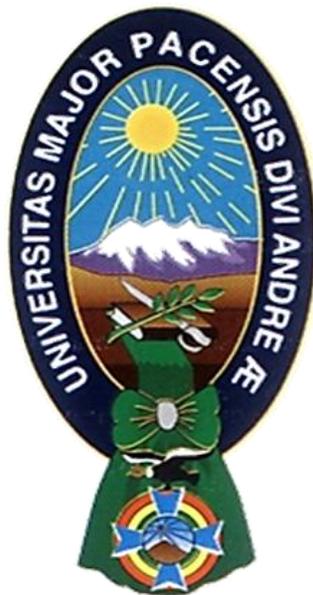


**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERÍA NUTRICIÓN  
Y TECNOLOGÍA MÉDICA  
UNIDAD DE POST GRADO**



**PRACTICA DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN DE ULCERAS POR  
PRESIÓN EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA  
BANCARIA ESTATAL DE SALUD LA PAZ, GESTION 2018**

**POSTULANTE: Lic. Mery Neyder Huanacuni Pari**

**TUTORA: Lic. M.Sc. Justa Cruz Nina**

**Propuesta de Intervención presentada para optar al título de Especialista en  
Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva**

**LA PAZ- BOLIVIA**

**2018**

**TITULO**

**PRACTICA DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN  
LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE  
SALUD LA PAZ, GESTION 2018**

## **Dedicatoria**

A toda mi familia, por su apoyo incondicional.

A mi hija Alison Fabiana por brindarme su cariño comprensión.

A mi esposo por estar siempre apoyándome.

Gracias por todo su apoyo...

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por darme la vida, salud y oportunidades para ser mejor día con día.

A la Universidad Mayor de San Andrés Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica Unidad de Postgrado, por acogernos en su institución.

A nuestros docentes de Postgrado por compartir sus conocimientos y experiencias para ser mejores profesionales.

A la Caja Bancaria Estatal de Salud por permitirme realizar este trabajo de investigación.

A mi tutora Lic. Justa Cruz Nina por guiarme en la realización del presente trabajo de investigación.

A mi Familia por su apoyo incondicional y su comprensión

## **GLOSARIO DE ABREVIATURAS**

UPP= Úlceras por Presión

UTI= Unidad de Terapia Intensiva

UCI= Unidad de Cuidados Intensivos

OMS= Organización Mundial de la Salud

CBES= Caja Bancaria Estatal de Salud

NPUAP= National Pressure Ulcer Advisor Panel

SEMP= Superficies Especiales de apoyo o de Manejo de Presión

EVRUPP= Escala de Valoración de Riesgo de Úlceras por Presión

CIE= Comisión Interinstitucional de Enfermería

GENEAUPP= Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas

INSALUD= Instituto Nacional De La Salud

## **RESUMEN.**

La importancia de las Ulceras por Presión radica en la gravedad de sus complicaciones, dolor, infección, sepsis y aumento de la mortalidad, aumento de los días de estancia de un paciente hospitalizado. El objetivo es identificar la práctica de enfermería en prevención de Ulceras por Presión en la Unidad de Terapia Intensiva. Material y método el diseño metodológico es de tipo descriptivo de cohorte transversal muestra está conformado por 20 Licenciadas de Enfermería que es total de la población de estudio a quienes se aplicaron las encuestas estructuradas. Resultados la edad promedio del personal de enfermería comprende de 26 a 30 años que representa el 40%, experiencia laboral en UTI de 2 a 5 años 50%, El 65 % no conoce las escalas de valoración de riesgo en Ulceras por Presión (Norton, Braden).se identificó que al momento no se cuenta con un protocolo establecido.

**Palabras Clave:** Ulceras por Presión, Unidad de Terapia Intensiva, Prevención.

## **OVERVIEW.**

The importance of the ulcers pressure lies in the severity of its complications, pain, infection, sepsis and mortality increase, increase in the days of an inpatient stay. The objective is to identify the practice of nursing in prevention of ulcers by pressure in the intensive therapy unit. Material and method the methodological design is descriptive cross-sectional cohort shows is comprised of 20 graduates of nursing which is total of the study population who structured surveys were applied. Results age average of the nursing staff comprises 26 to 30 years representing 40%, work experience in ICU for 2 to 5 years 50%, 65% do not know the scales of assessment of risk in ulcers by pressure (Norton, Braden) .se identified that when not is c account with an established protocol.

**Key words:** Ulcers by pressure, intensive therapy unit, prevention.

<b>INDICE</b>	<b>PAGINA</b>
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES .....	3
III. JUSTIFICACIÓN .....	13
IV. PLANTEAMIENTO DEL PREONBLEMA.....	14
4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	15
V. OBJETIVOS.....	16
VI. MARCO TEORICO.....	17
6.1. Definición.....	17
6.2. Fisiopatología.....	18
6.3. Factores de riesgo.....	19
6.4. Localizaciones mas frecuentes.....	20
6.5. Ulceras por presión asociados a dispositivos clínicos.....	21
6.6. Clasificación.....	22
6.7. Definiendo El indicador de Prevención De Ulceras Por Presión.....	22
6.8. Manejo de las Ulceras Por Presión.....	24
6.9. Valoración de Enfermería.....	24
6.10. Cuidados de Prevención.....	25
6.11. Escalas de Valoración.....	30
6.12. Terapias para el Tratamiento de las Ulceras Por Presión.....	33
6.13. Complicaciones de las Ulceras Por Presión.....	39
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	46
7.1. Tipo de Estudio.....	46

7.2.	Área de Estudio.....	46
7.3.	Universo y Muestra.....	46
7.4.	Criterios de Inclusión y Exclusión.....	46
7.5.	Operacionalización De Variables.....	47
7.6.	Técnicas Y Métodos De Recolección De Datos.....	49
7.7.	Plan de Tabulación y Análisis.....	50
VIII.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	51
IX.	RESULTADOS.....	52
X.	CONCLUSIONES.....	74
XI.	RECOMENDACIONES.....	76
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	77
XIII.	ANEXOS.....	80

## **INDICE DE TABLAS**

TABLA Y GRAFICO N°1.....	52
TABLA Y GRAFICO N°2.....	53
TABLA Y GRAFICO N°3.....	54
TABLA Y GRAFICO N°4.....	55
TABLA N°5.....	56
TABLA Y GRAFICO N°6.....	57
TABLA Y GRAFICO N°7.....	58
TABLA Y GRAFICO .N°8.....	59
TABLA Y GRAFICO N°9.....	60
TABLA Y GRAFICO N°10.....	61
TABLA Y GRAFICO N°11.....	62
TABLA Y GRAFICO N°12.....	63
TABLA Y GRAFICO N°13.....	64
TABLA Y GRAFICO N°14.....	65
TABLA Y GRAFICO N°15.....	66
TABLA Y GRAFICO N°16.....	67
TABLA N° 17 Y 18.....	68
TABLA Y GRAFICO N°19.....	69
TABLA Y GRAFICO N°20.....	70
TABLA Y GRAFICO N°21.....	71
LISTA DE CHEQUEO.....	72
GRAFICO LISTA DE CHEQUEO.....	73

## **INDICE DE ANEXOS**

ANEXO 1 Solicitud de permisos.....	81
ANEXO 2 Validación de los instrumentos.....	83
ANEXO 3 Encuesta.....	84
ANEXO 4 Lista de chequeo .....	90
ANEXO 5 Cronograma de actividades.....	91
ANEXO 6 Presupuesto.....	92
ANEXO 7 Caja Bancaria Estatal de Salud.....	93

## I. INTRODUCCION

Las Ulceras por Presión es problema de origen silente que se da en el ambiente hospitalario generalmente en los servicios donde los pacientes permanecen más de tres días.<sup>1</sup>

El impacto social que generan las Ulceras por Presión son comúnmente la reducción de la calidad de vida, el aumento de los costos en hospitalización y tratamiento, y la imagen proyectada por los profesionales de enfermería, reflejada en la calidad asistencial.<sup>2</sup>

Un indicador de calidad relacionado directamente con los cuidados de enfermería, es la prevención de las Ulceras por Presión que siguen constituyendo hoy en día un importante problema de salud, más cuando se sabe que un alto porcentaje de las lesiones es evitable, teniendo en cuenta las intervenciones destinadas a la conservación de la integridad cutánea y los recursos adecuados que se tiene para el manejo de ello. El mejor tratamiento de las Ulceras por Presión es su prevención, no sólo por las complicaciones derivadas para el paciente, sino por los costos para los servicios de salud.<sup>3</sup>

La prevalencia reportada de Ulceras por Presión a nivel mundial de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud está entre el 5% y 12%, en el continente Americano es del 7%. En México en 2011 se realizó el Primer Estudio Nacional de Prevalencia de las Ulceras por Presión, dando como resultado una prevalencia de 12.92% que lo ubica en un nivel medio con respecto a otros países como España y Alemania, cuya prevalencia oscila entre 6 y 13%.

---

<sup>1</sup> Tzuc A. Vega E. et al. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. Rev. Enfermería Universitaria. México 2015; Pag12(4):204-211.

<sup>2</sup> Barrientos C. Urbina L. et al. Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud. Rev. Chilena De Medicina Intensiva. 2015; Pág. 20(1): 12-20

<sup>3</sup> Muñoz M. Niño M. Escalas de valoración de riesgo: Estrategia inicial y prioritaria En la prevención de úlceras por presión 2010.

La importancia de las Úlceras por Presión radica en la gravedad de sus complicaciones, dolor, infección, sepsis y aumento de la mortalidad, aumento de los días de estancia de un paciente hospitalizado, demanda de mayor cantidad de personal de enfermería, así como el gasto sanitario que se eleva hasta cinco veces más comparado con los pacientes que no presentan Úlceras por Presión. Aumenta al incremento de tiempo requerido de cuidados con el consiguiente aumento de la carga de trabajo de enfermería. Las Úlceras por Presión se asocian a un incremento de la morbilidad e incluso mortalidad en pacientes que permanecen en cama. Cabe señalar también las repercusiones económicas para los centros hospitalarios, al aumentar los costos directos e indirectos en el tratamiento.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Leticia Puga C. Mijangos Pacheco M. et al. Impacto de las úlceras por presión en el ambiente hospitalario. México: 2015 pág. 1-5 Vol.32

## **II. ANTECEDENTES**

Las Ulceras por Presión, son un problema tan antiguo como la propia humanidad, que afecta y ha afectado a todas las personas, sin distinción social, durante los periodos históricos. Tenemos constancia de su existencia desde el comienzo de la historia y ya aparecen menciones escritas en distintos papiros médicos datados en 1550 a.C.

La paleopatología ha mostrado también que estas lesiones ya existían en el tiempo de los faraones, donde han aparecido en restos bien conservados de momias, como el de una sacerdotisa de Amón, que vivió durante la XXI Dinastía 1000 años a.C. y que presentaba vestigios de grandes úlceras en nalgas y espalda. Probablemente secundarias a un largo periodo de encamamiento. Son lesiones antiguas y bien conocidas, incluso en su prevención. Barutcu sugiere que del alivio de presión se ha hecho referencia para la prevención de las úlceras por presión en los manuscritos del Qumrán.<sup>5</sup>

### **El manejo de las Úlceras por Presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario**

La siguiente revisión nos da a conocer y documentar las principales evidencias científicas sobre el manejo de las Úlceras por Presión. En la bibliografía consultada pudimos observar que en lo que respecta a hidrocoloides, se encontraron mejores índices de curación debido a que son prácticamente impermeables al agua y proporcionan una barrera efectiva para la pérdida de humedad. Las Úlceras por Presión son un problema de salud pública que afecta a millones de usuarios en el mundo y se ha considerado como un gasto catastrófico determinado por el crecimiento poblacional, envejecimiento de la población, dependencia poblacional y el impacto económico de la terapia tradicional. El uso de apósitos en la cura de las Úlceras por Presión y/o en la cicatrización de heridas constituye una alternativa en situaciones clínicas seleccionadas, ya que disminuye el tiempo de curación, determina un

---

<sup>5</sup> García F. Soldevilla J. et al. Clasificación - categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. 2da edición. España: 2014. Pág. 1-50

resultado estético de bueno a excelente, minimiza las molestias y el número de intervenciones invasivas, con una buena relación costo/beneficio.<sup>6</sup>

### **Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico**

El siguiente estudio realizado sobre evaluar el riesgo de aparición de las Úlceras por Presión en los pacientes ingresados en la unidad de cuidados críticos, fue un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y longitudinal la muestra fue conformada por 31 pacientes. El instrumento fue aplicado en 4 momentos: al ingreso, a las 24 y 72 h y al séptimo día de estancia. En cada medición se determinó el riesgo con la escala Braden y se valoró la piel. Los resultados fueron el 100% de los pacientes tuvo alto riesgo al ingreso y 24 horas; se redujo en un 71% a los 7 días. El 6.4% desarrolló Úlcera por Presión al ingreso, el 12.9% a las 24 horas y el 35.5% a las 72 h. En general el 45.2% de los pacientes considerados como de alto riesgo manifestaron Úlceras por Presión a los 7 días de estancia hospitalaria. Se observó una correlación entre las variables nivel de riesgo y aparición de Úlceras por Presión a las 72 horas.

A pesar de que se reduce el riesgo a la mitad en las primeras 72 horas, aumenta la incidencia de Úlceras por Presión en ese mismo lapso; así que es importante que se realicen evaluaciones y revaloraciones desde el ingreso y durante los 7 primeros días de estancia hospitalaria en los pacientes críticamente enfermos utilizando un instrumento de valor predictivo.<sup>7</sup>

### **Úlceras por Presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención**

El siguiente estudio realizado es descriptivo y transversal donde se valoró la población mayor de edad de los servicios de cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva, medicina interna y Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de segundo nivel de

---

<sup>6</sup> Mijangos M. Puga C. et al. El manejo de las úlceras por presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario. Mexico.2015; Pág. 8(2): 77-83.

<sup>7</sup> Tzuc A. Vega E. et al. Nivel de riesgo y aparición de Úlceras por Presión en pacientes en estado crítico. Rev. Enfermería Universitaria. México 2015; Pag12(4):204-211.

atención. Cada paciente fue valorado diariamente por 30 días consecutivos aplicando un formato de registros clínicos.

Se valoraron 218 pacientes, de los cuales 61 presentaron una o más Úlceras por Presión, se detectaron un total de 378 lesiones. Se reportó una prevalencia cruda del 28.0% y una incidencia del 13.3%. La edad media de los pacientes afectados fue  $61.4 \pm 20.9$ . Las enfermedades más frecuentes fueron las cardiovasculares. La mayor proporción de pacientes con Úlceras por Presión presentaron algún tipo de incontinencia y/o sobrepeso. La puntuación media en la Escala de Braden fue  $12.5 \pm 2.8$ . La mayor proporción de Úlceras por Presión se localizó en los talones, el sacro y los omóplatos, con categoría el 81.5%. Los costos directos del cuidado de Úlceras por Presión fueron estimados en 6,457.64 \$.

Las Úlceras por Presión continúan siendo un problema para los pacientes hospitalizados en unidades hospitalarias de segundo nivel de atención, que requieren de intervenciones a nivel asistencial, de los gestores del cuidado y autoridades sanitarias, optimizar los recursos materiales y humanos disponibles y formular políticas sanitarias enfocadas en la prevención y atención de las Úlceras por Presión.<sup>8</sup>

### **Úlceras por Presión: incidencia y factores demográficos, clínicos y nutricionales asociados en pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos**

Este estudio prospectivo, observacional, con pacientes internados en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital universitario ubicado en el nordeste brasileño, durante el periodo de junio a noviembre de 2014. Se determina la Úlceras por Presión a través de la inspección corporal tres veces a la semana durante el baño matinal, con base en las características establecidas por la National Pressure Ulcer Advisory. Se recolectaron datos demográficos, clínicos, bioquímicos y nutricionales. Se utilizó la escala de Braden para verificar a los individuos con riesgo de desarrollo de Úlceras por Presión. Donde la muestra se compuso de 51 pacientes, con un promedio de edad de  $57,7(\pm 16,4)$  años. Se verificó una incidencia del 52,9%, y los factores asociados a su desarrollo fueron: uso de droga vasoactiva ( $p = 0,029$ ), tiempo de hospitalización >

---

<sup>8</sup> Stegensek E. Jiménez A. et al. Úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención. Rev. Enfermería Universitaria México 2015; Pag 12(4):173-181.

10 días ( $p \leq 0,001$ ) y ausencia de anemia ( $p = 0,011$ ). Se llega a la conclusión que la elevada incidencia de Úlceras por Presión resalta la vulnerabilidad de los pacientes en cuidados intensivos. A pesar de caracterizarse por ser una condición multifactorial, solo el uso de drogas vasoactivas, el tiempo de hospitalización y la ausencia de anemia se asociaron a la aparición de Úlceras por Presión. Factores nutricionales y clínicos frecuentemente relacionados a las lesiones se asociaron con su desarrollo.<sup>9</sup>

### **Cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de úlceras por presión**

El presente estudio identifica el cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de Úlceras por Presión menciona un estudio descriptivo, transversal, en tres instituciones de salud de Barranquilla durante 2010. Universo 97 enfermeras y auxiliares de enfermería. Se utilizó los criterios de cumplimiento en la prevención de Úlceras por Presión más empleados fueron: ejecuta el plan de cuidados, utiliza los elementos disponibles en la prevención con un 54,53 % y registra factores de riesgo con un 53,60 %, los menos empleados: valora el riesgo utilizando las escalas reconocidas y revalora y ajusta de acuerdo al estado del paciente, con un 58,76 % cada uno. El 45,36 % de la muestra alcanza el nivel de No cumplimiento de las acciones de prevención y el 35,05 % obtuvo un nivel de excelente. La debilidad en la competencia de la aplicación de escalas de valoración de riesgo de Úlceras por Presión confirma la importancia del cumplimiento de las actividades de prevención como indicador de calidad del cuidado de enfermería, así mismo genera un aporte al currículo, investigación y práctica de enfermería.<sup>10</sup>

### **Incidencia de las Úlceras por Presión tras la implementación de un protocolo de prevención**

El propósito de estudio fue evaluar la aplicación de un protocolo para la prevención de Úlceras por Presión en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos. Realizo un

---

<sup>9</sup> Oliveira A. Porto C. et al. Úlcera por presión: incidencia y factores demográficos, clínicos y nutricionales asociados en pacientes de una unidad de cuidados intensivos. Rev. Nutrición Hospitalaria. Madrid España. 2015; Pag.32(5):2242-2252

<sup>10</sup> Jinete J. de la Hoz M. et al. Cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de úlceras por presión. Colombia.2016; Pag.32(2).

estudio prospectivo, descriptivo y exploratorio, en los que la incidencia de Úlceras por Presión tras la aplicación de un protocolo de prevención. La incidencia encontrada en este estudio, el 23,1%, fue inferior a la indicada en un estudio similar elaborado en la misma institución (41,02%) antes de la aplicación de protocolos para la evaluación de riesgos y la prevención de Úlceras por Presión. Se llega a la conclusión que los protocolos de prevención son herramientas fundamentales y el impacto en el control de la incidencia de úlceras por presión, cuando se usan de manera habitual.<sup>11</sup>

### **Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con Úlceras por Presión**

El siguiente estudio realizado fue para determinar el cuidado de enfermería perdido identificado en la valoración de pacientes con riesgo o con presencia de Úlceras por Presión. El estudio descriptivo correlacional. Participaron 161 enfermeras y 483 pacientes de un hospital público. Donde enfermería señaló que existe mayor omisión en el cuidado de la piel (38.5%), cambio de posición (31.1%) y en el registro de factores de riesgo para la aparición de Úlceras por Presión (33.5%). Los cuidados de enfermería perdidos identificados en la valoración fueron uso de liberador de presión en prominencias óseas y tubos de drenaje que interfieren en movimientos del paciente (ambos con 58.6%) y uso de colchones neumáticos (57.6%). En conclusión, se encontró un alto porcentaje de cuidado de enfermería perdido de acuerdo a la percepción del personal, sin embargo, el cuidado perdido valorado fue mucho mayor. No se encontró relación significativa entre ambos por lo que es prioritario reflexionar acerca de la importancia de realizar valoraciones objetivas en los pacientes.<sup>12</sup>

### **Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre prevención de las Úlceras por Presión**

Este estudio tuvo por objetivo describir y analizar el conocimiento de los miembros del equipo de enfermería, que actúan directamente en la asistencia a pacientes adultos y

---

<sup>11</sup> Brunet N. Kurcgant P. et al. Incidencia de las úlceras por presión tras la implementación de un protocolo de prevención. Rev. Latino-Am. Enfermagem Brasil. 2012; Pag. 20(2).

<sup>12</sup> Hernández J. Moreno M. et al. Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión. Rev. Latino-Am. Enfermagem. México. 2016; Pag.24(2817): 1-7.

ancianos, en un hospital universitario, sobre la prevención de la Ulcera por Presión. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio, realizado entre enero y marzo de 2009, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución. Los datos fueron recolectados por medio de un cuestionario validado. De los 386 participantes, 64,8% eran auxiliares/técnicos de enfermería y 35,2%, enfermeros. El porcentaje promedio de aciertos en la prueba de conocimiento fue 79,4% (de=8,3%) para los enfermeros y 73,6% (de=9,8%) para los auxiliares/técnicos de enfermería. Concluimos que ambas categorías de profesionales presentan déficits de conocimiento en algunas áreas del tema en referencia. La identificación de las áreas deficientes puede orientar la planificación de estrategias para diseminación y adopción de medidas preventivas por el equipo.<sup>13</sup>

### **Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de Ulceras por Presión en pacientes en estado crítico de salud**

Las Ulceras por Presión representan una carga sobreagregada a la enfermedad y una menor calidad de vida para el paciente y para los que están a su cuidado, son consideradas además un indicador negativo de la calidad asistencial, de aquí la importancia de contar con un protocolo de cuidados de enfermería que permita reducir su incidencia y prevalencia. El impacto de un protocolo de prevención de aparición de Ulceras por Presión en pacientes de unidades de cuidados intensivos para el cual se realizó un estudio descriptivo, interventivo de corte transversal. Incluyó a todos los pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos del Hospital Clínico, hospitalizados entre el 27 de mayo y 27 de junio y que cumplieron con los criterios de inclusión (n 117). Los datos fueron recolectados a través de un instrumento que consta de 4 secciones orientadas a conocer características demográficas, factores predisponentes y de riesgo, aplicación de la escala de riesgo de Braden y finalmente una sección para el registro de las medidas preventivas realizadas. Los resultados fueron 63% de los pacientes era de sexo masculino, 48% de la muestra estuvo representada por mayores de 65 años, 82,21% presentaba patologías asociadas,

---

<sup>13</sup> Miyazaki M. Larcher m. et al. Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre prevención de la úlcera por presión. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Brasil. 2010; Pag. 18(6): 1-9.

90,6% recibieron medicamentos considerados de riesgo para el desarrollo de Úlceras por Presión, 56% correspondieron a pacientes post quirúrgicos con un tiempo operatorio mayor de dos horas en el 96,7% de los casos. Al aplicar la escala de riesgo, 64% de los pacientes se encontró en la categoría de alto riesgo de desarrollar Úlceras por Presión, 40% de los pacientes permaneció 2 días bajo las medidas del protocolo. Al término de la intervención, 98% de los pacientes que participó en el protocolo de cuidados permaneció con la piel indemne, solo 4 pacientes desarrollaron una úlcera en estadio I, y no se presentaron úlceras en otros estadios. La utilización de la escala de valoración de riesgo de Braden permitió pesquisar a todos los pacientes en riesgo de desarrollar Úlceras por Presión, lo cual demuestra su alta sensibilidad frente a otras escalas existentes. El contar con un protocolo de cuidados disminuye la incidencia de Úlceras por Presión en todos los servicios clínicos estudiados y nos demuestra que en un porcentaje muy significativo este tipo de lesiones son evitables, lo que incide en el paciente, en los servicios clínicos y en el tipo de cuidados requeridos al profesional de enfermería. <sup>14</sup>

### **Nivel de riesgo y casos incidentes de Úlceras por Presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina de un Hospital Nacional**

La siguiente revisión es un estudio de tipo descriptivo prospectivo longitudinal de tendencia, en los servicios de medicina del Hospital Arzobispo Loayza en una población de 151 pacientes quienes fueron seleccionados de forma aleatoria utilizando como criterios de inclusión, el déficit de movimiento y la alteración de conciencia, alteración en el control de esfínteres y alteración de la nutrición. La técnica utilizada fue la observacional, la cual se realizó diariamente valorando el estado del paciente, tanto en el momento del ingreso como durante su estancia hospitalaria; como instrumento se utilizó una lista de chequeo elaborada considerando la Escala de Valoración de Riesgo de Úlceras por Presión la escala de Norton para poder evaluar el nivel de riesgo de los pacientes. Para medir la variable incidencia de Úlceras por

---

<sup>14</sup> Barrientos C. Urbina L. et al. Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud. Rev. Chilena De Medicina Intensiva. 2015; Pág. 20(1): 12-20

Presión se utilizó la fórmula estadística probabilística. Para determinar el nivel de riesgo y la incidencia de úlceras por presión se aplicó la prueba estadística de X<sup>2</sup>. Muestra que el nivel de riesgo de Úlceras por Presión encontrado en la población de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina fue de Alta a Muy alta y en las dimensiones estado físico, actividad incontinencia reporto un estado regular.<sup>15</sup>

### **Valoración del riesgo de Úlcera por Presión según la escala de Braden en el paciente neurológico**

El estudio se realizó en el Servicio de Neurología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins se aplicó la escala Braden el diseño fue de tipo descriptivo de corte transversal y se realizó durante los meses de octubre a diciembre de 2012, la población estuvo conformada por 120 pacientes postrados al mes y la muestra se obtuvo con la fórmula para estimar proporción poblacional finita, obteniéndose 75 pacientes postrados a través del muestreo aleatorio simple, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, los datos recolectados fueron procesados y tabulados en una base de datos para el respectivo análisis. El estudio mostró que el mayor porcentaje de pacientes evaluados presentaron riesgo moderado con 49%, riesgo bajo con 31% y alto riesgo con 20%. La escala de Braden, dada su sensibilidad y especificidad, permitió reconocer el nivel de riesgo a úlcera por presión en los pacientes neurológicos.<sup>16</sup>

### **Magnitud del evento adverso. Úlceras por Presión**

El siguiente estudio fue realizado en la ciudad de México donde se aplica una encuesta con respuestas dicotómicas. Se obtuvo el número total de pacientes hospitalizados y valorados, así como los pacientes detectados con Úlceras por Presión. Se calculó la prevalencia cruda y la prevalencia media. Se obtuvo información de 175 unidades médicas de segundo nivel de atención, de 32 entidades federativas, con un total de 13 137 pacientes valorados, de los cuales 1697 presentaron una o más Úlceras por

---

<sup>15</sup> Zúñiga C. Espinoza N. et al. Nivel de riesgo y casos incidentes de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina de un Hospital Nacional. Rev. Enferm. Herediana. Perú. 2014; Pág. 7(2):155-161.

<sup>16</sup> Ascarruz Cl. Tapia D. et al. Valoración del riesgo de úlcera por presión según la escala de Braden en el paciente neurológico. Rev. Enferm. Herediana. Perú. 2014;7(1):10-16

Presión, con un total de 2 754 Úlcera por Presión, Prevalencia Cruda de 12.92 % y Prevalencia Media de 20.07 %. A nivel nacional, el porcentaje de prevalencia cruda fue de 12.92 %, en tanto que la prevalencia media fue de 20.07 %, con una desviación estándar de +/- 15.79 %. Por primera ocasión se cuenta con un estudio nacional de prevalencia de Úlceras por Presión mediante el cual se puede identificar la magnitud del problema y diseñar estrategias de atención dirigidas a disminuir los factores organizacionales y técnico-profesionales que propician la ocurrencia de eventos adversos en la atención hospitalaria.<sup>17</sup>

### **Epidemiología de las Úlceras por Presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia**

La siguiente revisión es un estudio realizado en España pretende establecer la prevalencia de Úlceras por Presión en hospitales, centros sociosanitarios y atención primaria; determinar la frecuencia de Úlceras por Presión nosocomiales y describir las características de los pacientes y de las lesiones identificadas. Mediante un cuestionario dirigido a profesionales que trabajen en centros sanitarios y sociosanitarios, públicos o privados, se realizó entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2013. Se obtuvieron 509 cuestionarios válidos, un 66,7% son de hospitales, un 21,6% de atención primaria y un 16,7% de centros sociosanitarios. Las cifras de prevalencia obtenidas son: en hospitales, en adultos 7,87% (IC 95%: 7,31-8,47%); en unidades pediátricas de hospitales, 3,36% (IC 95%: 1,44-7,61%); en CSS, 13,41% (IC 95%: 12,6-14,2%), y en atención primaria, 0,44% (IC 95%: 0,41-0,47%) entre mayores de 65 años y 8,51% (IC 95%: 7,96-9,1%) entre pacientes en programas de atención domiciliaria. La prevalencia es más alta en unidad de cuidados intensivos, llegando al 18%. Son Úlceras Por Presión nosocomiales un 65,6% del total y solo un 29,4% se han producido en los domicilios. El mayor porcentaje de las lesiones es de categoría 2, con un tiempo de evolución de 30 días (mediana) y un área de 6 cm<sup>2</sup> (mediana). El este estudio indica que la prevalencia de Úlceras por Presión en España no ha disminuido en 2013 respecto a años anteriores, e incluso se ha duplicado en los

---

<sup>17</sup> Vela G. Magnitud del evento adverso. Úlceras por presión. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro. Soc. México. 2013; Pag. 21 (1): 3-8

centros sociosanitarios. En hospitales, las Unidades de Cuidados Intensivos son las unidades con mayor prevalencia. En los centros sociosanitarios, hay una prevalencia más alta en los privados frente a los públicos. Casi dos tercios de todas las Úlceras por Presión son de origen nosocomial (hospitales o centros sociosanitarios), lo que indica un fallo en la prevención de estas lesiones.<sup>18</sup>

### **Prevalencia de Úlceras por Presión en Colombia**

En la revisión del mencionado artículo realizado en Colombia muestra que los indicadores epidemiológicos son escasos. Este estudio expone una visión preliminar de la situación según los diferentes conocimientos sobre el manejo de las Úlceras por Presión el cual se realizó un estudio descriptivo, transversal, de prevalencia cruda de periodo que utiliza, como instrumento, una encuesta elaborada a partir de las directrices del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. La encuesta fue diligenciada online por enfermeros entre septiembre y noviembre de 2013. Se respondieron 111 encuestas, de 800 correos electrónicos enviados a enfermeros de todas las regiones de Colombia. Se encontró: el 68% de úlceras por presión en hombres, 64% en instituciones públicas, el 44% en el primer nivel, el 65% de la información proviene de personas afiliadas al régimen subsidiado de Salud. La causa principal en el 98% de los casos es la presión, seguido por cizalla, humedad e incontinencia. Se destaca el desconocimiento de los ácidos grasos hiperoxigenados y el escaso uso de superficies especiales para el manejo de la presión; el 43% no utiliza escalas para medir el riesgo. Estos resultados son el preámbulo de una investigación nacional que permita establecer indicadores propios, encaminados a estrategias de prevención reales.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Pancorbo P. García F. et al. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. España. 2014; Pag. 25(4):162-170

<sup>19</sup> González R. Cardona D. et al. Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: informe preliminar. Rev. Fac. Med. Colombia.2014; Pag. 62(3): 369-377.

### **III. JUSTIFICACIÓN**

La Unidad de Terapia Intensiva es un área donde se atienden personas con múltiples fallos orgánicos que requieren tratamientos de soporte vital, sedación continua, fármacos y múltiples dispositivos, como ser: catéteres, drenajes, sondas e inmovilizadores. Estas medidas condicionan mayor vulnerabilidad en el paciente y centralización en el cuidado de la inestabilidad hemodinámica del enfermo, olvidándose de su piel, que también debería ser una prioridad para la prevención de las Ulceras por Presión. Cuando un paciente desarrolla una úlcera, su cuidado demanda el 50% más del tiempo utilizado por el equipo de enfermería. Es un evento adverso porque origina un problema, genera mayor estadía, deterioro de la calidad de vida, malestar, aumento de la morbilidad, consecuencias socioeconómicas para el país y el Sistema de Salud. También, es preocupante para enfermería al verse involucrados en el cuidado, ya que la aparición de las lesiones puede relacionarse con la planificación de los cuidados de enfermería, y con el desconocimiento de implementación de las Escalas de Valoración del Riesgo de Ulceras por Presión, así como en la protección legal que ofrecen para las acciones de enfermería.

En la actualidad existen intervenciones encaminadas a planificar el cuidado de enfermería para la prevención de las Ulceras por Presión, sobre todo en pacientes que presentan mayores factores de riesgo como ser los que ingresan a las Unidad de Cuidados Intensivos. Dichas intervenciones incluyen en primer lugar, valorar la predisposición que tienen los pacientes de presentar Ulceras por Presión, a través de la aplicación de escalas diseñadas, teniendo en cuenta factores de riesgo. En segundo lugar, se encuentran todas las estrategias encaminadas a los cuidados de la piel y mecanismos para disminuir las zonas de presión, cuya aplicación surge como resultado de los datos obtenidos en la valoración.

Por estas razones surge la necesidad de la creación de protocolos en prevención de Ulceras por Presión, en la Caja Bancaria Estatal de Salud ya que se observó que los pacientes que ingresan a nuestra unidad de terapia intensiva presentaron Ulceras Por Presión de primer y segundo grado no llegando así a un estadio 3 o 4 pero si nos llama la atención por la cual se considera un problema alarmante.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las Ulceras por Presión si bien es un problema conocido por los profesionales de la salud, es poco asimilado, es de vital importancia determinar y conocer la verdadera magnitud del mismo.

Las Ulceras por Presión 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 que padecen de esta afección de deterioro, contribuye al incremento de la carga de trabajo de los profesionales de enfermería. Este problema conlleva a problemas medico legales con importantes implicaciones éticas para los profesionales, así como para las instituciones en las que estos prestan sus servicios.

Estudios muestran un importante impacto económico que representan las Ulceras por Presión para los sistemas sanitarios, más aun en pacientes hospitalizados en la Unidad de Terapia Intensiva, los costos emocionales y financieros que ocasiona gastos elevados para el paciente, familia y para la misma institución.

Actualmente en la Unidad de Terapia Intensiva de la Caja Bancaria Estatal de Salud no se utiliza una Escala de Valoración de Riesgo de Ulceras por Presión, que muestre qué pacientes son candidatos a desarrollar la mencionada, generalmente los cambios de posición no están programados, ni registrados en las notas de enfermería, por ende afirmamos que el paciente está propenso a desarrollar Ulceras por Presión, en consecuencia se evidencia que las intervenciones de enfermería no están guiadas por un protocolo.

De ahí la inquietud de este problema de implementar protocolos no solo en la Unidad de Terapia Intensiva sino en todos los servicios de la institución para así poder tener un respaldo legal. Protocolos que guíen nuestras actividades ayuden en la pronta recuperación de nuestros pacientes, la prevención de la no complicación y su pronta recuperación.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál será la práctica del personal de enfermería en Prevención de Ulceras por Presión en la Unidad de Terapia Intensiva de la Caja Bancaria Estatal de Salud La Paz Gestión 2018?

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo General**

Determinar la práctica de enfermería en prevención de Ulceras por Presión en la Unidad de Terapia Intensiva de la Caja Bancaria Estatal de Salud La Paz gestión 2018

### **5.2. Objetivos Específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de las enfermeras de la Unidad de Terapia Intensiva.
- Verificar la presencia de manuales o protocolos de referencia que cuenta actualmente la Unidad de Terapia Intensiva.
- Identificar el conocimiento del personal de enfermería en Prevención de Ulceras por Presión
- Analizar el accionar con el conocimiento de enfermería en Prevención de Ulceras por Presión

## VI. MARCO TEÓRICO

### 6.1. Definición

Las Ulceras por Presión...son una lesión isquémica localizada en la piel y/o tejido subyacente con pérdida de sustancia cutánea; por lo general se producen como resultado de la presión y/o fricción donde se localiza una prominencia ósea.<sup>20</sup>

SINONIMOS Las Ulceras por Presión, también conocidas como «úlceras de decúbito» y/o «escaras». <sup>6</sup>

El Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en Ulceras por Presión y heridas crónicas (GENEAUPP) en mayo del 2014 propuso definir las Ulceras por Presión como: “una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla.

En ocasiones, también pueden aparecer sobre los tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos.<sup>21</sup>

Tanto las Ulceras por Presión como las heridas crónicas requieren para su cicatrización de períodos muy prolongados de tiempo, ya que cicatriza por segunda intención, en un complejo proceso que elimina y reemplaza el tejido dañado. Se considera que una herida se cronifica cuando no ha culminado el proceso de cierre de la misma en un período de 6 semanas. Las heridas crónicas están siempre colonizadas o contaminadas por gérmenes, por lo que un adecuado manejo de la carga bacteriana influirá en una mejor evolución de la cicatrización y evitará la infección local. Las heridas crónicas se diferencian de las heridas agudas, quirúrgicas, traumáticas, porque éstas últimas cicatrizan por primera intención, mediante la superposición de planos, en un período comprendido entre los 7 y los 14 días. Algunas heridas agudas pueden

---

<sup>20</sup> Mijangos M. Puga C. et al. El manejo de las úlceras por presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario. Mexico.2015; Pág. 8(2): 77-83

<sup>21</sup> Iglesias S. Ulceras por presión causados por dispositivos clínicos en unidades de cuidados intensivos. España. 2017; pág. 1-38

cronificarse, es el caso de complicaciones como la dehiscencia de suturas, heridas que fistulizan o bien heridas con evolución tórpida.<sup>22</sup>

## 6.2. Fisiopatología

La presión capilar normal oscila entre 16 mm Hg en el espacio venoso capilar y 32 mm Hg en el espacio arterial capilar. Si se ejercen presiones superiores a éstas en un área limitada y durante un tiempo prolongado, se origina un proceso de isquemia que si se prolonga en el tiempo ocasionará muerte celular. La respuesta orgánica para compensar esta situación es una vasodilatación o hiperemia reactiva (aspecto enrojecido) que conduce a una acumulación de catabolitos tóxicos en el tejido y a la aparición de edema e infiltración celular. La progresiva hipoxia produciría una muerte irreversible de las células de la piel con formación de necrosis. En 1990 Kosiak demostró que los factores tiempo y presión son inversamente proporcionales, es decir, niveles relativamente bajos de presión mantenidos durante un tiempo prolongado, pueden ocasionar daño en los tejidos. Demostró que una presión externa de 70 mm Hg mantenida durante dos horas podía ocluir el flujo sanguíneo produciendo hipoxia.

La presión continuada de las partes blandas causa isquemia de la membrana vascular y consecuentemente vasodilatación de la zona, eritema, extravasación de líquidos e infiltración celular. Si este proceso no cesa, se produce isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, lo que origina necrosis y ulceración de la piel. La formación de Ulceras por Presión se ve influenciada por tres tipos de fuerzas:

**Presión.** - Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel ejercida por la propia fuerza de la gravedad del cuerpo, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.).

**Fricción.** - Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. Esta fricción o roce entre la piel y un objeto externo al organismo (sábanas, tubos de drenaje, etc.) dando como resultado un aumento de

---

<sup>22</sup> Barón M. Benítez M. et al. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. España. 2015; pág.1 – 86.

la temperatura local y por consiguiente, la aparición de ampollas y destrucción de la epidermis.

**Cizallamiento.** - Se combinan los efectos de presión y fricción. El desgarro o destrucción de los tejidos subcutáneos es debido a una fuerza de deslizamiento originada generalmente por el arrastre del cuerpo sobre la cama del paciente, bien cuando involuntariamente el paciente se desliza hacia los pies de la cama por tener sobre elevado el cabezal o viceversa, cuando a éste lo intentamos subir hacia el cabezal, es entonces cuando los tejidos son desprendidos de la fascia muscular.<sup>8</sup>

**Maceración.** - Provocada por exceso de humedad, por causas como incontinencia fecal o urinaria, sudoración profusa o mal secado de la piel tras el lavado. Produce deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia y haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración. La humedad aumenta también el riesgo de infección.<sup>23</sup>

### **6.3. Factores de riesgo**

Aunque la principal causa de las Úlceras por Presión es la presión, existen una serie de elementos que en presencia de la misma pueden desencadenar o acentuar la susceptibilidad de desarrollarlas. Son factores que contribuyen a la producción de úlceras y que pueden agruparse en estos dos grandes grupos:

**Intrínsecos:** como consecuencia de diferentes problemas de salud.

- Enfermedades concomitantes: alteraciones respiratorias, cardíacas.
- Alteraciones sensitivas: la pérdida de sensibilidad cutánea disminuye la percepción de dolor y dificulta las respuestas de hiperemia reactiva.
- Alteraciones motoras: lesionados medulares, síndromes de inmovilidad.
- Alteraciones de la circulación periférica, trastornos de la microcirculación o hipotensiones mantenidas.

---

<sup>23</sup> Jiménez R. Nivel De Conocimientos De Las Enfermeras Sobre Las Úlceras Por Presión Antes Y Después De Una Capacitación. Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas. Perú. 2014; Pág.1-97.

- Alteraciones nutricionales: delgadez, obesidad, déficit de vitaminas, hipoproteinemia, déficit hídrico.
- Alteraciones cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
- Incontinencia: fecal, urinaria, mixta
- Enfermedades vasculares: Hipotensión mantenida. Hay fuerte evidencia de que la diabetes aumenta la probabilidad de desarrollar úlceras por presión, por el déficit de perfusión que produce en los tejidos, incluida la piel.
- Trastornos en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, estasis venosa, trastornos cardiovasculares.

**Extrínsecos:** como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.

- Humedad: incontinencia, sudoración profusa, exudados de heridas.
- Fricción
- Sujeción mecánica
- Uso de dispositivos
- Entorno social: situación económica, lejanía de prestaciones sanitarias, formación inadecuada del cuidador.
- Superficies Especiales de apoyo o de Manejo de Presión SEMP inexistente o inadecuada.
- Pliegues y objetos extraños en la ropa.
- Tratamientos farmacológicos: inmunosupresores, sedantes, vasoconstrictores.<sup>8</sup>

#### **6.4. Localizaciones más Frecuentes**

Las localizaciones más frecuentes de las Úlceras por Presión se corresponden con zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo, es decir, zonas del cuerpo que soportan mayor presión.

Estas zonas varían dependiendo de la posición del paciente, de tal forma que:

**En decúbito supino:** la región sacra, los talones, el coxis, los codos, los omoplatos y el occipucio son las zonas de mayor presión.

**En decúbito lateral:** son los maléolos, los trocánteres, las costillas, los hombros, las orejas, las crestas ilíacas y la cara interna y lateral de las rodillas.

**En decúbito prono:** soportan mayor presión los dedos de los pies, las rodillas, los genitales masculinos, las mamas, los pómulos, las orejas, la nariz y las crestas ilíacas.

**En sedestación:** son el isquion, el coxis, los omóplatos, los trocánteres, los talones y los dedos de los pies.

### **6.5. Úlceras por Presión asociadas a Dispositivos Clínicos**

Las Úlceras por Presión asociadas a dispositivos clínicos son consideradas úlceras iatrogénicas. Estas son causadas por el efecto del contacto de dicho dispositivo con la piel del paciente. Conllevan una pérdida de la superficie epitelial causada por el mecanismo de presión y roce derivada del uso de materiales o dispositivos en el tratamiento de un proceso primario y/o urgencia. La presencia de este puede resultar inofensivo, pero su uso indebido o prolongado puede ser el causante de lesiones relacionadas en la piel y tejidos subyacentes del paciente.

Dentro los dispositivos más comunes, que pueden causar úlceras por presión en zonas adyacentes al dispositivo en cualquier parte del cuerpo, se encuentran entre otros: mascararas, bigoteras, tubos de traqueostomía, tubo endotraqueal, sonda nasogástrica, sonda naso yeyunal, sonda vesical, sonda rectal, electrodos, tensiómetro, pulsioxímetro, cables del monitor, sujeciones. <sup>7</sup>

Localizaciones más frecuentes de las úlceras iatrogénicas

- Alas de la nariz: por exposición prolongada de sonda nasogástrica.
- Nariz Dispositivos de oxigenoterapia: mascarillas, gafas nasales, sondas, sistemas de ventilación no invasiva. Sondas nasogástricas.
- Boca Tubos endotraqueales.
- Cara Sistemas de ventilación mecánica no invasiva (VMNI): CPAP Y BIPAP.
- Cuello: Cánulas de traqueotomía y fijación
- Dedos Sensores de pulsioximetría.
- Meato urinario Sondas vesicales.
- Mucosa rectal: por sonda rectal.

- Cintura pelviana y zonas blandas: por pliegues en las sábanas.
- Muñecas y codos: en personas con sujeción mecánica
- Tórax y abdomen: fijación de tubos pleurales, bolsas de colostomía y urostomía, drenajes, electrodos de electrocardiograma, corsés.
- Otras localizaciones accesos vasculares, sujeciones mecánicas, medias antiembólicas, escayolas y férulas, dispositivos de compresión secuencial<sup>8-24</sup>

## 6.6. Clasificación

La definición de las cuatro etapas de las Úlceras por Presión se revisan periódicamente por el National Pressure Ulcer Advisor Panel (NPUAP) en los Estados Unidos de America. Se describen brevemente:

**Estadio I:** Eritema cutáneo en piel íntegra que no palidece/desaparece con la presión; en pieles oscuras puede presentar tonos rojos, azules o morados.

**Estadio II:** pérdida del espesor parcial de la dermis. Úlcera abierta poco profunda con una base de herida rojiza.

**Estadio III:** pérdida de tejido en todo su espesor. El tejido graso subcutáneo puede visualizarse a excepción del hueso, tendón o músculos, que no están expuestos.

**Estadio IV:** pérdida total del espesor del tejido con exposición de hueso, tendón o músculo.

Las Úlceras por Presión no regresan de etapa a medida que sanan; por ejemplo, una Úlcera por Presión no pasa del estadio IV al III. Una Úlcera por Presión que se está volviendo más superficial con la curación se describe en términos de su profundidad original (por ejemplo, Úlcera Por Presión en estadio II sanando). <sup>6</sup>

## 6.7. Definiendo El indicador de Prevención De Úlceras Por Presión

La Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), en colaboración con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, ha creado desde el 2006 el indicador de prevención de Úlceras por Presión.

---

<sup>24</sup> Blanca R. López E.et al. Guía de actuación. Para La Prevención Y Cuidados De Las Úlceras Por Presión. España. 2017; Pág. 1-126.

Este indicador establece:

1.- Factores de riesgo para la aparición de Ulceras por Presión. Pacientes de más de 60 años, obesidad o desnutrición, características de la piel, deficiencias motoras o sensoriales, alteraciones en los procesos de eliminación vesical o intestinal, inmovilidad voluntaria e involuntaria por periodos prolongados, padecimientos que comprometen el sistema inmunológico o vascular periférico, alteraciones en el estado de conciencia.

2.- Plan de cuidados e intervenciones de enfermería de acuerdo con el riesgo. Establecimiento de un programa de rotación para cambios de posición, así como de ejercicios pasivos para estimular la circulación. Movilización asistida, pasiva o activa, dentro y fuera de la cama con la frecuencia requerida para lograr la alternancia en los puntos de presión y de acuerdo con las condiciones valoradas. Mantenimiento de la piel seca, limpia, lubricada y protegida en las zonas de fricción y en las salientes óseas. Aplicación de masajes locales con suaves movimientos circulares. Protección de los sitios de la piel expuestos a fricción generada por aditamentos. Cambios de ropa de cama, pañal, bata o pijama cuantas veces sea necesario, evitando la formación de arrugas en las prendas. Mantenimiento de la piel libre de orina, heces, cualquier otro líquido o exudado producidas por las condiciones de salud del paciente vigilancia de la ingesta de una dieta adecuada para el paciente.

3.- Uso de los elementos disponibles y necesarios para prevenir la aparición de Ulceras Por Presión. Uso de cama con colchón de hule espuma, de presiones alternas, neumático o de agua. Utilización de almohadas de diferentes tamaños, cojines neumáticos o de material viscoelástico. Uso de jabones neutros. Uso de ropa de cama seca y limpia. Utilización de dispositivos protectores (apósitos). Uso de productos para lubricar e hidratar la piel.

4.- Orientación al paciente y familiar sobre las formas de prevenir las Ulceras Por Presión. Cambios de posición y su frecuencia. Realización de ejercicios pasivos para estimular la circulación. Revisión diaria y lubricación de la piel del enfermo. Utilización de elementos (ropa limpia, almohadas, colchón de agua, aire o hule espuma, cama sin

arrugas). Higiene del paciente. Signos de alarma en la aparición de lesiones en la piel, como enrojecimiento u otro cambio de coloración. Consumo de dieta indicada.

5.- Revaloración y ajuste de acuerdo con el estado del paciente de las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados. Verificar por lo menos en cada turno que en los registros de enfermería esté el reporte de valoración del estado del paciente, de tal forma que haya continuidad o modificación a las intervenciones planeadas, asegurando el seguimiento en las medidas de prevención de úlceras por presión.<sup>6</sup>

### **6.8. Manejo de las Úlceras Por Presión**

Las guías de práctica clínica recomiendan realizar una valoración del riesgo en todas las personas en su primer contacto con el sistema sanitario. La identificación de riesgo permite la aplicación temprana de medidas de prevención. Las Úlceras Por Presión pueden ser evitadas con estrategias efectivas, bien diseñadas y clínicamente probadas que se basan en la utilización de superficies especiales de presión alternante y la rotación constante de posiciones del paciente. Un bajo índice de aparición de Úlceras por Presión es un indicador de buen cuidado de enfermería, pero en su prevención y tratamiento deben estar involucrados el personal médico, el paciente y sus familiares.<sup>6</sup>

### **6.9. Valoración de Enfermería**

Se realiza al ingreso hospitalario y de forma periódica durante la estancia del paciente, continuando hasta el alta. A cualquier persona con riesgo de padecer Úlceras por Presión hay que realizarle una valoración completa que incluya la capacidad de satisfacer por sí misma las necesidades básicas, un examen físico y el estado actual de salud, teniendo en cuenta las posibles enfermedades concomitantes, así como el tratamiento farmacológico.

En el manejo de las Úlceras por Presión, la prevención es el mejor tratamiento; por ello, el mayor esfuerzo debe ir encaminado a la detección precoz de pacientes de riesgo, así como a la aplicación de medidas preventivas adecuadas.

- Se utiliza para determinar el nivel de riesgo que presenta el paciente para desarrollar Ulceras por Presión.
- Las diferentes escalas de valoración son herramientas de trabajo muy eficaces empleando un tiempo mínimo.
- Permite establecer una puntuación en función de una serie de parámetros, considerados como factores de riesgo.<sup>8</sup>

El objetivo de esta valoración es identificar aquellos factores específicos que pueden predecir la población que tiene riesgo de desarrollar Ulceras por Presión y, con ello, aplicar un plan de cuidados que permita prevenirlo. Enfermería es el colectivo profesional responsable de esta medida.

Utilizar una escala estructurada para valorar el riesgo tan pronto como sea posible después de su ingreso y en un plazo máximo de ocho horas.

La escala utilizada, debe estar validada en cuanto a su sensibilidad, especificidad y variabilidad del observador. Las escalas generales validadas, más utilizadas y recomendadas a nivel internacional para predecir el riesgo de desarrollar Ulceras por Presión, son la Escala de Braden y Norton. La escala de Norton modificada por el Instituto Nacional De La Salud (INSALUD) es una de las escalas más utilizadas en nuestro ámbito.

Repetir la evaluación cada vez que haya un cambio en la condición del paciente registrando la fecha y hora de la evaluación del riesgo.

## **6.10. Cuidados de Prevención**

**Piel:** Mantener una piel intacta en el paciente.

### **Cuidados:**

- Aseo general cada 24 horas y parcial cuando se precise. Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado meticuloso sin fricción.
- Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca.

- Vigilar incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad.
- Examinar el estado de la piel a diario, (durante el aseo, cambios posturales, etc.) buscando sobre todo en los puntos de apoyo, áreas enrojecidas o induraciones.
- Registrar el estado de la piel (estado de hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad, calor, induración, lesiones).
- No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, tanino, colonias, etc.)
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (Corpitol, Linovera o Mepentol) o emulsión cutánea suavizante (Epaderm), procurando su completa absorción con un masaje suave.
- Valore la posibilidad de utilizar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo de desarrollo de úlceras por presión, cuya piel esté intacta.
- No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.
- Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama.

Para reducir las posibles lesiones por fricción o presión en las zonas más susceptibles de ulceración como son el sacro, los talones, los codos y los trocánteres, proteger las prominencias óseas aplicando un apósito hidrocoloide, productos barrera o espumas de poliuretano y/o taloneras con velcro.

**Exceso de Humedad:** Evitar signos de maceración o infección en la piel por el contacto de incontinencia fecal/urinaria, sudoración, drenajes y exudado de heridas.

**Cuidados:**

- Cuidados del paciente: sondaje vesical si es necesario, colocar pañales absorbentes o colectores.

Para prevenir el deterioro de la piel de la persona incontinente, es fundamental, en el caso de uso de absorbentes, que éste sea:

1.- Transpirable para que ayude a mantener un microclima de la piel adecuado, para prevenir el deterioro de la misma.

2.- Que la capa que está en contacto con la piel esté siempre seca, para lo que el absorbente debe tener un bajo retorno de humedad, es decir, que la humedad que entra en el absorbente no retroceda para que la piel del paciente esté lo más seca posible.

3.- Asear al paciente lo antes posible en caso de incontinencia para evitar maceraciones de la piel.

- Reeducar en lo posible los esfínteres.

4.- En las zonas de piel expuestas a humedad excesiva y continuada, aplicar productos barrera.

**Movilización:** Aliviar la presión sobre las áreas de riesgo (prominencias óseas).

**Cuidados:**

- Realizar cambios posturales:

Todo paciente detectado como de riesgo debe ser cambiado de posición si no hay contraindicación por su patología de base.

El periodo de tiempo entre cada cambio no debe exceder generalmente de dos horas y deberá estar definido en el plan de cuidados o historia del paciente. Los pacientes, en los que sea posible, deberán ser educados para cambiar de posición ellos mismos.

En general se darán cambios posturales cada 2-3 horas (al menos dos por turno) a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada que incluya siempre que se pueda el decúbito supino, la sedestación, el decúbito lateral izquierdo y el decúbito lateral derecho, y registrando la posición en la que se deja al paciente para dar continuidad a los cuidados (ver posiciones terapéuticas y colocación de almohadas).

- Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones
- En pacientes en sedestación los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados.
- Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre si usando almohadas.
- Evitar el arrastre; realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.
- En decúbito lateral, no sobrepasar los 30 grados.

Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.

- Usar dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones de aire (pacientes de peso inferior a 75 kg.), cojines, almohadas, protecciones locales, etc. Sólo es un material complementario no sustituye a la movilización.
- Posiciones terapéuticas para los cambios posturales:

A continuación, se describe la técnica de colocación de almohadas en las distintas posturas terapéuticas; este sistema aparece en la Guía de cuidados enfermeros de úlceras por presión del Instituto Nacional De La Salud, como la práctica más eficaz en la prevención de este tipo de lesiones.

### **Decúbito supino:**

Las almohadas se colocarán:

- Una debajo de la cabeza
- Una debajo de la cintura
- Una debajo de los muslos.
- Una debajo de las piernas.
- Una apoyando la planta del pie.
- Dos debajo de los brazos (opcional)

Deberán quedarse libres de presión: talones, glúteos, zona sacro-coxígea, escápulas y codos.

**Precauciones:**

Las piernas deberán quedar ligeramente separadas.

Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

Evitar la rotación del trocánter.

**Decúbito lateral:**

Las almohadas se colocarán:

- Una debajo de la cabeza
- Una apoyando la espalda.
- Una entre las piernas.

**Precauciones:**

La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45 60°.

Las piernas quedarán en ligera flexión.

Los pies formando ángulo recto con la pierna.

Si la cabeza de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30°.

En pacientes que pueden realizar algún movimiento en la cama se deberá animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros necesarios que faciliten su movilización.

Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

**Sentado:**

Las almohadas se colocarán:

- región cervical
- región lumbo-sacra

## **Precauciones:**

Es importante que estén sentados correctamente manteniendo el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.

- No utilizar roscos de caucho o flotadores.
- Los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados.
- Evitar la hiperflexión cervical, la cifosis lumbar, la compresión de los huesos poplíteos que impide un correcto retorno venoso, el pie equino y el estrangulamiento de la sonda urinaria bajo la piel.

## **Nutrición e Hidratación**

Es necesario asegurar un estado de nutrición e hidratación adecuados, ya que la desnutrición/deshidratación son considerados por diversos estudios como factores de riesgo de formación de úlcera por presión.

El aporte para un estado nutricional adecuado deber ser: calórico (30-35 Kcl / Kgr), proteico (1-1,25 gr / Kgr) y de vitaminas y minerales.

Los pacientes en riesgo de desarrollo de Ulceras por presión o que ya la presentan requieren de una dieta hiperproteica y el aporte de nutrientes que faciliten la cicatrización.

### **6.11. Superficies Especiales de apoyo o de Manejo de Presión (SEMP)**

Pueden actuar, como superficies que reducen la presión, no necesariamente por debajo de los niveles que impiden el cierre capilar y como sistemas de alivio de presión, produciendo una reducción del nivel de la presión en los tejidos blandos por debajo de la presión de oclusión capilar, además de eliminar la fricción y cizallamiento.

Los dispositivos de alivio de presión son superficies especiales de apoyo, diseñadas específicamente para el manejo de la presión en pacientes que presentan Ulceras por Presión o bien presentan riesgo de padecerlas.

Nos referiremos a superficies especiales de apoyo, como aquellas superficies que han sido diseñadas específicamente para el manejo de la presión, reduciéndola o aliviándola, incluyen camas, colchones, cobertores o cojines de asiento.

En este sentido, el fabricante debería aportar información fundamentada acerca de sus indicaciones de uso (tipo de pacientes a los que va destinado, niveles de riesgo, características de las lesiones de los pacientes tributarios de su uso, así como parámetros de efectividad respecto del alivio-reducción de la presión).

Es recomendable utilizar en todos los niveles asistenciales, una superficie de apoyo adecuada según el riesgo detectado de desarrollar úlceras por presión y la situación clínica del paciente.

Paciente de riesgo bajo: Preferentemente superficies estáticas (colchonetas-cojines estáticos de aire, colchonetas-colchones-cojines de fibras especiales, colchones de espuma especiales, colchonetas-cojines viscoelásticos).

Pacientes de riesgo medio: Preferentemente superficies dinámicas (colchonetas alternantes de aire de celdas medias,) o superficies estáticas de altas prestaciones (colchones de espuma especiales, colchones-colchonetas viscoelásticos).

Pacientes de riesgo alto: Superficies dinámicas (colchones de aire alternante, colchonetas de aire alternante de grandes celdas).

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

Existen en el mercado superficies especiales diseñadas para pacientes pediátricos (incubadora, cuna, cama pediátrica) y para adultos.

Considere siempre a las superficies especiales como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados (movilización y cambios posturales).

La clasificación de superficies de apoyo manejada por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) es la siguiente:

## **Superficies estáticas**

- Colchonetas-cojines estáticos de aire
- Colchonetas-cojines de fibras especiales (siliconadas)
- Colchonetas de espumas especiales
- Colchones-cojines viscoelásticos

## **Superficies dinámicas**

- Colchones-colchonetas-cojines alternantes de aire
- Colchones-colchonetas alternantes de aire con flujo de aire
- Camas y colchones de posicionamiento lateral
- Camas fluidificadas
- Camas bariátricas
- Camas que permiten el decúbito y la sedestación

Recomendaciones de uso de las superficies especiales de apoyo, según el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión y Heridas Crónicas GNEAUPP:

Uno de los documentos de apoyo del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión y Heridas Crónicas, recoge las recomendaciones de uso de las superficies especiales de apoyo. Se recomienda su uso como un material complementario que no sustituye al resto de las otras medidas de manejo de la presión (movilización, cambios posturales y protección local). Su uso dependerá del riesgo detectado de desarrollar Ulceras por Presión y la situación clínica del paciente:

**Paciente de riesgo bajo:** Preferentemente superficies estáticas (colchonetas-cojines estáticos de aire, colchonetas-colchones cojines de fibras especiales, colchones de espuma especiales, colchonetas-cojines viscoelásticos).

**Pacientes de riesgo medio:** Preferentemente superficies dinámicas (colchonetas alternantes de aire de celda medias) o superficies estáticas de altas prestaciones (colchones de espuma especiales, colchones-colchonetas viscoelásticos).

**Pacientes de riesgo alto:** Superficies dinámicas (colchones de aire alternante, colchonetas de aire alternante de grandes celdas).

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

Requisitos para las superficies de apoyo:

- Que sea eficaz en la reducción o alivio de presión.
- Que aumente la superficie de apoyo
- Que facilite la evaporación de la humedad.
- Que provoque escaso calor al paciente.
- Que disminuya las fuerzas de cizallamiento.
- Que tenga buena relación coste-beneficio.
- Que sea de manejo y mantenimiento sencillos.
- Que sea compatible con necesidades de reanimación cardio-pulmonar si se requiere.

## **6.12. Escalas de Valoración**

### **Escala de Braden**

Mide las variables siguientes:

- Percepción sensorial: valora si el paciente reacciona ante una molestia.
- Exposición a la humedad: cuanto tiempo está la piel expuesta a la humedad.
- Actividad: nivel de actividad física.
- Movilidad: si el paciente es capaz de cambiar de posición.
- Nutrición: cantidad de ingesta de alimentos que recibe.
- Roce y peligro de lesiones cutáneas.



## ESCALA DE NORTON

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4. Bueno	4. Alerta	4. Deambula	4. Total	4. Ausente
3. Regular	3. Apático	3. Con ayuda	3. Levemente limitada	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. En silla	2. Muy limitada	2. Habitualmente orina
1. Muy malo	1. Aletargado	1. Encamado	1. Inmóvil	1. Doble incontinencia

CLASIFICACIÓN DE RIESGO		
Puntuación	de 5 a 9	Riesgo muy alto
Puntuación	de 10 a 12	Riesgo alto
Puntuación	de 13 a 14	Riesgo medio
Puntuación	mayor de 14	Riesgo mínimo / No riesgo

### Descripción de las variables utilizadas en la Escala de Norton

#### Estado físico general

##### Bueno

Nutrición: persona que realiza 4 comidas diarias, tomando todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas y 2.000 Kcal. I.M.C.3: 20 – 25.

Líquidos: 1.500 – 2.000cc. al día ( 8 – 10 vasos).

Temperatura corporal: 36 – 37 °C.

Hidratación: persona con el peso mantenido, mucosas húmedas rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo.

### **Mediano**

Nutrición: persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones de proteínas al día y 2.000 Kcal. I.M.C.: 20 – 25.

Líquidos: 1.000 – 1.500cc. al día (5 – 7 vasos).

Temperatura corporal: 37°C – 37,5°C.

Hidratación: Persona con relleno capilar lento y recuperación del pliegue cutáneo lento.

### **Regular**

Nutrición: persona que realiza 2 comidas diarias. Toma la mitad del menú, una media de 2 raciones de proteínas al día y 1.000 Kcal. I.M.C. >50.

Líquidos: 500 – 1.000cc. al día (3 – 4 vasos).

Temperatura corporal: 37,5°C – 38°C.

Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.

### **Muy malo**

Nutrición: persona que realiza 1 comida diaria. Toma un tercio del menú, una media de 1 ración de proteínas al día y menos de 1.000 Kcal. I.M.C. >50.

Líquidos: < 500cc. al día (< 3 vasos).

Temperatura corporal: más de 38°C o menos de 35,5°C.

Hidratación: edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Presencia de pliegue cutáneo.

## **Estado mental**

### **Alerta**

Paciente orientado en tiempo, espacio y lugar. Comprende la información.

Responde adecuadamente a estímulos visuales, auditivos y táctiles.

Valoración: Solicitar al paciente que diga nombre, fecha, lugar y hora.

### **Apático**

Alertado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso.

Reacciona con dificultad ante estímulos y permanece orientado.

Obedece órdenes sencillas.

Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante.

Valoración: Dar instrucciones al paciente como tocar con la mano la punta de la nariz.

### **Confuso**

Inquieto, agresivo, irritable, dormido.

Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos.

Cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo.

Si no hay estímulos fuertes se vuelve a dormir.

Intermitentemente desorientado en tiempo, lugar y/o persona.

Valoración: Pellizcar la piel, pinchar con una aguja.

### **Estuporoso / Comatoso**

Desorientado en tiempo, lugar y persona.

Despierta solo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal / Ausencia total de respuesta, incluso la refleja.

Nunca está totalmente despierto.

Valoración: Presionar el tendón de Aquiles, comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.

### **Actividad**

#### **Total**

Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla.

#### **Disminuida**

Inicia movimientos con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener algunos de ellos.

#### **Muy limitada**

Solo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar todos los movimientos.

#### **Inmóvil**

Es incapaz de cambiar de postura por si mismo, mantener la posición corporal o sustentarla.

### **Movilidad**

#### **Ambulante**

Independiente total.

Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo o lleve prótesis.

#### **Camina con ayuda**

La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo.

## **Sentado**

La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede moverse en una silla o sillón.

La persona precisa ayuda humana y /o mecánica.

## **Encamado**

Dependiente para todos sus movimientos.

Precisa ayuda humana para conseguir cualquier objetivo (comer, asearse...).

## **Incontinencia**

### **Ninguna**

Control de ambos esfínteres.

Implantación de sonda vesical y control del esfínter anal.

### **Ocasional**

No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24h.

### **Urinaria o fecal**

No controla uno de los esfínteres permanentemente.

Colocación adecuada de un colector con atención a fugas, pinzamientos y puntos de fijación.

### **Urinaria y fecal**

No controla ninguno de sus esfínteres.

## **6.13. Terapias empleadas para el Tratamiento de las Ulceras Por Presión**

**Desbridamiento quirúrgico:** es un técnica invasiva y agresiva mediante la cual se retira el tejido necrótico.

**Apósito:** película transparente y adhesiva, impermeable al agua y a la humedad, adaptable a cualquier zona y extensible, que facilita la retirada del tejido necrótico y

ayuda a la absorción del trasudado para minimizar los riesgos de infección. Se han empleado diferentes tipos de apósitos biológicos, los cuales son productos que se utilizan para aislar, cubrir, proteger y facilitar el proceso de cicatrización de una herida, con diferentes mecanismos de acción. La terapia con cura húmeda, en cuanto a su aplicación como tal, data de los años 1960.

**Mecánica corporal:** serie de pautas dirigidas al uso eficiente, coordinado y saludable del cuerpo, enfocadas a movilizar a los pacientes y a llevar a cabo actividades que eviten riesgo de lesiones musculoesqueléticas. Sus objetivos son facilitar el uso eficiente y sin riesgo de los grupos musculares para mantener el equilibrio, reducir la fatiga y eludir el riesgo de lesiones al sujeto. La movilización ayuda a prevenir la aparición de Ulceras Por Presión. Se debe cambiar de postura al individuo aproximadamente cada cuatro horas, desde decúbito supino hasta decúbito lateral (ambos lados), alternando con posición Fowler (sentado) en 30o, 45o y 90o. Se complementa con la colocación de sábanas extendidas sin arrugas, almohadas, rodillos, toallas y férulas debajo de las articulaciones, así como con movimiento de las articulaciones a un ritmo lento.

Apósitos basados en cura húmeda: se describen los diversos apósitos que se encuentran actualmente en el mercado mexicano.

- **Hidrocoloides:** no deben usarse en pacientes con heridas infectadas o necrosis. Está indicado su uso en heridas crónicas que cursan con exudado leve a moderado (Ulceras Por Presión, pie diabético, quemaduras). Son apósitos compuestos de carboximetilcelulosa gelatina y pectinas que tienen un efecto semioclusivo. La capa externa es semipermeable y protege la herida del detritus y la penetración microbiana. La capa interna consiste en moléculas hidrofílicas de carboximetilcelulosa suspendidas en una masa hidrófoba. El ambiente húmedo permite la absorción del exudado y activa las fases sucesivas de la cicatrización. Adicionalmente, su impermeabilidad al agua y a las bacterias amplía el período entre curaciones y permite la difusión de agua. Requieren ser cambiados cada 3-5 días y no generan trauma al ser desechados.

- **Alginatos:** no se recomiendan en heridas secas o con presencia de necrosis. Se utilizan en heridas profundas y con alto exudado, heridas con inflamación y presencia de pus. Están compuestos de sales de sodio y calcio del ácido algínico, un polisacárido aniónico derivado de las algas pardas. Su mecanismo de acción radica en que el alginato de calcio, insoluble en agua, se transforma en gel hidrofílico mediante el intercambio entre los iones de calcio y sodio. El exudado de la herida es rico en iones de sodio, de tal manera que el gel hidrofílico limpia la herida y mantiene el microambiente húmedo que permite la granulación y la epitelización.
- **Hidrogel:** no es útil en pacientes con heridas con moderado o alto exudado. Debido a su estructura hidrofílica puede crear el ambiente húmedo de una herida seca, activar lisis en la herida y humedecer costras o zonas de necrosis seca, de allí se derivan sus indicaciones. Polímero insoluble de metacrilato (también puede contener metilcelulosa, propilenglicol, pectinas o alginato) que forma una red tridimensional de características hidrofílicas. Limpia el lecho de la herida al adherir el tejido necrótico y los microorganismos al gel de la estructura.
- **Hidrofibra (hidrofibra de hidrocoloide):** se utiliza en heridas con alto exudado e infectadas. Compuesto que con ene una parte hidrocoloide (carboxime lcelulosa) dispuesta en fibras, las cuales se convierten en un gel absorbente que atrapa el exudado de la herida. Su mecanismo de acción consiste en formar un gel a partir del exudado de la herida, y mantiene los microorganismos en el interior del gel, impidiendo su salida. Adicionalmente, inhibe el crecimiento bacteriano al disminuir el pH de la herida, activa la angiogénesis y la fibrinólisis.
- **Dextranómero:** hidrata zonas de necrosis secas y estimula enzimas autolíticas. Compuesto de gránulos de polisacárido hidrofílico (copolímero de dextrán). Por su gran capacidad absorbente es capaz de atraer exudado, pus, bacterias, detritus, mediadores inflamatorios.
- **Espuma de poliuretano:** se usa en heridas con tejido de granulación sin evidencia de infección activa. Espuma hidrofílica con una estructura porosa de poliuretano o polimetilsiloxano. Uno de los lados está diseñado térmicamente de tal manera que

mantiene la herida en el nivel óptimo de humedad. La segunda capa consta de una membrana elástica semioclusiva que es impermeable a los patógenos y al agua.

Apósito de poliacrilato más solución de Ringer: es útil en heridas crónicas con alto exudado y heridas infectadas que requieren limpieza. Con un polímero altamente absorbente (poliacrilato) adicionado con solución de Ringer, la cual se libera lentamente al lecho de la herida. Mantiene el ambiente húmedo, lo que permite el lavado continuo de tejido necrótico, microorganismos y toxinas.

- **Apósitos con antimicrobianos:** se reserva su uso para heridas infectadas y críticamente colonizadas. La plata tiene efectos microbicidas. Existen en el mercado como telas antiadherentes de carbón activado impregnadas en sales de plata dentro de una funda de nylon poroso. Pueden utilizarse en heridas secas y húmedas.

Presión negativa: la curación de heridas con presión negativa (CHPN), también denominada «cicatrización asistida al vacío» (VAC, Vacuum-Assisted Closure), es la aplicación de presión atmosférica controlada a una herida usando una bomba eléctrica. La presión puede ser intermitente o continua para conducir a la cicatrización que no se logra de primera intención. La presión atmosférica inferior a la normal se nombra «presión negativa»; puede obtenerse sacando moléculas de gas de la zona de interés (como la zona de la herida). Dicho principio genera hiperemia en la zona de la herida, disminuye los niveles de bacterias y, a su vez, los cursos de antibióticos necesarios para su tratamiento.

Esto se debe a múltiples factores: el efecto positivo de quitar el exceso de fluido sobre el flujo linfático y sanguíneo, la mayor cantidad de oxígeno disponible para procesos oxidativos que eliminan bacterias y la naturaleza cerrada del sistema.

Cura tradicional: consiste en gasas con parafina o impregnadas con suero salino propiciando un ambiente seco, uso de antisépticos y anti microbianos, cuya frecuencia de cambio es diaria.<sup>8</sup>

#### **6.14. Complicaciones de las Ulceras Por Presión**

Las complicaciones de las Ulceras por Presión pueden venir derivadas de la propia naturaleza de la lesión o bien por una mala praxis en el manejo de las mismas.

Pasamos a detallar las complicaciones que con mayor frecuencia nos solemos encontrar.

## **Dolor**

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con un daño real o posible en un tejido.

Existen dos tipos de dolor.

- Dolor nociceptivo: es una respuesta fisiológica normal a un estímulo doloroso.
- Dolor neuropático: es una respuesta inadecuada provocada por una lesión o una disfunción del sistema nervioso. Los pacientes con dolor neuropático sienten dolor al más ligero roce o pueden no sentirlo como consecuencia de esa lesión nerviosa.

Dentro de nuestros objetivos se encuentra el alivio o disminución del dolor a un nivel de tolerancia aceptable para el paciente.

El control del dolor irá dirigido al tratamiento de la causa subyacente o de los factores locales que favorecen la aparición del dolor, tales como la isquemia, infección, sequedad o exudados excesivos, edema, maceración de la piel perilesional, etc.

Si las curas son dolorosas debe valorarse la administración de un analgésico 30 minutos antes del comienzo de la cura.

Como medidas para mitigar el dolor podremos:

- Evitar manipulaciones innecesarias.
- Controlar la presión del apósito sobre la herida.
- Controlar la temperatura de los productos utilizados.
- Utilizar en la medida de lo posible apósitos siliconados de fácil retirada, que además evitarán lesionar el tejido cicatricial.

## **Celulitis**

Es aquella infección que afecta a partes blandas profundas y que se puede extender muy rápidamente, causada generalmente por el *Streptococcus Pyogenes* o

Staphilococcus Aureus. A nivel local se observa eritema, dolor, calor y a nivel sistémico puede aparecer fiebre y afectación ganglionar. En situaciones graves pueden aparecer vesículas, pústulas, ulceración y necrosis que afectan a la fascia muscular y a la musculatura. Será necesaria la prescripción del tratamiento adecuado por parte de su médico y una vigilancia intensiva por nuestra parte, ya que si empeora o no mejora en 24 horas de tratamiento puede derivar en un problema grave para el paciente.

### **Osteomielitis**

Complicación infecciosa de algunas Ulceras por Presión que afectan al hueso subyacente a la lesión. Es una infección piógena causada por gran número de organismos: Staphilococcus Aureus, Staphilococcus epidermis, Streptococcus, Salmonella, Proteus y Pseudomonas generalmente. Cursa con signos inflamatorios, pero a veces es asintomática, siendo a veces difícil de establecer su diagnóstico, ya que es necesario que el hueso pierda entre un 40-50 % del contenido mineral para hacer un diagnóstico radiológico. Los mejores sistemas diagnósticos son el TAC, la gammagrafía ósea y la biopsia ósea con cultivo. Aunque el diagnóstico y tratamiento de este tipo de complicaciones es competencia del médico, es necesario que los profesionales de enfermería estemos alerta ante la aparición de signos que nos puedan inducir a la existencia de una osteomielitis.

### **Sepsis**

Los pacientes con Ulceras por Presión pueden desarrollar una sepsis, apareciendo en tal caso una serie de signos de alarma como son:

- Fiebre
- Hipotensión
- Taquicardia
- Anorexia
- Letargo
- Desorientación

La sepsis generalmente está producida por Staphylococcus Aureus, Bacilos Gram-negativos o Bacteroides Frágilis.

Deberemos estar atentos a estos síntomas, porque una sepsis necesita una atención médica urgente; será necesario una especial atención en ancianos donde pueden no aparecer todos los síntomas anteriormente descritos.

### **Retraso en la curación**

Para poder realizar un manejo eficiente de las Ulceras por Presión será necesario estar en posesión de los conocimientos suficientes.

La realización de una técnica incorrecta, así como, la no utilización de los apósitos adecuados, según la fase en la que se encuentre la lesión, puede originar un retraso en la etapa de granulación, epitelización, etc., exponiendo la lesión a riesgos innecesarios.<sup>8</sup>

## **VII. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **7.1. Tipo de Estudio**

El presente estudio es un estudio descriptivo de corte transversal, prospectivo.

### **7.2. Área de Estudio**

El estudio se realizará en la Caja Bancaria Estatal de Salud es un Gestor de la Seguridad Social a Corto Plazo, es una institución pública descentralizada del Estado. Cuenta con un personal calificado para el desempeño de sus funciones, tanto en el área médica, paramédica, como administrativa. En el área médica se cuenta con profesionales en todas las especialidades para la atención a más de cinco mil asegurados, que se benefician con los servicios de consulta externa, internación hospitalaria, unidad de terapia intensiva, quirófano, recuperación, sala de partos, fisioterapia, nutrición, trabajo social, ecografía, rayos X y farmacia. Se encuentra ubicada en Ciudad de La Paz, Zona Miraflores Calle Panamá N°1162.

### **7.3. Universo y Muestra**

#### **Universo:**

El universo está conformado por 20 Licenciadas de Enfermería que trabajan en la Caja Bancaria Estatal de Salud durante la gestión 2018 que equivale al 100%.

La muestra fue tomada a toda la población de enfermeras que son 20 la población de estudio.

### **7.4. Criterios de Inclusión y Exclusión**

#### **7.4.1. Criterios de Inclusión.**

- Profesionales de enfermería que trabajan en la Unidad de Terapia Intensiva de la Caja Bancaria Estatal de Salud
- Personal de enfermería que acepte ser parte de la investigación y firme el consentimiento informado.
- Personal de enfermería que se encuentra presente en el momento de la recolección de datos.
- Personal de enfermería con experiencia laboral mayor a 6 meses.

#### 7.4.2. Criterios de Exclusión

- Personal de enfermería que no cuente con los criterios de inclusión.
- Profesional de enfermería que no desee ser parte del estudio.
- Personal de enfermería que tenga experiencia laboral menor a 6 meses en la institución que cuenten con contrato eventual.
- Personal de enfermería se encuentra de vacaciones al momento de la recolección de datos.
- Personal de enfermería que esté realizando remplazos al momento de la recolección de datos.

#### 7.5. Operacionalización de Variables

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INDICADOR</b>
<b>Edad</b>	Se considera edad en años cumplidos al momento de la recolección de la información	Cuantitativa	20-25 26-30 31-35 >35	Tabla de frecuencia Porcentual
<b>Formación académica</b>	Nivel de instrucción	Cualitativa	Licenciatura Diplomado Especialidad Maestría	Tabla de frecuencia Porcentual
<b>Tiempo en la profesión</b>	Años dedicados en la profesión	Cuantitativa	< 1 año 2-5 años 2-6 años > 11 años	Tabla de frecuencia Porcentual
<b>Existencia de un Protocolo en UTI de</b>	Descripción detallada de una actividad	Cualitativa	Si No	Tabla de frecuencia Porcentual

<b>prevención de UPP</b>	Secuencia de pasos para conseguir el total de la acción			
<b>Conocimientos de una escala de valoración de riesgo de UPP</b>	Las escalas de valoración establecen una puntuación o probabilidad de riesgo de desarrollar UPP	Cualitativa Nominal	Si No	Tabla de frecuencia Porcentual
<b>Ulceras por presión</b>	Es una lesión isquémica localizada en la piel y/o tejido subyacente con pérdida de sustancia cutánea	Cualitativa	Grado I Grado II Grado III Grado IV	Tabla de frecuencia Porcentual
<b>Cuidados de la piel</b>	Actividades relacionado con la limpieza, humedad manejo de la presión para	Cualitativa	Inspección c/2 hrs. c/ día c/ turno c/ semana Importancia de la higiene Si	Tabla de frecuencia Porcentual

	mantener una piel sana		No Frecuencia de la higiene Diario Interdiario Semanal Quincenal	
<b>Movilización</b>	Efecto de trasladarse de un lado a otro	Cuantitativa	Importancia Si No Frecuencia c/ 30 min. c/ 60 min. c/ 2 hrs. c/ 4 hrs.	Tabla de frecuencia Porcentual
<b>Importancia de la nutrición</b>	Ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.	Cualitativa	Alimentación SI NO Hidratación SI NO	Tabla de frecuencia Porcentual

### 7.6. Técnicas y métodos de recolección de datos

Para la recolección de información se realizó a través de dos instrumentos una encuesta y una lista de chequeo al personal profesional de enfermería que trabaja en la Caja Bancaria Estatal de Salud ya que todas las profesionales cada tres meses según rotación realizada por la Jefa de Enfermeras ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva en los diferentes turnos, de las cuales se cuidó su anonimato, esta se llevara a cabo el mes de agosto, la encuesta consta de preguntas sobre características socio demográficas, que nos permite recolectar datos personales y laborales de conocimiento esencial sobre las úlceras por presión, la lista de chequeo nos ayuda a

identificar cual es la práctica actual del personal de enfermería en Prevención de Ulceras por Presión de la Unidad de Terapia Intensiva.

Mencionar que los instrumentos fueron de aprobados por juicio de expertas Magister en el área de Terapia Intensiva.

#### **7.7. Plan de tabulación y análisis**

Toda la información recolectada se procesó a través del paquete estadístico de Excel el resultado se reflejará a través de cuadros y gráficos; para su mejor comprensión. Las cuales están descritas en el apartado de resultados.

## **VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente trabajo de investigación se hizo posible de acuerdo a lo siguiente:

Se envió cartas de solicitud para la realización de la investigación: al Director General, Jefatura de Enseñanza y Jefa de Enfermeras de la Caja Bancaria Estatal de Salud las cuales fueron aprobadas.

Se realizó también un Protocolo para Jefatura de Enseñanza de la Caja Bancaria Estatal de Salud la cual fue revisada y aprobada por la Jefe de Enseñanza para dar curso a la investigación.

Para la aplicación de la encuesta y la lista de chequeo se procedido a realizar su validación con profesionales expertos en el área de Terapia Intensiva, quienes aprobaron los instrumentos.

Para la recolección de datos y llenado de la encuesta ya validados, se entregó un consentimiento informado a las Licenciadas de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva de la Caja Bancaria Estatal de Salud que participaron voluntariamente en la investigación. (Ver ANEXO N°1,2, 3,4).

## IX. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados que se obtuvieron de la recolección de datos que se realizó en la gestión 2018.

### CUADRO N°1

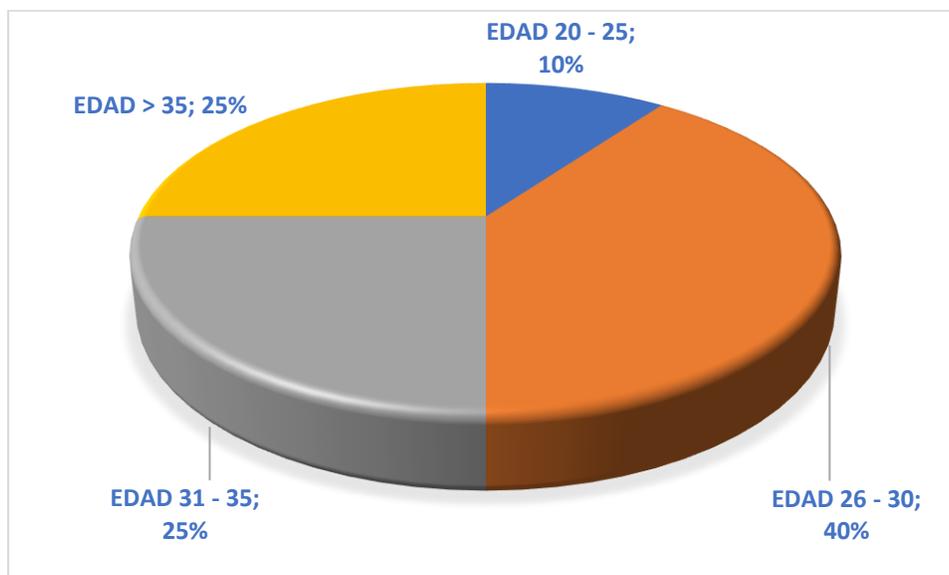
#### EDAD DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018.

Edad	Respuestas	Porcentaje
20 a 25 años	2	10%
26 a 30 años	8	40%
31 a 35 años	5	25%
Mayor a 35 años	5	25%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

### GRAFICO N°1



**Interpretación:** En el siguiente cuadro y grafico N°1 correspondiente a la edad de las profesionales comprendida entre 26 a 30 años es representada por un 40% y de 20 a 25 años en un 10%

## CUADRO N°2

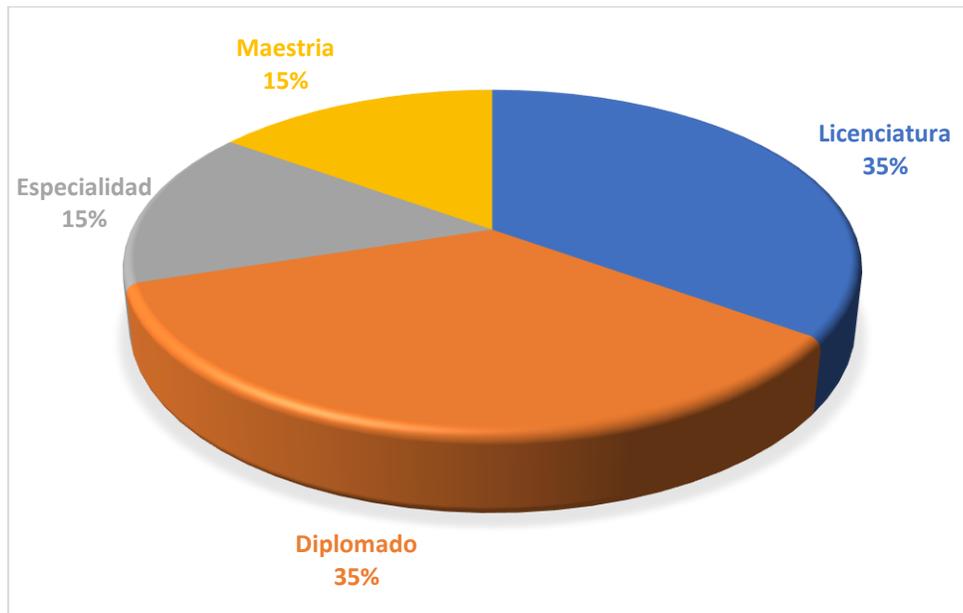
### GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018

Formación Académica	Respuestas	Porcentaje
Licenciatura	7	35 %
Diplomado	7	35 %
Especialidad	3	15 %
Maestría	3	15 %
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

## GRAFICO N°2



**Interpretación:** En el siguiente cuadro y grafico N°2 las profesionales de enfermería cuentan con la licenciatura en un 35 %, diplomado de igual forma un 35% y en menor porcentaje es de 15% cuentan con una especialidad o maestría.

### CUADRO N°3

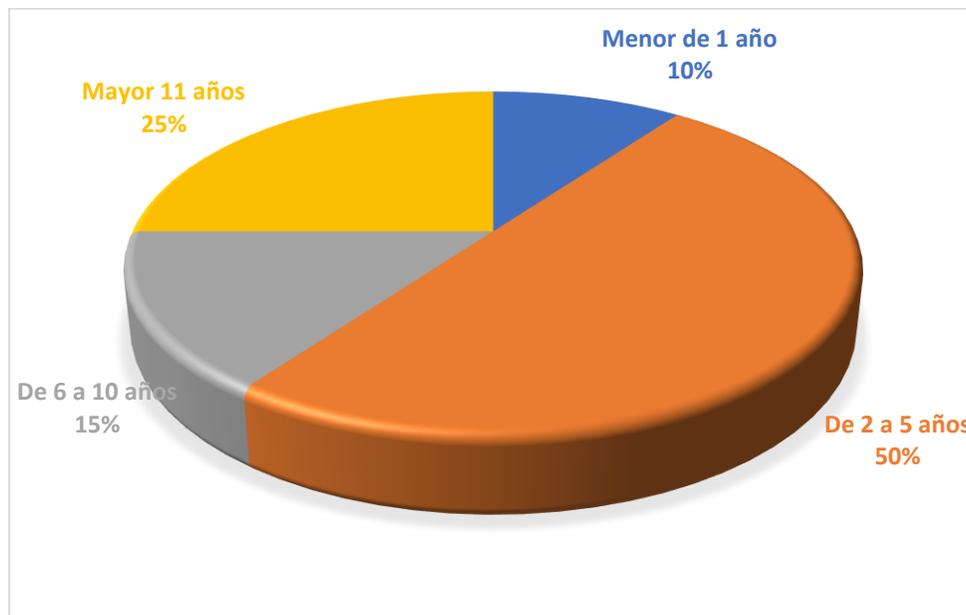
#### **AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL EN LA PROFESIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018**

<b>Años de experiencia en la Profesión</b>	<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Menor de 1 año	2	10%
De 2 a 5 años	10	50%
De 6 a 10 años	3	15%
Mayor 11 años	5	25%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

### **GRAFICO N°3**



**Interpretación:** En el siguiente cuadro y grafico N°3 se observa que las profesionales cuentan con una experiencia de 2 a 5 años en un 50 % y una experiencia menor a un año en un 10%

#### CUADRO N°4

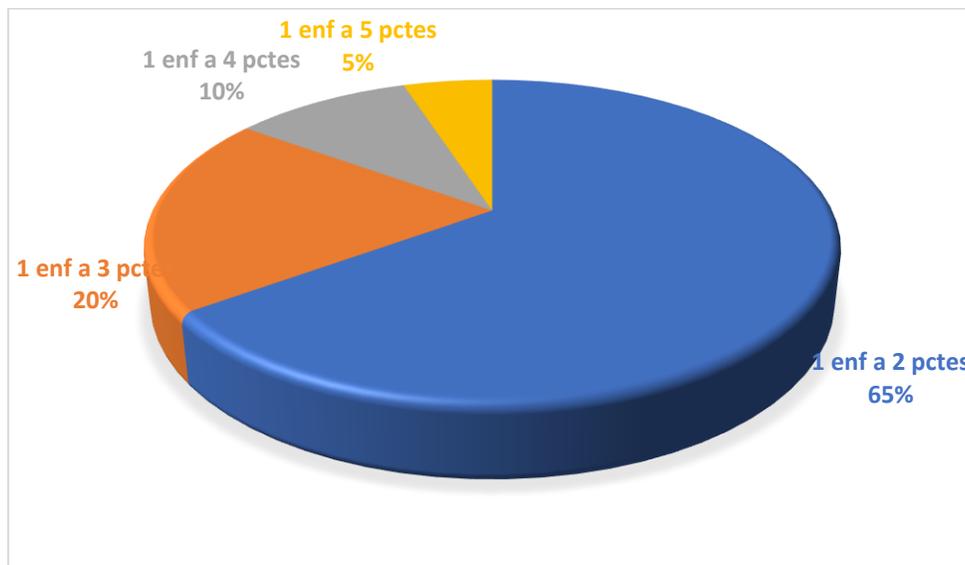
### ATENCIÓN ENFERMERA - PACIENTE EN RELACIÓN A LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018

Atención de Pacientes en UTI	Respuestas	Porcentaje
1enfermera a 2 pacientes	13	65%
1enfermera a 3 pacientes	4	20%
1enfermera a 4 pacientes	2	10%
1enfermera a 5 pacientes	1	5%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

#### GRAFICO N°4



**Interpretación:** En el siguiente cuadro y gráfico N°4 muestra que la relación de atención enfermera paciente debe ser 1 enfermera con 2 pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva en un 65% y 1 enfermera para 5 pacientes en un 5% lo que nos muestra un factor de riesgo.

### CUADRO N°5

#### EXISTE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018

Datos	Respuestas	Porcentaje
SI	0	0%
NO	20	100%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

**Interpretación:** En cuadro N°5 las profesionales indican que actualmente no existe un Protocolo de Prevención de Ulceras por Presión en la Unidad de Terapia Intensiva representado con un 100%.

### CUADRO N°6

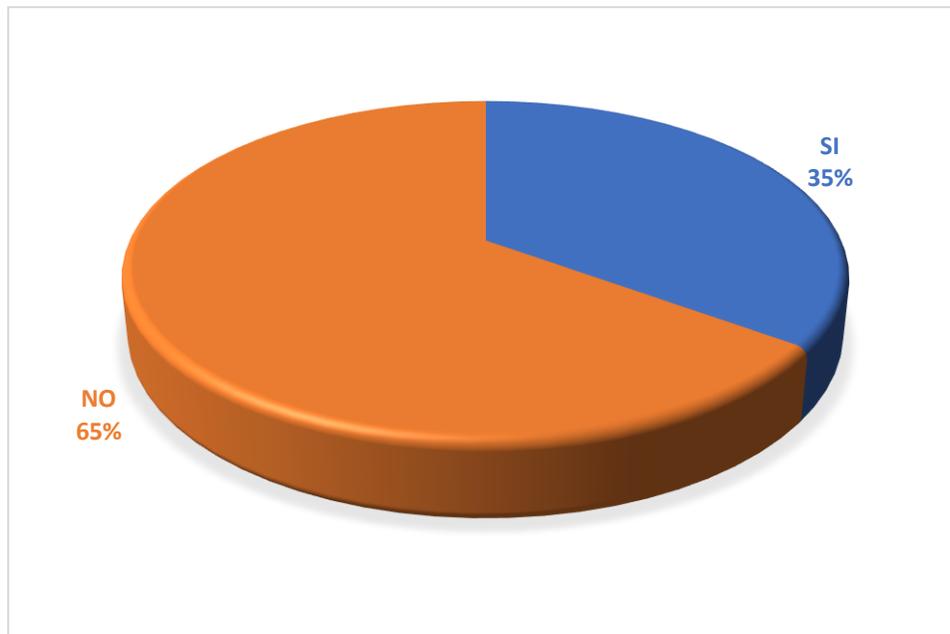
#### APLICACIÓN DE UNA ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018

Datos	Respuestas	Porcentaje
SI	7	35%
NO	13	65%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

### GRAFICO N°6



**Interpretación:** en el siguiente cuadro y grafico N°6 nos indica que las profesionales no conocen y no se aplica una escala de valoración de riesgo de Ulceras Por Presión en un 65% y entre las profesionales que si conocen una escala de valoración de riesgo un 35%, por lo cual el desconocimiento de estas escalas nos muestra un factor de riesgo.

### CUADRO N°7

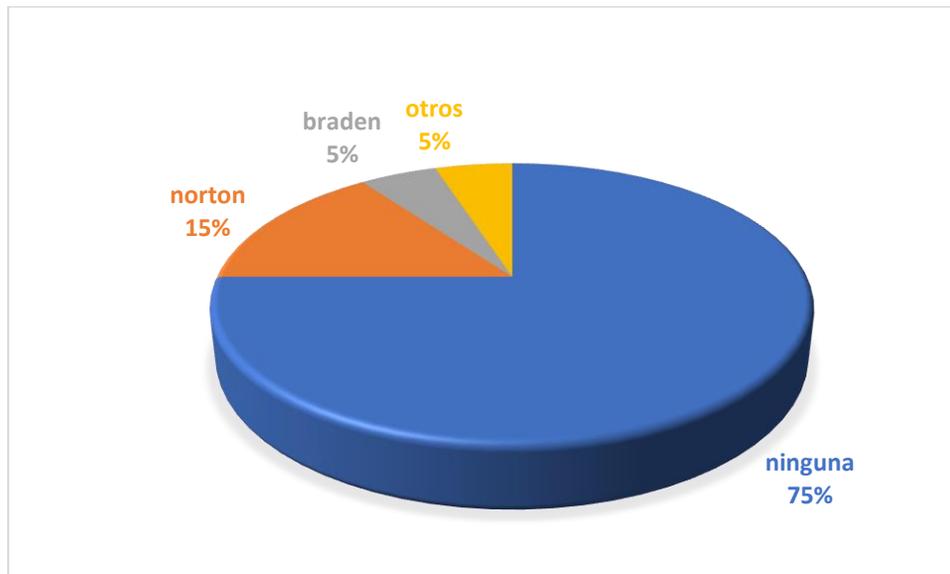
#### ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN QUE CONOCE EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018

Datos	Respuestas	Porcentaje
Ninguna	15	75%
Norton	3	15%
Braden	1	5%
Otros	1	5%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

### GRAFICO N°7



**Interpretación:** el siguiente cuadro y grafico N°7 según los resultados el personal no conoce una Escala de Valoración de Riesgo de Úlceras Por Presión en un 75%, el personal de enfermería conoce la Escala de Norton 15% seguida por la Escala de Braden con un 5%.

### CUADRO N°8

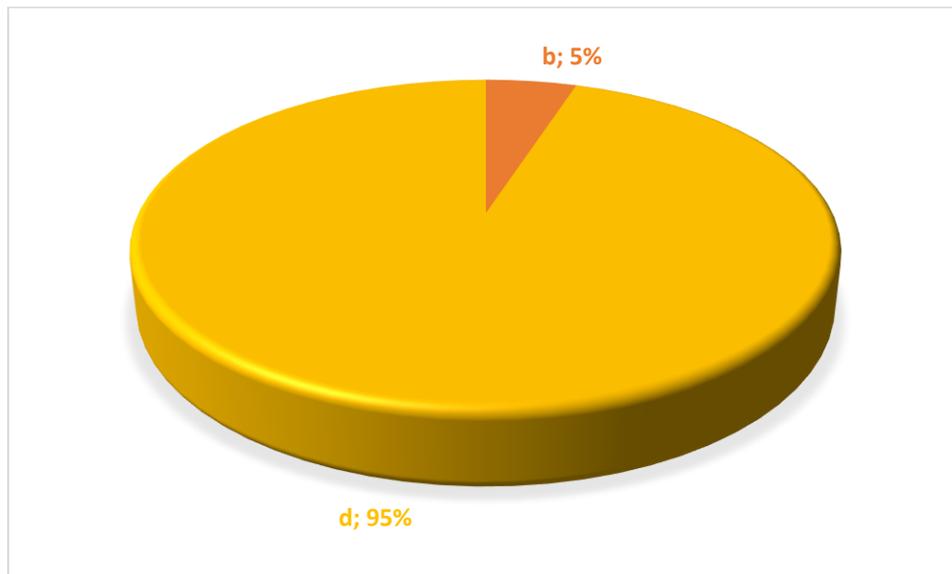
#### CONOCIMIENTO SOBRE QUE SON LAS ULCERAS POR PRESIÓN SEGUN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018

Las Ulceras Por Presión son	Respuestas	Porcentaje
a) Lesión isquémica localizada en la piel con pérdida de sustancia cutánea	0	0%
b) Son lesiones de la piel producidas por la permanencia prolongada en cama	1	5%
c) Son resultado de la presión y/o fricción donde se localiza una prominencia ósea.	0	0%
d) Todos	19	95%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

### GRAFICO N°8



**Interpretación:** el siguiente cuadro y grafico N°8 las profesionales respondieron correctamente en un 95% siendo el inciso d la opción correcta donde muestra que todas las opciones erran correctas y respondió erróneamente un 5 %.

### CUADRO N°9

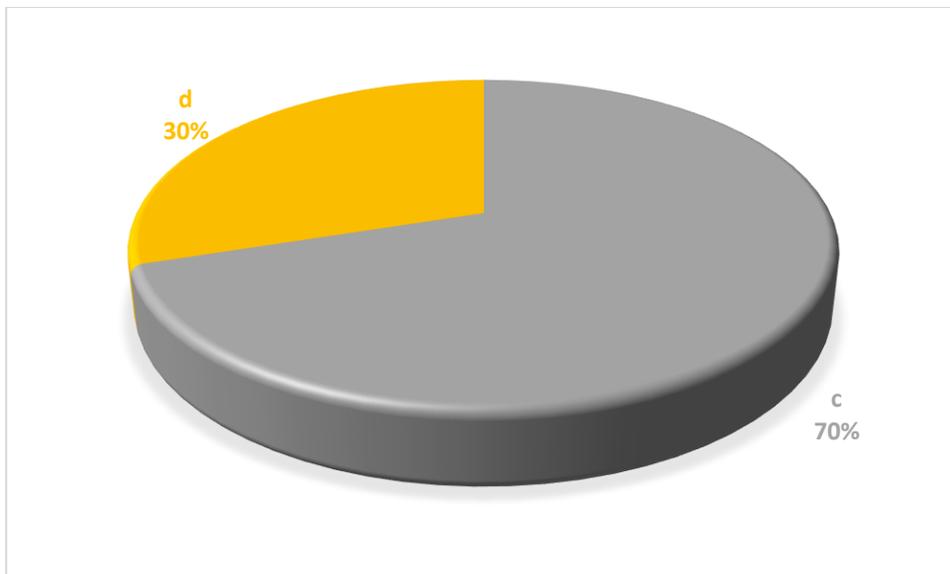
#### ZONAS DE MAYOR RIESGO DE PRESENTAR ULCERAS POR PRESIÓN SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018

Zonas de mayor riesgo	Respuestas	Porcentaje
a) Nariz, boca, pabellón auricular, meato urinario	0	0%
b) Solamente región sacra.	0	0%
c) Sacro, omoplatos, hombros, talones, tobillos, codos, maléolos.	14	70%
d) a y c	6	30%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

### GRAFICO N°9



**Interpretación:** el siguiente cuadro y grafico N°9 muestra que 30% respondió correctamente ya que el inciso d es la respuesta correcta y un 70% de las profesionales no conoce que las Úlceras por Presión también es causado por dispositivos clínicos más aun en la Unidad de Terapia Intensiva por lo cual observamos un factor de riesgo.

### CUADRO N°10

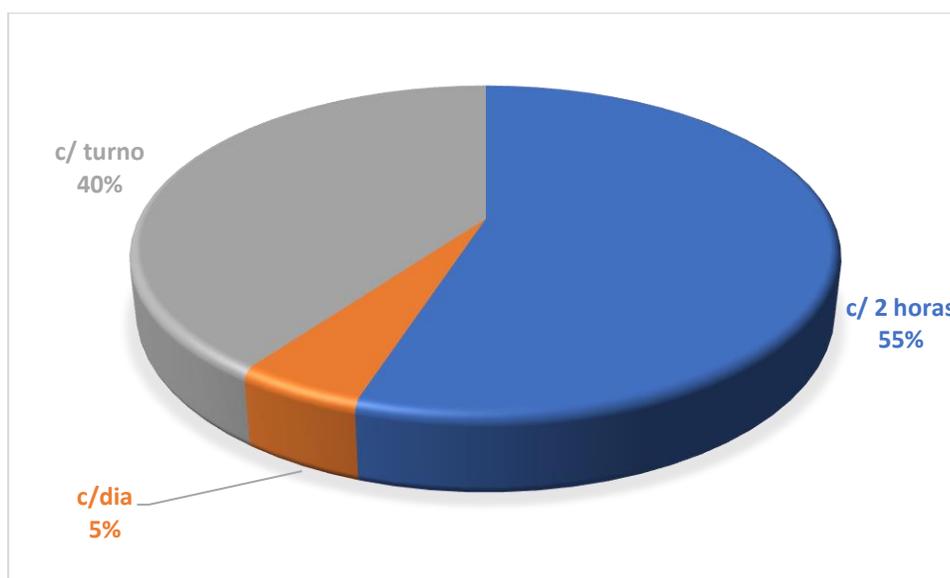
#### FRECUENCIA DE INSPECCIÓN DE LA PIEL SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018

Inspección de la piel	Respuestas	Porcentaje
c/ 2 horas	11	55%
c/ día	1	5%
c/ turno	8	40%
c/ semana	0	0%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

### GRAFICO N°10



**Interpretación:** el siguiente cuadro y grafico N°10 nos indica que un 55 % de las profesionales responden que la frecuencia de inspección de la piel debe ser cada 2 horas siendo esta la respuesta correcta y un 5% indica que debe ser por turno.

### CUADRO N°11

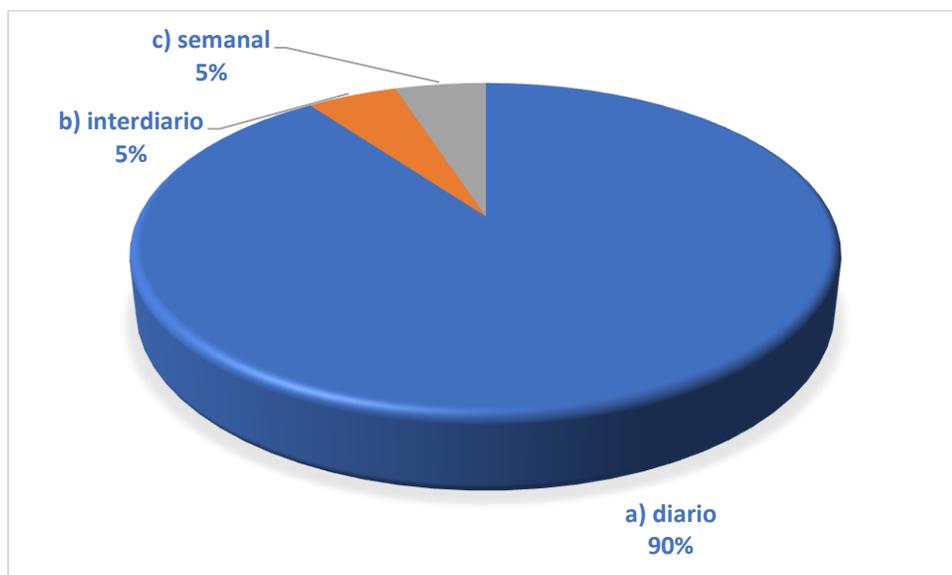
#### CONOCIMIENTO SOBRE LA FRECUENCIA DE LA HIGIENE DE LA PIEL SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018

Frecuencia de la higiene de la piel	Respuestas	Porcentaje
a) Diario	18	90%
b) Interdiario	1	5%
c) Semanal	1	5%
d) Quincenal	0	0%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

### GRAFICO N°11



**Interpretación:** el siguiente cuadro y grafico N°11 el 90 % de las profesionales responde al inciso a, que la frecuencia de la higiene de la piel debe realizarse diariamente y un 5% responde que la higiene de la piel es interdiario y 5% semanal.

### CUADRO N°12

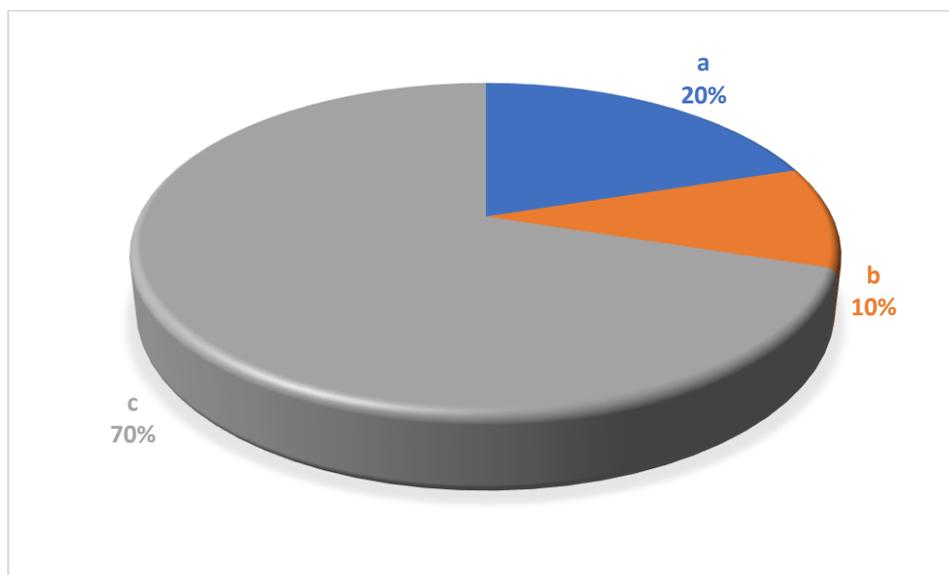
#### ELEMENTOS QUE DEBE UTILIZAR PARA LA HIGIENE DE LA PIEL DEL PACIENTE SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018

Elementos de aseo	Respuestas	Porcentaje
a) Solo agua	4	20%
b) Agua mas jabón liquido	2	10%
c) Agua mas jabón neutro	14	70%
d) Agua mas hierbas medicinales	0	0%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

### GRAFICO N°12



**Interpretación:** el siguiente cuadro y grafico N°12 un 70 % responde correctamente al inciso c, que se debe utilizar agua más jabón neutro y un 10% responde erróneamente que se debe utilizar jabón líquido lo cual puede ser un factor de riesgo.

### CUADRO N°13

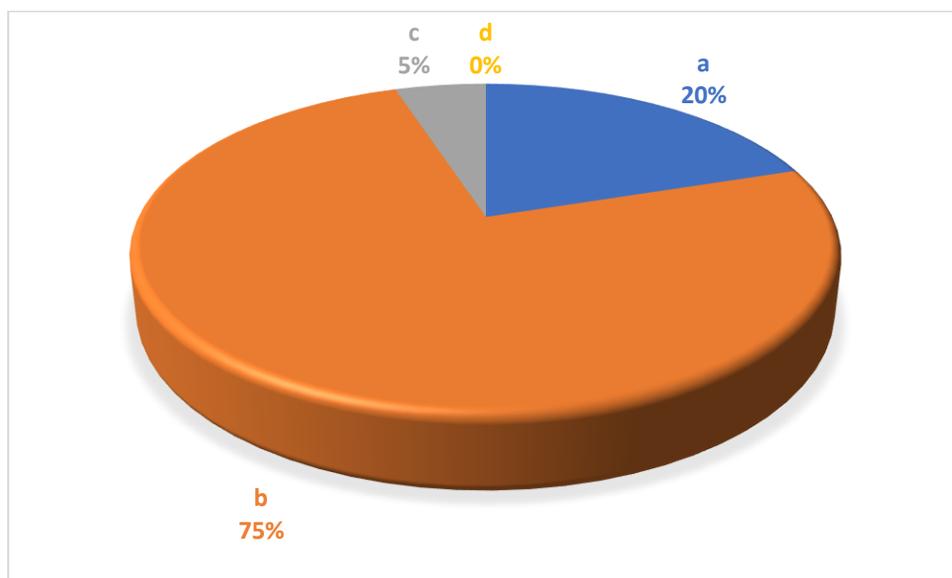
#### QUE SE ENTIENDE POR CAMBIOS DE POSICIÓN SEGUN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018

<b>cambios de posición</b>	<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
a) Mantener con posturas adecuadas al paciente (posición anatómica).	4	20%
b) Movimientos alternados cada cierto tiempo	15	75%
c) Mover todo lo que sea posible al paciente.	1	5%
d) Movilizar solo cuando se le realiza la higiene	0	0%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

### GRAFICO N°13



**Interpretación:** el siguiente grafico N°13 el 75 % responden correctamente al inciso b, que el cambio de posición debe ser con movimientos alternados cada cierto tiempo y un 20% respondió mantener en posición anatómica lo cual es incorrecto.

### CUADRO N°14

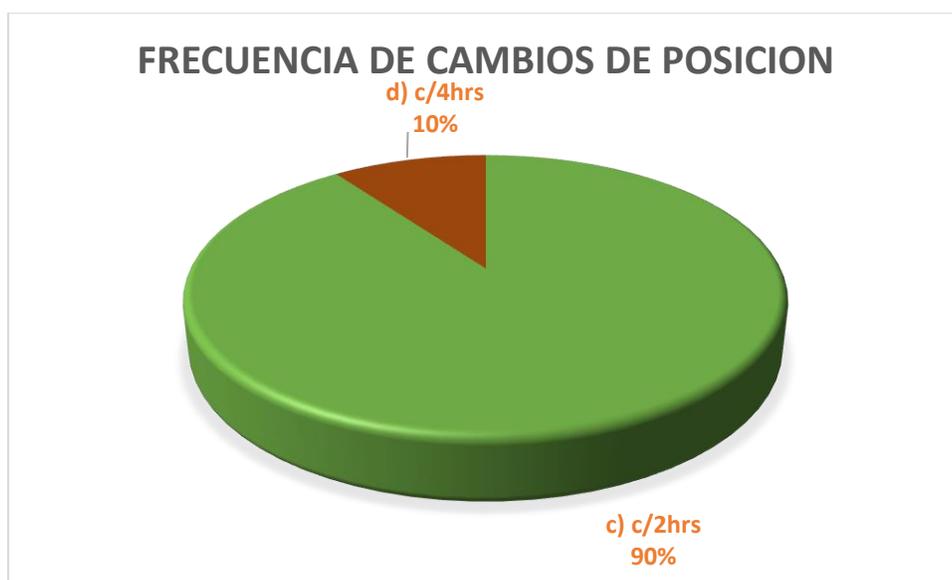
#### FRECUENCIA DE CAMBIOS DE POSICIÓN SEGUN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018

Frecuencia	Respuestas	Porcentaje
a) c/30 min	0	0%
b) c/60 min	0	0%
c) c/2hrs	18	90%
d) c/4hrs	2	10%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

### GRAFICO N°14



**Interpretación:** el siguiente cuadro y grafico N°14 nos indica que el inciso c, es el correcto siendo el 90% de las profesionales consideran que la frecuencia de cambios de posición debe ser cada 2 horas y un 10% cada 4 horas.

### CUADRO N°15

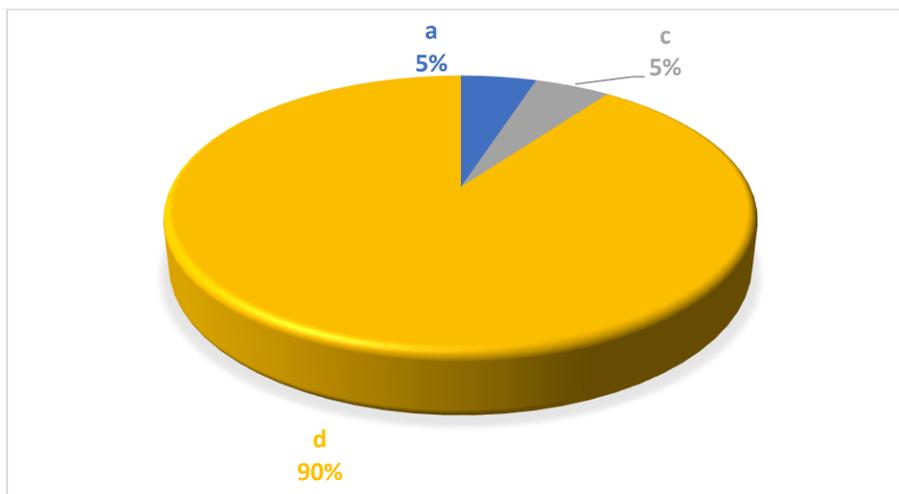
#### FORMA DE REALIZAR MASAJES PREVENTIVOS SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018

Como realizar masajes	Respuestas	Porcentaje
a) Golpes suaves, desde la cadera hasta los hombros	1	5%
b) Golpes suaves, solo en la espalda y piernas	0	0%
c) En forma circular, solo en la espalda	1	5%
d) En forma circular y con movimientos suaves en las zonas de presión (codos, hombros, glúteos, tobillos, cadera, espalda)	18	90%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

### GRAFICO N°15



**Interpretación:** el siguiente cuadro y grafico N°15 nos indica que el inciso d, es el correcto y el 90% de las profesionales consideran que los masajes deben ser con movimientos suaves en las zonas de presión y un 5% responde solo debe ser en la cadera hacia los hombros y un 5% que debe ser solo en la espalda respondiendo erróneamente.

### CUADRO N°16

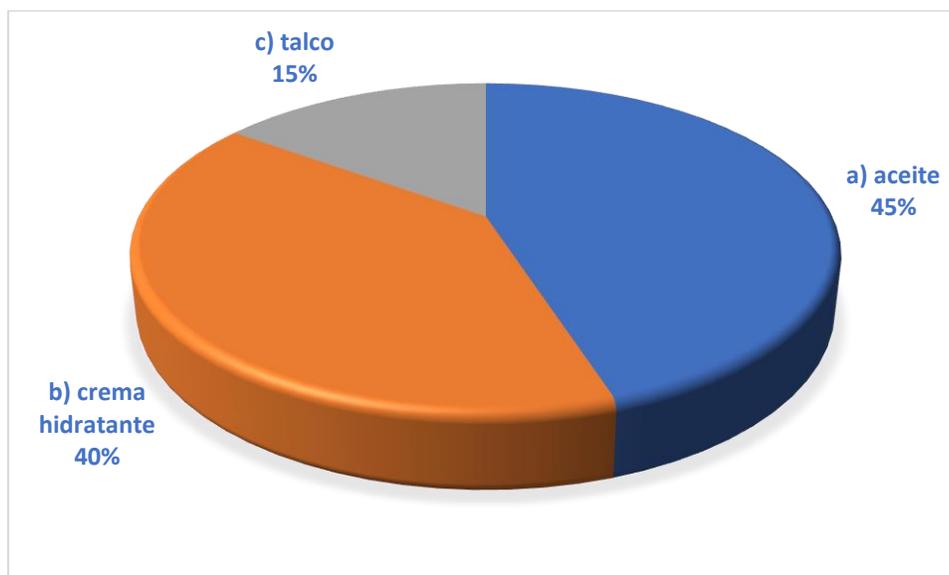
#### PRODUCTO MÁS UTILIZADO PARA REALIZAR MASAJES SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018

Producto	Respuestas	Porcentaje
a) Aceite	9	45%
b) Crema hidratante	8	40%
c) Talco	3	15%
d) Colonia	0	0%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

### GRAFICO N°16



**Interpretación:** el siguiente cuadro y grafico N°16 nos indica que un 45%del personal respondió correctamente al inciso a, ya que utiliza aceites para lubricar la piel; un 40 % responde cremas hidratantes, pero estos pueden contener perfumes que son irritantes para la piel y un 15% indica que usa talco lo cual nos indica que tenemos un factor de riesgo.

### **CUADRO N°17**

#### **EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA CUENTA CON UN COLCHÓN ANTIESCARAS**

<b>Colchón antiescaras</b>	<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	20	100 %
NO	0	0 %
Total	20	100%

**Fuente:** elaboración propia

**Instrumento:** encuesta

**Interpretación:** el siguiente cuadro N°17 indica que el 100% de las profesionales tienen el conocimiento de que la unidad de terapia intensiva tiene un colchón antiescaras.

### **CUADRO N°18**

#### **UTILIZACIÓN DE ALMOHADAS COMO PROTECTOR DE TALONES Y CODOS PARA EVITAR EL ROCE ENTRE SI**

<b>Utiliza almohadas</b>	<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	20	100%
NO	0	0%
Total	20	100%

**Fuente:** elaboración propia

**Instrumento:** encuesta

**Interpretación:** el siguiente grafico N°18 el 100% de las profesionales conoce que debe utilizar almohadas para prevenir roces.

### CUADRO N°19

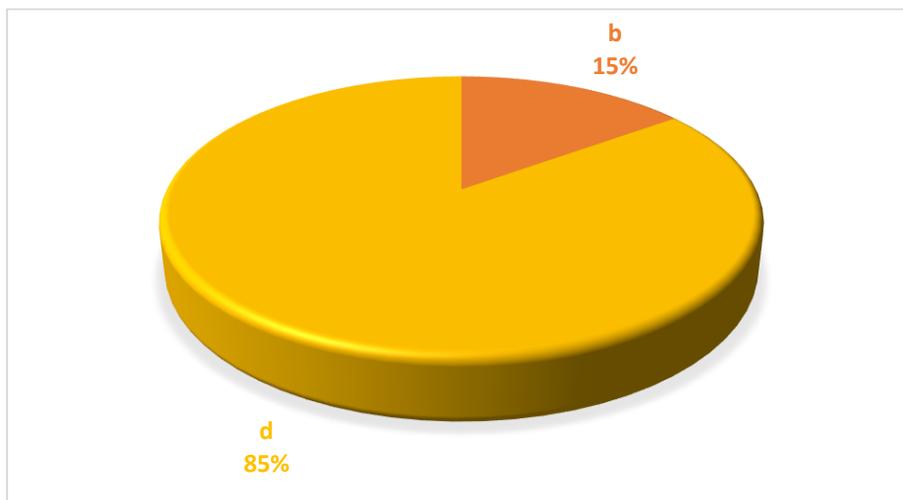
#### ACCIONES QUE REALIZA ANTE LA PRESENCIA DE UNA ZONA ENROJECIDA EN LA PIEL SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018

Piel enrojecida	Respuestas	Porcentaje
a) Lavar la zona afectada, hidratar y secar sin frotar	0	0%
b) Eliminar la presión y todo roce en la zona afectada.	3	15%
c) Aumentar la frecuencia de los cambios de posición	0	0%
d) Todas las anteriores.	17	85%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

### GRAFICO N°19



**Interpretación:** el siguiente cuadro y grafico N°19 responde correctamente al inciso d, que son 85% de las profesionales realiza todas las acciones mencionadas en los incisos a,b,c, y un 15 % indica que solo debe eliminar la presión y roce en la zona afectada.

### CUADRO N°20

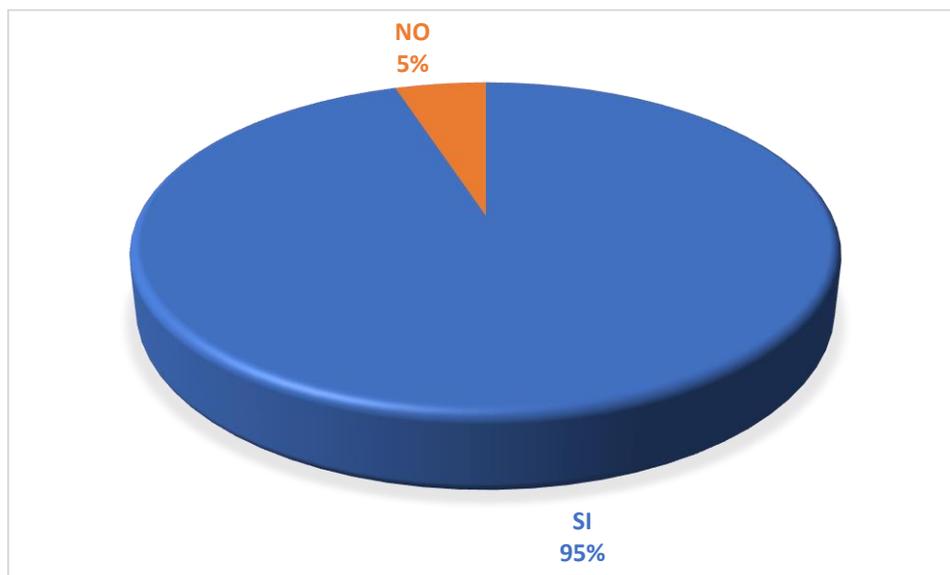
#### IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN PARA DISMINUIR LAS ULCERAS POR PRESIÓN SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018

Importancia de la alimentación	Respuestas	Porcentaje
SI	19	95%
NO	1	5%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

### GRAFICO N°20



**Interpretación:** el siguiente cuadro y grafico N°20 nos indica que el 95% de las profesionales responde SI que la que la alimentación es muy importante para la prevención de úlceras por presión y un 5% desconoce la importancia.

### CUADRO N°21

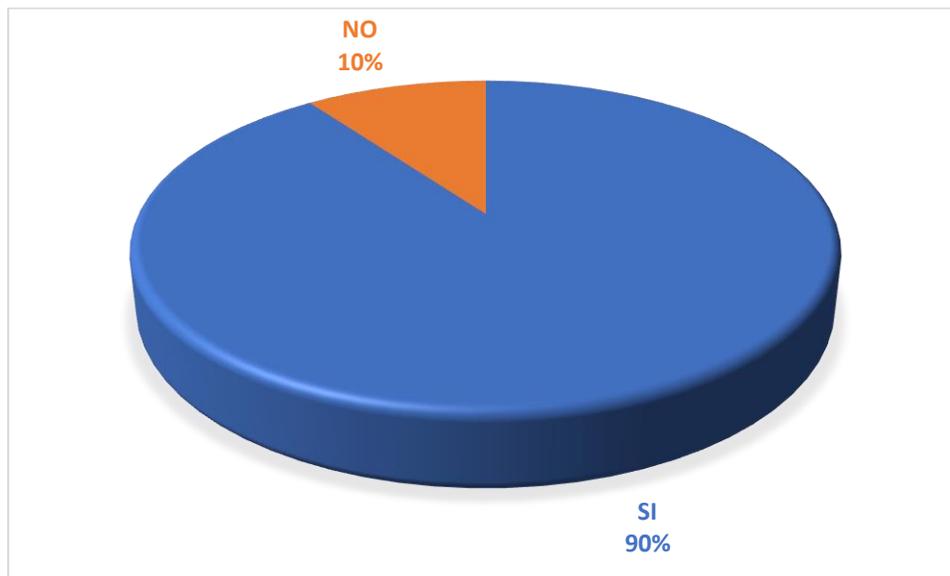
#### IMPORTANCIA DEL APORTE HÍDRICO SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTION 2018

Importancia de la hidratación	Respuestas	Porcentaje
SI	18	90%
NO	2	10%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia

Instrumento: encuesta

### GRAFICO N°21



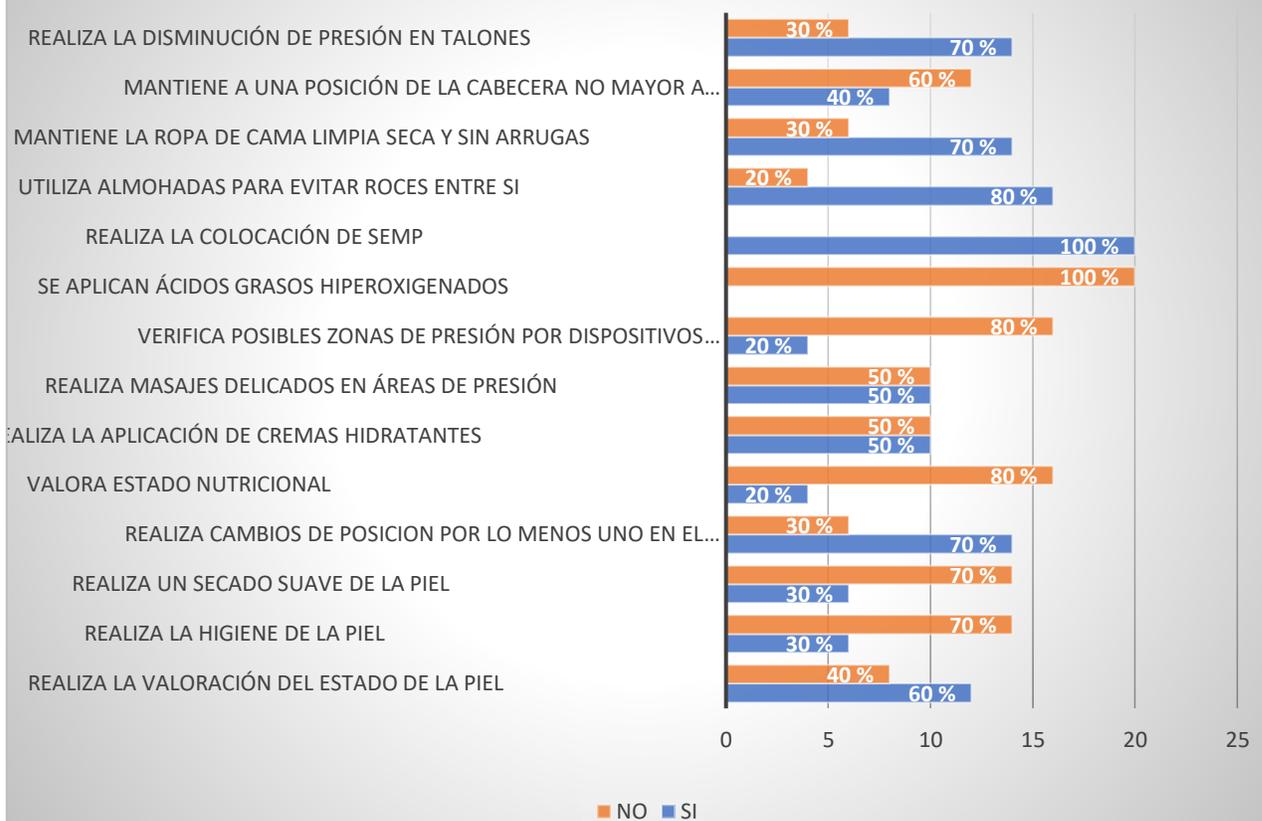
**Interpretación:** el siguiente cuadro y gráfico N°21 nos indica que el 90% de las profesionales responde que SI es importante la hidratación en el paciente y un 10% considera que no tiene importancia.

**LISTA DE CHEQUEO DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS EN PREVENCIÓN DE  
ULCERAS POR PRESIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE  
TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD GESTIÓN**

**2018**

<b>LISTA DE CHEQUEO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Realiza la valoración del estado de la piel	12	8
Realiza la higiene de la piel	6	14
Realiza un secado suave de la piel	6	14
realiza cambios de posición por lo menos uno en el turno	14	6
Valora estado nutricional	4	16
Realiza la aplicación de cremas hidratantes	10	10
Realiza masajes delicados en áreas de presión	10	10
Verifica posibles zonas de presión por dispositivos clínicos	4	16
Se aplican ácidos grasos hiperoxigenados	0	20
Realiza la colocación de SEMP	20	0
Utiliza almohadas para evitar roces entre si	16	4
Mantiene la ropa de cama limpia seca y sin arrugas	14	6
Mantiene a una posición de la cabecera no mayor a 30°	8	12
Realiza la disminución de presión en talones	14	6

## LISTA DE CHEQUEO



**Fuente:** Elaboración propia

**Instrumento:** checklist

**Interpretación:** se observa en el siguiente cuadro que el personal de enfermería de la terapia intensiva realiza la valoración de la piel, en cuanto a la higiene solo 6 licenciadas lo realizan y realizan su secado con toques suaves en una mayoría si realizan cambios de posición por lo menos uno por turno, no valoran el estado nutricional, aplican cremas hidratantes juntamente con masaje suaves realizan el uso del colchón de aire, utilizan almohadas para prevenir roces y el cuidado de disminuir presión en los talones en cuanto al cambio de sábanas lo realizan no todas las profesionales.

## **X. CONCLUSIONES**

Con la culminación del trabajo se pudo llegar a las siguientes conclusiones que responden a nuestros objetivos específicos.

1. Los datos sociodemográficos de las enfermeras son según la edad promedio es de 26 a 30 años con un 40%; 20 a 25 años un 10%; en cuanto los años de experiencia en la profesión de 2 a 5 años representa un 50% de las profesionales y con menor a un año de experiencia un 10%.
2. En cuanto a la verificación de la existencia de manuales o protocolos en la institución el 100% reconoce que no existen manuales en prevención de Ulceras por Presión en la Unidad de Terapia Intensiva.
3. En cuanto al nivel de conocimiento en prevención de Ulcera por Presión 65% no conocen escalas de valoración 35% indica que si conocen escalas de valoración de riesgo de Ulceras por Presión; de las profesionales que respondieron que conocen escalas de valoración de riesgo de Ulceras por Presión; el 15% de las profesionales conoce la escala de Norton; el 5 % conoce la escala de Braden; el 5% respondió incorrectamente y el 75% desconoce la existencia de una escala de valoración de riesgo de Ulceras por Presión.
4. En cuanto al accionar con el conocimiento si bien el personal de enfermería en un 60% realizan la valoración del estado de la piel del paciente, en un 40% no realiza la valoración de la piel; en comparación con el conocimiento el 55% del personal indica que la valoración debe ser cada 2 horas y un 40% indica que debe ser por turno lo cual nos demuestra que la mayoría del personal conoce que la valoración de la piel es cada dos horas pero solo realiza una valoración por turno.

El 70% del personal realiza los cambios de posición por lo menos uno en el turno y el 30% no lo realiza en comparación con el conocimiento el 90% mencionan que los cambios de posición deben realizarse cada 2 horas y un 10% menciona que debe realizarse cada 4 horas. Por lo cual demuestra que en la práctica en su mayoría realiza los cambios de posición solo uno por turno.

El 30% del personal realiza la higiene de la piel por turno y un 70% no lo hace; en cuanto al conocimiento El 90% de las profesionales indican que la higiene

de la piel debe realizarse a diario un 5% que se debe realizar Inter diario. Por lo cual en su mayoría no realiza la higiene de la piel.

El 20% del personal verifica zonas de presión por dispositivos clínicos y el 80% no verifica zonas de presión por dispositivos clínicos; en cuanto al conocimiento solo el 30% indica que también las úlceras por presión pueden presentarse por dispositivos clínicos.

5. Dando cumplimiento al objetivo general se determinó que en la práctica de enfermería en prevención de Úlceras por Presión en la Unidad de Terapia Intensiva de la caja Bancaria Estatal de Salud, no se aplican los conocimientos del personal a la práctica, según la verificación de la encuesta y la lista de chequeo. Lo cual nos muestra un factor de riesgo para la aparición de las mismas.

## **XI. RECOMENDACIONES**

Producto de lo observado se reconoce la necesidad de implementación de escalas de valoración de riesgo plasmado dentro de un protocolo de prevención de úlceras por presión, para manejar en forma conjunta criterios unificados.

1. Se recomienda a la institución el apoyo constante tanto en recursos humanos como financieros equipamiento de la Unidad de Terapia Intensiva que nos faciliten el trabajo, ya que será beneficioso tanto para el personal como para el cliente.
2. Se sugiere que el personal de Enfermería, realice el uso del protocolo de procedimientos orientados a la Prevención de las Úlceras por Presión en la Unidad de Terapia Intensiva. Sugerir también realizar más estudios que nos faciliten el trabajo como ser guías protocolos de actuación para la atención de nuestra población de asegurados, que quedaran en nuestra querida institución. Para cumplir lo mencionado, es necesaria la capacitación continua del equipo de enfermería en la Prevención de Úlceras por Presión.
3. También promover la participación activa del grupo familiar o cuidador de los pacientes que están postrados en cama.
4. Recomendar e incentivar a los pacientes a realizar actividades que les permita moverse para evitar cambios en la piel.

## **XII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA**

- 1.- Tzuc A. Vega E. et al. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. Rev. Enfermería Universitaria. México 2015; Pag12(4):204-211.
- 2.- Barrientos C. Urbina L. et al. Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud. Rev. Chilena De Medicina Intensiva. 2015; Pág. 20(1): 12-20.
- 3.- Muñoz M. Niño M. Escalas de valoración de riesgo: Estrategia inicial y prioritaria En la prevención de úlceras por presión 2010.
- 4.- Leticia Puga C. Mijangos Pacheco M. et al. Impacto de las úlceras por presión en el ambiente hospitalario. México: 2015 pág. 1-5 Vol.32.
- 5.- García F. Soldevilla J. et al. Clasificación - categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. 2da edición. España: 2014. Pág. 1-50.
- 6.- Mijangos M. Puga C. et al. El manejo de las úlceras por presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario. Mexico.2015; Pág. 8(2): 77-83.
- 7.- Tzuc A. Vega E. et al. Nivel de riesgo y aparición de Úlceras por Presión en pacientes en estado crítico. Rev. Enfermería Universitaria. México 2015; Pag12(4):204-211.
- 8.- Stegensek E. Jiménez A. et al. Úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención. Rev. Enfermería Universitaria México 2015; Pag 12(4):173-181.
- 9.- Oliveira A. Porto C. et al. Úlcera por presión: incidencia y factores demográficos, clínicos y nutricionales asociados en pacientes de una unidad de cuidados intensivos. Rev. Nutrición Hospitalaria. Madrid España. 2015; Pag.32(5): 2242-2252.
- 10.- Jinete J. de la Hoz M. et al. Cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de úlceras por presión. Colombia.2016; Pag.32(2).

- 11.- Brunet N. Kurcgant P. et al. Incidencia de las úlceras por presión tras la implementación de un protocolo de prevención. Rev. Latino-Am. Enfermagem Brasil. 2012; Pag. 20(2).
- 12.- Hernández J. Moreno M. et al. Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión. Rev. Latino-Am. Enfermagem. México. 2016; Pag.24(2817): 1-7.
- 13.- Miyazaki M. Larcher m. et al. Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre prevención de la úlcera por presión. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Brasil. 2010; Pag. 18(6): 1-9.
- 14.- Barrientos C. Urbina L. et al. Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud. Rev. Chilena De Medicina Intensiva. 2015; Pág. 20(1): 12-20.
- 15.- Zúñiga C. Espinoza N. et al. Nivel de riesgo y casos incidentes de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina de un Hospital Nacional. Rev. Enferm. Herediana. Perú. 2014; Pág. 7(2):155-161.
- 16.- Ascarruz Cl. Tapia D. et al. Valoración del riesgo de ulcera por presión según la escala de Braden en el paciente neurológico. Rev. Enferm. Herediana. Perú. 2014;7(1): 10-16.
- 17.- Vela G. Magnitud del evento adverso. Úlceras por presión. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro. Soc. México. 2013; Pag. 21 (1): 3-8.
- 18.- Pancorbo P. García F. et al. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. España. 2014; Pag. 25(4):162-170.
- 19.- González R. Cardona D. et al. Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: informe preliminar. Rev. Fac. Med. Colombia.2014; Pag. 62(3): 369-377.
- 20.- Mijangos M. Puga C. et al. El manejo de las úlceras por presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario. Mexico.2015; Pág. 8(2): 77-83.

21.- Iglesias S. Úlceras por presión causados por dispositivos clínicos en unidades de cuidados intensivos. España. 2017; pág. 1-38.

22.- Barón M. Benítez M. et al. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. España. 2015; pág.1 – 86.

23.- Jiménez R. Nivel De Conocimientos De Las Enfermeras Sobre Las Úlceras Por Presión Antes Y Después De Una Capacitación. Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas. Perú. 2014; pág.1-97.

24.- Blanca R. López E.et al. Guía de actuación. Para La Prevención Y Cuidados De Las Úlceras Por Presión. España. 2017; Pág. 1-126.

### **XIII. ANEXOS**

# **ANEXOS**

**ANEXO 1**

La Paz, Junio del 2018

Señor:

Dr. Edgar Eduardo Flores  
DIRECTOR GENERAL EJECUTIVO

Presente. -

REF.: SOLICITUD DE PERMISO PARA ELABORAR UN TRABAJO DE  
INVESTIGACION.

Mediante la presente mandarle un saludo cordial y deseos de éxito en las funciones que desempeña día a día por el bienestar de la institución.

El motivo de la presente es para solicitar el permiso de su autoridad para llevar a cabo una investigación que titula: **PRACTICA DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DETERAPIA INTENSIVADE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD LA PAZ GESTIÓN 2018**. Para poder obtener el título en Especialista en Terapia Intensiva y Medicina Critica Post grado UMSA.

A la conclusión del trabajo de investigación se le hará llegar un ejemplar como constancia de la investigación que será un material valioso para la atención de los asegurados en nuestra prestigiosa institución.

A tiempo de agradecer su importante colaboración, reitero a usted mis consideraciones más distinguidas.

Atentamente:

.....  
Lic. Mery Neyder Huanacuni Pari  
C.I. 6736369 L.P.  
Estudiante de Post Grado UMSA

La Paz, Junio del 2018

Señora:

Lic. Erika Hidalgo

JEFA DE ENFERMERAS C.B.E.S.

Presente. -

REF.: SOLICITUD DE PERMISO PARA ELABORAR UN TRABAJO DE  
INVESTIGACION.

Mediante la presente mandarle un saludo cordial y deseos de éxito en las funciones que desempeña día a día por el bienestar de la institución.

El motivo de la presente es para solicitar el permiso de su autoridad para llevar a cabo una investigación que titula: **PRACTICA DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DETERAPIA INTENSIVADE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD LA PAZ GESTIÓN 2018**. Para poder obtener el título en Especialista en Terapia Intensiva y Medicina Critica Post grado UMSA.

A la conclusión del trabajo de investigación se le hará llegar un ejemplar como constancia de la investigación que será un material valioso para la atención de los asegurados en nuestra prestigiosa institución.

A tiempo de agradecer su importante colaboración, reitero a usted mis consideraciones más distinguidas.

Atentamente:

.....

Lic. Mery Neyder Huanacuni Pari

C.I. 6736369 L.P.

Estudiante de Post Grado UMSA

## ANEXO 2

La Paz, Julio del 2018

### **VALIDACIÓN POR LOS EXPERTOS DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Yo.....C.I.....

Por medio de la presente hago constar que se revisó y se validó el instrumento de recolección de datos correspondientes al trabajo de investigación titulado:

**PRACTICA DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD LA PAZ GESTIÓN 2018.**

Presentado por la Lic. Mery Neyder Huanacuni Pari con C.I. 6736369 L.P. para obtener el grado de Especialidad de Enfermería en Medicina Critica Y Terapia Intensiva.

FIRMA Y SELLO.....

FECHA.....La Paz Bolivia.

## ANEXO 3



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERÍA NUTRICIÓN**  
**Y TECNOLOGÍA MÉDICA**  
**UNIDAD DE POST GRADO**

N°
----

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento doy consentimiento para participar en la realización del estudio de investigación titulado:

**PRACTICA DE ENFERMERIA EN PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD LA PAZ GESTION 2018**

Mi participación consiste en responder las preguntas que no ponen en riesgo mi integridad física y emocional, se me informo que el manejo de la información no se usará para otro propósito que el mencionado anteriormente, será confidencial sin posibilidad de identificación individual.

La investigadora, colega me informo que la investigación que realiza es un requisito para obtener el título en Especialidad en Medicina Crítica y Terapia Intensiva y será muy beneficioso en la atención de pacientes de la Caja Bancaria Estatal de Salud.

- **INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

#### ENCUESTA

**INSTRUCCIONES:** Distinguida Licenciada acudo a su colaboración para responder la siguiente encuesta con el fin de obtener datos para realizar un trabajo de investigación. A continuación, solicito a su persona subraye en la opción que de acuerdo a su opinión sea la correcta.

## **DATOS GENERALES**

1. Edad:

- a) 20 – 25 años
- b) 26 – 30 años
- c) 31 – 35 años
- d) mayor de 35 años

2. Formación Académica:

- a) Licenciatura
- b) Diplomado
- c) Especialidad
- d) Maestría

3. Tiempo de experiencia que tiene en la profesión:

- a) Menor de 1 año
- b) De 2 a 5 años
- c) De 6 a 10 años
- d) Mayor de 11 años

4. ¿Cuál es la atención enfermera - paciente en relación a la Unidad Terapia Intensiva?

- a) 1/2
- b) 1/3
- c) 1/4
- d) 1/5

## **DATOS DEMOGRAFICOS**

1. ¿Existe un protocolo, en la Unidad de Terapia Intensiva para el cuidado de paciente con alto riesgo a desarrollar úlceras por presión?

- a. Si
- b. No

2. ¿Conoce una escala de valoración de riesgo que aplica para la prevención de úlceras por presión?

- a. Si
- b. No

3. En caso de que la respuesta sea SI mencione cual.....

### **CONOCIMIENTOS BÁSICOS**

4. Las úlceras por presión son:

- a. Es una lesión isquémica localizada en la piel con pérdida de sustancia cutánea.
- b. Son lesiones de la piel producidas por la permanencia prolongada en cama.
- c. Son resultado de la presión y/o fricción donde se localiza una prominencia ósea.
- d. Todos.

5. ¿Las úlceras por presión se pueden evitar?

- a. Si
- b. No

6. ¿En qué zonas del cuerpo existe mayor riesgo de presentar úlceras por presión?

- a. Nariz, boca, pabellón auricular, meato urinario
- b. Solamente región sacra.
- c. Sacro, omoplatos, hombros, talones, tobillos, codos, maléolos.
- d. a y c

### **CUIDADOS DE LA PIEL**

7. ¿Cada cuánto tiempo se debe inspeccionar la piel?

- a. Cada dos horas
- b. Cada día
- c. Cada turno
- d. Cada semana

8. ¿Es importante la higiene de la piel en el paciente crítico?

- a. Si
- b. No

9. ¿Con que frecuencia se debe realizar la higiene de la piel?

- a. Diario.
- b. Inter diario.
- c. Semanal.
- d. Quincenal.

10. ¿Qué elementos se debe utilizar en la higiene/baño?

- a. Solo agua.
- b. Agua más jabón líquido.
- c. Agua más jabón neutro.
- d. Agua más hierbas medicinales.

### **MOVILIZACIÓN**

11. ¿En qué consiste los cambios de posición?

- a. Mantener con posturas adecuadas al paciente (posición anatómica).
- b. Movimientos alternados cada cierto tiempo.
- c. Mover todo lo que sea posible al paciente.
- d. Movilizar solo cuando se le realiza la higiene.

12. ¿Los cambios de posición son importantes para aliviar la presión de la piel?

- a. Si
- b. No

13. ¿Se debe realizar cambios de posición a:...?

- a. Pacientes con ventilación mecánica
- b. Pacientes con vasoactivos, sedo analgesia
- d. Pacientes con daño neurológico, reposo prolongado
- e. Todos

14. ¿Con que frecuencia se debe realizar los cambios de posición al paciente crítico?

- a. Cada 30 minutos.
- b. Cada 60 minutos.
- c. Cada 2 horas.
- d. Cada 4 horas.

15. ¿En qué forma se debe realizar los masajes?

- a. Golpes suaves, desde la cadera hasta los hombros.
- b. Golpes suaves, solo en la espalda y piernas.
- c. En forma circular, solo en la espalda.
- d. En forma circular y con movimientos suaves en las zonas de presión (codos, hombros, glúteos, tobillos, cadera, espalda).

16. ¿Qué producto utilizaría para realizar estos masajes?

- a. Aceite.
- b. Crema hidratante.
- c. Talco.
- d. Colonias.

### **VIGILANCIA DE PUNTOS DE PRESIÓN**

17. ¿El servicio de Terapia Intensiva cuenta con un colchón antiescaras?

- a. Si
- b. No

18. ¿Será que debe utilizar almohadas como protector de talones y codos para evitar el roce entre sí?

- a. Si
- b. No

19. ¿Si existe una zona enrojecida en la piel qué acciones debe realizar?

- a. Lavar la zona afectada, hidratar y secar sin frotar.
- b. Eliminar la presión y todo roce en la zona afectada.
- c. Aumentar la frecuencia de los cambios de posición.
- d. Todas las anteriores.

### **ALIMENTACIÓN**

20. ¿Es importante la alimentación ya sea enteral o parenteral para disminuir el riesgo de presencia de úlceras por presión?

- a. Si
- b. No

21. ¿Es importante el aporte hídrico en el paciente crítico?

- a. Si
- b. No

Firma del participante: .....

Nombre del encuestador: .....Firma:.....

Fecha: .....

## ANEXO 4

### LISTA DE CHEQUEO (Checklist)

**Instrumento realizado para la verificación de los procedimientos de rutina de la profesional de enfermería en Prevención de Ulceras por Presión en la Unidad de Terapia Intensiva de la Caja Bancaria Estatal de Salud.**

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Realiza la valoración del estado de la piel                  | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Realiza la higiene de la piel                                | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Realiza un secado suave de la piel                           | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Realiza los cambios de posición por lo menos uno en el turno | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Valora estado nutricional                                    | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Realiza la aplicación de cremas hidratantes                  | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Realiza masajes delicados en áreas de presión                | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Verifica posibles zonas de presión por dispositivos clínicos | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Se aplican ácidos grasos hiperoxigenados                     | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Realiza la colocación de SEMP                                | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Utiliza almohadas para evitar roces entre si                 | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Mantiene la ropa de cama limpia seca y sin arrugas           | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Mantiene a una posición de la cabecera no mayor a 30°        | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Realiza la disminución de presión en talones                 | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |

**Fecha:**

**Turno:**

**N° de pacientes:**

**ANEXO 5**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES	MAYO/JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBR E			
Elaboración y aprobación del proyecto	x	x	x	x												
Aprobación y validación del instrumento					x	x	x	x	x							
Llenado de la encuesta y la lista de chequeo									x	x	x					
Tabulación de la información											x					
Presentación de la Propuesta de Intervención												x				
Validación de la propuesta "Protocolo de Intervención"													x			
Pre Defensa														x		

## ANEXO 6

### PRESUPUESTO

Los recursos materiales que se usaron fueron los siguientes:

<b>ITEM</b>	<b>COSTO</b> <b>Bs</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO</b> <b>Bs</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Hojas blancas</b>	0.10		500 unid.	<b>25 bs.</b>	
<b>Impresiones</b>	0.50		600 unid	<b>300 bs.</b>	
<b>Impresiones a color</b>	1.00		90 unid.	<b>90 bs.</b>	
<b>Anillados</b>	6.00		6 unid.	<b>36 bs.</b>	
<b>Fotocopias</b>	0.20		150 unid.	<b>30 bs.</b>	
<b>Pasajes</b>	10 día		20 días	<b>200 bs.</b>	
<b>Internet</b>	2.50 hora		40 horas	<b>100 bs.</b>	
<b>Empastado</b>	50.00		3 unid.	<b>150 bs.</b>	
<b>Total</b>				<b>931 Bs.</b>	

## ANEXO 7

### CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERÍA NUTRICIÓN  
Y TECNOLOGÍA MÉDICA  
UNIDAD DE POST GRADO**



**PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN**

**POSTULANTE: Lic. Mery Neyder Huanacuni Pari**

**TUTORA: Lic. M.Sc. Justa Cruz Nina**

**Propuesta de Intervención presentada para optar al título de Especialista en  
Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva**

**LA PAZ- BOLIVIA**

**2018**

<b>INDICE</b>	<b>PAGINA</b>
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVO GENERAL.....	2
3. OBJETIVO ESPECIFICOS.....	2
4. ALCANCE .....	3
5. RESPONSABLES.....	3
6. MARCO TEORICO.....	4
6.1. Definición.....	4
6.2. Ulceras por presión asociados a dispositivos.....	4
6.3. Clasificación.....	4
6.4. Factores de riesgo.....	5
6.5. Localizaciones mas frecuentes.....	6
6.6. Prevención.....	6
6.7. Valoración integral del paciente.....	6
6.8. Valoración del riesgo.....	7
6.9. Valoración y cuidados nutricionales.....	7
6.10. Valoración y cuidados de la piel.....	7
7. SUPERFICIES ESPECIALES DE MANEJO DE LA PRESION .....	11
8. PROTECCION LOCAL.....	13
9. ESCALAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO.....	14
10. BIBLIOGRAFIA.....	23

# **PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN**

## **1 INTRODUCCION**

El aumento progresivo de la complejidad de los pacientes y las condiciones derivadas de ellos, son unos de los tantos factores que predisponen a los pacientes a un mayor riesgo de presentar úlceras por presión.

En La valoración inicial de enfermería al inicio de la jornada laboral siempre debemos tener en cuenta el aspecto de la piel y mejor contar con un protocolo donde nos indique como podemos seleccionar el cuidado que este requiere y así disminuir el riesgo de presentar úlceras por presión.

La aplicación de medidas preventivas para disminuir la prevalencia de Úlceras Por Presión en los pacientes hospitalizados, permite afirmar que este es un elemento importante al momento de evaluar la calidad de la atención de enfermería.

Es por esto de implementar protocolos en nuestra institución Caja Bancaria Estatal de Salud para mejorar la calidad de atención.

## **2 OBJETIVO GENERAL**

Prevenir la aparición de Ulceras por Presión, en pacientes hospitalizados en la Caja Bancaria Estatal de Salud.

## **3 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Valorar el grado de riesgo de desarrollar Ulceras por Presión,
- Aplicar una escala de valoración de riesgo en cada paciente ingresado en la unidad de terapia intensiva.
- Identificar y describir correctamente los estadios de las Ulceras por Presión
- Identificando los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las úlceras por presión.
- Aplicar medidas de prevención en aquellos pacientes valorados con riesgo de desarrollar Ulceras por Presión.

#### **4 ALCANCE**

Este protocolo será aplicado a todos los pacientes ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva debe realizarse al momento de su ingreso.

#### **5 RESPONSABLES**

##### **Ejecutante**

Lic. en enfermería / enfermero

##### **Colaborador**

Auxiliar de enfermería

## **6 MARCO TEORICO**

### **6.1. Definición**

Se define Ulcera por Presión como área de la piel o tejidos adyacentes que presenta daño o trauma localizado generalmente sobre una prominencia como consecuencia de presión, sola o en combinación con cizallamiento (Fuerza aplicada o presión ejercida contra la superficie y las capas de la piel a medida que los tejidos se deslizan en planos opuestos, pero paralelos) o fricción.<sup>25</sup>

### **6.2. Úlceras por Presión Por Dispositivos Sanitarios**

Se define como una lesión localizada en la piel o tejido subyacente como resultado de una presión sostenida y causada por un dispositivo sanitario diagnóstico o terapéutico (mascarilla o tubo endotraqueal, cánula de traqueotomía, sondas, catéteres, férulas y aparatos ortopédicos)<sup>26</sup>

### **6.3. Clasificación**

Las definiciones de las cuatro etapas de las Úlceras por Presión se revisan periódicamente por el National Pressure Ulcer Advisor Panel (NPUAP) en los Estados Unidos de America. Se describen brevemente:

**Estadio I:** Eritema cutáneo en piel íntegra que no palidece/desaparece con la presión; en pieles oscuras puede presentar tonos rojos, azules o morados.

**Estadio II:** pérdida del espesor parcial de la dermis. Úlcera abierta poco profunda con una base de herida rojiza.

**Estadio III:** pérdida de tejido en todo su espesor. El tejido graso subcutáneo puede visualizarse a excepción del hueso, tendón o músculos, que no están expuestos.

---

<sup>25</sup> González R. Cardona D. et al. Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: informe preliminar. Rev. Fac. Med. Colombia.2014; Pág. 62(3): 369-377.

<sup>26</sup> Blanca R. López E.et al. Guía de actuación. Para La Prevención Y Cuidados De Las Úlceras Por Presión. España. 2017; Pág. 1-126.

**Estadio IV:** pérdida total del espesor del tejido con exposición de hueso, tendón o músculo.<sup>27</sup>

#### **6.4. Factores de riesgo**

##### **6.4.1. Propios Del Paciente**

- Alteración del estado de conciencia: paciente con percepción sensorial disminuida y no se auto estimula al cambio de posición.
- Deficiencia nutricional: La Vitamina C es necesaria para la síntesis del colágeno cuya deficiencia aumenta el riesgo de destrucción de la piel.
- Trastornos metabólicos o circulatorios: paciente diabético, hipertenso o con insuficiencia venosa o arterial.
- Estado febril o infección: el aumento de temperatura corporal por diversas causas incrementa la tasa metabólica y el consumo de O<sub>2</sub> y nutrientes.
- Edema.
- Trastornos de la inmunidad.
- Combinación de factores en personas de edad avanzada: dificultades de movilidad e incontinencia que predisponen a alteraciones en la integridad de la piel.
- Pérdida sensitiva o motora por lesiones cerebrales o medulares.

##### **6.4.2. Factores Externos**

7 Humedad: como consecuencia de incontinencia, heridas exudativas, transpiración o hipertermia prolongada.

8 Inmovilidad prolongada.

9 Presencia de cuerpos extraños en contacto con la piel.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Mijangos M. Puga C. et al. El manejo de las úlceras por presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario. Mexico.2015; Pág. 8(2): 77-83

<sup>28</sup> Barón M. Benítez M. et al. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. España. 2015; pág.1 – 86.

### **6.5. Localizaciones más frecuentes**

Las localizaciones más frecuentes de las Ulceras por Presión se corresponden con zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo, que soportan mayor presión, varían dependiendo de la posición del paciente.

**En decúbito supino:** la región sacra, los talones, el coxis, los codos, los omoplatos y el occipucio

**En decúbito lateral:** son los maléolos, los trocánteres, las costillas, los hombros, las orejas, las crestas ilíacas y la cara interna y lateral de las rodillas.

**En decúbito prono:** soportan mayor presión los dedos de los pies, las rodillas, los genitales masculinos, las mamas, los pómulos, las orejas, la nariz y las crestas ilíacas.

**En sedestación:** son el isquion, el coxis, los omóplatos, los trocánteres, los talones y los dedos de los pies.

Ulceras por Presión en localizaciones no habituales, provocadas por la presión mantenida sobre la piel de un dispositivo clínico.

### **6.6. Prevención**

Prevenir la aparición de las Ulceras por Presión es prioritario dentro de los cuidados de los pacientes susceptibles de padecerlas, siendo indispensable para ello, la colaboración no sólo de los profesionales sanitarios sino también del propio paciente y/o cuidadores.

La prevención no sólo reduce la incidencia y recurrencia de Ulceras por Presión, sino que también disminuye el dolor y las complicaciones que de ellas pueden derivarse, así como la duración de los tratamientos y por ende el gasto sanitario.

### **6.7. Valoración integral del paciente**

La valoración integral viene determinada por la evaluación del riesgo de aparición de Ulceras por Presión en base a la utilización de escalas de valoración del riesgo de desarrollar Ulceras por Presión (EVRUPP) como complemento al juicio clínico y al conocimiento de los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos relacionados con la aparición de este tipo de lesiones.

### **6.8. Valoración del riesgo: (EVRUPP) Escalas de Valoración del Riesgo de desarrollar Ulceras por Presión**

Identifica de forma precoz los pacientes en riesgo de desarrollar Ulceras por Presión. El uso de una EVRUPP constituye un criterio objetivo de aplicación de medidas preventivas, aumentando la eficacia en la utilización de los recursos.

La humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas); las tres primeras están relacionadas con la exposición directa a la presión y las otras tres con la tolerancia de la piel a esta presión.

### **6.9. Valoración y cuidados nutricionales**

El estado nutricional está claramente relacionado con la posibilidad de aparición de Ulceras por Presión o con la dificultad de cicatrización de las mismas. La adecuada nutrición del paciente va a hacer que el riesgo de desarrollar úlceras disminuya y que, en caso de que aparezcan, su curación sea más rápida y con menos complicaciones.

### **6.10. Valoración y cuidados de la piel**

El cuidado de la piel es una parte esencial de la prevención de Ulceras por Presión. Por este motivo, se debe realizar una valoración de la misma con el fin de establecer un plan de cuidados individualizado que eviten la aparición de lesiones

- Inspeccione la piel en el primer contacto con el paciente,
  - Eritema
  - Palidez al presionar
  - Calor localizado
  - Edema
  - Induración
  - Deterioro de la piel
- Inspeccione la piel debajo y alrededor de los dispositivos diagnósticos (equipo de oxigenoterapia, sondas, equipo de Ventilación Mecánica No Invasiva, férulas, yesos...).

**Mantenga una higiene básica de la piel**

- Para la higiene diaria lave la piel con agua y jabón (pH neutro no irritativos), aclare y seque cuidadosamente por empapamiento los pliegues cutáneos
- Aplique lociones hidratantes específicas hasta su absorción
- No utilice soluciones que contengan alcohol
- Utilice ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) sólo en las zonas de riesgo de Ulceras por Presión
- No realice masajes en las prominencias óseas
- Considere usar apósitos para la prevención de Ulceras por Presión relacionadas con los dispositivos.

### **Control de la humedad**

La humedad en la piel de forma mantenida aumenta el riesgo de desarrollar Ulceras Por Presión en zonas sometidas a presión. Se debe valorar y tratar los diferentes procesos que pueden originar un exceso de humedad en la piel como: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudado de heridas, etc.

- Valore todos los procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados de heridas, fiebre.
- Desarrolle e implemente un plan individualizado de manejo de la incontinencia.
- Valore la posibilidad de utilizar dispositivos de control, para cada caso:
  - Incontinencia: Colectores, sondas vesicales, pañales absorbentes
  - Drenajes: Utilización de dispositivos adecuados y vigilar fugas del drenaje
  - Sudoración profusa: Control de temperatura y cambio de ropa cuando sea necesario
  - Exudado de heridas: Utilizar apósitos adecuados
- Proteja la piel del exceso de humedad con productos barrera (cremas con base de zinc o películas barrera.

### **Manejo de la presión**

Para minimizar el efecto de la presión como causa de Ulceras por Presión, se recomienda considerar cuatro elementos: movilización, cambios posturales, utilización

de superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) y protección local ante la presión.

- Elabore un plan de cuidados que incentive y mejore la actividad y movilidad del paciente
- Utilice cojines, almohadas u otros dispositivos para eliminar la presión entre prominencias óseas, trocánteres, maléolos.
- Reposicione a los pacientes para reducir la duración y la magnitud de la presión sobre las áreas vulnerables, incluyendo las prominencias óseas y los talones
- No utilice flotadores o rodetes cuando el individuo esté en sedestación
- Utilice dispositivos que eleven y descarguen el talón completamente de tal manera que distribuyan el peso de la pierna a lo largo de la pantorrilla sin presionar el talón de Aquiles

### **Actividad-movilidad**

Tras valorar la movilidad del paciente es necesario elaborar un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y actividad del paciente. Es importante aprovechar las posibilidades del paciente de movilizarse por sí mismo.

- En personas con movilidad comprometida, realizar ejercicios de movilización pasiva además de los cambios posturales.
- Si el paciente es portador de tubos, drenajes, sondas etc, fijarlos de modo que no interfieran en los movimientos.
- Levante al sillón en cuanto sea posible aumentando gradualmente el tiempo de sedestación.

### **Cambios posturales**

Dentro de las medidas de prevención se encuentran los cambios posturales, ya que permiten reducir el tiempo y la cantidad de presión ejercida sobre las zonas más vulnerables del cuerpo.

El cumplimiento de los cambios posturales es indispensable, salvo contraindicación, si queremos reducir el riesgo de desarrollar Ulceras por Presión en pacientes con dependencia severa (inmovilizados) o con movilidad reducida.

- Reposicione a los pacientes para reducir la duración y la magnitud de la presión sobre las áreas vulnerables, incluyendo las prominencias óseas y los talones
- Realice cambios posturales a todos los pacientes con riesgo de desarrollar Ulceras por Presión o con úlceras ya existente, salvo contraindicación.
- Anime a los pacientes con riesgo de desarrollar Ulceras por Presión a cambiar de posición frecuentemente, al menos cada 6 horas
- En pacientes encamados por norma general se recomienda realizar cambios posturales cada 2-3 horas siguiendo una rotación programada, alternando entre decúbito lateral derecho (DLD), decúbito supino (DS), decúbito lateral izquierdo (DLI) y decúbito prono (DP) si se puede.
- En las posiciones de DLD-DLI no se recomienda sobrepasar los 30° de lateralización, a fin de evitar apoyar el peso sobre los trocánteres.
- Programe los cambios posturales (frecuencia, posiciones y tolerancia) de manera individualizada, dependiendo de la SEMP en la que esté la persona
- Levante (no arrastre) al individuo al realizar los cambios posturales y use ayudas (entremetidas, grúas) para movilizar al paciente, ya que se reducen las fuerzas de fricción y cizalla
- Limite la elevación del cabecero de la cama a 30° salvo contraindicación
- Utilice dispositivos que eleven y descarguen el talón completamente de tal manera que distribuyan el peso de la pierna a lo largo de la pantorrilla sin presionar el talón de Aquiles
- Elija una postura que sea aceptada por el individuo para reducir la presión y las fuerzas de cizalla sobre la piel y los tejidos blandos y que le permita realizar un alto número de actividades
- En pacientes sentados la presión que ejerce el peso del cuerpo del paciente sobre la superficie del asiento es muy elevada, por eso no debería

mantenerse sentado más de 2 horas. Después de permanecer en la silla, evitar colocar al paciente en decúbito supino.

- Limite el tiempo que el paciente pasa sentado en una silla sin alivio de presión
- En pacientes sentados recomendar que efectúe pulsiones\* cada 15 minutos. Si no se puede movilizar, se le realizarán cambios posturales al menos cada hora
- No utilice flotadores o rodetes cuando el individuo esté en sedestación
- Ponga los pies del paciente sobre un reposapiés cuando éstos no lleguen a tocar el suelo

\*Pulsión: ejercicio de contracción-relajación de un grupo muscular concreto

- A la hora de realizar cambios posturales, tenga en cuenta las siguientes consideraciones:
  - Recomendación
  - Evite la presión directa sobre las prominencias óseas del cuerpo y sobre dispositivos (férulas, drenajes, tubos...)
  - Utilice cojines, almohadas u otros dispositivos para eliminar la presión entre prominencias óseas, trocánteres, maléolos...
  - Registre los cambios posturales, especificando la frecuencia y la posición adoptada, e incluya una evaluación de los resultados de los cambios posturales
  - Además de las recomendaciones descritas, se debe considerar:
    - Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio de la persona movilizada, así como su comodidad y capacidad funcional
    - Evitar el contacto directo de las prominencias entre sí.

## **7. SUPERFICIES ESPECIALES DE APOYO O DE MANEJO DE PRESIÓN (SEMP)**

son dispositivos diseñados específicamente para reducir o aliviar la presión de toda la superficie corporal del paciente que contacta con una superficie de apoyo (cama, silla). Incluyen camas, colchones, sobre colchones o colchonetas, cojines de asiento, etc.

- Considere siempre las SEMP como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados; movilización y cambios posturales

- Sitúe al individuo con riesgo sobre una SEMP. No utilice colchones convencionales de espuma con los individuos en riesgo de desarrollar Ulceras por Presión.
- En pacientes con SEMP la frecuencia de los cambios posturales puede aumentar hasta 4 horas

### **7.1. (SEMP) estáticas**

Reducen la presión aumentando el área de contacto con el paciente, ajustándose al contorno del cuerpo y distribuyendo el peso sobre una superficie mayor. Ejemplo de estas superficies son:

colchones-cojines viscoelásticos, colchonetas-cojines estáticos de aire, colchonetas-colchones-cojines de fibras especiales, etc.

### **7.2. (SEMP) dinámicas**

Permiten variar los niveles de presión de las zonas de contacto del paciente con la superficie de apoyo. El sistema que utilizan estas superficies para conseguir el citado efecto es el de celdas de aire que se hinchan y deshinchan de forma alternativa, con una frecuencia determinada. Ejemplo de estas superficies son: colchones, colchonetas y cojines alternantes de aire.

Las SEMP dinámicas se pueden incluso utilizar en pacientes con fracturas, siempre que estén reducidas y/o estabilizadas y no haya contraindicación médica.

- Utilice una SEMP activa (sobre colchón o colchón) en el caso de pacientes con un mayor riesgo de desarrollar Ulceras por Presión y donde no sea posible efectuar cambios posturales
- No utilice colchones o sobre colchones de aire de presión alternante de celdas pequeñas (<10 cm)
- Utilice un cojín de asiento que redistribuya la presión para los pacientes sentados en una silla cuya movilidad esta reducida y que se encuentran en riesgo de desarrollar Ulceras por Presión.

## **8. PROTECCIÓN LOCAL**

En las zonas con especial riesgo de desarrollar UPP se pueden utilizar sistemas de protección local que manejen la presión (apósitos, taloneras, dispositivos, etc.), principalmente en los talones, el sacro y los maléolos.

Estos dispositivos deben cumplir los siguientes criterios:

- Facilitar la inspección de la piel al menos una vez al día de manera fácil y rápida.
- Ser compatibles con otras medidas de cuidado local.
- No erosionar la piel al retirarlos.

Utilice sistemas de alivio local de la presión, como apósitos de espuma de poliuretano (permiten la inspección diaria de la piel y su uso durante varios días). En el caso de los talones son más efectivos para aliviar la presión.

### **Material**

- Almohadas
- Vendas
- Protectores de piel
- Vaselina
- Crema hidratante
- Dispositivos para reducir para disminuir la presión de la piel
- Ropa de cama limpia seca
- Materiales e insumos
- Historia clínica
- Escala grafica de Norton
- Hoja de valoración y registro de úlceras por presión

## 9. VALORACION DEL RIESGO

### ESCALA DE NORTON

<b>ESTADO GENERAL</b>	<b>ESTADO MENTAL</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MOVILIDAD</b>	<b>INCONTINENCIA</b>
<b>4. Bueno</b>	<b>4. Alerta</b>	<b>4. Deambula</b>	<b>4. Total</b>	<b>4. Ausente</b>
<b>3. Regular</b>	<b>3. Apático</b>	<b>3. Con ayuda</b>	<b>3. Levemente limitada</b>	<b>3. Ocasional</b>
<b>2. Malo</b>	<b>2. Confuso</b>	<b>2. En silla</b>	<b>2. Muy limitada</b>	<b>2. Habitualmente orina</b>
<b>1. Muy malo</b>	<b>1. Aletargado</b>	<b>1. Encamado</b>	<b>1. Inmóvil</b>	<b>1. Doble incontinencia</b>

<b>CLASIFICACIÓN DE RIESGO</b>		
<b>Puntuación</b>	<b>de 5 a 9</b>	<b>Riesgo muy alto</b>
<b>Puntuación</b>	<b>de 10 a 12</b>	<b>Riesgo alto</b>
<b>Puntuación</b>	<b>de 13 a 14</b>	<b>Riesgo medio</b>
<b>Puntuación</b>	<b>mayor de 14</b>	<b>Riesgo mínimo / No riesgo</b>

## **Estado físico general**

### **Bueno**

Nutrición: persona que realiza 4 comidas diarias, tomando todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas y 2.000 Kcal. I.M.C.3: 20 – 25.

Líquidos: 1.500 – 2.000cc. al día ( 8 – 10 vasos).

Temperatura corporal: 36 – 37 °C.

Hidratación: persona con el peso mantenido, mucosas húmedas rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo.

### **Mediano**

Nutrición: persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones de proteínas al día y 2.000 Kcal. I.M.C.: 20 – 25.

Líquidos: 1.000 – 1.500cc. al día (5 – 7 vasos).

Temperatura corporal: 37°C – 37,5°C.

Hidratación: Persona con relleno capilar lento y recuperación del pliegue cutáneo lento.

### **Regular**

Nutrición: persona que realiza 2 comidas diarias. Toma la mitad del menú, una media de 2 raciones de proteínas al día y 1.000 Kcal. I.M.C. >50.

Líquidos: 500 – 1.000cc. al día (3 – 4 vasos).

Temperatura corporal: 37,5°C – 38°C.

Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.

### **Muy malo**

Nutrición: persona que realiza 1 comida diaria. Toma un tercio del menú, una media de 1 ración de proteínas al día y menos de 1.000 Kcal. I.M.C. >50.

Líquidos: < 500cc. al día (< 3 vasos).

Temperatura corporal: más de 38°C o menos de 35,5°C.

Hidratación: edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.

Presencia de pliegue cutáneo.

## **Estado mental**

### **Alerta**

Paciente orientado en tiempo, espacio y lugar.

Responde adecuadamente a estímulos visuales, auditivos y táctiles.

Comprende la información.

Valoración: Solicitar al paciente que diga nombre, fecha, lugar y hora.

### **Apático**

Alertado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso.

Reacciona con dificultad ante estímulos y permanece orientado.

Obedece órdenes sencillas.

Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante.

Valoración: Dar instrucciones al paciente como tocar con la mano la punta de la nariz.

### **Confuso**

Inquieto, agresivo, irritable, dormido.

Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos.

Cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo.

Si no hay estímulos fuertes se vuelve a dormir.

Intermitentemente desorientado en tiempo, lugar y/o persona.

Valoración: Pellizcar la piel, pinchar con una aguja.

### **Estuporoso / Comatoso**

Desorientado en tiempo, lugar y persona.

Despierta solo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal / Ausencia total de respuesta, incluso la refleja.

Nunca está totalmente despierto.

Valoración: Presionar el tendón de Aquiles, comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.

### **Actividad**

#### **Total**

Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla.

#### **Disminuida**

Inicia movimientos con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener algunos de ellos.

#### **Muy limitada**

Solo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar todos los movimientos.

#### **Inmóvil**

Es incapaz de cambiar de postura por si mismo, mantener la posición corporal o sustentarla.

## **Movilidad**

### **Ambulante**

Independiente total.

Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo o lleve prótesis.

### **Camina con ayuda**

La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo.

### **Sentado**

La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón.

La persona precisa ayuda humana y /o mecánica.

### **Encamado**

Dependiente para todos sus movimientos.

Precisa ayuda humana para conseguir cualquier objetivo (comer, asearse...).

## **Incontinencia**

### **Ninguna**

Control de ambos esfínteres.

Implantación de sonda vesical y control del esfínter anal.

### **Ocasional**

No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24h.

### **Urinaria o fecal**

No controla uno de los esfínteres permanentemente.

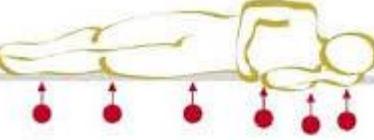
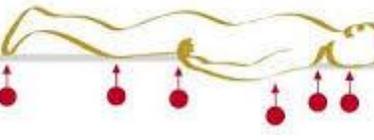
Colocación adecuada de un colector con atención a fugas, pinzamientos y puntos de fijación.

### **Urinaria y fecal**

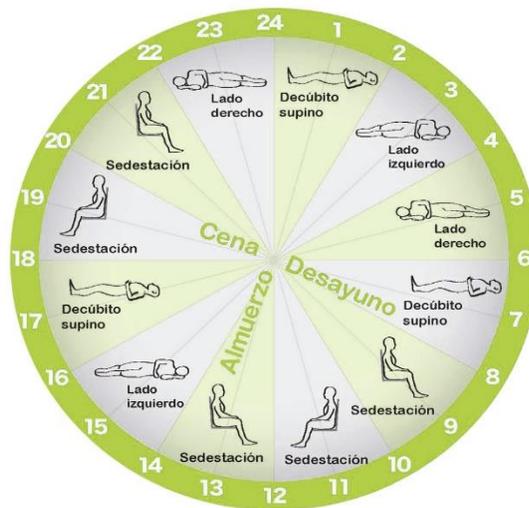
No controla ninguno de sus esfínteres.



**CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD**  
**UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**  
**PROGRAMA DE CAMBIO DE POSICIONES**

FECHA	POSICION	HORAS	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
	<b>DECÚBITO LATERAL DERECHO</b> 	9 11 13		
	<b>DECUBITO DORSAL</b> 	15 17 19		
	<b>DECÚBITO LATERAL IZQUIERDO</b> 	21 23 1		
	<b>DECÚBITO VENTRAL</b> 	3 5 7		

**PROGRAMACIÓN DE CAMBIO DE POSICION**



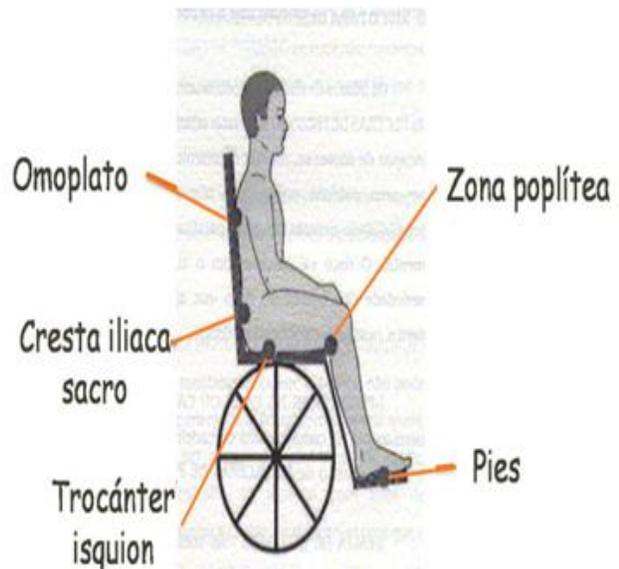
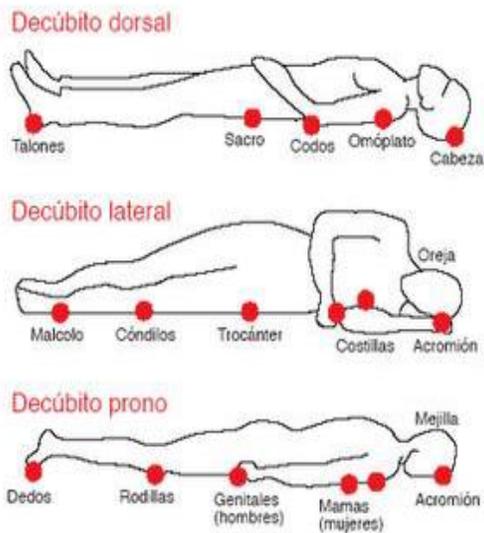
## HOJA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE PRESENTAR U.P.P.

 <b>CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD</b>					
<b>Objetivo de la aplicación:</b> identificar a los pacientes con riesgo a desarrollar úlceras por presión con base en la valoración de la escala de Norton					
No	PROCEDIMIENTO	VALOR 100%	SI	NO	TOTAL
1	UTILIZA LA ESCALA DE VALORACIÓN	10			
2	APERTURA DE LA HOJA DE CAMBIOS DE POSICIÓN	10			
3	EFFECTÚA CAMBIOS DE POSICIÓN CADA DOS HORAS	20			
4	CONSERVAR LA PIEL LIMPIA	10			
5	MANTIENE LA PIEL SECA MEDIANTE EL CAMBIO DE ROPA DE VESTIR Y DE CAMA	10			
6	LUBRICA LA PIEL DESPUÉS DEL BAÑO Y UNA VEZ POR TURNO, POR MEDIO DE MASAJES EN SENTIDO CIRCULAR SIEMPRE Y CUANDO LA PIEL ESTE INTACTA	10			
7	EVITAR LAS FUERZAS DE FRICCIÓN, LO QUE SIGNIFICA QUE LA CAMA NO DEBE ESTAR A MAS DE 30° DURANTE UN LAPSO MAYOR A 2 HORAS	10			
8	APLICAR MEDIDAS MECÁNICAS PARA EVITAR LA PRESIÓN ALTERNA U OTROS DISPOSITIVOS.	10			
9	MEJORAR LA NUTRICIÓN LO ANTES POSIBLE	10			
	<b>TOTAL</b>	<b>100 PUNTOS</b>			

## CLASIFICACIÓN SEGÚN ESTADIOS DE ULCERAS POR PRESIÓN

Estadios	Signos	Afectación	
Estadio I (úlceras de 1er grado)	-Eritema que no desaparece cuando cesa la presión, en piel intacta. -Suele ser indolora.	Lesión de la epidermis y de la dermis.	
Estadio II (úlceras de 2º grado)	-Piel agrietada. -Vesículas. -Abrasión.	Lesión epidérmica y dérmica más profunda y comienzo de la afectación hipodérmica.	
Estadio III (úlceras de 3er grado)	-Pérdida de continuidad de la piel. Lesión con aspecto de cráter. -Escara. -Dolorosa.	Necrosis o muerte celular. Extensión de la lesión hasta la fascia subyacente, pero sin atravesarla.	
Estadio IV (úlceras de 4º grado)	Aumento de la extensión y profundidad con necrosis de la úlcera	Daño muscular, óseo o de otras estructuras.	

## LOCALIZACIONES MAS FRECUENTES



## 10. BIBLIOGRAFIA

1. González R. Cardona D. et al. Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: informe preliminar. Rev. Fac. Med. Colombia.2014; Pág. 62(3): 369-377.
2. Blanca R. López E.et al. Guía de actuación. Para La Prevención Y Cuidados De Las Úlceras Por Presión. España. 2017; Pág. 1-126.
3. Mijangos M. Puga C. et al. El manejo de las úlceras por presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario. Mexico.2015; Pág. 8(2): 77-83
4. Barón M. Benítez M. et al. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. España. 2015; pág.1 – 86.