en todos los tejidos. La presión capilar normal oscila entre 16 y 33 mm Hg; lo que significa que presiones por encima de 16 mm Hg, producen un colapso de la red capilar. La isquemia local aumenta la permeabilidad capilar con la consiguiente vasodilatación, extravasación de líquidos e infiltración celular, produciéndose un proceso inflamatorio que origina una hiperemia reactiva, manifestada por eritema cutáneo. Éste es reversible si al retirar la presión desaparece en 30 segundos, restableciéndose la perfusión de los tejidos. Si no desaparece la presión se produce isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración. La presión no es el único factor implicado, sino que actúa junto con otras fuerzas mecánicas externas como son la fricción o rozamiento y el cizallamiento.

PRESIÓN: Fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sonda, etc.)

FRICCIÓN: Fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. En el paciente encamado o sentado en el roce

con las sábanas o superficies rugosas produce fuerzas de fricción, sobre todo en las movilizaciones, al arrastrar al paciente.

CIZALLAMIENTO: Combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: posición de doer que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona). Debido a este efecto, la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor, por lo que la isquemia del musculo se produce más rápidamente

Así, por lo tanto, en la formación de Las Ulceras por presión (UPP) se identifican 3 tipos de fuerzas: presión, fricción y cizalla. La disminución de la resistencia de los tejidos a estas fuerzas puede verse alterada por varias causas. En la siguiente tabla se presentan los principales factores de riesgos que disminuyen la tolerancia de los tejidos a las fuerzas mecánicas, se puede establecer 2 grandes grupos de factores predisponentes para las UPP, los factores intrínsecos y extrínsecos.

FACTORES INTRINSECOS

Condición física: inmovilidad

Alteraciones I eliminación (urinaria y/o fecal)

Alteraciones respiratorias

Diabetes

FACTORES EXTRINSECOS

Perfumes, agentes de limpieza

Humedad

Estancia hospitalaria

Superficie de apoyo

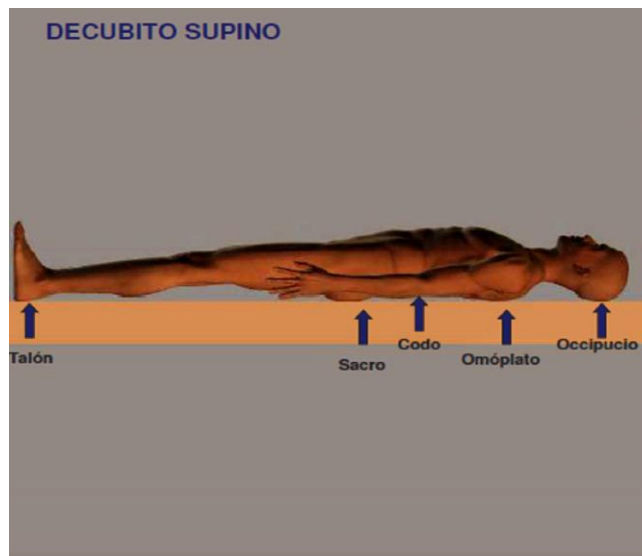
Edad	Sonda: vesical, nasogástrico,
Malnutrición/deshidratación	Fijaciones, férulas
Factores psicológicos	Intervenciones quirúrgicas, con duración superior a 3 horas, pueden provocar zonas de presión
Trastornos sensoriales	Fármacos(AINES, corticoides, inmunosupresores, coto tóxicos)
Trastornos inmunológicos	Deterioro de la imagen del individuo en la enfermedad
Insuficiencia vasomotora	Falta de educación sanitaria a los pacientes
Insuficiencia cardiaca	Falta de criterios unificados en la planificación del plan de cuidado por parte del equipo asistencial
Tensión arterial baja	Fala o mala utilización del material de prevención, tanto del básico como del complementario
Vasoconstricción periférica	Entorno socioeconomico
Alteración endotelial	
Anemia	
Septicemia	
Trastornos neurológicos	

Como puede observarse la etiología de las úlceras por presión deben considerarse multifactorial porque generalmente se componen de dos elementos clave:

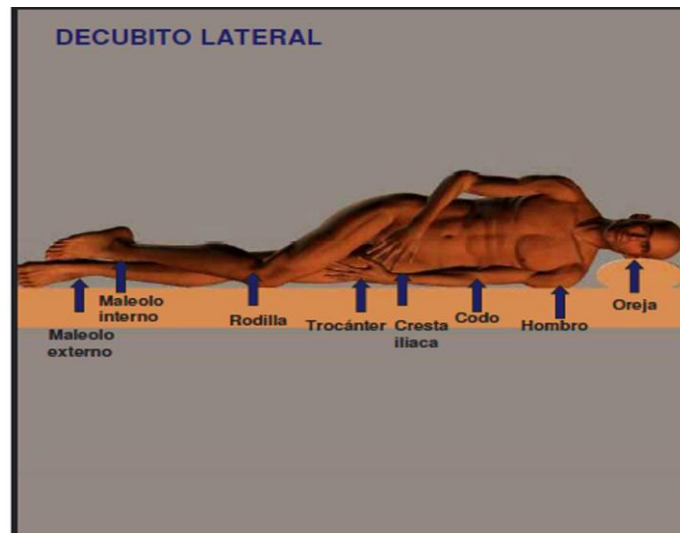
- Fuerzas de presión, fricción, cizalla y deslizamiento
- La disminución de la tolerancia de los tejidos a estas fuerza debido a factores extrínsecos, intrínsecos o la combinas de los dos.

5.7 LOCALIZACION (14):. La localización de las UPP más frecuentes varían en relación directa con la posición habitual del paciente: decúbito prono, lateral, supino o sed estación. El lugar de aparición suele coincidir con la zona de piel sometida mayor presión, generalmente zonas con prominencias o máximo relieve óseo.

Localización de las UPP en decúbito supino



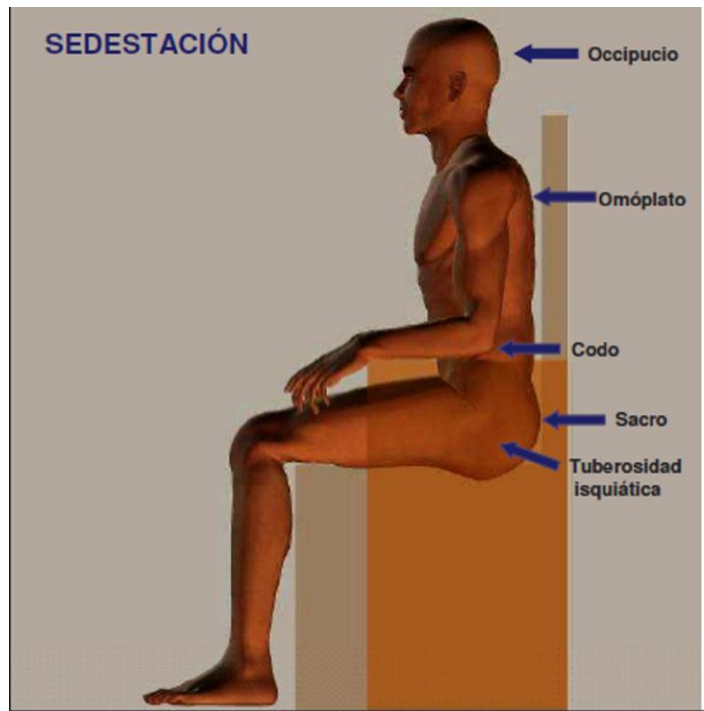
Localización de las UPP en decúbito lateral



Localización de las UPP en decúbito prono



Localización de las UPP en sed estación



5.7.1 OTRAS

Lesiones de origen iatrogénico causadas por dispositivos terapéuticos:

- Nariz, mejillas, mentón: Por exposición prolongada de la mascarilla de oxígeno, máscara de no re inhalación, ventilación mecánica no invasiva.
- Labios, lengua y encías: Por uso inadecuado de tubos endotraqueales
- Meato Urinario: Por tiempo prolongado de sonda vesical
- Fosas nasales : Por exposición prolongada de SNG
- Mucosa Gástrica y Rectal: Por el uso de SNG y rectal
- Muñecas y Codos: En personas con sujeción mecánica
- Zona perineal: en pacientes con unos de pañal, aumenta la exposición a la humedad:
- En zonas blandas: Por pliegues en las sábanas, Equipos de gotero y catéteres.

5.7.2 TIPOS DE TEJIDO DE LECHO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN (13)

- TEJIDO NECRÓTICO

Escara húmeda/seca: Tejido oscuro, negro o marrón que se adhiere firmemente al lecho o a los bordes de la herida que puede ser más fuerte o débil que la piel perilesional.

5.7.2.1 ESFACELOS

· Tejido que se adhiere al lecho de la úlcera en bandas de aspecto fibroso, bloque o en forma de tejido blando muciforme adherido.

5.7.2.2 FIBRINA

· Tejido amarillento o blanco que está adherido al lecho de la úlcera o en los bordes

5.7.2.3 TEJIDO DE GRANULACION

Tejido rojo o rosáceo con una apariencia granular húmeda y brillante

5.7.2.4 TEJIDO EPITELIAL

Es un tejido nuevo, rosado y brillante, que crece de los bordes de la herida hacia adentro o en los islotes en la superficie de la misma.

5.7.2.5 CICATRIZADO DE REEPITALIZACION

· Herida cubierta de epitelio(Nueva piel)

5.7.2.6 FORMAS DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN[11)

- Circular
- Ovalada
- Reniforme

- Herradura
- Serpiginosa
- Irregular

5.7.2.7 ESTADO DE LA PIEL PERILESIONAL.

La piel perilesional puede estar integra, lacerada, macerada, eczematosa o presentar celulitis

5.7.2.8 SECRECIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN.

- Escasa
- Moderada
- Profusa
- Hemorrágica
- Purulenta
- Serosa

5.7.2.9 BORDES DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN

- Oblicuo
- Excavado perpendicular
- Mellado
- Revertido
- Socavado

5.7.3 FASES DE CICATRIZACIÓN (15)

Es importante conocer el proceso de curación de las lesiones para entender el tratamiento y los principios de la cura húmeda. La cicatrización se divide en 3 fases:

5.7.3.1 LA FASE INFLAMATORIA / EXUDATIVA. Se inicia en el momento en que se produce la lesión:

5.7.3.2 COAGULACIÓN Y HEMOSTASIA: vasoconstricción por liberación de sustancias vasoactivas para evitar pérdida de sangre y formación de tapón en los vasos lesionados formado por los trombocitos que circulan en el plasma.

5.7.3.3 INFLAMACIÓN: su objetivo es la eliminación de los agentes nocivos, limpiar el tejido y establecer las condiciones óptimas para los sucesivos procesos proliferativos. Sus signos son: calor, rubor, hinchazón y dolor.

Los vasos que se construyeron en el primer momento se dilatan y esto produce:

- Rubescencia: intensa irrigación sanguínea en la zona de la herida.
- Aumento de la temperatura por incremento del metabolismo local.
- Edema visible en forma de hinchazón por aumento de plasma sanguíneo.
- Dolor por quedar descubierto las terminaciones nerviosas

5.7.3.4 FAGOCITOSIS:

· Se inicia la migración de leucocitos Inicialmente son granulocitos neutrófilos, fagocitan bacterias y liberan enzimas disgregadoras de proteínas que se encargan de eliminar las partes dañadas y sin vitalidad. Después entran en acción los macrófagos. La destrucción del material bacteriano en el interior de las células solo puede llevarse a cabo con la ayuda de oxígeno, por ello es de gran importancia para la defensa contra las infecciones que la zona de la herida se encuentre provista de suficiente cantidad de oxígeno. La migración de leucocitos se detiene cuando la herida está limpia”, sin embargo, ante una infección, la migración de leucocitos se mantienen en el tiempo.

5.7.3.5 LA FASE DE PROLIFERACION O ANGIOGÉNESIS

- Reconstrucción vascular: la curación de la herida no puede progresar sin nuevos vasos que garanticen el aporte adecuado. La reconstrucción vascular inicia desde los vasos intactos que se encuentran en el borde de la herida.
- Formación de tejido granular: (Dura varias semanas) los fibroblastos forman el nuevo tejido que va a ser el encargado de rellenar la herida.

5.7.3.6 FASE DE RECONSTRUCCIÓN

- Contracción de la herida: Cierre de los bordes desde fuera hacia adentro
- Epitelización: Del tejido granular parten señales quimio tácticas para que se inicie la migración del epitelio desde los bordes de la herida. Esta migración nos e produce de manera uniforme, dependerá del estado de granulación.
- Remodelación: se produce una reestructuración de las fibras de colágeno para mejorar la resistencia a la tensión. Dura varios años

5.8 SINDROME DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO.(16) (17)

El síndrome de desacomodamiento físico es el deterioro metabólico y sistémico que sufre el organismo como consecuencia de la inmovilización prolongada; las alteraciones metabólicas se hacen presentes en las primeras 24 horas de inmovilización. Existen algunos factores que influyen en la magnitud del cambio a nivel internode los cuales los más sobresalientes son:

- Severidad de la patología o lesión
- Duración del periodo de reposo
- Patología concomitante como: diabetes, desnutrición, etc
- Reserva cardiovascular

- Edad y sexo

5.8.1 MANIFESTACIONES CLINICAS

Comprometen cada uno de los sistemas del organismo, así:

5.8.2 SISTEMA NERVIOSO:

Presenta alteraciones a nivel del sistema nervioso central y el periférico, trastornos emocionales y conductuales con tendencia a la depresión, al aislamiento al déficit intelectual, manifestados por pérdida de memoria reciente. Trastorno del patrón del sueño, labilidad autonómica e incoordinación.

Adicionalmente una de las complicaciones más frecuentes es la neuropatía por atrapamiento, siendo la manifestación más frecuente la del nervio perineal a nivel de la cabeza del hueso, siguen el orden de frecuencia el atrapamiento del nervio cubital en el codo.

5.8.3 SISTEMA MUSCULAR.

Se presenta debilidad muscular generalizada, atrofia muscular, poca tolerancia a la actividad física, resistencia a la insulina y cambios metabólicos.

Según Mueller (1953) se ha demostrado que una persona que se encuentra en reposo prolongado en cama, puede llegar a perder entre 1 y 1,5 de fuerza por día durante las primeras semanas, lo que es igual aproximadamente a perder entre el 10 o el 20% durante una semana, la pérdida de fuerza tiene su mayor pico durante la primera semana de inmovilización. Los músculos antigravitatorios como los gastrocnemios y paraespinales son los que más rápido se atrofian, viéndose afectados en menor medida los músculos pequeño como los intrínsecos de la mano.

La inmovilización conlleva a una disminución importante de ATP, disminuye la utilización de glicógeno y la síntesis proteica, dichas alteraciones metabólicas se pueden observar en las primeras 6 horas de inmovilización. Cuando se recupera la

actividad física se requiere aproximadamente dos veces el tiempo para recuperación de la fuerza y el trofismo muscular..

5.8.4 SISTEMA ESQUELETICO

Osteoporosis:

El estrés generado por la actividad muscular favorece la formación osea. Durante la inmovilización se pierde dicho estrés y como consecuencia aumenta la reabsorción osea (actividad osteoclastica), causando osteoporosis, estos cambios metabólicos se presentan en las primeras 30 horas de inmovilización, perdiendo aproximadamente el 1% del contenido oseo vertebral en una semana.

Fibrosis y Anquilosis articular:

La inmovilización induce en el cartílago cambios degenerativos con áreas de necrosis y erosión, debido al déficit en el balance de los proteoglicanos. Generalmente se acompaña de contracturas del tejido conectivo que eventualmente puede llevar a anquilosis de la articulación, estos se inician durante las primeras 2 horas de inmovilización.

5.8.5 SISTEMA CARDIOVASCULAR.

La inmovilidad prolongada conlleva importantes cambios a nivel cardiovascular:

- Aumenta la frecuencia cardiaca en reposo, al parecer dada por un abalance en la función del sistema nervioso autónomo.
- Aumento importante de la frecuencia cardiaca a cualquier nivel del ejercicio
- Cambios en la frecuencia cardiaca generan que el periodo diastólico de llenado del ciclo cardiaco se acorte y se disminuye la perfusión miocárdica.
- Hipotensión ortostática: en la posición decúbito produce un cambio de volumen sanguíneo dentro del tórax, contrariamente, la posición de pie, aumenta el volumen sanguíneo en las extremidades inferiores. Esto causa una caída inmediata del retorno venoso con la consecuente disminución del

volumen de eyección y del gasto cardiaco.. en una Perona activa se produce vasoconstricción, aumento de la frecuencia cardiaca y elevación de la presión arterial sistólica compensatorias, la persona sometida a inmovilización pierde esta capacidad adaptativa desarrollando así hipotensión ortostática. Puede deberse en parte a la alteración del reflejo barorreceptor carotideo. Cuando una persona desacondicionada se levanta hay un aumento anormal de la frecuencia cardiaca, hasta de 37 lat x minuto, acompañado de signos y síntomas de hipotensión ortostática como mareo, náusea, sudoración, palidez, taquicardia y caída de la presión sistólica. En casos severos puede ocurrir síncope y angina. La mayoría de estos efectos ocurren en los primeros 4 a 7 días de inmovilización y se desarrollan más rápidamente en pacientes ancianos

Flebotrombosis: se manifiesta mediante la triada de Virchow señala tres factores que contribuyen a la formación de coágulos.

1. Factores intrínsecos de la sangre.
2. Lesión de la pared del vaso
3. Estasis del flujo sanguíneo.

La inmovilidad causa estasis sanguínea por la disminución del efecto de bomba normalmente generado por la contracción de los músculos gastrocnemios, favoreciendo la flebotrombosis. La inmovilidad aumenta la viscosidad sanguínea aumentando el riesgo de tromboembolismo pulmonar en el paciente inmovilizado.

5.8.6 SISTEMA RESPIRATORIO.

Se observa una disminución de la capacidad vital con un patrón restrictivo al verse comprometidos los músculos intercostales y contracturas en articulaciones costo esternales. Hay una disminución de la ventilación y perfusión que predisponen a infecciones respiratorias y atelectasias. También se presenta alteración del

mecanismo de la tos, convirtiéndose en tos inefectiva para la movilización de secreciones e incoordinación neumológica.

5.8.7 SISTEMA GASTROINTESTINAL

Se genera una disminución del peristaltismo, por aumento de la actividad adrenérgica. Disminución del apetito, aumento del reflujo gastroesofágico. Hipersensibilidad trastornos de deglución.

5.8.8 SISTEMA GENITOURINARIO.

Se presenta estasis urinaria y formación de cálculos. La evacuación es más difícil en posición supino, llevando esto a un aumento en el volumen residual; la falta de fuerza de gravedad favorece dicho fenómeno, aumentando la frecuencia de infecciones urinarias y en casos severos de incontinencia por rebosamiento.

El aumento de la excreción de calcio junto con la estasis urinaria predispone la formación de cálculos renales.

5.8.9 SISTEMA ENDOCRINO.

La inmovilidad prolongada causa

- Disminución en la tolerancia a la glucosa
- Disminución de la hormona paratiroidea y la absorción intestinal de calcio
- Aumento en la excreción de hidrocortisona urinaria
- Aumento en la secreción de aldosterona
- Alteracion en la producción de hormona de crecimiento
- Alteracion en la espermatogénesis y secreción de andrógenos
- Déficit de la parathormona produce hipocalcemia ,níveles bajos de sangre que pueden conducir a tetania.
- Aumento de secreción de parathormona provoca hipercalcemia.

5.8.10 METABOLISMO Y NUTRICION.

Disminuye la masa corporal magra y aumenta el contenido graso, “luego de 5 semanas de inmovilización se observó que la masa magra corporal se disminuyó en un 2,3% y el contenido grado aumento 12% se identificaron cambios en compuestos del organismo” (cumillas 1995).

Los cambios más significativos son a nivel de:

- Nitrógeno: pérdida aumentada por excreción urinaria en forma paralela a la pérdida de musculo
- Calcio: pérdida aumentada de calcio, el calcio es excretado por vía urinaria y por heces, en forma paralela a la pérdida osea .
- Fosforo: la pérdida aumentada de fosforo se inicia en la primera semana de inmovilización y alcanza su pico cerca de la tercera semana.

5.8.11 HIPERGLUCEMIA.

La debilidad muscular se asocia con altos niveles de glucosa en pacientes críticos con falla multiorganica y los efectos periféricos de la hiperglicemia crónica sobre el sistema nervioso central .

5.8.12 SISTEMA TEGUMENTARIO Y DE PROTECCION.

La hospitalización prolongada genera inflamación sistémica, sepsis y disfunción multiorganica, la inflamación sistémica podría producir lesión nerviosa y muscular, puede ocasionar isquemia o injuria por la acción de células inflamatorias y de algunas citoquinas, aumenta la permeabilidad vascular podría estar relacionado con la expresión de la adhesión de moléculas en el endotelio vascular.

La formación de úlceras por presión en los pacientes inmovilizados se considera que es un problema de salud pública por su alta incidencia y sus elevados costos sociales y económicos.

Los pacientes con alteraciones de la piel a nivel sensitivo o con alteracion del estado mental tienen mayor riesgo a desarrollar úlceras por presión

5.9 USO DE MIORELAJANTES Y COTICOIDES.(18)

La administración de medicamentos utilizados en las unidades tiene un impacto determinante en la inmovilidad de los pacientes, lo que los hace más propensos a que por acción de los sedantes y relajantes su percepción sensorial disminuya y la aparición de úlceras por presión sea inminente y poco dolorosa lo que permite que pase desapercibida la lesión por cierto tiempo.

En la Unidad de cuidado intensivo pediátrico, se encuentran pacientes relajados por más de siete días, esto se debe en gran medida al relajante neuromuscular utilizado, para permitir la ventilación mecánica del paciente pediátrico en estado crítico y prevenir el sufrimiento físico y psicológico. Durante el uso de relajantes musculares se genera debilidad muscular, pérdida del trefismo y la sensibilidad lo que hace la piel del paciente propensa para sufrir úlceras por presión.

Dentro de los medicamentos más utilizados se encuentran:

- 5.9.1 CORTICOSTEROIDES: pueden ocasionar lesión de los filamento delgados por denervación, puede generar excitabilidad muscular, por la inactivación de los canales rápidos de sodio.
- 5.9.2 SUCCINILCOLINA: su acción en pediatría no puede ser revertida, con dosis mayores a 2mg/k pueden presentarse parálisis prolongadas.
- BROMURO DE ROCURONIO. Bloqueador neuromuscular no despolarizante, selectivo en la placa motora, sin efecto vago lítico.
Relajante de elección en pacientes pediátricos, tiene menos efectos secundarios, tiempo de acción más corto y una rápida recuperación
- 5.9.3 CISATRACURIO: es un relajante de duración intermedia y no despolarizante, del musculo esquelético, antagonista de la acetilcolina generando un bloqueo competitivo de la transmisión neuromuscular. La recuperación de la parálisis una vez suspendida la infusión es más rápida.

- 5.9.4 KETAMINA: agente anestésico no volátil que se utiliza como agente de inducción en pacientes pediátricos. La ketamina deprime selectivamente la función normal de la asociación corteza-talamo, mientras aumenta la actividad del sistema límbico, potente agente hipnotico y analgésico produce un estado de inconsciencia llamado “anestesia disociativa”, caracterizado por el mantenimiento de los reflejos y movimientos coordinados pero no conscientes.
- 5.9.5 MIDAZOLAM: medicamento de acción depresora corta sobre el SNC, con propiedades sedantes, ansiolíticas amnésicas, anticonvulsivantes y relajantes musculares, ejerce su acción sobre todo el SNC deprime los centros corticales y produce relajación muscular.
- 5.9.6 FENTANILO: agonista opiáceo utilizado en analgesia y anestesia produce cambios fisiopatológicos en el nervio, el musculo y en la unión neuromuscular.

5.10 ESCALA DE BRADEN (19)

La Escala de Braden fue desarrollada en 1985 en EE.UU., en el contexto de un proyecto de investigación en centros socio sanitarios, como intento de dar respuesta a algunas de las limitaciones de la Escala de Norton. Bárbara Braden y Nancy Bergstrom desarrollaron su escala a través de un esquema conceptual en el que reseñaron, ordenaron y relacionaron los conocimientos existentes sobre UPP, lo que les permitió definir las bases de una EVRUPP (ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESION)

La Escala de Braden consta de seis subescalas: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas, con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices.

Los tres primeros subíndices miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada, mientras que los otros tres están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma.

La escala de Braden está compuesta por seis subescalas:

- Percepción sensorial:
 - 1: completamente limitada
 - 2: si es muy limitada
 - 3: si es escasamente limitada
 - 4: si no hay daño aparente.

- Humedad:
 - 1: húmeda
 - 2: piel húmeda pero no siempre
 - 3: ocasionalmente húmeda
 - 4: raramente vez húmeda

- Actividad:
 - 1: postrado en cama
 - 2: silla de ruedas
 - 3: anda ocasionalmente
 - 4: camina con frecuencia

- Movilidad:
 - 1: inmóvil
 - 2: muy limitado
 - 3: ligeramente limitado
 - 4: no hay limitaciones

- Nutrición:

- 1: muy deficiente
 - 2: probablemente inadecuada
 - 3: adecuada
 - 4: excelente, si come todas sus comidas.
- Fricción (dos fuerzas que se ejercen en paralelo a la piel) y cizalla (Fuerza aplicada o presión ejercida contra la superficie y las capas de la piel a medida que los tejidos se deslizan en planos opuestos, pero paralelos:
 - 1: problema, requiere asistencia en el movimiento.
 - 2: posibles problemas, requiere asistencia en el movimiento de moderada a máxima.
 - 3: sin problema aparente

La escala de braden Q presenta como única variación la evaluación de la perfusión tisular y la oxigenación.

- Perfusión tisular y oxigenación, hace referencia al Relleno capilar y oxigenación de los tejidos
 1. Extremadamente comprometida. El cual hace referencia al paciente hipotensión, que no tolera fisiológicamente cambios de posición.
 2. Comprometida. Paciente normotenso, con una saturación de oxígeno < 95%, hemoglobina < 10 mg/dl, relleno capilar > de 2 segundos y pH sanguíneo < 7.40
 3. Adecuada: Paciente normotenso, con una saturación de oxígeno < 95%, hemoglobina < 10 mg/dl, relleno capilar de 2 segundos y pH normal.
 4. Excelente: Paciente normotenso, con saturación de oxígeno > 95%, hemoglobina normal, relleno capilar > de 2 segundos y pH sanguíneo normal.

ESCALA BRADEN Q					
Intensidad y duración de la presión				PTOS	
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1.- Completamente inmóvil: No realiza ningún movimiento con el cuerpo o las extremidades sin ayuda.	2.- Muy limitada: Ocasionalmente realiza ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de realizar cambios frecuentes o significativos sin ayuda.	3.- Ligeramente limitada: Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda.	4.- Sin limitaciones: Realiza importantes y frecuentes cambios de posición sin ayuda.	
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	1.- Encamado: Limitado/a a la cama.	2.- En silla: Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso y/o hay que ayudarlo para sentarse en una silla o en una silla de ruedas.	3.- Camina ocasionalmente: Camina ocasionalmente durante el día, pero distancias muy cortas, con o sin ayuda. Pasa la mayor parte de cada turno en la cama o en la silla.	4.- Todas las posiciones demuestrado (vive) o para caminar o camina frecuentemente. Camina fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos una vez cada dos horas durante las horas de paseo.	
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad de responder adecuadamente, según su nivel de desarrollo, al discomfór relacionado con la presión	1.- Completamente limitada: No responde a estímulos dolorosos (no gime, no se estremece ni se agarra) debido a un bajo nivel de conciencia o a sedación O capacidad limitada para sentir dolor en la mayor parte del cuerpo.	2.- Muy limitada: Responde sólo a estímulos dolorosos. Incapacidad para comunicar malestar, excepto gimiendo o mostrando inquietud O tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad de sentir dolor o malestar en más de la mitad del cuerpo.	3.- Ligeramente limitada: Responde a órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar la incomodidad o la necesidad de ser cambiado de postura O tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad de sentir dolor o malestar en una o dos extremidades.	4.- Sin limitaciones: Responde a órdenes verbales. No tiene ninguna alteración sensorial que limite su capacidad de sentir o comunicar dolor o malestar.	
Tolerancia de la piel y la estructura de soporte					
HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	1.- Piel constantemente húmeda: La piel se mantiene húmeda casi permanente mente debido a la transpiración, orina, diarrea, etc. La humedad es distribuida cada vez que se gira o mueve al paciente.	2.- Piel muy húmeda: La piel está húmeda a menudo, pero no siempre. La ropa de cama debe ser cambiada al menos cada 8 horas.	3.- Piel ocasionalmente húmeda: La piel está húmeda de forma ocasional, necesitando cambio de la ropa de cama cada 12 horas.	4.- Piel raramente húmeda: La piel está casi siempre seca. Hay que cambiar los pañales de forma rutinaria; la ropa de cama solo hay que cambiarla cada 24 horas.	
FRICCIÓN Y ORILLAMIENTO Fricción: ocurre cuando la piel se mueve contra las superficies de apoyo Orillamiento: ocurre cuando la piel y la superficie sea adyacente rozan la una contra la otra	1.- Problema significativo: Laxo oparquidad, contracturas, pliegos o agitación le llevan a un movimiento y fricción casi constante.	2.- Problema: Requiere ayuda de moderada a máxima para moverse. Es imposible levantarse completamente sin que se produzca un roce contra las sábanas. Fricción que le lleva a deslizarse hacia abajo en la cama o en la silla, no cesando recolocarlo con la máxima ayuda.	3.- Problema potencial: Se mueve débilmente o necesita una ayuda mínima. Mientras se mueve, es posible que la piel roce de algún modo con las sábanas, la silla u otros dispositivos. La mayor parte del tiempo mantiene una posición relativamente buena en la silla o cama, aunque ocasionalmente se desliza hacia abajo.	4.- Sin problema aparente: Es posible levantarse completamente durante un cambio de postura. Se mueve independientemente en la cama y en la silla, y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente mientras se mueve. Mantiene una buena postura en la cama o en la silla en todo momento.	
NUTRICIÓN Patrón habitual de ingesta de alimentos	1.- Muy pobre: Está en ayunas; o a dieta líquida; o con suoterapia más de 5 días O albúmina < 2.5 mg/dl O nunca come una comida completa. Raras veces come más de la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye 2 o menos raciones de carne, pescado o productos lácteos al día. Toma pocos líquidos. No toma un suplemento dietético líquido.	2.- Inadecuada: Se le administra una nutrición enteral (EN) o nutrición parenteral (PN) que le proporciona una cantidad inadecuada de calorías y minerales para su edad O albúmina < 3 mg/dl O raras veces come una comida completa y generalmente sólo come la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye sólo 3 raciones de carne, pescado o productos lácteos al día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético.	3.- Adecuada: Se le administra una nutrición enteral (EN) o nutrición parenteral (PN) que le proporciona una cantidad adecuada de calorías y minerales para su edad O como la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de 4 raciones de proteínas al día (carne, pescado, productos lácteos). Ocasionalmente rechaza una comida, pero normalmente toma un suplemento si se lo ofrece.	4.- Excelente: Toma una dieta normal que le proporciona las calorías adecuadas para su edad. Por ejemplo, come/bota la mayor parte de cada comida/toma. Nunca se chaza una comida. Normalmente come un total de 4 o más raciones de carne, pescados o productos lácteos al día. Ocasionalmente come entre comidas. No necesita suplementos.	
PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN	1.- Muy comprometida: Hipotensión (TA _{sc} < 50 mmHg; < 40 en posición recostado) O el paciente no tolera fisiológicamente los cambios posturales.	2.- Comprometida: Normotenso; el pH sérico es < 7.40; la saturación de oxígeno puede ser < 95% O la hemoglobina puede ser < 10 mg/dl O el tiempo capilar puede ser > 2 segundos.	3.- Adecuada: Normotenso; el pH de la sangre es normal; la saturación de oxígeno puede ser < 95% O la hemoglobina puede ser < 10 mg/dl O el tiempo capilar puede ser > 2 segundos.	4.- Excelente: Normotenso; la saturación de oxígeno es > 95%; hemoglobina normal; y el tiempo capilar < 2 segundos.	
© Quigley S & Curley M. 1986.				TOTAL	

La escala de Braden Q es una escala negativa, es decir que entre menor puntuación, hay mayor riesgo de presentar úlceras por presión, la escala de

braden Q oscila entre los 5 y los 25 puntos los cuales se clasifica de la siguiente manera

Con esta escala los puntajes que se manejan son de 7 a 25, con una clasificación de la siguiente manera:

- Riesgo leve: mayor o igual a 25
- Riesgo moderado: puntuación de 21 a 25
- Riesgo Alto: puntuación de 17 a 20

6 METODOLOGIA

6.1 POBLACION.

Proyecto dirigido al personal de enfermería que labora en la unidad de cuidado intensivo pediátrico, entre jefes de enfermería y auxiliares de enfermería, propios de la unidad y de apoyo.

CICLO PHVA/5W-2H

6.2 PLANEAR.

Con el actual proyecto se pretende optimizar el proceso de atención de enfermería de la unidad de cuidado intensivo pediátrico, para realizar una correcta evaluación de los factores de riesgo para la adquisición de Ulceras por presión y la estandarización del plan de cuidado pertinente para la situación propia de cada paciente, para alcanzar tal fin, se realizaran las siguientes intervenciones:

6.3 QUE ES LO QUE SE VA A HACER?

- Realizar una guía intervencionista para el personal de enfermería
- Identificar la población presente en la unidad de cuidado intensivo y estandarizar el criterio de inclusión para el presente proyecto.

- Identificar por medio de la evaluación de la escala de Braden Q la incidencia de úlceras por presión presentes en la población pediátrica en estado crítico
- Identificar las barreras presentes en el proceso de atención de enfermería para la correcta evaluación de los factores de riesgo predisponentes para adquirir úlceras por presión, en el paciente pediátrico en estado crítico y el desarrollo del plan de cuidado apropiado para la situación hemodinámica del paciente pediátrico en estado crítico.

6.4 PORQUE SE VA A HACER?

Debido al aumento en la incidencia de las úlceras por presión que se ha presentado en la unidad de cuidado intensivo pediátrica desde el año 2013 al 2014, siendo un determinante significativo de calidad en el proceso de atención de enfermería, ya que cerca del 70% de las úlceras por presión son evitables y se desprenden de un inadecuado proceso de apoyo en el autocuidado.

6.5 COMO SE VA A HACER?

- Realizando el diagnóstico situacional de la unidad de cuidado intensivo pediátrico.
- Recibiendo capacitación y conocimiento básico en clínica y manejo de heridas, para identificar el punto de partida para la realización del proyecto.
- Realizando una revisión sistemática de la literatura que permita determinar el uso de la escala de Braden en pediatría y las actividades a realizar para la prevención de las mismas
- Realizando un guía de intervención de enfermería, donde se explique el correcto proceso evaluativo de la escala de Braden Q.
- Identificando el plan de cuidado pertinente para la condición de cada paciente y condensarlo en la guía de intervención de enfermería
- Identificando el nivel de conocimiento del personal de enfermería de la unidad sobre la escala de Braden y la escala de Braden Q, por medio de la realización de un test de entrada.

- Educando y sensibilizando al personal de enfermería sobre el correcto proceso de evaluación de los factores de riesgo presentes en la escala de braden.
- realizando un postes o un test de evaluación final, para determinar la adherencia a la capacitación, el nuevo nivel de conocimiento con relación a la evaluación de la escala de Braden y la familiarización con la nueva guía de intervención de enfermería para la prevención de Ulceras por presión.

Dentro de la FundacionCardioinfantil existe un programa de piel constituido y fuertemente posicionado para el paciente adulto, pero no para el paciente pediátrico lo que abre un nuevo panorama de intervención al profesional de enfermería para la correcta evaluación del riesgo del paciente pediátrico y la estandarización del plan de cuidados óptimo para cada paciente, la implementación de la guía se hará en la unidad de cuidado intensivo pediátrico, y se abrirá un espacio dentro de los equipos para el almacenamiento de la guía y la fácil consulta de la misma.

6.6 CUANDO SE VA A REALIZAR, CUANDO SE EMPIEZA, CUANDO SE TERMINA.

El proyecto está establecido a desarrollarse desde el día 11 de febrero de 2015 hasta el día 24 de abril de 2015.

6.7 DONDE SE VA A HACER.

El presente proyecto está diseñado para realizarse en la unidad de cuidado intensivo pediátrico general de la fundación cardioinfantil-IC

6.8 QUIEN LO VA A REALIZAR.

El presente proyecto será ejecutado por la estudiante Paula Isabel Arregui cano de Decimo semestre de la facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana de la línea profundización Cuidado al niño y de la sub línea de profundización cuidado al niño en estado crítico.

6.9 COMO LO VOY A MEDIR.

- Mediante la realización de una evaluación inicial de 7 preguntas (anexo 1) enfocadas a determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería, con relación a la escala de Braden su utilidad y su correcta aplicación.
- Mediante la realización de una evaluación final de 7 preguntas (anexo 2) para determinar el nuevo nivel de conocimientos adquiridos pos capacitación.

6.10 COMO LO VOY A CONTROLAR.

Por medio de criterios como:

- Personal del área de enfermería ya sea profesional o auxiliar que labore propiamente en la unidad
- Personal auxiliar que se encuentre en entrenamiento dentro de la unidad y al contacto constante con el sujeto de cuidado
- Personal profesional y auxiliar de enfermería que se encuentre de apoyo en el servicio y que tenga a su cargo el sujeto de cuidado.

Para el desarrollo del proyecto con el sujeto de cuidado se determinó el siguiente criterio de inclusión:

- Pacientes pediátricos que se ubican en un rango de edad comprendido entre los 30 días de nacido y los 17 años y 11 meses, hospitalizados en la UCIP de la Fundación Cardio-Infantil que se encuentran en condiciones críticas que dificulten su movilidad y hagan necesaria la intervención y apoyo del personal de enfermería para prevenir la aparición de úlceras por presión.

6.11 METAS.

- Capacitar al 100% del personal de enfermería de la unidad de cuidado intensivo, con relación a la escala de Braden y su correcta evaluación para la prevención de úlceras por presión en el paciente pediátrico en estado crítico.

- Identificar los factores de riesgo que predisponen a la población pediátrica en estado crítico a desarrollar úlceras por presión.

6.12 HACER.

Durante el desarrollo de esta etapa se realizó:

- Se Realizó el diagnóstico situacional de la unidad de cuidado intensivo pediátrico.
- Se organizó una cita con el personal encargado de clínica de piel y se Recibieron documentos que al ser estudiados generaron capacitación básica en clínica y manejo de heridas
- Se identificó el punto de partida para la realización del proyecto.
- Se realizó una revisión sistemática de la literatura que permitió captar una cantidad importante de artículos para determinar el estado actual de estudio de las lesiones en piel en la población
- Se Identificó la población hospitalizada unidad de cuidado intensivo
- se estandarizo el criterio de inclusión para el presente proyecto.
- Reevaluó la escala de Braden Q y se determinó la incidencia de úlceras por presión en la población pediátrica en estado crítico
- Se reconocieron las barreras presentes en el proceso de atención de enfermera para la evaluación de los factores de riesgo predisponentes para adquirir úlceras por presión, en el paciente pediátrico en estado crítico.
- Se realizó la guía de intervención de enfermería.(anexo 3)

La guía se realizó posterior a la reunión con el personal encargado de clínica de piel y a las recomendaciones dadas desde dicha jefatura, se realizó una revisión de literatura de cerca de 10 artículos, que sustentaron la importancia de la correcta evaluación de la escala de Braden y los cuidados en piel para la prevención de las

lesiones en piel, sin embargo desde el manejo para las Ulceras por presión en el paciente pediátrico en estado crítico el hallazgo no fue relevante encontrándose únicamente 4 artículos.

- se realizó el plan de cuidado pertinente para la condición de cada paciente y se registró en la guía de intervención de enfermería.

El plan de cuidado se fundamentó en la revisión de literatura y la estandarización del plan de cuidado y prevención con el que cuenta actualmente la Fundación Cardioinfantil desde el área de clínica de piel.

- se realizó un test de entrada de identificación del conocimiento referente a la escala de Braden, y Briden.

El test de entrada se realizó previo a la capacitación, se realizó en la unidad de cuidado intensivo pediátrico, previa autorización de la enfermera coordinadora del área, se hizo uso de preguntas cerradas y abiertas, que buscaban evaluar el conocimiento sobre el tema.

- Se capacito y se sensibilizo al personal de enfermería sobre el correcto proceso de evaluación de los factores de riesgo presentes en la escala de braden.

La capacitación se realizó posterior al test de entrada, en la unidad de cuidado intensivo pediátrica , se realizó de forma personal por la dinámica del servicio y en algunas oportunidades cuando la dinámica del servicio lo permitía de forma colectiva,

6.13 VERIFICAR.

- Se realizó un postes o un test de evaluación final, que determino la adherencia a la capacitación, el nuevo nivel de conocimiento con

relación a la evaluación de la escala de Braden y la familiarización con la guía de intervención de enfermería.

El personal se mostró activo, dispuesto y colaborador lo que permitió que la evaluación fuera un proceso de aprendizaje colectivo y se adquiriera un adecuado empoderamiento de la estrategia evaluativa y la guía correspondiente

6.14 ACTUAR.

- Posterior al test de evaluación o postes se retroalimentó al personal, se aclararon dudas regresando a la presentación de la capacitación e ilustrando la evidencia mediante la referencia de los artículos consultados para el sustento de la guía, se explicó la guía punto por punto en el personal que tenía dudas sobre la misma,

7 CONSIDERACIONES ETICAS.

Para la realización de este proyecto fue necesario evaluar los principios enmarcados en el código deontológico de enfermería, considerados en la ley 266 de 1996, dichos principios son importantes en toda intervención de enfermería, encaminada a favorecer el proceso de adaptación de los pacientes que se encuentren en riesgo de adquirir lesiones en piel o úlceras por presión.

7.1 BENEFICENCIA Y NO MALEFICENCIA

Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal, dicho principio se direcciona por los deberes universales: hacer, o promover el bien y prevenir, apartar y no generar daño o maldad a nada.

Si cuando se aplica dicho principio no se tiene claridad en las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe procurar fomentar el menor mal posible, evitando transgredir los derechos fundamentales de cada persona, los cuales están por encima de la legislación propia de cada país y las normas de cualquier institución.

El desarrollo del presente proyecto se sustentó en la búsqueda del mayor bien posible: generando un valor importante a nivel individual y social.

Con la realización del presente proyecto se beneficiaran las enfermeras jefes ,el personal auxiliar de enfermería y los pacientes pediátricos presentes en la Unidad de Cuidado Intensivo pediátrica, de la Fundación Cardioinfantil, debido a que el presente proyecto va encaminado a mejorar y optimizar el proceso de atención de enfermería para prevenir la aparición de úlceras por presión en el paciente pediátrico, que por su condición hemodinámica requiere asistencia de enfermería en las actividades básicas.

Las acciones realizadas para el desarrollo de este proyecto van dirigidas a hacer el bien, no se pretende en ningún momento cuestionar el quehacer de enfermería, se busca optimizar el proceso de cuidado en pro del bienestar de los pacientes.

7.2 AUTONOMIA.

Hace referencia a reconocer a las personas como individuos libres, a respetar y aceptar sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Bajo este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual de cada persona para determinar su actuar.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto y la integridad pertinente, se realiza una información verbal previa donde se explica la importancia del estudio, se hace énfasis en que el desarrollo de los test será completamente anónimo y no es relevante considerar el nombre de quien lo realiza, al estar la persona de acuerdo y aceptando participar en el estudio, recibe el pre-test, lo que hace constar que desea participar en la realización del mismo, en caso de la respuesta ser negativa y negarse a participar en el estudio el personal llenara un formato (anexo3) donde explique la razón por la cual no desea hacerlo, en el caso particular de la realización del actual proyecto la respuesta por parte del personal fue excelente, se mostró aceptación del proyecto, interés y respeto frente a la realización del mismo.

El formato pretende determinar la razón por la cual el personal no acepta participar del proceso, firma el personal y firma el estudiante con el fin de hacer un registro de la negativa, y recalcando que cada persona es libre de decidir las actividades que desea o no realizar, sin sentir presión desde ningún área.

7.3 VERACIDAD.

Es considerado el principio ineludible de no engañar a la otra persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en la relación para la atención en salud. Por ende el personal de enfermería tiene el deber de ser veraz en el trato con el sujeto de cuidado y con el entorno que lo rodea.

En el desarrollo de este proyecto se proporcionaran datos claros, fidedignos y sustentados en una extensa revisión literaria que permiten hacer un trabajo conjunto con el personal de enfermería de la UCIP de la Fundación Cardioinfantil, para optimizar el proceso de atención de enfermería, proporcionando el conocimiento necesario para el correcto uso de los recursos personales y materiales, en pro del bienestar del paciente pediátrico en estado crítico,

7.4 RESPETO.

se refiere a admitir las diferencias personales, sin hacer complacencia de errores en el actuar o decidir incorrecto. Para acertar en el momento de decidir si se acepta o no alguna conducta, el personal de enfermería debe tener la capacidad de diferenciar la tolerancia, de la debilidad.

Admitir los errores proporciona más confianza y seguridad para poder manejar las dudas de la mejor forma posible, y buscar soluciones cuando las actividades realizadas no previenen de forma correcta la aparición de úlceras por presión.

7.5 CONFIDENCIALIDAD.

Este principio se refiere a que el personal de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por su conocimiento y su honestidad para transmitir,

información, dar educación , por el quehacer propio de su profesión y por su apoyo condicional al sujeto de cuidado y su entorno. La enfermera debe mantener y aumentar su conocimiento y destreza técnica para asegurar la intervención brindada al sujeto de cuidado.

Para el desarrollo del presente proyecto se garantiza que bajo cualquier circunstancia la información obtenida se administrara para fines benéficos, buscando un avance continuo en el actuar de enfermería que fortalezca el proceso evaluativo del paciente pediátrico en estado crítico y la implementación de un plan de cuidado coherente con la condición de cada paciente. En la fundación cardiointantil no se encontró ningún trabajo, protocolo o proyecto dirigido a realizar una correcta evaluación de los factores de riesgo consideras en la escala Braden Q y al diseño de una guía intervencionista para prevenir la aparición de dichas lesiones, conociendo el impacto de dicha afección en el paciente pediátrico en estado crítico se justifica la realización del presente proyecto.

Como aspecto complementario se fundamentó la realización del siguiente proyecto en la resolución 008430 DE 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.” Partiendo del hecho de que el presente proyecto es un estudio y estandarización de actividades de enfermería para prevenir la aparición de lesiones en piel en el paciente critico pediátrico

8 PLAN DE ACCION

OBJETIVO GENERAL	ACTIVIDADES	COMO	QUIEN	CUANDO	MEDIOS DE VERIFICACION
Optimizar el proceso de atención de enfermería en la UCIP de la fundación cardioinfantil, por medio de la correcta aplicación de la escala de valoración de piel Braden Q y el desarrollo de una guía de intervención	<p>+Optimizar el proceso de atención del personal de enfermería, por medio de educación sobre el correcto proceso evaluativo de la escala de Braden Q.</p> <p>+ identificación de factores de riesgo para la adquisición de UPP en la población pediátrica</p> <p>+ elaborar una guía intervencionista de cuidado.</p>	<p>+Realización de una guía intervencionista con sustento teórico</p> <p>+ capacitar sobre la evaluación de la escala de Braden Q</p>	Estudiante x semestre de enfermería Universidad De La Sabana	FEBRERO 11- ABRIL 24 DE 2015	La elaboración de la evaluación de conocimientos y el medio tangible de la guía
OJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	COMO	QUIEN	CUANDO	MEDIOS DE VERIFICACION
sensibilizar la escala de valoración de piel Braden Q, al personal de enfermería que labora en la unidad pediátrica, por medio de una capacitación, para optimizar el proceso de atención del paciente	+Realizar educación al personal de enfermería, de los 4 diferentes turnos que laboran en la unidad sobre el correcto proceso evaluativo de los factores de riesgo contemplados en la escala de	<p>+Inicialmente mediante la realización de un test inicial que pretende medir conocimientos básicos sobre la evaluación de la escala de Braden.</p> <p>+ posteriormente se brindara educación</p>	La educación será brindada por la estudiante x semestre de enfermería de la Universidad De La Sabana, al personal que labora en la unidad	Abril 10- abril 24 de 2015	Teste de entrada y test de salid

pediátrico en estado crítico	valoración de piel Braden Q	al personal por medio de una presentación en PowerPoint + finalmente se desarrollara un test final para comprobar la aceptación de la educación brindada			
Elaborar una guía de intervención a la población pediátrica en estado crítico, para identificar factores de riesgo y desarrollar estrategias de prevención de úlceras por presión dentro de la unidad de cuidado intensivo pediátrico de la Fundación Cardioinfantil	+Diseño y desarrollo de una guía de intervención para el personal de enfermería, donde se explique cómo realizar la correcta evaluación de la escala de Braden y el plan de cuidado a desarrollar para la prevención de las úlceras por presión en el paciente pediátrico	+ revisión literaria + determinar los parámetros relevantes y necesarios y condensarlos en la guía	La guía fue realizada por la estudiante de x semestre de la Universidad De La Sabana	Marzo 23- abril 14	El desarrollo de la guía y el producto de la misma
Identificar en la población pediátrica los factores de riesgo predisponentes para la posible aparición de úlceras por presión o lesiones en piel en la UCIP, durante los meses de rotación por la misma	+Realizar el seguimiento de la escala de valoración de piel Braden Q +determinar los factores de riesgo predisponentes para la adquisición de UPP en la población pediátrica	Mediante el registro semanal de la escala de valoración en piel, solo de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión	Estudiante de x semestre de Enfermería Universidad De La Sabana	Febrero 25- abril 22	Los resultados contenidos en el presente trabajo

10 PRESUPUESTO.

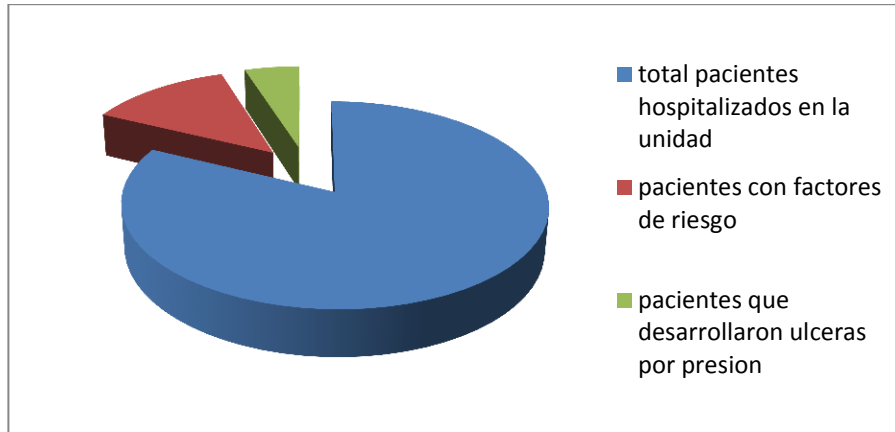


PRESUPUESTO INVERTIDO EN LA REALIZACION DE PROYECTO

“EVALUACION E INTERVENCION DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION EN EL PACIENTE CRITICO PEDIATRICO”

DESCRIPCION	DEVENGADOS
Formatos de Evaluación, pre-test, post-test, PAPELERIA	\$17.400
Incentivos	\$6.000
Viáticos	\$20.000
Afiche	\$10.000
Total devengados	\$53.400

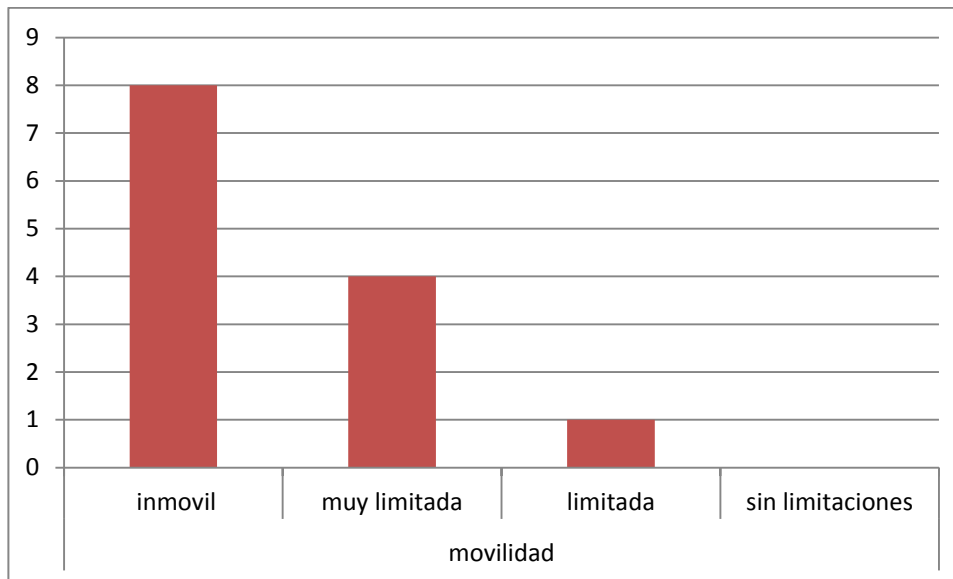
11 RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS.



En la gráfica anterior se puede observar el número de pacientes que ingreso a la unidad durante el periodo de febrero 11 a abril 24 de 2015 , de los cuales 13 fueron incluidos al programa , de estos 13 pacientes, 5 desarrollaron úlceras por presión o lesiones en piel, lo que determina la utilidad del presente proyecto.

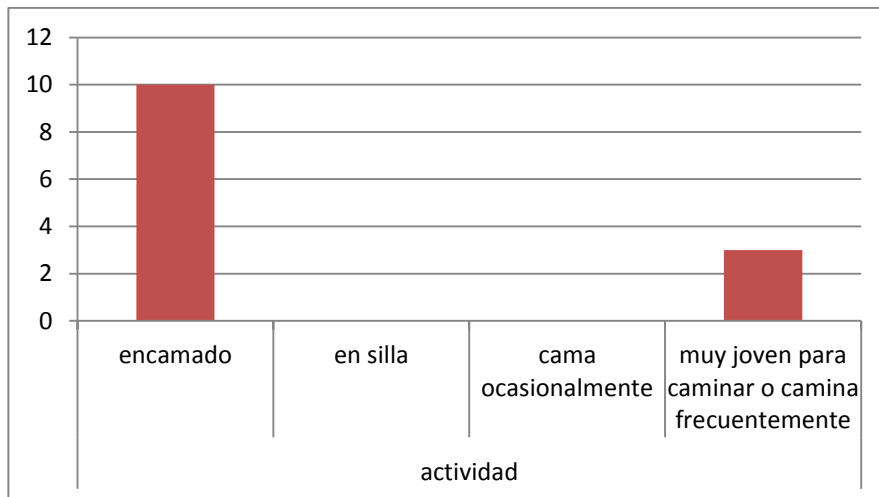
11.1 RESULTADO DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACION DE PIEL BRADEN Q.

Grafico 1: se evaluó el ítem contemplado en la escala Braden Q, denominado movilidad.



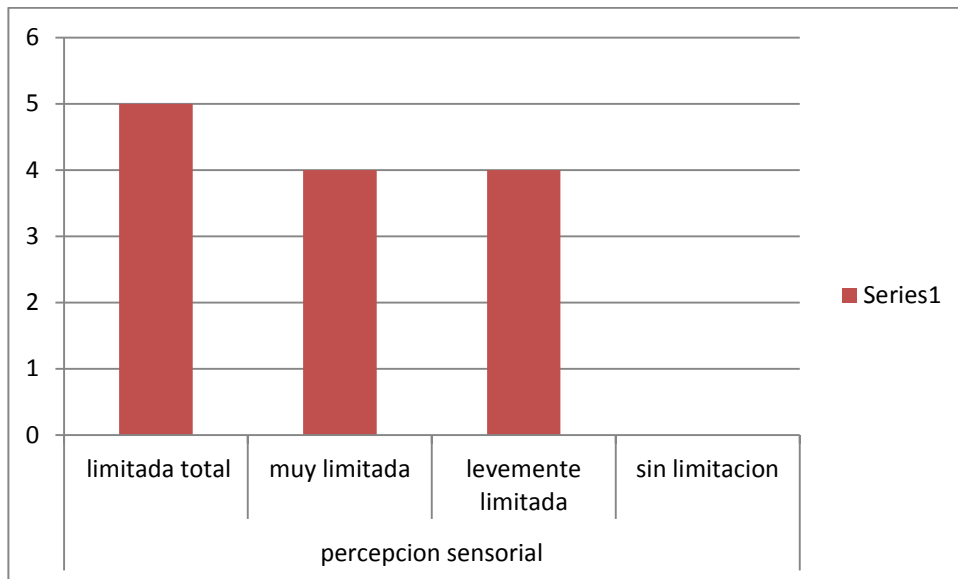
En el grafico anterior se puede observar que de los 13 pacientes incluidos en el estudio, 8 pacientes se encontraban totalmente inmóviles o su condición hemodinámica no permitía la realización de movimientos demandantes del patrón hemodinámico, 4 de los pacientes incluidos en el estudio se encontraban con una movilidad muy limitada, es decir su condición hemodinámica permitía cambios de posición mínimos, 1 de los pacientes tenía una condición de movilidad limitada, pero toleraba de mejor forma los cambios de posición.

Grafico 2: se evaluó el ítem contemplado en la escala Braden Q, denominado actividad.



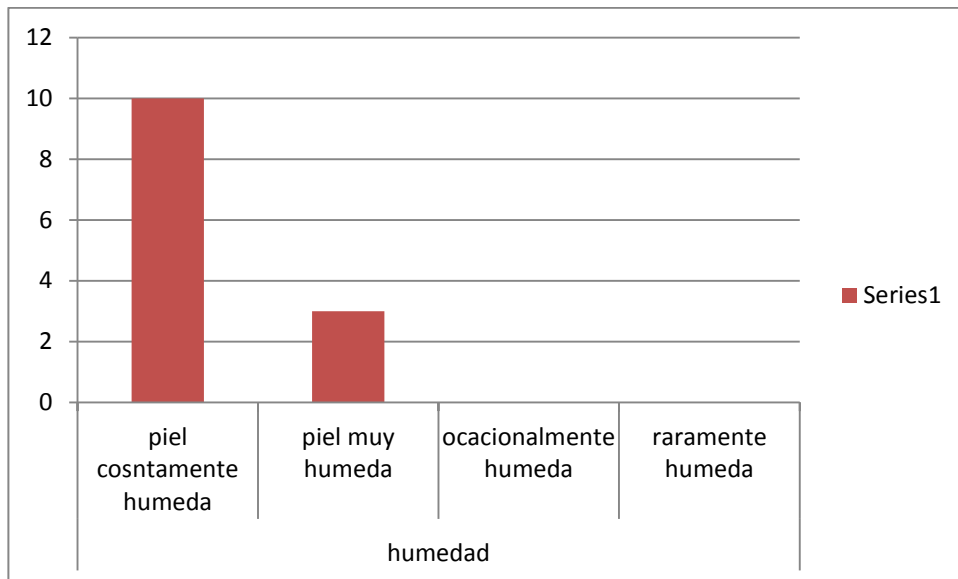
En el grafico anterior se observa que de los 13 pacientes incluidos en el programa 10 se encontraban en cama constantemente, y no deambulaban o cambiaban de posición con mucha frecuencia dentro del servicio, los otros 3 pacientes se encontraban en un rango de edad donde estaba ausente la bipedestación y la marcha.

Grafico 3: se evaluó el ítem contemplado en la escala Braden Q, denominado percepción sensorial.



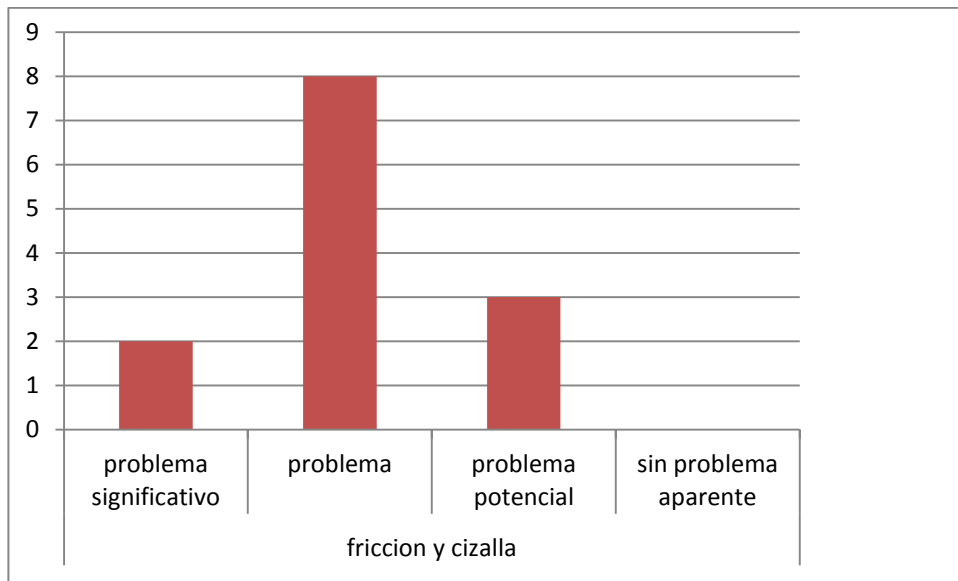
En el grafico anterior se puede observar que de los 13 pacientes incluidos en el estudio 5 se encontraban con una percepción sensorial totalmente limitada, por el uso de sedantes y miorelajantes lo que dificultaba su percepción de dolor, humedad o cambios de temperatura, 4 se encontraban con la percepción muy limitada, no solo por las condiciones de sedación, relajación, sino también por presentar alguna anomalía neurológica de base, 4 de los pacientes presentaba una percepción sensorial adecuada y respondía los estímulos ocasionados por el medio.

Grafico 4: se evaluó el ítem contemplado en la escala Braden Q, denominado humedad.



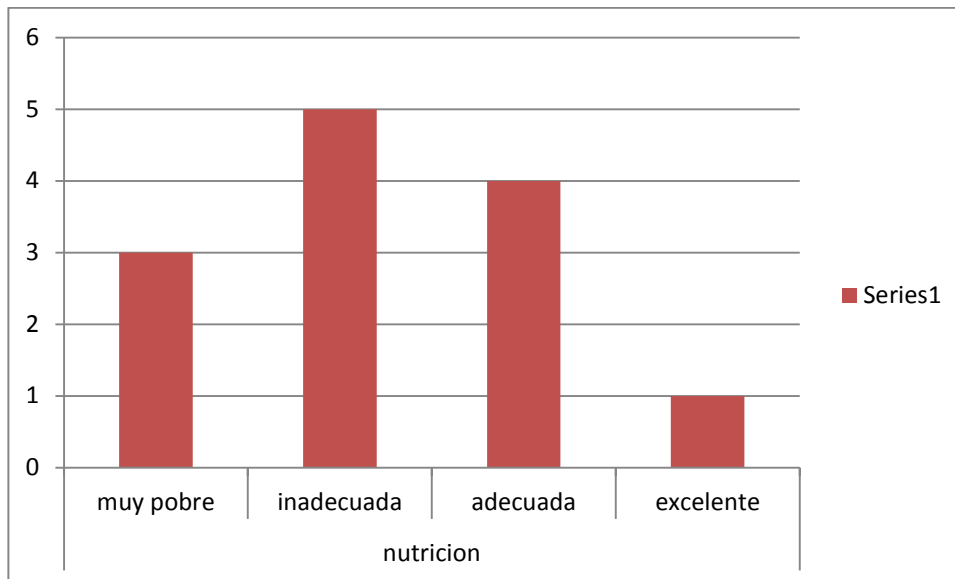
En el grafico anterior se observa que de los 13 pacientes incluidos en el estudio, 10 se encontraban con exposición total a la humedad por el uso constante del pañal, o por los drenes necesarios para el debido manejo de su patología, los 3 pacientes restantes se encontraban con la piel muy expuesta a la humedad, por el uso del pañal, o por condiciones fisiopatológicas que generaban diaforesis importantes, sin descartar el uso de drenes.

Grafico 5: se evaluó el ítem contemplado en la escala Braden Q, denominado fricción y cizalla.



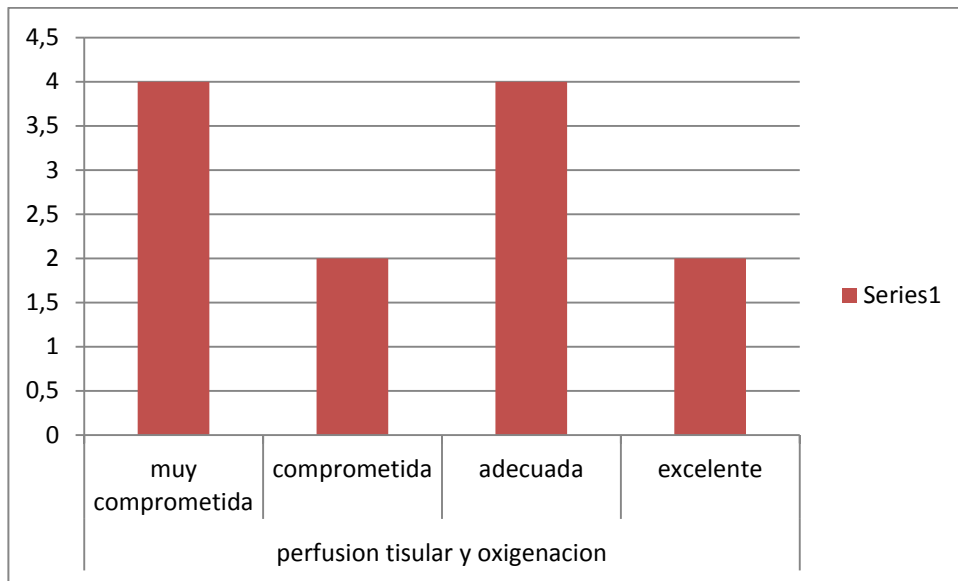
En el gráfico anterior se puede observar que de los 13 pacientes incluidos en el estudio, 2 presentaban un problema significativo con relación a las fuerzas ejercidas, su condición hemodinámica y las superficies de apoyo favorecieron la aparición de zonas de presión, 8 pacientes se encontraban con un problema aparente presentaban presión con las superficies de apoyo, y deslizamiento leve en la cama, los 3 pacientes restantes se cuentan en una condición hemodinámica relevante y podrían desarrollar una zona de presión.

Gráfico 6: se evaluó el ítem contemplado en la escala Braden Q, denominado Nutrición.



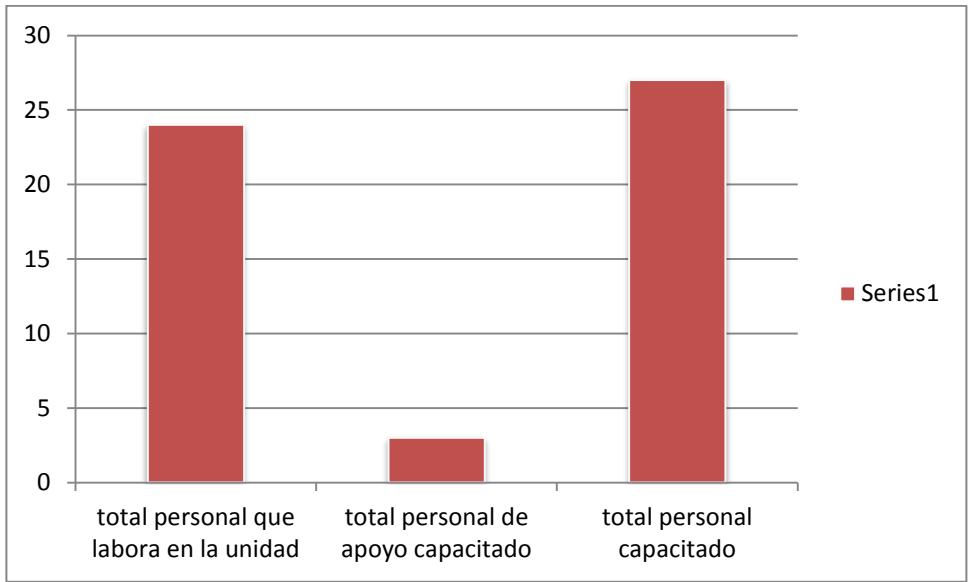
En el grafico anterior se puede observar la relación de los pacientes incluidos al programa con el patrón nutricional, encontramos que de los 13 pacientes incluidos en el estudio 3 se encontraban con un patrón nutricional muy pobre o aun no se había realizado en acople nutricional lo que aumentaba el riesgo de desarrollar úlceras por presión, 5 pacientes se encontraban con un aporte nutricional inadecuado debido a que el aporte recibido era inferior a los requerimientos energéticos, 4 pacientes se encontraban con aporte nutricional adecuado, y 1 paciente se encontró con un aporte nutricional excelente lo que mejoraba sus condiciones clínicas y disminuía el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Grafico 7: se evaluo el ítem contemplado en la escala Braden Q, denominado perfusión tisular y oxigenación.



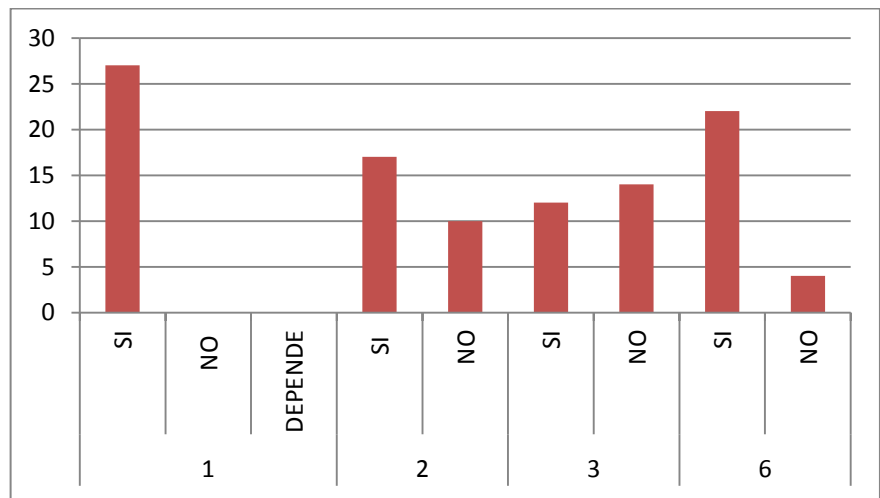
En el gráfico anterior se puede observar la relación de los pacientes incluidos al estudio con la perfusión tisular y la oxigenación, encontramos que 4 pacientes se encontraban con una perfusión tisular comprometida, probablemente por shock de distinta etiología, por el proceso séptico o por alguna patología de base determinante para la disminución de la perfusión tisular lo que generó que esta población fuera propensa a desarrollar úlceras por presión, 2 pacientes se encontraban con una perfusión tisular comprometida quizás por la misma razón anterior, 4 se encontraban con un proceso de perfusión y oxigenación adecuado su llenado capilar era igual a 2 segundos y manejaban temperatura y color adecuado en sus 4 extremidades, 2 pacientes se encontraban con una perfusión tisular y un proceso de oxigenación excelente lo que disminuía su riesgo para la adquisición de úlceras por presión o lesiones en piel.

Gráfico 8: personal de enfermería sensibilizado.



En la gráfica anterior se puede observar el personal de enfermería sensibilizado con la escala de Braden Q, se puede observar que se capacitó el 100% del personal que labora en la unidad y adicionalmente se capacitó 3 enfermeras jefes que estuvieron de apoyo en el servicio durante la realización de la sensibilización

Grafico 9 : Preguntas test de entrada numerales 1, 2, 3 y 6

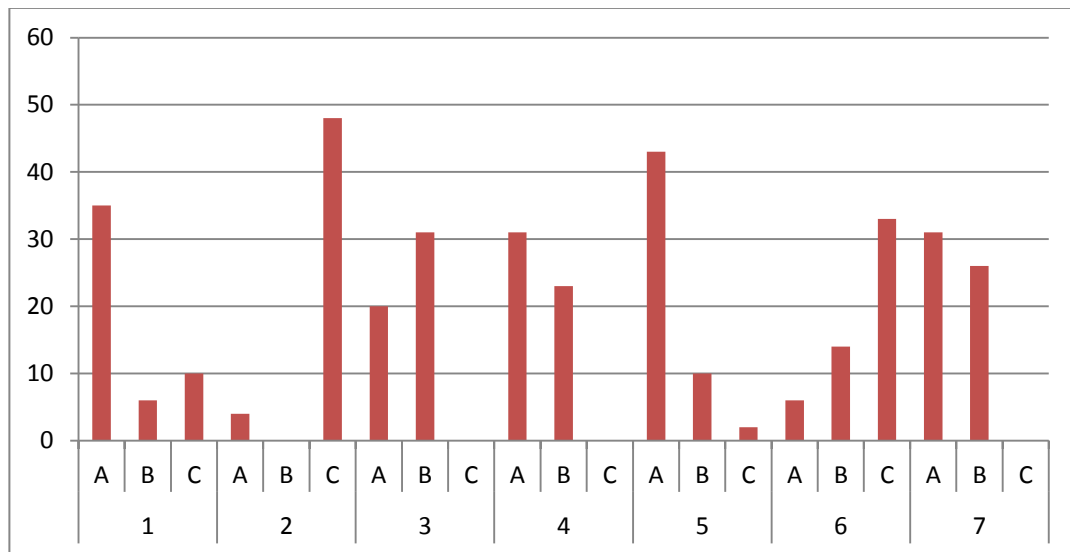


Nota: Fuente propia

En el grafico anterior se observa las respuestas a las preguntas del test de entrada correspondientes a los numerales 1 ¿Considera usted importante la valoración de la integridad cutanea por medio de la escala de Braden?, 2 ¿Cree usted que la escala de Braden es adecuada para la valoración de la piel en la población pediátrica?, 3 ¿ Conoce o ha escuchado acerca de la escala de Braden para el población pediátrica?

Dentro del cuestionario de entrada se realizaron 3 preguntas abiertas, correspondientes a los numerales 4, 5 y 7 donde las respuestas encontradas se generalizan, exceptuando dos participantes quienes respondieron no conocer los criterios de evaluación de la escala de Braden.

Grafico 2 Preguntas test de salida



Nota: Fuente propia

En el grafico anterior se observan los resultados correspondientes al cuestionario de salida (ver anexo 2), aplicado al grupo de enfermeras jefes y auxiliares de

enfermería de la unidad de cuidado intensivo pediátrico de la Fundación Cardio Infantil de Bogotá Cundinamarca Colombia.

Dentro de los resultados obtenidos se observo que el personal de la institución disponía de un conocimiento posterior adecuado acerca de la escala de Braden, tal como se observa en la grafica 1 en el numeral 1, 2 y 3. Lo que corrobora la importancia de la capacitación frente al uso adecuado de la escala de Braden, para el manejo de úlceras por presión.

Se observó que posterior a la capacitación el personal logro comprender los principios de la escala de Braden, no obstante dentro de los resultados se observo que al realizar la capacitación de forma grupal, un 80 % de los participantes respondia de forma correcta a las preguntas mientras el restante porcentaje, erraba en las respuestas. Lo que puede evidenciar baja comprensión de los conceptos proporcionados. Por otro lado, este resultado puede estar circunscrito, a la dinámica presentada dentro del turno y falta de interés de algunos participantes.

12 CONCLUSIONES

- Las UPP siguen siendo un problema de salud que afecta a los pacientes hospitalizados cuando estos presentan factores de riesgo intrínsecos y que no pueden ser modificables , tal como se observo en el estudio los niños se han convertido en un población vulnerable debido a la situación de criticidad a la que se ven sometidos los niños actualmente.
- Las úlceras por presión son una entidad relevante, que genera nuevos desafíos para enfermería
- Cerca del 50% del personal de la unidad de cuidados intensivos no tenia conocimiento de la existencia de la escala de braden para la población pediátrica.

- El personal de la unidad de cuidados intensivos coincide por decisión unánime que la escala de braden tradicional no es apta para evaluar los factores de riesgo en la población pediátrica.
- El personal de enfermería de la UCIP demostró interés en identificar los factores de riesgo por medio de la evaluación de a escala de braden, hizo propuestas para evaluarla y manifestó estar de acuerdo con el desarrollo de la guía de intervención.
- el personal de enfermería de la UCIP reconoció la importancia de la evaluación correcta de la escala de BRADEN Q, para el desarrollo pertinente del plan de cuidados específico para la condición hemodinámica de cada paciente,
- el síndrome de desacondicionamiento físico y el uso de miorelajantes favorece la aparición de úlceras por presión debido a la presión prolongada y a la disminución de la sensibilidad en áreas susceptibles.
- Las patologías crónicas contribuyen en el desarrollo de las lesiones debido a la deficiencia en la irrigación sanguínea hacia los tejidos periféricos por ende disminuye la oxigenación repercutiendo en la formación de las UPP.
- Cerca del 90% del personal de enfermería de la unidad reconoce la diferencia de conceptos considerados para hacer una evaluación de la piel adecuada, el 10% restante requiere revisar la guía realizada concienzudamente para determinar pautas para una evaluación correcta de los factores de riesgo.
- Las actividades para la prevención de úlceras por presión se encuentran estandarizadas en la unidad, y cada turno realiza actividades similares en pro del bienestar de los pacientes y para favorecer la prevención de úlceras por presión.
- La unidad no cuenta aun con los recursos necesarios en cuanto a superficies de apoyo, y todo se maneja gracias a la creatividad del personal, pero los artículos y su uso deberían estandarizarse dentro de la unidad.

- Los apósitos de los que dispone la institución no eran usados correctamente antes de la capacitación, posterior a la misma se observó la adecuada implementación y actualmente se están optimizando los recursos de la institución en cuanto a la prevención de úlceras en la Unidad de cuidados intensivos pediátrica.
- El personal se concientizó durante el desarrollo de la capacitación, sobre las prácticas inadecuadas que se estaban realizando, las cuales han mejorado visiblemente desde la capacitación.
- El personal se mostró activo, atento y colaborador en todas las fases del proyecto, recalcando siempre de forma verbal la importancia del mismo.
- El programa de piel de la FCI está muy bien constituido para la población adulta, sin embargo para la población pediátrica aún faltan las herramientas que permitan direccionar el cuidado.
- El programa se desarrolló en una unidad de cuidado intensivo de alta complejidad, encontrando pacientes con diversidad patológica lo que hacía su abordaje difícil, aun así y con los cuidados implementados se desarrollaron escasas úlceras por presión y/o lesiones en piel.
- El personal auxiliar demostró ser creativo para evitar las úlceras por presión sin embargo se mostró reacio al inicio del programa, pues llevan mucho tiempo ejecutando su quehacer y tienen cierto recelo al fomento de nuevo conocimiento y tecnología.
- Aun se cometen errores en el uso del Saff-gel, pese a la continua explicación, continúa usándose de forma inadecuada, lo que ocasiona sobrecostos para el plan de atención.
- El personal que labora en la unidad, debe optimizar el tiempo con los pacientes críticos y optimizar su cuidado hacia los pacientes que más lo necesitan, para evitar la aparición de úlceras por presión en el paciente pediátrico en estado crítico.

13 RECOMENDACIONES


- Se recomienda realizar una prueba piloto, con la escala de BradenQ, y que pueda realizarse en físico mientras se valida en la Unidad de cuidado intensivo pediátrico y en los servicios de pediatría que se considere pertinente, para estandarizar el plan de atención en la población pediátrica
- Se recomienda utilizar la guía con todos los pacientes hospitalizados en la unidad para estandarizar el plan de cuidados, darle continuidad y evaluar la eficiencia del mismo
- Se recomienda extender la capacitación al personal de hospitalización pediatría para dar continuidad a la evaluación y al cuidado de los niños que salen de la UCIP.
- Dar capacitación a los familiares y cuidadores para hacer de las horas de visita un espacio más ameno, favorecer el vínculo con el menor y realizar un proceso efectivo de lubricación de la piel, permitiendo de esta manera bienestar para el menor y reduciendo la incidencia de úlceras por presión.
- Se recomienda que la unidad adquiere en la medida de ser posible las superficies de apoyo necesarias para evitar las úlceras por presión.
- Se recomienda que a nivel institucional el diseño un reloj, para los cambios de posición, partiendo no de la posición anatómica del paciente, si no de la condición hemodinámica del paciente y sus requerimientos propios, que permita realizar cambios de ubicación en el mismo reloj, y que deba cambiarse cada que se realiza el cambio de posición, para que sea visible la nueva posición adquirida
- Que desde clínica de piel se realicen capacitaciones, para las enfermeras del área de pediatría ya que por condiciones morfo-fisiológicas no se pueden generalizar los cuidados para poblaciones tan distintas.

- Se recomienda fomentar el correcto uso y optimización de los recursos, que el personal se concientice de que el uso indebido de los productos podría llevar a un aumento en el costo de la hospitalización

14

ANEXOS

Anexo 1

	<p>“EVALUACION E INTERVECION DE ENFERMERIA EN LA OPTIMIZACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA, PARA LA PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION EN EL PACIENTE CRITICO PEDIATRICO”</p> <p>Test de entrada</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. CONSIDERA USTED IMPORTANTE LA VALORACION DE LA INTEGRIDAD CUTANEA POR MEDIO DE LA ESCALA DE BRADEN. A, SI B.NO C. DEPENDE 2. CREE USTED QUE LA ESCALA DE BRADEN ES ADECUADA PARA LA VALORACION DE LA PIEL EN LA POBLACION PEDIATRICA- A. SI B.NO 3. CONOCE O HA ESCUCHADO ACERCA DE LA ESCALA DE BRADEN PARA POBLACION PEDIATRICA A. SI B.NO 4. Describa las diferencias entre una ulcera por presión grado 1 y una zona de presión 5. Describa las actividades que se hacen durante su turno para prevenir las ulceras por presión 6. Conoce los criterios que evalúa la escala de braden A. SI B. NO <p>SI LA RESPUESTA ANTERIOR FUE SI, ENUMERE LOS CRITERIOS DE EVALUACION DE LA ESCALA</p> <p>SI LA RESPUESTA ANTERIOR FUE NO RESPONDA LA PREGUNTA NUMERO</p>	

7

7. ENTRELACE LOS CONCEPTOS DE LA COLUMNA A CON LAS DEFINICIONES DE LA COLUMNA B

A


Capacidad para reaccionar ante una molestia inadecuada de presión
Roces de la piel con superficies de contacto
Patrón usual de ingesta de alimentos
Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo
Nivel de actividad física
Relleno capilar y oxigenación de los tejidos
Contacto de la piel con prominencias óseas
Nivel de exposición de la piel a la humedad

B

HUMEDAD
MOVILIDAD
PERCEPCION SENSORIAL
ACTIVIDAD
FRICCION
DESLIZAMIENTO
NUTRICION
PERFUSION TISULAR Y OXIGENACION

GRACIAS

Anexo 2.

 <p>FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA</p>	<p>“EVALUACION E INTERVECION DE ENFERMERIA EN LA OPTIMIZACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA, PARA LA PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION EN EL PACIENTE CRITICO PEDIATRICO”</p> <p>Test de salida</p>
<p>Con base en la capacitación anterior conteste las siguientes preguntas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. cuál es el puntaje, con el que la escala de Braden Q, dictamina riesgo muy alto para la adquisición de úlceras por presión. <ol style="list-style-type: none"> A. <16 B. <9 C. Entre 17-19 2. En la escala de Braden Q, se evalúa un criterio adicional que no se evalúa en la escala de braden tradicional, este es: <ol style="list-style-type: none"> A. Humedad B. Movilidad C. Perfusión tisular y oxigenación 3. En el criterio de evaluación referente a la fricción se evalúa: <ol style="list-style-type: none"> A. La fuerza ejercida por el cuerpo al estar en contacto con una superficie B. Roce de la piel con superficies de contacto C. Fuerza que se opone al movimiento 4. Según lo establecido cuantas veces al día se debe realizar la escala de BRADEN Q <ol style="list-style-type: none"> A. Una vez por turno B. Una vez al día. C. Cuando se estime conveniente 5. Los cambios de posición deben realizarse <ol style="list-style-type: none"> A. Cada 2 horas, dependiendo del estado hemodinámico del paciente y evaluando la tolerancia B. Cada que se estime conveniente, teniendo en cuenta el patrón hemodinamico C. A tolerancia 6. Que características debe tener la crema, que se aplica a los pacientes de la unidad <ol style="list-style-type: none"> A. Buen olor, y absorción B. Hidratante y humectante C. Humectación y absorción 	

7. Es una barrera multifuncional, estéril, a prueba de agua pero transpirable que ayuda en el proceso de prevención, y curación de zonas de presión
- A. Tegaderm
 - B. Douderm extrathin
 - C. Gasa vaselinada.

GRACIAS

Anexo 3.

Guía de intervención.

Anexo 3.

Guía de intervención.

Anexo 4

NEGATIVA PARA LA PARTICIPACION EN EL ESTUDIO.

FECHA: _____

Usted fue invitado a participar en el proyecto de gestión a realizarse.

“EVALUACION E INTERVECION DE ENFERMERIA EN LA OPTIMIZACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA, PARA LA PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION EN EL PACIENTE CRITICO PEDIATRICO” cuyo objetivo es: Optimizar el proceso de atención de enfermería en la unidad de cuidado intensivo pediátrica de la fundación cardio-infantil, mediante la correcta aplicación de la escala de valoración de piel Braden q y el desarrollo de una guía de intervención.

La persona que realizo dicho proyecto es estudiante de ultimo semestre de pregrado en enfermería, el estudiante le explico la importancia de la realización de dicho proyecto, sin embargo usted decidió negarse a participar en el.

Acontinuacion escriba brevemente la razón por la cual no desea participar en el actual proyecto, sobra mencionar que dicha decisión no será motivo de represalia, ni indisposición alguna.

GRACIAS POR SU COLABORACION

NOMBRE:

FIRMA:

CARGO:

PAULA ISABEL IREGUI CANO

ANEXO 5.

Bibliografía

1. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Marzo 15 de 2015; Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
2. Baharestani M, Vertichio R, Higgins MB, Kurot M, May B. A neonatal and pediatric evidence-linked pressure ulcer and skin care performance improvement initiative. Marzo 15 de 2015; En: 8th European Pressure Ulcer Advisory Panel Open Meeting. Scotland: EPUAP; 2005.
3. Soldevilla JJ, Torra i Bou JE, Verdú J, Martínez F, López P, Rueda J, et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Marzo 20 de 2015; Gerokomos. 2006; 17(3): 154-172.
4. solucion. Prevención, manejo y seguimiento seguro de la piel en la FCI-IC. 2011 marzo 20 2015
5. fuente propia.
6. fundación cardioinfantil; estadísticas anuales; clínica de piel 2013, 2014,2015.
7. fundación cardioinfantil- instituto de cardiología (2015). Historia: marzo 20 de 2015; de fundación cardioinfantil- instituto de cardiología; sitio web: www.cardioinfantil.org/index.php/historia.
8. Marrier, A., & Raile, M.. Modelos y teorías en enfermería. En A. Marrier, & M. Raile, *Modelos y teorías en enfermería* (págs. 189-196). España: elsevier. 2007
9. GARCÍA Fernández FP; Pancorbo Hidalgo PL, Torra i Bou J: E: serie cuidados Avanzados: Úlceras por presión en paciente crítico.

10. CANET Bolado C; Lámala Díaz E; Mata Morante M; Oloriz Rivas R; Pérez Nieto C Sarabia Lavín R Sevilla S; Soto guatti S; morán Casado D. manual de Prevención y tratamiento de las úlceras por presión del hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”. 2003
11. Ceneth Bernal A, Nieto Torres M. Úlceras por presión en niños Evaluación del riesgo en la Unidad de cuidado Intensivo Pediátrico . 2004- abril 5 de 2015.
- 12 CAÑÓN Abuchar, Hilda María; Adarve Balcazar, Marcela; Castaño Duque, Ana Victoria. Prevención de las úlceras por presión en personas adultas hospitalizadas .marzo 30 2015 Guías ACOFAEN , 2005; paginas 35,36
13. Servicio de Andaluz de Salud. Abril 5 de 2015; Consejería de salud. Junta de Andalucía. Guía práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión 2008.
14. Servicio de Andaluz de Salud. Consejería de salud. Junta de Andalucía. Abril 5 de 2015 Guía práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión 2008;
15. Torra i Bou J.E Manual de sugerencias sobre cicatrización y cura en ambiente Húmedo dirigido a enfermería. Abril 12 de 2015 Coloplast productos médicos S:A.;2005
16. congreso de enfermería sobre des acondicionamiento físico: abril 12 de 2015; disponible en www.shaio.org/.../memorias_congreso_enfermeria_desacondicionamiento.pdf
17. Ibarra; gil; enfermería en cuidados intensivos en pediatría: abril 12 de 2015: dsiponible en: www.aibarra.org/enfermeria

18. Bolton CF: sepsis and systemic inflammatory response syndrome neuromuscular manifestations aril 12 de 2015:

19. PANCORBO-Hidalgo, PL; García -Fernández, FP; Soldadilla-Ágreda JJ; Blasco

García, C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras 107 por presión. Serie documentos técnicos GNEAUPP No 11 grupo nacional para el

Estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas. Abril 12 de 2015: 2009

Otras referencias utilizadas en la elaboración del presente proyecto y sus anexos

- Gisela Navarrete Franco, título: histología de la piel; fax meducan vol. 46 No 4 julio-agosto, 2003, disponible en: www.ejournal.unam.mx/rfm/no46.
- Biblioteca médica; hospital general de Culiacán; disponible en: hgullacan.com/biblioteca%20medica/.
- Manejo de heridas; toma de decisiones en el cuidado; disponible en: www.uc.cl/manejodeheridas/htm/concepto/frame.html
- **Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP)**. Directrices generales sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Año 2007. Disponible en: <http://gneaupp.info/guia-de-prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion/>
- GARCÍA Fernández FP; Pan corbo Hidalgo PL, Torra i Bou J: E: serie cuidados avanzados: Úlceras por presión en paciente crítico.
- Grupo Associativo de Investigaçã em Feridas (GAIF). “Validaçã da escala de avaliaçã do risco de desenvolvimento de úlceras de pressã em populaçã pediátrica- Baby Braden- em dois hospitais pediátricos do país”

[em línea]. Em: GAIF (Portugal). *Gaia: quem é: projetos futuros*. Portugal: 2004. Disponível em: <http://www.gaif.net/quem-proj.html>

- National pressure ulcer advisory panel. White paper. Pressure ulcers in neonates and children. Octubre. 2005. Disponible en: http://www.woundsuk.com/pressurecare/june_07.shtml - 27k.
- Sunday E.; Barnett Scott; Factual L. Skin breakdown in acute care pediatrics. *Pediatric Nurs*. March April 2005. 31(2): 132-136 2 Colleen T. Pediatric Skin Care: Guidelines for Assesment, Prevention, and Treatment. *Pediatra Nurse*. Septiembre- Octubre 2006. 32(5): 423- 443