

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LESIONES
POR PRESIÓN QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN LA
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A.,
LAPAZ, BOLIVIA, TERCER TRIMESTRE DE 2019**

POSTULANTE: Lic. Wendy Vega Brañez
TUTOR: Lic. M.Sc. Olga Carolina Paz Yujra

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de Especialista en
Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva**

La Paz - Bolivia

DEDICATORIA

A Dios primeramente por haberme dado la vida y salud permitiéndome llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A Dios por acompañarme todos los días, protegerme y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades que se me han ido presentando.

A mis padres por su apoyo incondicional, por su constante apoyo durante mi formación profesional, en el trayecto de mi vida, me demostraron su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mi madre que con su demostración de una madre ejemplar me ha enseñado a no rendirme ante nada.

INDICE

	Pág
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES.....	3
3. JUSTIFICACIÓN.....	6
4. MARCO TEÓRICO	8
4.1. MARCO REFERENCIAL	8
4.2. MARCO CONCEPTUAL.....	8
LESIONES POR PRESIÓN	8
4.2.1. Definición.....	8
4.2.2. Etiopatología de las lesiones por presión.....	9
4.2.3. Factores de riesgo	9
4.2.4. Clasificación por estadio	10
4.2.5. Clasificación de las lesiones según su Origen	11
4.2.6. Localización de las LPP	12
4.2.7. Complicaciones de las LPP	12
4.2.8. Valoración general del paciente.....	14
4.2.8.1. Escalas de valoración.....	14
4.2.9. Prevención.....	16
4.2.9.1. Valoración integral del paciente	16
4.2.9.2. Valoración de la piel	17
4.2.9.3. Cuidados de la piel	18
4.2.9.4. Manejo de la humedad	18
4.2.9.5. Nutrición e hidratación	19
4.2.9.6. Yatrogenia	19

4.2.9.7.	Manejo de la presión	20
4.2.10.	Cuidados generales.....	23
4.2.11.	Tratamiento	24
4.2.11.1.	Limpieza de la lesión	24
4.2.11.2.	Desbridamiento	24
4.2.11.3.	Cirugía reconstructiva.....	28
4.2.11.4.	Manejo de infecciones	29
4.2.11.5.	Dolor.....	29
4.2.11.6.	Otras terapias	30
4.3.	MARCO SEMANTICO	30
5.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
6.	OBJETIVOS	33
6.1.	Objetivo General.....	33
6.2.	Objetivos Específicos	33
7.	DISEÑO METODOLOGICO	34
7.1.	Contexto o lugar de intervención	34
7.2.	Tipo de estudio	34
7.3.	Población.....	34
7.4.	Muestra	35
7.4.1.	Criterios de inclusión	35
7.4.2.	Criterios de exclusión	35
7.5.	Métodos y técnicas.....	35
7.6.	Operacionalización de variables	36
8.	CONSIDERACIÓN ÉTICA.....	40

9.	RESULTADOS	41
10.	CONCLUSIONES	58
11.	RECOMENDACIONES.....	59
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
13.	ANEXOS	64

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
TABLA Nº 1 GRUPO ETAREO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	41
TABLA Nº 2 FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL	42
TABLA Nº3 EXPERIENCIA LABORAL DEL PERSONAL	43
TABLA Nº4 CONOCIMIENTO SOBRE DEFINICIÓN DE LPP	44
TABLA Nº 5 CONOCIMIENTO SOBRE LOS MECANISMOS QUE OCASIONAN LA APARICIÓN DE LPP.....	45
TABLA Nº 6 ESCALAS PARA VALORAR RIESGO DE PRESENTAR LPP	46
TABLA Nº 7 PACIENTES EN QUE SE DEBERÍA REALIZAR UNA VALORACIÓN PARA PREVENIR LPP.....	47
TABLA Nº 8 GRADO DE CONOCIMIENTO.....	48
TABLA Nº 9 ESCALA PARA DETERMINAR EL GRADO DE CONOCIMIENTO.....	49
TABLA Nº 10 FRECUENCIA CON LA QUE REALIZAN LOS CAMBIOS DE POSICIÓN.....	50
TABLA Nº 11 USO DE COLCHONES ANTIESCARAS.....	51
TABLA Nº 12 USO DE COJINES O DONAS PARA LOS PACIENTES.....	52
TABLA Nº 13 PACIENTES QUE LLEGARON A PRESENTAR LPP.....	53
TABLA Nº 14 RECIBÍ CAPACITACIÓN SOBRE MANEJO	54
TABLA Nº 15 CUENTA CON UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO, PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LPP.....	55
TABLA Nº 16 NECESIDAD DE CONTAR CON UN PROTOCOLO	56
TABLA Nº 17 PORQUE ES NECESARIO UN PROTOCOLO	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág
GRÁFICO N° 1 GRUPO ETAREO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	41
GRÁFICO N° 2 FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL.....	42
GRÁFICO N°3 EXPERIENCIA LABORAL DEL PERSONAL	43
GRÁFICO N°4 CONOCIMIENTO SOBRE DEFINICIÓN DE LPP	44
GRÁFICO N° 5 CONOCIMIENTO SOBRE LOS MECANISMOS QUE OCASIONAN LA APARICIÓN DE LPP	45
GRÁFICO N° 6 ESCALAS PARA VALORAR RIESGO DE PRESENTAR LPP. 46	
GRÁFICO N° 7 PACIENTES EN QUE SE DEBERÍA REALIZAR UNA VALORACIÓN PARA PREVENIR LPP.....	47
GRÁFICO N° 8 GRADO DE CONOCIMIENTO	48
GRÁFICO N° 9 ESCALA PARA DETERMINAR EL GRADO DE CONOCIMIENTO.....	49
GRÁFICO N° 10 FRECUENCIA CON LA QUE REALIZAN LOS CAMBIOS DE POSICIÓN.....	50
GRÁFICO N° 11 USO DE COLCHONES ANTIESCARAS.....	51
GRÁFICO N° 12 USO DE COJINES O DONAS PARA LOS PACIENTES.....	52
GRÁFICO N° 13 PACIENTES QUE LLEGARON A PRESENTAR LPP	53
GRÁFICO N° 14 RECIBIÓ CAPACITACIÓN SOBRE MANEJO.....	54
GRÁFICO N° 15 CUENTA CON UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO, PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LPP	55
GRÁFICO N° 16 NECESIDAD DE CONTAR CON UN PROTOCOLO	56
GRÁFICO N° 17 PORQUE ES NECESARIO UN PROTOCOLO	57

ACRÓNIMOS

LPP = Lesiones por Presión

GNEAUPP = Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas

UTI = Unidad de Terapia Intensiva

EVRUPP = Escalas de Valoración del Riesgo de desarrollar Úlceras por Presión

SEMP = Superficies Especiales para el Manejo de la Presión

SNG = Sonda Nasogastrica

AGHO = Ácidos Grasos Hiperóxigenados

TPN = Terapia de Presión Negativa

RESUMEN

Las lesiones por presión (LPP) se han convertido en un problema de salud importante. La prevalencia a nivel mundial según datos aportados por la Organización Mundial de la Salud, oscila entre 5 y 12%.

La Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de la Caja de Salud de Caminos y RA. atiende pacientes gravemente enfermos en su mayoría con sedoanalgesia que les imposibilita poder movilizarse, siendo propensos a presentar lesiones por presión. La prevención es la mejor alternativa para evitar estas lesiones, sus complicaciones y costos, según varios autores es posible prevenir hasta un 95 a 98% las LPP. Por tal motivo se decide realizar un estudio con el **objetivo** de determinar la prevención y cuidado de lesiones por presión que brinda el personal de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva, Caja de Salud de Caminos y RA, La Paz, Bolivia, tercer trimestre de 2019. **Metodología**, este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población de estudio son 5 profesionales de Enfermería, el método que se realizó para la recolección de información fue a través de una encuesta. Los **resultados** obtenidos identifican que el 80% del personal es joven, el 100% tiene formación a nivel licenciatura. El grado de conocimiento es insuficiente. El 100% realiza cambios de posición cada 2hrs, el 80% utiliza colchones antiescaras e indica que menos del 50% de los pacientes durante su estadía en la UTI llegaron a presentar LPP y el 100% del personal indica que no recibió ninguna capacitación sobre el tema. Llegando a la **conclusión** que el conocimiento que posee el personal de enfermería no debe ser de forma básica o rutinaria, se realizara un protocolo de prevención y cuidado de LPP para que el personal de enfermería proporcione cuidados con conocimientos científicos bajo un protocolo estandarizado.

Palabras clave: Lesiones por presión, prevención, prevalencia, unidad de terapia intensiva.

SUMMARY

Pressure injuries (LPP) have become a major health problem. The worldwide prevalence according to data provided by the World Health Organization ranges between 5 and 12%.

The Intensive Care Unit (ICU) of the Caja de Salud de Caminos y RA. he attends seriously ill patients, most of them with sedoanalgesia that makes it impossible for them to move, being prone to pressure injuries. Prevention is the best alternative to avoid these injuries, their complications and costs, according to several authors it is possible to prevent up to 95 to 98% of LPP. For this reason, it was decided to carry out a study with the objective of determining the prevention and care of pressure injuries provided by the nursing staff in the Intensive Care Unit, Caja de Salud de Caminos y RA, La Paz, Bolivia, third quarter of 2019. Methodology, this study is quantitative, descriptive and cross-sectional. The study population is 5 nursing professionals, the method used to collect information was through a survey. The results obtained identify that 80% of the staff is young, 100% have undergraduate training. The degree of knowledge is insufficient. 100% make changes in position every 2 hours, 80% use anti-decubitus mattresses and indicate that less than 50% of the patients during their stay in the ICU came to present LPP and 100% of the personnel indicate that they did not receive any training on the topic. Reaching the conclusion that the knowledge possessed by the nursing staff should not be basic or routine, a protocol for the prevention and care of LPP will be carried out so that the nursing staff provides care with scientific knowledge under a standardized protocol.

Key words: Pressure injuries, prevention, prevalence, intensive care unit.

1. INTRODUCCIÓN

La prevalencia a nivel mundial según datos aportados por la Organización Mundial de la Salud, oscila entre 5 y 12%. Presentan una prevalencia del 3% al 50% en las Unidades de Cuidados Intensivos, Medicina interna y Neurología¹. Presentan los porcentajes: Canadá (23-29%), Australia (6- 15%), Estados Unidos (8-15%). En el 2009 un estudio europeo revela una prevalencia en Bélgica/Suiza/Inglaterra (21–23%), Italia (8%), Portugal (13%). De acuerdo a un estudio realizado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Lesiones por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP)(2005 – 2006), en España reporta un 8%.¹

De acuerdo al primer estudio de lesiones por presión, por el GNEAUPP, la localización de las lesiones por presión en los hospitales se distribuye de la siguiente forma: sacro: 50.45%, talón: 19.26%, trocánter: 7.64%, glúteo: 4.58%, maléolo: 3.36% y occipital: 3.36%².

En Latinoamérica la información es escasa, en el año 2009 en un estudio que incluyó a 150 pacientes sin lesiones al ingreso y cuya estancia superó las 48 horas en la unidad de terapia intensiva (UTI) y que tenían algún factor (intubados y con ventilación mecánica, con soporte vasopresor) prevalencia de lesiones grado II o más fue del 26,7%.³

La lesión por presión (LPP), es la consecuencia de la necrosis isquémica al nivel de la piel y los tejidos subcutáneos, generalmente se produce por la presión ejercida sobre una prominencia ósea⁴. Se ha convertido en un problema de salud importante que empeora la calidad de vida del paciente y dificulta su recuperación.

La principal causa de formación de lesiones de presión constituye, la pérdida de la capacidad por parte del paciente para moverse. La falta de movimiento permite que los tejidos permanezcan comprimidos, entre dos planos, las

prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa como la cama o silla donde permanece. Las lesiones se producen cuando se mantienen los tejidos presionados por un periodo de más de dos horas. La protección natural se ve afectada al convertirse la zona de necrosis en heridas y la afección puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, vasos sanguíneos, nervios y huesos, por lo que el individuo queda expuesto al dolor, infecciones y otras complicaciones⁵.

Se estima que hasta un 84% de estas lesiones ocurren en personas mayores de 65 años, discapacitadas, o en etapa terminal. Sin embargo, la coexistencia de diversos problemas de salud en este grupo etareo conlleva a que las LPP se encuentren sub-diagnosticadas, lo que dificulta su detección, diagnóstico temprano y seguimiento. Adicionalmente, estas lesiones generan un gran impacto social por la incapacidad y el deterioro de la calidad de vida y el gasto económico que se origina por concepto de tratamientos médicos, insumos, cirugías y prolongación de estancias hospitalarias⁶.

Las LPP, son de rápida aparición y cursan con un proceso de larga curación, debido al gran compromiso que genera en las estructuras musculares y tendinosas en un área corporal.

La prevención es la mejor alternativa para evitar estas lesiones, sus complicaciones y costos, según varios autores es posible prevenir hasta un 95% a 98% de las LPP, por lo que es recomendable disponer de estrategias de educación y prevención⁷.

2. ANTECEDENTES

NIVEL DE RIESGO Y APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO

(2015 A. Tzuc Guardia, E. Vega Morales, L. Collí Novelo)

Es un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y longitudinal, en un hospital de segundo nivel de la ciudad de Mérida, Yucatán, en el período de agosto a octubre del año 2013. La muestra se conformó por 31 pacientes críticos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.

La recolección de la información se realizó a través de la escala de Braden, constó de 3 apartados: en la primera parte se exploraron datos sociodemográficos: edad, sexo y preguntas relacionadas con el diagnóstico médico, tratamiento, días de estancia, número de valoraciones. La segunda parte incluyó la evaluación de los 6 criterios de la escala de Braden. El último apartado, consistió en aplicar una lista de cotejo conformada por los estadios de las úlceras, para reportar los signos observados en el paciente.

Los resultados obtenidos, el 100% de los pacientes tuvo alto riesgo al ingreso y 24 h; se redujo en un 71% a los 7 días. El 6.4% desarrolló úlcera por presión al ingreso, el 12.9% a las 24 h y el 35.5% a las 72 h. En general el 45.2% de los pacientes considerados como de alto riesgo manifestaron úlcera por presión a los 7 días de estancia hospitalaria. Se observó una correlación entre las variables nivel de riesgo y aparición de úlcera por presión a las 72 h

Las conclusiones de este estudio, a pesar de que se reduce el riesgo a la mitad en las primeras 72 h, aumenta la incidencia de úlcera por presión en ese mismo lapso; así, 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.

ULCERA POR PRESION: INCIDENCIA Y FACTORES DEMOGRAFICOS, CLINICOS Y NUTRICIONALES ASOCIADOS EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

(2015, Ana Carolina Oliveira Costa, Claudia Porto Sabino Pinho, Alyne Dayana Almeida dos Santos y Alexsandra Camila Santos do Nascimento)

Es un estudio prospectivo, observacional, con pacientes internados en dos UTIs, una quirúrgica y otra con especialidad en enfermedades infectocontagiosas de un hospital universitario ubicado en el noreste brasileño.

Se evaluaron variables demográficas (edad, sexo, raza), nutricionales (antropometría y aspectos de la dieta) y clínicas (diagnóstico de admisión, diabetes mellitus e hipertensión arterial), uso y tiempo de ventilación mecánica, medicamentos (antibióticos, sedativos y drogas vasoactivas), tiempo de hospitalización en UTI y resultado clínico (alta para enfermería y óbito). La Escala de Braden se aplicó hasta 48 horas después.

La muestra se compuso de 51 pacientes, común promedio de edad de 57,7 años. Se verificó una incidencia de UP del 52,9%, y los factores asociados a su desarrollo fueron: uso de droga vasoactiva, tiempo de hospitalización, mayor a 10 días y ausencia de anemia.

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 no se asociaron a su desarrollo.

**COMPORTAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS
SERVICIOS DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y UNIDAD CUIDADOS
ESPECIALES EN UNA CLÍNICA DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD
DE MEDELLÍN DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2015**

(Carlos Mario Tamayo-Rendón, Carolina Palacio-Grisales, Cenelia María Osorio-Pabón, Julián Esteban Román-Giraldo, Leidy Cristina Rodríguez-Castrillón)

Es un estudio cuantitativo, descriptivo, longitudinal retrospectivo a partir de fuente secundaria de información en el cual se caracterizó el comportamiento de las úlceras por presión en los servicios de Unidad de Terapia Intensiva y de Unidad de Cuidados Especiales.

Las variables estudiadas fueron: servicio, diagnóstico de ingreso, aplicación de la escala de Braden, edad, sexo, riesgo y condiciones de humedad de la piel. Entre los pacientes admitidos el 50,8% fueron mujeres y la aplicación de la escala de Braden fue en 96,2% de los casos. Entre los afectados el 57,1% fue femenino, el grupo de edad más frecuente 61-70 años. La prevalencia general fue 10,8% y discriminada de 15,2% para Unidad de Terapia Intensiva y 7,7% para Unidad de Cuidados Especiales. El grupo diagnóstico de ingreso más frecuente fue el Neurológico (21,5%) seguido por el Infeccioso (20,4%). Las condiciones de humedad de la piel de muy húmeda y ocasionalmente húmeda se comportaron como factor de riesgo,

Es necesario establecer mecanismos para disminuir la aparición de úlceras por presión especialmente en el servicio de Unidad de Terapia Intensiva en el cual la prevalencia es alta, y que estos mecanismos deben estar orientados principalmente a aplicar la escala de Braden a todos los pacientes admitidos en el servicio, las actividades de prevención deben estar focalizadas hacia el manejo de la humedad de la piel en especial en pacientes con algún tipo de incontinencia y/o daño de esfínteres,

3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio es importante porque permite obtener un mayor conocimiento acerca de la prevención y cuidado de lesiones por presión en pacientes hospitalizados, buscando siempre el beneficio de los pacientes y la excelencia en el cuidado enfermero, en una realidad específica como es el caso de la Unidad de Terapia Intensiva de la Caja de Salud de Caminos y RA. La cual es un área donde se brinda atención a pacientes en estado crítico que presentan compromiso vital, metabólico, funcional de uno o más órganos, por lo que deben ser sometidos a vigilancia estricta, soporte vital constante, tratamiento, haciendo uso de tecnología y personal especializado, donde ingresan pacientes críticos con distintas patologías de base, llegan a estar bajo sedoanalgesia, conectados a ventilador mecánico, etc.

El desarrollo de esta investigación será beneficioso para los pacientes y para el personal de enfermería que trabaja en la Unidad de Terapia Intensiva de la Caja de Salud de Caminos y RA. Se pudo observar que en el servicio no cuentan con un protocolo para la prevención y cuidado de lesiones por presión.

Las lesiones por presión representan un grave problema de salud, especialmente en las Unidades de Terapia Intensiva. Entre los factores que crean predisposición están: la inmovilización debido a que la mayoría de los pacientes ingresados se encuentran bajo sedación, creando así puntos de presión en distintas áreas del cuerpo, otros factores están relacionados con el estado de la piel, alteraciones de la perfusión, estado nutricional, edad, etc.²

La incidencia de las lesiones por presión (LPP) en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) continúa siendo elevada, presentan una prevalencia del 3% al 50%², a pesar de la cantidad de recursos invertidos, continuamos sufriendo este grave problema de salud.³

En Latinoamérica la información es escasa, se realizó un estudio por el Dr. Yepes, et al. en 150 pacientes de una UTI en Bolivia indica un 26,7% de incidencia de LPP de grado II o superior⁷. Esta elevada cifra es recientemente confirmada por otros autores, como Nijs, et al. que en 2008 publican una incidencia del 20,1% de LPP grado II o superior en una muestra de 520 enfermos de una UTI, médico-quirúrgica. En la última década se han publicado estudios epidemiológicos con resultados contradictorios, aunque mayoritariamente las incidencias señaladas son altas, con cifras que oscilan entre el 1,9% y el 29,5%.⁷.

La prevalencia a nivel mundial según datos aportados por la Organización Mundial de la Salud, oscila entre 5 y 12%. Presentan los porcentajes: Canadá (23-29%), Australia (6- 15%), Estados Unidos (8-15%). En el 2009 un estudio europeo revela una prevalencia en Bélgica/Suiza/Inglaterra (21–23%), Italia (8%), Portugal (13%). De acuerdo a un estudio realizado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Lesiones por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP)(2005 – 2006), en España reporta un 8%.¹

Por todo lo mencionado, surge la inquietud de la implementación de la presente investigación, cuyo objetivo es determinar la prevención y cuidado de lesiones por presión que brinda el personal de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva de la Caja de Salud de Caminos y RA, La Paz, Bolivia, tercer trimestre de 2019, de esta manera serán beneficiados los pacientes que lleguen a ingresar al servicio, así como el personal involucrado en el cuidado de estos pacientes.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. MARCO REFERENCIAL

El 1 de marzo de 1973 mediante R.S. N° 167567 el gobierno aprobó la aplicación por la vía de la delegación del esquema consignado por el Código de Seguridad Social en favor de los trabajadores del Servicio Nacional de Caminos, la creación del Seguro Social del Servicio Nacional de Caminos. Posteriormente, mediante R.S. N° 182970 de 27 de diciembre de 1976, el gobierno reconoce la personería jurídica del Seguro Social del Servicio Nacional de Caminos como entidad descentralizada del sector público.

El hospital Caja de Salud de Caminos y R.A. es una institución privada, ubicada en la ciudad de La Paz, en la calle 14 de Obrajes, consta de ocho plantas con una capacidad aproximada de 70 camas distribuidas entre salas de internación, emergencias, quirófanos y otros ambientes.

También cuenta con servicios de internación, consultorios, laboratorios, farmacia, fisioterapia, áreas de maternidad, quirófanos, imagenología, terapia intensiva, hemodiálisis, entre otros. Es una infraestructura completa, que responde a las características de un hospital de segundo nivel. La Unidad de Terapia Intensiva tiene capacidad para 4 camas, cuenta con el equipamiento necesario.

4.2. MARCO CONCEPTUAL

LESIONES POR PRESIÓN

4.2.1. Definición

Es la lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea, producida cuando se ejerce una presión prolongada o fricción entre dos planos duros y tiene como consecuencia, una degeneración rápida de los tejidos⁸.

4.2.2. Etiopatología de las lesiones por presión

- **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.).⁹
- **Fricción:** Es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.⁹
- **Cizallamiento (Fuerza externa de pinzamiento vascular):** Combina los efectos de presión y fricción. Ejemplo: posición fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.⁹
- **Humedad:** Un control ineficaz de la humedad puede provocar la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel tras la higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia, haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración.⁹

4.2.3. Factores de riesgo

FACTORES INTRÍNSECOS	FACTORES EXTRÍNSECOS
Situación nutricional: desnutrición, deshidratación, obesidad.	Mala higiene
Reducción de movilidad o inmovilidad.	Condiciones de vida
Deterioro neurológico o sensorial.	Inadecuadas condiciones de humedad (sudoración, exudado de heridas) y temperatura.
Enfermedades concomitantes: respiratorias y cardíacas.	Sistemas de alivio de presión
Incontinencia (urinaria o fecal).	Dispositivos diagnósticos o terapéuticos

Extremos de edad: comportan una disminución de la movilidad	Superficies de apoyo inadecuadas
Grado de consciencia	Contenciones: imposibilidad de cambios posturales.
Enfermedades agudas.	Inadecuada formación del cuidador
Enfermedades vasculares, crónicas o terminales	Tratamientos farmacológicos: inmunosupresores, sedantes, vasoconstrictores.
Postura o contracturas.	Técnicas manuales sobre la piel

Fuente: Prevención y tratamiento de úlceras por presión en primer nivel de atención. Guía de práctica clínica. Pág. 3

4.2.4. Clasificación por estadio

Estadio I: Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea. La piel oscura pigmentada puede no tener palidez visible; su color puede diferir de la piel de los alrededores. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. Puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. Puede indicar personas “en riesgo”.

Estadio II: La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo-rosado, sin esfacelos. También puede presentarse como una flictena o blíster intacta llena de suero o suero sanguinolento, o abierta/rota.¹⁰

Estadio III: Pérdida completa del grosor del tejido. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfacelos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones.

Estadio IV: Pérdida total del espesor del tejido con hueso expuesto, tendón o músculo. Los esfacelos o escaras pueden estar presentes. Incluye a menudo

cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la LPP de categoría/estadio IV varía según la localización anatómica. Puede ser probable que ocurra una osteomielitis u osteítis.¹⁰

4.2.5. Clasificación de las lesiones según su Origen

Úlceras por Presión: Es producido por presión continua, durante varias horas o incluso días, en una zona concreta, normalmente en el sacro y en los talones. Está relacionada con pacientes encamados, que tienen muy poca movilidad siendo el tipo de úlcera más común.¹¹

Úlceras Venosas: Se producen principalmente por un deterioro previo del sistema circulatorio venoso del paciente, son difíciles de solucionar, precisan de apoyo mediante vendajes elásticos. El tiempo de curación estimado es menor de entre 1 mes y 1 año.

Úlceras Mixtas: Son poco comunes y prácticamente imposibles de curar, su origen es un deterioro venoso + un deterioro arterial. Tiempo de curación estimado: varios meses según el grado de la ulcera, y el estado general del paciente; hasta 1 o 2 años¹²

Úlceras Diabéticas: Son úlceras de pacientes que tienen diagnosticada una diabetes. Se presentan en la zona de la base del pie, son difíciles de curar y pueden presentarse con agresividad. El mayor peligro de este tipo de úlceras, es la voluntad de la ulcera de alcanzar el hueso, perforando varias capas de la piel.¹¹

Úlceras Yatrogénicas: Su origen es de tipo hospitalario, se producen aprovechando una bajada de defensas inmunológicas durante los ingresos prolongados, especialmente en pacientes encamados o críticos.¹¹

Úlceras Oncológicas: Son úlceras cuyo origen es un cáncer o un tumor, su abordaje es prácticamente imposible en el sentido de la curación total debido al

origen neoplásico. Pueden ser indoloras y pueden crecer especialmente de manera horizontal en extensión, no suelen crecer en profundidad.¹²

4.2.6. Localización de las LPP

Las LPP pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo dependiendo de la zona que esté sometida a mayor presión y de la postura habitual del paciente.¹³

- **En decúbito supino:** región sacra, talones, codos, omoplatos, nuca/occipital, coxis.
- **En decúbito lateral:** maléolos, trocánteres, costillas, hombros/acromion, orejas, crestas ilíacas, cara interna de las rodillas.
- **En decúbito prono:** dedos de los pies, rodillas, genitales masculinos, mamas, mejillas, orejas, nariz, crestas ilíacas.
- **En sedestación:** omóplatos, isquion, coxis, trocánter, talones, metatarsianos.

Localizaciones más frecuentes de las lesiones iatrogénicas:

- **Nariz:** por exposición prolongada de la mascarilla de oxígeno.
- **Labios, lengua y encías:** por uso inadecuado de tubos endotraqueales.
- **Meato urinario:** por tiempo prolongado de sonda vesical.
- **Alas de la nariz:** por exposición prolongada de sonda nasogástrica.
- **Mucosa gástrica y rectal:** por sonda nasogástrica y rectal.
- **Cintura pelviana y zonas blandas:** por pliegues en las sábanas.
- **Muñecas y codos:** en personas con sujeción mecánica.¹³

4.2.7. Complicaciones de las LPP

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

Celulitis

Es una infección que afecta a partes blandas profundas, de rápida extensión, causada generalmente por el *Streptococcus pyogenes* o *Staphylococcus aureus*. A nivel local el tejido de celulitis presenta eritema, dolor y calor local. Puede haber también linfangitis y afectación de los ganglios linfáticos. En casos graves de infección, pueden aparecer síntomas como vesículas, pústulas, ulceración y necrosis que afectan a la musculatura.¹³

Osteomielitis

Es una complicación infecciosa de algunas LPP que afecta al hueso subyacente de la lesión. La infección que puede ser causada por gran número de microorganismos: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermis*, *Streptococcus*, *Salmonella*, *Proteus* y *Pseudomonas*. Es una entidad patológica de difícil diagnóstico, esto hace que sea un problema generalmente infravalorado o ignorado, pudiendo dar lugar a su cronificación con lesión tisular más extensa. Hay que sospechar una osteomielitis en los casos de lesión en los que después de una correcta limpieza y desbridamiento, no cicatriza correctamente y continúan persistiendo los signos de infección local.¹⁴

Bacteriemia y sepsis

Producida habitualmente por *Staphylococcus aureus*, bacilos gram-negativos o *Bacteroides fragilis*. Si los pacientes con LPP desarrollan signos clínicos de sepsis (fiebre, taquicardia, hipotensión, anorexia, desorientación, letargo), se precisa una atención médica urgente. En un paciente anciano puede que no se desarrollen todos los signos y síntomas de una septicemia, por lo que hay que estar alerta ante la aparición de alguno de estos síntomas.¹⁴

4.2.8. Valoración general del paciente

La valoración general del paciente debe hacerse de forma individualizada e integral. La evaluación integral siempre debe incluir: ¹³

- Alteraciones de la piel intacta: piel seca, eritema, edema, induración.
- Alteración de la movilidad y actividad.
- Evaluación nutricional.
- Evaluación del dolor.
- Identificación de posibles factores de riesgo.

4.2.8.1. Escalas de valoración

Las escalas que tradicionalmente se vienen considerando más válidas son las escalas Braden (1987) y Norton (1962), por su efectividad para valorar el riesgo de desarrollar úlceras por presión. Posteriormente, se observa la incorporación de la escala EMINA (1998) a este grupo (Pancorbo-Hidalgo et al, 2008).¹⁵

Escala de valoración Braden

PUNTUACIÓN	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Exposición a la humedad	Completamente húmeda	Húmeda con frecuencia	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	Encamado	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Riesgo de lesiones cutáneas	Problema (requiere moderada y máxima asistencia)	Problema potencial (se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia)		No existe problema

FUENTE: Escalas de valoración. Nataly Castellanos pág. 56

CLASIFICACIÓN DE RIESGO:

- Puntuación de 6 a 12..... Riesgo alto.
- Puntuación de 13 a 14..... Riesgo moderado.
- Puntuación de 15 a 18..... Riesgo bajo.
- Puntuación de 19 a 23..... Sin riesgo

Escala de valoración de Norton

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTUACIÓN
BUENO	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
MEDIANO	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
REGULAR	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o Fecal	2
MUY MALO	Estuporoso Comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y Fecal	1

FUENTE: Escalas de valoración. Nataly Castellanos pág. 43

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

Escala de Emina

Puntos	Estado mental	Movilidad	Humedad r/c incontinencia	Nutrición	Actividad
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Limitación ligera urinaria o fecal ocasional	Incompleta	Ocasional	Deambula con ayuda
2	Letárgico	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre precisa ayuda
3	Coma	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta > 72 h	No deambula

FUENTE: Escalas de valoración. Nataly castellanos pág. 49

Clasificación de riesgo:

- Puntuación de 0..... Sin riesgo
- Puntuación de 1 a 3.....Riesgo bajo.
- Puntuación de 4 a 7.....Riesgo medio.
- Puntuación de 8 a 15.....Riesgo elevado

4.2.9. Prevención

Prevenir la aparición de las LPP es prioritario dentro de los cuidados de los pacientes susceptibles de padecerlas. La prevención no sólo reduce la incidencia y recurrencia de LPP, 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.¹⁴

4.2.9.1. Valoración integral del paciente

La valoración integral viene determinada por la evaluación del riesgo de aparición de LPP 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.¹³

La valoración de riesgo de LPP tiene como objetivo identificar de forma precoz los pacientes en riesgo de desarrollar LPP. El uso de una EVRUPP constituye un criterio objetivo de aplicación de medidas preventivas, aumentando la eficacia en la utilización de los recursos. La escala Braden, es la más utilizada, consta de seis subescalas (percepción, exposición de la piel a 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.³

4.2.9.2. Valoración de la piel

Los signos indicativos de lesión por presión son: eritema, calor localizado, edema, induración y deterioro de la piel. Los tonos más oscuros de piel pueden ser más difíciles de evaluar visualmente, por lo que se debe prestar atención al calor localizado, edema e induración en estos casos. Es necesario:

- Inspeccionar la piel de todos los pacientes al ingreso hospitalario.
- Inspeccionar la piel al menos cada 24 horas para detectar signos de enrojecimiento en los pacientes con riesgo de padecer LPP
- Prestar especial atención a las prominencias óseas, los talones, tuberosidades isquiáticas, región sacra y zonas con lesiones anteriores.
- Observar la zona de la piel donde se encuentren dispositivos terapéuticos que produzcan presión sobre la misma (por ejemplo, aparatos ortopédicos, férulas, catéteres, sonda nasogástrica, dispositivos de oxigenoterapia, etc.), siempre que sea posible, retirar o movilizar estos dispositivos para permitir una valoración integral de la piel.⁹

4.2.9.3. Cuidados de la piel

- Utilizar un jabón con pH adecuado a la piel, evitando usar agua muy caliente.
- Aclarar y secar completamente la piel para protegerla del exceso de humedad prestando especial atención a los pliegues cutáneos.
- Mantener una adecuada hidratación para proteger la piel, ya que si está seca hay mayor riesgo de aparición de lesiones.
- No frotar vigorosamente la piel del paciente.
- Las cremas hidratantes, se deben aplicar con suavidad, no frotando sobre las prominencias óseas ya que esto podría producir una rotura capilar y provocar al paciente una úlcera de forma involuntaria.
- Utilizar ácidos grasos hiperoxigenados, solamente en las zonas de mayor riesgo de presión, además de aportar la hidratación, evitar la sequedad y la descamación que proporcionan las cremas hidratantes, aumentan la resistencia de la piel.
- No usar agentes irritantes para la piel como los productos que contienen alcohol.⁹

4.2.9.4. Manejo de la humedad

La humedad relacionada con la incontinencia puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión. Es necesario limpiar y secar la piel tan pronto como sea posible después de cada episodio de incontinencia, eliminando los productos de desecho como orina, heces y transpiración para prevenir la irritación química que se produce, además si la piel esta húmeda es frágil y más susceptible a la fricción, por ello es necesario:¹

- Cambiar los absorbentes, con frecuencia.
- Cambiar la ropa de la cama cuando este húmeda.
- Siempre que sea posible evitar los productos de plástico, ya que aumentan el calor y retienen la humedad en la piel.

- Proteger la piel de los excesos de humedad, utilizando agentes tópicos que proporcionen barreras de protección.

4.2.9.5. Nutrición e hidratación

El estado de nutrición del paciente es uno de los factores que más influye en la aparición de LPP por lo que resulta clave identificar y corregir los diferentes déficits nutricionales, así como las causas que los provocan. Para la prevención de las LPP es imprescindible una dieta equilibrada, que se ajuste a las necesidades del paciente en función de edad, sexo, actividad física que realiza, patología y preferencias, aportando todos los nutrientes necesarios. En el ingreso del paciente se realiza una valoración de su estado nutricional que se repite con regularidad durante la hospitalización en intervalos que dependen del grado de riesgo nutricional. Los pacientes que son identificados como de riesgo “bajo” y “moderado” son reevaluados a los 7 días y en los de riesgo “alto” se establece un plan de cuidados con intervención nutricional.¹⁴

4.2.9.6. Yatrogenia

Son lesiones que se producen por el roce continuo de un recurso instrumental imprescindible para el tratamiento y/o diagnóstico.

Se debe tener especial cuidado con:

- Nariz: cambiar diariamente apósito de fijación de sonda nasogástrica (SNG) y mover apoyo en la mucosa gástrica.
- Boca: por fijación de tubos endotraqueales realizar igualmente movilización.
- Meato urinario: lesiones por sondaje vesical (hombres en prepucio y mujeres en labios vaginales), cambiar puntos de apoyo.
- Muñecas, codos y talones: por sujeciones mecánicas. Proteger la piel.
- Orejas: por gomillas de mascarilla de oxígeno, proteger del contacto directo utilizando gasas.

- Pómulos: por gafas nasales, vigilar presión y movilizar.
- Talones, piernas y tronco: por escayolas, proteger previamente la piel y vigilar.
- Glúteos: debido a las cuñas, intentar mantenerlas el menor tiempo posible, no realizar arrastre.⁸

4.2.9.7. Manejo de la presión

Para minimizar el efecto de la presión como causa de la LPP hay que considerar cuatro elementos: movilización, cambios posturales, utilización de superficies especiales de apoyo y la protección local ante la presión.¹⁴

4.2.9.8. Movilización

- Fomentar el movimiento del paciente en la medida de sus posibilidades. Proporcionar dispositivos de ayuda según la situación del paciente, como barandillas, trapecio, andador, bastones, grúas, etc.
- Si la situación del paciente no lo permite, realizar movilizaciones pasivas y/o pasivo/asistidas 3 ó 4 veces al día, sin sobrepasar el punto de aparición del dolor.
- En periodos de sedestación se efectuarán movilizaciones horarias. Si el paciente puede realizarlo autónomamente, se movilizará cada quince minutos (cambios de postura y/o pulsiones).¹⁴

4.2.9.9. Cambios posturales

Siempre que no exista contraindicación deben realizarse cambios posturales, ya que permiten evitar o aligerar la presión prolongada.

En pacientes encamados, los cambios se deben realizar cada 2-3 horas, siguiendo una rotación programada e individualizada. Durante la noche, se aconseja que se realicen cada 4 horas.

En los cambios posturales es necesario tener en cuenta:

- Evitar en lo posible que el paciente se apoye sobre sus zonas de riesgo. Mantener la alineación corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente, ya sea sentado o acostado.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí, usando cojines, almohadas u otras superficies blandas.
- Utilizar superficies blandas para eliminar la presión sobre los talones.
- Evitar el arrastre.
- En decúbito lateral, no sobrepasar los 30° de giro para evitar apoyar directamente sobre el trocánter.¹⁶

Tipos de cambios posturales:

4.2.9.9.1. Decúbito supino

- Colocar una almohada pequeña o una toalla enrollada bajo la región lumbar.
- Colocar una almohada bajo la región superior de los hombros, cuello y cabeza.
- Colocar un cojín bajo las piernas dejando los talones sin contacto con la cama. Las piernas deben quedar ligeramente separadas.
- Mantener los pies en ángulo recto poniendo un cojín entre las plantas y los pies de la cama, se evita el equino.
- Poner almohadas entre los brazos, manteniéndolos paralelos al cuerpo, evitando la rotación externa de la cadera.¹⁴

4.2.9.9.2. Decúbito lateral

- Poner al paciente en decúbito lateral.
- Colocar la almohada bajo la cabeza y cuello del paciente.
- Colocar ambos brazo ligeramente flexionados.
- Colocar una almohada paralela a la espalda y girando al paciente apoyarlo sobre ella; sacar el hombro sobre el que se apoya.
- Colocar una almohada entre las piernas, desde la ingle hasta el pie.

De esta forma se consigue una posición oblicua de 30° o decúbito lateral parcial, para intentar evitar la presión sobre el hueso de la cadera que apoya en la cama.¹⁴

4.2.9.9.3. Decúbito prono

- Girar al paciente sobre sí mismo hasta quedar en decúbito prono, colocando la cabeza de lado sobre una almohada pequeña.
- Colocar otra almohada pequeña sobre el abdomen.
- Colocar una almohada bajo la porción inferior de las piernas situando los pies en ángulo recto.
- Colocar los brazos en flexión.
- Dejar libres de presión los dedos del pie, rodillas, genitales y mamas.¹⁴

4.2.9.9.4. Sentado

- Debe utilizarse un sillón adecuado, cómodo, con el respaldo un poco inclinado. Colocar un cojín o almohada pequeña en la región cervical, en la zona lumbar y bajo las piernas.
- Mantener los pies en ángulo recto.
- Cuidar la posición de los brazos, el alineamiento del cuerpo, y la ubicación de sondas y bolsa colectoras.¹⁴

4.2.9.10. Superficies especiales de apoyo

Las superficies especiales del manejo de la presión (SEMP) son aquellas superficies que han sido diseñadas específicamente para el manejo de la presión, reduciéndola o aliviándola. Incluyen cojines especiales de aire, colchones de plumas, colchonetas y cojines viscoelásticos.¹⁶

Dependiendo del riesgo del paciente se aconseja:

- Riesgo Moderado/Alto: Superficies dinámicas de pequeñas, medianas y grandes celdas. Varían de manera continuada los niveles de presión de zonas de contacto del paciente con superficie de apoyo. En riesgo

moderado se puede utilizar una superficie estática como el colchón de viscoelástica.

- Riesgo Bajo: Superficies estáticas. Aumentan el área de contacto con el paciente por lo que disminuye la presión en zonas de contacto. Se utiliza en pacientes que puedan moverse por sí mismos. Ej: colchón poliuretano y viscoelástica, espuma alta densidad, colchoneta fibra siliconada, etc.

4.2.9.11. Protección local de zonas vulnerables

En zonas de especial riesgo de LPP como los talones es necesario utilizar dispositivos que alivien totalmente la presión sobre los mismos.

- Utilizar una almohada u otro dispositivo debajo de las pantorrillas para que los talones queden elevados completamente, de modo que se distribuya el peso de la pierna a lo largo de la pantorrilla, manteniendo la rodilla ligeramente flexionada.
- Inspeccionar la piel de los talones al menos cada 24 horas.

En las zonas de apoyo de dispositivos terapéuticos como sondas, mascarillas de oxígeno, gafas nasales, drenajes, etc: ¹³

- Vigilar la zona y movilizar el dispositivo, si es posible.
- Utilizar protecciones cuando exista riesgo de fricción

4.2.10. Cuidados generales

- La movilización debe comenzar en las primeras 24 horas luego de la internación.
- Utilizar elementos de soporte (almohadas, cuñas, triángulos, etc.) para mantener cada posición.
- La inmovilización es totalmente desaconsejada con la excepción de una indicación médica específica y en general por breves períodos de tiempo.

- Evitar el decúbito lateral puro y extremo porque lesiona la zona del trocánter mayor.
- Un paciente debe ser movilizado en algunas de las posiciones preestablecidas al menos 4 veces por turno. Siempre proteger la región de la cabeza con un protector de gel.
- Evitar el apoyo de los talones sobre la cama.
- En pacientes que, por su condición respiratoria, requieran la elevación de la cabecera en 30° se debe proteger la región sacra.
- Mantener secas las zonas de apoyo.
- Identificar y corregir déficit nutricional.
- Asegurar un estado de hidratación adecuado.¹⁷

4.2.11. Tratamiento

4.2.11.1. Limpieza de la lesión

La limpieza del lecho de la herida es el primer paso en el cuidado de la misma y uno de los más importantes. Su principal objetivo es retirar restos orgánicos e inorgánicos, exudados y desechos metabólicos presentes en la lesión, a fin de:¹²

- Rehidratar la superficie de la herida.
- Preservar la piel perilesional.
- Disminuir el riesgo de infección.
- Facilitar la valoración del tamaño y extensión de la lesión.
- Irrigar con suero salino 0,9% sin frotar.
- No utilizar antisépticos de manera sistemática.⁸

4.2.11.2. Desbridamiento

El desbridamiento es imprescindible para la buena evolución de las heridas necrosadas. El tejido necrótico: favorece el desarrollo de gérmenes patógenos, impide la formación de tejido de granulación e interfiere en la cicatrización¹⁴. El tejido desvitalizado está constituido por células muertas y restos de tejido. Su

consistencia y aspecto pueden variar y presentarse como placa necrótica o esfacelos.¹²

Tipos de desbridamiento

Quirúrgico. Es una técnica cruenta y no selectiva, realizada en quirófano. Se realizará con el objetivo de eliminar la necrosis y esfacelos hasta llegar al tejido sano.⁸

Cortante. Consiste en retirar de forma selectiva pequeñas parcelas de tejido necrótico por planos y en diferentes sesiones mediante bisturí, pinzas y tijeras, hasta encontrar tejido sano y viable. Se deben extremar las medidas de asepsia, y aplicar antiséptico en la herida antes y después de aplicar la técnica.

Enzimático o químico. Aplicar enzimas tóxicas (generalmente colagenasa), para conseguir la hidrólisis del tejido necrótico y reblandecer la escara.⁸

Autólítico. Está basado en la cura húmeda. Aplicar geles o apósitos que aportan humedad para favorecer que los macrófagos, neutrófilos y enzimas orgánicas destruyan el material necrótico.⁸

Hidrodetersivo. Es una técnica selectiva y atraumática, que consiste en la aplicación de un apósito de fibras hidrodetersivas, de gran eficacia sobre todo en el tejido esfacelado, que atrapan el tejido desvitalizado en el apósito, lo que facilita su eliminación y prepara la herida para una mejor cicatrización.¹²

Mecánico. Es un método no selectivo y traumático que puede dañar el tejido sano. Consiste en la retirada del tejido no viable mediante cepillado o arrastre con gasas. Ante la presencia de biofilm en el lecho de la herida, el desbridamiento mecánico es uno de los métodos más efectivos para eliminarlo.¹²

Osmótico. Es un método selectivo que consiste en el intercambio de fluidos de distinta densidad mediante aplicación de soluciones hiperosmolares que

absorben rápidamente el exudado. Su principal inconveniente es que estas soluciones pueden dañar la piel perilesional e incluso el lecho de la herida si se mantienen más de 24 h.¹²

Cuidados y tratamiento según estadio

Estadio I

- Valorar la lesión una vez por turno.
- Mantener la zona afectada, seca e hidratada.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) de forma tópica cada 8 horas en las lesiones.
- Aliviar la presión en la zona afectada mediante:
 - La movilización o realización de cambios posturales cada 4 horas mínima.
 - La utilización de superficies especiales de manejo de presión el Área de Críticos se recomienda la cama TOTAL CARE.
 - En caso de necesitar que el paciente se apoye sobre la lesión, se recomienda utilizar un apósito hidrocélular (apósito efectivo en el manejo de la presión, que reduzca la fricción, que no dañe la piel sana y que sea compatible con la utilización de productos tópicos para el cuidado de la piel) que se mantendrá sin levantar 3 –7 días.¹⁴

Estadio II

- Medidas preventivas
 - Valorar la lesión y la piel una vez por turno.
 - Mantener la piel limpia, seca e hidratada.
 - Aplicar AGHO de forma tópica cada 8 horas (SÓLO en la zona perilesional)
 - Aliviar la presión en la zona afectada mediante: La movilización o realización de cambios posturales cada 2-3 horas y la utilización de SEMP. En el Área de Críticos se debe utilizar la cama TOTAL CARE.

- Cura de la lesión
 - Limpiar la zona con suero salino fisiológico.
 - Usar la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la úlcera.
 - Si hay presencia de flictenas, pinchar y aspirar contenido.
 - Secar minuciosamente la zona.
 - Colocar apósito hidrocoloide, que se mantendrá sin levantar 3–7 días.¹⁴

Estadio III y IV

- Preparación del lecho de la herida:
 - Limpiar la zona con suero fisiológico o agua destilada y cepillado quirúrgico.
 - Usar la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la úlcera. Utilizar una presión de lavado efectivo para facilitar el arrastre de detritus, bacterias y restos de curas anteriores, evitando traumatismos en el tejido sano. La presión de lavado más eficaz es la proporcionada por la gravedad o por ejemplo la que realizamos a través de una jeringa de 20 cc con aguja de 19 x 1/5" G (aguja de frasco)
 - Irrigar el suero en espiral, del centro de la lesión hacia los bordes, hasta que la lesión esté limpia. No limpiar la herida con antisépticos locales (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético, solución de hipoclorito, etc). El yodo destruye al neutrófilo, (célula fundamental en el proceso de cicatrización). El resto son productos químicos citotóxicos para el nuevo tejido y en algunos casos su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción en el organismo. Sólo se puede aceptar el uso de antisépticos en la antisepsia previa y posterior al desbridamiento quirúrgico.¹⁴

Dependiendo de la presencia o no de infección, y del tipo y cantidad de exudado, así como de la cura que se quiera realizar, existen diferentes tipos de apósitos que se pueden utilizar:

- Hidrocoloides: utilizados en heridas superficiales y poco exudativas, en fases de epitelización.
- Films de poliuretano: usados en prevención de LPP.
- Espumas de poliuretano (foam): alta capacidad de absorción y control de la presión.
- Hidrofibras de hidrocoloide y alginato: utilizados en heridas con gran exudado. Se usan en combinación con otros tipos de apósitos.
- Apósitos de carbono activado: controlan el olor de las heridas.
- Apósitos de plata: utilizados en heridas que presentan infección. Combaten la carga bacteriana.
- Colágeno: estimula la granulación y la hemostasia.
- Hidrogeles: utilizados en el desbridamiento autolítico, en cura húmeda.¹⁴

4.2.11.3. Cirugía reconstructiva

Las indicaciones de cirugía reconstructiva en las LPP pueden ser absolutas o relativas. Hay una serie de casos en los que no existe duda de la necesidad de cirugía, sin embargo, en la mayoría de las situaciones la indicación será relativa.

a) El cierre directo. Sólo puede usarse en pequeñas úlceras superficiales, los bordes y además las cicatrices se sitúan en las superficies de apoyo, las deshiscencias son frecuentes.¹²

b) Los injertos cutáneos. Pueden usarse en LPP superficiales, pero proporcionan una cobertura inestable, siendo un procedimiento de baja tasa de éxito.

c) Los colgajos. En caso de grandes lesiones la utilización de colgajos sería adecuada para mejorar la vascularización, proporcionar el almohadillado al hueso expuesto y acortar el tiempo de cicatrización por segunda intención.¹²

4.2.11.4. Manejo de infecciones

Para actuar ante una herida en fase de colonización crítica o infección disponemos de diferentes medidas terapéuticas:

- Limpieza y desbridamiento. La mayor parte de las lesiones con signos de infección local no complicada se resolverán a través de la limpieza y el desbridamiento de la herida.
- Antimicrobianos tópicos. La plata y el cadexómero yodado son las opciones terapéuticas de primera intención, por su eficacia y sus efectos beneficiosos sobre el proceso de cicatrización de la herida.
- Antibióticos tópicos. No deberán utilizarse de forma tópica salvo limitadas excepciones (sulfadiazinaargéntica, ácido fusídico, mupirocina, metronidazol), considerándolos de 2ª intención y no superando las 2 semanas de utilización.
- Antibióticos sistémicos. Su uso en las heridas crónicas deberá limitarse a indicaciones concretas (celulitis, osteomielitis o sepsis y cuando la infección se acompañe de signos sistémicos), previa identificación del germen mediante antibiograma, siempre que sea posible.¹²

4.2.11.5. Dolor

La mayor parte de las LPP son dolorosas; este dolor debe de ser evaluado y tratado, ya que tiene importantes repercusiones físicas y psicosociales para el paciente.

El dolor relacionado con las heridas crónicas puede ser un dolor de fondo (crónico o persistente) que se siente de forma continua, en comparación al dolor relacionado con los cambios de apósitos o procedimientos invasivos.

El dolor puede aparecer o exacerbarse por los dispositivos de alivio de presión y las actividades relacionadas con el tratamiento, como el reposicionamiento en la cama, las curas y otros procedimientos invasivos. Se deben de considerar también otros factores locales que aumentan el dolor como: la isquemia, infección, edema y factores de la piel perilesional.

El abordaje del dolor se puede realizar mediante el uso de medidas farmacológicas con medicamentos tópicos a nivel local o sistémico y medidas no farmacológicas, como colocar a la persona en posturas antiálgicas y evitar movimientos que incrementen el dolor.¹²

4.2.11.6. Otras terapias

- Terapia de presión negativa (TPN). Es un tipo de terapia física para la cicatrización de heridas que se basa en la aplicación de una presión negativa (vacío) en el lecho de la herida. La TPN aumenta el flujo sanguíneo local, reduce el edema, estimula el tejido de granulación y la proliferación celular, reduce carga bacteriana y favorece la aproximación de los bordes de la herida. En pacientes anticoagulados se debe utilizar con precaución.¹²
- Electroestimulación. La estimulación eléctrica es una alternativa en el tratamiento y el manejo de las heridas crónicas de evolución tórpida. Se han de mantener las debidas precauciones cuando, debido a la colocación de los electrodos , la corriente puede fluir a través del área pericárdica, seno carotideo , nervio frénico , nervios parasimpáticos, ganglios, músculos de la laringe y cerca de un marcapasos.¹²

4.3. MARCO SEMANTICO

Antiséptico: Producto químico que se aplica sobre los tejidos vivos con la finalidad de eliminar microorganismos patógenos o inactivar los virus. No tiene actividad selectiva, ya que eliminan todo tipo de gérmenes. A altas

concentraciones pueden ser tóxicos para los tejidos vivos. Algunos pueden interferir la acción de otros productos tópicos utilizados en los cuidados de las heridas (colágenas). Otros como la Povidona Yodada, retrasa el crecimiento del tejido de granulación. En algunos casos se puede generar resistencias bacterianas a los antisépticos.

Ácidos grasos hiperoxigenados (AGH): Compuestos formados por un conjunto de ácidos grasos esenciales, obtenidos por un particular proceso de hiperoxigenación, que favorecen la restauración del film hidrolipídico, evitando la deshidratación cutánea y mejorando la microcirculación sanguínea.

Colgajos: Un colgajo de piel comúnmente se usa para cubrir una lesión grande o profunda, o para reparar piel dañada.

Esfacelos: Tejido amarillo o blanco que se adhiere al lecho de la úlcera en bandas de aspecto fibroso, bloques o en forma de tejido blando muciforme adherido. Tejido de granulación Tejido rojo o rosáceo con una apariencia granular y brillante. Tejido epitelial En las úlceras superficiales, nuevo tejido (o piel) rosado o brillante que crece de los bordes de la herida o en islotes en la superficie de la misma.

Necrosis: Es la muerte de tejido corporal. Ocurre cuando muy poca sangre fluye al tejido. Esto puede suceder por lesión, radiación o sustancias químicas. La necrosis no se puede revertir.

Superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP): Superficies o dispositivos especializados, cuya configuración física y/o estructural permite la redistribución de la presión, así como otras funciones terapéuticas añadidas, para el manejo de las cargas titulares, de la fricción, cizalla y/o microclima, y que abarca el cuerpo de un individuo, o una parte del mismo, según las distintas posiciones funcionales posibles.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incidencia de las lesiones por presión (LPP) en las unidades de terapia intensiva continúa siendo elevada. A pesar de la cantidad de recursos invertidos, se continúa sufriendo este grave problema de salud ². Representan un problema significativo por el deterioro de la salud, los costos que llegan a producir; se necesita realizar una atención preventiva por el personal de salud. Las lesiones por presión aparecen en forma rápida, su proceso de curación es extenso, por las estructuras musculares.

Se realizó un estudio por el Dr. Yepes, et al. en 150 pacientes de una UTI en Bolivia indica un 26,7% de incidencia de LPP de grado II o superior⁷. Esta elevada cifra es recientemente confirmada por otros autores, como Nijs, et al. que en 2008 publican una incidencia del 20,1% de LPP grado II o superior en una muestra de 520 enfermos de una UTI, médico-quirúrgica.

La Unidad de Terapia Intensiva de la Caja de Salud de Caminos y RA, tiene capacidad para 3 camas, donde ingresan pacientes críticos con distintas patologías de base, los cuales están sometidos a sedoanalgesia, conectados a ventilador mecánico, con administración de vasoactivos que los hacen propensos a presentar úlceras de presión. Se pudo observar que en la UTI, el personal de enfermería realiza las medidas de prevención y los cuidados de lesiones por presión, en base al conocimiento que con el tiempo fueron adquiriendo o de forma rutinaria, no se estaría aplicando la práctica de enfermería basada en la evidencia, también se pudo observar que en el servicio no cuentan con un protocolo estandarizado para el cuidado y prevención de las lesiones por presión.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la prevención y cuidado de lesiones por presión que brinda el personal de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva de la Caja de Salud de Caminos y RA, La Paz, Bolivia, tercer trimestre de 2019?

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo General

Determinar la prevención y cuidado de lesiones por presión que brinda el personal de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva de la Caja de Salud de Caminos y RA, La Paz, Bolivia, tercer trimestre de 2019.

6.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las características socio demográficas del profesional de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva de la Caja de Salud de Caminos y RA, La Paz, Bolivia, tercer trimestre de 2019.
2. Caracterizar el grado de conocimiento del personal de enfermería sobre las medidas de prevención y cuidados de lesiones por presión en la Unidad de Terapia Intensiva de la Caja de Salud de Caminos y RA, La Paz, Bolivia, tercer trimestre de 2019.
3. Describir los cuidados aplicados para controlar y minimizar los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de las lesiones por presión, en la Unidad de Terapia Intensiva de la Caja de Salud de Caminos y RA, La Paz, Bolivia, tercer trimestre de 2019.
4. Elaborar un protocolo de atención de enfermería para la prevención y cuidado de lesiones por presión en la Unidad de Terapia Intensiva de la Caja de Salud de Caminos y RA, La Paz, Bolivia, tercer trimestre de 2019.

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1. Contexto o lugar de intervención

El estudio se realizará en la Caja de Salud de Caminos y RA, ubicado en la ciudad de La Paz, en la zona sur, calle 14 de obrajes.

La Unidad de Terapia Intensiva se encuentra ubicada en el 2do piso, tiene capacidad para 4 camas, cuenta con 5 Licenciadas en enfermería distribuidas en los diferentes turnos: mañana, tarde, noche A - B y fin de semana.

7.2. Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal

Cuantitativo; Usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.¹⁹

Descriptivo; Descripción de las características de la población en estudio, permitirá medir o evaluar diversos aspectos o componentes del objeto de estudio.¹⁹

Corte transversal; La investigación de corte transversal recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. El estudio solo recolectara y analizara datos en un periodo de tiempo específico.¹⁹

7.3. Población

La población de estudio está conformada por el personal de enfermería que son 5 Licenciadas en Enfermería, que trabajan en la Unidad de Terapia Intensiva, distribuidos en los diferentes turnos: mañana, tarde, noche A – B y fin de semana.

7.4. Muestra

Tamaño de muestra: 5 licenciadas en enfermería. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, este tipo de muestreo es útil para estudios exploratorios y en general para estudios de corte cuantitativo, consiste en seleccionar a los individuos por el hecho de que sea accesible para la muestra.

7.4.1. Criterios de inclusión

- Personal de enfermería que trabaja en la Unidad de Terapia Intensiva.
- Personal de enfermería que acepto formar parte del estudio.

7.4.2. Criterios de exclusión

- Personal de enfermería que trabaje en otros servicios que no está dentro del estudio
- Personal de enfermería que no desea participar en el estudio

7.5. Métodos y técnicas

El método que se utilizo fue una encuesta impresa. Se realizó la recolección de la información a través de encuestas previamente estructuradas, realizadas con preguntas claras y sencillas para que no haya confusiones en los encuestados.

Se valido el instrumento de recolección de datos con 3 licenciadas que trabajan en el área de terapia intensiva, posteriormente previa autorización del director del hospital y jefa de enfermeras de la Caja de Salud de Caminos y RA. se aplicaron las encuestas. La fuente de información fue primaria, se recolecto la información directamente del personal de enfermería a través de encuestas.

7.6. Operacionalización de variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	CONCEPTO	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Cuantitativa Continua	a) 20 – 30 b) 31 – 40 c) 41 – 50	Frecuencia Porcentaje
Formación académica	Es la trayectoria formativa que una persona ha podido cursar con unos estudios determinados.	Cualitativa Ordinal	a) Licenciatura b) Especialidad c) Maestría	Frecuencia Porcentaje
Experiencia laboral	La edad correspondiente entre el tiempo transcurrido desde el inicio laboral del profesional de enfermería hasta la realización del estudio	Cuantitativa Continua	a) Menor a 1 año b) 1 a 2 años c) 2 a 5 años d) Mayor a 5años	Frecuencia Porcentaje
Conocimiento de lesiones por presión	Conjunto de conocimientos importantes que tiene el personal de enfermería sobre lesiones por presión	Cualitativa Nominal	a) Lesión tisular causada por salida de líquidos hiperosmolar del espacio intravascular hacia el intersticio b) Lesión de origen infeccioso procede por exposición prolongada a superficies contaminadas	Frecuencia Porcentaje

			c) Lesión de origen isquémico producida por el daño tisular debido a una compresión prolongada de la piel	
Mecanismos que provocan la aparición de lesiones por presión.	Manera de producirse o de realizar una actividad, una función un proceso que ocasiona la aparición de lesiones por presión.	Cualitativa Nominal	a) Presión, cizallamiento, compresión b) Rotación c) Presión, cizallamiento y fricción	Frecuencia Porcentaje
Escalas de valoración para prevenir las lesiones por presión.	Evalúa el riesgo de desarrollar lesiones por presión.	Cualitativa Nominal	a) Escala de Norton , escala de Braden, escala de Ramsay b) Escala de Emina, escala de Daniels, escala de Norton c) Escala de Braden, escala de Norton,	Frecuencia Porcentaje
Valoración	Es el primer paso del proceso de enfermería se debe llevar a cabo una evaluación de enfermería completa y holística del estado de salud y las necesidades de cada paciente	Cualitativa Nominal	a) Pacientes con ventilación mecánica b) Pacientes bajo sedo analgesia c) Pacientes de edad avanzada d) Todos los anteriores	Frecuencia Porcentaje

Cambios posturales	Conjunto de conocimientos importantes que tiene el personal de enfermería de los pacientes hospitalizados sobre cambios posturales en prevención de las lesiones por presión.	Cuantitativa Continua	a) Cada 2 horas b) Cada 4 horas c) Cada 5 horas	Frecuencia Porcentaje
Utilizan colchones antiescaras	Superficie especial que reparte el peso del cuerpo, aliviando la presión y evitando así que aparezcan escaras.	Cualitativa Nominal	a) Si b) No c) A veces	Frecuencia Porcentaje
Utilizan cojines o donas	Superficies especiales para el manejo de la presión.	Cualitativa Nominal	a) Si b) No c) A veces	Frecuencia Porcentaje
Desarrollo de lesiones por presión	Proceso de cambio y aparición de lesiones por presión.	Cualitativa Ordinal	a) Todos los pacientes b) Mas del 50% de los pacientes c) Menos del 50% de los pacientes c) Menos del 50% de los pacientes	Frecuencia Porcentaje

Capacitación	Conjunto de actividades didácticas, orientadas a ampliar los conocimientos, habilidades y aptitudes del personal.	Cualitativa Nominal	Si / No	Frecuencia Porcentaje
Protocolo	Conjunto de normas, reglas y pautas que sirven para guiar una conducta o acción en cuanto a la prevención y cuidado de lesiones por presión.	Cualitativa Nominal	Si / No.	Frecuencia Porcentaje
Necesidad de tener un protocolo	Carencia o escasez de un protocolo que es imprescindible para el cuidado y la prevención de úlceras por presión.	Cualitativa Nominal	Si / No	Frecuencia Porcentaje
Porque es necesario un protocolo	Razones o motivos que justifiquen la necesidad de un protocolo para la prevención y cuidado de úlceras por presión.	Cualitativa Nominal	a)Mejorar la atención hacia el paciente b) Mejorar la calidad de vida del paciente c) Prevenir la aparición de úlceras por presión d) Todos	Frecuencia Porcentaje

Plan de análisis

Los datos obtenidos se tabularon en el programa Excel y luego se importaron al paquete estadístico SPSS (versión 11.5), se utilizó la estadística descriptiva.

8. CONSIDERACIÓN ÉTICA

De acuerdo a la bioética médica de Bolivia se tiene los siguientes principios de:

- Beneficencia, la investigación será de beneficio para los profesionales de enfermería y por tanto para los pacientes.
- No maleficencia, en el sentido de no causar daño a los participantes de la investigación. No existieron riesgos para el personal de enfermería que participo de la investigación.
- Autonomía, respetando las decisiones del personal de enfermería, previa autorización y firma del consentimiento, se llevó a cabo el estudio, realizando la recolección de los datos.
- Justicia, todo ser humano tiene derecho a gozar de los beneficios de la salud sin ninguna discriminación, por lo cual la investigación será de provecho para los profesionales de enfermería ya que ampliarán sus conocimientos, y podrán aplicarlo brindando una mejor atención en beneficio del paciente.

9. RESULTADOS

CON RESPECTO AL OBJETIVO 1:

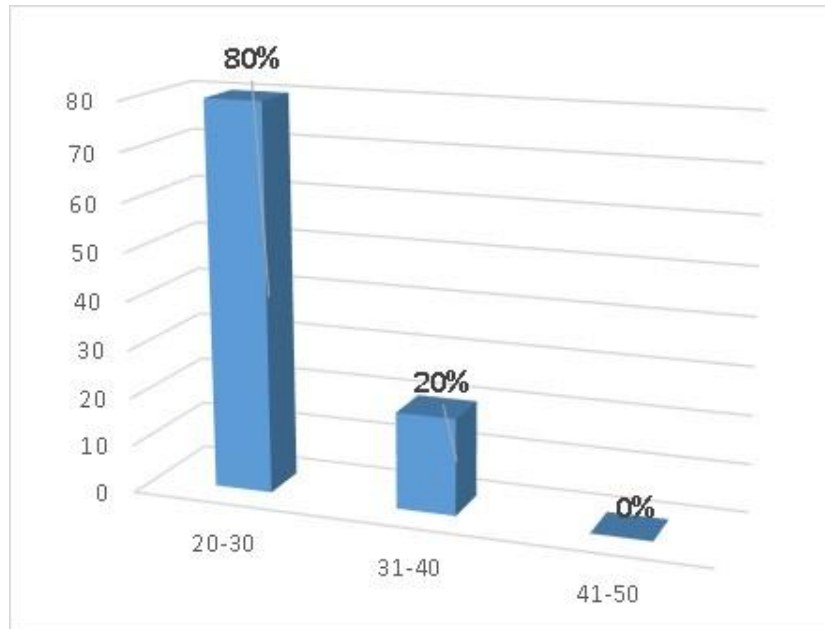
TABLA Nº 1

GRUPO ETAREO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UTI, CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., TERCER TRIMESTRE, 2019

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-30	4	80%
31-40	1	20%
41-50	0	0%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

GRÁFICO Nº 1



Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

Análisis: En su mayoría con el 80% corresponde al grupo de edad comprendido entre 20 – 30 años, no se tiene personal de enfermería entre los 41 – 50 años, por lo tanto la UTI está compuesto por personal joven.

Interpretación: El 80% del personal tiene entre 20 - 30 años y el 20% tiene entre 31 - 40 años.

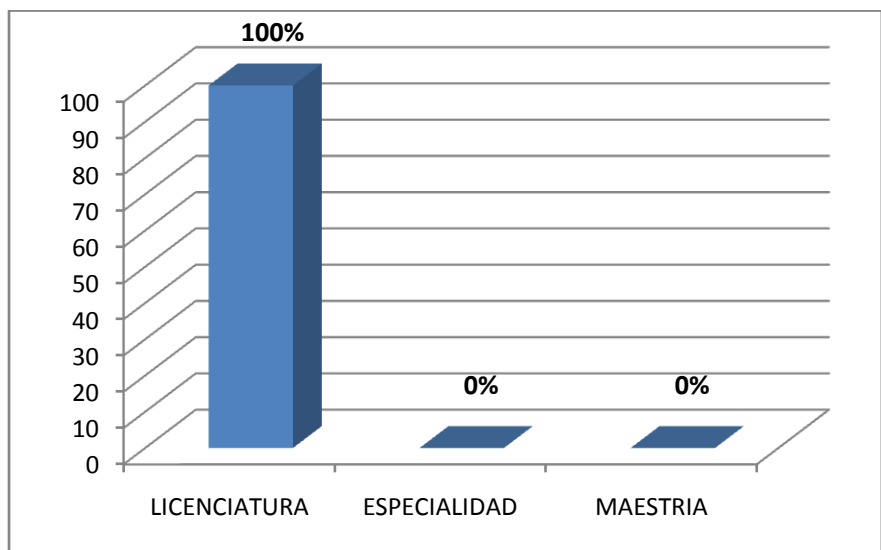
TABLA N°2

**FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UTI,
CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., TERCER TRIMESTRE, 2019**

FORMACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LICENCIATURA	5	100%
ESPECIALIDAD	0	0
MAESTRÍA	0	0
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

GRÁFICO N° 2



Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

Análisis: El 100% del personal tiene formación a nivel licenciatura, por lo tanto la UTI no cuenta con personal con especialidad o maestría.

Interpretación: El 100% tiene la formación a nivel licenciatura

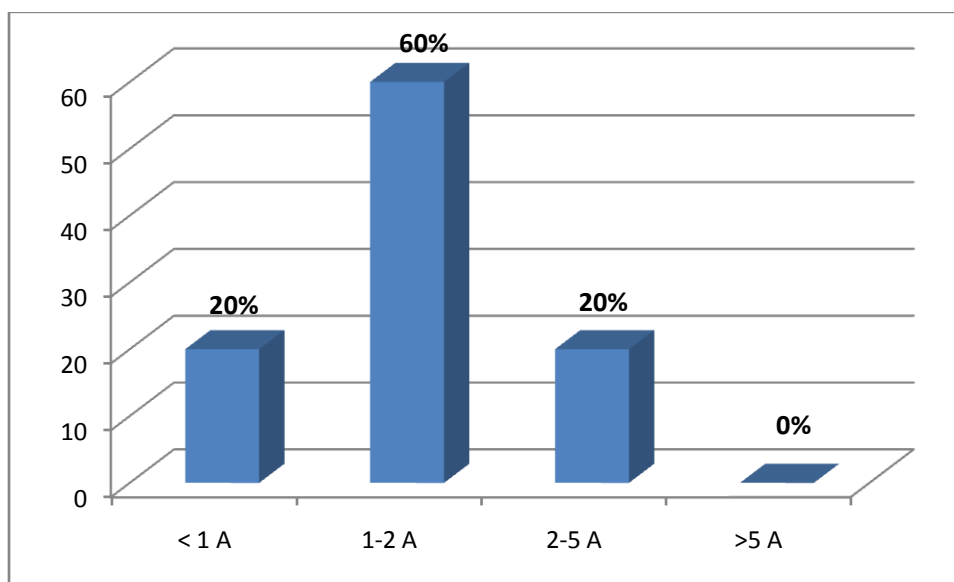
TABLA N°3

**EXPERIENCIA LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UTI,
CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., TERCER TRIMESTRE, 2019**

AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 1 A	1	20%
1-2 A	3	60%
2-5 A	1	20%
>5 A	0	0%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

GRÁFICO N°3



Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

Análisis: En su mayoría con el 60% el personal de enfermería tienen experiencia laboral de 1 a 2 años en la UTI, no hay personal con una experiencia mayor a los 5 años, por lo cual el personal tiene poca experiencia laboral, que se debe también a que el personal de la UTI es joven.

Interpretación: El 60% del personal tiene experiencia laboral de 1 a 2 años, un 20% menos de 1 año y el otro 20% de 2 a 5 años de experiencia.

CON RESPECTO AL OBJETIVO 2:

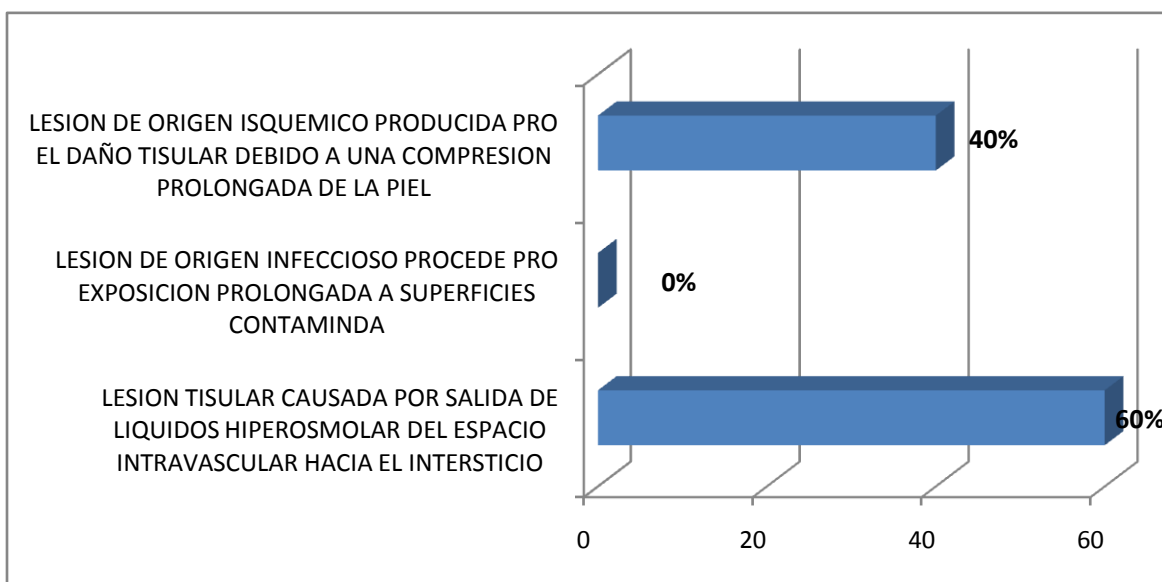
TABLA Nº4

CONOCIMIENTO SOBRE DEFINICIÓN DE LPP, EN LA UTI, CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., TERCER TRIMESTRE, 2019

DEFINICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LESIÓN TISULAR CAUSADA POR SALIDA DE LÍQUIDO HIPEROSMOLAR DEL ESPACIO INTRAVASCULAR HACIA EL INTERSTICIO	3	60%
LESIÓN DE ORIGEN INFECCIOSO PROCEDE POR EXPOSICIÓN PROLONGADA A SUPERFICIES CONTAMINDAS	0	0%
LESIÓN DE ORIGEN ISQUÉMICO PRODUCIDA POR EL DAÑO TISULAR DEBIDO A UNA COMPRESIÓN PROLONGADA DE LA PIEL	2	40%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

GRAFICO Nº 4



Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

Análisis: El 60% del personal de enfermería no tiene conocimiento sobre la definición de lesiones por presión y solo el 40% conoce la definición, por lo tanto hay un déficit de conocimiento por parte del personal de enfermería

Interpretación: El 60% del personal no conoce cuál es la definición de lesión por presión y solo el 40% conoce la definición.

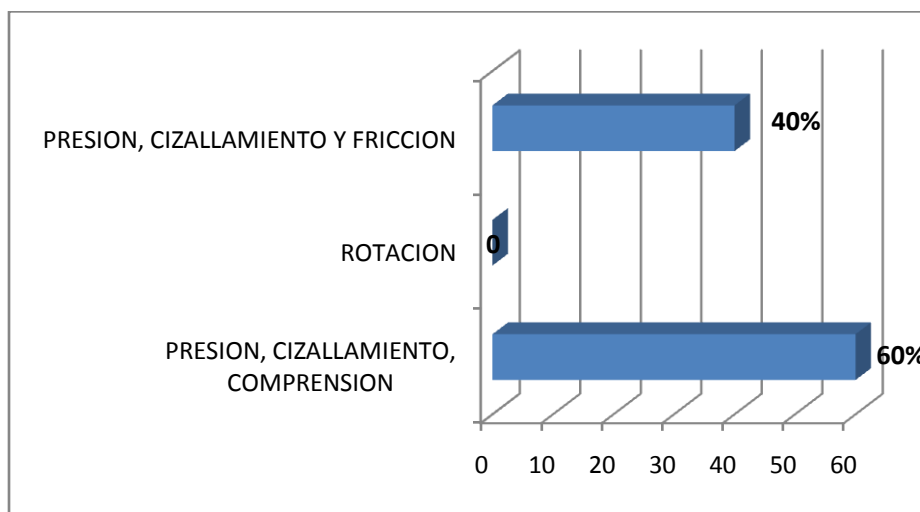
TABLA Nº 5

CONOCIMIENTO SOBRE LOS MECANISMOS QUE OCASIONAN LA APARICIÓN DE LPP, EN LA UTI, CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., TERCER TRIMESTRE, 2019

MECANISMOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRESIÓN, CIZALLAMIENTO, COMPRESIÓN	3	60%
ROTACIÓN	0	0%
PRESIÓN, CIZALLAMIENTO Y FRICCIÓN	2	40%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

GRAFICO Nº 5



Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

Análisis: El 60% tiene no tiene conocimiento sobre cuáles son los mecanismos que ocasionan la aparición de úlceras por presión y el otro 40% si conoce cuales son los mecanismos, por lo cual no estarían aplicando cuidados y medidas de prevención adecuadas para las LPP.

Interpretación: El 60% responde de forma incorrecta sobre cuáles son los mecanismos que ocasionan la aparición de úlceras por presión y el 40% responde de forma correcta.

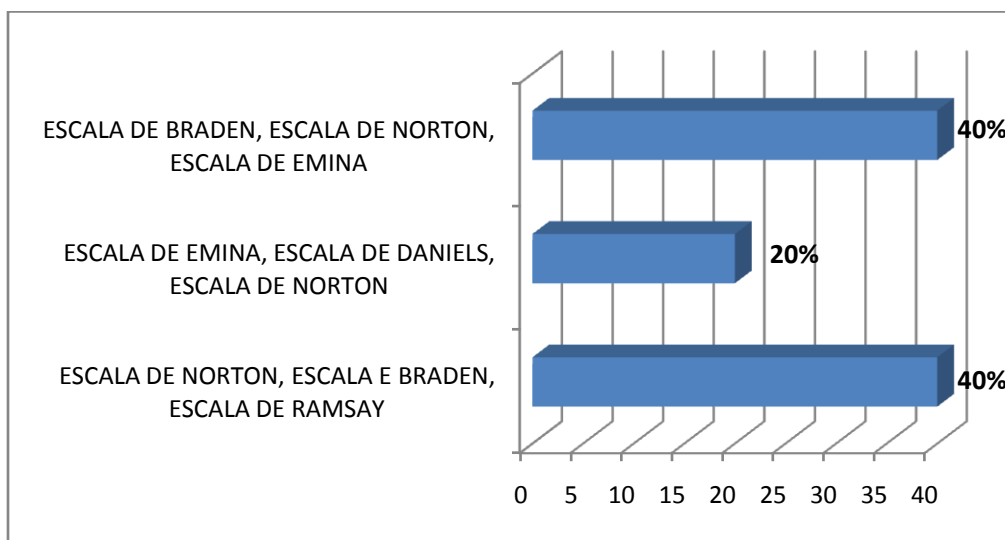
TABLA Nº 6

ESCALAS PARA VALORAR EL RIESGO DE PRESENTAR LPP, EN LA UTI, CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., TERCER TRIMESTRE, 2019

ESCALAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCALA DE NORTON, ESCALA DE BRADEN, ESCALA DE RAMSAY	2	40%
ESCALA DE EMINA, ESCALA DE DANIELS, ESCALA DE NORTON	1	20%
ESCALA DE BRADEN, ESCALA DE NORTON, ESCALA DE EMINA	2	40%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

GRÁFICO Nº 6



Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

Análisis: En su mayoría con el 60% el personal de enfermería no conoce cuales son las escalas para valorar el riesgo de presentar lesiones por presión, si no las conocen no las estarían aplicando como medida de prevención y solo el 40% del personal conoce cuales son las escalas.

Interpretación: El 60% respondió de forma incorrecta, no conocen las escalas para valorar el riesgo de presentar lesiones por presión, solo el 40% conocen cuales son las escalas.

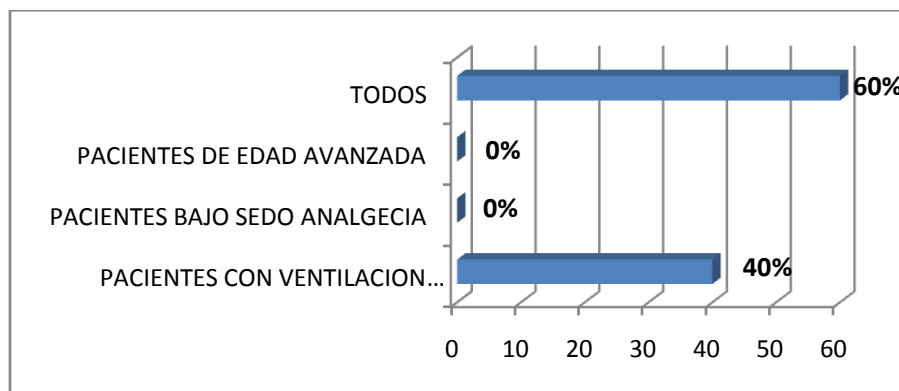
TABLA N°7

PACIENTES EN LOS QUE SE DEBERÍA REALIZAR UNA VALORACIÓN PARA PREVENIR LPP, EN LA UTI, CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., TERCER TRIMESTRE, 2019

TIPO DE PACIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA	2	40%
PACIENTES BAJO SEDOANALGESIA	0	0%
PACIENTES DE EDAD AVANZADA	0	0%
TODOS	3	60%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

GRÁFICO N° 7



Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

Análisis: El 60% respondió de forma correcta indicando que la valoración para prevenir UPP se debe realizar en pacientes de edad avanzada, bajo sedo analgesia y con ventilación mecánica y el 40% indicó que solo se debe realizar la valoración en pacientes con ventilación mecánica, por lo cual podemos observar que una minoría del personal no está realizando una adecuada valoración para la prevención de LPP, existe un desconocimiento parcial de los encuestados acerca de la valoración del LPP.

Interpretación: El 60% respondió de forma correcta indicando que la valoración para prevenir UPP se debe realizar en pacientes de edad avanzada, bajo sedo analgesia y con ventilación mecánica y el 40% indicó que solo se debe realizar la valoración en pacientes con ventilación mecánica.

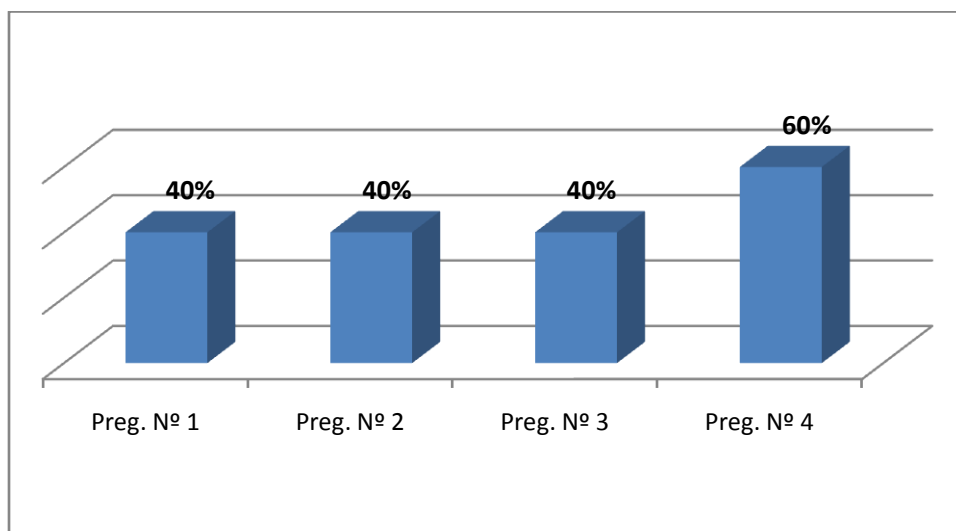
TABLA Nº 8

GRADO DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LESIONES POR PRESIÓN, EN LA UTI, CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., TERCER TRIMESTRE, 2019

PREGUNTAS	RESPUESTAS CORRECTAS	PORCENTAJE
Preg. Nº 1	2	40%
Preg. Nº 2	2	40%
Preg. Nº 3	2	40%
Preg. Nº 4	3	60%
Total	9	45%

Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

GRAFICO Nº 8



Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

Análisis: Se puede evidenciar que del total de preguntas establecidas en la encuesta sobre el grado de conocimiento, el 55% del personal encuestado respondió incorrectamente y el 45% respondió correctamente.

Interpretación: En su mayoría con el 55%, respondió incorrectamente y solo el 45% respondió correctamente.

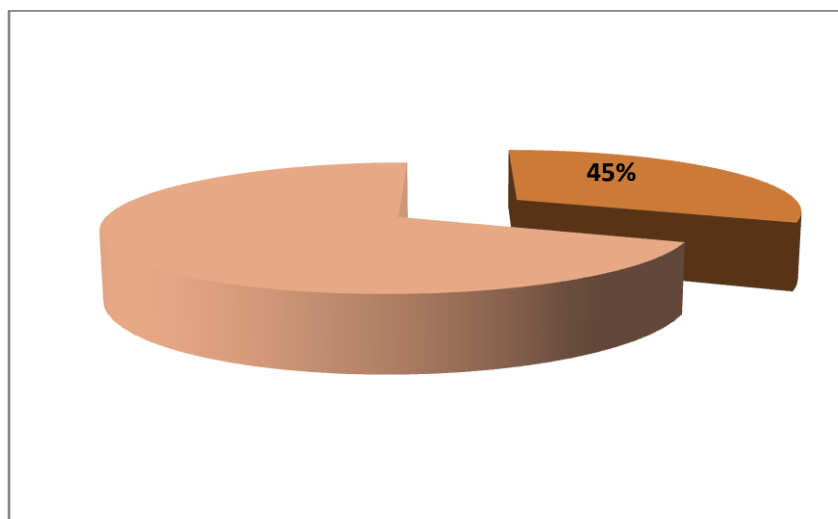
TABLA Nº 9

ESCALAS DE PROMEDIO PARA DETERMINAR GRADO DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE PREVENCION Y CUIDADO DE LESIONES POR PRESION, EN LA UTI, CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., TERCER TRIMESTRE, 2019

ESCALAS PROMEDIO ESTABLECIDOS		PROMEDIO OBTENIDO
MUY BUENO	90% - 100%	45%
BUENO	70% - 89%	
REGULAR	50% - 69%	
MALO	1% - 49%	

Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

GRAFICO Nº 9



Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

Análisis: Se puede evidenciar que del total de preguntas establecidas en la encuesta, solo el 45% fueron respondidas correctamente, con lo cual se puede determinar que el grado de conocimiento se clasifica en malo, lo que indica que el conocimiento del profesional de enfermería sobre cuidados y prevención de lesiones por presión es insuficiente.

Interpretación: El grado de conocimiento del personal encuestado es malo, dando un puntaje de 45%, según la escala que se aplicó.

CON RESPECTO AL OBJETIVO 3:

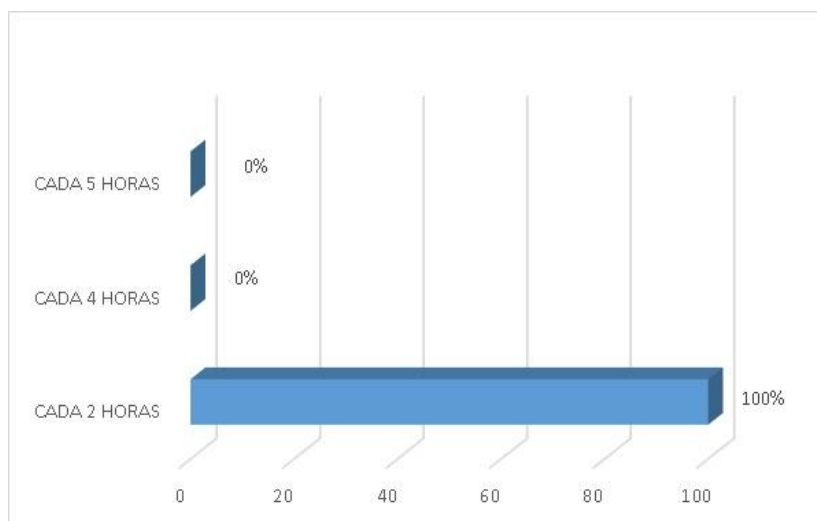
TABLA Nº 10

FRECUENCIA CON LA QUE REALIZAN LOS CAMBIOS DE POSICIÓN, EN LA UTI, CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., TERCER TRIMESTRE, 2019

CAMBIOS DE POSICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CADA 2 HORAS	5	100%
CADA 4 HORAS	0	0%
CADA 5 HORAS	0	0%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

GRÁFICO Nº 10



Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

Análisis: El 100% del personal brinda cuidados adecuados en cuanto a los cambios de posición ya que los realizan cada 2 horas.

Interpretación: El 100% del personal responde que realiza los cambios de posición cada 2 horas.

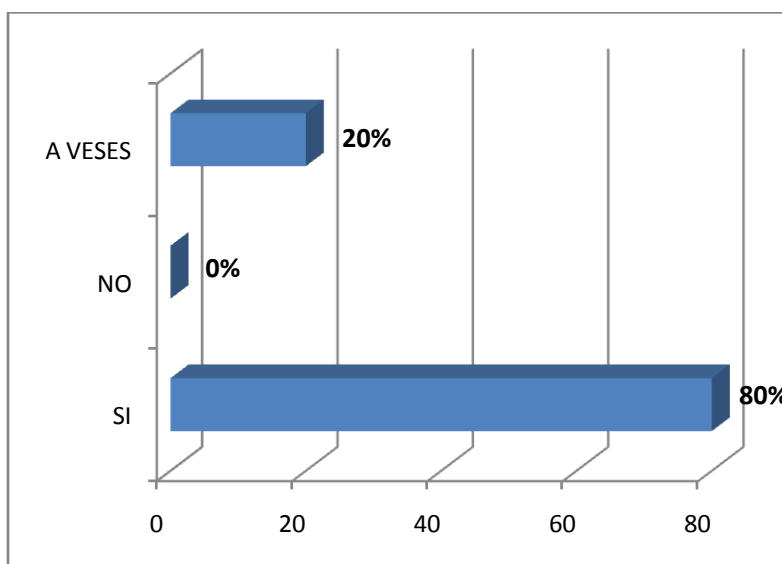
TABLA Nº 11

**USO DE COLCHONES ANTIESCARAS PARA LOS PACIENTES, EN LA UTI,
CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., TERCER TRIMESTRE, 2019**

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	80%
NO	0	0%
A VECES	1	20%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

GRÁFICO Nº 11



Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

Análisis: El 80% del personal hace uso de superficies especiales para el manejo de la presión indican que si utilizan colchones antiescaras para los pacientes, mientras que el 20% indica que solo los utiliza a veces, esta minoría sin darse cuenta al no usar siempre el colchón antiescaras está poniendo en riesgo a los pacientes a presentar LPP.

Interpretación: El 80% del personal si utiliza colchones antiescaras en los pacientes y el 20% los utiliza solo a veces.

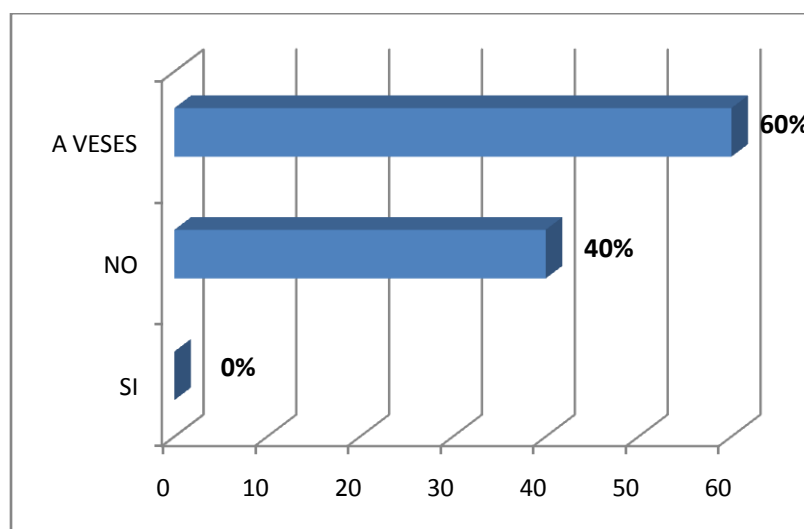
TABLA Nº 12

USO DE COJINES O DONAS PARA LOS PACIENTES, EN LA UTI CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., TERCER TRIMESTRE, 2019

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	2	40%
A VECES	3	60%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

GRÁFICO Nº 12



Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

Análisis: El 60% del personal de enfermería respondió que utiliza a veces los cojines o donas para los pacientes y el 40% no los utiliza, al no hacer uso de esta medida de prevención ya que en su mayoría son pacientes que no se movilizan crean una predisposición a que presenten LPP y a posibles complicaciones.

Interpretación: El 60% del personal utiliza a veces los cojines o donas para los pacientes y el 40% no los utiliza.

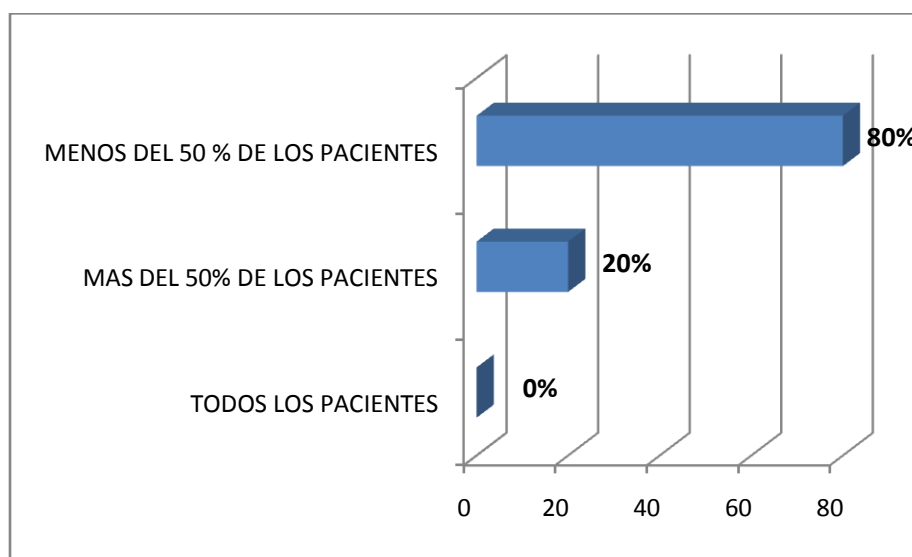
TABLA N° 13

PACIENTES QUE LLEGARON A PRESENTAR LPP, EN LA UTI, CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., TERCER TRIMESTRE, 2019

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TODOS LOS PACIENTES	0	0%
MAS DEL 50% DE LOS PACIENTES	1	20%
MENOS DEL 50 % DE LOS PACIENTES	4	80%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

GRÁFICO N° 13



Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

Análisis: Con el 80% el personal de enfermería respondió que menos del 50% de los pacientes llegaron a desarrollar UPP y el 20% respondió que más del 50% de los pacientes desarrollaron LPP, por lo tanto todos los pacientes que ingresan a la UTI corren el riesgo de llegar a desarrollar LPP y es necesario aplicar medidas de prevención.

Interpretación: El 80% indico que menos del 50% de los pacientes llegaron a desarrollar LPP y el 20% respondió que más del 50% de los pacientes desarrollaron LPP.

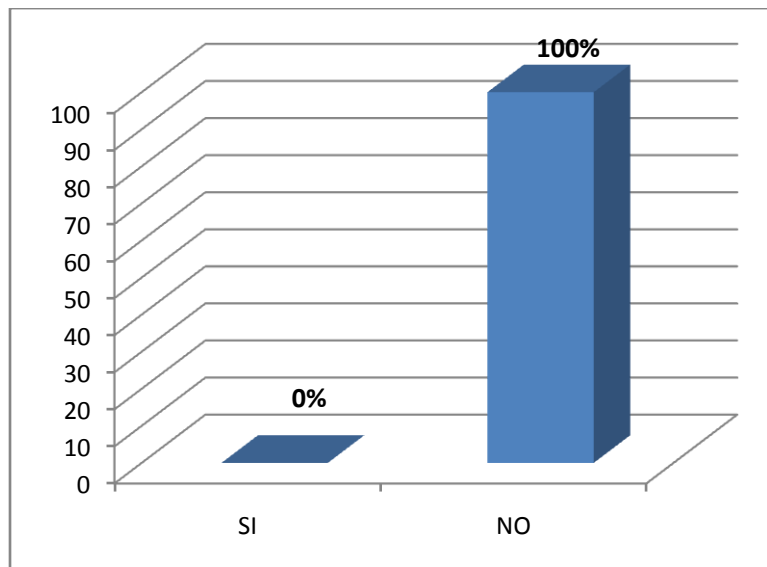
TABLA Nº 14

**RECIBIÓ CAPACITACIÓN SOBRE MANEJO, PREVENCIÓN Y CUIDADO LPP,
EN LA UTI, CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., TERCER TRIMESTRE,
2019**

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	5	100%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

GRÁFICO Nº 14



Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

Análisis: El 100% del personal de enfermería indicó que durante el tiempo que estuvo trabajando no recibió ningún tipo de capacitación sobre manejo, prevención y cuidado de las lesiones por presión. Por lo tanto se justifica el estudio.

Interpretación: El 100% del personal de enfermería respondió que no recibió ningún tipo de capacitación sobre manejo, prevención y cuidado de las lesiones por presión.

CON RESPECTO AL OBJETIVO 4:

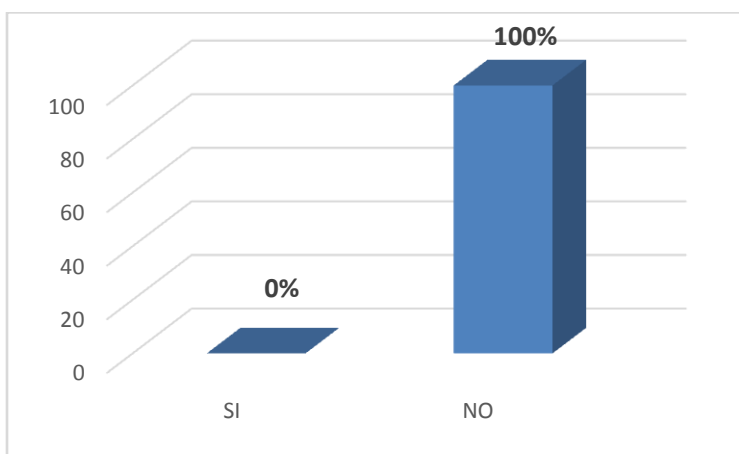
TABLA Nº 15

CUENTA CON UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO, PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LPP EN LA UTI, CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., TERCER TRIMESTRE, 2019

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	5	100%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

GRÁFICO Nº 15



Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

Análisis: En su mayoría con el 100% responde que no cuentan con un protocolo para la prevención y cuidado de las LPP, por lo tanto la prevención y cuidados de LPP que brinda el personal de enfermería, no lo realizan en base a conocimientos científicos estandarizados y plasmados en un protocolo.

Interpretación: El 100% del personal responde que no cuentan con un protocolo para prevención y cuidado de LPP.

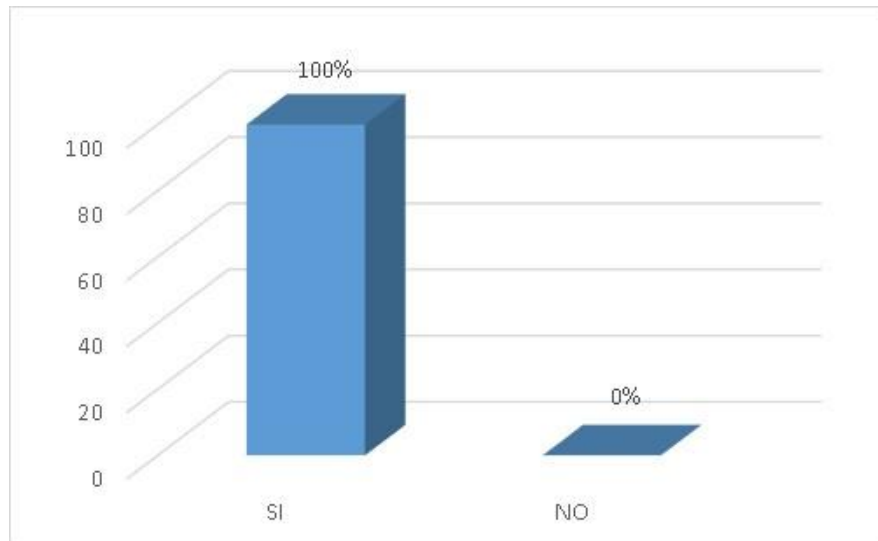
TABLA Nº 16

NECESIDAD DE CONTAR CON UN PROTOCOLO PARA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LPP, EN LA UTI, CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., TERCER TRIMESTRE, 2019

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	100%
NO	0	0%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

GRÁFICO Nº 16



Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

Análisis: En su totalidad el 100% del personal de enfermería respondió que si es necesario tener un protocolo para un manejo adecuado en la prevención y cuidado de LPP.

Interpretación: El 100% del personal responde que es necesario contar con un protocolo para la prevención y cuidado de LPP.

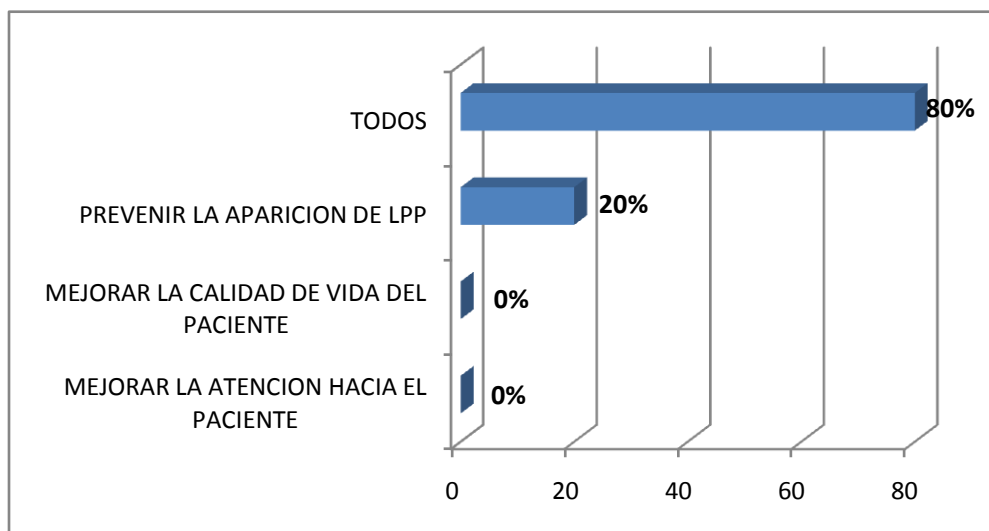
TABLA Nº 17

PORQUE ES NECESARIO UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LPP, EN LA UTI, CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., TERCER TRIMESTRE, 2019

NECESIDAD DE UN PROTOCOLO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEJORAR LA ATENCIÓN HACIA EL PACIENTE	0	0%
MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE	0	0%
PREVENIR LA APARICIÓN DE LPP	1	20%
TODOS	4	80%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

GRÁFICO Nº 17



Fuente: Encuesta estructurada, Caja de Salud de Caminos y R.A., La Paz, 2019

Análisis: En su mayoría el 80% respondió de forma correcta indicando que el protocolo es necesario para la prevención de LPP, mejorará la calidad de vida del paciente y mejora la atención hacia el paciente y el 20% respondió que el protocolo solo es necesario para la prevención de lesiones por presión.

Interpretación: El 80% responde de forma correcta indicando que el protocolo es necesario para la prevención de LPP, mejorara la calidad de vida del paciente y mejora la atención hacia el paciente y el 30% respondió que el protocolo solo es necesario para la prevención de lesiones por presión.

10. CONCLUSIONES

Los cuidados proporcionados por el personal de enfermería no deben ser de forma básica o rutinaria, sino también debe enfocarse a proporcionar cuidados específicos y estandarizados en base a conocimientos científicos plasmados en un protocolo de prevención y cuidados de LPP, que es importante para el cumplimiento de las actividades de prevención como indicador de calidad del cuidado de enfermería. En la Unidad de Terapia intensiva no cuentan con un protocolo de atención de enfermería para la prevención y cuidado de LPP, por lo cual se sugiere la elaboración de un protocolo.

1. Los profesionales de enfermería el 80% tiene entre 20 a 30 años, el 100% del personal tiene formación a nivel licenciatura y en cuanto a la experiencia laboral con el 60% llevan trabajando entre 1 a 2 años.
2. El grado de conocimiento se clasifica en malo, lo que indica que el conocimiento del profesional de enfermería sobre cuidados y prevención de lesiones por presión es insuficiente.
3. El 100% del personal realiza los cambios de posición cada 2hrs, el 80% del personal hace uso de los colchones antiescaras, el 40% a veces utiliza donas o cojines. El 80% indico que menos del 50% de los pacientes durante su estadía en la UTI llegaron a presentar LPP. El 100% del personal encuestado no recibió ningún tipo de capacitación sobre el manejo, prevención y cuidado de LPP.
4. El 100% responden que no cuentan con un protocolo para el manejo, prevención y cuidado de LPP y que si es necesario un protocolo.

11. RECOMENDACIONES

- Proponer a todo el servicio de la Unidad de Terapia Intensiva, elaborar e implementar un protocolo de procedimientos en base a competencias en la prevención y cuidado de lesiones por presión.
- Enfocar la atención sobre el desarrollo actual de la profesión sobre nuevas ideas, técnicas, habilidades y percepción, respecto a la prevención e identificación de factores de riesgo para el desarrollo de lesiones por presión, así poder evitar posibles complicaciones en el paciente crítico.
- Sugerir a la jefa de enfermeras el seguimiento bajo cronograma que permita verificar el estado de salud evidenciando el nivel de práctica preventiva en los pacientes hospitalizados en la UTI y superar de manera útil la práctica.
- Coordinar con la jefa de enfermeras estrategias para incentivar al profesional de enfermería a la aplicación de protocolos establecidos en el procedimiento de prevención de lesiones por presión.
- Promover y fortalecer los conocimientos del personal de enfermería de los diferentes turnos del la Unidad de Terapia Intensiva mediante un curso-taller, para lograr estandarizar las medidas de prevención y cuidado de lesiones por presión.
- Implementar flujogramas sobre la prevención y cuidado de lesiones por presión para recordar de manera constante al personal de la Unidad de Terapia Intensiva.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tejada S, Solano J. Protocolos de Atención para Enfermería Volumen I [Internet]. 2016 [citado 23 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.msp.gob.do/oai/Documentos/Publicaciones/ProtocolosAtencion/Protocolos%20de%20Atencion%20para%20Enfermeria.pdf>
2. Prevención de las Úlceras por Presión en Pacientes Adultos [Internet]. 2014. [citado 19 marzo 2019]. Disponible en: [:http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/45c754a8-55f8-49ee-8638-a88eefc4bcae/457b6da7-828e-4b60-a1a8-e5e5f3a36f9c/457b6da7-828e-4b60-a1a8-e5e5f3a36f9c.pdf](http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/45c754a8-55f8-49ee-8638-a88eefc4bcae/457b6da7-828e-4b60-a1a8-e5e5f3a36f9c/457b6da7-828e-4b60-a1a8-e5e5f3a36f9c.pdf)
3. Tamayo C, Palacio C. Comportamiento de las úlceras por presión en los servicios de unidad de cuidados intensivos y unidad cuidados especiales en una clínica de alta complejidad de la ciudad de Medellín durante el primer semestre de 2014 [Internet]. 2015 [citado 22 marzo 2019]. Disponible en: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/viewFile/3116/2403
4. Guía de Diagnóstico y Manejo Úlceras por Presión [Internet]. 2009 [citado 23 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia30.pdf>
5. Dr. Ramírez E, Dr. Cuenca J, Dr. Corral M. Valoración y Tratamiento de las Úlceras de Presión, Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, AC. [Internet]. 2005. [citado 24 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2005/cp051f.pdf>
6. Santana S. Úlceras por presión [Internet]. Infomed. 2017 [citado 23 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.sld.cu/anuncio/2017/02/23/bibliomed-febrero-2017-tema-ulcera-por-presion>

7. Manzano Francisco. Úlceras por presión en las unidades de cuidados intensivos: ¿inevitables o prevenibles? [Internet]. 2009 [citado 22 marzo 2019]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v33n6/editorial2.pdf>
8. PROTOCOLOS DE CUIDADOS ULCERAS POR PRESIÓN [Internet]. 2005 [citado 2 octubre 2019]. Disponible en: https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/31_pdf.pdf
9. Prevención Diagnóstico y Manejo de las ÚLCERAS POR PRESIÓN en el Adulto [Internet]. 2015 [citado 2 octubre 2019]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/104_GPC_Ulcpresionintraosp/ULCERAS_INTRAHOSP_EVR_CENETEC.pdf
10. Tratamiento de las úlceras por presión [Internet]. 2009 [citado 2 octubre 2019]. Disponible en: http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg_treatment_in_spanish-1.pdf
11. Ribas J. Guía de Tipos de Úlceras y Llagas en la Piel: Clasificación y Abordaje [Internet]. 2018 [citado 2 octubre 2019]. Disponible en: <https://enfermera.io/tipos-de-ulceras>
12. Abad R, Aguirre R. Guía De Actuación Para La Prevención Y Cuidados De Las Úlceras Por Presión [Internet]. 2017 [citado 29 septiembre 2019]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/enfermeria/UPP_es.pdf
13. Baron M, Caparros A, Escarvajal E. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas [Internet]. 2015 [citado 2 octubre 2019]. Disponible en: http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Prevencion_UPP.pdf
14. Guía de prevención y tratamiento de las úlceras por presión [Internet]. [citado 2 octubre 2019]. Disponible en:

https://gruposdetrabajo.sefh.es/gps/images/stories/publicaciones/Guia_ulceraspresion_CUN.pdf

15. Plazas L. Escalas de Úlceras por Presión [Internet]. 2018 [citado 29 septiembre 2019]. Disponible en: <https://enfermeriabuenosaires.com/escalas-de-ulceras-por-presion>

16. Rodríguez M, Almozara R. Cuidados de Enfermería al Paciente con Úlceras por Presión. Guía de Prevención y Tratamiento [Internet]. 2003 [citado 29 septiembre 2019]. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-con-ulceras-por-presion.pdf>

17. 18. Osvaldo J., et al. Úlceras por presión: cómo prevenirlas. [Internet]. 2018 [citado 5 octubre 2019]. Disponible en: file:///C:/Users/familia/Desktop/WENDY/TALLER%20DE%20PROPUESTA%20DE%20INTERVENCION/50373_40-46-HI1-13-Patinio-A.pdf

18. Escalas de BRADEN y ENIMA para valoración de riesgos de úlceras por presión (EVRUPP) en un servicio de Medicina Interna. Análisis comparativo [Internet]. Revista Medica Electrónica. 2017 [citado 29 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/escalas-braden-enima-valoracion-riesgo-ulceras-presion/>

19. Hernandez Sampieri, Fernández Carlos, Baptista Lucio (1998). Metodología de la investigación. México. Editorial MC. Graw Hill

20. Arango C. Fernández O. Úlceras por Presion. . [Internet]. 2008 [citado 6 octubre 2019]. Disponible en: file:///C:/Users/familia/Downloads/S3505%2021_II.pdf

21. Vitolo F. Úlceras por Decúbito Aspectos Médico Legales y manejo del riesgo. [Internet]. 2018 [citado 6 octubre 2019]. Disponible en: http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/62.pdf

22. A. Tzuc, E. Vega, E. Colli. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico [Internet]. 2015 [citado 10 octubre 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n4/1665-7063-eu-12-04-00204.pdf>
23. M. Mijangos, C. Puga, et al. El manejo de las úlceras por presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario [Internet]. 2015 [citado 10 octubre 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2015/eo152e.pdf>
24. R. Garza, C. Melendez, et al. CONOCIMIENTO, ACTITUD Y BARRERAS EN ENFERMERAS HACIA LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN [Internet]. 2017 [citado 16 diciembre 2019]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000300047

13. ANEXOS

ANEXO Nº 1 SOLICITUD DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

La Paz 12 de octubre de 2019

Señora:

Lic. Rosario Vera Callisaya

ENFERMERA INTENSIVISTA "HOSPITAL MATERNO INFANTIL"

Presente:

Ref. SOLICITUD DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

Distinguida licenciada:

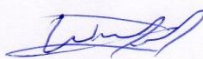
Mediante la presente le hago llegar un cordial saludo a su distinguida persona deseándole éxitos en las funciones que desempeña en bien de la institución.

El motivo de la presente es para comunicarle que mi persona pretende realizar un trabajo, cumpliendo como requisito de la Especialidad en Medicina Critica de Terapia Intensiva en Enfermería, en la Universidad Mayor de San Andrés que lleva como título **"PREVENCION Y CUIDADO DE ULCERAS POR PRESION, EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS DE LA CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., LA PAZ, BOLIVIA, TERCER TRIMESTRE DE 2019"**.

Para lo cual solicito respetuosamente tenga la amabilidad de validar mi instrumento de recolección de datos para continuar con el trabajo mencionado, adjunto instrumento.

Esperando su colaboración me despido de su persona muy respetuosamente.

Atte:



Lic. Wendy Vega Brañez
C.I. 8449720 LP.

LP-14-10-19
Rosario Vera C
Enfermera Intensiva
MCSO
12 de Octubre de 2019

ANEXO Nº 1

La Paz 14 de octubre de 2019

Señora:

Lic. Edith Ajata Forra

ESPECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA EN ENFERMERIA

Presente:

Ref. SOLICITUD DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

Distinguida licenciada:


Mediante la presente le hago llegar un cordial saludo a su distinguida persona deseándole éxitos en las funciones que desempeña en bien de la institución.

El motivo de la presente es para comunicarle que mi persona pretende realizar un trabajo, cumpliendo como requisito de la Especialidad en Medicina Critica de Terapia Intensiva en Enfermería, en la Universidad Mayor de San Andrés que lleva como título **“PREVENCION Y CUIDADO DE ULCERAS POR PRESION, EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS DE LA CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., LA PAZ, BOLIVIA, TERCER TRIMESTRE DE 2019”**.

Para lo cual solicito respetuosamente tenga la amabilidad de validar mi instrumento de recolección de datos para continuar con el trabajo mencionado, adjunto instrumento.

Esperando su colaboración me despido de su persona muy respetuosamente.

Atte:


.....
Lic. Wendy Vega Brañez
C.I. 8449720 LP


Lic. Edith Ajata Forra
ENFERMERA
MP A. 0. 13
STA

RECIBIDO 14-OCT-19

ANEXO Nº 1

La Paz 14 de octubre de 2019

Señora:

Lic. Gilka Deheza

ENFERMERA INTENSIVISTA "INSTITUTO NACIONAL DE TORAX"

Presente:

Ref. SOLICITUD DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

Distinguida licenciada:

Mediante la presente le hago llegar un cordial saludo a su distinguida persona deseándole éxitos en las funciones que desempeña en bien de la institución.

El motivo de la presente es para comunicarle que mi persona pretende realizar un trabajo, cumpliendo como requisito de la Especialidad en Medicina Critica de Terapia Intensiva en Enfermería, en la Universidad Mayor de San Andrés que lleva como título **"PREVENCION Y CUIDADO DE ULCERAS POR PRESION, EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS DE LA CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., LA PAZ, BOLIVIA, TERCER TRIMESTRE DE 2019"**.

Para lo cual solicito respetuosamente tenga la amabilidad de validar mi instrumento de recolección de datos para continuar con el trabajo mencionado, adjunto instrumento.

Esperando su colaboración me despido de su persona muy respetuosamente.

Atte:



.....
Lic. Wendy Vega Brañez
C.I. 8449720 LP.



Lic. Gilka Deheza
ENFERMERA
INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX



ANEXO Nº 2 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

CARTA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

El instrumento de recolección de datos (encuesta) fue validado por el personal profesional de la Unidad de Paciente Critico, con cursos de Especialidad, Maestría en Medicina Critica y Terapia Intensiva.



Por lo que se hace constar que ha sido leído y evaluado el instrumento de recolección de datos correspondiente al trabajo de investigación presentado por la Lic. Wendy Vega Brañez con C.I. 8449720 Lp. Para optar el grado de Especialista en Medicina Critica y Terapia Intensiva.

El cual se aprueba en calidad de validadores

1. Lic. Rosario Vera Callisaya.....



2. Lic. Edith Ajata Forra.....



3. Lic. Gilka Deheza.....



ANEXO Nº 3 INSTRUMENTO DE ENCUESTA

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES “UNIDAD DE POGRADO”

PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LESIONES POR PRESIÓN QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., LAPAZ, BOLIVIA, TERCER TRIMESTRE DE 2019

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de investigación dirigida por la Lic. Wendy Vega Brañez, con motivos de obtener el título de Especialista en Medicina Critica y Terapia Intensiva tiene como objetivo determinar la prevención y cuidado de lesiones por presión que brinda el personal de enfermería, en la Unidad de Terapia Intensiva de la Caja de Salud de Caminos Y RA, La Paz, Bolivia, tercer trimestre 2019.

La encuesta se realizará anónimamente y tendrá una confidencialidad total, la información obtenida solo se tendrá en cuenta para el desarrollo del trabajo de investigación y no traerá ninguna represalia al trabajador.

El tiempo requerido para su participación será de aproximadamente 10 minutos.

Por tal motivo, solicito su colaboración de manera voluntaria dando su aprobación y consentimiento, los instrumentos se aplicaran solamente por la Lic. Wendy Vega Brañez y sin más que decirle, agradezco su gentil colaboración.

Firma del Personal

La Paz.....de.....de 2019

ENCUESTA

PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LESIONES POR PRESIÓN QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., LAPAZ, BOLIVIA, TERCER TRIMESTRE DE 2019

Lea cuidadosamente cada pregunta y encierre en un círculo la respuesta correcta.

I. DATOS GENERALES:

1. ¿Cuántos años tiene usted?

- a) 20 – 30
- b) 31 – 40
- c) 41 – 50

2. Nivel de formación alcanzado:

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

3. ¿Cuántos años de experiencia laboral tiene usted en la UTI Adultos?

- a) Menor a 1 año
- b) 1 a 2 años
- c) 2 a 5 años
- d) Mayor a 5años

II. DATOS ESPECÍFICOS:

4. ¿Cuál es la definición correcta de lesiones por presión?

- a) Lesión tisular causada por salida de líquidos hiperosmolar del espacio intravascular hacia el intersticio
- b) Lesión de origen infeccioso procede por exposición prolongada a superficies contaminada.
- c) Lesión de origen isquémico producida por el daño tisular debido a una compresión prolongada de la piel.

5. ¿Cuáles son los mecanismos que ocasionan la aparición de LPP?

- a) Presión, cizallamiento, compresión
- b) Rotación
- c) Presión, cizallamiento y fricción

6. ¿Cuál de las siguientes escalas se utiliza para valorar el riesgo de presentar lesiones por presión?

- a) Escala de Norton , escala de Braden, escala de Ramsay
- b) Escala de Emina, escala de Daniels, escala de Norton
- c) Escala de Braden, escala de Norton, escala de Emina

7. ¿En qué tipo de pacientes se debería realizar una valoración para prevenir la aparición de LPP?

- a) Pacientes con ventilación mecánica
- b) Pacientes bajo sedo analgesia
- c) Pacientes de edad avanzada
- d) Todos los anteriores

8. ¿Con que frecuencia debería realizar los cambios de posición en el paciente?

- a) Cada 2 horas
- b) Cada 4 horas
- c) Cada 5 horas

9. ¿Utilizan colchones antiescaras para los pacientes?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

10. ¿Utilizan cojines o donas para los pacientes?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

11. ¿En los pacientes que ingresaron al servicio de UTI, durante su estadía, alguno de ellos, llevo a desarrollar LPP?

- a) Todos los pacientes
- b) Mas del 50% de los pacientes
- c) Menos del 50% de los pacientes

12. ¿En la institución que trabaja, se les capacitó sobre el manejo, prevención y cuidado de LPP?

- a) Si
- b) No

13. ¿En la Unidad de Terapia Intensiva Adultos cuentan con un protocolo para la prevención y cuidado de lesiones por presión (LPP)?

- a) Si
- b) No

14. ¿Cree usted que es necesario un protocolo para la prevención y cuidado de lesiones por presión?

- a) Si
- b) No

15. Si su respuesta anterior fue SI ¿Porque es necesario un protocolo?

- a) Mejorar la atención hacia el paciente
- b) Mejorar la calidad de vida del paciente
- c) Prevenir la aparición de úlceras por presión
- d) Todos

¡Gracias por su colaboración!

ANEXO N°4 AUTORIZACION PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

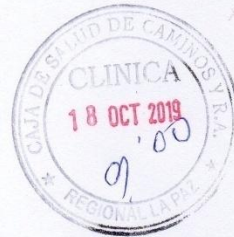


Facultad de Medicina, Enfermería,
Nutrición y Tecnología Médica

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA UNIDAD DE POSTGRADO

La Paz, octubre 15 de 2019
U.P.G. CITE N° 1443/2019

Señor
Dr. Edgar Urquiza Paco
DIRECTOR
CLÍNICA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A.
Presente.-



Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

A tiempo de saludar a su autoridad, me permito informarle que dentro la actividad académica del Programa de la Especialidad en Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva de la Facultad de Medicina de la U.M.S.A., se viene desarrollando el Trabajo de Tesis de Grado.

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

Lic. Wendy Vega Brañez

En ese sentido por lo expuesto SOLICITO a su autoridad, pueda colaborar a la investigadora autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el trabajo referido.

Sin otro particular, me despido con las consideraciones que el caso amerita.

Edgar Urquiza Paco
Dr. Edgar Urquiza Paco
DIRECTOR CLÍNICA S. I
CLÍNICA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A.
autorizada

c.c.: Arch.
/ Shadia

Enayda F. Paz Oporto
Lic. M.Sc. Enayda F. Paz Oporto
COORDINADORA ACADÉMICA
UNIDAD DE POSTGRADO



ANEXO N°4



Facultad de Medicina, Enfermería,
Nutrición y Tecnología Médica

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

La Paz, octubre 15 de 2019
U.P.G. CITE N° 1443/2019

Señora
Lic. Marisol Mamani Ortiz
JEFA DE ENFERMERAS REG. LA PAZ
CAJA DE SALUD DE CAMINOS
Presente.

Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

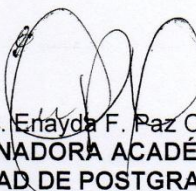
A tiempo de saludar a su autoridad, me permito informarle que dentro la actividad académica del Programa de la Especialidad en Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva de la Facultad de Medicina de la U.M.S.A., se viene desarrollando el Trabajo de Tesis de Grado.

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

Lic. Wendy Vega Brañez

En ese sentido por lo expuesto SOLICITO a su autoridad, pueda colaborar a la investigadora autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el trabajo referido.

Sin otro particular, me despido con las consideraciones que el caso amerita.


Lic. M.Sc. Enayda F. Paz Oporto
COORDINADORA ACADÉMICA
UNIDAD DE POSTGRADO




Lic. Marisol Mamani Ortiz
JEFE DE ENFERMERAS
CAJA DE SALUD DE CAMINOS

c.c.: Arch.
/ Shadia

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO



PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y
CUIDADO DE LESIONES POR PRESIÓN, EN LA UNIDAD DE TERAPIA
INTENSIVA DE LA CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A

Lic. Wendy Vega Brañez

Propuesta de Intervención en Especialidad en Medicina Crítica y Terapia
Intensiva

La Paz - Bolivia
2019



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
LESIONES POR PRESIÓN**

**EDICIÓN: PRIMERA
FECHA: OCTUBRE 2019
VIGENCIA: 5 AÑOS**

ÍNDICE

	Pág
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	2
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	2
2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	2
3. ALCANCE.....	3
4. ESTRUCTURA.....	3
PROCEDIMIENTO N°1: VALORACIÓN DE RIESGO.....	4
PROCEDIMIENTO N°2: CUIDADOS DE LA PIEL.....	8
PROCEDIMIENTO N°3: MANEJO DE HUMEDAD.....	11
PROCEDIMIENTO N°4: MANEJO DE PRESIÓN.....	14
PROCEDIMIENTO N°5: CAMBIOS POSTURALES.....	17
PROCEDIMIENTO N°6 CURACIÓN DE LPP.....	22
5. RECOMENDACIONES GENERALES.....	25
6. BIBLIOGRAFÍA.....	26
7. ANEXO.....	27



PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LESIONES POR PRESIÓN

1. INTRODUCCIÓN

El cuidado de la piel constituye una parte fundamental de los cuidados básicos del paciente hospitalizado. Tiene como principal objetivo mantener la integridad de la piel, evitando la aparición de lesiones por presión LPP.¹

Las LPP, son de rápida aparición y cursan con un proceso de larga curación, debido al gran compromiso que genera en las estructuras musculares y tendinosas en un área corporal. La prevalencia a nivel mundial según datos aportados por la Organización Mundial de la Salud, oscila entre 5 y 12%. Presentan una prevalencia del 3% al 50% en las Unidades de Cuidados Intensivos, Medicina interna y Neurología⁵. Presentan los porcentajes: Canadá (23-29%), Australia (6- 15%), Estados Unidos (8-15%). En el 2009 un estudio europeo revela una prevalencia en Bélgica/Suiza/Inglaterra (21–23%), Italia (8%), Portugal (13%). De acuerdo a un estudio realizado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP)(2005 – 2006), en España reporta un 8%.⁵

- **Consecuencias para el paciente:** En numerosas ocasiones la presencia de LPP supone la agravación del estado general de salud, aumento del riesgo de infección, incremento de la incidencia de mortalidad en pacientes de edad avanzada, alteración del bienestar debido al dolor y a la impotencia funcional, lo que conlleva a una pérdida de autonomía del paciente.

- **Consecuencias para las organizaciones sanitarias:** Con frecuencia, las LPP suponen un incremento de los costes socio-sanitarios derivados del tratamiento específico requerido y del aumento de la estancia hospitalaria del paciente



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
LESIONES POR PRESIÓN**

**EDICIÓN: PRIMERA
FECHA: OCTUBRE 2019
VIGENCIA: 5 AÑOS**

Las lesiones por presión representan un gran problema de salud, pues deterioran la calidad de vida de los pacientes y su familia, aumentan el costo social, incrementan el consumo de recursos en salud y representan una complicación del cuidado, constituyendo la causa más frecuente de retraso en rehabilitación de los pacientes.

Se estima que hasta el 95% de las LPP son evitables, por tanto el mayor esfuerzo debe ir encaminado a la puesta en práctica de medidas de prevención.

El presente protocolo pretende realizar una síntesis de la evidencia disponible para facilitar la toma de decisiones en el abordaje de los pacientes con riesgo de desarrollar LPP.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Proporcionar un protocolo para aplicar prácticas seguras en prevención y cuidados de lesiones por presión en pacientes con pérdida de movilidad para disminuir complicaciones, mortalidad y por ende mejorar la calidad de vida en pacientes críticos en la Unidad de Terapia Intensiva de la Caja de Salud de Caminos y RA.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Prevenir la aparición de lesiones por presión en pacientes hospitalizados en la Unidad de Terapia Intensiva de la Caja de Salud de Caminos y R.A.
- Brindar cuidados adecuados para las lesiones por presión, para su pronta recuperación.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
LESIONES POR PRESIÓN**

**EDICIÓN: PRIMERA
FECHA: OCTUBRE 2019
VIGENCIA: 5 AÑOS**

3. ALCANCE

Este documento será aplicado por el personal profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva de la “Caja de Salud de Caminos y RA”. El presente protocolo pretende aportar las directrices de actuación a los profesionales de enfermería relacionados directa o indirectamente con el cuidado a las personas que padecen o están en riesgo de padecer LPP.

4. ESTRUCTURA

Consta de 4 partes:

- Competencia cognitiva
- Competencia técnica
- Procedimiento
- Competencia actitudinal



PROCEDIMIENTO Nº 1 VALORACIÓN DE RIESGO

AUTOR: Lic. Wendy Vega

COMPETENCIA COGNITIVA

La escala de BRADEN, NORTON Y EMINA, se utiliza para la valoración de riesgo en todos los servicios de Hospitalización con el objetivo de identificar de forma precoz los pacientes en riesgo de desarrollar lesiones por presión.

COMPETENCIA TÉCNICA (HABILIDAD)

Equipo y/o material

- Hoja de Valoración/Registro de lesiones por presión.

Procedimiento

Evalúa 6 parámetros: Estado Mental, Incontinencia, Actividad, Movilidad, Nutrición y Sensibilidad cutánea. Al aplicar esta escala se asigna una puntuación para cada parámetro, valorando el riesgo al que está expuesto el paciente para desarrollar una Lesiones por Presión.

Escala de valoración Braden

PUNTUACIÓN	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Completamente húmeda	Húmeda con frecuencia	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
ACTIVIDAD	Encamado	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
RIESGO DE LESIONES CUTÁNEAS	Problema (requiere moderada y máxima asistencia)	Problema potencial (se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia)		No existe problema

Fuente: Escalas de valoración. Nataly Castellanos pág. 56



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
LESIONES POR PRESIÓN**

**EDICIÓN: PRIMERA
FECHA: OCTUBRE 2019
VIGENCIA: 5 AÑOS**

CLASIFICACIÓN DE RIESGO:

- Puntuación de 6 a 12..... Riesgo alto.
- Puntuación de 13 a 14..... Riesgo moderado.
- Puntuación de 15 a 18..... Riesgo bajo.
- Puntuación de 19 a 23..... Sin riesgo

Escala de valoración Norton

Se aplicará a todos los pacientes con riesgo de padecer LPP, considerando paciente de riesgo a aquel que al aplicarle la Escala de Norton tenga una puntuación de 14 o menos puntos

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTUACIÓN
BUENO	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
MEDIANO	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
REGULAR	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o Fecal	2
MUY MALO	Estuporoso Comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y Fecal	1

Fuente: Escalas de valoración. Nataly Castellanos pág. 43

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



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
LESIONES POR PRESIÓN**

**EDICIÓN: PRIMERA
FECHA: OCTUBRE 2019
VIGENCIA: 5 AÑOS**

Escala de Emina

PUNTOS	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	HUMEDAD R/C INCONTINENCIA	NUTRICIÓN	ACTIVIDAD
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Limitación ligera Urinaria o fecal ocasional	Incompleta	Ocasional	Deambula con ayuda
2	Letárgico	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre precisa ayuda
3	Coma	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta > 72 h	No deambula

Fuente: Escalas de valoración. Nataly castellanos pág. 49

CLASIFICACIÓN DE RIESGO:

- Puntuación de 0..... Sin riesgo
- Puntuación de 1 a 3.....Riesgo bajo.
- Puntuación de 4 a 7.....Riesgo medio.
- Puntuación de 8 a 15.....Riesgo elevado

COMPETENCIA ACTITUDINAL

- Valorar el riesgo en el primer contacto con el paciente.
- Reevaluar a intervalos periódicos en función del estado del paciente.
- Utilizar para valorar el riesgo escalas de valoración del riesgo de desarrollar lesiones por presión (Escalas de Valoración del Riesgo Ulceras por Presión) validadas, como la de BRADEN, EMINA, NORTON.
- Complementar la valoración del riesgo mediante escala con el uso del juicio clínico y con el conocimiento de los factores de riesgo relevantes.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
LESIONES POR PRESIÓN**

**EDICIÓN: PRIMERA
FECHA: OCTUBRE 2019
VIGENCIA: 5 AÑOS**

- Considere a los pacientes con una ulceras por presión (en cualquier categoría/estadio) como de riesgo de padecer más Lesiones por Presión.
- Asignar los recursos preventivos utilizando como criterio el uso de (Escala de Valoración del Riesgo Lesiones por Presión).



PROCEDIMIENTO Nº 2 CUIDADOS DE LA PIEL

AUTOR: Lic. Wendy Vega Brañez

COMPETENCIA COGNITIVA

Se debe inspeccionar la piel de forma regular, observando las prominencias óseas y la presencia de sequedad, eritema o maceración con el objetivo de mantener una piel intacta en el paciente.

Principios científicos

- La piel es la primera barrera de protección contra infecciones.
- La higiene corporal es parte importante de la atención integral al paciente.
- La piel y mucosas sanas e íntegras son la primera línea de defensa del organismo.

COMPETENCIA TÉCNICA (HABILIDAD)

Equipo y/o material

- Bañera con agua tibia.
- Jabón neutro.
- Toalla de baño.
- Cremas hidratantes sin alcohol o aceite girasol.

Procedimiento

1. Lávese las manos con agua y jabón líquida, antes y después del procedimiento.
2. Aseo general cada 24 horas y parcial cuando se precise. Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado meticuloso sin fricción.
3. Valorar características (color, textura, turgencia, humedad, temperatura)
4. Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
LESIONES POR PRESIÓN**

**EDICIÓN: PRIMERA
FECHA: OCTUBRE 2019
VIGENCIA: 5 AÑOS**

5. Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca.
6. Vigilar incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad.
7. 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.
8. Valorar las zonas con dispositivos terapéuticos (mascarillas de oxígeno, VMNI, sondas vesicales, sujeciones mecánicas, férulas y yesos, SNG).
9. Registrar el estado de la piel (estado de la hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad, calor, induración, lesiones)
10. No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcohol.
11. Valore la posibilidad de utilizar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de desarrollo de úlceras por presión, cuya piel este intacta.
12. No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.
13. Evitar la formación de arrugas en las sabanas de la cama.
14. Para reducir las posibles lesiones por fricción o presión en las zonas más susceptibles de ulceración como en el sacro, los talones, los codos y los trocánteres, proteger las prominencias óseas aplicando un apósito hidrocólicoide, productos barrera o espumas de poliuretano y/o taloneras con velcro.

COMPETENCIA ACTITUDINAL

- Utilizar un jabón con pH adecuado a la piel, evitando usar agua muy caliente.
- Aclarar y secar completamente la piel para protegerla del exceso de humedad prestando especial atención a los pliegues cutáneos.
- Mantener una adecuada hidratación para proteger la piel, ya que si está seca hay mayor riesgo de aparición de lesiones.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
LESIONES POR PRESIÓN**

**EDICIÓN: PRIMERA
FECHA: OCTUBRE 2019
VIGENCIA: 5 AÑOS**

- No frotar vigorosamente la piel del paciente.
- Las cremas hidratantes, se deben aplicar con suavidad, no frotando sobre las prominencias óseas ya que esto podría producir una rotura capilar y provocar al paciente una úlcera de forma involuntaria.
- Utilizar ácidos grasos hiperoxigenados, al cual tenga acceso su institución solamente en las zonas de mayor riesgo de presión, además de aportar la hidratación, evitar la sequedad y la descamación que proporcionan las cremas hidratantes, aumentan la resistencia de la piel.
- No usar agentes irritantes para la piel como los productos que contienen alcohol



PROCEDIMIENTO Nº 3 MANEJO DE HUMEDAD

AUTOR: Lic. Wendy Vega Brañez

COMPETENCIA COGNITIVA

La humedad continua de la piel provoca alteraciones como dermatitis e infecciones. Es importante mantener, el mayor tiempo posible, la piel hidratada pero seca. Para ello, se insiste en la higiene e hidratación diaria de la piel con el objetivo de: Evitar signos de maceración o infección en la piel por el contacto de incontinencia fecal/urinaria, sudoración, drenajes y exudado de heridas.

Principios científicos

- La piel y mucosas sanas e integra son la primera línea de defensa del organismo.
- Las sustancias oleosas como la crema hidratante, aceite de girasol, eliminan las células muertas de la capa cornea de la piel evitando grietas o lesiones dérmicas.

COMPETENCIA TÉCNICA (HABILIDAD)

Equipo y/o material

- Guantes no estériles.
- Pañal.
- Dispositivos colectores de orina, drenajes.
- Pomadas de óxido de zinc.
- Cremas hidratantes.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
LESIONES POR PRESIÓN**

**EDICIÓN: PRIMERA
FECHA: OCTUBRE 2019
VIGENCIA: 5 AÑOS**

Procedimiento

1. Lávese las manos con agua y jabón líquida, antes y después del procedimiento.
2. Cuidados del paciente: sonda vesical si es necesario.
3. Realizar tantos cambios de pañales si es necesario. Para prevenir el deterioro de la piel del paciente con incontinencia, es fundamental, en el caso de uso de absorbentes que este sea: transpirable para que lo ayude a mantener un microclima de la piel adecuada, para prevenir el deterioro de la misma.
4. Asear al paciente lo antes posible en el caso de incontinencia para evitar dermatitis de la piel.
5. Usar los sistemas adecuadas para el control de drenajes provisionales o permanentes (Bolsa de colostomía, ileostomía, etc.)
6. Valorar el exceso de sudoración, especialmente en pacientes febriles.
7. Vigilar, limpiar y proteger con crema barrera (óxido de zinc) la zona de apoyo o con protectores cutáneos no irritantes.
8. Reeducar en lo posible los esfínteres.
9. En las zonas de piel expuestas a humedad excesiva y continuidad, aplicar productos de barrera.

COMPETENCIA ACTITUDINAL

- Cambiar los absorbentes, con frecuencia.
- Cambiar la ropa de la cama cuando este húmeda.
- Siempre que sea posible evitar los productos de plástico, ya que aumentan el calor y retienen la humedad en la piel.
- Proteger la piel de los excesos de humedad, utilizando agentes tópicos que proporcionen barreras de protección
- Si se usa como protector de la piel el óxido de zinc debe ser retirado con productos oleosos, la retirada con agua resulta ineficaz y el frotamiento



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
LESIONES POR PRESIÓN**

**EDICIÓN: PRIMERA
FECHA: OCTUBRE 2019
VIGENCIA: 5 AÑOS**

necesario para ello puede dañar la piel. Las soluciones transparentes además permiten la valoración continua de la piel.

- Evitar los productos humectantes como urea, glicerina, ácido alfa hidroxilo o ácido láctico, porque retienen agua.



PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
LESIONES POR PRESIÓN

EDICIÓN: PRIMERA
FECHA: OCTUBRE 2019
VIGENCIA: 5 AÑOS

PROCEDIMIENTO Nº 4 MANEJO DE PRESIÓN

AUTOR: Lic. Wendy Vega Brañez

COMPETENCIA COGNITIVA

El término “carga tisular” se refiere a la distribución de presión, rozamiento y cizallamiento sobre el tejido. Las actuaciones estarán diseñadas para disminuir la magnitud de las cargas tisulares y también para proporcionar niveles de humedad y temperatura que favorezcan la salud con el objetivo de: Aliviar la presión sobre las áreas de riesgo (prominencia óseas), evitar la anoxia, la isquemia tisular y las lesiones relacionadas con ellas, incrementando así la viabilidad de los tejidos blandos y, en caso de presentar LPP, situar a la lesión en unas condiciones óptimas para su curación.

Principios científicos

- Un correcto manejo de la presión disminuye la aparición de lesiones por presión.

COMPETENCIA TÉCNICA (HABILIDAD)

Equipo y/o material

- Guantes no estériles.
- Sabanas de movimiento.
- Sillones/ silla de rueda.

Procedimiento

1. Lávese las manos con agua y jabón líquida, antes y después del procedimiento.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
LESIONES POR PRESIÓN**

**EDICIÓN: PRIMERA
FECHA: OCTUBRE 2019
VIGENCIA: 5 AÑOS**

2. Realizar cambios posturales cada 2 horas siguiendo una rotación programada e individualizada que incluya siempre que se pueda el decúbito supino, la sedestación, el decúbito lateral izquierdo y derecho, y registrando la posición en la que se deja al paciente para dar continuidad a los cuidados.
3. Evitar en lo posible apoyar directamente al apaciente sobre sus lesiones.
4. En pacientes en sedestación los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados.
5. Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
6. Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí usando almohadas.
7. Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.
8. En decúbito lateral, no sobrepasar los 30°.
9. Si fuera necesario elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.
10. Usar dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones de aire (paciente de peso inferior a 75 kg), cojines almohadas, protecciones locales, etc. Solo es un material complementario no sustituye a la movilización.

COMPETENCIA ACTITUDINAL

- Seguir una rotación programada e individualizada, alternando decúbito supino, lateral derecho y lateral izquierdo; incluir en la rotación el decúbito prono si la situación hemodinámica del paciente lo permite y es tolerado. Mantener la alineación corporal y fisiológica, la distribución del peso y el equilibrio del paciente.
- Evitar exponer la piel a la presión y a la cizalla, utilizando aparatos auxiliares para desplazar a los pacientes. Elevar y no arrastrar al paciente cuando se le realice un cambio postural.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
LESIONES POR PRESIÓN**

**EDICIÓN: PRIMERA
FECHA: OCTUBRE 2019
VIGENCIA: 5 AÑOS**

- No colocar al paciente sobre prominencias óseas que presenten eritemas que no desaparecen al eliminar la presión.
- En decúbito lateral es aconsejable no sobrepasar los 30° para no apoyar directamente sobre los trocánteres, elevando la zona de los pies como máximo 20°.
- Utilizar almohadas o cuñas de espuma para evitar el contacto entre las prominencias óseas.
- Evitar colocar al paciente sobre catéteres, drenajes u otros dispositivos terapéuticos.
- Entre un cambio postural y otro se realizarán pequeñas modificaciones dentro de la misma posición



PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
LESIONES POR PRESIÓN

EDICIÓN: PRIMERA
FECHA: OCTUBRE 2019
VIGENCIA: 5 AÑOS

PROCEDIMIENTO Nº 5 CAMBIOS POSTURALES

AUTOR: Lic. Wendy Vega Brañez

COMPETENCIA COGNITIVA

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

Principios científicos

- Una posición correcta permite la realización óptima de la exploración y la aplicación de tratamiento.
- El centro de gravedad de un cuerpo es el punto en el que está centrada la masa corporal.
- La alineación más cercana a las posiciones básicas ayudan a mantener el funcionamiento orgánico.

COMPETENCIA TÉCNICA (HABILIDAD)

Equipo y/o material

- Guantes no estériles.
- Sabanillas para movimiento.
- Almohadas, almohadilladas.
- Cojines.

Procedimiento

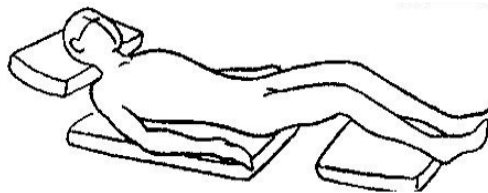
1. Lávese las manos con agua y jabón líquida, antes y después del procedimiento.



2. Realizar los cambios posturales cada 2 horas en función de la patología siguiendo una rotación determinada.

2.1. Decúbito supino

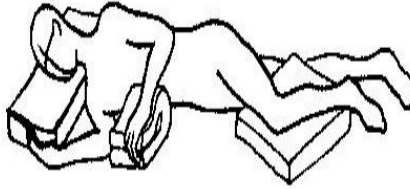
1. Boca arriba sin elevar la cabecera más de 30°, siempre que no esté contraindicado.
2. Colocarle una almohada bajo la región superior de los hombros, cuello y cabeza.
3. Colocar otra almohada bajo las piernas evitando el contacto de los talones con la cama.
4. Mantener los pies en ángulo recto.
5. Situarle almohadas bajo los brazos, paralelos al cuerpo. Se protegerá en decúbito supino: Occipital, Omóplatos, Codos, Sacro y coxis, Talones



2.2. Decúbito lateral

1. De costado, girando todo el cuerpo en bloque.
2. Colocarle una almohada paralela a la espalda manteniendo la alineación corporal, y sacando hacia fuera el hombro sobre el que se apoya.
3. Colocar también almohadas bajo la cabeza y el cuello, y entre las piernas.
4. Mantenerle los brazos ligeramente flexionados.

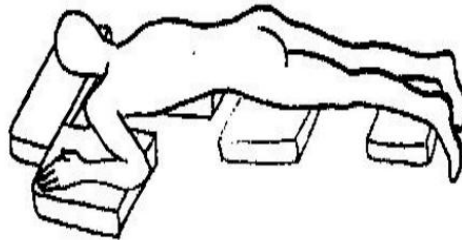
En decúbito lateral derecho o izquierdo se prestará especial atención a: Orejas, Escápulas, Costillas, Crestas ilíacas, Trocánteres, Gemelos, Tibias, Maléolos



2.3. Decúbito prono

1. Boca abajo, con la cabeza hacia un lado sobre una almohada pequeña
2. Colocarle otra almohada pequeña bajo el abdomen para una correcta alineación de la espalda.
3. Situar una almohada bajo la región inferior de las piernas.
4. Colocarle los brazos flexionados.
5. Evitar la presión en los dedos de los pies, las rodillas, los genitales y los pechos.

Se protegerá en decúbito prono: Frente, Ojos, Orejas, Pómulos, Pectorales, Genitales masculinos, Rodillas, Dedos.



2.4. Sedestación

- Utilizar un sillón adecuado, con el respaldo ligeramente inclinado hacia atrás.
- Colocarle una almohada pequeña en la región cervical, lumbar y bajo las piernas.
- Mantener los pies en ángulo recto.
- Cuidar la posición de los brazos, la alineación del cuerpo, y la ubicación de las sondas y bolsas colectoras.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
LESIONES POR PRESIÓN**

**EDICIÓN: PRIMERA
FECHA: OCTUBRE 2019
VIGENCIA: 5 AÑOS**

- Evitar la utilización de cojines en forma de flotador, ya que provocan edema, congestión e isquemia, favoreciendo la aparición de las UPP.
- No debe permanecer más de dos horas sentado.

Posición sentada, vigilar y proteger: Omóplatos, Sacro, Tuberosidades isquiáticas



COMPETENCIA ACTITUDINAL

- Mantener la alineación corporal distribuyendo el peso, equilibrio y estabilidad.
- Evitar el contacto directo de prominencias óseas entre sí.
- Evitar colocar al paciente sobre el trocánter femoral directamente u otras prominencias óseas que presenten eritemas no blanqueantes.
- **NO USAR FLOTADORES NI ROSQUILLAS** (en zona sacra ni occipital).
- Después de cada cambio, comprobar que el individuo no esté sobre dispositivos médicos y vigilar la posición de las sondas, mascarillas, gafas nasales, drenajes, vías centrales, férulas, evitando la presión constante en una zona con el riesgo de producir LPP y iatrogénicas.
- Evite en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones en el caso de que ya presente alguna LPP.



PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
LESIONES POR PRESIÓN

EDICIÓN: PRIMERA
FECHA: OCTUBRE 2019
VIGENCIA: 5 AÑOS

- Hay que registrar la pauta de los cambios posturales así como la evaluación del resultado.
- Para la realización de cambios posturales sólo necesitamos almohadas.
- **Paciente de bajo riesgo:** Preferentemente, usar superficies estáticas.
- **Paciente de riesgo medio:** Preferentemente, superficie dinámica (colchonetas alternantes de aire de celdas pequeñas) o superficies estáticas de altas prestaciones (colchones de espumas especiales).
- **Pacientes de riesgo alto:** Preferentemente, superficies dinámicas (colchones de aire alternante de grandes celdas).

Entre las patologías que dificultan o imposibilitan la realización de los cambios posturales se encuentran:

- Personas sometidas a cirugía cardíaca.
- Personas con inestabilidad hemodinámica.
- Personas con obesidad mórbida.
- Personas con compromiso respiratorio que sufren un descenso en la saturación de oxígeno durante los cambios posturales.
- Personas politraumatizados o con intervenciones neuroquirúrgicas.



PROCEDIMIENTO Nº 6 CURACIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN

AUTOR: Lic. Wendy Vega Brañez

COMPETENCIA COGNITIVA

Favorece la formación de tejido de cicatrización en cualquier tipo de herida, hasta conseguir su remisión.

Principios científicos

- El tejido desvitalizado constituye un obstáculo para que se desarrolle el proceso de cicatrización.
- El contacto directo del tejido vivo con el aire facilita la oxigenación y evita la gangrena.
- El suero reblandece las escaras y el tejido necrosado, facilitando después la limpieza de la herida.

COMPETENCIA TÉCNICA (HABILIDAD)

Equipo y/o material

- Carro de curación
- Guantes estériles y no estériles.
- Suero fisiológico
- Compresas estériles
- Apósitos estériles
- Apósitos hidrocoloides
- Debridantes
- Pinzas de disección con y sin dientes (estéril)
- Pinza kocher (estéril)



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
LESIONES POR PRESIÓN**

**EDICIÓN: PRIMERA
FECHA: OCTUBRE 2019
VIGENCIA: 5 AÑOS**

- Tijeras (estéril)
- Bisturi (estéril)
- Esparadrado o micropore

Procedimiento

1. Preparación del carro de curación.
2. Lavado de manos y colocación de guantes no estériles.
3. Informar al paciente sobre el procedimiento si fuera necesario.
4. Valoración de la úlcera: localización, clasificación según estadio, tipo de tejido, cantidad de exudado, dolor y signos de infección local.
5. Después de la valoración inicial, y antes de proceder a la curación, colocase los guantes estériles.
6. Lavar la herida con suero fisiológico (a chorro). Secar sin arrastrar (con compresas estériles).
7. Si la lesión es pequeña (estadio I y II) basta con aplicar apósitos hidrocoloides extrafinos o apósitos hidrocoloides absorbentes. Si existe cavidad: utilizar apósito hidrocoloide absorbente + pasta hidrocoloide.
8. Cuando exista placa necrótica (estadio III y IV) hay que hacer desbridamiento que puede ser: Mecánico (usar tijera y bisturí), Químico (Enzimático) o por Láser.
9. El procedimiento más usado consiste en desbridar con la tijera y el bisturí el tejido necrosado, limpiando al máximo la herida de materia muerta. Hay que comenzar a desbridar siempre desde el centro de la lesión hacia fuera.
10. Aplicar cremas a base de colágenos para estimular la regeneración del tejido, o bien apósitos hidrocoloides absorbentes.
11. Cubrir la herida con un apósito estéril y fijarlo a la piel, a poder ser con esparadrado o micropore.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
LESIONES POR PRESIÓN**

**EDICIÓN: PRIMERA
FECHA: OCTUBRE 2019
VIGENCIA: 5 AÑOS**

12. Por último, colocar al paciente en postura cómoda y adecuada (se deben evitar las presiones sobre la zona ulcerada);

13. Recoger el material utilizado. Quitarse los guantes y realizar lavado de manos.

COMPETENCIA ACTITUDINAL

- Aplique una presión de lavado que garantice el arrastre de detritus bacterias y restos de curas sin lesionar tejido
- Como norma general limpiar las heridas con suero fisiológico, agua destilada
- La limpieza y el desbridamiento minimizan la contaminación y mejoran la curación ya que eliminan los niveles altos de bacterias en heridas que contienen tejidos necróticos.
- La limpieza y desbridamiento, son efectivos para el manejo de la carga bacteriana de lesiones contaminadas y/o infectadas.
- La cura en ambiente húmedo ha demostrado mayor efectividad clínica y rentabilidad que la cura tradicional.



5. RECOMENDACIONES GENERALES

- Utilizar la escala de NORTON para valorar el riesgo.
- Valorar el estado de la piel al ingreso y coincidiendo con el aseo diario, haciendo especial hincapié en las prominencias óseas.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- Aplicar barreras de protección para eliminar el exceso de humedad si procede.
- Cambios posturales cada 2 ó 3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche
- Registro del programa de cambios posturales en la historia del paciente
- Fomentar los ejercicios pasivos si procede.
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas. Evitar mecanismos de tipo flotadores, bolsas de agua o cualquiera que de comodidad y suavidad para la zona sacra
- Hidratar la piel seca intacta, con cremas o aceites.
- Vigilar las fuentes de presión y fricción
- Aplicar protectores (apósitos) para zonas de riesgo.
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos si es preciso.
- Instruir al cuidador acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel.



6. BIBLIOGRAFIA

1. Guía de prevención y tratamiento de las úlceras por presión [Internet]. [citado 2 octubre 2019]. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/gps/images/stories/publicaciones/Guia_ulceraspresion_CUN.pdf
2. Guía de Diagnóstico y Manejo Úlceras por Presión [Internet]. 2009 [citado 23 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia30.pdf>
3. Guía de prevención y tratamiento de las úlceras por presión [Internet]. [citado 2 octubre 2019]. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/gps/images/stories/publicaciones/Guia_ulceraspresion_CUN.pdf
4. PROTOCOLOS DE CUIDADOS ULCERAS POR PRESIÓN [Internet]. 2005 [citado 2 octubre 2019]. Disponible en: <https://enfermera.io/tipos-de-ulceras/>
5. Tejada S, Solano J. Protocolos de Atención para Enfermería Volumen I [Internet]. 2016 [citado 23 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.msp.gob.do/oai/Documentos/Publicaciones/ProtocolosAtencion/Protocolos%20de%20Atencion%20para%20Enfermeria.pdf>
6. Plazas L. Escalas de Úlceras por Presión [Internet]. 2018 [citado 29 septiembre 2019]. Disponible en: <https://enfermeriabuenosaires.com/escalas-de-ulceras-por-presion>



7. ANEXO

FLUJOGRAMA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN

