



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

**Estrategias de prevención de úlceras por presión en pacientes encamados
en el área de cuidados intensivos del hospital Manuel Y Monteros
Valdivieso IESS-Loja de noviembre 2017 a enero 2018**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Ojeda Samaniego, Pamela del Rocío

DIRECTORA: Yanes Ortiz, María Elizabeth, Mgtr.

LOJA- ECUADOR

2019



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2019

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

María Elizabeth Yanes Ortiz.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración

El presente trabajo de titulación **Estrategias de prevención de úlceras por presión en pacientes encamados en el área de cuidados intensivos del hospital Manuel Y Monteros Valdivieso IESS-Loja de noviembre 2017 a enero 2018**, realizado por Pamela del Rocío Ojeda Samaniego ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Septiembre de 2019

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Pamela del Rocío Ojeda Samaniego declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: Estrategias de prevención de úlceras por presión en pacientes encamados en el área de cuidados intensivos del hospital Manuel Y Monteros Valdivieso IESS-Loja de noviembre 2017 a enero 2018, de la Titulación de Enfermería, siendo la Magister María Elizabeth Yanes Ortiz director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: **“Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”**

f.....

Autora: Pamela del Rocío Ojeda Samaniego.

Cédula. 1104115728

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación y toda mi carrera universitaria primeramente a Dios por ser quien me da la fuerza para seguir adelante rompiendo barreras y superando obstáculos y darme el valor para encarar las adversidades de la vida y de esta manera poder cumplir con una de mis metas.

Con mucho amor y cariño a mi madre Nancy y a mi padre Medardo, por haberme guiado por el camino del bien y enseñarme que la responsabilidad es la puerta al éxito, por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Gracias por todo papá y mamá por darme una carrera para mi futuro, por confiar en mí, y por apoyarme y brindarme su amor.

A mis hermanos Angel, Gabriela, Katherine y Darwin por compartir conmigo sus experiencias y consejos que me han motivado a no rendirme.

A mis sobrinos Jeremy, Kamila y Briana por formar parte de mi vida porque en ellos veo reflejada mi niñez la cual estuvo llena de anhelos y perseverancia y porque día a día me llenan de felicidad.

Pamela del Rocío Ojeda Samaniego

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios por sus bendiciones, por darme esta vocación, por la oportunidad de vivir esta hermosa experiencia y permitir realizarme como profesional.

Agradezco a mis padres y a mi familia por apoyarme en cada una de mis decisiones por corregir mis faltas y celebrar mis triunfos, por demostrarme su amor y cariño en cada etapa de mi vida.

A las autoridades de la Universidad Técnica Particular de Loja, a la titulación de Enfermería por abrirme las puertas para la superación y con ello instruirme como ente llena de valores, a cada uno de los docentes por brindarme sus conocimientos quienes marcaron cada etapa de mi camino universitario, en especial a la Mgtr María Yanes Ortiz por ser guía en mis dudas y dificultades y por su valiosa y aceptada orientación en la realización y culminación de este trabajo de investigación.

A las autoridades del hospital Manuel Y Monteros IESS- Loja y especialmente a los profesionales de enfermería y pacientes del área de cuidados intensivos por haber estado dispuestos y colaborar en la realización de este estudio de investigación ya que sin su apertura no hubiese sido posible la obtención de tan valiosa información.

Pamela del Rocío Ojeda Samaniego

INDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DELTRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I.....	5
1.1 Úlceras por presión	6
1.1.1 Etiología.	6
1.1.2 Fisiopatología.	7
1.1.3 Tipos o clasificación de las úlceras por presión	7
1.1.4 Factores de riesgo.....	9
1.2 Valoración de las UPP.....	12
1.2.1 Valoración general de las heridas.....	12
1.2.2 Valoración inicial.....	12
1.2.3 Escalas de valoración.....	13
1.3 Estrategias de prevención de UPP	16
1.3.1 Educación sanitaria	16
1.3.2 Higiene, inspección, e hidratación cutánea.....	16
1.3.3 Vigilancia de la humedad.....	16
1.3.4 Movilización	17
1.3.5 Utilización de superficies especiales para el manejo de la presión.....	17
1.3.6 Valoración de la nutrición.....	18
1.4 Tratamiento para las úlceras por presión	19
1.4.1 Limpieza.....	19
1.4.2 Desbridamiento.....	20

1.4.3	Control del exudado.....	21
1.4.4	Control de la infección	21
1.5	Complicaciones	22
1.5.1	Relacionadas con la higiene e hidratación	22
1.5.2	Relacionadas con los cambios posturales	22
1.5.3	Relacionados con el levantamiento del paciente al sillón	22
CAPITULO II.....		23
2.1	Objetivos	24
2.1.1	Objetivo general	24
2.1.2	Objetivos específicos.....	24
2.2	Metodología	24
2.2.1	Tipo de estudio	24
2.2.2	Universo.	24
2.2.3	Muestra.	24
2.2.4	Métodos e instrumentos de recolección de datos.	25
2.2.5	Plan de tabulación y análisis.....	26
CAPITULO III.....		27
RESULTADOS.....		27
CAPITULO IV		37
DISCUSIÓN		37
CONCLUSIONES.....		40
RECOMENDACIONES.....		42
BIBLIOGRAFIA.....		43
ANEXOS.....		46

RESUMEN

Las úlceras por presión (UPP) siguen siendo un problema de salud pública y de seguridad del paciente afectando así su calidad de vida, por lo tanto el presente estudio analizó las estrategias de prevención de UPP en pacientes encamados en el área de cuidados intensivos del hospital Manuel Y Monteros, cuyo objetivo fue determinar el cumplimiento de las estrategias; a través de un estudio descriptivo y de corte transversal con una muestra de 22 profesionales de enfermería y 30 pacientes ingresados a UCI, se aplicó la escala de Braden y un formulario semiestructurado, obteniéndose los siguientes resultados: el 80% del personal cumple con las estrategias de prevención, el 20% de los pacientes presentaron UPP, 50% de segundo grado y con un 67% en la zona sacra; por tanto se llega a las siguientes conclusiones, que las UPP continúan siendo un problema de para los pacientes ingresados a UCI debido a que se encuentran expuestos a factores de riesgo intrínsecos como extrínsecos, por lo que el personal de enfermería debe realizar intervenciones y cuidados que constituyan un indicador de calidad asistencial.

Palabras claves: úlcera por presión, factores de riesgo, valoración del riesgo, indicador de calidad, cuidados intensivos, estrategias de prevención.

ABSTRACT

Nowadays, A social problem which affects safety and health's society is the pressure sore; it affects life quality. For that reason, the following research analyzed the prevention strategies of the pressure sore in intensive care bedridden patients at Manuel Y Monteros hospital. Its main purpose was to determine the compliment of strategies successfully through of the descriptive study and cross section where 22 professional nurses and 30 admitted patients to the UCI participated. The Braden scale and semi-structured survey were applied. The following results were obtained, the 80% pf the personal achieve with the prevention strategies, the 20% patients where diagnosticated with pressure sore, the 50% of second place and the 67% in the sacral zone. As a result, the pressure sore still being a problem for the admitted patients in UCI as a consequence of their exposition in intrinsic/extrinsic risk factors. Hence the nurses staff has to perform interventions and care that constitute an indicator of quality of care.

Key words: pressure ulcer, risk factors, risk assessment, quality indicator, intensive care, prevention strategies.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones en la piel y tejidos subyacentes causadas por la falta de oxígeno e irrigación en una zona del cuerpo en las que se ejerce una presión entre dos planos prominencias óseas y uno externo punto de apoyo, las mismas que se clasifican según estadios o grados los cuales se determina según las alteraciones existentes en la piel, las zonas más susceptibles de desarrollar UPP son el sacro, los glúteos, los talones, el pliegue ínter glúteo, el trocánter y los maléolos (Gutiérrez et al., 2011).

Según la OMS la prevalencia de las úlceras por presión, a nivel mundial está entre el 5 y 12% lo que representa un problema de salud pública puesto que la presencia de UPP es uno de los indicadores más importantes para determinar la calidad asistencial de la red hospitalaria de un país ya que tiene repercusiones sanitarias, sociales y supone costes muy considerables, es por eso que el presente trabajo investigativo busca verificar que si las intervenciones del personal de enfermería van acorde con los cuidados estrictos y personalizados de prevención de acuerdo al riesgo de desarrollar úlceras por presión con un abordaje integral que valora tanto la piel como el entorno del paciente.

La presente investigación se estructuró en cuatro capítulos. El primer capítulo corresponde al marco teórico, que permite dar la fundamentación científica y bibliográfica sobre las úlceras por presión, los factores tanto intrínsecos como extrínsecos que causan el deterioro de la integridad cutánea, los diferentes estadios o clasificación de las mismas y sobre todo la valoración y las diferentes estrategias de prevención establecidas por el MSP. El segundo capítulo describe la metodología empleada para la realización del trabajo de investigación y cuyo objetivo era la recolección de datos adecuados para fundamentar el estudio. En el capítulo 3 se da a conocer los resultados obtenidos a través del instrumento de investigación en este caso un formulario semiestructurado, que tenía el propósito de conocer los datos del paciente conjuntamente con el cumplimiento de las estrategias de prevención por parte de los profesionales de enfermería, Finalmente, en el último capítulo se discuten los principales resultados obtenidos y se da a conocer las conclusiones a las que se ha llegado.

La presente investigación se considera de suma importancia debido a que las UPP no solo representan una condición que incide de manera negativa en el bienestar físico, mental y

emocional de quienes las padecen, sino que conllevan a la prolongación de la estancia hospitalaria de los pacientes, deterioran la imagen de las instituciones de salud y contribuyen al incremento de la carga de trabajo de los profesionales de enfermería, además es importante destacar que todas las medidas encaminadas a la prevención supondrían un ahorro para el Sistema Nacional de Salud (5% del gasto sanitario anual en nuestro país)(Talens, 2016).

Se pudo determinar que el 80 % del personal de enfermería da cumplimiento a las estrategias implementadas por el MSP que buscan disminuir la incidencia de UPP en los pacientes ingresados a UCI, brindando así los cuidados de prevención, diagnóstico y tratamiento con bases científicas, aumentando la calidad del proceso enfermero y mejorando la atención a los pacientes y a su entorno familiar.

Se presenta un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal. El universo del estudio estuvo conformado por los pacientes ingresados a UCI del hospital Manuel Y Monteros IESS-Loja. La muestra estuvo conformada por los pacientes encamados de UCI, integrada por 30 individuos y 22 profesionales de enfermería que laboran en dicho servicio, los cuales fueron estudiados durante un periodo de 3 meses consecutivos. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 15 años, de ambos sexos y encontrarse hospitalizados en el servicio hospitalario ya mencionado, así como también personal de enfermería tanto enfermeras como auxiliares. Para la recolección de datos se diseñó un formulario de registros clínicos constituido de 3 apartados: en la primera parte se exploraron datos sociodemográficos: edad, sexo, tipo de seguro, diagnóstico médico, días de estancia, tipo y lugar de la ulcera, y servicio de procedencia. La segunda parte incluyó la evaluación de los 6 criterios según la escala de Braden con puntuaciones de 1-4: percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición y roce y peligro de lesión. El último apartado, de diseño propio, consistió en valorar el cumplimiento de las estrategias de prevención de úlceras por presión. El formulario de registro incluye la escala de Braden para la valoración del riesgo de UPP, la cual fue desarrollada y validada por Bárbara Braden y Nancy Bergstrom en 1987. El presente estudio contó con la autorización de los directivos del hospital y con la autorización de la jefatura de enfermería de la unidad de cuidados intensivos. La información se almacenó en una base de datos del programa informático Microsoft Excel 2013, en los que se obtuvieron porcentajes y frecuencias de los datos los mismos que fueron expresados en tablas y gráficos estadísticos en el programa Microsoft Word.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

1.1 Úlceras por presión

Una úlcera de presión (UPP) o úlceras por decúbito son lesiones de origen isquémico con pérdida tisular derivada de una presión ejercida y mantenida sobre una prominencia ósea, localizadas en la piel y los diferentes tejidos subyacentes estas lesiones son causadas por la presión prolongada en determinadas zonas del cuerpo, generalmente encamado o por la fricción entre dos planos (la cama y el cuerpo del paciente) lo que produce el daño del tejido subyacente, a veces con pérdida de sustancia cutánea (González & Herrero, 2013, p. 680).

Actualmente las úlceras por presión son un problema en los ámbitos de la asistencia a pacientes agudos y crónicos, incluyendo la asistencia domiciliaria, para ello la prevención es una de las responsabilidades de las enfermeras/os al cuidado de enfermos susceptibles y si se producen, el tratamiento adecuado será la garantía para evitar otras posibles complicaciones.

1.1.1 Etiología.

Las úlceras por presión se deben a una isquemia localizada, una deficiencia del aporte sanguíneo a los diferentes tejidos del cuerpo. El tejido este comprimido entre dos superficies, generalmente la superficie de la cama y el esqueleto óseo, con una presión mayor de 32mmHg. Cuando la sangre no puede llegar al tejido, el oxígeno y los nutrientes no llegan a las células, los productos residuales del metabolismo se acumulan en las células, como consecuencia de ello, el tejido muere. La presión prolongada y continua también ocasiona daño en los vasos sanguíneos pequeños (Berman, Snyder, & Koziar, 2008, p. 904).

Después de que la piel se ha comprimido, su aspecto es pálido como si se hubiera sacado de ella la sangre. Cuando se alivia la presión, la piel toma un color rojo brillante, llamado hiperemia reactiva. El color se debe a la vasodilatación, un proceso en el que la sangre inunda toda la zona para compensar el periodo anterior del flujo sanguíneo obstaculizado. La hiperemia reactiva suele durar de la mitad a tres cuartos de lo que dura el obstáculo al flujo de sangre a la zona. Si desaparece el eritema en este tiempo, podemos anticipar que no se producirá daño en el tejido. Pero si el eritema no desaparece, entonces se ha producido daño en el tejido subyacente (Berman et al., 2008, p. 904).

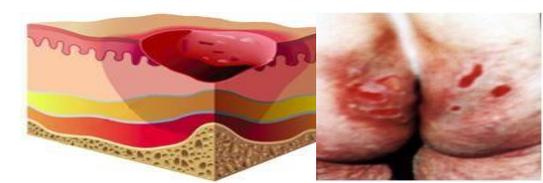
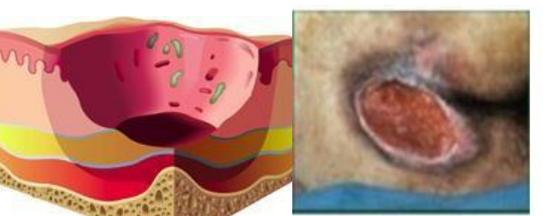
1.1.2 Fisiopatología.

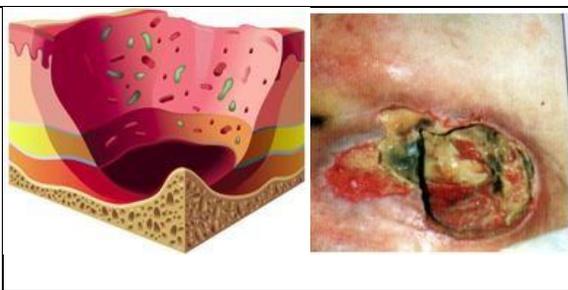
Las úlceras por presión se originan como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período de tiempo prolongado. La presión capilar máxima se cifra en los 20 mm Hg, y la presión tisular media entre los 16-33 mm Hg. Presiones superiores ejercidas sobre una zona concreta durante un tiempo extenso desencadenan un proceso isquémico que, si no se revierte a tiempo, produce la muerte celular y su necrosis.

En la formación de la UPP la continuidad en la presión es más importante que la intensidad de la misma, ya que la piel puede soportar presiones elevadas, pero sólo durante cortos períodos de tiempo (Salazar, Fernandez, & Moreno, 2004).

1.1.3 Tipos o clasificación de las úlceras por presión.

Tabla N° 1. Estadios o tipos de las UPP

Afectación	Tipo de ulcera	Características
GRADO I Eritema no blanqueable		<ul style="list-style-type: none"> • Color rojo=rosado. En pieles oscuras presenta tonos rojos, azules o morados. • Hipodermis reactiva mayor a 24 horas. • El eritema se mantiene aún bajo la presión de los dedos.
GRADO II Epidermis-Dermis		<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida parcial de la piel. • Descamación y grietas. • Solo se sospecha infección si los bordes están indurados, enrojecidos o el exudado es purulento.
GRADO III Hipodermis y tejido celular subcutáneo		<ul style="list-style-type: none"> • Bordes definidos. • Proceso necrótico • Puede haber exudado seroso sanguinolento • Puede haber tuberizaciones y cavernas.

<p>GRADO IV Tejidos profundos</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Tejido necrótico, exudado abundante • Pueden aparecer tunelizaciones y cavernas.
--	--	---

Fuente: Protocolo de prevención y atención de úlceras por presión.

Elaborado: (Fernandez, Auquilla, & Apolo, 2015)

Etapa I

Piel intacta con eritema que no palidece a la presión en un área localizada por lo común sobre una prominencia ósea. La piel de pigmentación oscura puede no palidecer con la presión; su color puede ser diferente del tejido circundante. El área puede ser dolorosa, de consistencia firme o blanda, más fría o más caliente que el tejido adyacente. Las lesiones en etapa I pueden ser difíciles de detectar en individuos con piel oscura. Las lesiones en dicha etapa pueden indicar personas “en riesgo” (Lynn, 2012, p. 361).

Etapa II

La pérdida de dermis de espesor parcial se manifiesta como una úlcera superficial de color rosado sin esfacelación. Se manifiesta como úlceras superficial brillante o seca sin esfacelamiento o equimosis (que indica una probable lesión de tejidos profundos). También puede manifestarse como una vesícula abierta o rota llena de suero. Esta etapa no debe utilizarse para descubrir lesiones de la piel, lesiones inducidas por cinta adhesiva, dermatitis perineal, maceración o excoりaciones (Lynn, 2012, p. 361).

Etapa III

Pérdida de tejido de espesor total. La grasa subcutánea puede ser visible, pero no hay exposición de hueso, tendón o músculo. El hueso o el tendón no se observa y no se palpan de manera directa. Puede haber cierto grado de esfacelación, pero no oculta la pérdida de tejido profundo. Puede incluir la formación de cavidades o de túneles. Las úlceras por presión en etapa III varían en su ubicación anatómica. El puente de la nariz, oídos, occipucio y región alveolar no tienen tejido subcutáneo y las úlceras en etapa II en estas ubicaciones pueden ser superficiales. Por el contrario, las áreas con tejido adiposo significativo pueden desarrollar úlceras por presión en etapa III extremadamente profundas (Lynn, 2012, p. 362).

Etapas IV

Pérdida hística de espesor con exposición de hueso, tendón o músculo. El hueso o tendón expuestos son visibles o se pueden palpar de manera directa. Puede haber esfacelación o escara en algunas partes del lecho de la herida. A menudo hay cavidades o túneles. La profundidad de las úlceras por presión en etapa IV varía con la ubicación anatómica. El puente de la nariz, oídos, occipucio y maléolo no tienen tejido subcutáneo y tales úlceras pueden ser superficiales en dichas ubicaciones. Las úlceras en etapa IV pueden extenderse hacia el músculo o estructuras de sostén (p.ej., aponeurosis, tendón, cápsula articular), haciendo posible que surja osteomielitis (Lynn, 2012, p. 362).

1.1.4 Factores de riesgo.

1.1.4.1 Factores extrínsecos

Los principales factores etiológicos que constituyen a la aparición de una úlcera por decúbito son la presión, las fuerzas de cizallamiento y la fricción.

La presión o fuerza por unidad de superficie se considera el factor más importante en la formación de las úlceras por decúbito. La presión tisular normal es de 12 a 32mmHg. Las presiones por encima de este límite pueden comprometer la circulación y la oxigenación tisular. Cuando un paciente permanece inmóvil en una cama, pueden generarse presiones de hasta 150mmHg, en especial sobre prominencias óseas. Con presiones de 70 mmHg o más, hay una curva de tiempo-presión inversa, con rápida formación de úlceras por decúbito. La posición sedente también puede generar presión elevada sobre superficies óseas precisas, la presión constante puede provocar la muerte del tejido (Goldsmith, Katz, Paller, & Goldsmith, 2014, p. 1122).

La fuerza o cizallamiento se debe al movimiento del hueso y los tejidos subcutáneos respecto de la piel, cuando esta se encuentra fija, las fuerzas de cizallamiento son paralelas a la superficie tisular y la consiguiente presión de desplazamiento se transmite a los tejidos más profundos, que pueden angulares y ocluir vasos sanguíneos. La fricción es la fuerza que resiste el movimiento relativo entre dos superficies que están en contacto. Esto provoca daño de las capas superficiales de la piel (ejm. Cuando se arrastra a un paciente sobre las sábanas) (Goldsmith et al., 2014, p. 1122).

- Humedad, perfumes
- agentes de limpieza

- Estancia, técnicas manuales sobre la piel.
- sondaje vesical, nasogástrica, férulas

1.1.4.2 Factores intrínsecos

- **Inmovilidad**

La inmovilidad se refiere a una reducción en la cantidad y el control del movimiento que tiene una persona. Las personas solemos movernos o cambiar de posición cuando experimentamos incomodidad por la presión en una zona del cuerpo. Sin embargo, la parálisis, la debilidad extrema, el dolor o cualquier causa de disminución de la actividad pueden dificultar la capacidad de una persona cambiar de posición de forma independiente y de este modo aliviar la presión, incluso aunque la persona la perciba (Berman et al., 2008, p. 904).

- **Nutrición inadecuada**

Una mala nutrición prolongada provoca pérdida de peso, atrofia muscular y pérdida del tejido subcutáneo. Estos tres factores reducen el almoadillamiento que haya entre la piel y los huesos, lo que incrementa el riesgo de que se produzca una úlcera por presión. De forma más concreta, la ingesta inadecuada de proteínas, carbohidratos, líquidos, Zinc y vitamina C contribuye a la formación de la úlcera por presión. La hipoproteïnemia (el contenido anormalmente bajo de proteínas en la sangre), debida a una ingestión inadecuada o a una pérdida anómala, predispone al paciente al edema en zonas de declive. El edema hace que la piel sea más propensa a las lesiones debido a que disminuye su elasticidad, resistencia y vitalidad. El edema aumenta la distancia entre los capilares y las células, y por tanto disminuye la difusión del oxígeno hacia las células del tejido y de los metabolitos desde las células (Berman et al., 2008, p. 905).

- **Edad avanzada**

El proceso de envejecimiento provoca varios cambios en la piel y en las estructuras que la sustentan, lo que hace que las personas mayores sean más propensas a que se deteriore la integridad cutánea. Estos cambios son los siguientes:

- ✓ Pérdida de masa corporal magra
- ✓ Adelgazamiento generalizado de la epidermis

- ✓ Disminución de la fuerza y elasticidad de la piel debido a los cambios en las fibras de colágeno de la dermis.
- ✓ Incremento de la sequedad debido a la disminución de la grasa producida por las glándulas sebáceas.
- ✓ Disminución de la percepción del dolor debido a la reducción del número de órganos cutáneos responsables de recoger la sensación de presión y toque superficial
- ✓ Disminución del flujo venoso y arterial debido al envejecimiento de las paredes vasculares (Berman et al., 2008, p. 905).

- **Incontinencia fecal y urinaria**

La humedad por la incontinencia provoca la maceración cutánea (el tejido se ablanda porque este húmedo y empapado) y hace que la epidermis se erosione con más facilidad y sea más susceptible a las heridas. Las enzimas digestivas de las heces, el drenaje de la sonda nasogástrica y la urea de la orina también constituyen a la escoriación cutánea (zona en las que se pierden las capas superficiales de la piel, conocida también como zona desnuda). Cualquier acumulación de secreciones o excreciones irrita la piel, alberga microorganismos y hace que el individuo sea más propenso a la rotura de la piel y a las infecciones (Vial, Soto, & Figueroa, 2007, pp. 71–72).

- **Alteración en el estado de conciencia**

Las personas con un nivel de conciencia reducido, por ejemplo, los inconscientes, están muy sedados o tienen demencia, tienen riesgo de sufrir úlceras por presión porque son menos capaces de reconocer y responder al dolor asociado a la presión prolongada (Berman et al., 2008, p. 905).

- **Enfermedades médicas crónicas**

Algunas enfermedades crónicas, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, son factores de riesgo de las roturas de la piel y retrasan su curación. Estas enfermedades reducen el transporte del oxígeno a las células por la mala perfusión, y esto hace que la curación se retrase y sea peor e incrementa el riesgo de padecer úlceras por presión (Berman et al., 2008, p. 905).

1.1.4.3 Otros factores.

Otros factores que constituyen a la formación de las úlceras por presión son las técnicas mal realizadas de transferencia y elevación, la postura inadecuada, las superficies de apoyo duras y la aplicación incorrecta de los dispositivos de alivio de presión (Berman et al., 2008, p. 905).

1.2 Valoración de las UPP

Las heridas se valoran en cuanto a su aspecto, tamaño, secreción, dolor, la presencia de material de sutura de drenajes y sondas y por la evidencia de complicaciones.

1.2.1 Valoración general de las heridas.

El aspecto de las heridas se valora mediante inspección y palpación. Se busca la aproximación de los bordes, el color de la herida y del área circundante. Los bordes deben encontrarse limpios y bien aproximados. Puede haber eritema o hinchazón de los bordes por casi una semana y más tarde el aspecto es muy similar al tejido circundante. La piel alrededor de la herida puede tener aspecto equimótico al inicio. Se buscan signos de infección (hinchazón, eritema, secreción, aumento de la temperatura).(Lynn, 2012).

Se busca la presencia de material de sutura, drenajes y sondas. Estas áreas se valoran en la misma forma que la incisión. Se revisa su integridad y funcionamiento. Se valora la cantidad, color, olor y consistencia de cualquier drenaje a través de la herida.

Se valora el dolor del paciente utilizando una escala objetiva o análoga del dolor. El dolor en la incisión suele ser más intenso durante los primeros dos o tres días, después de lo cual disminuye de manera progresiva, el dolor constante o incremento, en especial el cambio agudo del dolor, requiere valoración adicional. Puede ser un signo de cicatrización tardía, infección o de otras complicaciones. Se valora el estado general del paciente en busca de síntomas y signos de infección y hemorragia (Lynn, 2012, p. 363).

1.2.2 Valoración inicial.

Todos los pacientes que desarrollan úlceras por decúbito deben ser sometidos a una exploración física completa para identificar enfermedades sistémicas que pueden contribuir a la aparición de heridas, como anemia, enfermedades cardíacas o respiratorias crónicas y trastornos neurológicos.

El dolor a la palpación, el eritema, el edema y el color de piel circundante, el exudado y el olor fétido son signos y síntomas de infección. La fiebre y la declinación del estado físico y mental deben plantear la sospecha de bacteriemia u osteomielitis.

La espasticidad secundaria a inflamación e infección puede desencadenar contracturas musculares y deformidad articular que limitan el movimiento, lo que complica la posición del paciente. Es posible observar debilidad, signos de anemia y deshidratación secundaria a la intensa pérdida de líquidos y proteínas por el drenaje de estas heridas abiertas.

1.2.3 Escalas de valoración.

Aunque los pacientes pueden correr el riesgo de presentar muchas alteraciones variadas de la integridad cutánea, las más frecuentes y las más fáciles de evitar son las úlceras por presión. Disponemos de varias herramientas de evaluación de riesgos que proporcionan a los profesionales medios sistemáticos para identificar a los pacientes con un riesgo alto de presentar UPP.

En 1987, Bergstrom, Braden, Laguzza y Holman publicaron la Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. Su escala consiste en seis aspectos a valorar. (Tabla N° 2). Es posible obtener un total de 26 puntos. Un paciente que puntúa por debajo de los 18 puntos se considera un riesgo (Berman et al., 2008, p. 905).

Según la puntuación se clasificarán los pacientes con riesgo alto, moderado y bajo. Esta puntuación dará una idea de quienes son los pacientes que necesitan una monitorización más estricta. Esta escala tiene mayor sensibilidad y especificidad que otras y valora aspectos nutricionales. Se recomienda hacer la escala al ingreso y cuando se produzcan cambios en el estado general del paciente, de su entorno o tratamiento para lo cual será necesario una nueva valoración (Alvia, 2015).

ESCALA DE BRADEN

Tabla N° 2. Escala Braden

	Percepción Sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roce y peligro de lesiones
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	A menudo húmeda	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial

3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	
Riesgo de puntuación 6 a 23 puntos. – 16 riesgo bajo, 14 riesgo moderado y 12 0 < a 12 riesgo alto						

Fuente: Manual de Enfermería teoría + práctica

Elaborado: (Gomis, 2008)

Tabla N° 3. Valoración del riesgo de UPP. Descripción de las variables

<p>Definición operativa de la escala de Braden</p> <p><u>Percepción Sensorial.</u></p> <p>Capacidad para reaccionar ante una molestia con la presión.</p> <p>1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona a estímulos dolorosos, o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.</p> <p>2. Muy limitada Reacciona solo ante estímulos dolorosos, no puede comunicar su molestia excepto mediante quejido o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.</p> <p>3. Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias, o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o molestar al menos en una de sus extremidades.</p> <p>4. Sin limitaciones Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor.</p>
<p><u>Exposición a la humedad</u></p> <p>Nivel de exposición de la piel a la humedad</p> <p>1. Constantemente húmeda La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, heces fecales. Se detecta húmeda cada vez que se mueve.</p> <p>2. A menudo húmeda La piel está a menudo húmeda, pero no siempre húmeda, la ropa de cama se cambia al menos una vez por turno.</p> <p>3. Ocasionalmente húmeda Loa piel esta ocasionalmente húmeda, requiere un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.</p> <p>4. Raramente húmeda La piel esta generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina</p>
<p><u>Actividad</u></p> <p>Nivel de actividad física</p> <p>1. Encamado Paciente constantemente en la cama</p> <p>2. En silla Paciente que no puede caminar, o con de ambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a la silla o silla de ruedas</p> <p>3. Deambula ocasionalmente</p>

De ambula ocasionalmente con o sin ayuda, durante el día para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas del día en cama o en silla de ruedas

4. Deambula frecuentemente

De ambula fuera de la habitación por lo menos 2 veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.

Movilidad

Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo

1. Completamente Inmóvil

Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad

2. Muy limitada

Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de haber cambios frecuentes o significativos por si solo

3. Ligeramente limitada

Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por si solo/a

4. Sin limitaciones

Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

Nutrición

Patrón usual de ingesta de alimentos

1. Muy pobre

Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma un tercio de un alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico. Bebe pocos líquidos, no toma suplementos dietéticos líquidos o está en ayunas y /o en dieta líquida o sueros más de cinco días

2. Probablemente inadecuada

Raramente come una comida completa y generalmente come la mitad de los alimentos que se le ofrezcan. La ingesta proteica incluye tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético o recibe menos que la cantidad optima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.

3. Adecuada

Toma más de la mitad de la mayoría de comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas. Ocasionalmente puede rehusar una comida, pero tomara un suplemento dietético si se le ofrece o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.

4. Excelente

Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida habitualmente come un total de cuatro servicios de carne y/o servicios lácteos. Ocasionalmente come entre horas No requiere suplementos dietéticos.

Roce y peligro de lesiones

1. Problema

Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sabanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda la existencia de espasticidad, contractura o agitación, producen un roce casi constante.

2. Problema potencial

Se mueve débilmente requiere asistencia. Durante los movimientos la piel rosa con parte de las sabanas, sillas sistemas de sujeción u otros objetivos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.

3. No existe problema aparente.

Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.

Fuente: Manual de Enfermería teoría + práctica

Elaborado: (Gomis, 2008)

1.3 Estrategias de prevención de UPP

1.3.1 Educación sanitaria.

Valorar la capacidad de aprendizaje y base de conocimientos del paciente consciente y familia, así es posible adecuar la cantidad y el contenido de la educación que se preste al paciente y familia y que esté basada en evidencia científica (Parra, Arias, & Esteban, 2003).

Es imprescindible conocer el riesgo del paciente (alto, bajo, medio, etc.) desde el ingreso para así establecer unas medidas preventivas lo más adecuadas y precisas para cada paciente. El emplear bien una escala validada general o específica para cuidados intensivos favorece la prevención o el tratamiento de las úlceras (Parra et al., 2003).

1.3.2 Higiene, inspección, e hidratación cutánea.

La piel del paciente debe limpiarse con agua tibia y jabón suave con pH neutro, al menos una vez al día, para eliminar el sudor y las secreciones que favorecen la proliferación bacteriana. Es importante un buen secado de la piel, sin fricciones, sobre todo en los pliegues cutáneos. Después del secado se puede aplicar crema hidratante (nunca alcohol ni colonias), procurando su absorción sin realizar fricciones energéticas.

Durante el aseo diario del paciente deben observarse, minuciosamente, los puntos de apoyo donde existen prominencias óseas (codos, escápulas, región sacra, región trocantérea, talones...) y comprobar el estado de la piel. En caso necesario, se colocarán protecciones o apósitos protectores (de poliuretano, hidrocoloides...) en los puntos de mayor riesgo. Se debe vigilar la utilización de ropa de cama de tejidos naturales y mantenerla limpia, seca y libre de sudor, secreciones, orina y heces (Gutiérrez et al., 2011, p. 123).

1.3.3 Vigilancia de la humedad.

Se debe minimizar la humedad por incontinencia urinaria o fecal, transpiración o drenaje de las heridas; es muy importante mantener limpia la piel. Puede requerirse la colocación de paños absorbentes más grandes o pequeños, pañales y en ocasiones, sondas urinarias

o rectales para ayudar a tratar la incontinencia. Las cremas de barrera para la piel pueden ayudar a protegerla de la maceración (González & Herrero, 2013).

1.3.4 Movilización.

Su objetivo es aliviar la presión sobre las áreas de riesgo. Se deben realizar cambios posturales cada 2-3 horas que incluyen distintas posiciones (decúbito supino, la sedestación o posición de fowler, el decúbito lateral izquierdo y el decúbito lateral derecho). Para realizar el cambio hay que elevar al máximo al paciente evitando arrastre (para reducir las fuerzas tangenciales), en cada cambio valorar aspectos de las prominencias óseas y si las áreas enrojecidas no desaparecen en 30 minutos realizar los cambios más frecuentemente (Pavon et al., 2013, p. 364).

Posición. Las técnicas para mejorar la postura de los pacientes son cruciales para el control de las cargas sobre los diferentes tejidos. El paciente y los cuidadores deben aprender técnicas de traslado y movilización adecuadas para evitar la fricción. Se debe levantar al paciente, en lugar de arrastrarlo sobre las sábanas, utilizando dispositivos de elevación, como una media sábana. El cambio de posición debe realizarse con tanta frecuencia como sea necesario, según la enfermedad subyacente (Berman et al., 2008).

Los pacientes que están sentados pueden elegir un almohadón para aliviar la presión, según sus necesidades específicas. Es necesario evitar los dispositivos en forma de anillo, ya que provocan congestión venosa y pueden agravar las úlceras.

1.3.5 Utilización de superficies especiales para el manejo de la presión.

Mientras están en cama, los pacientes deben ser colocados de modo de evitar la presión sobre úlceras preexistentes o sobre prominencias óseas, en especial, el trocánter. Pueden utilizarse almohadas o cuñas de esponja para separar una úlcera por decúbito de su superficie de apoyo o para impedir el contacto directo entre prominencias óseas, como rodilla o tobillos. Es importante limitar la cantidad de tiempo de elevación de la cabecera de la cama y mantenerla en el nivel más bajo posible tolerable, a fin de reducir las fuerzas de roce en los tejidos sacros. Por lo general los pacientes inmovilizados se colocan en una posición oblicua de 30° hacia la izquierda o hacia la derecha, que debe alterarse cada 2 horas, como mínimo (Gutiérrez et al., 2011).

1.3.6 Valoración de la nutrición.

Dado que la desnutrición es un factor de riesgo reversible para el desarrollo de las úlceras por presión, su detección temprana y su tratamiento resultan muy importantes.

La valoración nutricional se debe realizar al ingreso de cada paciente, según la sistemática de cada hospital y cada vez que haya un cambio en la situación del paciente que pueda aumentar el riesgo de desnutrición. En esta valoración se recomienda incluir: peso actual y habitual, la historia de ganancia/pérdida de peso involuntaria y la ingesta de nutrientes en comparación con las necesidades (González & Herrero, 2013).

En los pacientes con riesgo de UPP y desnutridos o en riesgo de desnutrición:

Realizar consulta al Servicio responsable de Nutrición según el procedimiento de cada hospital. Los pacientes que tienen bajo peso o han perdido peso deberían recibir una suplementación dietética mayor de calorías y proteínas, ya que esta intervención está asociada con una disminución del riesgo de incidencia de úlceras por presión.

La alimentación por vía oral (alimentación normal y/o alimentación adicional a base de líquidos) es la vía preferida para la nutrición y debería favorecerse siempre que sea posible. La nutrición enteral y parenteral pueden resultar necesarias en caso de que la nutrición oral resulte inadecuada o no sea posible. Los suplementos nutricionales orales son válidos para aquellos pacientes de riesgo que no pueden satisfacer sus necesidades nutricionales por medio de la ingesta normal de comida por vía oral. La nutrición e hidratación debe ser compatible con las condiciones y deseos del paciente (Salud Madrid, n.d.).

Como se cree que una ingestión inadecuada de calorías, proteínas, vitaminas y hierro es un factor de riesgo para la aparición de úlceras por presión. La dieta debe ser parecida a la que apoya la curación de heridas, es de vital importancia vigilar el peso periódicamente para ayudar a evaluar el estado nutricional. También deben solicitarse las pruebas de laboratorio pertinentes, incluidos el recuento de linfocitos, las proteínas (en especial la albumina) y la hemoglobina (Berman et al., 2008, p. 919).

El déficit de los siguientes elementos favorece la aparición de UPP: Hierro (facilita el transporte de O₂), vitamina A (síntesis proteica), Vitamina C (síntesis de colágeno), Zinc (potencia la actividad de los queratocitos que protegen y asilan la piel), proteínas (la hipoproteinemia favorece la aparición de edemas) (Pavón et al., 2013).

1.4 Tratamiento para las úlceras por presión

Las úlceras por presión constituyen un desafío para los profesionales de enfermería por el número de variables implicadas (p.ej., factores de riesgo, tipos de úlceras y grados de deterioro) y las numerosas medidas terapéuticas aconsejadas. Las infecciones existentes y potenciales son las complicaciones más, importantes de las úlceras por presión. Al tratar las úlceras por presión, los profesionales de enfermería deben seguir los protocolos de la institución. El tratamiento rápido puede evitar más lesiones tisulares y dolor y facilitar la curación de la herida (Berman et al., 2008, p. 920).

Una vez que se ha realizado una adecuada valoración inicial del paciente, en cuanto a los factores de riesgo a desarrollar una UPP (inmovilidad, incontinencia, edad avanzada, falta de higiene corporal, desnutrición, estado mental) y se ha valorado la lesión, se realizará su tratamiento, que en el caso de una UPP de grado I consistirá en aliviar la presión en la zona afectada y en la utilización de protectores locales para conseguir una mejora de la resistencia de la piel y minimizar el efecto de la anoxia tisular. En cuanto a las úlceras de estadio II, III y IV, el tratamiento debe incluir el desbridamiento de tejido necrótico, la limpieza de la herida, la prevención y abordaje de la infección bacteriana con antibióticos locales y, por último, elegir un producto que mantenga continuamente el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal (Bosch, 2004).

1.4.1 Limpieza.

La limpieza de la úlcera tiene mucha importancia, pues de ella depende la disminución del peligro de infección y la cicatrización.

Limpiar las úlceras al principio del tratamiento y en cada cambio de apósito, utilizando suero salino fisiológico, utilizar la mínima fuerza mecánica en la limpieza y en el secado de la úlcera. Se debe utilizar una jeringa de 35ml con agua o catéter que permita proyectar el suero fisiológico sobre la herida y facilitar el arrastre de los restos de tejido, bacterias y más microorganismos, sin lesionar el tejido sano. No limpiar las úlceras con antisépticos locales (povidona iodada, clorhexidina, solución de hipoclorito, agua oxigenada...) ya que son tóxicos para el nuevo tejido y además, pueden provocar efectos sistémicos en el organismo, debido a su absorción en los tratamientos prolongados (Gutiérrez et al., 2011, p. 126).

1.4.2 Desbridamiento.

Se hará siempre que la úlcera presente tejido necrosado, esfacelos, y otro tipo de detritus. Estos restos favorecen la infección y retrasan la cicatrización por ser una barrera para el tejido de granulación. Existen varios tipos de desbridamiento, cuya elección dependerá de la situación del paciente.

Para la elección de la técnica de desbridamiento a utilizar deberemos valorar:

- Situación general de la persona; posibilidades de curación del proceso, expectativas de vida, problemas y beneficios que le aportamos. Es necesario prestar una consideración especial en personas en situación terminal de su enfermedad.
- Características de la lesión (tipo de tejido, profundidad, localización, presencia de dolor, signos de infección...)
- Vascularización de la zona: si es una zona altamente vascularizada, controlar el sangrado; de lo contrario si es una zona con falta de riego sanguíneo no va a permitir (Martínez, 2008).

Quirúrgico: Es la forma más rápida de eliminar áreas adheridas a planos profundos. Es un procedimiento cruento que requiere conocimientos clínicos, destreza, técnicas y material estéril. Debe realizarse por planos y en diferentes sesiones, comenzando por el área central y liberando el tejido desvitalizado. Como la técnica es dolorosa se aconseja aplicar un anestésico tópico, como gel de lidocaína al 2%. La hemorragia es una de las complicaciones más frecuentes. Se controla con apósitos hemostáticos y, en caso de necesidad, con la sutura del vaso sangrante (Bosch, 2004).

Químico: Es un método en el cual se manejan enzimas, proteolíticas o fibrinolíticas, que se utilizan como agentes de detersión química de los tejidos necróticos. La colagenasa es una de las sustancias más empleadas. Favorece el desbridamiento y el crecimiento del tejido de granulación. Estas enzimas inducen la hidrólisis del tejido necrótico superficial. Cuando vaya a utilizarse se recomienda proteger la piel periulceral con una película barrera, pasta de zinc o silicona (Gutiérrez et al., 2011, p. 126).

Autolítico: Se produce por la conjunción de tres factores, la hidratación del lecho de la úlcera, la fibrinólisis y la acción de las enzimas endógenas sobre los tejidos desvitalizados. Es la forma de desbridamiento menos traumática, no requiere de habilidades clínicas

especiales y es bien aceptada por los pacientes, si bien es más lenta. Todos los apósitos capaces de producir condiciones de cura húmeda y los hidrogeles en estructura amorfa producen desbridamiento autolítico (Contreras et al., 2009).

Mecánico: Son técnicas no selectivas y traumáticas en creciente desuso, al existir alternativas menos molestas y con menor riesgo. Se realiza la abrasión mecánica mediante rozamiento, la irrigación a presión de la herida o la utilización de apósitos humedecidos que al secarse a las 4-6 horas se adhieren al tejido necrótico, pero también al tejido sano, que se arranca con la retirada del apósito (Bosch, 2004)(Parra et al., 2003).

1.4.3 Control del exudado.

El exudado es rico en nutrientes (proteínas, leucocitos...) presenta varios factores que favorecen la regeneración de los tejidos, por lo que conviene mantener cierta cantidad en la úlcera. En estos casos, se utilizan apósitos absorbentes, teniendo la precaución de no desecar en exceso la úlcera. Para proteger la piel sana alrededor de la úlcera se utiliza pasta de óxido de zinc. Existen varios tipos de exudado: inflamatorio, hemorrágico y purulento (Martínez, 2008).

1.4.4 Control de la infección.

Cuando se sospecha la aparición de infección local es necesario recoger una muestra de la úlcera mediante aspiración con aguja o biopsia para realizar un cultivo y un antibiograma de la misma. Se considera que el cultivo es positivo, cuando aparecen más de 100.000 colonias por gramo de tejido. Los microorganismos más frecuentes, responsables de la infección, son Gram- negativos, Gram- positivos y anaerobios. En úlceras por presión limpias, si transcurridas de dos a cuatro semanas no curan y siguen produciendo exudado, es necesario iniciar un tratamiento antibiótico local (con sulfadiazina argéntica, nitrofurazona, bacitracina, neomicina, ácido fusídico...) vigilando la aparición de resistencias, reacciones de hipersensibilidad o signos de toxicidad por absorción sistémica del antibiótico. No está indicada la utilización de antisépticos tópicos, pues no está demostrada su eficacia en la disminución del nivel de bacterias en la úlcera. El cambio de apósitos debe realizarse cada doce horas si existe infección (Gutiérrez et al., 2011).

1.5 Complicaciones

1.5.1 Relacionadas con la higiene e hidratación.

Maceración de la piel y proliferación bacteriana. Puede darse si no se mantiene la adecuada higiene de la piel del paciente o si se hidrata en exceso. También puede verse favorecida por el empleo de materiales lesivos para la piel (jabones fuertes, colonias, antisépticos, lociones alcohólicas, etc.) Hay pacientes que pueden presentar reacciones alérgicas a los detergentes o a materiales textiles hospitalarios (Salazar et al., 2004).

1.5.2 Relacionadas con los cambios posturales.

Riesgo de retirada accidental de tubos, catéteres y sondas. Inestabilidad hemodinámica (cambios bruscos de presión arterial y frecuencia cardíaca). Inestabilidad respiratoria (desaturaciones del paciente) (Parra et al., 2003, p. 45).

1.5.3 Relacionados con el levantamiento del paciente al sillón.

Aparición de UPP en zonas propias de la sedestación. Si el paciente permanece levantado durante demasiado tiempo sin realizar ejercicios para aliviar de forma periódica la presión de los puntos de apoyo, pueden aparecer lesiones en tuberosidades isquiáticas. Al mismo tiempo, si no se coloca al paciente en una posición adecuada, la fricción y el cizallamiento favorecen la aparición de UPP en talones y omoplatos, las caídas también son complicaciones que se producen al levantarse del sillón (Parra et al., 2003, p. 45).

En relación a los apósitos comerciales: Si no son transparentes y no se efectúa una valoración continua de la zona (mínimo cada 48h), pueden ocultar la aparición de una lesión, favoreciendo su desarrollo hasta que esta sea identificada. Si se quitan y se ponen con demasiada frecuencia el elemento adhesivo puede lesionar los bordes de la zona que se va a proteger (Salud Madrid, n.d.).

En relación a los vendajes de protección: Pueden dificultar la circulación si se ajusta demasiado el vendaje, pueden enmascarar el desarrollo de una UPP si no se valora la zona periódicamente (Parra et al., 2003, p. 46).

CAPITULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general.

Determinar las estrategias de prevención de úlceras por presión en pacientes encamados en el área de cuidados intensivos del Hospital Manuel Y Monteros Valdivieso IESS-LOJA de noviembre 2017 a enero 2018

2.1.2 Objetivos específicos.

Describir las estrategias de prevención que realiza el personal de enfermería de cuidados intensivos y si están basadas en evidencias científicas.

Identificar el diagnóstico, edad, sexo, tiempo de estadía de pacientes encamados en el área de cuidados intensivos del Hospital Manuel Y Monteros V IESS- LOJA.

Caracterizar el tipo de úlcera encontrada grado I II III IV. En pacientes encamados del área de cuidados intensivos del Hospital Manuel Y Monteros V IESS-LOJA

2.2 Metodología

2.2.1 Tipo de estudio.

La presente investigación fue de tipo descriptivo, prospectivo, de observación y de corte transversal, porque presenta los hechos o los fenómenos tal cual se presentan y da cumplimiento a los objetivos establecidos y la pregunta de investigación planteada. Se realizó en el área de cuidados intensivos del Hospital Manuel Y Monteros Valdivieso IESS-LOJA de noviembre 2017 a enero 2018.

2.2.2 Universo.

Está constituido por todo el personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del hospital en estudio, compuesto por 17 licenciadas/os en enfermería y 5 auxiliares en enfermería las mismas que se encuentran distribuidos en 3 turnos diarios, y los pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos durante un tiempo determinado definido en el estudio por 3 meses.

2.2.3 Muestra.

Tamaño de la muestra: en el presente estudio no se trabajó con una muestra sino con el conjunto universo de enfermeras/os de la unidad de cuidados intensivos

Criterios de inclusión: para llevar a cabo el presente estudio se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Personal de enfermería: Enfermeras y Auxiliares de Enfermería.
- Pacientes encamados que estén ingresados en UCI.

Criterios de exclusión: para llevar a cabo el presente estudio se tomó en cuenta los siguientes criterios de exclusión.

- Personal médico.
- Personal de enfermería que no laboren en la unidad de cuidados intensivos.
- Pacientes menores de 15 años.
- Pacientes que tengan movilidad propia que se encuentren ingresados en UCI.

2.2.4 Métodos e instrumentos de recolección de datos.

2.2.4.1 Métodos.

Esta investigación descriptiva y observacional analizó el cumplimiento de las estrategias de prevención de UPP en los pacientes de UCI, de 8 camas en el Hospital Manuel Y Monteros IESS-Loja. La población estuvo conformada por todos los pacientes que ingresaron a UCI. La muestra se conformó por 30 pacientes críticos y 22 profesionales de enfermería, durante el periodo de 3 meses. Se incluyeron pacientes con integridad cutánea, bajo tratamiento con sedación, ventilación mecánica e inmovilidad. Posteriormente se procedió a la aplicación del instrumento en 4 mediciones, la primera al ingreso, segunda a las 24 h, tercera a las 72 h y la última al séptimo día de estancia hospitalaria. En cada medición se determinó el nivel de riesgo y se valoró minuciosamente la integridad de la piel del paciente crítico, con énfasis en las zonas de mayor presión con la finalidad de identificar alguna úlcera, así como también se evaluó el cumplimiento de las estrategias de prevención de UPP por parte de los profesionales de enfermería.

2.2.4.2 Instrumentos.

La recolección de la información se realizó mediante las historias clínicas de los pacientes, la observación directa y la aplicación de un formato de recolección de datos el mismo que consta de 3 apartados: en la primera parte se exploraron datos sociodemográficos: edad, sexo, tipo de seguro, diagnóstico médico, días de estancia, número de valoraciones, tipo de úlcera y servicio de procedencia. La segunda parte incluyó la evaluación de los 6 criterios de la escala de Braden con puntuaciones de 1-4: percepción sensorial, exposición a la

humedad, actividad, movilidad, nutrición y roce y peligro de lesión. El último apartado, de diseño propio, consistió en valorar el cumplimiento de las estrategias de prevención de úlceras por presión.

2.2.4.3 Procedimiento:

Para el desarrollo del proyecto de investigación y en base a los objetivos planteados, fue necesario la revisión bibliográfica específica del tema tanto virtual como físicamente, lo que incluyó libros, revistas y artículos científicos.

Una vez aprobado el proyecto se procedió de la siguiente manera:

- Redacción y entrega de oficio, para solicitar el permiso correspondiente a las autoridades del hospital Manuel Y Monteros IESS-Loja para acceder a la recolección de datos.
- Para cumplir con los objetivos se realizó la elaboración de un formulario el que permitió recoger los datos el mismo que está constituido por 3 apartados.
- Se informó a la jefa de enfermeras de UCI acerca del proyecto y su utilidad con fines académicos, de tal manera se obtuvo la aceptación del personal de enfermería.
- Se aplicó el formulario semiestructurado para evaluar el cumplimiento de las estrategias de prevención de UPP por parte del personal de enfermería, también en el mismo se obtuvo los datos sociodemográficos del paciente.
- Una vez recolectada la información se procedió a elaborar una base de datos en Excel para la tabulación.
- Todos los datos obtenidos fueron analizados minuciosos para la estructuración del respectivo análisis.

2.2.5 Plan de tabulación y análisis.

La información se almacenó en una base de datos del programa informático Microsoft Excel 2013, en los que se obtuvieron porcentajes y frecuencias de los datos los mismos que fueron expresados en tablas y gráficos estadísticos en el programa Microsoft Word, lo que permite una mejor sistematización y comprensión de los datos.

CAPITULO III
RESULTADOS

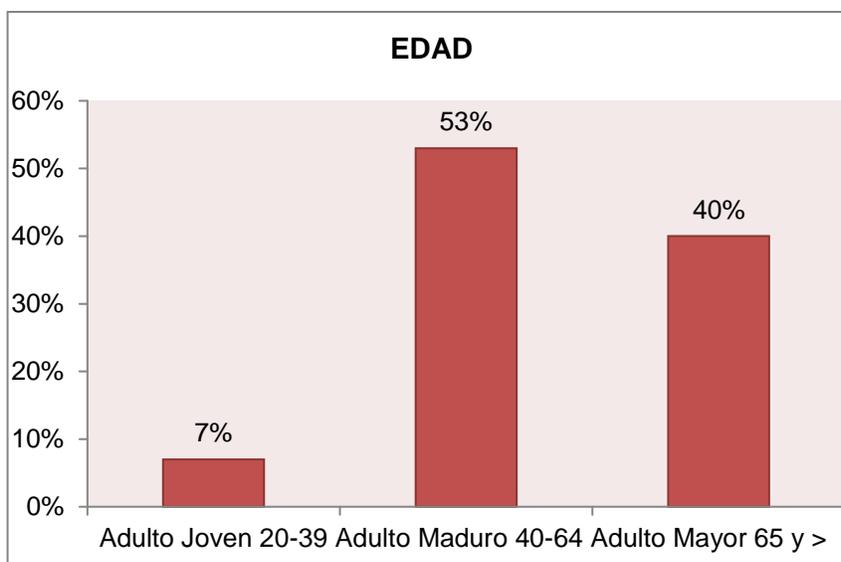
El presente estudio se realizó con una muestra de 30 pacientes del servicio de UCI del hospital Manuel Y Monteros IESS- Loja desde noviembre 2017 a enero 2018. A continuación, se realiza el análisis de los principales resultados obtenidos.

Tabla N° 1. Grupo de edad de los pacientes que ingresan a UCI

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
Adulto Joven 20-39	2	7%
Adulto Maduro 40-64	16	53%
Adulto Mayor 65 y >	12	40%
Total	30	100%

Fuente: Formulario aplicado.

Elaboración: Pamela del Rocío Ojeda Samaniego.



Grafica N° 2. Edad de los pacientes que ingresan a UCI

Fuente: Formulario aplicado

Elaboración: Pamela del Rocío Ojeda Samaniego.

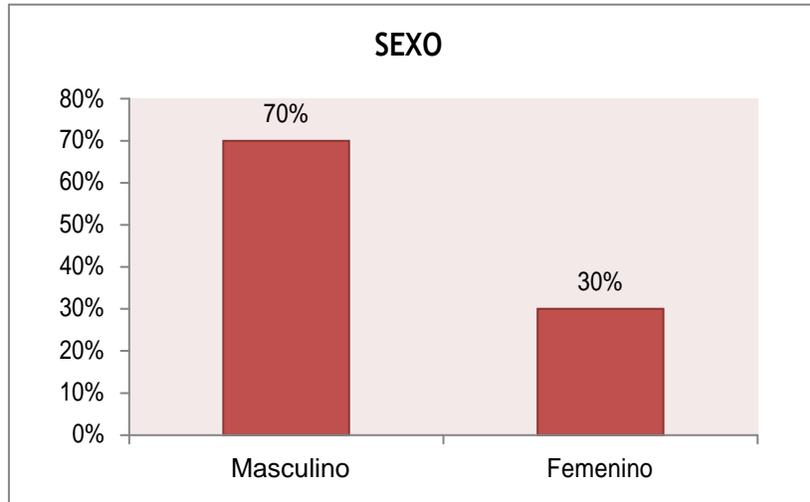
Análisis: Del total de los 30 pacientes de UCI del hospital Manuel Y Monteros IESS- Loja, y según los grupos de edad de la OMS se distribuyen de la siguiente manera: 16 pacientes que representan el 53% son adultos maduros de 40-64 años, 12 pacientes que representan el 40% corresponden a adultos mayores de 65 y más años, y finalmente 2 pacientes que representan el 7% son adultos jóvenes entre 20 y 39 años de edad.

Tabla N° 2. Sexo de los pacientes que ingresan a UCI

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	21	70%
Femenino	9	30%
Total	30	100%

Fuente: Formulario aplicado.

Elaboración: Pamela del Rocío Ojeda Samaniego.



Grafica N° 2. Sexo de los pacientes que ingresan a UCI

Fuente: Formulario aplicado.

Elaboración: Pamela del Rocío Ojeda Samaniego.

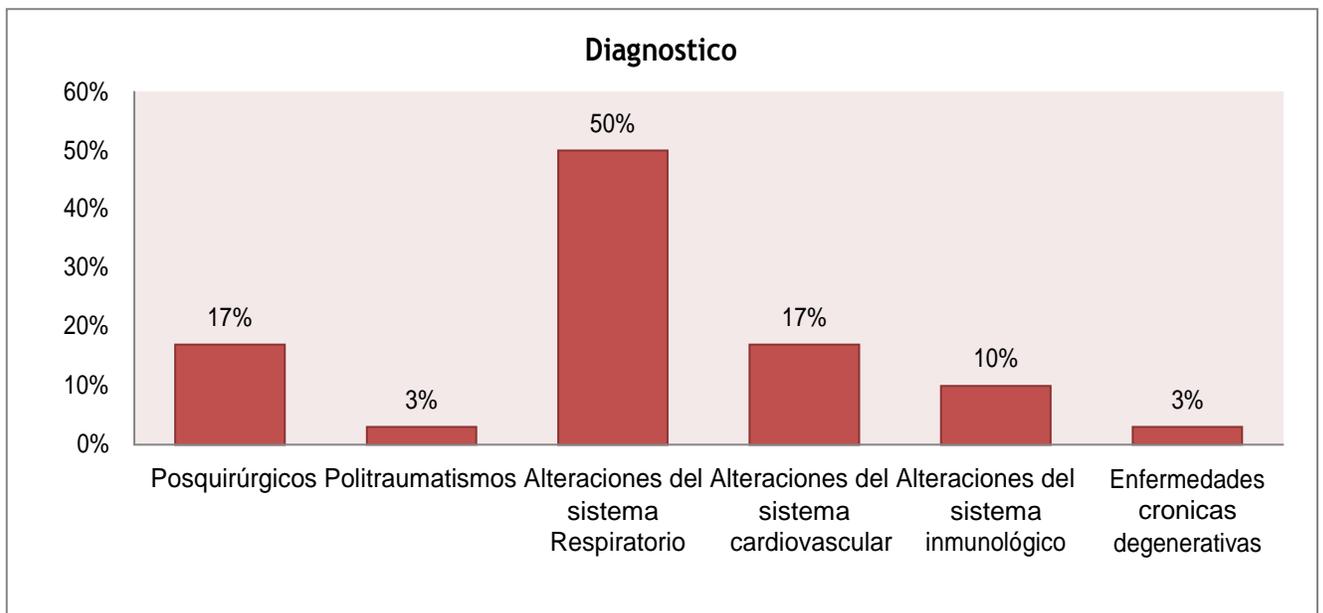
Análisis: En cuanto al sexo de los 30 pacientes, 21 pacientes que representan 70% fueron de sexo masculino y 9 pacientes que representa el 30% son de sexo femenino.

Tabla N° 3. Diagnóstico de los pacientes que ingresan a UCI

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Posquirúrgicos	5	17%
Politraumatismos	1	3%
Alteraciones del sistema Respiratorio	15	50%
Alteraciones del sistema cardiovascular	5	17%
Alteraciones del sistema inmunológico	3	10%
Enfermedades crónicas degenerativas	1	3%
Total	30	100%

Fuente: Formulario aplicado.

Elaboración: Pamela del Rocío Ojeda Samaniego.



Grafica N° 3. Sexo de los pacientes que ingresan a UCI

Fuente: Formulario aplicado.

Elaboración: Pamela del Rocío Ojeda Samaniego.

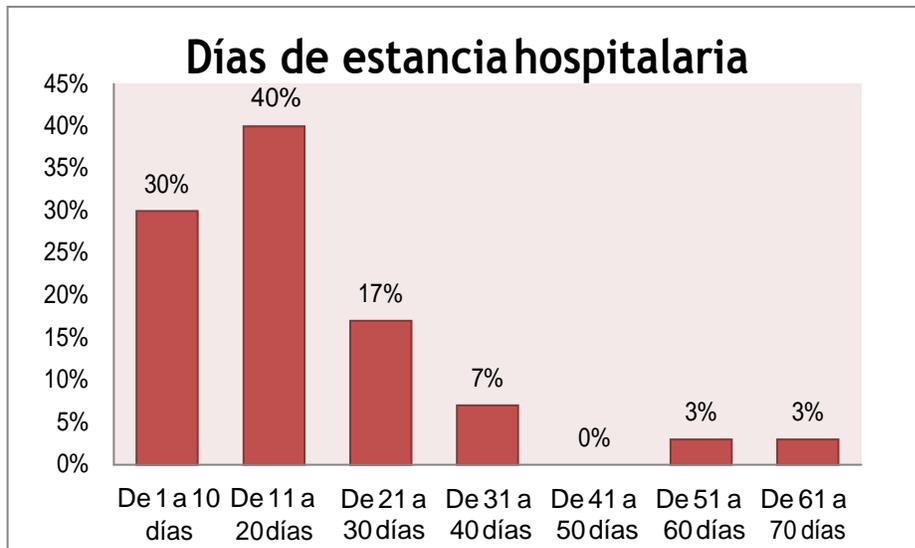
Análisis: Del total de los 30 pacientes, 15 que representan el 50% presentaron como diagnóstico alteraciones del sistema respiratorio y 5 pacientes que representan el 17% tuvieron como diagnóstico alteraciones cardiovasculares y con el mismo porcentaje de 17% presentaron alteraciones de posquirúrgico.

Tabla N°4. Días de estancia hospitalaria de los pacientes que ingresan a UCI.

Días de estancia Hospitalaria	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 10 días	9	30%
De 11 a 20 días	12	40%
De 21 a 30 días	5	17%
De 31 a 40 días	2	7%
De 41 a 50 días	0	0%
De 51 a 60 días	1	3%
De 61 a 70 días	1	3%
Total	30	100%

Fuente: Formulario aplicado.

Elaboración: Pamela del Rocío Ojeda Samaniego.



Grafica N° 4. Días de estancia hospitalaria de los pacientes que ingresan a UCI

Fuente: Formulario aplicado.

Elaboración: Pamela del Rocío Ojeda Samaniego.

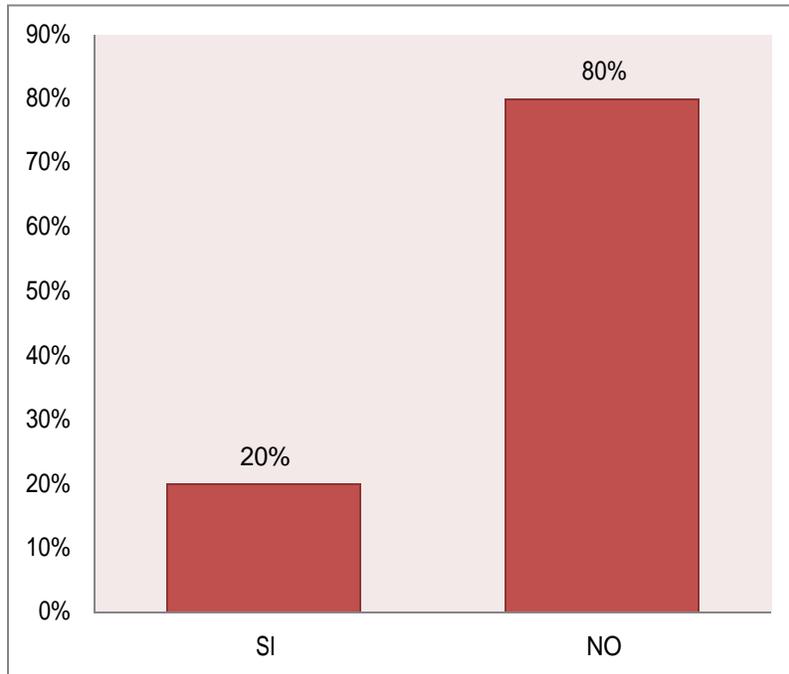
Análisis: Con respecto a los días de estancia hospitalaria de los 30 pacientes durante el periodo de estudio, 12 pacientes que representan el 40% permanecieron de 11 a 20 días, 1 paciente que representa el 3% permaneció de 51 a 60 días y con un mismo porcentaje de 61 a 70 días.

Tabla N° 5. Presencia de úlceras por presión

Presencia de Úlceras	Frecuencia	Porcentaje
SI	6	20%
No	24	80%
Total	30	100%

Fuente: Formulario aplicado.

Elaborado: Pamela del Rocío Ojeda Samaniego.



Gráfica N° 5. Presencia de Úlceras por presión.

Fuente: Formulario aplicado.

Elaborado: Pamela del Rocío Ojeda Samaniego.

Análisis: Del total de los 30 pacientes, 24 pacientes que representan el 80% no presentaron úlceras por presión y 6 pacientes que corresponden al 20% presentaron una o más UPP.

Tabla N° 6. Tipo de úlceras que presentaron los pacientes ingresados en UCI

Tipo de lesión	Frecuencia	Porcentaje
Grado I	2	33%
Grado II	3	50%
Grado III	0	0%
Grado IV	1	17%
Total	30	100%

Fuente: Formulario aplicado.

Elaboración: Pamela del Rocío Ojeda Samaniego.

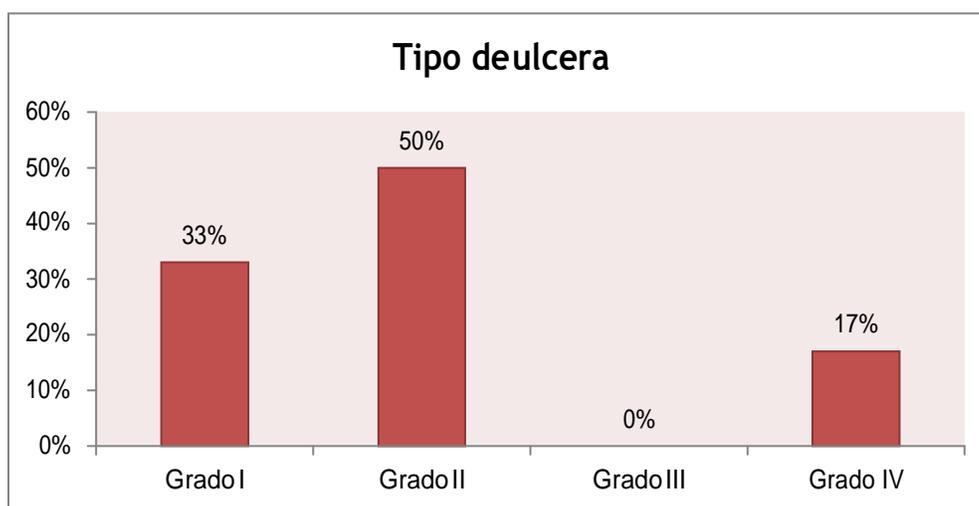


Gráfico N° 6. Tipo de úlceras que presentaron los pacientes ingresados en UCI

Fuente: Formulario aplicado.

Elaboración: Pamela del Rocío Ojeda Samaniego.

Análisis: En cuanto a la gravedad de las lesiones de los 6 pacientes que presentaron UPP, 3 pacientes (50%) presentaron úlceras de grado II, 2 pacientes (33%) con úlceras grado I, 1 paciente (17%) presentó úlcera grado IV.

Tabla N° 7. Ubicación de las úlceras en los pacientes ingresados en UCI

Ubicación de la lesión	Frecuencia	Porcentaje
Región Sacra	4	67%
Trocánteres	2	33%
Total	6	100%

Fuente: Formulario aplicado.

Elaboración: Pamela del Rocío Ojeda Samaniego.

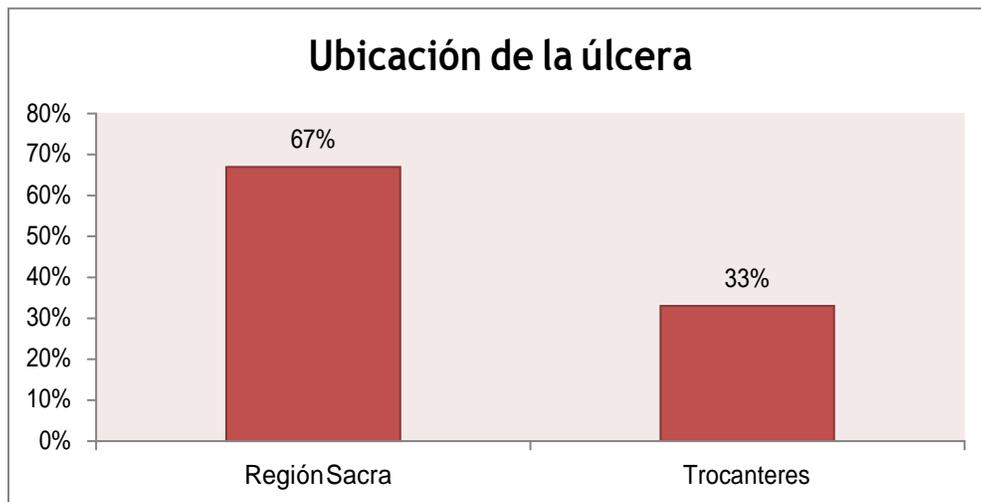


Gráfico N° 7. Ubicación de las úlceras que presentaron los pacientes ingresados en UCI

Fuente: Formulario aplicado.

Elaboración: Pamela del Rocío Ojeda Samaniego.

Análisis: Se observaron 6 UPP en las cuales las localizaciones anatómicas más frecuentes fueron la región sacra con un (67%) que corresponde a 4 pacientes, seguida por los trocánteres con un (33%) que son 2 pacientes.

Tabla N° 8. Cumplimiento de estrategias de prevención de úlceras por presión en UCI.

ESTRATEGIA	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conocimiento de los protocolos de cuidado para un paciente con riesgo de UPP	Siempre	22	100%
	Casi Siempre	0	0%
	Nunca	0	0%
Evaluación del riesgo de UPP al ingreso del paciente.	Siempre	15	68%
	Casi siempre	7	32%
	Nunca	0	0%
Inspección, mantenimiento e hidratación de la piel.	Siempre	19	86%
	Casi Siempre	3	14%
	Nunca	0	0%
Control de la humedad de Pañal y Sabanas.	Siempre	18	82%
	Casi Siempre	4	18%
	Nunca	0	0%
Utilización del reloj postural.	Siempre	15	68%
	Casi Siempre	7	32%
	Nunca	0	0%
Utilización de superficies especiales para el manejo de la presión.	Siempre	22	100%
	Casi Siempre	0	0%
	Nunca	0	0%
Evaluación del estado nutricional	Siempre	16	73%
	Casi Siempre	6	27%
	Nunca	0	0%

Fuente: Formulario aplicado.

Elaboración: Pamela del Rocío Ojeda Samaniego.

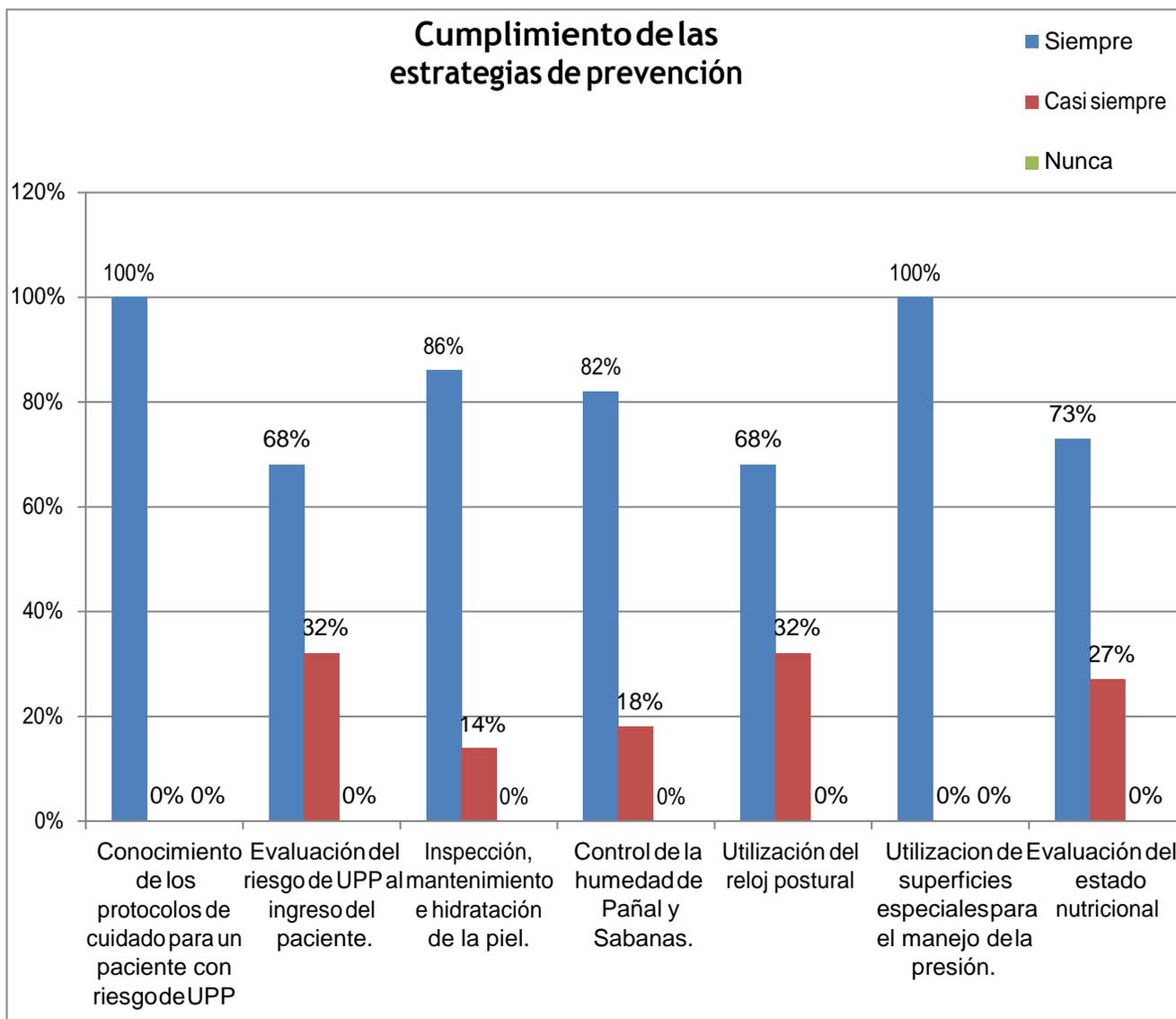


Tabla 8. Cumplimiento de estrategias de prevención de úlceras por presión en UCI.

Fuente: Formulario aplicado.

Elaboración: Pamela del Rocío Ojeda Samaniego.

Análisis: En cuanto al cumplimiento de las estrategias de prevención de úlceras por presión se determinó que de las 22 enfermeras, 22(100%) conocen el protocolo de cuidado para un paciente con riesgo de UPP, 15(68%) realizan siempre la evaluación de UPP al ingreso del paciente, 19(86%) ejecutan siempre la inspección, mantenimiento e hidratación de la piel, 18(82%) siempre controlaron la húmedas tanto del pañal como de las sabanas, 15(68%) realizaron siempre el cambio de posición, del mismo modo 22(100%) del profesional de enfermería aplicaron la estrategia de la utilización de superficies para el manejo de la presión y finalmente se determinó que 16(73%) del personal de enfermería realizó siempre la evaluación del estado nutricional.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

Reconocer las UPP como un problema de salud en las instituciones sanitarias de nuestro país es el primer paso que conducirá a su prevención y disminución de las mismas. Este estudio analizó el cumplimiento de las estrategias de prevención de UPP en los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos, y lo relacionó con el tiempo de medición y estadio en la unidad hospitalaria y demostró que las unidades críticas atienden una población con múltiples factores de riesgo que conllevan a la prevalencia de las UPP. Además, realza la importancia de implementar de manera oportuna las medidas preventivas ya que estas lesiones pueden aparecer en las primeras 24 h de estancia hospitalaria.

En el presente estudio se valoraron 30 pacientes de los cuales 6 presentaron una o más UPP. La distribución de la población estudiada fue la siguiente: El 70% de los individuos valorados fueron hombres y el 30% mujeres, lo cual coincide con un estudio sobre Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico, realizado en México en el que el 62% son de sexo masculino y el 38% de sexo femenino (Tzuc, Vega, & Collí, 2015), y en otro estudio sobre úlceras por presión en cuidados intensivos: valoración de riesgo y medidas de prevención, realizado en España, el 63% son hombres y el 37% son mujeres (Aizpitarte, García, Zugazagoitia, Margall, & Asiain, 2005). En el estudio se observó que el grupo etario estudiado tiene una media de 62.7 años con un mínimo de 28 años y un máximo de 89 años, ubicándose la mayor proporción de individuos entre los 40 y 64 años de edad (53%) lo que concuerda con un estudio realizado en México el mismo que señala que la media de edad es de 61.4 años (Stegensek, Jiménez, Romero, & Aparicio, 2015).

Al analizar la frecuencia de las patologías presentes en los pacientes internados en la UCI se encontró que las más concurrentes fueron las alteraciones respiratorias con un 50 % seguida de las alteraciones cardiovasculares y posquirúrgicas con un 17%, por lo que mi estudio difiere con el de (Stegensek et al., 2015) el cual menciona que las alteraciones más frecuentes fueron las enfermedades cardiovasculares (14.9%), las heridas traumáticas (13.5%) y las enfermedades metabólicas y respiratorias(12.1%). Un hallazgo importante en este estudio es que, a pesar del riesgo que presentan los pacientes, la presencia de UPP ha sido llamativamente baja con un 20% , puesto que al comparar con los datos publicados por (Keller, Wille, Van, & Vander, 2002) sitúan la presencia de UPP en un 25 y 56% y según (Stegensek et al., 2015) la incidencia de UPP en cuidados intensivos es de 30.8% a 42.3%. Los estadios identificados fueron I (33%), IV (17%) sin embargo el grado de mayor lesión (estadio II con el 50%) lo que concuerda con (Tzuc et al., 2015) quien observa que existe mayor presencia de úlceras grado II con un 55%.

En el estudio se encontró a 6 pacientes que representan el 20% con presencia de UPP en los cuales la zona más afectada fue la región sacra (67%). Este resultado concuerda con lo obtenido por (Tzuc et al., 2015) quienes en su estudio encontraron que las localizaciones anatómicas más frecuentes en la aparición de UPP fue la región sacra con un (52%).

Con respecto al cumplimiento de las estrategias de UPP por el personal de enfermería en el presente estudio se obtuvo que el 100% conoce el protocolo de atención y prevención de UPP, el 68% realiza la respectiva evaluación del riesgo de UPP utilizando la escala de Braden, Por lo tanto (Tzuc et al., 2015) en su estudio menciona que la aplicación de la escala de Braden debe realizarse al ingreso y durante la estancia hospitalaria, debido a que las condiciones del paciente crítico y la evaluación del nivel de riesgo son considerados procesos dinámicos. El 86% del personal había realizado la inspección, mantenimiento e hidratación de la piel a los pacientes.

Del mismo modo el 82% del personal realiza el control de la humedad del pañal y las sabanas debido a la incontinencia tanto urinaria como fecal de los pacientes ya que es un factor para la aparición de UPP, lo que (Brunet & Kurcgant, 2012) señala que la humedad al alterar el PH, fragiliza la piel dejándola más cosquillosa a la fricción y a la deformación. Respecto al cambio postural se identificó que el 68% del personal de enfermería lo realizó cada 2 horas respectivamente, estrategia esencial e indispensable para la prevención de UPP (Keller et al., 2002) en su revisión bibliográfica resalta que en la UCI los cambios posturales cada 2/3 h son la primera medida de prevención.

Por otro lado el 100% del personal aplica siempre la estrategia de utilización de superficies especiales para el manejo de la presión lo que no permite la fricción o presión en las prominencias óseas dato que concuerda con (Aizpitarte et al., 2005) quien en su estudio señala que al 67 % de los pacientes se les colocó colchón antiescaras y otros protectores de presión , (Stegensek et al., 2015) determina en su estudio que el elemento causal más frecuente fue la presión (82.5%) por tal motivo la implementación de superficies de apoyo es una estrategia factible y apropiada para la prevención de UPP.

Otro aspecto relevante es que el 73% del personal de enfermería realiza oportunamente la evaluación del estado nutricional identificando el IMC como un factor para la aparición de UPP, Según (Stegensek et al., 2015) en su estudio señala que el 68% de los pacientes han sido valorados e identificados respectivamente.

CONCLUSIONES

Las principales conclusiones obtenidas en la presente investigación con respecto al cumplimiento de las estrategias de úlceras por presión son las siguientes:

Al concluir con la investigación presente: Estrategias de prevención de úlceras por presión en pacientes encamados en el área de cuidados intensivos del hospital Manuel Y Monteros Valdivieso IESS-Loja de noviembre 2017 a enero 2018 se llegó a evidenciar que el personal de enfermería realiza el cumplimiento parcial de las estrategias de prevención de UPP, las mismas que afectan la salud de estos pacientes.

- De los 30 pacientes valorados en función a los resultados obtenidos durante el estudio fueron hombres, adultos maduros entre las edades de 40 a 64 años, pacientes con estancias hospitalarias prolongadas y pacientes con alteraciones respiratorias los mismos que son considerados como factores de riesgo para que se dé la presencia y desarrollo de UPP.
- Los pacientes que presentaron una o más úlceras por presión corresponden al 6% del total de los valorados, con un riesgo alto según la aplicación de la escala de Braden, se considera que la mayor proporción de los casos UPP detectados durante este estudio fueron lesiones de segundo grado, este tipo de úlcera representa una amenaza inmediata para la salud del paciente puesto que posee el potencial de progresar hacia estadios que conlleven a un daño severo de la integridad de la piel, y las zonas más afectadas son la región sacra y trocánteres y esto se debe a que los pacientes hospitalizados pasan buena parte del tiempo en decúbito supino y tienen como puntos de apoyo dichas regiones.

- Es importante señalar que los resultados del presente estudio indicaron que el 80% del personal de enfermería cumplió objetivamente con las estrategias establecidas en los protocolos planteados por el MSP, además de los planes de cuidado estandarizados o individualizados planteados por la institución que en conjunto buscan minimizar la presencia y posible complicación de UPP, confirmando así que estas herramientas son fundamentales y de gran impacto en el control de la incidencia de UPP.
- La presión ejercida sobre determinadas zonas del cuerpo es el factor de riesgo más importante en la aparición de UPP de ahí la importancia que el profesional de enfermería cumpla estrictamente con los cambios posturales y la continua vigilancia de la piel para prevenir estas lesiones.
- Cabe recordar que los profesionales de la salud tienen la responsabilidad ética de actualizar sus conocimientos de forma continua, con el fin de hacer frente a este y a cualquier otro fenómeno del cuidado propio del paciente.
- En los pacientes que se encuentran en el servicio de UCI del hospital Manuel Ignacio Monteros no se evidencia un gran porcentaje de úlceras por presión debido a que dicho servicio cumple con el requerimiento de la OPS, el cual establece que el número de enfermeros debe ser proporcional al número de camas en un servicio; lo que facilita una atención personalizada a cada paciente permitiendo así un cumplimiento efectivo de las estrategias.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda capacitar tanto a los profesionales de la salud que laboran en el ámbito asistencial como a los gestores del cuidado en cuanto a la detección oportuna de factores de riesgo utilizando una escala validada que permita clasificar a los pacientes según su grado de vulnerabilidad, como parte de un protocolo estandarizado para la prevención de UPP.
- Se debe lograr la identificación temprana de lesiones por presión para oportunamente implementar medidas terapéuticas que resulten costo-eficaces para las instituciones de salud.
- Se recomienda monitorizar el comportamiento de las UPP a través de un sistema de registro que permitan estar al tanto de la incidencia como de sus características clínicas, con el fin de obtener información oportuna y veraz con respecto a este problema, y evaluar la efectividad de las estrategias implementadas.
- Con el fin de prevenir las UPP se recomienda que los profesionales de enfermería establezcan planes de cuidados individualizados, basándose en los factores de riesgo que establece la escala Braden los mismos que permitan disminuir el deterioro de la integridad cutánea del paciente logrando así una mejor calidad de atención.
- Se debe valorar la localización, la frecuencia y la intensidad del dolor de las UPP de forma continua y eficaz para determinar la presencia de una enfermedad subyacente, que conlleva al deterioro progresivo del estado de salud del paciente, así como también se debe intensificar la valoración nutricional y las necesidades psicológicas del mismo.

BIBLIOGRAFIA

Aizpitarte, E., García, A., Zugazagoitia, N., Margall, Á., & Asiain, C. (2005). Úlceras por presión en cuidados intensivos: valoración del riesgo y medidas de prevención, *16*(4). Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-lceras-por-presion-cuidados-intensivos-13080877>

Alvia, K. (2015). Prevención de úlceras por presión, *1*, 29. Retrieved from <http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/si-prevención-de-úlceras-por-presión.pdf>

Berman, A., Snyder, S., & Kozier, B. (2008). *Fundamentos de enfermería Conceptos, proceso y prácticas* (8va ed.). Madrid: Pearson. <https://doi.org/9788483224052>

Bosch, Á. (2004). Úlceras por presión. Prevención, tratamiento y consejos desde la farmacia. *Offarm*, *23*, 130–134. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-lceras-por-presion-prevencion-tratamiento-13059416>

Brunet, N., & Kurcgant, P. (2012). Incidencia de las úlceras por presión tras la implementación de un protocolo de prevención 1. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, *20*(2), [07 pantallas]. Retrieved from www.eerp.usp.br/rlae

Contreras, C., Galicia, E., Mota, G., Granados, L., Sanches, J., & Medécigo, C. (2009). Prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario, 48. Retrieved from http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105_GPC_Ulcpresion1na/ulcera_decubito_1er_nivel_evr_cenetec.pdf

- Fernandez, W., Auquilla, A., & Apolo, W. (2015). Protocolo de prevención y atención de úlceras por presión, 593(7). Retrieved from www.htdeloro.gob.ec
- Goldsmith, L., Katz, S., Paller, A., & Gildsmith, B. (2014). *Dermatología en medicina general* (8va ed.). Buenos Aires: Panamericana. <https://doi.org/9786079356019>
- Gomis, D. (2008). *Manual de enfermería teoría + práctica* (3ra ed.). Buenos Aires: Akadia.
- González, G. I., & Herrero, A. (2013). *Manual de enfermería técnicas y procedimientos*. España: BrcelBaires.
- Gutiérrez, E., Guillamas, C., Hernando, A., Méndez, M., Sanchez, G., & Luis, T. (2011). *Técnicas básicas de Enfermería*. Madrid: Editex. <https://doi.org/9788497714648>
- Keller, B., Wille, J., Van, R., & Vander, C. (2002). Presion úlceras en pacientes de cuidados intensivos: una revisión de los riesgos y la prevención. *Cuidados Intensivos Med.*, 28.
- Lynn, P. (2012). *Enfermería Clínica de Taylor cuidados básicos del paciente* (3ra ed.). Buenos Aires: Wolters Kluwer. <https://doi.org/9788415169055>
- Martínez, J. (2008). Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión, 76. Retrieved from <http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion.pdf>
- Parra, M., Arias, S., & Esteban, A. (2003). *Procedimientos y técnicas en el paciente crítico*. Madrid: Masson. <https://doi.org/9788445811955>

Pavon, J., Mateos, B., Suárez, A., Arreo, V., Franco, E., Aso, J., ... Rodriguez, S. (2013). *Amir Enfermería*. Madrid: Marbán. <https://doi.org/9788471019202>

Salazar, C. A., Fernandez, O., & Moreno, B. (2004). Úlceras Por Presión. *Tratado de Geriatria Para Residentes*, 217–226. Retrieved from https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05_21_II.pdf

Salud Madrid. (n.d.). prevención de las úlceras por presión en pacientes adultos. Retrieved from <http://www.codem.es/Adjuntos/codem/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/45c754a8-55f8-49ee-8638-a88eefc4bcae/457b6da7-828e-4b60-a1a8-e5e5f3a36f9c/457b6da7-828e-4b60-a1a8-e5e5f3a36f9c.pdf>

Stegensek, E. M., Jiménez, A., Romero, L. E., & Aparicio, A. (2015). Úlceras Por Presión En Diversos Servicios De Un Hospital De Segundo Nivel De Atención. *Enfermería Universitaria*, 12(4), 173–181. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.004>

Talens, F. (2016). Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. *Gerokomos*, 27(1), 33–37. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000100008

Tzuc, A., Vega, E., & Collí, L. (2015). Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. *Enfermería Universitaria*, 12(4), 204–211. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.10.004>

Vial, B., Soto, I., & Figueroa, M. (2007). *Procedimientos de enfermería medicoquirúrgica* (2da ed.). Buenos Aires: Mediterraneo. <https://doi.org/9789562202718>

ANEXOS



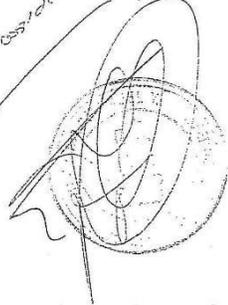
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: SEGUIMIENTO PARA PREVENCIÓN DE UPP

Nombres y Apellidos del Paciente			CI:			Tipo de seguro:													
Diagnóstico:		Especialidad de la que ingresa a UCI:		Fecha de Ingreso:		Días de estancia		Sexo		Edad		Tipo de Úlcera							
								M	F										
UBICACIÓN DE LESIÓN																			
Pabellón auricular:		Occipital:		Omoplatos:		Trocánteres:		Región Sacra:		Talones:		Rodillas:		OTRO					
VERIFICABLES						Fecha		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha			
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> • Conoce los protocolos de cuidado para un paciente con riesgo de Úlcera por Presión. 																			
<ul style="list-style-type: none"> • Al paciente se le realizó una evaluación al ingreso del riesgo de úlcera por presión según las escalas de Norton <input type="checkbox"/> EVARUCI <input type="checkbox"/> o Braden <input type="checkbox"/> 																			
<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza inspección, mantenimiento e hidratación de la piel. 																			
<ul style="list-style-type: none"> • Se efectúa el manejo de la humedad. Pañal <input type="checkbox"/> Sábanas <input type="checkbox"/> 																			
<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizó el reloj postural para el manejo del paciente 																			
<ul style="list-style-type: none"> • Se utiliza superficies especiales para el manejo de la presión: colchón, cojines, etc. 																			
<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza evaluación del estado nutricional: Parenteral <input type="checkbox"/> Entera <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> 																			



UTPL
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

*3/12.2017
de coordinación de la
Dires. Polari. U.T. I. para coordinar*



Of. Nro. 117-CTE-UTPL
07 de diciembre del 2017

*JMO
15.12.2017
OB: H45*

Dr. Rowland Astudillo
Director Médico del Hospital Manuel
Ignacio Y Monteros IESS-Loja

Estimado doctor:

Con un cordial saludo me dirijo a su persona para solicitar su autorización para que la estudiante Pamela del Rocío Ojeda Samaniego, con cédula 1104115728, estudiante de VI de la titulación de Enfermería, pueda obtener datos estadísticos que le sirvan para el desarrollo su trabajo de tesis titulada: **"Estrategias de Prevención de Úlcera por Presión en Pacientes Encamados en el Área de Cuidados Intensivos del Hospital Manuel Ignacio Y Monteros IESS Loja de diciembre 2017 - febrero 2018"**. Los resultados que se obtendrán del presente trabajo de investigación servirán como línea de base para posteriores investigaciones.

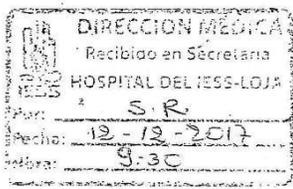
Atentamente,

[Handwritten signature]



*Recibido
15/12/2017
12H35*

Mgr. Diana Maricela Vuele Duma
Coordinadora de la titulación de Enfermería
Tif: 3701444, ext3105, dmvuele@utpl.edu.ec



San Cayetano Alto s/n
Loja-Ecuador
Telf.: (593-7) 3 701 444 - ext -3008
informacion@utpl.edu.ec
Apartado Postal: 11-01-608
www.utpl.edu.ec