

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 dé crédito al trabajo de grado 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

**PROTOCOLO PARA PREVENIR LESIONES EN PIEL
UCI ADULTOS CLÍNICA SHAIO
- PROYECTO DE GESTIÓN -**

**ANDREA MILENA MORA
MARY LOZANO TORRES
YULIETH ZABALETA POLO**



**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO CON ÉNFASIS ADULTO
BOGOTÁ D. C.
2013**

**PROTOCOLO PARA PREVENIR LESIONES EN PIEL
UCI ADULTOS CLÍNICA SHAIO
- PROYECTO DE GESTIÓN -**

**ANDREA MILENA MORA
MARY LOZANO TORRES
YULIETH ZABALETA POLO**

**Proyecto de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Especialista en Cuidado Crítico con Énfasis Adulto**

**Asesoras
MARIA DEL CARMEN GUTIÉRREZ AGUDELO
MYRIAM ABAUNZA**



**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO CON ÉNFASIS ADULTO
BOGOTÁ D. C.
2013**

CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. PLATAFORMA DEL PROYECTO.....	9
2.1 GENERALIDADES DE FUNDACIÓN CLÍNICA SHAI0	9
2.2 MISIÓN.....	10
2.3 VISIÓN	10
2.4 PRINCIPIOS Y VALORES.....	10
2.5 POLÍTICA DE CALIDAD	10
2.6 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	10
2.7 NIVEL DE COMPLEJIDAD	11
2.8 SERVICIO DE UCI ADULTOS.....	11
2.9 INDICADORES DE LA UCI	17
2.10 ANÁLISIS DE LOS INDICADORES	24
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
3.1 INVOLUCRADOS EN EL PROBLEMA	25
3.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	25
3.3 ÁRBOL DE PROBLEMAS	27
3.4 ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN.....	27
4. JUSTIFICACIÓN.....	28
5. OBJETIVOS	30
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	30
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
5.3 ÁRBOL DE OBJETIVOS.....	31
6. SOPORTE TEÓRICO	32
6.1 TEORÍA DEL CONFORT KATHARINE KOLCABA	32
6.2 MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER	37
7. SOPORTE CONCEPTUAL.....	42
8. METODOLOGÍA.....	44
8.1 DISEÑO DEL DOCUMENTO.....	44

8.2	SOCIALIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PROTOCOLO.....	44
8.3	IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO	44
8.4	EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO	44
8.5	MATRIZ DEL MARCO LÓGICO	45
9.	PLAN DE ACCIÓN	47
10.	CRONOGRAMA	49
11.	PRESUPUESTO.....	50
12.	CONCLUSIONES	51
13.	RECOMENDACIONES	52
14.	BIBLIOGRAFÍA.....	53
	ANEXOS	55

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. RECOLECCIÓN DE DATOS DE LESIONES DE PIEL EN LA UCI CLÍNICA SHAIO	56
ANEXO B. LISTA DE CHEQUEO PARA VERIFICAR CAMBIOS DE POSICIÓN EN LA UCI	58
ANEXO C. LISTA DE CHEQUEO PARA VALORAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LESIONES EN PIEL	59
ANEXO D. PRETEST Y POSTEST	60
ANEXO E. EVALUACIÓN PRETEST Y POSTEST, CUADROS COMPARATIVOS.....	61
ANEXO F. PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LESIONES EN PIEL UCI ADULTOS CLÍNICA SHAIO.....	71

1. INTRODUCCIÓN

La unidad de cuidado intensivo (UCI) es un servicio para la atención de pacientes críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad de personal asistencial capacitado para el tratamiento y cuidado de este tipo de pacientes.

En Colombia las unidades de cuidado intensivo se han convertido en una unidad de atención especializada, de alto costo y alto nivel de complejidad; en los últimos años se ha registrado un aumento en el número de unidades y camas de UCI, debido a la necesidad de una sociedad que presenta deterioro de salud notable y mucho más complejo.

Sin embargo la situación actual del cuidado intensivo en este país ha sido tocada por los intereses económicos, administrativos y poco menos asistenciales, a pesar de ello la lucha de todos aquellos a quienes les gusta el cuidado intensivo ha sido un cuidado con calidad y de alto nivel.

Dentro de Colombia hay una institución respetable, y reconocida, ubicada en la ciudad de Bogotá, capital de este país, fundación Clínica Shaio, de alta complejidad de atención, cuyo énfasis inicial fue el área cardiovascular, sin embargo dadas las necesidades de la sociedad y con el fin de proporcionar salud a la población que lo requiera, extendió su enfoque de atención y hoy en día atiende diversas patologías.

Dentro de la fundación Clínica Shaio, se destaca la UCI adultos, en la cual se brinda una atención con calidad a todas las personas cuyo estado de salud es crítico y que requieren atención especializada, pacientes con patologías variadas y planes de tratamiento y manejo individualizados, paciente con enfermedades crónicas, agudas y complejas, tratamientos agresivos, condiciones clínicas que debilitan la piel, entre otras.¹

El personal asistencial esta guiado por un jefe de unidad, personal específico para diferentes áreas de tratamiento y eso incluye enfermería, una profesión completa y compleja que observa al ser humano como holístico y su objetivo es cuidar, sin embargo en ese proceso de cuidado hay dificultades y eventos que deterioran el estado de salud de un paciente, tal vez por su condición de salud, factores predisponentes, estancia hospitalaria, entre otras causas.

Las lesiones en piel son un indicador de mala calidad en la atención de enfermería, no deberían existir pero es inevitable debido a las condiciones clínicas de cada paciente; inestabilidad hemodinámica, requerimiento de soporte

¹ HESS, Cathy Thomas. Clinical Guide to Skin and Wound Care. 7th edition. Springhouse, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2013.

vasopresor alto, medidas de sujeción, fijación de tubos, sondas y catéteres y todo lo que implica el manejo de pacientes críticamente enfermos.

La meta de cada institución y de servicios especializados es que estos indicadores negativos estén en cero, uno de los problemas identificados en La Fundación Clínica Shaio, específicamente en la UCI adulto, es el porcentaje de pacientes con lesiones de piel, ya sea por el uso de dispositivos ventilatorios e invasivos, posiciones prolongadas de pacientes, medicamentos en infusión y contextura física, estos a su vez generan aumento en la estancia hospitalaria, aumento de riesgo de infecciones, aumentos en los costos y un deterioro en la imagen personal y física de las personas afectadas. Las principales complicaciones físicas serían osteomielitis, celulitis, infecciones, sepsis, entre otras.²

Por lo anterior el enfoque de este proyecto de gestión es fomentar la prevención de lesiones en piel y crear un protocolo que apoye y sustente este elemento de cuidado propio de enfermería, optimizar el tratamiento, evitando factores predisponentes que retrasen el proceso de recuperación de estos pacientes.

Enfermería y cuidado son un buen equipo, es la unión perfecta para lograr el bienestar de los pacientes que se encuentran críticamente enfermos; es de vital importancia brindarles una atención con calidez y calidad, participando de esta forma en el proceso de adaptación, promoviendo respuestas efectivas.

En las unidades de cuidado intensivo se brinda cuidado y tratamiento riguroso, meticuloso, de forma intensiva y monitoreo permanente, por lo que el enfoque de este trabajo es proveer cuidado en la piel de ese paciente que depende de un cuidador, enfermería.

² ALLMAN, R. M.; LAPRADE, C. A.; NOEL, L. B.; WALKER, J. M.; MOORER, C. A.; DEAR, M. R.; et al. Pressure sores among hospitalized patients. In: Ann Intern Med. 1986. Vol. 105, no. 3, p. 337-342.

2. PLATAFORMA DEL PROYECTO

2.1 GENERALIDADES DE FUNDACIÓN CLÍNICA SHAI0

La FUNDACIÓN CLÍNICA SHAI0 es una institución de tipo privada sin ánimo de lucro, fue fundada en 1957 y está ubicada en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Con 55 años de experiencia La Fundación Clínica Shaio es un Centro Cardiovascular especializado en el tratamiento de patologías cardiovasculares y otras de alta complejidad; dotada con la más alta tecnología en equipos médicos y los mejores especialistas de Latinoamérica y el Caribe, ha sido catalogada por expertos como una clínica a la altura de las mejores del mundo.

Se convirtió en el centro de formación y entrenamiento de un importante número de especialistas y subespecialistas colombianos y extranjeros en: cirugía cardiovascular, anestesia cardiovascular, hemodinamia, electrofisiología, Ecocardiografía, cuidado intensivo, cardiología clínica, entre otros.

Anualmente se atienden cerca de 130.000 pacientes de todas las edades, apoyados por un equipo humano conformado por más de 200 especialistas y subespecialistas, un amplio número de enfermeras capacitadas y aptas para el cuidado del paciente y un invaluable número de trabajadores que apoyan la causa humanitaria y cooperan en la mejor atención de los pacientes.

Dentro de los datos históricos que vale la pena resaltar esta la implantación del primer marcapasos a nivel de Latinoamérica en Marzo de 1958, siguiendo actualmente a la vanguardia de la tecnología y el conocimiento actualizado para garantizar un mejor servicio a pacientes Nacionales e internacionales.

Es una institución con responsabilidad social que busca una atención integral del paciente, brindando calidez humana, calidad en el servicio prestado y satisfacción de los usuarios. Cuenta con una infraestructura amplia y bien dotada con contratos con EPS de régimen contributivo y medicina prepagada, se adelantan trabajos de investigación permanentes y se hace énfasis continuo en la Ética personal y profesional de todo el personal.

Dotados con la mejor infraestructura:

- 187 camas, suites tipo apartamento, habitaciones unipersonales y bipersonales para adultos.
- Una torre quirúrgica para 8 salas de cirugía cardiovascular, general, obesidad y estética.
- 22 camas en la UCI
- 9 camas en la UCI pediátrica

- 8 camas de n la UCI cardiovascular
- 22 camas en la UCI coronarios.
- 3 salas de hemodinamia y electrofisiología
- 19 camas en pediatría
- 1 laboratorio clínico patológico.

2.2 MISIÓN

Somos una institución enfocada en la atención cardiovascular y de alta complejidad, que cuenta con el talento humano idóneo para garantizar el cumplimiento de altos estándares de alta calidad y seguridad en la atención, con calidez, utilizando tecnología de punta e innovación permanente, basados en investigación y educación continuada y con responsabilidad social incluyente.

2.3 VISIÓN

Ser el centro de excelencia cardiovascular y de alta complejidad.

2.4 PRINCIPIOS Y VALORES

- Compromiso
- Actitud deservicio
- Liderazgo institucional
- Trabajo en equipo
- Innovación

2.5 POLÍTICA DE CALIDAD

Cumplir con altos estándares de calidad en el proceso de atención en salud, teniendo como filosofía el mejoramiento continuo, fortalecimiento del recurso humano, la comunicación asertiva, innovación permanente de la tecnología, el uso adecuado de los recursos, con base en la misión institucional, a fin de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, la familia, cliente interno y la comunidad en general.

2.6 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Fundación Clínica Shaio está convencida de que la seguridad es un componente esencia de la calidad y quiere ser reconocida como una de las

instituciones más seguras y altamente confiable a nivel nacional e internacional al generar compromiso con una cultura de prácticas seguras y garantizar un ambiente físico donde se identifiquen i minimicen los riesgos innecesarios, que puedan causar daños o lesiones en nuestros pacientes, visitantes y colaboradores.

2.7 NIVEL DE COMPLEJIDAD

Institución de cuarto nivel de complejidad.

2.8 SERVICIO DE UCI ADULTOS

Dentro de toda la infraestructura de la Clínica y los servicios prestados se caracterizan las Unidades de Cuidado intensivo adultos y pediátricas por su trabajo y entrega en la atención del paciente críticamente enfermo. La UCI adultos es una de estas unidades de atención de alta complejidad en la que se atienden pacientes críticos con patologías no cardiovasculares y de otro origen que demandan un gran número de pacientes y un nivel de servicio calificado y de gran entrega.

La unidad de cuidados intensivos adulto cuenta con 1 coordinadora de enfermería, 28 enfermeras (7 por turno) 32 auxiliares de enfermería (8 por turno), que se encuentran distribuidas en el turno de la mañana, tarde, noche 1 y noche 2.

Es una unidad de cuidados intensivos POLIVALENTE (atiende diversas patologías).

Cuadro 1. Recolección de datos tomada del 1 de octubre al 31 de diciembre del 2012. Historias clínicas de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Shaio.

PATOLOGÍAS (más frecuentes)	TIPOS DE LESIÓN	CAUSAS	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
Complicaciones pop de cirugía cardiovascular	Flictenas, erosión, UPP	Hipo perfusión tisular, inestabilidad hemodinámica (limitante de los cambios de posición) Alto requerimiento de soporte	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Minimizar el uso de vasopresores e inotrópicos. ⊕ Hacer cambios de posición cada 2 horas según el reloj ⊕ Realizar masaje con cremas hidratantes. ⊕ Vigilar monitoreo invasivo (cables) ⊕ Procurar mantener en posición de

PATOLOGÍAS (más frecuentes)	TIPOS DE LESIÓN	CAUSAS	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
		vasopresor, sedación, ventilación mecánica, monitorización y soporte invasivo, medidas de sujeción.	45 grados + Tener en cuenta antecedentes + Valorar piel inmediatamente se reciba paciente de salas de cirugía. + Realizar curaciones según necesidad y minimizar el uso de adhesivos. + Realizar escala de Braden en cada turno. + Evitar la humedad en la piel.
Choque séptico	Flictenas, erosión, UPP	Hipo perfusión tisular, inestabilidad hemodinámica (limitante de los cambios de posición) Alto requerimiento de soporte vasopresor, sedación, ventilación mecánica, monitorización y monitoreo invasivo, medidas de sujeción.	+ Minimizar el uso de vasopresores e inotrópicos. + Hacer cambios de posición cada 2 horas según el reloj + Realizar masaje con cremas hidratantes. + Vigilar monitoreo invasivo (cables) + Procurar mantener en posición de 45 grados + Tener en cuenta antecedentes + Realizar curaciones según necesidad y minimizar el uso de adhesivos. + Trabajar en compañía de clínica de heridas si es necesario. + Administrar NTE para mejorar su patrón nutricional. + Realizar escala de Braden en cada turno. + Evitar la humedad en la piel.
Hemorragia subaracnoidea	Macula y excoiación	Requerimiento ocasional de soporte vasopresor, sedación, monitoreo invasivo, medidas de sujeción.	+ Minimizar el uso de vasopresores e inotrópicos. + Hacer cambios de posición cada 2 horas según el reloj + Realizar masaje con cremas hidratantes. + Vigilar monitoreo invasivo (cables) + Tener bolsas de agua o cojines en cabeza, espalda y miembros + Sse ls para proteger sitios de presión. + Realizar curaciones según

PATOLOGÍAS (más frecuentes)	TIPOS DE LESIÓN	CAUSAS	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
			necesidad y minimizar el uso de adhesivos. + Vigilar accesos invasivos + Realizar escala de Braden en cada turno. + Evitar la humedad en la piel.
TCE severo	UPP en cabezas. Macula y excoriación	inestabilidad hemodinámica (limitante de los cambios de posición) Alto requerimiento de soporte vasopresor, sedación, ventilación mecánica, monitorización invasiva, medidas de sujeción.	+ Hacer cambios de posición cada 2 horas según el reloj + Realizar masaje con cremas hidratantes. + Vigilar monitoreo invasivo (cables) + Tener bolsas de agua o cojines en cabeza, espalda y miembros Ss e ls para proteger sitios de presión. + Realizar curaciones según necesidad y minimizar el uso de adhesivos. + Vigilar accesos invasivos + Realizar escala de Braden en cada turno. + Mantener la piel lejos de la humedad.
Politraumatismo	UPP, papula, excoriaciones, erosión, UPP	Hipo perfusión tisular secundario a hemorragia, inestabilidad hemodinámica (limitante de los cambios de posición) Alto requerimiento de soporte vasopresor, sedación, ventilación mecánica, monitorización invasiva, medidas de sujeción, edema (reanimación con cristaloides)	+ Minimizar el uso de vasopresores e inotrópicos. + Hacer cambios de posición cada 2 horas según el reloj + Realizar masaje con cremas hidratantes. + Vigilar monitoreo invasivo (cables) + Valorar medidas de sujeción + Realizar curaciones según necesidad y minimizar el uso de adhesivos. + Trabajar en compañía de clínica de heridas s es necesario + Realizar escala de Braden en cada turno. + Mantener la piel lejos de la humedad.

PATOLOGÍAS (más frecuentes)	TIPOS DE LESIÓN	CAUSAS	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
Paciente neuroquirúrgico	UPP en cabezas. Macula y excoriación	<p>inestabilidad hemodinámica (limitante de los cambios de posición)</p> <p>Alto requerimiento de soporte vasopresor, sedación, ventilación mecánica, monitorización y soporte invasivo, medidas de sujeción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Hacer cambios de posición cada 2 horas según el reloj ⊕ Realizar masaje con cremas hidratantes. ⊕ Vigilar monitoreo invasivo (cables) ⊕ ⊕ ⊕ Tener bolsas de agua o cojines en cabeza, espalda y miembros Sse ls para proteger sitios de presión. ⊕ Realizar curaciones según necesidad y minimizar el uso de adhesivos. ⊕ Vigilar accesos invasivos ⊕ Realizar escala de Braden en cada turno. ⊕ Evitar la humedad en la piel.
Neumonía	Excoriación y erosión en cara	<p>inestabilidad hemodinámica (limitante de los cambios de posición)</p> <p>Requerimiento ocasional de soporte vasopresor,</p> <p>sedación, ventilación mecánica, monitorización invasiva, medidas de sujeción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Hacer cambios de posición cada 2 horas según el reloj ⊕ Realizar masaje con cremas hidratantes. ⊕ Vigilar monitoreo invasivo (cables) ⊕ Realizar curaciones según necesidad y minimizar el uso de adhesivos. ⊕ Vigilar accesos invasivos ⊕ Mantener en buenas condiciones inmovilizadores de tubos en su defecto ser cambios cuando estén húmedos o según necesidad. ⊕ Minimizar el uso de vasopresores e inotrópicos ⊕ Proteger cara de ser necesaria la VMNI ⊕ Realizar escala de Braden en cada turno. ⊕ Evitar la humedad en la piel.

PATOLOGÍAS (más frecuentes)	TIPOS DE LESIÓN	CAUSAS	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
SDRA	UPP, excoriación erosión, flictenas	Hipo perfusión tisular, inestabilidad hemodinámica (limitante de los cambios de posición) Alto requerimiento de soporte vasopresor, sedación, ventilación mecánica, monitorización y soporte invasivo, medidas de sujeción.	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ ⊕ Hacer cambios de posición cada 2 horas según el reloj ⊕ Realizar masaje con cremas hidratantes. ⊕ Vigilar monitoreo invasivo (cables) ⊕ Realizar curaciones según necesidad y minimizar el uso de adhesivos. ⊕ Vigilar accesos invasivos ⊕ Mantener en buenas condiciones inmovilizadores de tubos en su defecto ser cambios cuando estén húmedos o según necesidad. ⊕ Minimizar el uso de vasopresores e inotrópicos ⊕ Proteger cara de ser necesaria la VMNI ⊕ Realizar escala de Braden en cada turno. ⊕ Evitar la humedad en la piel.
EPOC sobre infectado	Excoriación y erosión en cara	Ventilación mecánica (invasiva o no invasiva), monitorización invasiva, medidas de sujeción.	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ ⊕ Hacer cambios de posición cada 2 horas según el reloj ⊕ Realizar masaje con cremas hidratantes. ⊕ Vigilar monitoreo invasivo (cables) ⊕ Realizar curaciones según necesidad y minimizar el uso de adhesivos. ⊕ Vigilar accesos invasivos ⊕ Mantener en buenas condiciones inmovilizadores de tubos en su defecto ser cambios cuando estén húmedos o según necesidad. ⊕ Minimizar el uso de vasopresores e inotrópicos ⊕ Proteger cara de ser necesaria la VMNI ⊕ Realizar escala de Braden en cada turno. ⊕ Evitar la humedad en la piel.

PATOLOGÍAS (más frecuentes)	TIPOS DE LESIÓN	CAUSAS	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
Abdomen abierto	UPP, flictena, excoriación y erosión.	Hipo perfusión tisular, inestabilidad hemodinámica (limitante de los cambios de posición) Alto requerimiento de soporte vasopresor, sedación, ventilación mecánica, monitorización invasiva, medidas de sujeción.	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Minimizar el uso de vasopresores e inotrópicos. ⊕ Hacer cambios de posición cada 2 horas según el reloj ⊕ Realizar masaje con cremas hidratantes. ⊕ Vigilar monitoreo invasivo (cables) ⊕ Procurar mantener en posición de 45 grados ⊕ Tener en cuenta antecedentes ⊕ Realizar curaciones según necesidad y minimizar el uso de adhesivos. ⊕ Trabajar en compañía de clínica de heridas s es necesario. ⊕ Realizar escala de Braden en cada turno. ⊕ Evitar la humedad en la piel.
Falla renal aguda	Flictenas, erosiones, escoriación.	Inestabilidad hemodinámica (limitante de los cambios de posición) Alto requerimiento de soporte vasopresor, sedación, ventilación mecánica, monitorización y soporte invasivo, medidas de sujeción, edema por sobrecarga de líquidos.	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Minimizar el uso de vasopresores e inotrópicos. ⊕ Hacer cambios de posición cada 2 horas según el reloj ⊕ Realizar masaje con cremas hidratantes. ⊕ Vigilar monitoreo invasivo (cables) ⊕ Procurar mantener en posición de 45 grados ⊕ Tener en cuenta antecedentes ⊕ Realizar curaciones según necesidad y minimizar el uso de adhesivos. ⊕ Trabajar en compañía de clínica de heridas s es necesario. ⊕ Realizar escala de Braden en cada turno. ⊕ Evitar la humedad en la piel.
Síndrome de disfunción multiorgánica	Pápulas, maculas, flictenas, excoriación y erosión.	Hipo perfusión tisular, inestabilidad hemodinámica (limitante de los cambios de	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Minimizar el uso de vasopresores e inotrópicos. ⊕ Hacer cambios de posición cada 2 horas según el reloj ⊕ Realizar masaje con cremas hidratantes.

PATOLOGÍAS (más frecuentes)	TIPOS DE LESIÓN	CAUSAS	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
		posición) Alto requerimiento de soporte vasopresor, sedación, ventilación mecánica, monitorización y soporte invasivo, medidas de sujeción, sobrecarga hídrica, edema generalizado, Desacondicionamiento físico, estancia hospitalaria prolongada.	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Vigilar monitoreo invasivo (cables) ⊕ Procurar mantener en posición de 45 grados ⊕ Tener en cuenta antecedentes ⊕ Realizar curaciones según necesidad y minimizar el uso de adhesivos. ⊕ Trabajar en compañía de clínica de heridas s es necesario. ⊕ Realizar escala de Braden en cada turno. ⊕ Evitar la humedad en la piel.

Fuente: Las Autoras. 2013.

2.9 INDICADORES DE LA UCI

Tomado de los indicadores de la unidad de cuidados intensivos de la clínica Shaio realizado por la Coordinadora de la UCI en los meses: Octubre, noviembre y diciembre del 2012

1. Giro cama. Meta del 6%

INDICADOR %	MES
4.27	Octubre
4.27	Noviembre
4.36	Diciembre

Mes de octubre

Este indicador se encuentra fuera de metas, sin embargo ha mejorado con respecto a las ultimas 2 mediciones. Consideramos que las causas son:

1. Patología de alta complejidad.
2. Oportunidad en el traslado a piso de pacientes de UCI.

Mes de noviembre

Consideramos que los factores continúan siendo:

1. Alta complejidad de los pacientes
2. Oportunidad de camas en piso especialmente la de habitación individual en pacientes con requerimiento de aislamiento

Mes de diciembre

No se presentaron cambios con respecto al mes anterior.

Consideramos que los factores continúan siendo:

1. Alta complejidad de los pacientes
2. Oportunidad de camas en piso especialmente la de habitación individual en pacientes con requerimiento de aislamiento

2. Porcentaje ocupacional. Meta del 80%

INDICADOR %	MES
87.79	Octubre
78.49	Noviembre
73.26	Diciembre

Mes de octubre

Mantenemos este indicador por encima de metas, sin embargo llama la atención que no hay relación con la optimización del giro cama a pesar de la alta ocupación. Consideramos que este fenómeno también puede estar relacionado con la permanencia prolongada de pacientes más que con el ingreso de pacientes nuevos. (Tomado del análisis de los indicadores UCI clínica Shaio)

Mes de noviembre

Se presentó una disminución en el porcentaje ocupacional este mes.

Consideramos como causas:

1. 2 habitaciones inhabilitadas por problemas físicos.
2. Contratación externa.

Mes de diciembre

Continúa disminución en el porcentaje ocupacional este mes.

Consideramos como causas:

1. 4 habitaciones inhabilitadas para adaptación de acreditación
2. Contratación externa.

3. Promedios días de estancia. Meta de 5 días

INDICADOR	MES
6.02	Octubre
4.32	Noviembre
6.49	Diciembre

Mes de octubre

Aunque aún estamos fuera de metas este indicador mejoro con respecto al mes anterior. Consideramos como causas para no alcanzar metas:

1. Severidad y complejidad de pacientes.
2. Falta de disponibilidad de camas en pisos

Mes de noviembre

Este mes mejoró este indicador consideramos que las causas fueron:
Mejor oportunidad en resolución por parte de servicios interconsultantes.

1. Resolución más rápida de causa de ingreso

Mes de diciembre

Se presenta nuevamente indicador por fuera de metas Se considera como causas:

1. Pacientes con patologías complicadas.
2. Estancia prolongada de 2 pacientes con múltiples comorbilidades quien a pesar de soporte avanzado no se resuelve su patología, tampoco indicación de limitación de esfuerzo terapéutico

4. Tasa de reingreso. Meta del 1%

INDICADOR %	MES
0	Octubre
1.06	Noviembre
2.08	Diciembre

Mes de octubre

Este indicador se encuentra en metas.

Mes de noviembre

Se presentó 1 reingreso. Se realiza la evaluación de la paciente y la causa de traslado fue consideración de médico tratante quien considero que la paciente estaba frágil. Sin embargo durante la evaluación nuevamente en la unidad la paciente no tenía indicación de ingreso a UCI. Se trasladó al día siguiente al piso, sin complicaciones y sin nuevo reingreso. La paciente sale a casa.

Mes de diciembre

Se presentaron 2 reingresos a la UCI

1. Paciente conocido quien se dio de alta con recomendaciones de terapia respiratoria y terapia del lenguaje quien presenta Bronco aspiración y obstrucción de cánula de Traqueostomía secundaria a trastorno de deglución. Se revaluó y se realizó gastrostomía percutánea sin complicaciones, se dio de alta. Se realizó junta médica con calidad y los servicios de terapias analizando este caso particular.
2. Paciente con evento coronario agudo quien presenta episodio de taquicardia ventricular que requiere cardioversión. El paciente presentaba alto riesgo de arritmias a pesar de manejo con beta bloqueador y amiodarona.

5. Tasa de mortalidad. Meta del 15%

INDICADOR %	MES
11.70	Octubre
5.32	Noviembre
6.25	Diciembre

Mes de octubre

Logramos disminuir este indicador y llegar a metas este mes.

Mes de noviembre

Se presenta una disminución importante de la mortalidad. Consideramos que los factores fueron:

1. Promedio de edad menor.
2. Resolución de patologías más rápido.
3. Traslado de pacientes no recuperables a piso

Mes de diciembre

Continuamos con disminución importante de la mortalidad. Consideramos que los factores fueron:

1. Promedio de edad menor.
2. Resolución de patologías más rápido.
3. Traslado de pacientes no recuperables a piso

CUMPLIMIENTO DE GUÍAS DE ENFERMERÍA

1. Medicamentos.

INDICADOR %	MES
96.96	Octubre
98.15	Noviembre
98	Diciembre

Mes de octubre

Encontramos que se incumplió varias veces en la rotulación de medicamentos multidosis. Frente a todos los incumplimientos se realizó retroalimentación oportuna al personal y se registró adecuadamente cada falla siendo este el principal plan de mejoramiento.

Mes de noviembre

Incumplimiento en la rotulación de medicamentos multidosis. Frente a todos los incumplimientos se realizó retroalimentación oportuna al personal y se registró adecuadamente cada falla siendo este el principal plan de mejoramiento.

Mes de diciembre

Para este mes tuvimos un aumento en el cumplimiento del indicador y estamos por encima del umbral de desempeño aceptable, para el mes pasado nos encontrábamos en un 96.96%. Las bolsas para diluir medicamentos deben ser registradas cada vez que se gasten en control de infusiones. Es importante que los medicamentos estén identificados en la farmacoteca. Frente a todos los incumplimientos se realizó retroalimentación oportuna al personal y se registró adecuadamente cada falla siendo este el principal plan de mejoramiento.

2. Insumos

INDICADOR %	MES
97.6	Octubre
96.29	Noviembre
96.04	Diciembre

Mes de octubre

Se presentó falla en el cumplimiento de sello y firma de Jefe de enfermería lo que es muy preocupante ya que indica que no estamos revisando las notas de enfermería, y es un deber que tenemos todos por lo cual para el otro mes quien incumpla con firma y sello tendrá llamado de atención escrito pues es una falla grave.

Mes de noviembre

En este mes tuvimos un leve descenso con respecto al mes anterior ya que nos encontrábamos en un cumplimiento de 97,6% aunque nos encontramos por encima del umbral de desempeño aceptable.

Mes de diciembre

En este mes tuvimos un descenso en el cumplimiento del indicador aunque seguimos estando por encima del umbral de desempeño aceptable, ya que para el mes anterior nos encontrábamos en un 97.6%. Como pueden observar se presentó falla en el cumplimiento de sello y firma de Jefe de enfermería. No olvidemos que la hora de colocación de los insumos hace parte del registro completo.

3. Medidas de seguridad

INDICADOR %	MES
96.87	Octubre
97.54	Noviembre
95.3	Diciembre

Mes de octubre

Les recordamos que es obligatorio la aplicación de la escala de CAM-ICU en cada turno y que si no es valorable escribir esto también.

Mes de noviembre

Este mes tuvimos un aumento con respecto al mes anterior donde nos encontrábamos con un cumplimiento del 96,87% y estamos por encima del umbral de desempeño aceptable. Les recordamos que es obligatoria la aplicación de la escala de CAM-ICU en cada turno y que si no es valorable se debe escribir esto también.

Mes de diciembre

Este mes tuvimos un descenso con respecto al mes anterior donde nos encontrábamos con un cumplimiento del 96,87% aunque aún estamos por encima del umbral de desempeño aceptable. Por favor tener presente que las alarmas de los monitores son fundamentales para verificar el estado del paciente, siempre verificarlas por turno para que dichas alarmas cumplan la función que tienen.

4. Medidas de prevención de escaras y cuidados de piel.

INDICADOR %	MES
98.2	Octubre
97.27	Noviembre
93.18	Diciembre

Mes de octubre

Cabe resaltar que este mes muchos pacientes tenían un gran síndrome de Descondicionamiento.

Es importante que cada vez que identifiquemos una alteración en la piel de los pacientes realicemos el respectivo informe (carpeta de lesiones de piel) para que podamos llevar a cabo seguimiento tanto en la coordinación como por parte del departamento de enfermería.

Cada vez que ustedes consideren necesario soliciten a los médicos que realicen interconsulta a clínica de heridas para tener mejor cuidado con la piel de nuestros pacientes

Recuerden que cada vez que tenemos un paciente con lesiones de piel debe ser reportado en evento adverso para posteriormente poder realizar el análisis y deben registrarlo en la carpeta de consolidados de piel

Mes de noviembre

Con respecto al mes anterior tuvimos una leve disminución ya que nos encontrábamos en un porcentaje de cumplimiento de 98,2%. Cabe resaltar que este mes muchos pacientes tenían un gran síndrome de

Desacondicionamiento pero logramos preservar lo mejor posible la piel contribuyendo a mantener este indicador.

Como podemos observar desde el mes de Octubre se está llevando a cabo la realización de cambios de posición con el reloj que se colocó tanto en la rotonda como en la lateral, esto con el fin de tener una mejor verificación del cumplimiento de dichos cambios cada 2 horas, logrando ser verificado por todos. Es por esta razón que a partir del mes de Noviembre se incluirá este cumplimiento como uno de los ítems del indicador de cuidados de piel.

Mes de diciembre

Con respecto al mes anterior tuvimos un descenso significativo ya que nos encontrábamos en un porcentaje de cumplimiento de 98,2%. Cabe resaltar que este mes muchos pacientes tenían un gran síndrome de Desacondicionamiento pero logramos preservar lo mejor posible la piel contribuyendo a mantener este indicador.

Tengan en cuenta que se incluyó en los indicadores los cambios de posición de acuerdo al horario (Reloj de posiciones), el cual aplica para los pacientes ventilados, teniendo en cuenta que los pacientes extubados y que se puedan movilizar por si solos no siempre van a conservar la posición en la cual lo dejemos, se estableció el reloj de cambios de posición para poder tener un mejor seguimiento frente al cumplimiento de dichos cambios, por lo cual les solicito que cumplan los horarios ya que fue el ítem con mayor incumplimiento.

2.10 ANÁLISIS DE LOS INDICADORES

En la UCI adultos de la clínica Shaio existe un indicador de enfermería en el cual se observa que se implementan medidas para prevenir escaras y cuidados de piel en general, con un cumplimiento en los últimos meses por encima del 93%, sin embargo, aunque se emplean medidas de prevención se siguen presentando en número reducido pero no menos importante la aparición de lesiones en piel. Enfermería realiza medidas de prevención y los resultados son satisfactorios.

Las políticas de calidad y seguridad institucional para beneficio del paciente indican que la incidencia de lesiones debe ser cero. En la UCI de clínica Shaio no existe el protocolo que estandarice los cuidados y medidas de prevención de lesiones en piel que aporte y fortalezca la labor de enfermería y el cuidado con calidad.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 INVOLUCRADOS EN EL PROBLEMA

Los involucrados directos en el desarrollo del proyecto lo conforman el grupo de enfermeras de la Fundación Clínica Shaio del área de UCI adultos, quienes serán los encargados de aplicar el protocolo de prevención de lesiones en piel. Las personas involucradas son 1 coordinadora de enfermería, 28 enfermeras (7 por turno) 32 auxiliares de enfermería (8 por turno), que se encuentran distribuidas en el turno de la mañana, tarde, noche 1 y noche 2.

El nivel de formación es profesional y técnico de diversas instituciones a nivel nacional, algunas con especialidades en el área de cuidado intensivo, otras con amplia experiencia en este campo. Las edades surgen entre los 20 años en adelante con mayor predominio de sexo femenino y un aumento notable en los trabajadores de sexo masculino.

Los involucrados indirectos del problema son todos los pacientes que ingresen a la UCI adultos para atención integral y a los cuales se les aplicara el protocolo de prevención de lesiones en piel.

Son Pacientes jóvenes, adultos y ancianos, con edad mayor a 15 años, remitidos de otras instituciones, de hogares geriátricos, de su residencia; con monitoria invasiva, alto soporte inotrópico vasopresor, limitación para a movilidad, Desacondicionamiento físico y medidas de sujeción, con alta probabilidad de desarrollar lesiones en piel por su condición clínica y patología de base.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A nivel mundial la profesión de enfermería tiene como misión el cuidado del paciente, una de los principales objetivos es el cuidado y la integridad de la piel, sin embargo las diversas patologías y condiciones clínicas a la que se enfrentan cada día los pacientes altera esta barrera de protección.

Hay estudios sobre lesiones en piel y la manera de prevenirlas, aunque a pesar de tantas recomendaciones sigue siendo un problema en las diferentes instituciones de salud, lo que lleva a mayor riesgo de infecciones, mayor probabilidad de complicaciones, deterioro del estado hemodinámico, mayor estancia en las unidades de cuidado intensivo, lo que incrementa los costos y tipo de atención, mayor trabajo para enfermería. Las Unidades de cuidado intensivo presentan un

mayor índice de incidencias de lesiones en piel por el tipo de pacientes, la condición clínica, tratamiento, entre otros.³

En Colombia para garantizar calidad en la atención de los pacientes se establecen las medidas de prevención y el número de lesiones en piel que aparecen en los diferentes servicios hospitalarios como indicadores. En la UCI adultos de fundación clínica Shaio, existen indicadores que demuestran que se llevan a cabo medidas de prevención por parte del personal de enfermería para prevenir las lesiones en piel, las cuales no son suficientes para evitarlas.

De acuerdo a los indicadores mencionados y analizados anteriormente la aparición de lesiones en piel se sigue presentando en la UCI adultos debido a diferentes factores, queda claro que los cuidados de enfermería para evitar este tipo de eventos se realizan, Sin embargo, no existe un protocolo que reúna y especifique cuales son las medidas que se deben emplear y que permita medir el cumplimiento de las mismas, y de esta forma llevar este indicador de aparición de lesiones de piel en pacientes en la UCI adultos al menor número posible.

Este protocolo para prevenir lesiones de piel en UCI es una necesidad evidente y será aplicado a todos los pacientes; lo cual minimizara los días de estancia en la UCI, disminuyendo cualquier tipo de riesgo de lesión que lleve a que los pacientes presenten signos de infección y esto se vea reflejado en el aumento de los costos. Teniendo en cuenta que son pacientes críticamente enfermos que en algún momento han requerido monitorización invasiva y reposo absoluto. Evitando el deterioro en la apariencia física y de imagen corporal de los pacientes y propicia un cuidado integral que apoya la recuperación y el trato digno a los pacientes.

³ SMITH, D. M.; WINSEMIUS, D. K.; BESDINE, R. W. Pressure sores in the elderly: can this outcome be improved? In: J Gen Intern Med. Jan – Feb, 1991. Vol. 6, no. 1, p. 81-93.

3.3 ÁRBOL DE PROBLEMAS



3.4 ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN

Realizar un protocolo de enfermería para prevenir o evitar las lesiones de piel en UCI.

Será socializado al personal de enfermería de la UCI adulto de Fundación Clínica Shaio, para su aplicación, logrando un beneficio en el cuidado de los pacientes y se dignifica el objetivo de la profesión de enfermería, mejorando la calidad de la atención en la unidad de alta complejidad.

4. JUSTIFICACIÓN

En la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto de la fundación Clínica Shaio uno de los objetivos es brindar atención integral y especializada al paciente críticamente enfermo. Dentro de las estadísticas mensuales reportadas las lesiones en piel se presentan a pesar de las medidas de prevención implementadas por parte del personal de enfermería, lo cual a su vez conlleva a la aparición de infecciones, incremento en la estancia hospitalaria, y de los costos.

Dentro de las principales causas que generan lesiones en piel en la UCI están las patologías presentadas, edad y consistencia de los pacientes, uso de medicamentos e infusiones, posiciones prolongadas, uso de inmovilizadores, fijaciones y uso de dispositivos invasivos y de ventilación mecánica, entre otros, razones por las cuales se hace énfasis en la recuperación de un paciente críticamente enfermo y no se realizan las medidas de prevención para cuidados específicos de la piel que directa e indirectamente se ve afectada en el tratamiento de este tipo de pacientes. Los estudios demuestran que estos factores de riesgo potencian la aparición de lesiones en piel y que si no se tratan prontamente surgen complicaciones catastróficas.

Las unidades de Cuidado intensivo se caracterizan por recibir pacientes que reúnen las características anteriormente mencionadas, pacientes de larga estancia, con patologías de alto riesgo, tratamientos agresivos y edad avanzada. El estudio realizado por Smith DM, Winsemius DK, Besdine RW. Pressure sores in the elderly: can this outcome be improved? Muestra que las UCI, cuidados intermedios y hogares geriátricos son los lugares que mayor índice de aparición de lesiones es piel reportan mensualmente, siendo las unidades de atención de paciente crítico la más notable con un porcentaje de 48%.⁴

Por otro lado el estudio de Gosnell DJ, Johannsen J, Ayres M. Pressure ulcer incidence and severity in a community hospital refleja que el 60 % de pacientes que reportan lesiones en piel, tanto superficiales como complicadas, son propias del ámbito intrahospitalario, lo que indica que a pesar de las medidas y las campañas de prevención, este tipo de incidencias sigue atentando contra la integridad de la piel de los pacientes atendidos.⁵

La prevención sigue siendo el mecanismo para combatir la aparición de lesiones en piel, la implementación de medidas que eviten este tipo de complicaciones sigue siendo la meta principal para los equipos de salud de las diferentes

⁴ *Ibíd.*, p. 81-93.

⁵ GOSNELL, D. J.; JOHANNSEN, J.; AYRES, M. Pressure ulcer incidence and severity in a community hospital. *In*: *Decubitus*. Sept, 1992. Vol 5, no 5, p. 56-62.

instituciones, más aun al personal de enfermería sobre el cual recae la responsabilidad del cuidado.

En la actualidad se entiende la prevención de la enfermedad como un conjunto de acciones y estrategias encaminadas a identificar, controlar y reducir los factores de riesgo que pueden ser biológicos, de comportamiento y ambientales de tal manera que permite evitar la aparición de la enfermedad, su prolongación o secuelas. Dicho concepto se ha manejado a través de toda la historia de la medicina pero surgió en el seno del movimiento higienista de principios del siglo XX. Este movimiento proponía que, con frecuencia, puede ser menos costoso y más efectivo impedir la aparición de los problemas que tratarlos cuando ya se ha establecido.⁶

Por todo lo anterior este trabajo propone la realización de un protocolo de prevención de lesiones en piel para los pacientes que ingresen a la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto de la Fundación Clínica Shaio, con el fin de prevenir la aparición de lesiones en piel, reducir la estancia hospitalaria y de infecciones, reducir costos y preservar la integridad física de los pacientes. Este protocolo será socializado y aplicado en la UCI, se evaluarán los resultados y se direccionará a la práctica de la enfermería.

Para este protocolo "La valoración de riesgo, se considera el primer paso frente a la prevención ya que permite determinar qué tan susceptible es el paciente para presentar lesiones en su piel como consecuencia de una permanencia prolongada en cama a causa de algún trastorno físico; con base en unas variables predeterminadas que se han configurado dentro de instrumentos denominados "escalas".⁷

La profesión de enfermería es una disciplina y profesión ética y holística con múltiples funciones y gran impacto social, la enfermera se convierte en personal fundamental para el desarrollo y desempeño de las unidades de cuidado intensivo, este proyecto será un impulso para el cuidado de enfermería a la razón de ser de la profesión que es el ser humano, el beneficio se verá reflejado en la recuperación de pacientes en más corto tiempo. El paciente merece la mejor atención y las unidades los mejores profesionales al servicio de una comunidad.

⁶ GÓMEZ, Rubén. Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Enero-Junio 2004. Vol. 22, no 1, p. 89.

⁷ LÓPEZ ALONSO, Sergio R. ¿Para qué se administran las escalas, cuestionarios, test e índices? En: Index Enferm. 2005. Vol. 14, p. 48-49.

5. OBJETIVOS

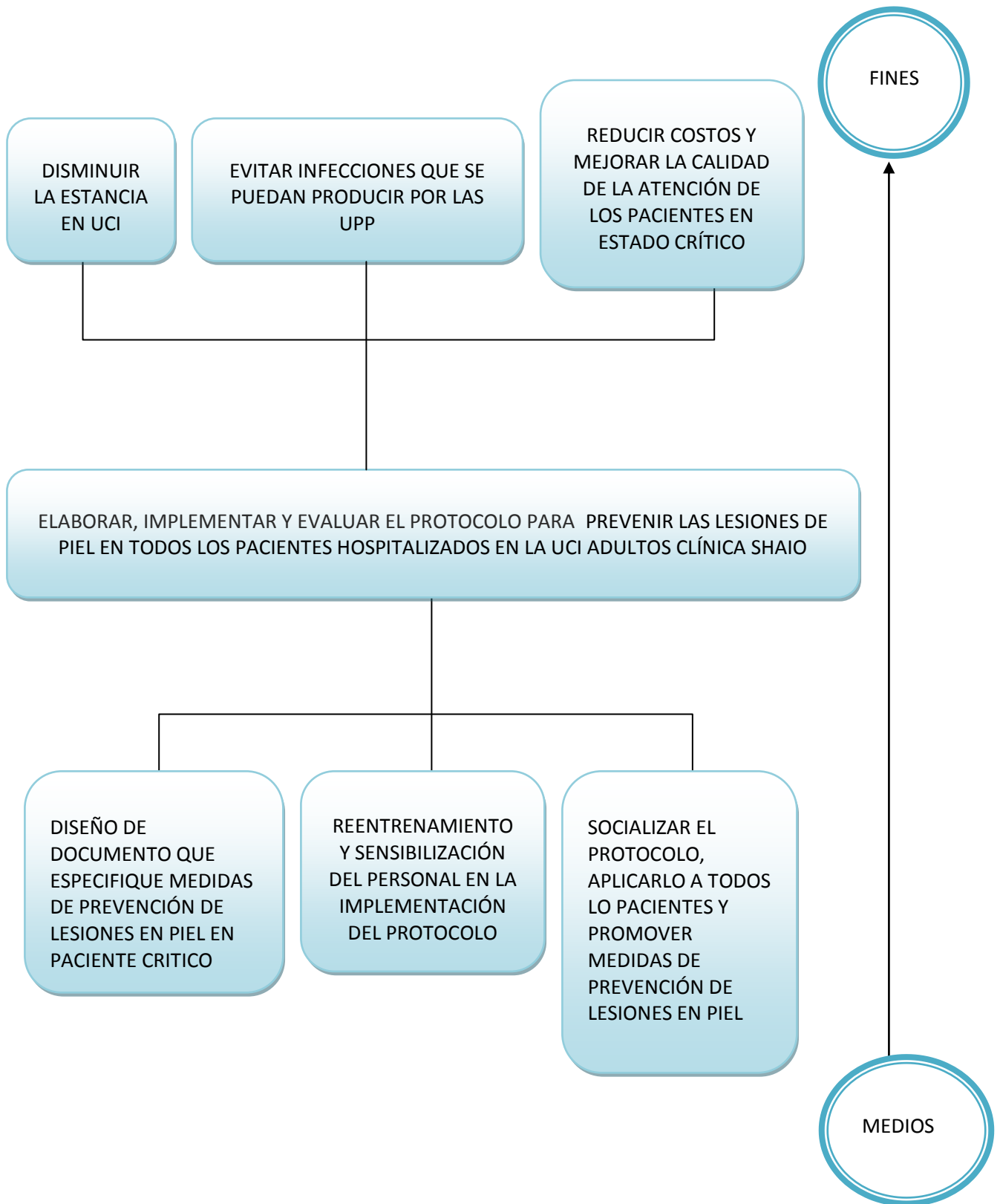
5.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar, implementar y evaluar la implementación de un protocolo para prevenir las lesiones de piel en todos los pacientes hospitalizados en la UCI adultos clínica Shaio

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar la prevención de lesiones en piel en la UCI adultos clínica Shaio a través de la elaboración de un protocolo.
- Socializar e implementar el protocolo de prevención de lesiones en piel a través de charlas educativas en los cuatro turnos.
- Actualizar y estandarizar medidas para el cuidado de la piel en los pacientes hospitalizados en la UCI adultos.

5.3 ÁRBOL DE OBJETIVOS



6. SOPORTE TEÓRICO

6.1 TEORÍA DEL CONFORT KATHARINE KOLCABA

TIPO DE CONFORT

Alivio: estado de un paciente que ha visto satisfecha una necesidad específica.

Tranquilidad: estado de calma o satisfacción.

Trascendencia: estado en el que se está por encima de los problemas o el dolor propio.

CONTEXTO EN EL QUE SE PRODUCE EL CONFORT:

FÍSICO: Pertenece a las sensaciones del cuerpo.

Psicoespiritual: hace referencia al conocimiento interno del yo, incluidos la autoestima, el auto concepto, el sexo y el significado de la vida; la relación de una persona con un orden o estados superiores.

Ambiental: incluye el entorno, las condiciones y las influencias externas.

Social: pertenece a las relaciones interpersonales, familiares y sociales. En la teoría de Kolcaba, quienes reciben las medidas de confort se conocen como receptores, pacientes, estudiantes, prisioneros, ancianos, trabajadores, comunidades e instituciones. Estas necesidades pueden ser físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales.

INTERVENCIONES DE CONFORT: Necesidades específicas de comodidad de los receptores, como intervenciones fisiológicas, sociales, culturales, financieras, psicológicas, espirituales, ambientales y físicas.

VARIABLES DE INTERVENCIÓN: Consiste en experiencias pasadas, edad, actitud, estado emocional, sistema de apoyo, pronóstico, finanzas, educación, bagaje cultural y la totalidad de elementos de la experiencia de los receptores.

CONFORT: El confort o comodidad se define como el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad. Consistente en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades. Los tres tipos de comodidad son: alivio, tranquilidad y trascendencia, en los cuatro contextos ya mencionados

Que se definen cómo:

Alivio: el estado de un receptor que ha visto cumplida una necesidad específica, se refiere a la satisfacción de necesidades; es decir, se deben aliviar malestares en los pacientes.

Tranquilidad: el estado de calma o satisfacción, hace referencia a la persona entera, a la comodidad en la mente y cuerpo, estado de satisfacción y positivo.

Trascendencia: estado en el cual un individuo está por encima de sus problemas o dolor. (Kolcaba 2003), es independiente y se refiere a las medidas de comodidad que fortalecen y engrandecen a una persona. La persona surge por encima del dolor o problemas se describió con los contextos sobre holismo, como:

Los cuatro contextos de la experiencia (físico, psicoespiritual, social y ambiental) (Kolcaba, 1994; Kolcaba& Fox, 1999). Los tipos de comodidad pueden definirse como (Kolcaba, 2001):

1. Físico: perteneciente a las sensaciones corporales.
2. Psicoespiritual: perteneciente a la consciencia interna del yo, como: autoestima, autoconcepto, sexualidad y el significado de la vida, en relación común orden o estado superior.
3. Social: se refiere a las relaciones interpersonales, familiares y sociales.
4. Ambiental: perteneciente al entorno y condiciones e influencias externas. Como: luz, ruido, temperatura, entre otros, y como se interrelacionan los sentidos con los contextos surgiendo una estructura taxonómica, en la cual la comodidad de los pacientes es experimentada en un contexto y sentido específico.

Dicha estructura taxonómica permitió a Kolcaba el desarrollo del Cuestionario General de Comodidad.

Paciente: los receptores del cuidado pueden ser individuos, familias, instituciones o comunidades que necesitan cuidados de salud.

Entorno: cualquier aspecto del paciente, familia o instituciones que la enfermera o familiares pueden manipular para que se sienta más cómodo.

Salud: es el funcionamiento óptimo de la persona, familiar o comunidad.

Supuestos

1. Los seres humanos ofrecen respuestas holísticas a estímulos complejos
- .2. La comodidad es un objetivo holístico deseable que concierne a la disciplina enfermera.
3. Los seres humanos se esfuerzan por satisfacer sus necesidades básicas de comodidad o para que alguien las satisfaga, tratándose de un esfuerzo activo

4. El aumento de la comodidad apremia a los pacientes a escoger conductas en búsqueda de la salud.
5. Las personas que están autorizadas a participar activamente en estas conductas se muestran satisfechos con su cuidado de salud.
6. La integridad institucional se basa en un sistema de valores orientado a los receptores del cuidado.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

1. Las enfermeras identifican las necesidades de confort. Estudio de caso con la utilización del instrumento de Katherine Kolcaba potenciando su comodidad, lo que constituye el resultado inmediato deseado.
2. La potenciación de comodidad está directa y positivamente relacionada con implicación en las conductas de búsqueda de la salud, lo que constituye el siguiente resultado deseado.
3. Cuando las personas reciben ayuda adecuada para realizar las conductas saludables por sí solas, como rehabilitación, con y/o el programa de recuperación; así como régimen también se potencializa la integridad estructural.

FORMA LÓGICA: Kolcaba (2003); afirmó que desarrolló la teoría del confort utilizando tres tipos de razonamientos lógicos: inducción, deducción y reproducción

INDUCCIÓN: Consiste en elaborar generalizaciones a partir de un número de casos específicos observados. Cuando las enfermeras están seguras de su práctica y la enfermería como disciplina cumple con sus objetivos entonces se conocen los conceptos implícitos y explícitos, términos, afirmaciones y supuestos que subyacen en su práctica. Cuando las enfermeras están estudiando, quizás que se les pide que hagan un diagrama de su práctica (como la doctora Rosemary Ellis le pidió a Kolcaba que hiciera), lo que es un ejercicio engañoso.

DEDUCCIÓN: Es una forma de razonamiento lógico que infiere conclusiones específicas a partir de premisas o principios más generales; va de lo general a lo específico. El estadio deductivo del desarrollo de la teoría relacionó la comodidad con otros conceptos, y dio lugar a la teoría. Se utilizó el trabajo de tres teóricas: Orlando, Henderson, Paterson Zderat, para la definición de comodidad, por lo que Kolcaba tuvo que buscar otro espacio común para unificar alivio, tranquilidad y trascendencia. Se dio cuenta de que se necesitaba un marco conceptual más abstracto y general, que fuera coherente con la comodidad e incluyera un número manejable de ideas altamente abstractas.

El trabajo del psicólogo Henry Murria (1938); cumplía los criterios para elaborar un marco en el que se situarán los conceptos enfermeros de Kolcaba. Su teoría trataba sobre las necesidades humanas, por tanto, podía aplicarse a los pacientes que experimentaban múltiples estímulos en situaciones estresantes de cuidado a

la salud. Ése fue el estadio deductivo del desarrollo de la teoría, empezando por construcción y su estructuración teóricas generales y abstractas para descender a niveles más específicos que incluyen conceptos de la práctica enfermera.

RETRODUCCIÓN: Es una forma de razonamiento que origina ideas; se aplica a campos con pocas teorías disponibles, resulta útil para seleccionar fenómenos que pueden desarrollarse con mayor profundidad y probarse. Este es el caso de la investigación de resultados que, hasta la fecha, se centra en recoger datos para medir resultados seleccionados, y relacionar con los resultados de los tipos de protocolo enfermeros, médicos, institucionales o comunitarios.

El uso de un marco teórico enfermero para la investigación de resultados potenciaría esta área de la investigación enfermera, ya que la práctica basada en la teoría permite que; las enfermeras que diseñen intervenciones coherentes con los resultados deseados y aumenten la posibilidad de encontrar resultados significativos; para los objetivos deseados proporcionarían datos a las instituciones respectivas y a los creadores de estrategias sobre la importancia de la enfermería en el actual mercado competitivo.

MEDIDAS DE COMODIDAD

Para lograr esto, el familiar se le acerca al paciente, lo puede tocar, tomar de la mano, abrazar, besar, sonreírle, hablarle en forma suave y afectuosa. Escucharlo con atención, decirle palabras de aliento. Mirarlo con ternura. Realizar actividades de distracción como: leer, ver televisión y jugar. Así como brindarle información de acuerdo con sus necesidades (salud, religión, familiares, etcétera). Necesidad de comodidad física:

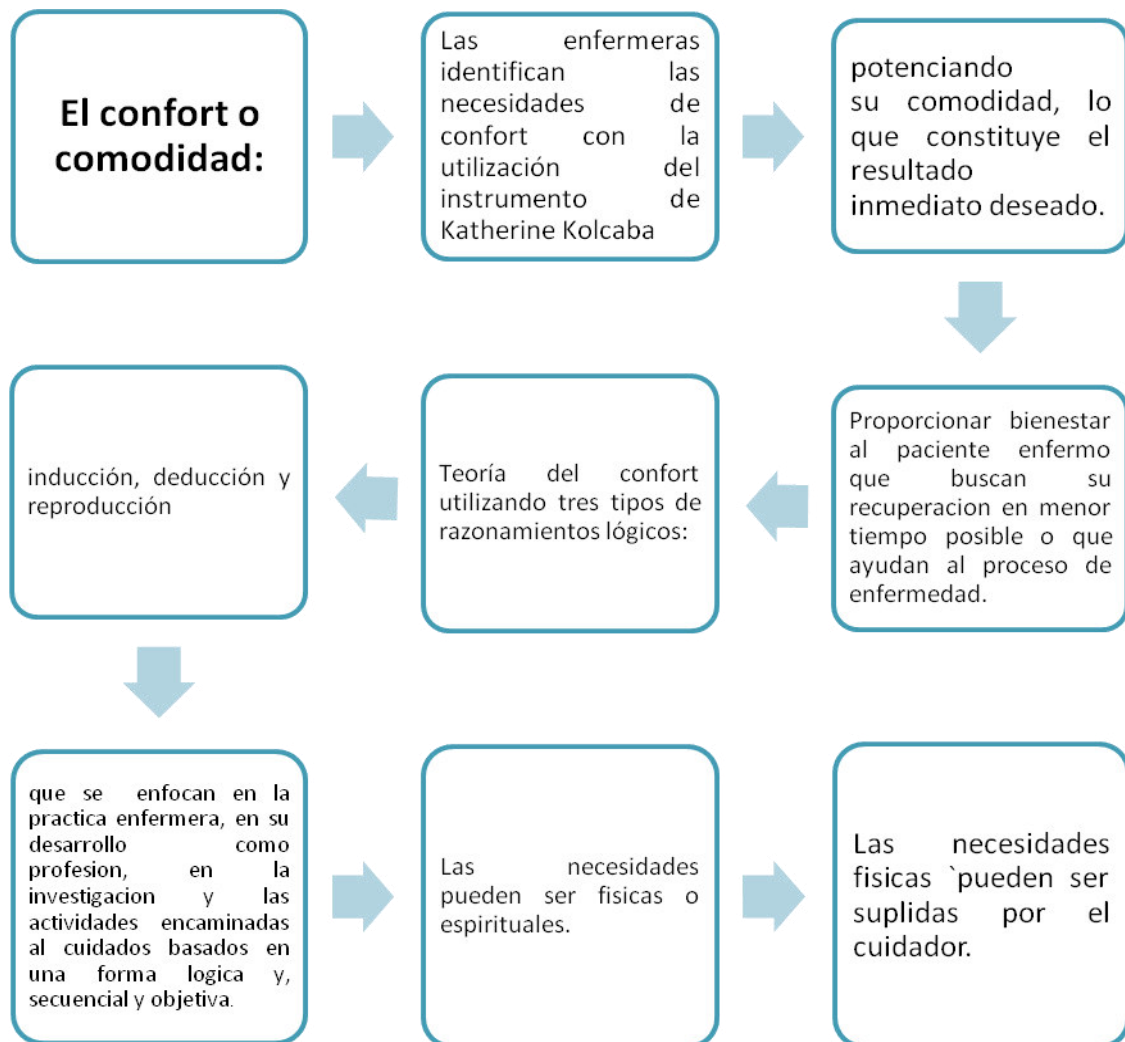
- Cambios de posición
- Lavarse las manos
- Ayudar a realizar cambios de posición, permitidos según el estado de salud de cada paciente.
- Movilizar al paciente a una posición cómoda.
- Asegurarse que no queden cables y otros dispositivos haciendo presión en la piel del paciente, (la enfermera se encargará de fijar y asegurar todos los dispositivos utilizados para monitorización del paciente, para que no se suelten con el movimiento).
- Tener las cosas personales del paciente en el cuarto y objetos que él quiera tener y que hagan el cuarto más hogareño.

NECESIDAD DE COMODIDAD⁸

Comodidad social y Psicoespiritual:

- Seguridad
- Confianza
- Tranquilidad
- Afecto
- Apoyo
- Compañía
- Estar cerca del paciente
- Tomarle la mano
- Tener contacto físico: abrazar, besar
- Sonreírle
- Escucharlo con atención
- Hablarle en forma suave y afectuosa
- Decirle palabras de aliento
- Mirarlo con ternura
- Actividades de distracción: leer, ver televisión, jugar, etc.
- Proporcionar información según las necesidades específicas.
 - Comodidad física
- Cambios de posición
- Realizar masaje
- Lubricar la piel
- Tener ropa de cama limpia y sin arrugas
 - Comodidad ambiental
- Proporcionar un ambiente agradable en el cuarto.
 - Luz apropiada
- Temperatura adecuada
- Eliminar el ruido
- Tener las cosas personales del paciente
- Adecuar la silla o cama, más blanda o dura

⁸ MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid: Mosby-Doyma. 1994.



6.2 MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER

La Dra. Pender ha revolucionado los conocimientos sobre la promoción de la salud a través de su investigación, su docencia, sus comunicaciones y sus escritos.

Pender nació en 1941 en Lansing, Michigan, y fue hija única de unos padres defensores acérrimos de la educación de la mujer. Su familia la animó en su objetivo de llegar a ser enfermera diplomada, merced a lo cual se matriculó en

la Escuela de Enfermería del West Suburban Hospital del Oak Park en Illinois. Recibió su diploma de enfermería en 1962 y empezó a trabajar en una unidad médico-quirúrgica en un hospital de Michigan.

En 1964, Pender obtuvo el BSN por la Universidad del Estado de Michigan en East Lansing. Obtuvo el MA en crecimiento y desarrollo humano por la Universidad del Estado de Michigan en 1965, el grado de PhD en Psicología y Educación en 1969, por la Universidad del Noroeste en Evanston, Illinois. Cuando obtuvo su PhD, Pender experimentó una desviación en su pensamiento que la llevó a definir el objetivo de la enfermería como la salud óptima del individuo.

En 1975, la Dra. Pender publicó “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que constituyó una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. En este artículo identificaba factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades.

El Instituto Nacional de Salud financió un estudio de seis años, que fue llevado a cabo en la Universidad del Norte de Illinois. En este estudio se comprobó la validez del modelo de promoción de la salud.

Los resultados publicados de estos estudios apoyan el modelo de promoción de la salud, al que Pender se refiere como un modelo “en evolución”.

El modelo de promoción de la salud se basa en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta.

El modelo de la promoción de la salud tiene una construcción similar a la del modelo de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad, sino que se amplía para abarcar las conductas que favorecen la salud.

Aplicación de Datos Empíricos

El modelo de promoción de la salud identifica en el individuo factores cognitivo-perceptuales, que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción.

Principales Conceptos y Definiciones

Los siguientes factores son factores cognitivo-perceptuales y se definen como “mecanismos motivacionales primarios” de las actividades relacionadas con la promoción de la salud:

Importancia de la salud. Los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla.

Control de la salud percibido. La percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar su salud, puede motivar su deseo de salud.

Autoeficacia percibida. La convicción por parte del individuo de que una conducta es posible pueda influir la realización de dicha conducta.

Definición de la salud. La definición del individuo sobre lo que significa la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar, puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar.

Estado de salud percibido. El encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud.

Beneficios percibidos de las conductas. Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos.

Barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud. La creencia del individuo de que una actividad o una conducta son difíciles o inviable puede influir su intención de llevarla a cabo.

Otros factores modificantes, como son la edad, el sexo, la educación, la ingesta, el peso corporal, los patrones familiares sobre las conductas en cuanto a cuidados sanitarios y las expectativas de los allegados desempeñan también un papel importante en la determinación de las conductas respecto a los cuidados sanitarios. Estos factores modificantes se consideran como una influencia indirecta sobre la conducta, mientras que los factores cognitivo-perceptuales actúan directamente sobre ella.

Supuestos Principales

La salud se considera como un estado altamente positivo. Se considera que el individuo sigue una trayectoria dirigida hacia la salud. La definición de salud para sí mismo del individuo, tiene más importancia que un enunciado denotativo general sobre la salud. Pender revisa las principales visiones de la medicina, la enfermería, la psicología y la sociología sobre la salud.

La persona es el individuo y el centro del modelo. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables. Pender no propone el modelo como explicación para grupos.

Afirmaciones Teóricas ⁹

El modelo representa las interrelaciones entre factores cognitivo-perceptuales y los factores modificantes que influyen la aparición de conductas promotoras de la salud, desarrollando estos conocimientos a partir de hallazgos de investigaciones, Pender no indica afirmaciones teóricas específicas.

Forma Lógica

El modelo de promoción de la salud ha sido formulado mediante inducción, empleando las investigaciones existentes para formar un patrón de conocimientos. Las teorías de rango medio se construyen con frecuencia por este método. El modelo de promoción de la salud es un modelo conceptual que se formuló con el objetivo de integrar los conocimientos sobre la conducta promotora de la salud y generar así interrogantes para su comprobación ulterior.

Aceptación por la Comunidad de Enfermería

Práctica.- El concepto de promoción de la salud es muy popular dentro de la práctica. El bienestar como especialidad de la enfermería ha tenido su auge durante la última década.

Formación.- El empleo del modelo de promoción de la salud no ha sido introducido aún en la formación de enfermería. La promoción de la salud constituye un nuevo énfasis que queda actualmente por detrás de los cuidados dirigidos a la enfermedad, debido a que la formación clínica se enfoca mayormente a los equipos de cuidados en fase aguda.

Investigación.- El modelo de promoción de la salud constituye principalmente un cuestionario para la investigación. El modelo tiene implicaciones para su aplicación debido al énfasis que pone en la importancia de la valoración individual de los factores que se cree que influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

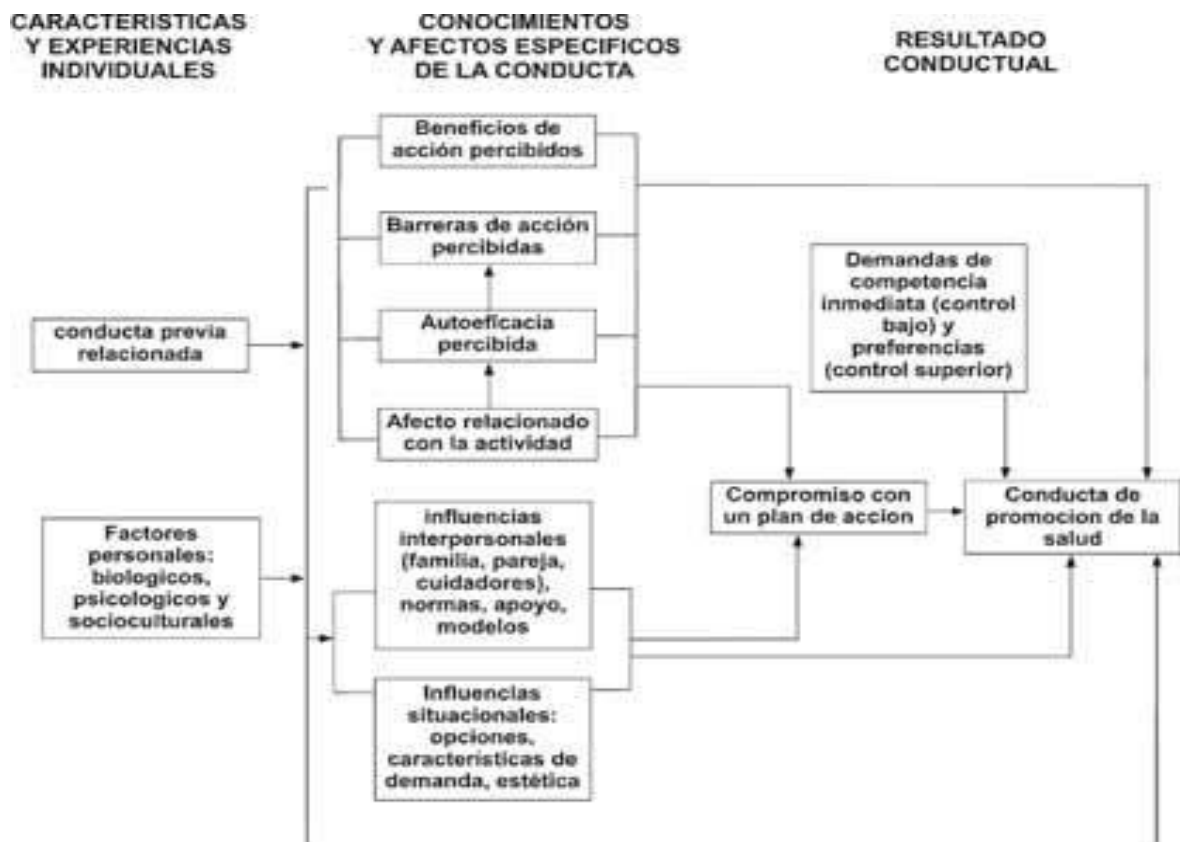
Sencillez.- El modelo de promoción de la salud es fácil de entender. Su lenguaje es claro y accesible a los enfermeros (as). Las relaciones entre los diferentes factores de cada grupo están bien establecidas, pero requieren una mayor clarificación.

Generalidad.- El modelo tiene un espectro de nivel medio. Es fácilmente generalizable a las poblaciones adultas. Las investigaciones de las que se deriva el modelo se basa en muestras de hombres, mujeres, jóvenes, ancianos, sanos y enfermos.

⁹ Ibíd.

Precisión empírica.- El modelo ha sido apoyado por las comprobaciones realizadas por Pender y otros como sistema para explicar la promoción de la salud. El perfil de estilo de vida promotor de la salud ha surgido como un instrumento para valorar las conductas promotoras de la salud.

Consecuencias.- La Dra. Pender ha identificado la promoción de la salud como el objetivo del siglo XXI, del mismo modo que la prevención de las enfermedades lo fue del siglo XX.



Del primer modelo se tomara para la realización del protocolo de prevención de lesiones en piel la forma lógica de la aplicación de la práctica enfermera y las medidas y necesidades de confort y comodidad para la recuperación de la salud y el acompañamiento de la enfermedad.

Del modelo de promoción de la salud se tomaran los factores cognitivo-perceptuales y se definen como “mecanismos motivacionales primarios” de las actividades relacionadas con la promoción de la salud y la aceptación de enfermería ante la relación individuo- entorno, el enfoque de promoción y el papel del cuidador en la prevención de complicaciones cuando la salud esta de cierto modo comprometida.

7. SOPORTE CONCEPTUAL

PROTOCOLO: Conjunto de actividades y procedimientos a realizar relacionados con un determinado problema o una determinada actividad asistencial, que se aplican por igual a todos o a un grupo de pacientes. Es definido como un acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema y en el cual se han clarificado las actividades a realizar ante una determinada tarea.¹⁰

PIEL: Frontera del organismo con el medio externo, es considerada la fuente de protección y órgano con mayor longitud, por ser el mecanismo de protección más expuesto.¹¹

LESIONES EN PIEL: Constituyen una respuesta de la piel frente a distintas estímulos que afectan a los componentes cutáneos (epidermis, dermis, hipodermis y vasos) y que morfológicamente se clasifican en es lesiones primarias y secundarias de acuerdo a su profundidad y compromiso.¹²

PREVENCIÓN DE LESIONES EN PIEL: Actividades encaminadas al cuidado de la integridad de la piel. Son todas aquellas acciones que buscan preservar y fortalecer el estado normal de la piel en condiciones específicas.¹³

ESCALA: Una escala es un patrón convencional de medición, y básicamente consiste en un instrumento capaz de representar con gran fidelidad verbal, gráfica o simbólicamente el estado de una variable entendiéndose ésta como la conceptualización de un hecho real.¹⁴

ESCALA DE BRADEN: La escala de Braden fue presentada en la literatura mundial por primera vez en 1987 por Braden y Bergstrom. Fue desarrollada basándose en una revisión de la literatura de los factores de riesgo para presentar UPP. Considera 6 aspectos que se evalúan clínicamente y se califican de manera ordinal, asignando a cada uno puntuaciones entre 1 y 4 (excepto para fricción que va de 1 a 3) que se suman para dar una calificación final de entre 6 y 23 puntos. Una calificación menor implica un mayor riesgo de desarrollar UPP. Se han

¹⁰ NAVARRO BELTRÁN, Estanislao. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 13 ed. España: Masson. 1995.

¹¹ *Ibíd.*

¹² MARTINEZ, J.A., et al. Cánulas intravenosas: complicaciones derivadas de su utilización y análisis de los factores predisponentes. *En:* Medicina Clínica. 1994. Nº 103, p. 89-93.

¹³ LOPEZ ALONSO. *Op. cit.*, p. 48-49.

¹⁴ VALDEZ SÁNCHEZ, Dulce; MENA MADRAZO, Jorge; GONZÁLEZ, Sandra. Uso de la escala de Braden en pacientes hospitalizados en terapia intensiva. *En:* Revista Metamorfosis en Enfermería. [en línea]. 2011. Disponible en: <<http://es.scribd.com/doc/46218487/Uso-de-la-Escala-de-Braden>>. [consultado Julio 2013].

propuesto varios puntos de corte en diferentes estudios, pero el más ampliamente aceptado es de 16 puntos.¹⁵

ESCALA DE GLASGOW: La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala. Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una de las subescalas evaluadas independientemente. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala.¹⁶

¹⁵ NAVARRO BELTRÁN. Op. cit.

¹⁶ NAVARRO BELTRÁN. Op. cit.

8. METODOLOGÍA

Este proyecto se basa en la metodología del marco lógico, que permite un encadenamiento lógico entre los medios empleados para alcanzar los fines.

8.1 DISEÑO DEL DOCUMENTO

Revisión de literatura y otros protocolos sobre prevención de lesiones en piel creados en otras instituciones que atienden paciente adulto crítico.

Diseño del protocolo con bases a los estándares y directrices de la Fundación Clínica Shaio, teniendo en cuenta las necesidades de la UCI y los recursos existentes en la Institución.

Presentar el protocolo diseñado y finalizado a revisión por expertos dentro de procesos de la institución para aprobación en términos de comprensión, claridad y viabilidad.

8.2 SOCIALIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PROTOCOLO

Programación de fechas de capacitación y socialización del protocolo a todo el personal de enfermería de la UCI adultos de todos los turnos.

La socialización del protocolo se hará en los cuatro turnos a las enfermeras y auxiliares de enfermería previa autorización por parte de los coordinadores de la UCI.

8.3 IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO

Una vez finalizadas las capacitaciones se implementaran por parte de enfermería las medidas de prevención estandarizadas en el protocolo.

8.4 EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO

Evaluar el impacto del protocolo en la evolución clínica de los pacientes. Esta evaluación será realizada por las autoras del protocolo por medio de seguimiento, observación y aplicación de las fuentes de verificación y los indicadores determinados para tal efecto.

8.5 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

DESCRIPCIÓN	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Elaborar, implementar y evaluar el protocolo para prevenir las lesiones de piel en todos los pacientes hospitalizados en la UCI adultos clínica Shaio.	Numero de enfermeras con adherencia al protocolo sobre número total de enfermeras en la UCI.	Documento del protocolo Lista de chequeo Contraste de aparición de lesiones de piel en los siguientes 3 meses a la implementación del protocolo.	No aprobación del protocolo por entes encargados de la Clínica Shaio No socialización del protocolo.
Socializar u protocolo de enfermería a través de los charlas en los 4 turnos en la UCI adultos.	Numero de enfermeras que asisten a la socialización sobre el número total de enfermeras de la UCI adulto.	Lista de asistencia Observación Pretest y postest	No asistencia del personal de enfermería a la charlas. No aceptación del protocolo.
Implementar el protocolo de enfermería que sea útil, claro y aplicable.	Indicador institucional de medidas de seguridad y prevención de úlceras por presión y lesiones en piel. Lista de chequeo Indicador de numero de lesiones en piel reportadas en a UCI adultos sobre el número total de pacientes hospitalizados por mes.	Registros de enfermería Indicadores mensuales Informes de calidad.	No aplicación del protocolo por parte de enfermería Indicador negativo de aparición de lesiones en piel después de socializado el protocolo.

DESCRIPCIÓN	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Revisión bibliográfica. Revisión de expertos Socialización del protocolo Implementación del protocolo Evaluación.	Revisión bibliográfica y de expertos: 6 meses Socialización del protocolo: 1 mes Evaluación: 1 mes.	Registro contable Cronograma de eventos.	No aceptación del protocolo en la institución. Aumento de costos Tiempo insuficiente. No socialización de protocolo en los 4 turnos No se concreta lugar de socialización.

9. PLAN DE ACCIÓN

Proceso		Fecha	Responsable	Involucrados
ELABORACIÓN DEL PROYECTO	Revisión Bibliográfica 1. Identificación del problema 2. Estado del arte 3. Solicitud de permiso de la institución clínica Shaio para realización del proyecto de gestión. 4. Elaboración escrita del proyecto 5. Elaboración de un protocolo de prevención de Lesiones en piel	Septiembre de 2012 a Enero de 2013	Grupo de trabajo	Asesor del proyecto Personal de la institución
	Revisión de expertos: 1. presentación escrita del protocolo a docente y asesor 2. presentación del protocolo a expertos de la institución. 3. Realización de correcciones y modificaciones de acuerdo observaciones	Febrero de 2013 a Junio de 2013	Grupo de trabajo	Asesor del proyecto Expertos de la institución
IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO	1. Socialización del protocolo en la UCI adultos Clínica Shaio a todas las	Julio de 2013	Grupo de trabajo	Asesor del proyecto Expertos de la institución Personal de

Proceso		Fecha	Responsable	Involucrados
	<p>enfermeras en los 4 turnos en una fecha acordada con la coordinadora de la Unidad</p> <p>2. Se aplicara un pretest y un postest referente a lesiones en piel y medidas de prevención.</p>			<p>enfermería de los 4 turnos</p>
EVALUACIÓN	<p>Del Protocolo:</p> <p>1. A través de una lista de chequeo se verifica una vez socializado el protocolo si se realiza la implementación del mismo.</p> <p>2. con indicadores institucionales se evaluara el impacto inmediato del protocolo.</p>	<p>Julio de 2013</p>	<p>Grupo de Trabajo</p>	<p>Asesores del proyecto</p> <p>Invitados de la Universidad</p> <p>Asesores institución</p> <p>Clínica Shaio</p> <p>Compañeros de estudio</p>
	<p>Del proyecto:</p> <p>1. Socialización Del proyecto final</p> <p>2. Socialización del protocolo.</p> <p>3. evidencia de los resultados</p>	<p>Agosto de 2013</p>		

10. CRONOGRAMA

AÑO	2012				2013								
MES	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	
ACTIVIDADES													
Definición del problema													
Estado del arte													
Asesoría													
Formulación de objetivos													
Elaboración del plan de acción													
Aplicación de prueba Diagnostica													
Aplicación del protocolo													
Evaluación de la objetividad del protocolo													
Socialización proyecto de grado													

11. PRESUPUESTO

Descripción	Valor unitario
Recurso humano	1.900.000
Planta física	1.200.000
Recurso físico	173.000
Recurso tecnológico	670.000
Otros	1.102.000
Total utilizado	5.045.000

12. CONCLUSIONES

- Se elaboró el protocolo para prevenir lesiones de piel en la UCI adultos de la clínica Shaio, se socializo al personal de enfermería tanto jefes como auxiliares, encontrando aceptación y disposición para su implementación.
- Se realizó seguimiento durante una semana a la implementación del protocolo basado en una lista de chequeo para verificar los cambios de posición, valoración de riesgo y demás medidas de prevención encontrando total adherencia por parte de enfermería.
- Era necesario la realización del protocolo para estandarizar con bases teóricas los cuidados de enfermería encaminados a la conservación de la integridad de la piel de los pacientes hospitalizados en la UCI adultos de la clínica Shaio.
- Se fortalece el trabajo en equipo y la actuación de la enfermería en el cuidado del paciente.
- Se valora la importancia de las teorías de enfermería y la aplicabilidad en el cuidado del paciente, aportando orientación sobre planeación de las actividades.
- Enfermería cumple un papel importante en el aporte y realización de actividades que gestionen en cuidado y mejoren el desempeño de los servicios de atención.

13. RECOMENDACIONES

- Aplicación de la lista de chequeo para realizar seguimiento y valorar cumplimiento de medidas de prevención a pacientes con alto riesgo de presentar úlceras en piel.
- Socialización del protocolo al personal en entrenamiento que ingrese a la Unidad.
- Modificaciones y adecuaciones al protocolo para aplicarlo a toda la institución.
- Complementar con protocolo de valoración y soporte nutricional.
- Adquirir mayor número de cojines, superficies no estáticas, duoderm y demás implementos para aplicar las medidas de prevención de lesiones en piel.
- Evaluar el impacto de la aplicación de medidas con el indicador establecido en la institución.
- Estimular al personal de enfermería a la aplicación diaria del protocolo.

14. BIBLIOGRAFÍA

Allman RM, Laprade CA, Noel LB, Walker JM, Moorer CA, Dear MR, et al. Pressure sores among hospitalized patients. *Ann Intern Med.* 1986; 105(3): 337-342

Andesson KE, Jensen O, Kvorning SA, Bach E. Decubitus prophylaxis: a prospective trial on the efficiency of alternating pressure air mattresses and water mattresses. *Acta Derm Venereol.* 1983; 63(3): 227-30.

Bernal MC, Curcio CL, Chacón JA., Gómez JF, Botero AM. Validez y fiabilidad de la escala de Braden para predecir riesgo de úlceras por presión en ancianos. *Revista española de geriatría.* 2001; 36(05): 281 - 286.

Brandão ES, Santana MH, Santos i. Un desafío en el cuidado de enfermería: prevenir úlceras por presión en el enfermo. *Journal of nursing.* 2012; 6(8):1965-70.

Carrilero R, Guija R, et al. Protocolo de úlceras por presión en UCI complejo hospitalario universitario de albacete. Albacete: Convatec. 2012.

Esperon JA, Castelo CA, Escuderon AI, et al. Monitorization of pressure ulcers in a critical care Unit. *Gerocomos.* 2007; 8(3).

Esperon JA, Piñeiro MJ, Fernandez MC, Guzman MC, Vilas MD, Rodriguez C, Fernandez C. Úlceras por presión iatrogénicas de localización nasal. *Gerokomos.* 2010. 21(1).

Fortuna JA , Rivera JR, Roldan AM, et al. Protocolo de atención del paciente grave. Bogotá: Panamericana; 2008.

Garcia FP, Pancorbo PL, Verdu J. Efectividad de la Película Barrera No Irritante en la prevención de lesiones de piel. *Revisión sistemática. Gerokomos.* 2009. 20(1).

Giron G, Martin M, et al. Cuidados de enfermería al paciente de úlceras por presión: guía de tratamiento. Servicio Andaluz de Salud. Málaga: Consejería de Salud. 2003

Gisber V, Olmedo C, et al. Manual para el cuidado de úlceras por presión. Albacete: Convatec. 2012.

Gomez R. Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 2004; 22.

Iglesias AI, Cantillo AA, Restrepo JF. Análisis crítico de las clasificaciones de las vasculitis. Revista Colombiana de Reumatología. 2006. 13(1): 48-66.

Larrondo RJ, Gonzalez AR, Hernandez LM. Micosis superficiales. Revista Cubana Medicina General Integral. 2001. 7(6).

López S, Tejerina E, Martín MA, De la Cal M, García P. Shock séptico por *Pasteurella multocida* en un paciente previamente sano. Revista de medicina intensiva. 2013, 37(1): 37-56.

Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid: Mosby-Doyma; 1994.

Muñoz JC. Revisión de conocimientos sobre cuidados básicos y síndrome de desuso en el paciente crítico. Enfermería Intensiva. 2012; 23(3).

Ordoñez CA, Ferrada R, Buitrago R. Cuidado intensivo y trauma. 2ª ed. Bogotá. Ed Distribuna. 2009.

Poblete R, Andresen M, Pérez C, Dougnac A, Díaz O, Tomicic V. *Vibrio vulnificus*: una causa infrecuente de shock séptico. Revista Médica de Chile. 2002. 130(7).

Prentice JL, Stacey MC. Evaluating Australian Clinical Practice. Guidelines for Pressure Ulcer prevention. Ewma Journal. 2009.. 2(2): 11- 15.

Sandoval C, Moreno C, Abarca K. Sepsis por *Pseudomonas aeruginosa* en un lactante previamente sano. Revista chilena de infectología. 2011. 28(6).

Smeltzer SC, Bare BG. Enfermería médico quirúrgica de Brunner y Suddarth. México. McGraw-Hill; 2005.

Smith DM, Winsemius DK, Besdine RW. Pressure sores in the elderly: can this outcome be improved? J Gen InternMed. 1991; 6(1): 81-93.

Villanueva P, Cuello T, Fernandez A, et al. Cuidados de enfermería para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Cuidados de enfermería al paciente de úlceras por presión: guía de tratamiento. Andalucía: Grupo de enfermería del Institut Catalá de la Salut para el seguimiento de las úlceras por presión. 2003.

A N E X O S

ANEXO A. RECOLECCIÓN DE DATOS DE LESIONES DE PIEL EN LA UCI CLÍNICA SHAI0

Mes	# Ingresos	Dias de estancia					Apache					Grupo etario				Tipo de lesion	Accesos Vasculares								
		<3	4-6	7-10	11-15	>16	<5	6-11	12.16	17-21	>22	30-40	41-60	61-80	81-90		TOT	CVC	SW	SOG	SVC	VP	LA	PIC	OTROS
Oct	7	4	1	1	0	1	0	5	1	1	0	1	0	3	3	Laceración sacra, flebitis en MsSs, desfacelacion en hombro izq y trocánter derecho, ulcera varicosa en mmi	3	2	1	3	4	3	2	0	1
Nov	13	2	2	4	1	4	2	1	7	2	1	0	0	10	3	Zona de presión grado 2 en región sacra, vulvitis eritematosa, flictenas en glúteos, necrosis en región sacra por perdida de piel, VPP grado I en zona sacra, UPP en trocánter derecho y sacra, vulvitis en labios mayores, UPP en región sacra, grado 1, UPP grado 3 en región sacra con desfacelacion, equimosis, desfacelacion en tabique, nariz y mentón, dermatitis interglutea.	7	7	1	6	6	7	5	1	5
Dic	10	5	1	3	0	1	3	4	1	2	0	2	1	6	1	Zona de presión en región occipital y glúteo, UPP grado 2 en región sacra, desfacelacion por adhesivos, flictenas en región glútea, flebitis química, desfacelacion en glúteo derecho, zona de presión toraco-abdominal derecho y mentón, laceración de pene y región escapular, laceración en mejilla izq, labio superior y talón izq.	5	4	0	6	6	9	5	1	1

Est. Hemodinámico		Soporte	Rass					Glasgow			Escala de Braden		
Estable	Inestable		-1	-2	-3	-4	-5	< 5	6-10	11-15	<13 alto riesgo	13-14 riesgo moderado	>14 riesgo bajo
2	3	NTP, Noradrenalina	1	1	0	0	1	0	3	0	1	0	2
3	4	Noradrenalina, dobutamina, NTG, vasopresina.	0	0	0	1	2	1	0	3	2	3	3
5	5	NTP, labetalol, Noradrenalina, Fentanyl, dopamina.	0	0	0	1	2	0	5	0	2	0	6

ANEXO B. LISTA DE CHEQUEO PARA VERIFICAR CAMBIOS DE POSICIÓN EN LA UCI

NOMBRE	FECHA																							
	HORA																							
	INGRESO	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA		

ANEXO C. LISTA DE CHEQUEO PARA VALORAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LESIONES EN PIEL

PUNTUACIÓN GLASGOW: ____	PUNTUACIÓN RASS: ____	PUNTUACIÓN BRADEN: ____	RIESGO DE LESIÓN: ALTO ____ MEDIO ____ BAJO ____
RIESGO POR : MOVILIZACIÓN ____ DISPOSITIVOS INVASIVOS ____ MEDIDAS DE SUJECIÓN ____	SE APLICARON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SI ____ NO ____	DESCRIBA LAS MEDIDAS	OBSERVACIONES

ANEXO D. PRETEST Y POSTEST

1. DEFINA LESIÓN EN PIEL

2. QUE TIPO DE LESIONES EN PIEL CONOCE

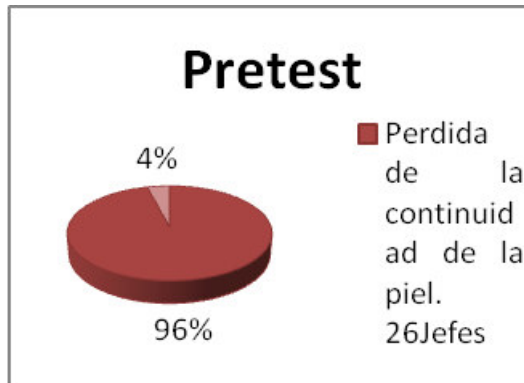
3. MENCIONE ALGUNAS CAUSAS DE APARICIÓN DE LESIONES EN PIEL

4. MENCIONE ALGUNAS MEDIDAS PARA PREVENIR LESIONES EN PIEL

5. ¿CONOCE ALGUNA ESCALA PARA VALORAR RIESGO DE LESIÓN EN PIEL? ¿CUAL?

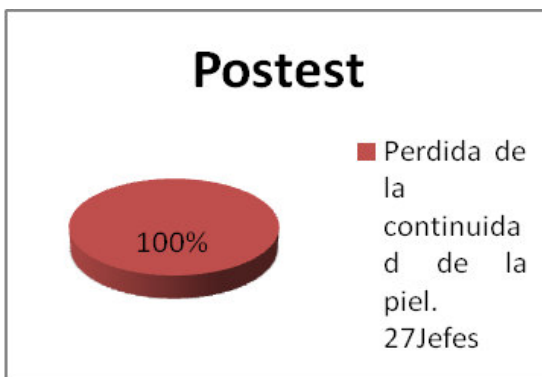
**ANEXO E. EVALUACIÓN PRETEST Y POSTEST, CUADROS COMPARATIVOS
PRETEST Y POSTEST DE SOCIALIZACIÓN DE PROTOCOLO PREVENCIÓN
DE LESIONES DE PIEL EN UCI (JEFES)**

1. Que es lesión de piel.



TOTAL DE JEFES ENCUESTADOS 27 JEFES

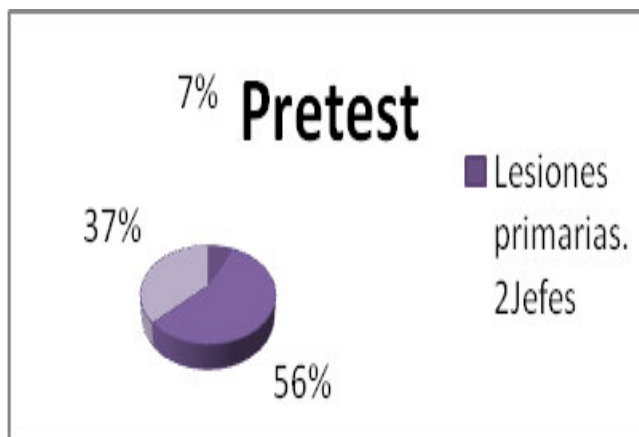
Se refleja que tan solo el 4% tiene un concepto errado de lesiones de piel. Y el 96% tiene claro el concepto de lesión de piel.



TOTAL DE JEFES ENCUESTADOS 24 JEFES

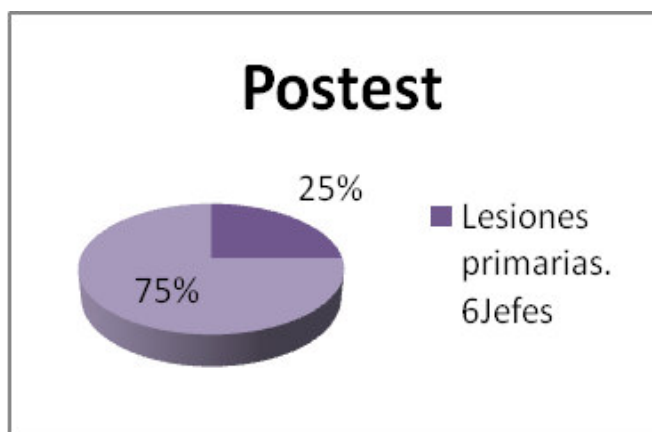
Con la socialización el concepto unificado se refleja en un 100%. Concepto que se logra aclarar para el personal que tenía el concepto errado.

2. Que tipos de lesiones conoce



TOTAL DE JEFES ENCUESTADOS 27 JEFES

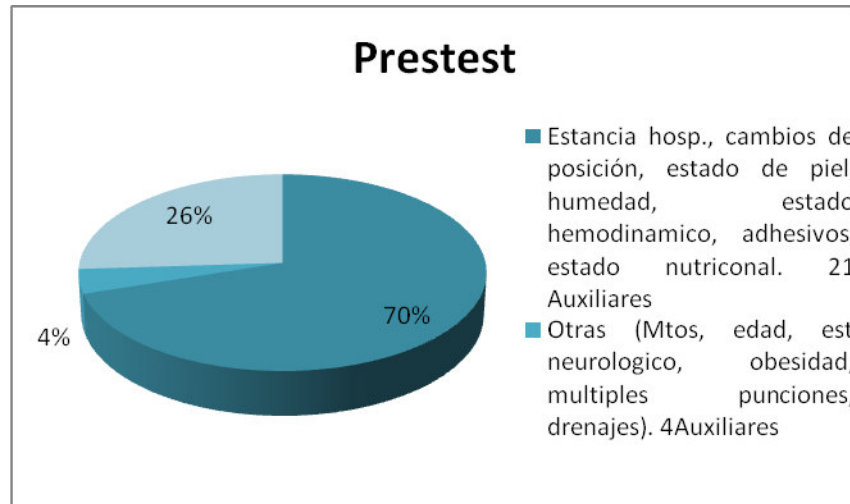
Se refleja que el personal conoce los tipos de lesiones pero aun no tienen claro su clasificación teniendo un 56% que la clasifica solo en secundarias, un 37% en lesiones primarias y un 7% que su clasificación la relaciona con las de UPP.



TOTAL DE JEFES ENCUESTADOS 24 JEFES

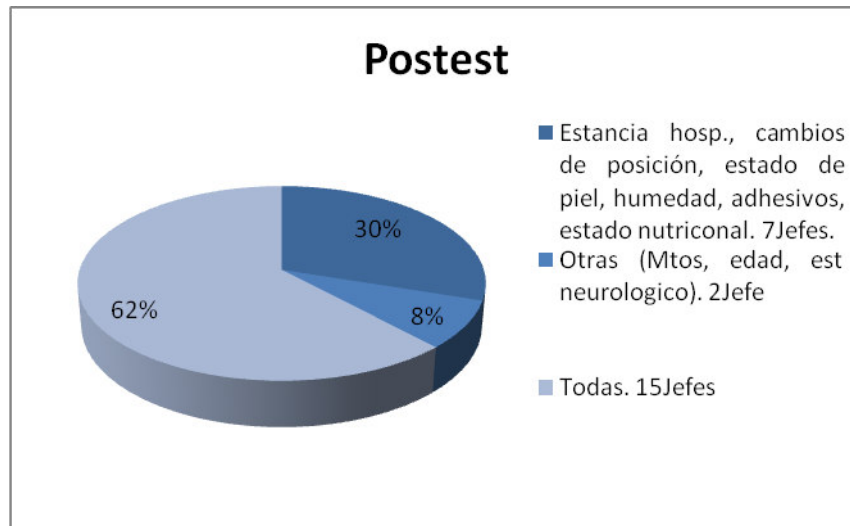
Con la socialización se logra que 75% del personal tenga claro la clasificación según sus características para poder realizar una mejor valoración y el 25% a un solo las clasifica en primarias se hace la retroalimentación respectiva.

3. Causas que predisponen la aparición de lesiones de piel en la UCI.



TOTAL DE JEFES ENCUESTADOS 27 JEFES

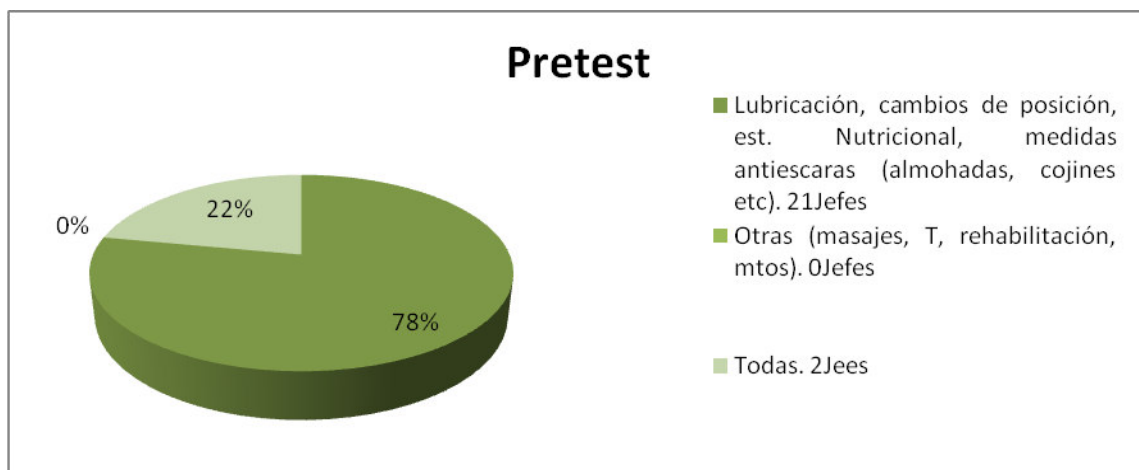
Se refleja que 70% del personal maneja las mismas causas, el 26% adiciona puntos clave para tener en cuenta sobre las causas y un 4% tiene una idea mucho más global de las causas.



TOTAL DE JEFES ENCUESTADOS 24 JEFES

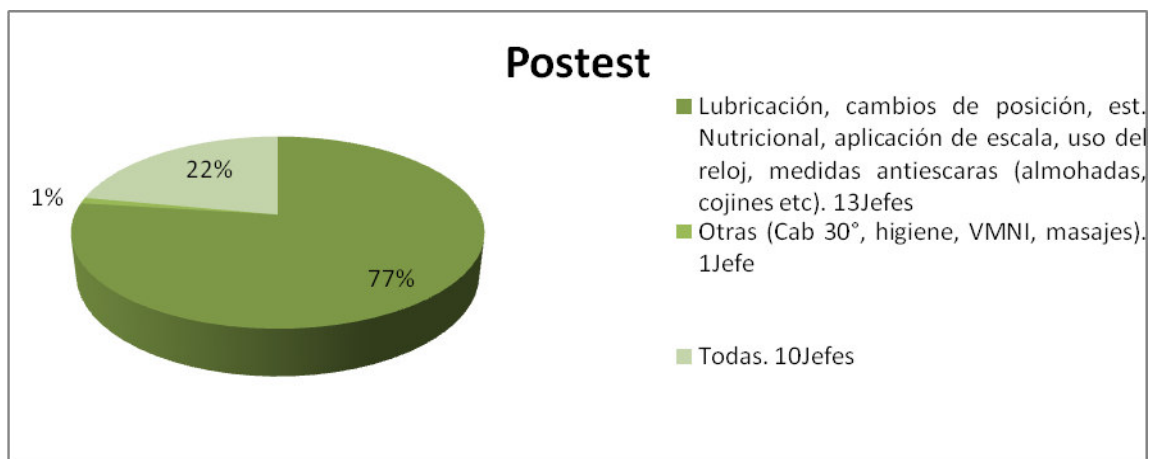
Con la socialización se logra que el 62% del personal cambie su percepción con respecto a las causas de la aparición de lesiones de piel. Se hace retroalimentación al resto del personal para enriquecer su concepto.

4. Cuidados de enfermería para prevenir lesiones de piel en UCI



TOTAL DE JEFES ENCUESTADOS 27 JEFES

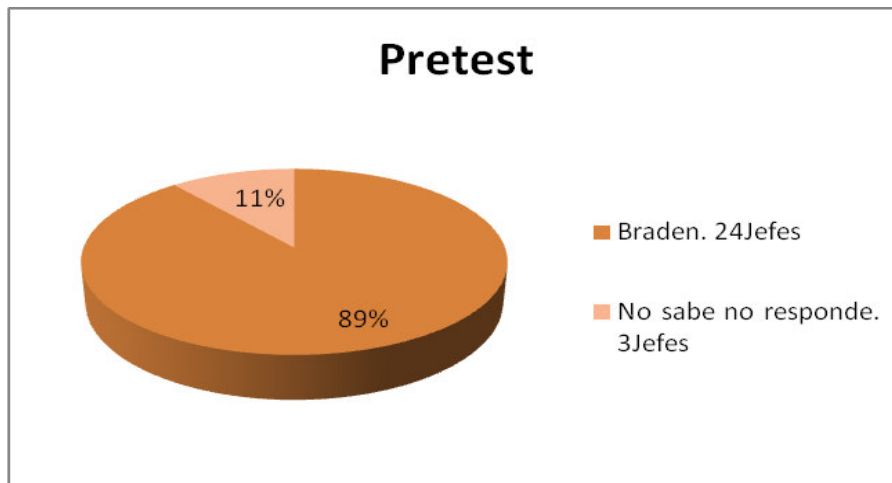
Se evidencia que el personal sabe sobre los cuidados que se deben tener para conservación de la piel viéndose reflejado que el 78% con unos ítems claros y el 22% aporta unos adicionales que son importantes para dichos cuidados.



TOTAL DE JEFES ENCUESTADOS 24 JEFES

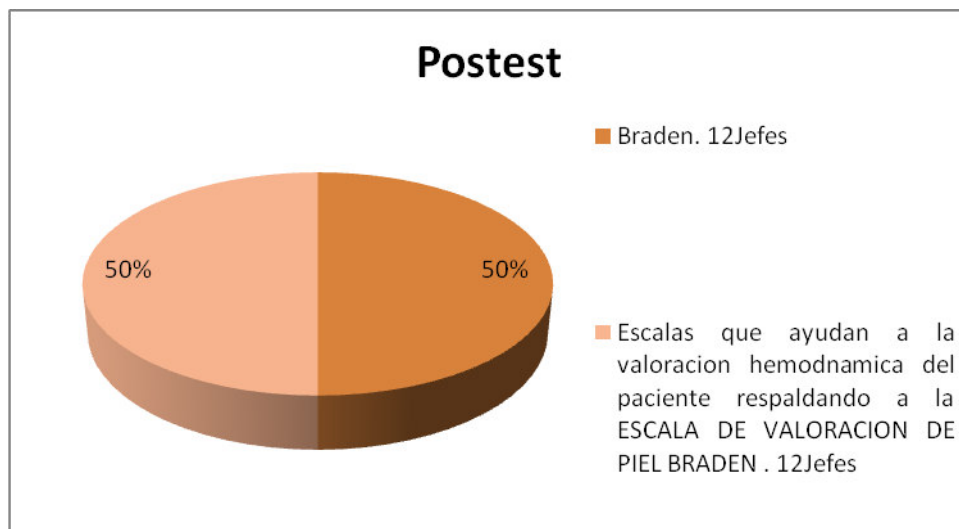
Con la socialización se logro estandarizar ítems para mejorar el cuidado de enfermería para con los pacientes, con el 77% del personal se maneja el uso del reloj y manejo de escala de riesgo como aporte adicional para el cuidado

5. Conoce alguna escala para valorar riesgo de lesión de piel.



TOTAL DE JEFES ENCUESTADOS 27 JEFES

La mayoría del personal conoce y aplica la escala correspondiente a la valoración de lesiones de piel. Tan solo el 11 no conoce de la escala.

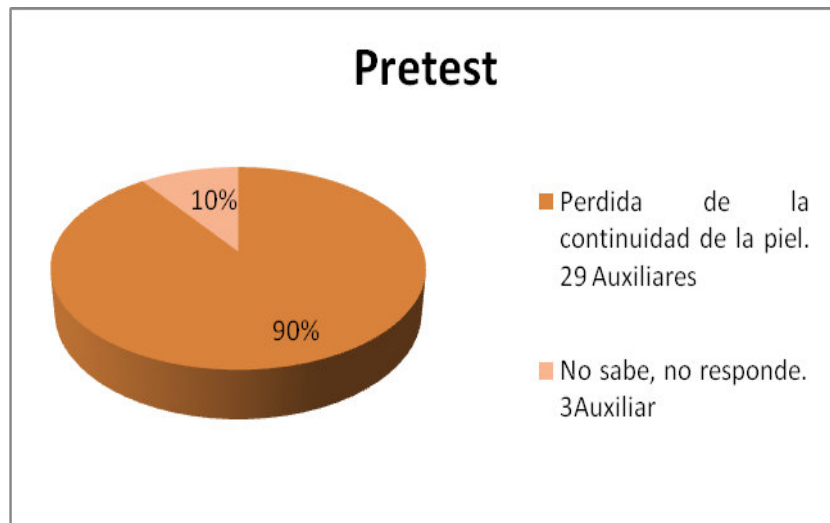


TOTAL DE JEFES ENCUESTADOS 24 JEFES

Con la socialización se aclara que se cuenta con unas escalas usadas para la valoración hemodinámica (Richmond y Glasgow) que nos ayudan a respaldar la aplicación de la ESCALA DE VALORACIÓN DE PIEL BRADEN quedando claro en un 50% teniendo en cuenta que el otro 50% tiene el concepto claro con respecto a la escala utilizada en la actualidad.

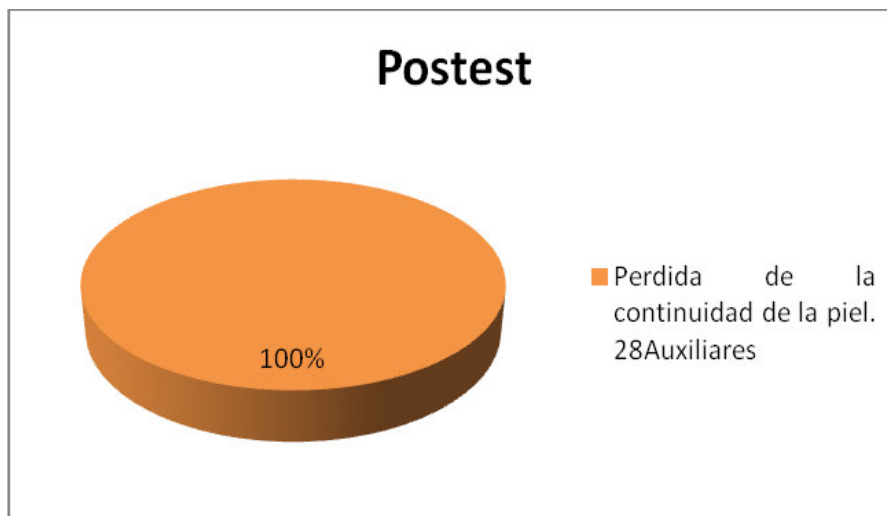
PRETEST Y POSTEST DE SOCIALIZACIÓN DE PROTOCOLO PREVENCIÓN DE LESIONES DE PIEL EN UCI (AUXILIARES)

1. Que es lesión de piel.



TOTAL DE AUXILIARES ENCUESTADOS 32

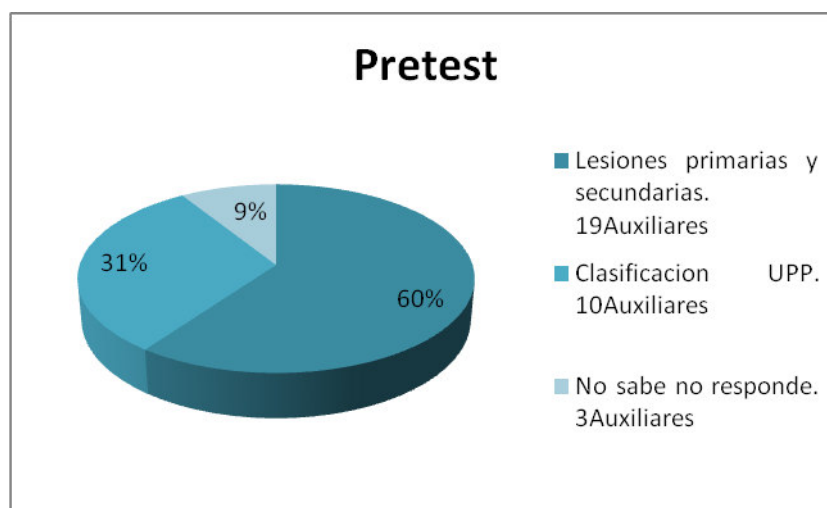
Se refleja que el 10% del personal tiene un concepto errado de lesiones de piel. Y el 90% tiene claro el concepto de lesión de piel.



TOTAL DE AUXILIARES ENCUESTADOS 28

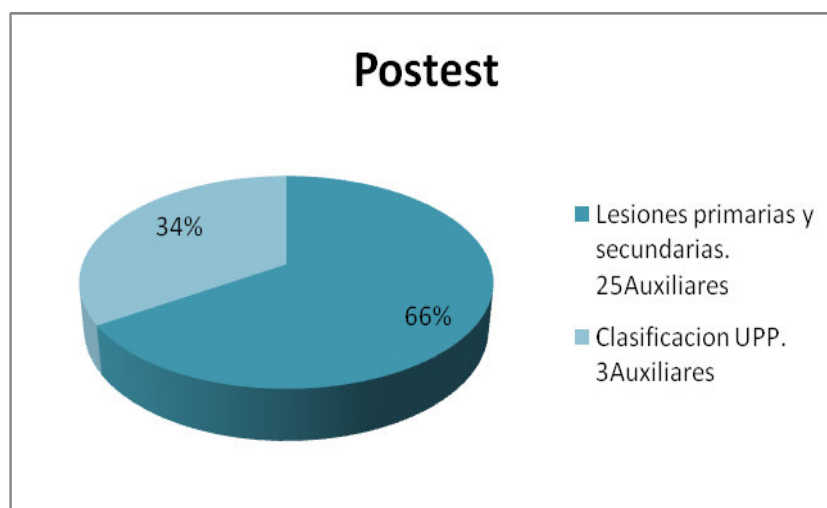
Con la socialización el concepto unificado aumenta a un 100%. Concepto que se logra aclarar para el personal que tenía el concepto errado.

2. Que tipos de lesiones conoce



TOTAL DE AUXILIARES ENCUESTADOS 32

Se refleja que el 60% del personal conoce los tipos de lesiones y su clasificación, el 31% lo clasifica como UPP y 9% aun no tiene claro los tipos de lesión.



TOTAL DE AUXILIARES ENCUESTADOS 28

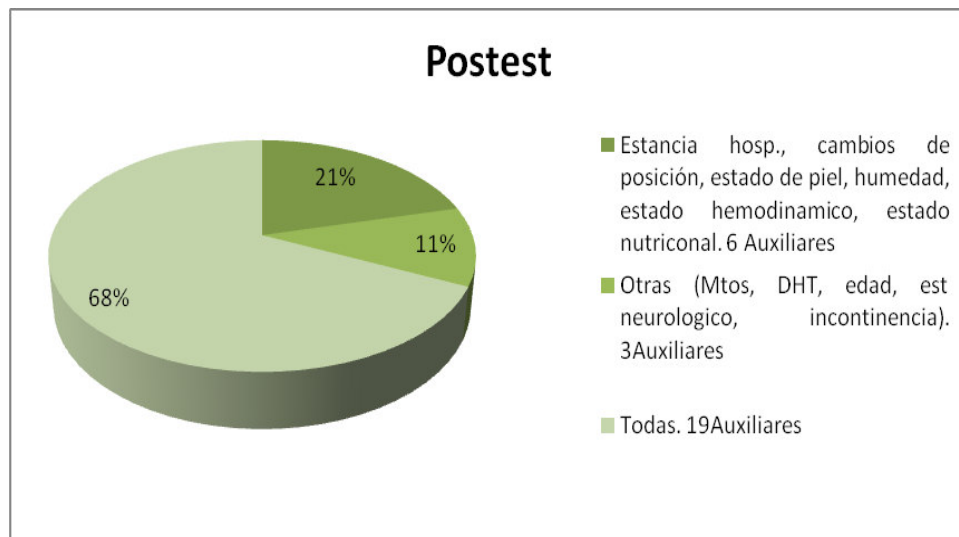
Con la socialización se logra que el 66% del personal tenga claro la clasificación según sus características para poder realizar una mejor valoración y el 34% lo relaciona con UPP, se hace la retroalimentación respectiva.

3. Causas que predisponen la aparición de lesiones de piel en la UCI.



TOTAL DE AUXILIARES ENCUESTADOS 32

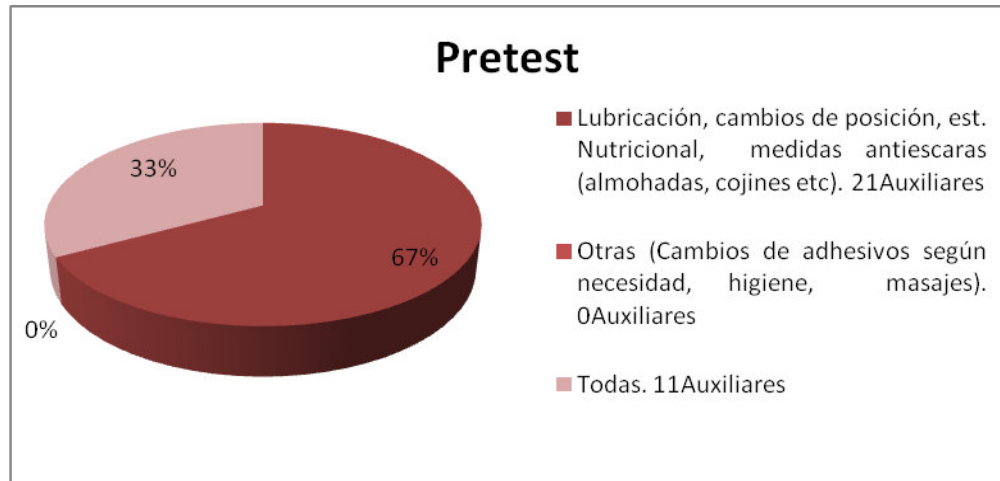
Se refleja que 65% del personal maneja las mismas causas, el 22% adiciona puntos clave para tener en cuenta sobre las causas y un 13% tiene una idea mucho más global de las causas.



TOTAL DE AUXILIARES ENCUESTADOS 28

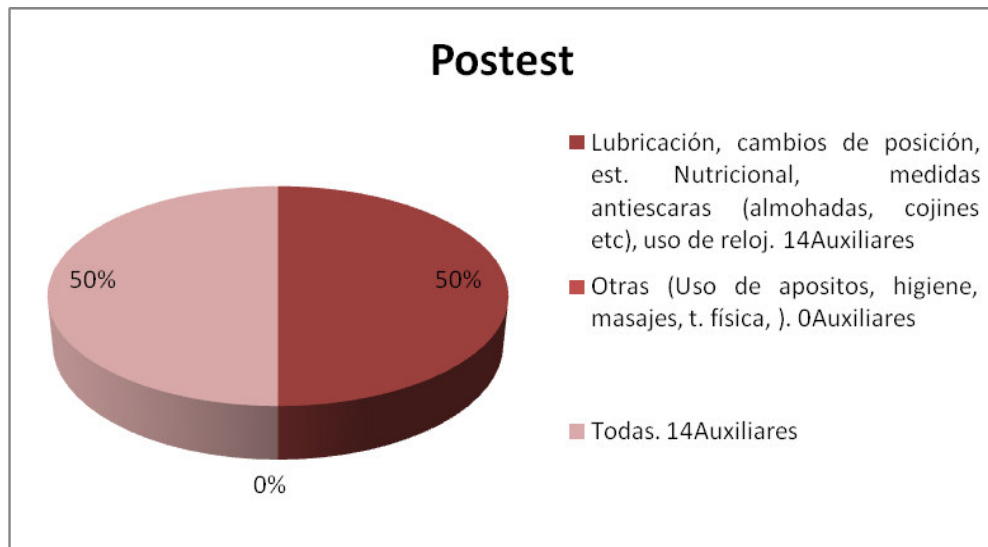
Con la socialización se logra que el 68% del personal maneje una visión mucho más global con respecto a las causas. Se hace retroalimentación al resto del personal para enriquecer su concepto.

4. Cuidados de enfermería para prevenir lesiones de piel en UCI



TOTAL DE AUXILIARES ENCUESTADOS 32

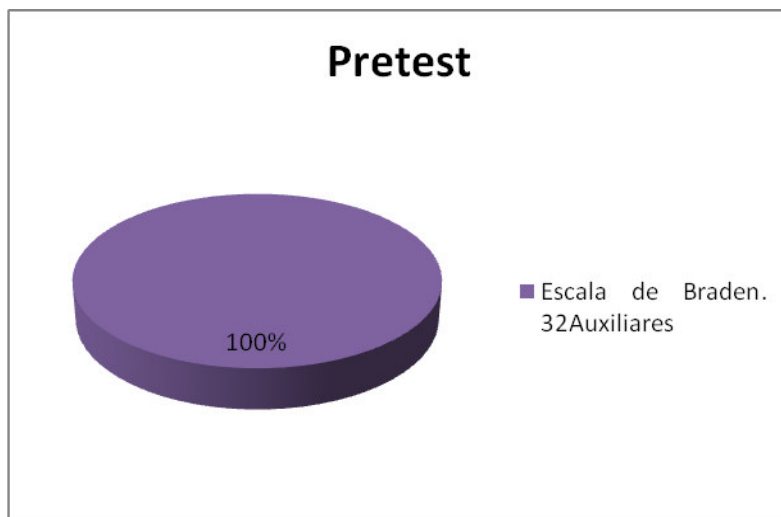
Se evidencia que el personal sabe sobre los cuidados que se deben tener para conservación de la piel viéndose reflejado que el 67% con unos ítems claros y el 33% aporta unos adicionales que son importantes para dichos cuidados.



TOTAL DE AUXILIARES ENCUESTADOS 28

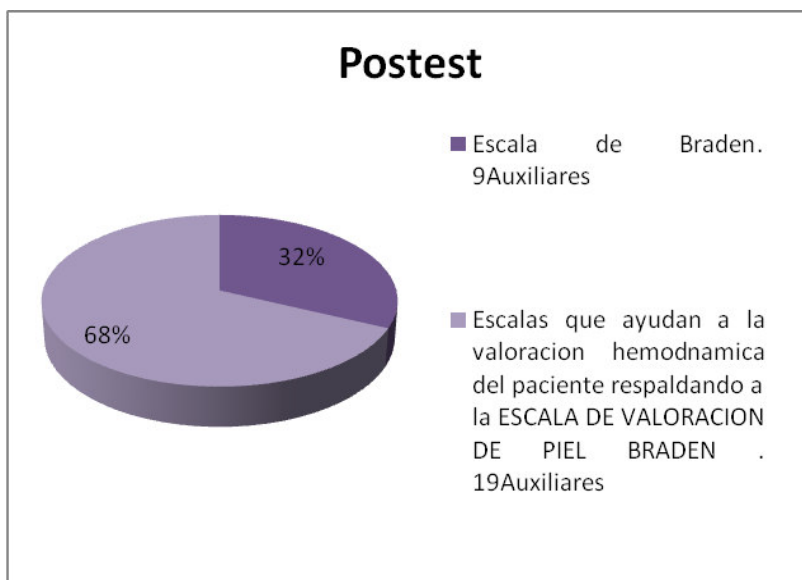
Con la socialización se logro estandarizar ítems para mejorar el cuidado de enfermería para con los pacientes, con el 50% del personal se maneja el uso del reloj y manejo de escala de riesgo como aporte adicional para el cuidado. Se realiza la retroalimentación para que todo el grupo maneje la misma información.

5. Conoce alguna escala para valorar riesgo de lesión de piel.



TOTAL DE AUXILIARES ENCUESTADOS 32

El 100% conoce y maneja la escala de Braden con los pacientes.



TOTAL DE AUXILIARES ENCUESTADOS 28

Con la socialización se aclara que se cuenta con unas escalas usadas para la valoración hemodinámica (Richmond y Glasgow) que nos ayudan a respaldar la aplicación de la ESCALA DE VALORACIÓN DE PIEL BRADEN quedando claro en un 68% teniendo en cuenta que el otro 32% tiene el concepto claro con respecto a la escala utilizada en la actualidad.

**ANEXO F. PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LESIONES EN PIEL UCI
ADULTOS CLÍNICA SHAIO**

**PROYECTO DE GESTIÓN
PROTOCOLO PARA PREVENIR LESIONES EN PIEL UCI ADULTOS CLÍNICA SHAIO**

**ANDREA MILENA MORA
MARY LOZANO TORRES
YULIETH ZABALETA POLO**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO CON ÉNFASIS ADULTO
BOGOTA D. C.
2013**

PROYECTO DE GESTIÓN

PROTOCOLO PARA PREVENIR LESIONES EN PIEL UCI ADULTOS CLÍNICA SHAI0

**ANDREA MILENA MORA
MARY LOZANO TORRES
YULIETH ZABALETA POLO**

**Asesoras
MARIA DEL CARMEN GUTIÉRREZ
MYRIAM ABAUNZA**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO CON ÉNFASIS ADULTO
BOGOTÁ D. C.
2013**

CONTENIDO

	Pág.
1. GENERALIDADES	74
1.1 BASES ANATOMO- FISIOLÓGICAS.....	75
1.2 CLASIFICACIÓN DE LESIONES EN PIEL	75
1.3 ETIOPATOGENIA	79
1.4 PREVENCIÓN DE LESIONES EN PIEL.....	80
2. OBJETIVOS	82
3. ALCANCE.....	83
4. RECURSOS	84
5. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	85
5.1 PREVENCIÓN ULCERAS IATROGÉNICAS.....	94
6. COMPLICACIONES	96
7. REGISTROS	97
8. BIBLIOGRAFÍA.....	98
9. ANEXOS.....	99

1. GENERALIDADES

La prevención de lesiones en piel es un indicador de calidad relacionado directamente con el cuidado de enfermería, constituyen un importante problema de salud, teniendo en cuenta, que un alto porcentaje de las lesiones es evitable si se aplican las intervenciones destinadas a la conservación de la integridad cutánea y los recursos adecuados que se tienen para el manejo de ello, las úlceras por presión provocan una prolongación de la estancia hospitalaria y un aumento de los costos sanitarios difícil de asumir sin cuestionar qué ha pasado, teniendo en cuenta que “un 95% son evitables” con los cuidados adecuados, mejorando notablemente la calidad de vida de las personas.

Es una complicación frecuente en cualquier nivel asistencial, especialmente en pacientes con problemas de movilidad y edad avanzada.

Las investigaciones epidemiológicas han experimentado un considerable aumento en los últimos años, proporcionando un mejor entendimiento de los factores de riesgo importantes en el desarrollo de las úlceras por presión y respaldando, a su vez, la práctica de la valoración del riesgo.¹

La elaboración de este protocolo tiene como finalidad la estandarización de las actividades de enfermería encaminadas a la prevención de lesiones en piel, todo esto con el fin de garantizar una atención segura y con calidad.

Este protocolo se basa en la metodología del marco lógico, revisión de expertos y lineamientos de la institución.

En Colombia existen políticas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud en el SGSSS que contempla la promoción de la salud como el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo e informativo, individual o colectivo, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, y a modificar o suprimir aquellas que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores, protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en salud, como también a promover y estimular la participación social en el manejo y la solución de sus problemas.

La prevención de la enfermedad se relaciona con todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención cuya finalidad es actuar sobre los factores de riesgo o condiciones específicas presentes en el individuo, la comunidad o el medio ambiente y que determinan la aparición de la enfermedad.

¹ SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. Cuidados de enfermería al paciente de úlceras por presión: guía de tratamiento. Málaga: Consejería de Salud. Noviembre de 2003.

La Clínica Shaio, basa el cuidado en políticas de seguridad y calidad de acuerdo a la normatividad política vigente en Colombia (Ley 715 de 2001)

“La Fundación Clínica Shaio está convencida que la seguridad es un componente esencial de calidad y quiere ser reconocida como una de las instituciones más seguras y altamente confiables a nivel nacional e internacional, al generar compromiso con una cultura de prácticas seguras y garantizar un ambiente físico donde se identifique y minimicen los riesgos innecesarios, que puedan ocasionar daño o lesión a nuestros pacientes, visitantes y colaboradores”.

“Cumplir con altos estándares de calidad en el proceso de atención en salud, teniendo como filosofía el mejoramiento continuo, fortalecimiento del recurso humano, la comunicación asertiva, innovación permanente de tecnología y el uso adecuado de los recursos, con base en la misión institucional, a fin de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, familia, cliente interno y comunidad en general”.

1.1 BASES ANATOMO- FISIOLÓGICAS

La **piel** es la frontera del organismo con el medio externo, es considerada la fuente de protección y el órgano con mayor longitud, por ser el mecanismo de protección más expuesto y a pesar de su consistencia fuerte es susceptible de sufrir lesiones por múltiples factores.

Las **lesiones** constituyen una respuesta de la piel frente a distintos estímulos que afectan a los componentes cutáneos (epidermis, dermis, hipodermis y vasos) que morfológicamente se clasifican en lesiones elementales primarias y secundarias.

1.2 CLASIFICACIÓN DE LESIONES EN PIEL

Las lesiones Primarias son aquellas que se forman sobre piel sana.

Inconsistente:

- **Mácula:** lesión plana, circunscrita e inconsistente debida a un cambio de coloración de la piel de color, tamaño y forma variable.

De contenido sólido:

- **Pápulas:** lesión elevada, circunscrita, <0'5 cm. de color, forma y tamaño variable.
- **Placa:** elevación en meseta que ocupa una superficie relativamente grande en comparación con su altura y que generalmente es resultado de la confluencia de pápulas.
- **Nódulo:** lesión redondeada, circunscrita, profunda y palpable.

- Tumor: lesión masa o nódulo grande que se produce por proliferación celular.

De contenido líquido:

- Vesícula: lesión elevada, circunscrita, de contenido seroso o hemorrágico, <0'5 cm.
- Ampolla o flictena: lesión de similares características que la vesícula, pero >0'5 cm.
- Pústula: lesión elevada, circunscrita, que contiene exudado purulento, de color, forma y tamaño variable.
- Quiste: lesión tipo cavidad, con contenido líquido o semisólido, de consistencia elástica.

Las lesiones secundarias son aquellas que se forman a partir de una alteración patológica previa:

Por pérdida de sustancia:

- Excoriación: excavación superficial por pérdida de epidermis, secundaria al rascado.
- Erosión: lesión deprimida por pérdida de epidermis y dermis papilar.
- Úlcera: lesión deprimida por pérdida de epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo.
- Fisura: grietas lineales que afectan a epidermis y dermis superficial.
- Fístula: trayecto anómalo que comunica la superficie cutánea con cavidad supurativa o éstas entre sí.

Por modificación de lesiones primitivas:

Temporales:

- Escama: depósito seco formado por la acumulación excesiva de estrato córneo.
- Costra: depósito indurado que se forma por desecación de exudados de la lesión previa.
- Escara: depósito indurado que se forma por necrosis cutánea.

Permanentes:

- Atrofia: área de adelgazamiento de la piel, que se caracteriza por la pérdida de vello, transparencia de vasos sanguíneos y plegamiento excesivo.
- Esclerosis: área de induración de la piel que puede ser debida a proliferación colágena, infiltración celular o edema en dermis o tejido celular subcutáneo, y que se caracteriza por dificultad de plegamiento.

- Cicatriz: área de regeneración de un defecto cutáneo previo con afectación de dermis; puede ser hipertrófica, atrófica o esclerótica.
- Liquinificación: área de engrosamiento de la piel, que se caracteriza por prominencia de las líneas de la piel, y que generalmente es secundaria al rascado.

Dentro del tipo de lesiones ya definidas se encuentra un tipo de lesiones muy comunes en UCI y son las úlceras por presión; se clasifican de la siguiente forma:

ESTADIO I. Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados. En comparación con un área del cuerpo no sometida a presión; puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: temperatura de la piel (caliente o fría), consistencia del tejido (edema, induración), y/o sensaciones (dolor, escozor)

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

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

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

Figura 1. Clasificación de las úlceras por presión según el grado de afectación tisular, Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.

GRADOS		AFECCIÓN	OTRAS CARACTERÍSTICAS
GRADO I	 	EPIDERMIS ÍNTEGRA	Color rojo-rosado. En pieles oscuras presenta tonos rojos, azules o morados. Hiperemia reactiva > 24 horas. El eritema se mantiene aún bajo la presión de los dedos.
GRADO II	 	EPIDERMIS y DERMIS	Flictenas o vesículas. Descamación y grietas.
GRADO III	 	TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	Bordes definidos Proceso necrótico Puede haber exudado seroso-sanguinolento. Pueden aparecer tunelizaciones y cavernas.
GRADO IV	 	MÚSCULO. SE PUEDEN ALCANZAR ARTICULACIONES	Tejido necrótico y exudado abundante. Pueden aparecer tunelizaciones y cavernas.

Las principales causas que generan lesiones de piel en la UCI son: patología, edad, medicamentos vasopresores, posiciones prolongadas, estado de conciencia, medidas de sujeción, fijación de dispositivos invasivos y de tubos oro traqueales, las cuales limitan la realización de cuidados para prevenir las lesiones en piel.

En la producción de las lesiones en piel intervienen dos factores:

- *Extrínseco*, que se refiere a la presión que se realiza sobre un tejido concreto y que representa el motivo primordial para desarrollar la patología ulcerosa.
- *Intrínseco*, individual, que es en si la respuesta biológica de cada organismo a la presión.

1.3 ETIOPATOGENIA

La presión capilar normal oscila entre 16-33 mmhg. Si se ejercen presiones superiores a esta cifra en un área limitada durante un tiempo prolongado se origina un proceso de isquemia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes a los tejidos provocando una rápida degeneración de estos por respiración anaeróbica, ocasionando alteraciones a nivel de la membrana celular y liberándose aminas vaso activas. Si se prolonga ocasiona necrosis y muerte celular. El factor tiempo y la presión son inversamente proporcionales. Kodiak demostró que una presión mantenida de 70 mmHg durante dos horas podía originar lesiones isquémicas irreversibles en los tejidos.

La formación de las úlceras por presión está asociada a tres tipos de fuerzas: presión, fricción y cizallamiento, que se pueden considerar factores de riesgo primarios.

- Presión: Se produce oclusión vascular, isquemia, hipoxia y necrosis tisular. Es el factor más importante y está unido al tiempo que se mantiene la presión.
- Fricción: Cuando la superficie corporal (piel) roza contra otra superficie (sábanas, sondas), produce abrasión de la piel.
- Cizallamiento: Se producen fuerzas paralelas, por un lado, la piel y la fascia superficial, y por el otro, el esqueleto y la fascia profunda. Un ejemplo de esto es cuando la piel y el subcutáneo se deslizan sobre el sacro-coxis cuando el paciente resbala al elevar la cama más de 30°. Se produce lesión en los tejidos profundos

Como puede verse la etiología de las UPP debe considerarse siempre multifactorial, con dos elementos clave:

- Las fuerzas de presión, fricción o cizalla.
- La disminución de la tolerancia de los tejidos a estas fuerzas propiciada por factores extrínsecos, intrínsecos o combinación de ambos

FACTORES DE RIESGO DE APARICIÓN DE LESIONES EN PIEL

Fisiopatológicos

- Edad avanzada:(más de 75 años)
- Pérdida de elasticidad de la piel.
- Lesiones cutáneas: Edema, sequedad de piel.
- Trastornos del transporte de oxígeno por patologías cardiovasculares, respiratorias y hematológicas.
- Alteraciones nutricionales por exceso o por defecto y metabólicas.

- Trastornos inmunológicos: neoplasias, infecciones
- Trastornos neurológicos: lesión medular, parestias, enfermedades cerebrovasculares, lesiones medulares
- Alteraciones del estado de conciencia: Coma, estupor, confusión
- Alteraciones de la eliminación: Incontinencia fecal y/o urinaria.

Derivados del tratamiento o iatrogénicos

- Tratamiento con inmunosupresores.
- Tratamiento con sedantes
- Tratamiento con drogas vaso activas
- Otros: Cirugía de larga duración, cirugía cardiovascular, técnicas especiales (circulación extracorpórea, ventilación mecánica, terapia renal sustitutiva...), dispositivos o aparatos (sondas, tracciones cutáneas, tubos)

Situacionales y del entorno

- Inmovilidad por dolor, fatiga o estrés.
- Falta de higiene.
- Falta de conocimientos.
- Uso inadecuado de materiales de prevención y tratamiento.
- Falta de formación de los profesionales.

1.4 PREVENCIÓN DE LESIONES EN PIEL

Prevención primaria:

Nivel de intervención del proceso patógeno constituido por todas aquellas acciones que se realicen en una población sana con la intención de evitar que los sujetos se expongan a una lesión o factor de riesgo

Prevención secundaria:

Nivel de intervención constituido por todas aquellas acciones realizadas en población que ha estado expuesta ya a un factor de riesgo o que está comenzando a desarrollar el daño.

Prevención terciaria:

Nivel de intervención constituido por todas aquellas acciones realizadas entre los enfermos que han presentado complicaciones, con el fin de evitar la invalidez o la muerte temprana y rehabilitarlos.²

² GRUPO DE ENFERMERÍA DEL INSTITUT CATALÁ DE LA SALUT PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN. Cuidados de enfermería para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. España: Lleida. Mayo 2002.

Actualmente están descritas numerosas escalas de predicción del riesgo con relación a las UPP, construidas a partir de variables o factores de riesgo identificados como los más habituales.

La más utilizada en nuestro país es la escala de Braden que valora características de la piel y del paciente.

La escala de Braden fue presentada en la literatura mundial por primera vez en 1987 por Braden y Bergstrom. Fue desarrollada basándose en una revisión de la literatura de los factores de riesgo para presentar UPP. Considera 6 aspectos que se evalúan clínicamente y se califican de manera ordinal, asignando a cada uno puntuaciones entre 1 y 4 (excepto para fricción que va de 1 a 3) que se suman para dar una calificación final de entre 6 y 23 puntos. Una calificación menor implica un mayor riesgo de desarrollar UPP. Se han propuesto varios puntos de corte en diferentes estudios, pero el más ampliamente aceptado es de 16 puntos.³

Debido al tipo de pacientes tratados en la Unidad de Cuidados intensivos adulto de la clínica Shaio se utilizan las escalas de valoración neurológica de Glasgow y de Richmond Rass que son de gran importancia para valorar aún más el riesgo de lesiones en piel de acuerdo a la respuesta neurológica o al grado de sedación o agitación de los pacientes.

La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala. Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una de las subescalas evaluadas independientemente. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala.⁴

La escala de Richmond Rass consiste en cuatro niveles de ansiedad o agitación, uno de estado de calma y alerta, y cinco niveles de sedación. Se basa en la observación e interacción con el paciente. Escala validada para pacientes adultos de UCI.

³ VALDEZ SÁNCHEZ, Dulce; MENA MADRAZO, Jorge; GONZÁLEZ, Sandra. Uso de la escala de Braden en pacientes hospitalizados en terapia intensiva. En: Revista Metamorfosis en Enfermería. [en línea]. 2011. Disponible en: <<http://es.scribd.com/doc/46218487/Uso-de-la-Escala-de-Braden>>. [consultado Julio 2013]

⁴ CONDE, José M. Interrupción diaria de la sedación en pacientes con ventilación mecánica. En: Revista de Catedra de Clínica Medica. [en línea]. Enero 2013. Disponible en: <http://www.clinica-unr.com.ar/Especiales/59/Especiales_59_Pag_1.htm>. [consultado agosto de 2013].

2. OBJETIVOS

- Disminuir la aparición de lesiones en piel en el paciente crítico
- Identificar los pacientes con mayor riesgo de desarrollar lesiones en piel.
- Identificar factores de riesgo que contribuyen a la aparición de úlceras por presión
- Aplicar escalas que permitan valorar el riesgo de lesiones cutáneas.
- Establecer criterios de actividades para el cuidado de la integridad cutánea y la prevención de lesiones en piel.
- Disminuir costos derivados de la aparición de lesiones en piel.
- Brindar atención integral con calidad y trato humanizado, teniendo en cuenta la percepción de sí mismo del paciente.

3. ALCANCE

Este protocolo está dirigido a todo el personal de enfermería involucrado en el cuidado del paciente crítico en la Fundación Clínica Shaio. E indirectamente a quienes toman decisiones administrativas en el medio hospitalario y en las aseguradoras, pagadores del gasto en salud y en las políticas de salud

4. RECURSOS

- Almohadas
- Cojines
- Colchón anti escaras
- Ropa de cama
- Fijaciones para TOT, catéteres y sondas
- Cremas humectantes o vaselina
- Apósitos hidrocoloides tipo duoderm

5. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Definición: prevención de la formación de lesiones en piel en un paciente con alto riesgo de desarrollarlas.

Se tiene en cuenta para este tipo de intervenciones la teoría del confort de *KATHARINE KOLCABA* que hace énfasis en las intervenciones de acuerdo a las necesidades de comodidad para lograr la salud, entre esas medidas se resaltan: ⁵

- Comodidad física
- Cambios de posición
- Realizar masaje
- Lubricar la piel
- Tener ropa de cama limpia y sin arrugas
- Comodidad ambiental

El modelo de atención de enfermería de promoción de la salud de Nola Pender habla del individuo y los factores cognitivo-perceptuales, que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción. ⁶

Para la valoración de riesgo de lesiones en piel de todos los pacientes hospitalizados en UCI se utilizara la escala de Braden, cuyo resultado será la base para dirigir el plan de cuidados e intervenciones a realizar. Se aplican otras escalas para valorar el estado de conciencia y sedación: Glasgow (paciente despierto) y Richmond – Rass (paciente sedado) las cuales condicionan las actividades de enfermería teniendo en cuenta el estado clínico del paciente.

Se aplicarán medidas preventivas de acuerdo con la valoración de riesgo.

RIESGO BAJO

Se incluirán las siguientes medidas preventivas:

- Aporte nutricional:
- Controlar y registrar la ingesta de alimentos.
- Identificar y corregir carencias nutricionales.
- Estimular la ingesta de líquidos
- Cuidados de la piel:

⁵ MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid: Mosby-Doyma. 1994.

⁶ GRUPO EUROPEO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN – NPUAP. Prevención de Ulceras por Presión. Guía de Referencia Rápida. [en línea]. 2009. Disponible en: <http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Spanish.pdf>. [consultado agosto de 2013].

- Higiene diaria con agua y jabón neutro realizando un secado minucioso de la piel sin fricción, teniendo especialmente en cuenta los pliegues cutáneos.
- Observar la integridad de la piel mientras se realiza la higiene, sobre todo las prominencias óseas, puntos de apoyo, zonas expuestas a humedad y presencia de sequedad, excoriaciones, eritemas, maceración, fragilidad, induración, temperatura.
- Aplicar cremas hidratantes o vaselina procurando su completa absorción:
- No utilizar ningún tipo de alcoholes.
- No realizar masajes directamente sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas.
- Atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.
- Control del exceso de humedad:
- Valorar y tratar los diferentes procesos que pueden originar un exceso de humedad en la piel del paciente: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados de herida.
- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas:
- Cambio de sábanas cada vez que sea necesario.
- Cambios posturales:
- Si el estado del paciente lo permite se realizaran cambios posturales cada 2 horas.
- Rotación programada (reloj).
- Mantener el alineamiento corporal:
- Distribuir el peso y el equilibrio del paciente.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- Evitar el arrastre:
- Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción.
- Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30º) y durante el mínimo tiempo.
- Evitar apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.
- No utilizar dispositivos tipo flotador o anillo.

RIESGO MODERADO

Se aplicarán las mismas medidas preventivas descritas para un riesgo bajo, a las que se añadirán las siguientes:

- Protección local en zonas de más riesgo como son talones, región occipital, codos y sacro, trocánteres, tabique nasal, mentón, región frontal y pabellón auricular.

- Estos sistemas de protección ante la presión, se deben aplicar con otras medidas de cuidado local y no deben lesionar la piel de la zona en el momento de su retirada.
- Se extremarán las precauciones ante cualquier situación en la que los dispositivos utilizados en el paciente puedan provocar problemas relacionados con la presión y/o rozamiento: sondas, mascarillas, tubos orotraqueales, máscaras de ventilación mecánica no invasiva, catéteres, férulas, yesos, sistemas de tracción, dispositivos de inmovilización.

Los de riesgo medio y alto deberán utilizar un cojín con capacidad de reducción de la presión mientras estén en sedestación.

RIESGO ALTO

Se aplicarán todas las medidas preventivas descritas anteriormente, además de superficies especiales para el manejo de la presión.

La utilización de superficies especiales de apoyo no sustituye al resto de cuidados (movilización, cambios posturales.)

Superficies especiales de manejo de la presión

Algunas superficies tienen propiedades que reducen el efecto de la fricción y del cizallamiento, así como del calor y de la humedad. Se pueden clasificar como:

- Estáticas: Actúan aumentando el área de contacto con la persona. Cuanto mayor sea la superficie de contacto menor será la presión que tenga que soportar. Entre los materiales utilizados se encuentran espumas de poliuretano y fibras de silicona.
- Dinámicas: Permiten variar de manera continuada los niveles de presión de las zonas de contacto del paciente con la superficie de apoyo.

Se debe utilizar en todos los pacientes, una superficie de apoyo adecuada según el riesgo detectado de desarrollar UPP y la situación clínica.

Los de riesgo medio y alto deberán utilizar un cojín con capacidad de reducción de la presión mientras estén en sedestación.

En la actualidad hay evidencia de que las superficies del tipo flotación en aire son más eficaces para el tratamiento de pacientes con UPP que otras.

En pacientes de riesgo bajo, se recomienda utilizar superficies estáticas.

En pacientes de riesgo medio o alto, se recomienda utilizar superficies dinámicas o de presión alternante.

Movilización

Fomentar y mejorar la movilidad y actividad del paciente.

Elaborar un plan de cuidados que incentive y mejore la actividad y movilidad del paciente.

En la UCI la mayoría de los pacientes no pueden cambiar de posición por ellos mismos por su estado de salud por lo que se realizarán: movilizaciones pasivas y cambios posturales

Movilizaciones pasivas

- Para aumentar el tono muscular cutáneo y vascular.
- Terapia física y ocupacional
- Masaje ascendente de MMII coincidiendo con higiene o aseo, cambio postural.
- Plan de rehabilitación que mejore la actividad y movilidad del paciente.

Cambios posturales

Para aliviar y eliminar la compresión de los puntos de apoyo, es imprescindible realizar cambios posturales, manteniendo en lo posible la alineación del cuerpo y estudiando detenidamente la forma de reducir los efectos de la presión.

Se realizarán cada 2 horas (teniendo en cuenta el reloj) en función de la patología del paciente que así lo permita y del riesgo de padecer UPP.

Estas son las actividades que se realizaran por parte de enfermería en los cambios de posición:

- Se seguirá un orden rotatorio (reloj) en función de la tolerancia del paciente según su estado hemodinámico.
- Durante la sedestación, las presiones se concentran en puntos concretos por lo que se debe cambiar y reconsiderar de posición como máximo cada hora.
- Proteger las zonas de apoyo con apósitos hidrocoloides tipo duoderm extra thin en pacientes con alto riesgo de presentar UPP; estos proveen un medio ambiente húmedo y adicionalmente debajo del apósito, generan un ambiente térmico, condición básica para mejorar la vasodilatación local y contribuir a contrarrestar la isquemia e hipoxia local⁷

⁷ GARCÍA FERNÁNDEZ, Francisco, et al. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Andalucía: Artefacto Ed. 2010. ISBN:

- Evitar el contacto directo con superficies sintéticas, utilizar superficies reductoras de presión (cojines).
- Cuando se realicen cambios posturales, procurar no arrastrar al paciente.
- Mantener la alineación corporal distribuyendo el peso, equilibrio y estabilidad.
- Evitar el contacto directo de prominencias óseas entre sí.
- Evitar colocar al paciente sobre el trocánter femoral directamente u otras prominencias óseas que presenten eritema.
- Comprobar en cada cambio que la cama esté limpia, seca, sin arrugas y sin ningún objeto olvidado en la cama.
- Si es necesario elevar la cabecera de la cama, hacerlo durante un período de tiempo mínimo, procurando no sobrepasar los 30º, ya que se ha demostrado una relación directa entre un mayor ángulo de la cama y mayor frecuencia de aparición de UPP⁸.
- Usar dispositivos que amortigüen las zonas de presión: colchones, cojines, almohadas, con especial atención en talones y rodillas.
- No usar flotadores en zona sacra ni occipital, En vez de repartir la presión que ejerce el peso del cuerpo, la concentra sobre la zona corporal que está en contacto con el flotador, provocando edema y congestión venosa y facilitando la aparición de UPP.⁹
- Después de cada cambio, comprobar que el paciente no esté sobre dispositivos médicos y vigilar la posición de las sondas, mascarillas, cánulas nasales, tubos de drenajes, vías centrales, férulas, evitando la presión constante en una zona con el riesgo de producir UPP iatrogénicas.
- Evite apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones en el caso de que ya presente alguna UPP.
- Si el paciente no encuentra el grado de comodidad o el individuo no responde como debiera a los cambios, se reconsiderará la frecuencia y el método.
- Para la realización de cambios posturales se necesitan almohadas.
- Siga las recomendaciones de salud laboral sobre el manejo de pesos y cargas.
- Se deben registrar los cambios posturales así como la evaluación del resultado.¹⁰

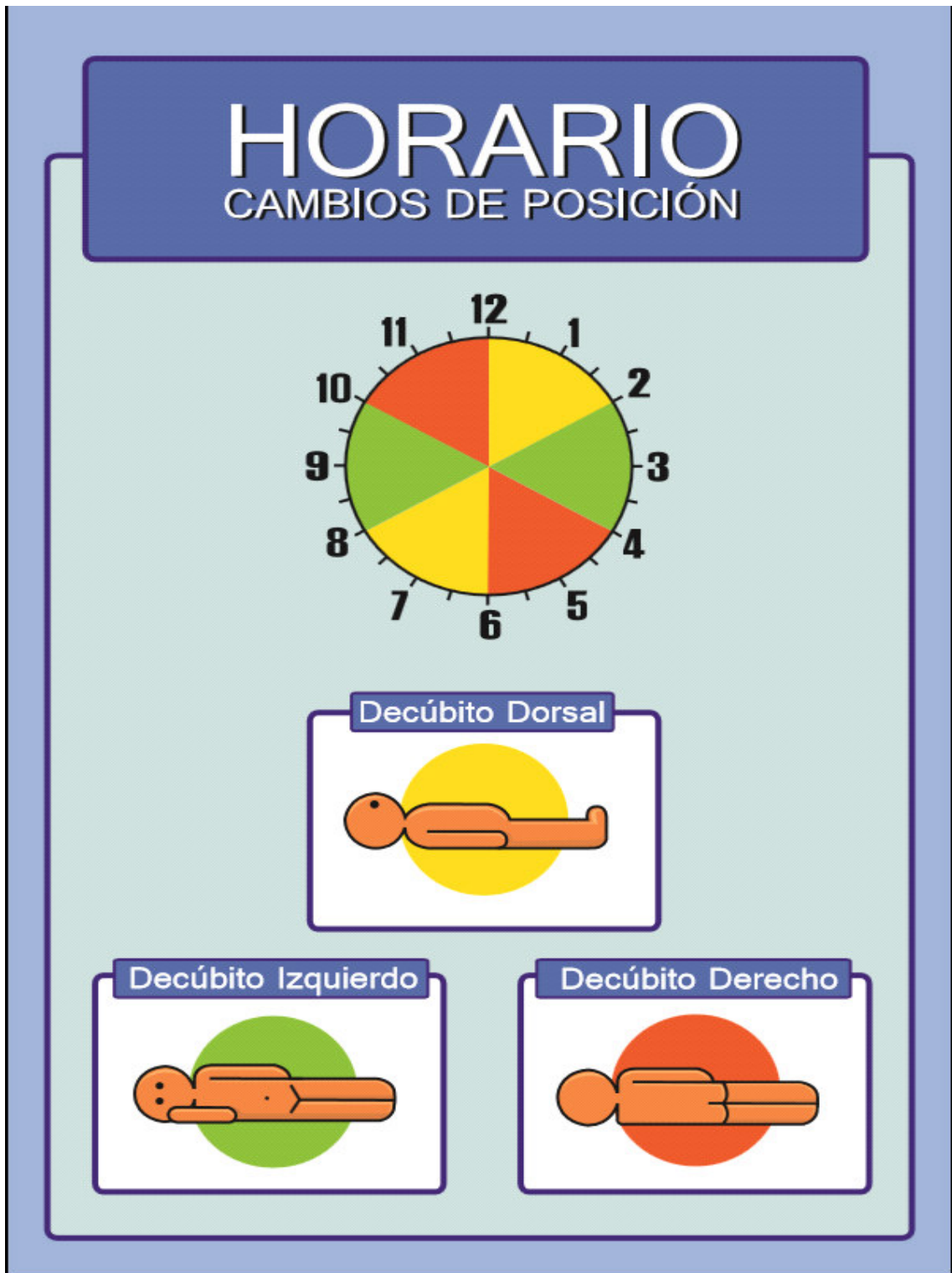
978-84-690-9460-0.

⁸ Ibíd.

⁹ Ibíd.

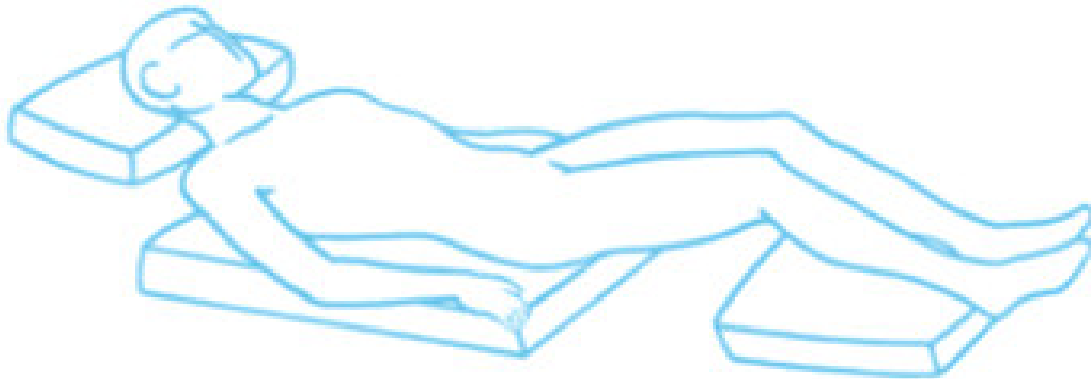
¹⁰ NIETO CARRILERO, Remedios, et al. Protocolo de úlceras por presión en UCI. Albacete: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Convatec. [en línea]. 2012. Disponible en: <<http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/8f171815f3aecb1f146a05178f7f3f78.pdf>>. [consultado septiembre 2013].

Figura 2. Protocolo de úlceras por presión en UCI complejo hospitalario universitario de Albacete. Convatec.



A continuación se muestran los cambios de posición de acuerdo a los recursos institucionales. Cabe destacar que se tomaron datos de otros protocolos adaptándolos al tipo de pacientes y patologías presentadas en la UCI adultos de la Clínica Shaio.

Figura 3. Protocolo de úlceras por presión en UCI complejo hospitalario universitario de Albacete. CONVATEC



Decúbito supino:

Según la rotación del reloj para los cambios de posición los todos los pacientes de la UCI cuya condición clínica lo permita deben estar en esta posición en los siguientes horarios:

24 – 2 horas	6 – 8 horas
12 – 14 horas	18 – 20 horas

- Colocar almohadas.
 - Debajo de la cabeza.
 - Debajo de la cintura
 - Debajo de las piernas.

- La rodilla debe quedar ligeramente flexionada (la hiperextensión de la rodilla puede causar la obstrucción de la vena poplítea y predisponer a trombosis venosa de la misma.

- Deben quedar libres de presión: talones, glúteos, zona sacro-coccígea, escápulas y codos.
- Las piernas deben quedar ligeramente separadas.
- Los pies y las manos deben conservar su posición funcional.
- Evitar rotación del trocánter.

Decúbito lateral

Figura 4. Protocolo de úlceras por presión en UCI complejo hospitalario universitario de Albacete. Convatec



Según la rotación del reloj para los cambios de posición los todos los pacientes de la UCI cuya condición clínica lo permita deben estar en esta posición en los siguientes horarios:

Decúbito lateral izquierdo:

2 – 4 horas	8 – 10 horas
14 – 16 horas	20 - 22 horas

Decúbito lateral derecho:

4 – 6 horas	10 – 12 horas
16 – 18 horas	22 – 24 horas

- Colocar almohadas en:
 - La espalda para evitar el desplazamiento del cuerpo.
 - Entre las rodillas para evitar la fricción.
 - Bajo el brazo contrario al de la posición, manteniendo éste en ángulo recto.
 - La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 30-45°.
- No se debe producir presión sobre orejas, escápulas, costillas, crestas ilíacas, trocánteres, gemelos, tibias y maléolos.
- Las piernas quedarán en ligera flexión.
- Pies y manos en posición funcional.
- No sobrepasar los 30° de inclinación y evitar apoyar todo el peso en los trocánteres

Decúbito prono

Figura 5. Protocolo de úlceras por presión en UCI complejo hospitalario universitario de Albacete. CONVATEC.

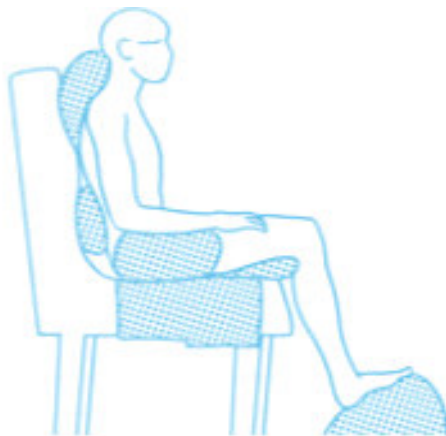


Colocar almohadas:

- Debajo de la cabeza.
- Debajo de los muslos.
- Debajo del abdomen.
- Debajo de las piernas.
- Debajo de los brazos.
- Deben de quedar libres de presión: cresta iliaca y rodillas.
- El tórax debe de quedar libre para permitir la expansión torácica.
- Esta postura está contraindicada en pacientes con lesiones torácicas, cardíacas y con respiración asistida.

SEDESTACIÓN

Figura 6. Protocolo de úlceras por presión en UCI complejo hospitalario universitario de Albacete. CONVATEC



- Colocar almohadas:
 - En región cervical.
 - En región lumbar
 - Bajo las piernas para evitar la fricción por desplazamiento.
- Sillón adecuado, un poco reclinado.
- Mantener los pies en ángulo recto evitando el pie equino.

5.1 PREVENCIÓN ULCERAS IATROGÉNICAS

Cualquier material utilizado incorrectamente o descuidando su uso puede provocar úlceras iatrogénicas.

La prevención irá encaminada:

- Inspección exhaustiva de esas zonas de alto riesgo por el roce y la presión
- Higiene y cambio de las zonas de presión a diario.

Hay que contemplar cualquier situación en la que los dispositivos utilizados en el paciente puedan provocar problemas relacionados con la presión y el rozamiento sobre una de sus prominencias en la piel o mucosas, sondas, tiras de mascarillas, fijación de tubo orotraqueal, cánulas nasales, máscaras de ventilación mecánica no invasiva, férulas, dispositivos de sujeción.

Los cuidados en las zonas próximas a los dispositivos utilizados son:

SONDAS ORO O NASOGÁSTRICAS:

- Limpieza de fosas nasales como mínimo una vez al día con suero salino
- Cambiar apósito, fijación y punto de apoyo al menos una vez al día y/o cuando fijación esté deteriorada.
- Movilizar punto de apoyo de la sonda sobre la mucosa gástrica rotándola un poco con cuidado de no desplazarla.
- Lavado de la sonda con agua posterior a la administración de medicamentos o nutrición enteral.

CÁNULAS NASALES

- Limpieza e hidratación de fosas nasales con suero fisiológico.
- Cambiar punto de apoyo nasal y auricular.

MASCARAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA:

- Limpieza de fosas nasales e hidratación con suero fisiológico.
- Proteger nariz, frente, mentón, pómulos, con apósitos hidrocoloides (duoderm).

SONDA VESICAL

Se pueden presentar lesiones de piel en zonas genitales, ingles y muslos.

- Limpieza e higiene de genitales y sonda dos veces al día
- Fijar la sonda en el muslo cambiando diariamente el punto de apoyo para evitar ulceración del meato y de la piel sobre la que se fija almohadillando con esparadrapo de tela.

TUBOS OROTRAQUEALES

Se pueden presentar lesiones de piel en mucosa oral, labios y comisuras labiales.

- Hidratación de boca, labios y comisura labial
- Ajuste adecuado de la fijación del tubo orotraqueal.
- Cambiar fijación según necesidad.

DRENAJES; ZOOTOMÍAS Y FÉRULAS

Se puede presentar lesión de piel dependiendo en la zona en que se apoye.

- Fijar drenajes adecuadamente.
- Curación según protocolo.
- Almohadillado de las férulas.

MEDIDAS DE SUJECIÓN

Muñecas y tobillos:

- Vigilar el ajuste de las mismas para evitar que se autolesionen.
- Evitar el contacto de las hebillas con la piel.
- Valorar perfusión

Se tendrán en cuenta para la valoración de riesgo la escala de Braden y las escalas de Glasgow y Rass, estas serán una guía para identificar el riesgo del paciente desarrollar lesiones en piel, el estado neurológico que favorezca o limite las acciones de cuidado, al igual que el nivel de sedación o agitación del paciente.

¹¹

¹¹ ESPERÓN, J. A.; PIÑEIRO, M. J.; FERNÁNDEZ, M. C.; GUZMÁN, M. C.; VILAS, M. D.; RODRÍGUEZ, C.; FERNÁNDEZ, C. Úlceras por presión iatrogénicas de localización nasal. En: Gerokomos. Marzo 2010. Vol 21, no. 1.

6. COMPLICACIONES

Complicaciones primarias

- Complicaciones locales:

Originadas por la progresión de la necrosis llegando a afectar a las articulaciones y originar fístulas y hemorragias graves.

- Complicaciones sistémicas:

Son más graves ya que comprometen la vida del sujeto que las posee: la anemia, sepsis, endocarditis, tétanos, carcinoma de células escamosas, fístulas son algunas de ellas.

Complicaciones secundarias

- De origen económico, como aumento de la estancia hospitalaria y el aumento del costo asistencial.
- De tipo clínico, como el retardo en la recuperación y rehabilitación, las infecciones nosocomiales y la iatrogenia.

7. REGISTROS

- Escala de Glasgow
- Escala de Braden
- KÁRDEX de UCI
- Notas de enfermería

8. BIBLIOGRAFÍA

Andesson KE, Jensen O, Kvorning SA, Bach E. Decubitus prophylaxis: a prospective trial on the efficiency of alternating pressure air mattresses and water mattresses. *Acta Dermatovener* 1982; 63:227-30.

Bernal MC, Curcio CL, Chacón JA., Gómez JF, Botero AM. Validez y fiabilidad de la escala de Braden para predecir riesgo de úlceras por presión en ancianos. *Revista española de geriatría*. 2001; 36(05): 281 - 286.

Brandão ES, Santana MH, Santos i. Un desafío en el cuidado de enfermería: prevenir úlceras por presión en el enfermo. *Journal of nursing*. 2012; 6(8):1965-70.

Carrilero R, Guija R, et al. Protocolo de úlceras por presión en UCI complejo hospitalario universitario de albacete. Albacete: Convatec. 2012.

Esperon JA, Piñeiro MJ, Fernandez MC, Guzman MC, Vilas MD, Rodriguez C, Fernandez C. Úlceras por presión iatrogénicas de localización nasal. *Gerokomos*. 2010. 21(1).

Giron G, Martin M, et al. Cuidados de enfermería al paciente de úlceras por presión: guía de tratamiento. Servicio Andaluz de Salud. Málaga: Consejería de Salud. 2003

Gisber V, Olmedo C, et al. Manual para el cuidado de úlceras por presión. Albacete: Convatec. 2012.

Grupo Europeo de Úlceras por Presión – NPUAP. Prevención de Úlceras por Presión. Guía de Referencia Rápida. [en línea]. 2009. [consultado agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Spanish.pdf>.

Iglesias AI, Cantillo AA, Restrepo JF. Análisis crítico de las clasificaciones de las vasculitis. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2006. 13(1): 48-66.

Smeltzer SC, Bare BG. Enfermería médico quirúrgica de Brunner y Suddarth. México. McGraw-Hill; 2005.

Villanueva P, Cuello T, Fernandez A, et al. Cuidados de enfermería para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Cuidados de enfermería al paciente de úlceras por presión: guía de tratamiento. Andalucía: Grupo de enfermería del Institut Catalá de la Salut para el seguimiento de las úlceras por presión. 2003.

9. ANEXOS

Anexo A. Escala de Braden

Puntos	1	2	3	4	Total
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada	
Humedad	Completamente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda	
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia	
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones	
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente	
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente		
Puntuación Total					

Niveles de riesgo	Riesgo alto	≤ 12
	Riesgo moderado	13-14
	Riesgo bajo	15-18
	Sin riesgo	≥ 19

Anexo B. Escala de Glasgow

Área evaluada	Puntaje
Apertura ocular	
Espontánea	4
Al estímulo verbal	3
Al dolor	2
Ninguna	1
Respuesta motora	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Flexión normal	4
Flexión anormal (decorticación)	3
Extensión (descerebración)	2
Ninguna	1
Respuesta Verbal	
Orientada	5
Conversación confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
Ninguna	1
Puntaje de escala = Respuesta verbal + respuesta motora + ocular	
Mejor puntaje = 15, peor puntaje = 3	
Se da puntaje a “la mejor respuesta”	

Anexo C. Escala de Richmond Rass

ESCALA DE AGITACIÓN/SEDACIÓN DE RICHMOND (RASS)		
Puntos	Categorías	Descripción
+4	Combativo	Violento o combativo, con riesgo para el personal
+3	Muy agitado	Intenta arrancarse los tubos o catéteres o es agresivo con el personal
+2	Agitado	Movimientos descoordinados o desadaptación del respirador
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos
0	Alerta y tranquilo	
-1	Somnoliento	Tendencia al sueño, pero capaz de estar más de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a la llamada
-2	Sedación ligera	menos de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a la llamada
-3	Sedación moderada	Movimientos (sin apertura de ojos) a la llamada
-4	Sedación profunda	No responde a la voz, pero se mueve o abre los ojos, al estímulo físico
-5	No estimulable	Sin respuesta a la voz o al estímulo físico
Procedimiento		
<ul style="list-style-type: none"> • Observe al paciente. ¿está alerta y tranquilo? (puntuación 0) ¿tiene un comportamiento inquieto o agitado (puntuación +1 a +4) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente no está alerta, llámelo por su nombre y vea si abre los ojos y mira al observador. <ul style="list-style-type: none"> • Repítalo si es preciso. • El paciente se despierta y abre los ojos, manteniendo el contacto visual, durante más de 10 segundos: puntuación -1 • El paciente se despierta y abre los ojos, manteniendo el contacto visual, durante menos de 10 segundos: puntuación -2 • El paciente se mueve a la llamada pero sin abrir los ojos: puntuación -3 		
<ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente no responde a la llamada, estímulo físicamente moviendo el hombro o apretando el esternón. <ul style="list-style-type: none"> • El paciente se mueve ante el estímulo físico: Puntuación -4. • El paciente no se mueve ante ningún estímulo: Puntuación -5. 		

Anexo D. Escala de UPP Clínica Shaio

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE PRESENTAR ÚLCERAS POR PRESIÓN										Codigo RE-4.3.2-66																					
										Versión 3																					
										Página 1 de 2																					
Fecha	Hora	Cama	Edad	Sexo	F	M	Fecha de ingreso a la institución:																								
LOCALIZACIÓN																															
Diagnóstico																															
PRESENCIA DE ÚLCERA AL INGRESO:			SI () NO ()		ESTADIOS DE ÚLCERA POR PRESIÓN																										
LOCALIZACIÓN					ESTADIO I	ENROJECIMIENTO, LIGERO EDEMA Y SIN PÉRDIDA DE SUSTANCIA																									
ESTADIO					ESTADIO II	EROSIÓN EPIDÉRMICA Y/O AMPOLLAS, Y/O ABRASIÓN																									
PRESENCIA DE ÚLCERA AL EGRESO:			SI () NO ()		ESTADIO III	AFECTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE LA DERMIS Y TEJIDO SUBCUTÁNEO CON POSIBLE PRESENCIA DE TEJIDO NECRÓTICO																									
LOCALIZACIÓN					ESTADIO IV	DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO, MÚSCULO, TENDÓN E INCLUSO HUESO																									
ESTADIO																															
PUNTAJE	PERCEPCIÓN SENSORIAL	EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	ACTIVIDAD	NUTRICIÓN	MOVILIDAD	RIESGO DE LESIONES CUTÁNEAS	MARQUE CON UNA X EN EL DIAGRAMA PUNTUACIÓN ♦ < 12 RIESGO ALTO ♦ 13-15 RIESGO MEDIO ♦ > 16 RIESGO BAJO																								
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Muy pobre	Completamente inmóvil	Problemas																									
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Probablemente inadecuada	Muy limitada	Problema potencial																									
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Adecuada	Ligeramente limitada	No existe problema aparente																									
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Excelente	Sin limitaciones																										
DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TURNO																															
PUNTAJE																															
NOMBRE ENFERMERA																															