



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN**  
**ENFERMERÍA**

**TEMA:**

Evaluación del Protocolo de Atención de Enfermería en Prevención de Úlceras por Presión en pacientes de Medicina Interna y Terapia Intensiva, Hospital San Vicente de Paúl, Septiembre 2015- Febrero 2016

**AUTORA:**

Chasiguano Farinango Viviana Estefanía

**DIRECTORA DE TESIS:**

Msc. Maritza Marisol Álvarez Moreno

**IBARRA**


**MARZO DE 2016**

## APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo, Álvarez Moreno Maritza Marisol, en calidad de directora de la tesis titulada: **“EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA Y TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, SEPTIEMBRE 2015- FEBRERO 2016**, de autoría de Chasiguano Farinango Viviana Estefanía, una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Ibarra, a los 29 días del mes de marzo de 2016.

Atentamente.

  
Msc. Maritza Álvarez  
C.C.: 100252311-4



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**  
**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN**  
**A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA**

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

| <b>DATOS DE CONTACTO</b>    |           |  |            |
|-----------------------------|-----------|--|------------|
| <b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b> | <b>DE</b> | 1003812136   |            |
| <b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b> | <b>Y</b>  | Chasiguano Farinango Viviana Estefanía                                 |            |
| <b>DIRECCIÓN:</b>           |           | Barrio "El Olivo", calle José María Córdova                            |            |
| <b>EMAIL:</b>               |           | <a href="mailto:viviana.ch20@hotmail.com">viviana.ch20@hotmail.com</a> |            |
| <b>TELÉFONO FIJO:</b>       |           | <b>TELÉFONO MÓVIL:</b>   | 0981950054 |

| <b>DATOS DE LA OBRA</b>            |   |
|------------------------------------|---|
| <b>TÍTULO:</b>                     | Evaluación del Protocolo de Atención de Enfermería en Prevención de Úlceras por Presión en pacientes de Medicina Interna y Terapia Intensiva, Hospital San Vicente de Paúl, Septiembre 2015- Febrero 2016 |
| <b>AUTOR (ES):</b>                 | Chasiguano Farinango Viviana Estefanía  |
| <b>FECHA: AAAAMMDD</b>             | 2016/03/18  |
| <b>SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO</b> |   |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>PROGRAMA:</b>               | <input checked="" type="checkbox"/> <b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b> |
| <b>TITULO POR EL QUE OPTA:</b> | Licenciatura en enfermería   |
| <b>ASESOR /DIRECTOR:</b>       | Msc. Maritza Marisol Álvarez Moreno  |

#### **AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD**

Yo, Viviana Estefanía Chasiguano Farinango, con cédula de identidad Nro. 1003812136, en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

#### **CONSTANCIAS**

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 29 días del mes de Marzo de 2016

**AUTORA:**



.....  
Viviana Chasiguano Farinango

1003812136



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Viviana Estefanía Chasiguano Farinango, con cédula de identidad Nro. 1003812136, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: "EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL SEPTIEMBRE 2015-FEBRERO 2016", que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciada en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 29 días del mes de Marzo de 2016

**AUTORA:**

Viviana Chasiguano Farinango

1003812136

## **DEDICATORIA**

Dedico la presente tesis a Dios por permitirme cumplir uno de mis sueños y bendecirme todos los días.

A mi familia y amigos por todo su apoyo moral, incondicional, económico, estuvieron allí en los momentos difíciles, fueron un gran impulso para lograr mi objetivo y gracias a ellos soy lo que soy, por ayudarme a cumplir mis logros y saber que siempre cuento con ellos.

A mis maestros por ser los guías en el trayecto de todos estos años en la universidad.

Viviana Chasiguano Farinango

## **AGRADECIMIENTO**

En el presente trabajo de tesis queremos agradecer a Dios por bendecirme en el desarrollo del trabajo de investigación, a la Lic. Paulina Muñoz mi directora de tesis por guiarme con sus conocimientos en base a su experiencia y su paciencia; al hospital San Vicente de Paúl, a sus directivos y al personal de enfermería del área de Medicina Interna por darnos apertura y facilidades para realizar el trabajo.

Un especial agradecimiento a la Carrera de Enfermería y a sus docentes que me han aportado con los conocimientos necesarios para poder llegar hasta donde me encuentro y a mis queridos familiares que han sido el pilar fundamental en mi logro, brindándome su apoyo moral y afectivo, siempre incentivando a cumplir mi meta.

Viviana Chasiguano Farinango

## ÍNDICE

|  |   |
|--|---|
| APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS .....                       | ¡Error! Marcador no definido.           |
| AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN .....                      | iii                                     |
| CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO .....       | ¡Error!<br><b>Marcador no definido.</b> |
| DEDICATORIA .....  | vi                                      |
| AGRADECIMIENTO .....   | vii                                     |
| ÍNDICE .....   | viii                                    |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS .....                                     | x                                       |
| RESUMEN.....   | xi                                      |
| ABSTRACT.....  | ¡Error! Marcador no definido.           |
| <br>   |   |
| CAPÍTULO I.....  | 1                                       |
| 1. El problema de la investigación .....                     | 1                                       |
| 1.1 Planteamiento del problema.....                          | 1                                       |
| 1.2 Formulación del problema .....                           | 2                                       |
| 1.3 Justificación.....                                       | 3                                       |
| 1.4 Objetivos .....  | 4                                       |
| 1.4.1 Objetivo General .....                                 | 4                                       |
| 1.4.2 Objetivos específicos .....                            | 4                                       |
| 1.5 Preguntas directrices .....                              | 5                                       |
| <br>   |   |
| CAPÍTULO II .....  | 7                                       |
| 2. Marco Teórico.....  | 7                                       |
| 2.1 Marco referencial .....                                  | 7                                       |
| 2.2 Marco Contextual.....                                    | 8                                       |
| 2.2.1 Hospital San Vicente de Paúl.....                      | 8                                       |
| 2.2.2 Misión .....   | 8                                       |
| 2.2.3 Visión.....  | 9                                       |
| 2.2.4 Infraestructura del Hospital San Vicente de Paúl ..... | 9                                       |
| 2.2.5 Personal .....   | 10                                      |
| 2.2.6 Servicios.....   | 10                                      |



|  |    |
|--|----|
| 2.3 Marco conceptual .....   | 11 |
| 2.3.1 Úlceras por presión .....  | 11 |
| 2.4 Marco legal.....   | 31 |
| 2.4.1 La Constitución de la República del Ecuador .....                                      | 31 |
| 2.5 Marco Ético.....   | 33 |
| 2.5.1 Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente .....                                  | 35 |
| <br>   |    |
| CAPÍTULO III.....  | 37 |
| 3. Metodología .....   | 37 |
| 3.1 Diseño de la Investigación .....   | 37 |
| 3.2 Tipo de Investigación.....   | 37 |
| 3.3 Población.....   | 38 |
| 3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....                                     | 38 |
| 3.5 Criterios de inclusión y exclusión .....   | 39 |
| 3.6 Variables .....  | 39 |
| <br>   |    |
| CAPÍTULO IV.....   | 45 |
| 4. Resultados de la Investigación:.....  | 45 |
| <br>   |    |
| CAPÍTULO V .....   | 63 |
| 5. Conclusiones y Recomendaciones .....  | 63 |
| 5.1 Conclusiones .....   | 63 |
| 5.2 Recomendaciones.....   | 64 |
| BIBLIOGRAFÍA .....   | 65 |
| ANEXOS .....   | 71 |
| ANEXO 1. Validación del instrumento de investigación .....                                   | 71 |
| ANEXO 2. Encuesta .....  | 74 |
| ANEXO 3. Folleto de prevención y cuidados de enfermería para las úlceras por<br>presión..... | 78 |
| ANEXO 4. Protocolo de prevención de úlceras por presión. ....                                | 1  |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|   |    |
|---|----|
| GRÁFICO 1. Conocimiento de la definición de úlceras por presión. ....   | 46 |
| GRÁFICO 2. Localización frecuente de las úlceras por presión. ....  | 47 |
| GRÁFICO 3. Parámetros que valora la Escala Norton. ....   | 48 |
| GRÁFICO 4. Cumplimiento de la aplicación de la escala de Norton para la categorización de cuidados del paciente. ....   | 49 |
| GRÁFICO 5. Conocimientos sobre la clasificación de úlceras por presión. ....  | 50 |
| GRÁFICO 6. Conocimiento sobre la dieta indicada que debe recibir el paciente para prevenir las úlceras por presión. ....  | 51 |
| GRÁFICO 7. Intervenciones de enfermería ante la presencia de úlceras por presión. ....  | 52 |
| GRÁFICO 8. Medidas adicionales que el personal de enfermería aplica en el cuidado para prevenir úlceras por presión. ....   | 53 |
| GRÁFICO 9. Cada que tiempo el personal de enfermería realiza los cambios de posición en los pacientes. ....   | 54 |
| GRÁFICO 10. Curación de úlceras por presión por parte del personal de enfermería. ....  | 56 |
| GRÁFICO 11. Materiales que el personal de enfermería utiliza para realizar la curación de úlceras por presión. ....   | 57 |
| GRÁFICO 12. Cada que tiempo el personal de enfermería realiza el cambio de pañal. ....  | 58 |
| GRÁFICO 13. Conocimiento del personal de enfermería sobre la importancia del cuidado de la piel para prevenir la aparición de úlceras por presión. ....                         | 59 |
| GRÁFICO 14. Actividades que realiza el personal de enfermería para cada intervención de los diagnósticos ya definidos para el cuidado y prevención de úlceras por presión. .... | 60 |
| GRÁFICO 15. Capacitación recibida en los últimos 6 meses sobre el protocolo de prevención de úlceras por presión. ....  | 62 |

## RESUMEN

### **“Evaluación del Protocolo de Atención de Enfermería en Prevención de Úlceras por Presión en pacientes de Medicina Interna y Terapia Intensiva, Hospital San Vicente de Paúl, Septiembre 2015- Febrero 2016”**

Chasiguano Farinango Viviana<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Carrera de Enfermería, Universidad Técnica del Norte

[viviana.ch20@hotmail.com](mailto:viviana.ch20@hotmail.com)

**Introducción:** Las úlceras por presión (UPP) son lesiones de rápida aparición y lenta curación, es una de las lesiones muy frecuentes en pacientes hospitalizados. El personal de enfermería cumple un papel importante para prevenir este tipo de lesiones, estando capacitado para realizar las acciones adecuadas en el paciente. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos sobre el protocolo de prevención de úlceras por parte del personal de enfermería que labora en las áreas de Medicina Interna y Terapia intensiva del Hospital San Vicente de Paúl. **Material y métodos:** Comprende un estudio cuantitativo no experimental el cual permitió recolectar y analizar datos de forma numérica, procesando en bases estadísticas y analizando resultados. Las técnicas de recolección de datos fueron: observación y encuesta aplicando un formulario. Se realizó la tabulación a través del programa Microsoft Excel. **Resultados:** Se encontraron hallazgos relevantes sobre la eficacia y calidad de aplicación del protocolo y los procesos de intervención de enfermería para prevenir la úlcera de presión fueron adecuados. **Conclusión:** Se pudo evaluar conocimientos, la participación, la comunicación y la apertura con fines de mejorar los cuidados, para conseguir cumplir los objetivos propuestos.

**Palabras clave:** Úlcera por presión, personal de enfermería, protocolo, conocimientos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Pressure ulcers (PUS) are lesions that appear quickly and heal slowly, it is one of the most common injuries in hospitalized patients. The nursing staff plays an important role for preventing such injuries. The nursing staff will be able to perform the appropriate actions in the patient. **Objective:** To determine the nursing staff's level of knowledge about ulcer prevention protocol for those that work in the areas of Internal Medicine and Intensive Care in "San Vicente de Paul Hospital". **Material and Methods:** It was carried out a quantitative and non-experimental study, it allowed the collection and analysis of numerical data, processing the information on statistics bases and analysing the results. The techniques for the collection of data were through observation and a survey applying a form. The tabulation was done through Microsoft Excel. **Results:** Relevant information about the efficacy and quality of protocol application were found; and the processes of nursing intervention to prevent pressure ulcers were accurate. **Conclusion:** Knowledge, participation, communication were able to be evaluated, and also a free way in order to improve carings to get the proposed objectives.

**Keywords:** Pressure ulcer, nursing staff, protocol, knowledge



**TEMA:**

Evaluación del Protocolo de Atención de Enfermería en Prevención de Úlceras por Presión en pacientes de Medicina Interna y Terapia Intensiva, Hospital San Vicente de Paúl, Septiembre 2015- Febrero 2016.

# CAPÍTULO I

## 1. El problema de la investigación

### 1.1 Planteamiento del problema

“Úlcera por presión (UPP) es una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente, generalmente sobre prominencias óseas, provocada por la presión y/o asociada a cizallamiento.” (Oliveria Costa, Sabino Pinho, Almeida dos Santos, & Santos do Nascimento, 2015, p. 2243).

La prevalencia de UPP oscila entre el 3% al 50% en los servicios de Cuidados Intensivos (UCI), Medicina Interna y Neurología. Además, su presencia tiene relación con los procesos de atención, prevención y cuidados suministrados por el personal de enfermería. (Valero Cárdenas, Parra, & Camargo-Figuera, 2011, p.250)

Estadísticas recientes muestran que las UPP aparecen en el 3 a 10% de los pacientes hospitalizados en un momento dado; que la tasa de incidencia de desarrollo de una nueva UPP oscila entre 7,7 y 26,9%; que dos tercios de las UPP que aparecen en hospitales ocurren en pacientes mayores de 70 años, sector creciente de nuestra población, por lo que se debe esperar un aumento de su incidencia en los próximos años; que ocurren también con mayor frecuencia en pacientes jóvenes lesionados medulares, entre los cuales la incidencia es del 5-8% anualmente y del 25-85% de ellos desarrolla una UPP alguna vez, la cual constituya la causa más frecuente de retraso en la rehabilitación de estos pacientes. (Coto, Báez, & Cabrera, 2007, p.1-2)

Los factores de riesgo para desarrollo de UPP pueden ser intrínsecos y/o extrínsecos, todos predisponiendo al individuo a largos períodos de isquemia ejercida por presión,

reduciendo la capacidad de regeneración tisular de la lesión. Entre los factores intrínsecos más importantes se pueden destacar la edad avanzada, la presencia de comorbideces, inconciencia, inmovilización, pérdida de sensibilidad, pérdida de función motora, incontinencia fecal o urinaria, presencia de espasmos musculares, deficiencias nutricionales, anemias, índice de masa corporal muy bajo o muy alto y enfermedades circulatorias. Entre los factores extrínsecos, la presión inducida por el contacto sobre la prominencia ósea, las fuerzas de cizallamiento y fricción son factores relacionados a la ocurrencia de UPP. (Oliveria Costa, Sabino Pinho, Almeida dos Santos, & Santos do Nascimento, 2015, p.2243)

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cómo influye la aplicación del protocolo de atención de enfermería en la prevención de úlceras por presión para el cuidado de los pacientes?

### **1.3 Justificación**

La importancia de los cuidados de Enfermería, el papel primordial se orienta hacia la prevención mediante la identificación temprana de factores de riesgo (FR) y la implementación de planes de cuidado basados en guías de prevención y atención, lo que constituye uno de los principales indicadores para medir la calidad de la atención hospitalaria y de Enfermería. Si los cuidados no son realizados de manera adecuada, las UPP pueden llevar a una prolongación de la estancia hospitalaria debido a las lesiones e incapacidad física que puede generar, lo cual incrementan los costos de la atención.

La valoración del riesgo es un aspecto clave en la prevención. La razón de la valoración del riesgo es la identificación de los individuos que necesitan medidas de prevención y la identificación de los factores específicos que los ponen en situación de riesgo. Para ello se utilizan las escalas de valoración del riesgo. Las escalas sirven para valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar UPP, con el objeto de poder determinar un plan de cuidados preventivos.

La Escala de Norton mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión. Su utilización ha permitido valorar los riesgos en el paciente, determinar las intervenciones para la posterior evaluación de los resultados.

De aquí la explicación sobre la realización del estudio para determinar los conocimientos, prácticas y aplicación del protocolo por parte de enfermería al paciente con úlceras por presión y prevenir la aparición de la misma, en base a intervenciones adecuadas.



## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

Evaluar el cumplimiento del protocolo de atención de enfermería en prevención de úlceras por presión por parte del personal de enfermería en las áreas medicina interna y terapia intensiva del Hospital San Vicente de Paúl.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Determinar el nivel de conocimientos y procedimientos por parte del personal de enfermería para llevar a cabo la prevención y cuidados de úlceras por presión.
- Identificar el porcentaje de cumplimiento de Escala de Norton por parte enfermería.
- Definir las medidas adicionales para la prevención de úlceras por presión más utilizadas por enfermería.
- Socializar el protocolo de prevención de úlceras por presión y el proceso de atención de enfermería.

### **1.5 Preguntas directrices**

- ¿Cuál es el conocimiento de las enfermeras acerca la prevención y cuidado de úlceras por presión?
- ¿Realizan las enfermeras la aplicación de la Escala de Norton para categorización de cuidados del paciente?
- ¿Cuáles son las medidas más utilizadas por enfermería en la prevención de úlceras por presión?
- ¿Aplican las enfermeras los cuidados de úlcera por presión según el protocolo de la institución y el proceso de atención de enfermería?



## **CAPÍTULO II**

### **2. Marco Teórico**

#### **2.1 Marco referencial**

Los profesionales se esfuerzan en detectar esta problemática de la aparición de úlceras por presión y proporcionar los medios necesarios para su prevención, aunque en ocasiones no es posible.

Debemos ser conscientes del aumento de trabajo que el cuidado y tratamiento de las UPP ocasionará en un futuro a la enfermería; asimismo es necesario desarrollar la investigación en este campo. Es una oportunidad única para los profesionales de enfermería por el impacto significativo del problema de salud de las UPP y un buen registro de las UPP mejora la calidad de los cuidados. (Valle Río, García García, & López Gázquez, 2014)

Diferentes estudios centran sus investigaciones en comparar las técnicas tanto de prevención, de curación y de evaluación de las mismas. (Valle Río, García García, & López Gázquez, 2014,p. 45).

Un estudio realizado fue la construcción de un plan de atención de enfermería flexible basado en evidencia científica, resultado de los hallazgos de la revisión sistemática, que oriente la toma de decisiones en el cuidado integral de las personas con Úlceras por Presión y contribuya a la calidad de los servicios de salud mejorando la Calidad de Vida relacionada con la Salud. Se identificaron métodos para la valoración y diagnóstico de las UPP que aportan a la toma de decisiones eficientes y eficaces para que mejore el paciente y el estado de la herida. Dichos métodos consideran parámetros

como el estadio de la UPP, el tipo de tejido existente en el lecho de la UPP y sus dimensiones. Se enfatiza en la importancia del conocimiento del equipo de enfermería, para identificar y clasificar las UPP, según la herramienta de clasificación de la EPUAP (Desarrollada por el Panel Consultivo Europeo para las Úlceras por Presión) y la NPUAP (Panel Consultivo Nacional para las Úlceras por Presión). (González-Consuegra, Matiz-Vera, Hernández Martínez, & Guzmán-Carrillo, 2015,p 71.)

## **2.2 Marco Contextual**

### **2.2.1 Hospital San Vicente de Paúl**

El Hospital San Vicente de Paúl, está ubicado en Ibarra, capital de Imbabura, parroquia El Sagrario, entre las calles Luis Vargas Torres y Luis C. Gómez Jurado, es el establecimiento de salud de referencia de la región. Recibe pacientes locales y externos que incluyen habitantes de la zona norte del país, población migrante, tanto interna como externa, contándose en esta última, especialmente de Colombia.

### **2.2.2 Misión**

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

### **2.2.3 Visión**

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente. (Hospital San Vicente de Paúl, s.f.)

### **2.2.4 Infraestructura del Hospital San Vicente de Paúl**

El hospital San Vicente de Paúl pertenece al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, está ubicado al suroeste de la ciudad de Ibarra y cuenta con un edificio moderno de aproximadamente 15.000 m<sup>2</sup> distribuidos en cinco pisos.

En la planta baja funcionan los servicios de Emergencia, Consulta Externa, Estadística, Trabajo Social, Laboratorio, Imagenología, Rehabilitación, Dietética y Nutrición, Odontología, Otorrinolaringología, Bodega, Farmacia, Información, Recaudación de Inventarios.

- En el primer piso se encuentra el área Administrativa, Centro Quirúrgico, Esterilización y Terapia Intensiva.
- En el segundo piso funciona Ginecología, Centro Obstétrico y la Unidad de Neonatología.
- En el tercer piso Cirugía y Traumatología
- En el cuarto piso Medicina Interna, la Unidad de Docencia, y Endoscopía; y
- En el quinto piso Pediatría, Auditorio, y Casa de Ascensores.

### **2.2.5 Personal**

El Hospital San Vicente de Paúl, cuenta con un buen grupo humano que desarrolla las diferentes actividades dentro de la institución. El personal del Hospital se puede dividir en dos grandes grupos según el escalafón al que perteneces, es así que pueden ser amparados por el Código de Trabajo o por la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa.

### **2.2.6 Servicios**

Cuenta con los servicios y áreas de una casa de salud moderna que tiene funciones de primer nivel como es la atención materno infantil gratuita, atención primaria en salud, actividades de segundo nivel con atención en las especialidades básicas: Pediatría, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Traumatología-Ortopedia y Cirugía (Cirugía General, Cirugía Plástica, Urología, ORL, Oftalmología); otras especialidades como Neurología, Psiquiatría, Gastroenterología, Alergología; además atención de tercer nivel con Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología, también cuenta con servicios de apoyo como Laboratorio, Imaginología, Banco de Sangre, Rehabilitación y Odontología. (Cápitulo I Generalidades del Hospital San Vicente de Paúl, 2006)

A continuación se hace una descripción más detallada de los servicios en donde se desarrolló la investigación con la finalidad de tener una mejor visión de los mismos:

- Medicina Interna: este servicio se basa al cuidado de las enfermedades crónico degenerativas, cuidado del adulto mayor, y enfermedades psicológicas y psiquiátricas; cuenta con 39 camas.
- Terapia Intensiva: este servicio ayuda a personas con lesiones y enfermedades que ponen en riesgo su vida. Puede tratar problemas como complicaciones por cirugías, accidentes, infecciones problemas respiratorios severos. Involucra atención médica cercana y constante, brindada por un equipo de profesionales

de la salud especialmente capacitados. Cuenta con 5 camas y 1 cuarto de aislamiento de pacientes con patologías de alta infección. Los monitores, vías intravenosas, sondas de alimentación, catéteres, ventiladores y otros equipos son comunes en las unidades de terapia intensiva. Estos aparatos pueden mantener con vida a una persona, pero también aumentan el riesgo de infecciones.

## **2.3 Marco conceptual**

### **2.3.1 Úlceras por presión**

#### **2.3.1.1 Definiciones**

La piel es un órgano de tejido conectivo diseñado para proteger al organismo de agresiones físicas, químicas y del ambiente, además, garantiza el equilibrio interno del organismo participando en procesos de termorregulación, inmunológicos y regenerativos, entre otros. Cuando la integridad de este órgano es interrumpida se alteran sus funciones y mecanismos de recuperación, como se evidencia en las úlceras por presión (UPP). Este tipo de lesiones representan un problema de salud pública debido a su alta prevalencia en personas de edad avanzada o que han estado sometidas a procesos que han generado tiempos prolongados de inmovilización. Esto hace necesario el conocimiento de sus mecanismos de producción, sus implicaciones fisiológicas y fisiopatológicas, las cuales generan impacto en el aspecto psicosocial del individuo, su familia y su entorno. (Quiroga-Santamaría, Guarín-Corredor, Forero-López, & Landinez-Parra, 2013, p.432)

Las úlceras por presión son el resultado de una compleja interacción entre innumerables factores de riesgo intrínseco y extrínseco, como carga mecánica excesiva, inmovilidad, incontinencia, y edad avanzada, entre muchos otros. Aunque



generalmente la inmovilidad se considera el factor predisponente principal para la inducción del desarrollo de una úlcera por presión, también se asume a menudo que existe una relación de causalidad directa entre la nutrición y el desarrollo de úlcera por presión. (Carrasco García, Hernández Mojena, & Ramallo Rojas, 2009, p.5)

Las UPP precisan la existencia de trastornos de la microcirculación en zonas de apoyo del cuerpo situadas sobre una superficie dura. Por ese motivo las áreas con prominencias óseas son las zonas más frecuentes de aparición de UP. La presión mantenida sobre piel y tejidos blandos produce un aumento de la presión intersticial con obstrucción de vasos sanguíneos (formación de microtrombos) y linfáticos, que conduce a autólisis y acúmulo de residuos tóxico-metabólicos. La isquemia local prolongada conduce a necrosis y posterior ulceración de tejidos, tanto a nivel de piel como planos profundos. (Carrasco García, Hernández Mojena, & Ramallo Rojas, Úlceras por presión, 2009)

Las úlceras por presión representan una frecuente condición geriátrica, con alta morbimortalidad y costos, aunque su presencia se hace notar en pacientes de todas las edades. Se reconoce que aproximadamente 70% de todas las UPP ocurren en personas mayores de 70 años de edad, siendo seguido en orden de frecuencia por pacientes con limitación funcional secundaria a daño neurológico. Asimismo a pesar del nivel de tecnología alcanzado sobre las medidas de prevención y manejo de UPP, la evidencia sugiere que su incidencia se ha incrementado en 55% desde 1983 hasta la actualidad, pudiendo ser explicado por el incremento de la población con alto riesgo e ineffectividad en la elaboración y ejecución de medidas terapéuticas y preventivas. A nivel hospitalario, entre un 3% y 11% de los adultos mayores desarrollan UPP, verificándose el 70% de dichas lesiones en las dos primeras semanas de estancia hospitalaria. (Suen Díaz & Leyva Basterrechea, 2007, p.2)

A nivel de hospicios y de residencias geriátricas norteamericanas, existe una incidencia al año de 13%. Su reconocimiento es importante, puesto que se han demostrado repercusiones en diferentes ámbitos: en la salud y la calidad de vida de quienes la padecen, en sus cuidadores, en el consumo de recursos para el sistema de salud,

pudiendo incluso alcanzar responsabilidad legal al ser considerado en muchas situaciones como un problema evitable. (Peralta Vargas, Varela Pinedo, & Gálvez Cano, 2009, p.17)

### **2.3.1.2 Frecuencia**

Ocurren con mayor frecuencia en la edad avanzada, en pacientes confinados en cama o a silla de ruedas, desnutridos, comprometidos de conciencia y mal apoyo familiar, siendo los sitios más comprometidos en más del 80% de los casos el sacro, trocánteres, nalgas, maléolos externos y talones. (Zuñiga-Castro, Espinoza-Cáceres, & Fernandez-Pacheco, 2014, p.156).

Del 10 al 20% de los enfermos la presentan ya en el momento del ingreso. El 70% de las úlceras por presión aparecen en pacientes mayores de 70 años. La incidencia informada de úlceras por presión en las residencias es de alrededor del 24%. (Carrasco García, Hernández Mojena, & Gómez Hernández, Inmovilidad grave problema de salud en los ancianos debemos prevenirla y evitar sus complicaciones, 2009, p.14)

### **2.3.1.3 Etiología**

El mecanismo de producción de las úlceras por presión se basa en la alteración de la irrigación sanguínea de la zona por una causa externa, LA PRESIÓN. (Ávila Acamer, y otros, 2008, p.20)

Pueden distinguirse tres tipos de mecanismos (tabla 1):

| <b>TIPO DE MECANISMO</b> | <b>PRODUCCIÓN</b>   |
|--------------------------|---|
| Presión directa          | Presión ejercida de forma perpendicular, entre la piel y las prominencias óseas.  |
| Fricción                 | Presión ejercida paralelamente al paciente sobre un plano duro o semiduro. Ocasionando flictenas o erosiones por el movimiento o arrastre del paciente. |
| Cizallamiento            | Se produce por la unión de la presión directa y tangencial ocasionando al paciente un desgarro interno de los tejidos (paciente en posición de Fowler). |

**Tabla 1.** Mecanismos de producción

#### **2.3.1.4 Factores de riesgo**

Los factores que contribuyen a la producción de úlceras y que pueden agruparse en cinco grandes grupos son: (Álvarez de la Cruz & Lorenzo Gónzales, 2011, p.174-175)

Fisiopatológicos:

Como consecuencia de diferentes problemas de salud:

- Lesiones cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
- Trastorno en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, éxtasis venoso, trastornos cardiopulmonares,
- Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso): delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección.
- Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma.
- Deficiencias motoras: paresia, parálisis.
- Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa.
- Alteración de la eliminación (urinaria/intestinal)

Otras enfermedades:

- Accidente vascular cerebral, diabetes mellitus, síndrome de Guillai-Barré, esclerosis múltiple, hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural.

Lesiones:

- Fractura ósea, fractura y compresión de la médula espinal. (Ayora Torres, y otros, p.9-10).

Derivados del tratamiento:

- Inmovilidad impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas.
- Tratamientos o fármacos inmunosupresores
- Sondajes.

Situacionales:

- Inmovilidad: Personas que no se mueven en la cama. El 90% de los pacientes con menos de 20 movimientos espontáneos durante la noche desarrollan úlceras
- Pacientes que no pueden sentarse en silla de ruedas o levantarse de la cama por sí mismos.
- Por efecto del roce tanto de la ropa como de otros objetos.

Del desarrollo:

- Niños o lactantes: rash del pañal.
- Ancianos: pañales, alteraciones tróficas de la piel.

Derivados del entorno:

- Falta de educación sanitaria.
- Praxis deficiente por parte de los equipos sanitarios

Las úlceras por presión disminuyen considerablemente la calidad de vida del paciente. Si éste se encuentra en su domicilio la repercusión en la familia es enorme por la

cantidad de cuidados que necesitan, si está en un centro hospitalario se prolonga su estancia en el mismo, aumentando el trabajo del personal de enfermería, aumentando su estancia y el costo a la sociedad.

En correspondencia con los factores de riesgo se presentan los siguientes predisponentes:

- Presión: Es extremadamente importante la presión capilar es de 32 mmhg. Si hay presión extrema la presión capilar aumenta y disminuye la irrigación sanguínea e inmovilidad extrema o escasa por pérdida de reflejos u otros.
- Fricción: El roce de la piel sobre cualquier superficie produce calor, perdiéndose células de la piel lo que va a disminuir las defensas y favorece la aparición de las úlceras por presión: Ej: El deslizamiento de un paciente encamado hacia la pielera de la cama y las arrugas en la ropa de cama.
- Fuerza de cizallamiento: Se produce cuando dos capas de la piel resbalan entre si moviéndose en direcciones contrarias lesionándose así los tejidos, ej: cuando están las extremidades inferiores sin proteger.
- Maceración: Producida por una humedad excesiva en la piel que lleva al reblandecimiento y reducción de la resistencia de la piel. Ej: paciente con incontinencia urinaria ó sudoración profusa.
- Estado deficiente de nutrición: hipoproteïnemia, anemias, déficit de vitaminas y deshidratación ya que afecta la integridad de los tejidos Ej. Edad avanzada, enfermedades, porque la piel pierde su capacidad de regeneración.

### **2.3.1.5 Clasificación o estadios de úlceras por presión**

Las úlceras por presión son habitualmente clasificadas en grados o estadios, según su sistema de clasificación que se basa en la profundidad de la destrucción del tejido: (Carrasco García, Hernández Mojena, & Gómez Hernández, Inmovilidad grave

problema de salud en los ancianos debemos prevenirla y evitar sus complicaciones, 2009, p. 16)

Grado I. Eritema de la piel que no blanquea con la presión, puede haber induración de la zona afectada, el eritema anuncia la ulceración de la piel. Es reversible.



**Imagen 1.** Grado I Úlcera por presión. (2009) Clasificación para las úlceras por presión del NPUAP y el EPUAP. Fuente:

<http://www.ulceras.net/monografico/110/98/ulceras-por-presion-categorias.html>.

Grado II. Hay rotura de la epidermis y la dermis, observándose una úlcera cutánea superficial. Este estadio es reversible.



**Imagen 2.** Grado II Úlcera por presión. (2009) Clasificación para las úlceras por presión del NPUAP y el EPUAP. Fuente: <http://www.ulceras.net/monografico/110/98/ulceras-por-presion-categorias.html>.

Grado III. Pérdida de la piel en todo su espesor, afectando también el tejido celular subcutáneo, puede extenderse hasta la fascia pero no atravesarla. Clínicamente se presenta como un cráter profundo, los bordes de la lesión están enrollados, pigmentados y la delimitan perfectamente, a veces se observa la base necrótica, puede haber drenaje de secreciones tanto serosas como purulentas.



**Imagen 3.** Grado III Úlcera por presión. (2009) Clasificación para las úlceras por presión del NPUAP y el EPUAP. Fuente: <http://www.ulceras.net/monografico/110/98/ulceras-por-presion-categorias.html>.

Grado IV. Pérdida de la piel en todo su espesor con destrucción extensa, necrosis tisular que puede alcanzar la fascia, músculos y huesos o estructuras de soporte. Las secreciones pueden purulentas, en ocasiones con trayectos fistulosos.



**Imagen 4.** Grado IV Úlcera por presión. (2009) Clasificación para las úlceras por presión del NPUAP y el EPUAP. Fuente: <http://www.ulceras.net/monografico/110/98/ulceras-por-presion-categorias.html>.

El desarrollo de UPP, tiene implicaciones importantes para el paciente y para la enfermera, las UPP se asocian a resultados negativos en términos de dolor, pérdida de función y dependencia, incrementando el riesgo de infección, sepsis y en muchas ocasiones, necesidad de procedimiento quirúrgico durante su tratamiento. Todo ello da lugar a una hospitalización más prolongada y algunas veces está asociada a una mayor mortalidad.

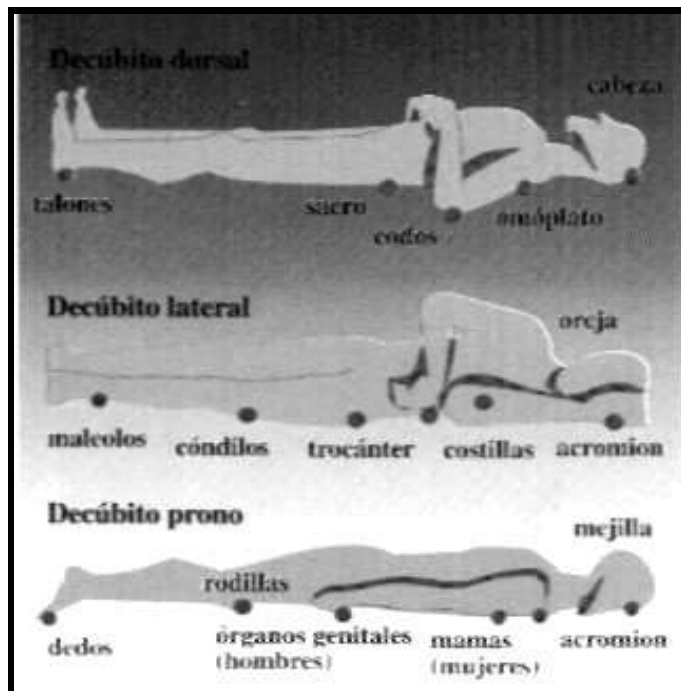
Así pues en el momento de su diagnóstico, será necesario establecer cuidados que eviten o alivien la compresión de los tejidos, como:

- Incrementar la periodicidad de los cambios posturales cada 2/h para disminuir el tiempo de apoyo.
  - Proteger cuidadosamente las zonas de riesgo
  - Higiene e hidratación de la piel
  - Administración de una dieta equilibrada con suficiente apoyo energético.
- (Saboya , 2013, p.14)

### **2.3.1.6 Localización**

La mayoría de las úlceras aparecen en zonas de prominencias óseas. El desarrollo de las mismas puede estar influenciado por el grado de inmovilidad y la posición que adopte el paciente. Las regiones más comunes donde aparecen son el sacro, el coxis y los talones, cuando la persona adopta una posición supina. Caderas y tobillos, cuando la persona permanece en posición lateral, y en glúteos, cuando deben permanecer sentadas. Con menor frecuencia se observan lesiones occipitales, en rodillas, escápulas, codo, barbilla, pabellón auricular. En la mitad inferior del cuerpo aparecen el 95% de las lesiones. (Kaplan, Jauregui, & Rubin, 2009, p.69)





**Imagen 5.** Localización habitual de las úlceras por presión (2010). Fuente: <http://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com/2010/08/localizacion-de-las-ulceras.html>

### 2.3.1.7 Complicaciones

Las complicaciones primarias infección (local o sistémica): (8) más frecuentes son dolor, anemia e Entre otras complicaciones están: (Carrasco García, Hernández Mojena, & Ramallo Rojas, Úlceras por presión, 2009, p.8).

- La anemia será con frecuencia de origen multifactorial.
- La infección: osteomielitis, bacteriemia y celulitis.
- En pacientes portadores de cardiopatías con riesgo de endocarditis debe hacerse profilaxis, al realizar manipulaciones locales importantes (biopsias, desbridamientos).
- Amiloidosis, endocarditis, formación de hueso heterotópico, infestación por parásitos, fístula uretro-perineal, pseudoaneurismas, artritis séptica, tractos

fistulosos o absceso, carcinoma de células escamosas en la UP y complicaciones derivadas del tratamiento tópico (toxicidad por yodo, pérdida de audición tras neomicina tópica y gentamicina sistémica).

Las complicaciones secundarias son: pérdida de la calidad de vida y aumento de morbi-mortalidad derivada de una mayor estancia retraso en la recuperación y rehabilitación, infecciones nosocomiales o iatrogenia.

Aunque las úlceras han acompañado al hombre a lo largo de la historia, todavía persisten importantes vacíos en relación con la prevención y el tratamiento, haciendo que su atención sea más difícil y que se consideren un importante problema de salud que pone en riesgo la seguridad del paciente. (Restrepo Medrano, Rojas, & Granada Gómez, 2015, p.135)

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 UPP, por lo que es recomendable disponer de estrategias de educación y prevención, sin embargo, aún con el uso de dispositivos especiales, y de protocolos de prevención no es posible evitarlas en todos quienes están en riesgo de padecerlas, no obstante es claro que la práctica de estrategias como la determinación del riesgo en la admisión de los pacientes contribuye en gran medida al control de la frecuencia en que se presentan. (Tamayo-Rendón, Palacio-Grisales, Osorio-Pabón, Román-Giraldo, & Rodríguez-Castrillón, 2015, p.27)

Existen varias formas de medir ese riesgo entre las cuales se destacan las escalas de escalas de NORTON, Braden y Emina cuya aplicación al ingreso del paciente arroja resultados válidos en términos de concordancia entre el riesgo alto y la aparición de las lesiones, un estudio específico realizado en la ciudad de Bucaramanga encontró que hasta un 63,3% de los casos en los que la escala de Braden arrojó un riesgo alto desarrollaron UPP. (Tamayo-Rendón, Palacio-Grisales, Osorio-Pabón, Román-Giraldo, & Rodríguez-Castrillón, 2015, p27).

| <b>ESTADO<br/>GENERA<br/>L</b> | <b>ESTADO<br/>MENTAL</b> | <b>ACTIVIDAD</b> | <b>MOVILIDAD</b> | <b>INCONTINENCIA</b> |   |              |   |                     |   |
|--------------------------------|--------------------------|------------------|------------------|----------------------|---|--------------|---|---------------------|---|
| Bueno                          | 4                        | Alerta           | 4                | Caminando            | 4 | Total        | 4 | Ninguna             | 4 |
| Débil                          | 3                        | Apático          | 3                | Con ayuda            | 3 | Disminuida   | 3 | Ocasional           | 3 |
| Malo                           | 2                        | Confuso          | 2                | Sentado              | 2 | Muy limitado | 2 | Urinaria            | 2 |
| Muy malo                       | 1                        | Estuporoso       | 1                | En cama              | 1 | Inmóvil      | 1 | Doble incontinencia | 1 |

**Tabla 2.** Escala de Norton

La enfermería como disciplina aborda al ser humano de forma holística, en sus esferas física, social y psicológica, y brinda cuidado integral, incluyendo aspectos tan importantes como la integridad de la piel, la cual puede verse alterada por heridas como las UPP. Así, las actividades de enfermería dirigidas a estas personas deben orientarse hacia la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, pues su presencia es indicador de calidad de los servicios sanitarios, asociados a los factores de riesgo que presentan las personas, según su condición de salud y los cuidados proporcionados por el profesional de enfermería. Estas intervenciones se basan en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el cual incluye cinco etapas: (González-Consuegra, Matiz-Vera, Hernández Martínez, & Guzmán-Carrillo, 2015)

- **Recolección de información del paciente:** Se aplican escalas de valoración del riesgo de UPP (EVRUPP), acompañadas por la observación y clasificación de la lesión —si existe—, según las categorías dadas por el Panel Consultivo Europeo para las Úlceras por Presión (EPUAP) y el Panel Consultivo Nacional para las Úlceras por Presión (NPUAP) (2009). Es importante que, al tiempo, se valore la CVRS en la persona.

- Formulación de diagnósticos enfermeros: Se realiza un juicio clínico —a partir de la información recolectada— que involucra factores relacionados o de riesgo, fundamentados en la evidencia científica.
- Planteamiento de metas a través de indicadores de resultados.
- Prescripción y aplicación de intervenciones basadas en la evidencia científica: orientadas a la prevención y tratamiento que mitiguen el impacto que éstas generan sobre las personas, sus familias y la sociedad y, reduzcan su aparición.
- Evaluación de resultados y seguimiento: Para este proceso, se emplean herramientas como las taxonomías de enfermería: los diagnósticos enfermeros de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Estas garantizan aspectos de seguridad, eficiencia y costoefectividad de la práctica enfermera. (González-Consuegra, Matiz-Vera, Hernández Martínez, & Guzmán-Carrillo, 2015, p.70)

### **2.3.1.8 Plan de medidas preventivas**

- Hidratación adecuada.
- Dieta rica en calorías y aminoácidos con suplemento vitamínico.
- Corrección de todos los factores de riesgo.
- Medidas para disminuir la presión.
- Cambios posturales. En el paciente encamado debemos cambiar al paciente cada 2 horas de posición para minimizar los efectos de la presión continuada sobre las prominencias óseas. Los pacientes deben estar 30 grados en posición oblicua, para disminuir la presión sobre el sacro, trocánter, tuberosidades isquiáticas, maléolos externos y talones. (Carrasco García, Hernández Mojena, & Gómez Hernández, Inmovilidad grave problema de salud en los ancianos debemos prevenirla y evitar sus complicaciones, 2009)
- No elevar la cabecera de la cama más de 30 grados, a partir de ese ángulo aumenta las fuerzas de cizallamiento. Debe enseñarse al paciente a cambiarse

de posición y a que realice pequeños movimientos del cuerpo para ayudar a la redistribución del peso corporal y facilitar la irrigación sanguínea. Los ejercicios de movilidad pasiva y masajes previenen la aparición de contracturas; para mantener la integridad articular, la movilidad y la masa muscular, también mejora la circulación. (Carrasco García, Hernández Mojena, & Gómez Hernández, Inmovilidad grave problema de salud en los ancianos debemos prevenirla y evitar sus complicaciones, 2009)

- Limitar el tiempo de permanencia del paciente sentado en una silla a no más de 1.5 – 2 horas, debido a que en esta posición aumenta la presión ejercida sobre las tuberosidades isquiáticas. Evitar los deslizamientos en la silla para evitar fricción. Debe de utilizarse un cojín que no sea de goma, las almohadas no deben utilizarse.
- Uso de colchones antiescara. Existe en el mercado gran variabilidad de los mismos, los colchones de aire de presión alternante y los colchones de agua son los más eficaces para prevenir la úlcera por presión, pueden adaptarse a cualquier tipo de cama.
- Pueden utilizarse otros dispositivos protectores del talón, codos, maléolos, la piel de carnero u otro material sintético son eficaz para disminuir la presión. (Carrasco García, Hernández Mojena, & Gómez Hernández, Inmovilidad grave problema de salud en los ancianos debemos prevenirla y evitar sus complicaciones, 2009)
- Evaluar y tratar las alteraciones de la continencia urinaria y fecal.
- Mantener la piel limpia y seca. Lavar la zona con agua sola o con mínima cantidad de jabón. Tras el secado aplicar una crema humidificante y dar un pequeño masaje alrededor de la zona enrojecida, no dentro. En los pliegues cutáneos debe echarse en cantidad moderada polvos que no formen pasta.
- Controlar las alteraciones de la nutrición. Deben identificarse los factores que impidan una alimentación adecuada (por los ejemplo dentición escasa, prótesis mal ajustadas).
- Ofrecer dietas adecuadas con los requerimientos de proteínas, calorías, vitaminas y minerales para que ayuden a la cicatrización. (Carrasco García,

Hernández Mojena, & Gómez Hernández, Inmovilidad grave problema de salud en los ancianos debemos prevenirla y evitar sus complicaciones, 2009, p.18).

### **2.3.1.9 Tratamiento**

- Nutrición
- Soporte emocional
- Cuidados específicos de la lesión

La cicatrización de las UPP es dificultosa. A medida que avanza el estadio son más resistentes al tratamiento médico.

Se estima que ocurre la curación completa en menos del 10%. El tiempo de cicatrización depende del estadio. Las UPP de estadio III necesitan aproximadamente de 6 meses y hasta 1 año de tratamiento para la cicatrización. Sólo un tercio de las UPP en estadio IV cicatrizan en ese tiempo y la mitad de los pacientes fallece durante ese período. Por lo tanto, la mejor oportunidad de tratamiento es la prevención.

Siempre realizar una mirada global para valorar los distintos aspectos, teniendo en cuenta que las lesiones de piel muchas veces se encuentran condicionadas por el estado general del paciente, interurrencias clínicas y el entorno psicosocial. Favorecer la participación del paciente y la familia en las medidas de prevención, planificación y ejecución de cuidados. Siempre considerar el tratamiento de enfermedades concomitantes. Mantener las medidas de prevención en todos los pacientes.

#### **Nutrición:**

Aunque no está clara la relación causal, desnutrición y UPP muchas veces coexisten. Un buen soporte nutricional no sólo favorece la cicatrización de las úlceras por presión,

sino que también puede evitar la aparición de nuevas lesiones y disminuir el riesgo de infección de las mismas.

Una parte importante de la cicatrización de las lesiones es local y ocurre incluso en pacientes con alteraciones nutricionales leves o moderadas, si bien algunos estudios demuestran que en pacientes con desnutrición severa se retrasa la evolución o incluso existe imposibilidad de cicatrización total y favorece la aparición de nuevas lesiones y la complicación de úlceras preexistentes.

Se diagnostica desnutrición clínica severa si la albúmina sérica es menor de 3,5 mg/dl, el recuento linfocitario total es menor de 1800/mm<sup>3</sup>, o si el peso corporal ha disminuido más de un 15%.

Las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas, debido a que se considera una situación clínica de alto gasto energético y requiere para la curación, además, un buen estado de hidratación y aporte de determinados nutrientes. El requerimiento proteico se estima entre 1 g y 1,5 g de proteínas/kg/día. Los suplementos vitamínicos y zinc no han demostrado mejorar la cicatrización.

En caso de que la dieta habitual del paciente no cubra estas necesidades, se puede recurrir a suplementos hiperproteicos de nutrición enteral oral. La alimentación artificial por sonda nasogástrica o gastrostomía no previene el desarrollo de UPP.

### **Soporte emocional:**

La presencia de una lesión cutánea puede provocar un cambio importante en la calidad de vida del paciente que las padece y su entorno, deterioro en la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria provocada por problemas físicos, emocionales o sociales.

En el caso de las úlceras por presión, éstas pueden tener unas consecuencias importantes en el individuo y su familia en cuanto a la necesidad de cuidado y soporte psicosocial, que no debe perderse de vista en la planificación y puesta en marcha de estrategias de atención y abordaje interdisciplinario.

### **Cuidados de la úlcera:**

Los cuidados específicos dependen del estadio de la úlcera, la presencia o no de complicaciones y desde ya del estado del paciente. Existen en el mercado una gran variedad de productos, sin embargo muchas veces el éxito del tratamiento está más relacionado con la calidad de los cuidados que con el producto en sí. La revisión del plan establecido y su eventual modificación se sugiere realizarlo al menos luego de dos o tres semanas de implementado, siempre teniendo en cuenta la presencia de enfermedades concomitantes que interfieran en la evolución.

La cura oclusiva parece ser mejor y se propone mantener el principio de cura húmeda, debido a que estimula el crecimiento epidérmico. Incluso el exudado de las lesiones crónicas sin signos de infección activa, parece ser un excelente medio para el desarrollo de fibroblastos, lo cual explica el efecto deletéreo sobre la herida de la curación con métodos secos. (Kaplan, Jauregui, & Rubin, 2009, p. 74-75)

#### **2.3.1.10 Conocimientos que debe tener el personal de enfermería al cuidado del paciente con úlceras por presión**

El grado de práctica de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras, se define en tres niveles: (Lope Andrea, Durán Muñoz, Del Pino Jurado, & Paterson Muñoz, 2009, p. 196).



- **Nivel básico**

Personal con conocimientos teóricos deficientes, falta de destreza en el manejo del paciente de riesgo o con úlceras por presión, registros deficientes y/o no consulta con el experto. De este nivel se derivan acciones de mejora.

- **Nivel de competencia**

Personal con conocimientos y experiencia en el manejo del paciente de riesgo y en la curación de úlceras por presión, con capacidad para demostrar juicio clínico en la práctica autónoma, registros adecuados y/o coordinación con el experto. De este nivel se derivan mejoras en la práctica.

- **Nivel de excelencia**

Personal con nivel de competencia demostrado y que además se involucra en el avance del cuidado de enfermería a través de la formación, la educación y la investigación con autonomía o en coordinación con el experto. De este nivel se deriva el aumento del conocimiento a través de la investigación.

### **2.3.1.11 Calidad y seguridad del paciente con riesgo de padecer úlceras por presión**

La seguridad de los pacientes es un tema que ha sido motivo de análisis, diálogo y reflexión para progresar en actitudes y habilidades éticas, a la luz de la tarea en Enfermería centrada en el cuidado. Esto facilita el abordaje de sucesos adversos que pueden ocurrir a partir de las transformaciones científicas, tecnológicas sociales y políticas, relacionadas con la atención que se brinda en salud. (Cantillo Villarreal, 2007, p.113).

Las intervenciones para el cuidado de la salud del ser humano, en los ámbitos hospitalarios y ambulatorios, están implicando riesgos a partir de la conjugación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas, que si bien contribuyen

en acciones beneficiosas, también incluyen un abanico de posibilidades de práctica insegura para la ocurrencia de eventos adversos. (Cantillo Villarreal, 2007, p.113).

Aquí, cobra importancia reconocer que para explicar el tema de los eventos adversos son dos los criterios utilizados: el humano y el del sistema. El primero de ellos, originado por los actos inseguros y la violación de los procedimientos que el personal del equipo de salud comete debido a cansancio, estrés, falta de motivación, de atención, sobrecarga y/o insatisfacción laboral y negligencia. (Cantillo Villarreal, 2007, p.113).

#### **2.3.1.12 Capitaciones al personal de enfermería ayudan a solucionar los problemas y reducir la aparición de úlceras por presión:**

- Van dirigidas a lograr calidad en los cuidados de enfermería, velar por los factores de riesgo y examen de piel una vez al día.
- La prevención es sin dudas la mejor opción posible de tratamiento.
- Debe seguirse de cerca el cumplimiento de la aplicación de medidas preventivas y la calidad de los cuidados de enfermería.
- Es esencial la identificación de los factores de riesgo que puedan aparecer de forma aislada o en combinación.
- El examen de la piel al menos una vez al día, en especial de la piel que recubre las prominencias óseas. (Álvarez de la Cruz & Lorenzo Gónzales, 2011, p.176).

La gestión del cuidado del paciente juega un papel primordial; tanto para prevenir la aparición de la UPP, como para conseguir su curación, y demuestran la pericia del profesional enfermero en pleno ejercicio.

Mejorar la calidad de vida en el paciente grave, ofreciendo cuidados de enfermería eficaces que expresan la gestión del cuidado de la enfermera en aras del bienestar del paciente. Se pretende mostrar el beneficio de la aplicación de la escala de Norton en

pacientes graves, identificar el nivel de riesgo a presentar UPP por el enfermo ingresado en cuidados intensivos según la escala, determinar el tiempo para desarrollar UPP, regiones más afectadas y grado de profundidad, así como describir los cuidados de enfermería realizados a los pacientes que permitirán la evolución satisfactoria, así como minimizar las complicaciones. (Jiménez Hinojosa, Gálvez Moreira, & De la Rosa Guerra, 2010).

En un estudio realizado basado en evidencias:

Existe un aceptable nivel de conocimientos de las recomendaciones para la prevención y cuidados de las upp, siendo superior el índice de conocimientos de factores de riesgo y prevención al de tratamiento:

- La formación específica sobre upp mejora este índice de conocimientos.
- Los factores de riesgo más importantes son conocidos por gran parte de las enfermeras.
- Las intervenciones de prevención tradicionales son también bien conocidas, aunque intervenciones que en los últimos años han demostrado una importancia considerable en la prevención de estas lesiones, como el uso de superficies de manejo de la presión o la educación al paciente y familia, son poco conocidas.
- Siguen utilizándose recomendaciones de prevención desaconejadas desde hace tiempo, lo que hace necesario un esfuerzo por parte de todos los actores (profesionales, sociedades científicas, servicios de salud) por intentar implementar en la práctica los conocimientos conforme éstos se vayan produciendo por la comunidad científica, porque si no el fin último de la investigación, el de mejorar la práctica, nunca se realizará y, por tanto, el esfuerzo dedicado a realizar las investigaciones carecerá de sentido.
- Donde sí parece necesario un esfuerzo formativo es en el tratamiento de las úlceras por presión, debido a que elementos fundamentales e imprescindibles para su manejo son desconocidos por un número elevado de profesionales.

(Pancorbo Hidalgo, García Fernández, Rodríguez Torres, Torres García, & López Medina, 2007, p. 37).

## **2.4 Marco legal**

### **2.4.1 La Constitución de la República del Ecuador**

*Art. 32, señala que: [Derecho a la salud]. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir, El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Constitución de la República del Ecuador, 2011, p.17)*

*La Ley Orgánica de la Salud, en el capítulo sobre los derechos y deberes de las personas y del estado en relación con la salud, establece en el art. 7 los derechos de las personas sobre la salud: (Ley Orgánica de Salud, 2012, p.6)*

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;*
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;*
- c) Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación;*

- d) *Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;*
- e) *Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;*
- f) *Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;*
- g) *Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito;*
- h) *Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la personas y para la salud pública;*
- i) *Utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para tramitar quejas y reclamos administrativos o judiciales que garanticen el cumplimiento de sus derechos; así como la reparación e indemnización oportuna por los daños y perjuicios causados, en aquellos casos que lo ameriten;*
- j) *Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado.*
- k) *Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida; y,*
- l) *No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o*

*exámenes diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida.*

*La Ley de Derechos y Amparo del Paciente en el capítulo sobre los derechos del paciente (art. 2-7) señala los derechos de los pacientes: atención digna, a no ser discriminado, derecho a la confidencialidad, a la información, a decidir. (Ley de Derechos y Amparo al paciente, 2006, p.2)*

*Tal como lo estipula la Constitución de la República del Ecuador, todos los ecuatorianos y ecuatorianas sin distinción de ninguna clase tenemos derecho a una atención digna y gratuita en todo momento y en el lugar que lo exija nuestra necesidad de atención de salud. (Constitución de la República del Ecuador, 2011)*

*Como enfermeras profesionales y del equipo de salud debemos de hacer conciencia sobre estas necesidades del paciente y atenderlo acorde a sus necesidades, brindar atención de calidad y con calidez, siendo muy profesionales con nuestras responsabilidades y en cumplimiento a las leyes constitucionales.*

## **2.5 Marco Ético**

*Salud en Todas las Políticas es un enfoque para las políticas públicas en todos los sectores que de manera sistemática tiene en cuenta las implicaciones en la salud que tienen las decisiones que se toman, busca sinergias y evita impactos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud. Mejora la rendición de cuentas de los políticos sobre el impacto en salud, de todos los niveles de la formulación de políticas. Incluye enfatizar las consecuencias de las políticas públicas en los sistemas de salud, los determinantes de la salud y el bienestar. (La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas, 2013, p.2)*

*Los participantes de la conferencia llaman a los gobiernos Cumplir con sus obligaciones sobre la salud y el bienestar de su ciudadanía llevando a cabo las*

*siguientes acciones: (La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas, 2013, p.3)*

- *Comprometer como prioridad política la salud y la equidad en salud mediante la adopción de los principios de Salud en Todas las Políticas y actuando sobre los determinantes sociales de la salud.*
- *Asegurar estructuras, procesos y recursos eficaces que faciliten la implementación del enfoque de Salud en Todas las Políticas en todos los gobiernos y a todos los niveles, y entre gobiernos.*
- *Fortalecer la capacidad de los Ministerios de Salud para comprometer a otros sectores del gobierno a través del liderazgo, la colaboración, la promoción y la mediación para lograr mejores resultados de salud.*
- *Construir capacitación institucional y habilidades que permitan la implementación de Salud en Todas las Políticas y que proporcionen evidencias en los determinantes de la salud y la inequidad, y en respuestas efectivas.*
- *Adoptar mecanismos transparentes de auditoría y rendición de cuentas para los impactos en salud y equidad, que construyan confianza en todos los gobiernos y entre los gobiernos y sus poblaciones.*
- *Establecer medidas frente a los conflictos de intereses que incluyan garantías efectivas para proteger las políticas de la distorsión creada por la influencia de los intereses comerciales y otros intereses.*
- *Incluir a las comunidades, los movimientos sociales y la sociedad civil en el desarrollo, implementación y monitorización de la Salud en Todas las Políticas, capacitando a la población en alfabetización en salud.*

*De igual forma los participantes de la conferencia llaman a la OMS a: (La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas, 2013, p3)*

- *Apoyar a los estados miembros a poner en práctica Salud en Todas las Políticas.*
- *Fortalecer sus propias capacidades en Salud en Todas las Políticas.*

- *Utilizar el enfoque de Salud en Todas las Políticas en el trabajo con las agencias de Naciones Unidas y otros asociados en la agenda inacabada de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en la Agenda de Desarrollo post-2015.*
- *Instar a la familia de las Naciones Unidas, otras organizaciones internacionales, bancos multilaterales de desarrollo y los organismos de desarrollo para lograr coherencia y sinergia en el trabajo con los Estados Miembros, para permitir la implementación de Salud en Todas las Políticas.*

### **2.5.1 Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente**

La orientación hacia la calidad exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas, de apoyo y curativas. Para esto es necesario un liderazgo fuerte de modo que este proceso sea seguro y sostenible. (Salud, 2011)

El documento de “Salud Pública en las Américas” del año 2002 define como novena función esencial “garantizar la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos”

La Resolución “Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente”, aprobada en 2007 delinea las acciones regionales en base a seis estrategias: (Salud, 2011)

- Introducir y fortalecer la cultura de la evaluación, la mejora continua y la seguridad del paciente entre los profesionales.
- Identificar líderes nacionales que actúen de forma proactiva y realicen acciones relativas a la calidad de atención y seguridad del paciente.
- Involucrar en la calidad a los niveles de gobierno y gerenciales, al mismo tiempo que a los niveles de ejecución.
- Realizar un trabajo interdisciplinario.



- Promover la participación activa de los profesionales para la gestión de la calidad.
- Incorporar la participación del paciente, la familia y la comunidad en la toma de decisiones y en la promoción del autocuidado.

## **CAPÍTULO III**

### **3. Metodología**

#### **3.1 Diseño de la Investigación**

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo y no experimental. Gracias a esto el estudio permitió recolectar y analizar datos de forma numérica, procesando en bases estadísticas y analizando resultados sobre la eficacia y calidad de aplicación del protocolo y los procesos de intervención de enfermería para prevenir la úlcera de presión.

La información se obtuvo de fuentes primarias mediante la aplicación de encuestas al personal de enfermería, con respuestas específicas a preguntas concretas. Adicionalmente se aplicó una guía de observación al personal para corroborar la información recolectada en las encuestas.

La evidencia científica que sustenta el trabajo de investigación se centra en una revisión minuciosa de la bibliografía existente en el área, a partir de la cual se hace el planteamiento teórico del trabajo y sus hallazgos permitieron en algunos casos ratificar la información descubierta en el campo.

#### **3.2 Tipo de Investigación**

La investigación está dentro de los estudios observacionales – descriptivo- transversal, su finalidad fue la evaluación del protocolo de atención de enfermería en prevención de úlceras por presión en pacientes de los servicios de medicina interna y terapia intensiva, hospital San Vicente de Paúl.

### **3.3 Población**

La población considerada para la investigación estuvo conformada por 27 licenciadas en enfermería que laboraban en las áreas de medicina interna y terapia intensiva del Hospital San Vicente de Paúl.

### **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Como anteriormente se mencionó las técnicas seleccionadas para la investigación fueron las que se utilizan en trabajos con enfoque cuantitativo, en éste caso se utilizó la técnica de la encuesta estructurada y auto-administrada y adicionalmente se utilizó la técnica de la observación directa no participativa.

El instrumento aplicado en la encuesta fue un formulario construido por la autora, y sometido a validación de expertos en el área, la validación la realizó la Enfermera Coordinadora del Hospital y revisado al igual por las líderes de las áreas en donde se llevó a cabo el estudio.

El formulario consta de 15 ítems, inspirados en el Protocolo de la institución, los cuales valoran conocimientos, procedimientos y cuidados de enfermería aplicados en pacientes de medicina interna y terapia intensiva y que tienen alto riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Se complementó el proceso haciendo uso de la técnica de la observación directa no participativa, cuya finalidad fue mirar los procedimientos y cuidados administrados por el personal de enfermería en los pacientes anotados anteriormente. Para esto la autora se rigió a una guía de observación con la finalidad de recabar la información pertinente.

Una vez recopilada y organizada la información, se procedió a su tabulación mediante la utilización del Excel, el mismo que generó tablas y gráficos. Este insumo sirvió para analizar y discutir los principales hallazgos investigativos.

### 3.5 Criterios de inclusión y exclusión

27 enfermeras:

15 enfermeras que laboran en servicio de medicina interna.

12 enfermeras que laboran en servicio de terapia intensiva.

Siendo éste el condicionante principal para ser parte de la investigación, todos/as aquellos profesionales que no laboraron en dichos servicios durante el tiempo de ejecución de la investigación no fueron considerados en la misma.

### 3.6 Variables

Operacionalización de variables

| <b>Variable independiente</b>                    | <b>Definición</b>   | <b>Indicadores</b>  | <b>Escala</b>  |
|--|---|---|--|
| <b>Conocimientos de enfermería sobre las UPP</b> | El grado de la práctica de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras se define en 3 niveles: | Nivel Básico<br>Nivel de competencia<br>Nivel de excelencia |  |
| <b>Factores de riesgo</b>                        | Los factores que contribuyen a la producción de úlceras y que   | Fisiopatológicos:   | Lesiones cutáneas<br>Trastorno en el transporte de oxígeno |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  | pueden agruparse en cinco grupos:                  |  | Deficiencias nutricionales<br>Trastornos inmunológicos.<br>Alteración del estado de conciencia<br>Deficiencias motoras<br>Deficiencias sensoriales<br>Alteración de la eliminación<br><br>Situacionales: Inmovilidad<br><br>Del desarrollo: Niños<br>Ancianos<br><br>Derivados del entorno: Falta de educación sanitaria<br>Praxis deficiente por parte de los equipos sanitarios<br><b>Presión directa</b><br><b>Fricción</b><br><b>Cizallamiento</b><br><b>Maceración</b> |
| <b>Localización de las úlceras por presión</b> | Está influenciado por el grado de inmovilidad y la | Las regiones más comunes donde aparecen: | Con mayor frecuencia:<br>Sacro  |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
|   | posición que adopte el paciente.   |  | Coxis<br>Talón<br>Caderas<br>Tobillos<br>Glúteos<br>Con menor frecuencia:<br>Occipitales<br>Rodillas<br>Escápulas<br>Codo<br>Brazos<br>Barbilla<br>Pabellón auricular |
| <b>Clasificación de úlceras por presión</b> | Las úlceras por presión son habitualmente clasificadas en grados o estadios: | Grado I<br>Grado II<br>Grado III<br>Grado IV         |   |
| <b>Escala de Norton</b>                     | Valora el riesgo de úlceras por presión para esto se rige de 5 parámetros.   | Estado general<br><br>Estado mental<br><br>Actividad | 4 Bueno<br>3 Débil<br>2 Malo<br>1 Muy malo<br><br>4 Alerta<br>3 Apático<br>2 Confuso<br>1 Estuporoso<br><br>4 Caminando<br>3 Con ayuda                                |

|                             |                   |   |  |
|-----------------------------|-------------------|---|--|
|                             |                   | <p>Movilidad</p> <p>Incontinencia</p>   | <p>2 Sentado</p> <p>1 En cama</p> <p>4 Total</p> <p>3 Disminuida</p> <p>2 Muy limitada</p> <p>1 Inmóvil</p> <p>4 Ninguna</p> <p>3 Ocasional</p> <p>2 Urinaria</p> <p>1 Doble incontinencia</p> |
| <b>Medidas preventivas</b>  |                   | <p>Cambios posturales</p> <p>Colchones anti<br/>escaras</p> <p>Curaciones</p> <p>Lavado de manos</p> <p>Capacitación al<br/>personal sobre<br/>prevención de<br/>UPP.</p> | <p>Cada 2 horas</p> <p>Cada 4 horas</p> <p>Cada turno</p> <p>Realizar con<br/>medidas de<br/>bioseguridad</p> <p>Antes y después de<br/>cada<br/>procedimiento.</p>                            |
| <b>Variable dependiente</b> | <b>Definición</b> | <b>Indicadores</b>  | <b>Escala</b>  |

|   |   |                                    |  |
|---|---|------------------------------------|--|
| <b>Proceso de atención de enfermería para UPP</b> | Es un método sistemático de brindar cuidados individualizados y humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados. Es la aplicación del método científico desde una perspectiva enfermera, lo que permite ofrecer unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. | Diagnósticos de enfermería (NANDA) | Deterioro de movilidad física.<br>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.<br>Deterioro de la integridad cutánea.<br>Deterioro de la integridad tisular.<br>Riesgo de infección.  |
|   |   | Intervenciones de enfermería (NIC) | Prevención de las úlceras por presión(3540)<br>Vigilancia de la piel (3590)<br>Cambio de posición (0840)<br>Cuidado de las heridas(3660)<br>Cuidados de las úlceras por presión(3520)<br>Protección contra las infecciones (6550)<br>Control de infecciones (6540)<br>Manejo de la Nutrición(1100) |



|  |  |                            |   |
|--|--|----------------------------|---|
|  |  | Resultados esperados (NOC) | Según las intervenciones se prioriza las más adecuadas y por consiguiente valorar si el paciente mejora o no. |
|--|--|----------------------------|---|

## CAPÍTULO IV

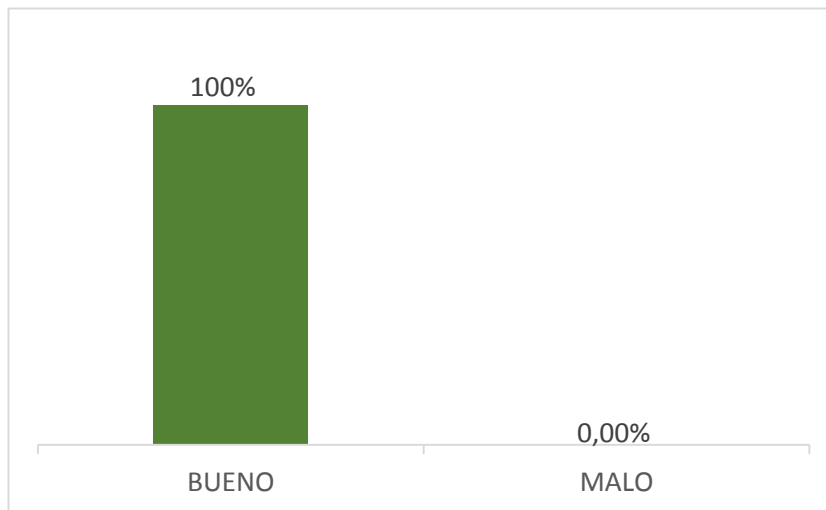
### **4. Resultados de la Investigación:**

Los Sistemas de Calidad del mundo han identificado las UPP como indicadores de calidad de los servicios de enfermería, por lo tanto las organizaciones de salud deben disponer de los recursos para que el personal de enfermería lleve cabalmente las acciones propuestas en los planes de cuidado; de igual forma promover la capacitación permanente de éste personal a fin de que se haga un monitoreo continuo del evento y de los factores de riesgos asociados según la literatura. (Valero Cárdenas, Parra, & Camargo-Figuera, 2011, p.253)

Para el estudio se encuestó a las 27 licenciadas de enfermería. En la investigación se utilizó como técnica de recolección de datos, la guía: Protocolo de prevención de úlceras por presión establecido en la institución, en la cual se encuentra la Escala de Norton que valora cinco parámetros los cuales son: estado general, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia.

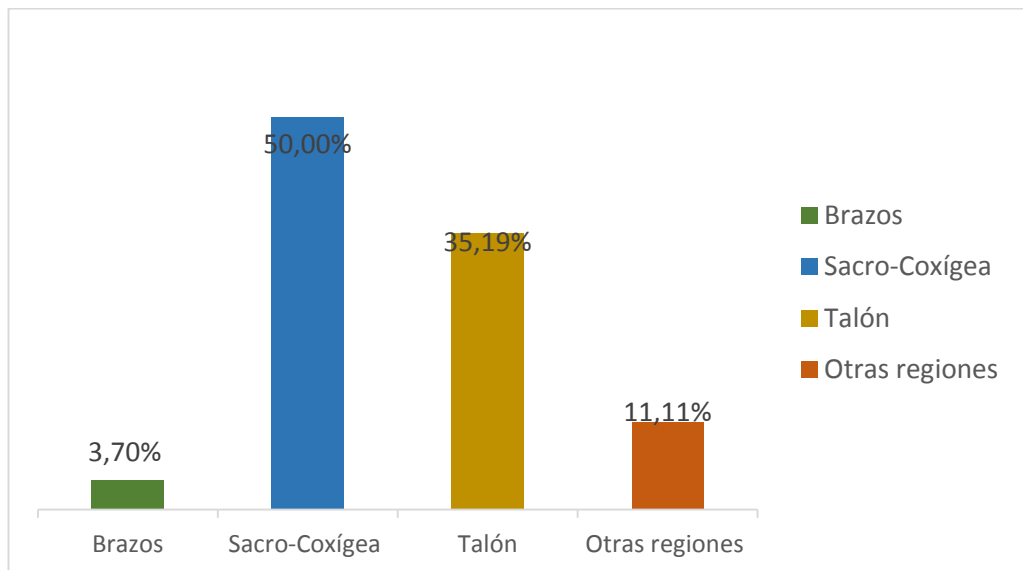
En el estudio también se evaluó el grado de conocimiento y prácticas del personal de enfermería aplica para prevención y cuidados de las úlceras por presión, y se analizaron los datos del conjunto total de los profesionales y se describen a continuación:

**GRÁFICO 1.** Conocimiento de la definición de úlceras por presión.



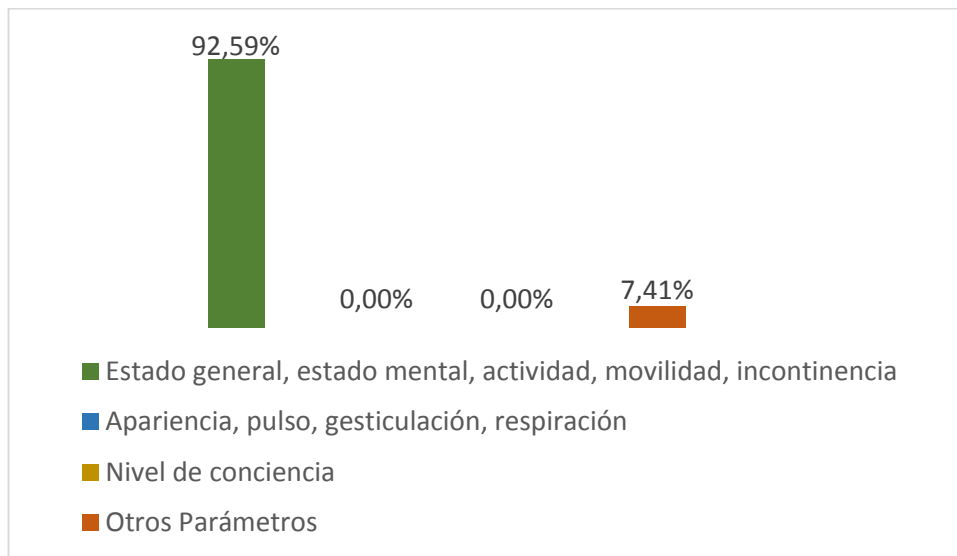
Como se observa todo el personal tiene y criterio correcto que es una úlcera por presión. En un artículo sobre los conocimientos de las úlceras por presión por parte de enfermería, realizados en diferentes contextos y países (Estados Unidos de América, Reino Unido, Holanda, España, Brasil, etc.) ponen de manifiesto el alto interés por realizar un "análisis diagnóstico" de los conocimientos del conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre estas medidas. Una vez conocido el estado del conocimiento y si éste es adecuado, habrá que determinar en que grado éste es aplicado en la práctica profesional, es la denominada "utilización de la investigación", que es definida como un proceso dirigido a transferir a la práctica el conocimiento basado en la investigación mediante su uso sistemático en todos los aspectos de la práctica profesional. (Pancorbo Hidalgo, García Fernández, Rodríguez Torres, Torres García, & López Medina, 2007)

**GRÁFICO 2.** Localización frecuente de las úlceras por presión.



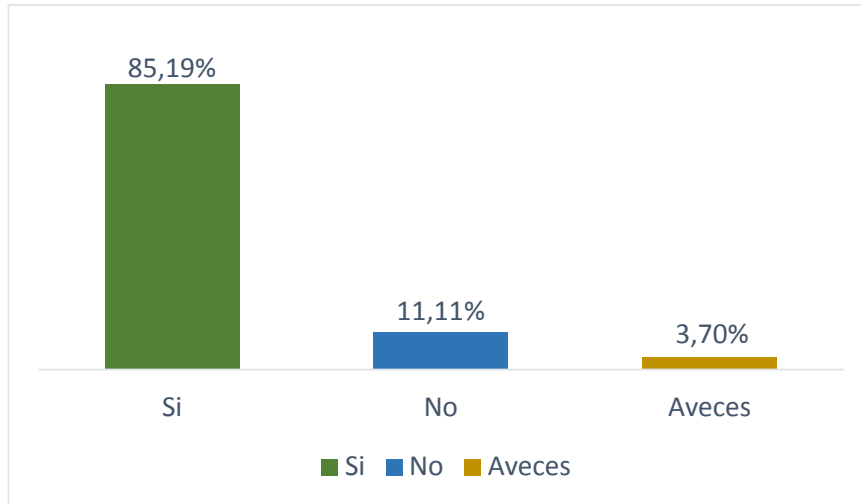
Se puede observar que el 50% la aparición frecuente de las úlceras por presión son en la región sacro-coxígea, el 35,19% en la región del talón, mientras el 11,11% en otras regiones de las cuales están redactados: pabellón auricular, occipital, omóplatos, codos, rodillas, ilíacos y el 3,70% en brazos. Al igual observó en las áreas de estudio que la aparición de las úlceras por presión eran más prevalente sobre las prominencias óseas, a nivel de ilíacos, talón y zona sacra. Como se analiza en un estudio la información relativa a la localización de las lesiones según nivel asistencial y a la localización según su estadiaje, ordenadas de mayor a menor frecuencia se encuentran: la región sacro, talón, trocánter, maléolos, glúteos, pie, etc. (Soldevilla Agreda, Torra i Bou, Verdú Soriano, & López Casanova, 2011, p.85)

**GRÁFICO 3.** Parámetros que valora la Escala Norton.



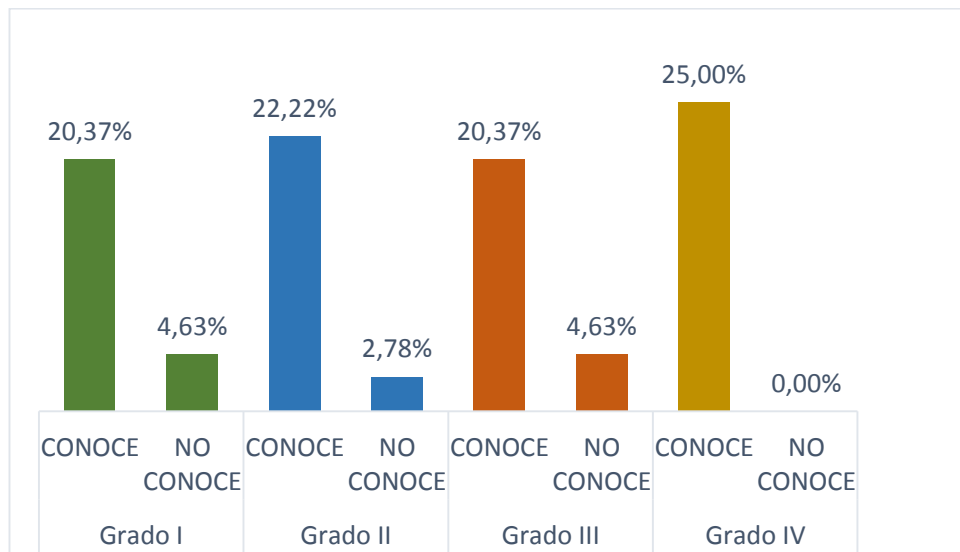
Se puede apreciar que del total el 92,59% del personal de enfermería afirma que los parámetros que valora la escala de Norton son: estado general, estado mental, actividad, movilidad, incontinencia. Se describe en un estudio acerca de los beneficios de la escala de Norton y aplicado para cuidados de pacientes fue muy satisfactorio y ayudan al personal de enfermería a poder establecer un plan de cuidados adecuados y preventivos. (Jiménez Hinojosa, Gálvez Moreira, & De la Rosa Guerra, 2010)

**GRÁFICO 4.** Cumplimiento de la aplicación de la escala de Norton para la categorización de cuidados del paciente.



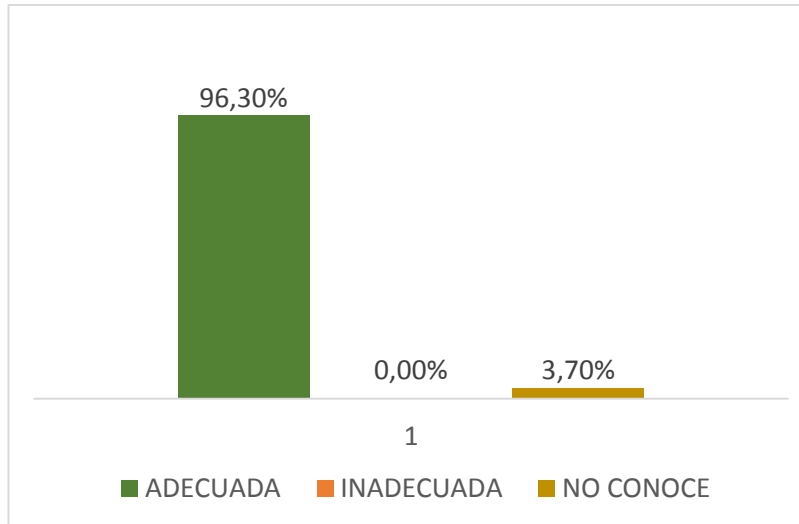
Se observa que el 85,19% del personal de enfermería si aplica la Escala Norton para categorización de cuidados de pacientes, el 11,11 no lo aplica y el 3,70 a veces lo aplica. Esta escala ayuda a determinar el tiempo para desarrollar UPP, regiones más afectadas y grado de profundidad, así como los adecuados cuidados de enfermería y minimizar las complicaciones. Como explica en un artículo que en efecto, la escala de Norton ayuda a predecir qué pacientes son susceptibles a ulcerarse, pues determina el nivel de riesgo en que se encuentran, precisando el tiempo para una adecuada intervención del personal de enfermería. (Jiménez Hinojosa, Gálvez Moreira, & De la Rosa Guerra, 2010)

**GRÁFICO 5.** Conocimientos sobre la clasificación de úlceras por presión.



Se observa que el personal de enfermería conoce la clasificación de las úlceras por presión y responde afirmativamente sobre las definiciones con un porcentaje satisfactorio. En un artículo explica que para determinar el grado de la úlcera se han estudiado diferentes métodos de evaluar la piel, los profesionales en el proceso de evaluación se suele confundir las lesiones por humedad con úlceras de grado I y las UPP de grado II (ampollas) con las de grado III (úlceras por presión superficial) y grado IV. Las fotografías son un instrumento práctico porque permite discernirlas y conocer exactamente los diferentes grados. (Valle Rio, García García, & López Gázquez, 2014, p.46)

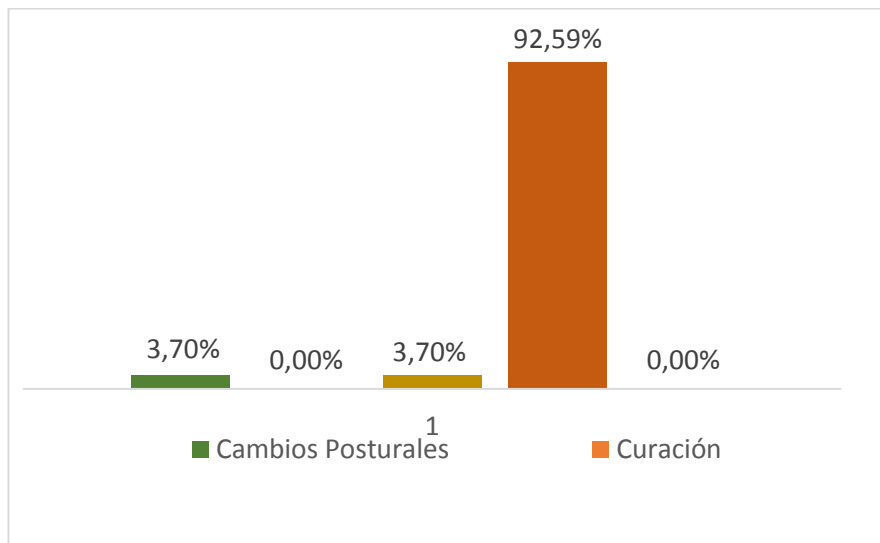
**GRÁFICO 6.** Conocimiento sobre la dieta indicada que debe recibir el paciente para prevenir las úlceras por presión.



Se puede apreciar que el 96,30% han respondido que la dieta para prevenir úlceras por presión es la hiperproteica. Como describe en un estudio el paciente con un alto riesgo de desarrollar UPP requiere de una dieta hiperproteica e hipercalórica, además de un estado de hidratación adecuado, un recurso importante para prevención y tratamiento de las UPP son los protocolos o planes de actuación y que la “protocolización de las intervenciones preventivas contribuyen de forma notable a la disminución de la incidencia de UPP. (Carbonell-Fornés & Murillo-Llorente, 2015, P.64) De igual manera la desnutrición y obesidad favorece la aparición de las úlceras; de ser necesario, ha de solicitarse soporte nutricional para los pacientes identificados de alto riesgo.

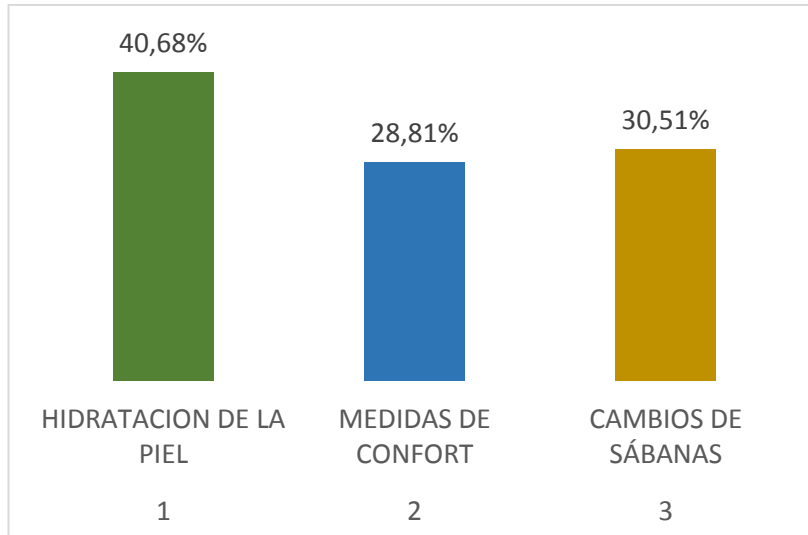


**GRÁFICO 7.** Intervenciones de enfermería ante la presencia de úlceras por presión.



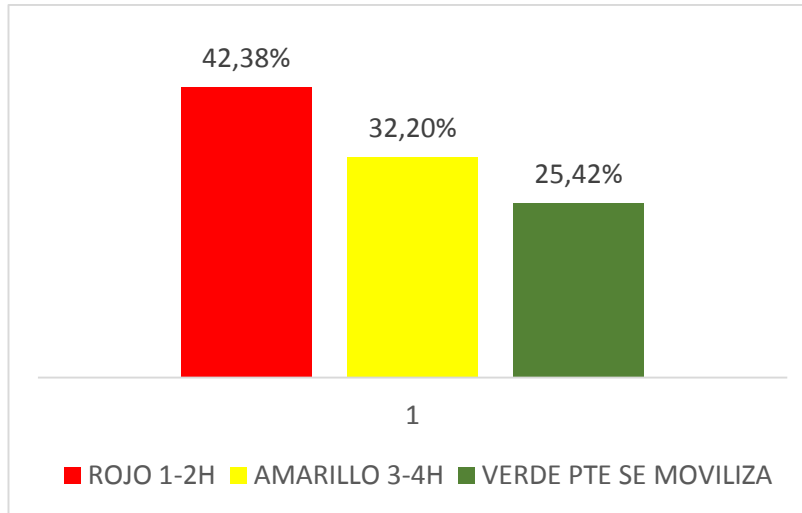
Se observa que entre las intervenciones que realiza el personal de enfermería: el 92,59% realizan: cambios posturales, colocación de colchones anti escaras y curación, y el 3,7% realizan solo cambios posturales y la colocación de colchones anti escaras. En un artículo se describe los cuidados de enfermería que predominaron en pacientes encamados y geriátricos fueron cuidados de la piel y cambios posturales. (Jiménez Hinojosa, Gálvez Moreira, & De la Rosa Guerra, 2010). El profesional de enfermería, en su rol de educador, debe establecer un plan de intervención de enfermería que orienten medidas generales de prevención y cuidado de las UPP.

**GRÁFICO 8.** Medidas adicionales que el personal de enfermería aplica en el cuidado para prevenir úlceras por presión.



Se ha priorizado entre las medidas adicionales de cuidados de úlceras por presión que la mayoría de los encuestados han redactado estas son: 1. hidratación de la piel que afirma realizar el 40,68%. 2. Medidas de confort el 28,81%. 3. Cambios de sábanas en un 30,57% y teniendo en cuenta evitar las arrugas y que se produzca fricción y presión contra la piel. Se analiza en un estudio basado en evidencia científica y conocimientos, las intervenciones de enfermería para planear el cuidado eficaz, oportuno e individualizado en personas con úlceras por presión se basan en valoración integral de la persona, actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación con el uso de taxonomías NANDA-NIC-NOC, que permiten responder cuestionamientos sobre la seguridad, eficiencia y costo-efectividad del cuidado de enfermería. (González-Consuegra, Matiz-Vera, Hernández Martínez, & Guzmán-Carrillo, 2015, p.77)

**GRÁFICO 9.** Cada que tiempo el personal de enfermería realiza los cambios de posición en los pacientes.



En el protocolo de prevención de úlceras por presión: según el puntaje de la escala de Norton según su puntuación se encuentran 3 códigos los cuales ayudan para priorizar el cuidado:

| CLASIFICACIÓN DE RIESGO |                 |                                       |
|-------------------------|-----------------|---------------------------------------|
| Puntuación 5 a 12       | Riesgo muy alto | <span style="color: red;">■</span>    |
| Puntuación 13 14        | Riego medio     | <span style="color: yellow;">■</span> |
| Puntuación 15 A 20      | Riesgo bajo     | <span style="color: green;">■</span>  |

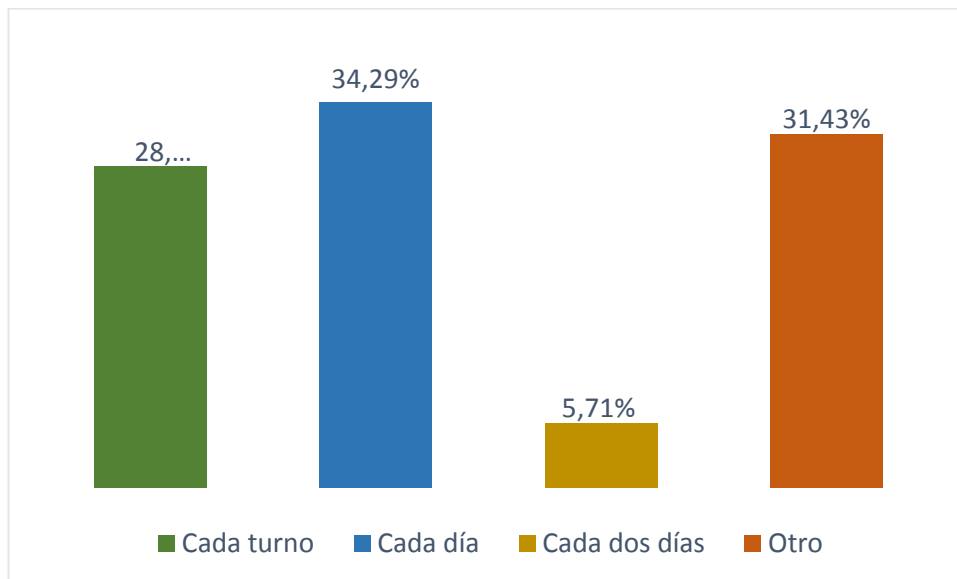
De acuerdo con esto se han analizado los datos, que el personal de enfermería a redactado para realizar los cambios de posición del paciente con base a los conocimientos y llevadas a cabo en el cuidado así se explica a continuación:

Rojo: cada 1-2 horas, Amarillo: cada 3-4 horas y Verde: el paciente se moviliza.

Como se observa en el gráfico el personal de enfermería afirma realizar los cambios de posición según los códigos adecuadamente con el fin de prevenir la aparición de úlceras por presión. En un estudio realizado en México en el año 2015 en el proceso de prevención, el papel del cuidador es de vital importancia para ayudar al paciente a cambiar de posición continuamente, ya sea boca arriba, de lado derecho o de lado

izquierdo, por lo menos cada dos o tres horas. Incluso, durante la noche son necesarios los cambios de postura, pero en intervalos más prolongados, de 4 o 5 horas, para no interrumpir el sueño. "Si a un paciente no se le moviliza en 24 horas puede desarrollar una úlcera profunda". (Torres, 2015)

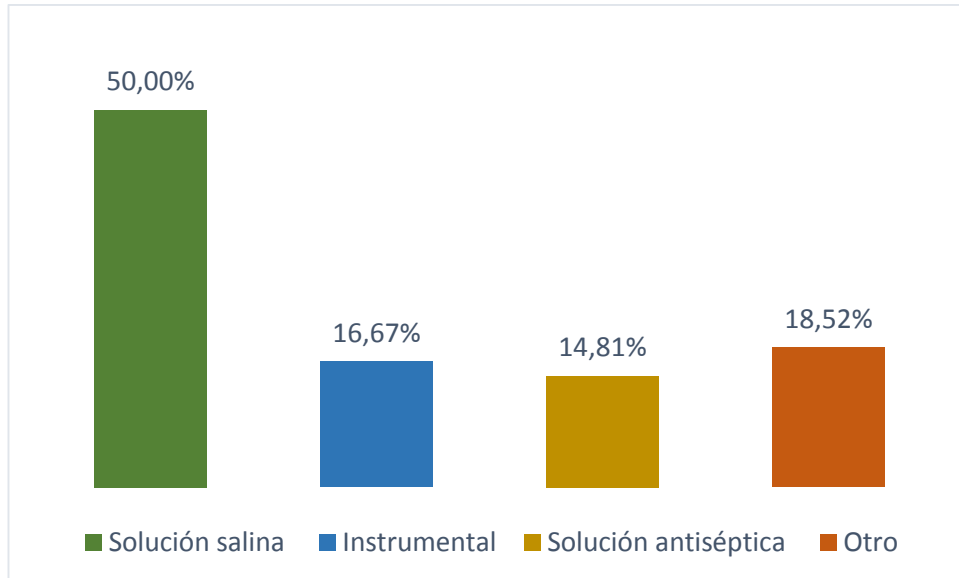
**GRÁFICO 10.** Curación de úlceras por presión por parte del personal de enfermería.



Se evidencia que el 34.29% realizan la curación de úlceras por presión cada día, el 31,43% lo realiza por razones necesarias, el 28,57% realiza cada turno y el 5,71% lo realiza cada 2 días. En un estudio se demuestra que para la mayoría de las enfermeras es más fácil prevenir las úlceras que tratarlas, y es que se aprecian dificultades en elementos fundamentales para su cuidado. (Pancorbo Hidalgo, García Fernández, Rodríguez Torres, Torres García, & López Medina, 2007)

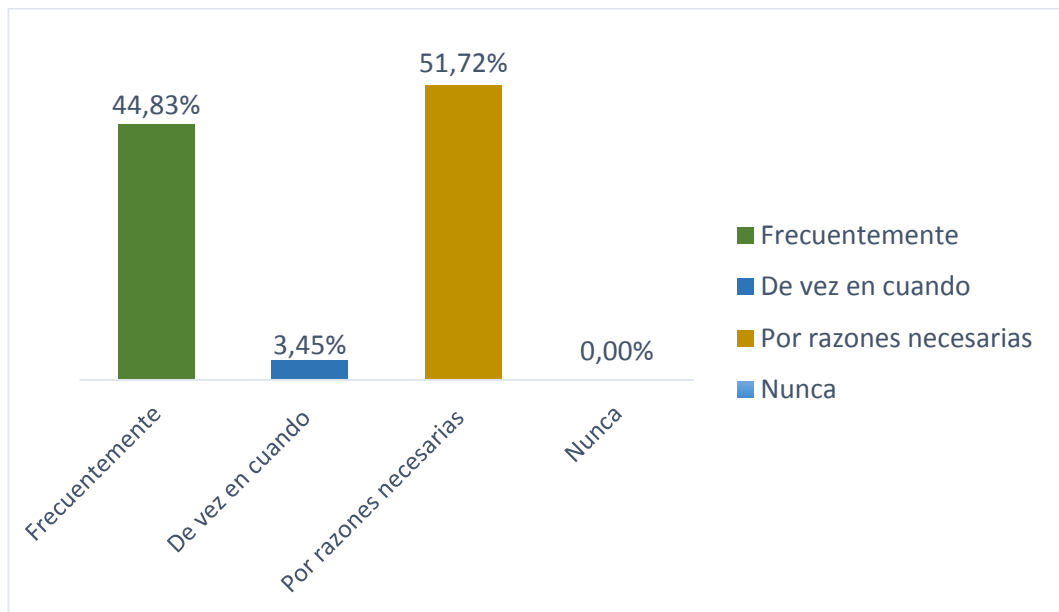
La frecuencia de las curas dependerá de la presencia o no de infección (en cuyo caso se acostumbran a hacer a diario), de la cantidad de tejido a desbridar y de las técnicas utilizadas para ello y del tipo de apósitos empleados. La frecuencia de las curas va desde cada 48h a incluso cada 7 días como máximo, el tiempo de cicatrización y cierre de las úlceras por presión varía mucho en función de los métodos de desbridamiento y de la presencia de complicaciones como la infección.

**GRÁFICO 11.** Materiales que el personal de enfermería utiliza para realizar la curación de úlceras por presión.



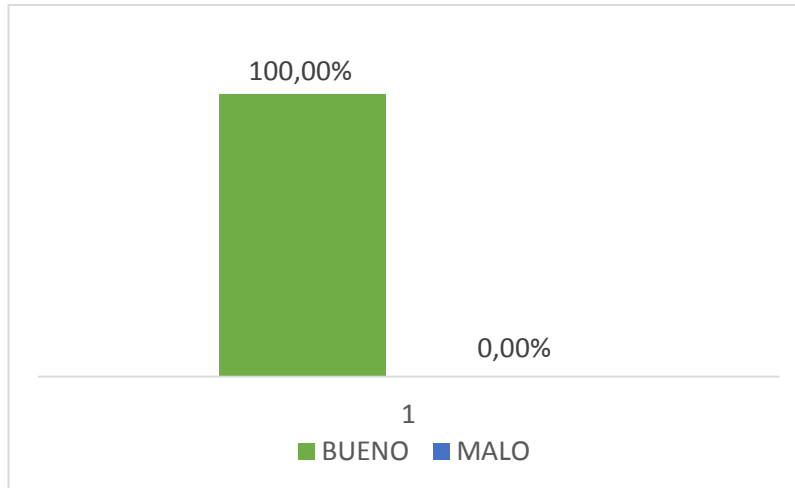
Se observa que el personal de enfermería realiza la curación el 50% con solución salina, el 16,67% realiza con instrumental, el 14,81% lo realiza con solución antiséptica, el 18,52% describen realizar con gasas, y crema tópica regenerativa, se evidencia en las encuestas que personal de enfermería utiliza más de un material para realiza este procedimiento. En un estudio basado en revisión bibliográfica describen que en los Cuidados en úlceras ya existentes las actividades que se deben realizar: limpiar la herida con solución esterilizante y una gasa estéril, primero por dentro y después por los bordes, mediante técnica de arrastre, secarla suavemente con gasas estériles, cubrir con gasa o parche revitalizador, proteger la zona con una almohadilla o vendaje hecho de algodón y evitar la presión sobre las lesiones. (Álvarez de la Cruz & Lorenzo González, 2011)

**GRÁFICO 12.** Cada que tiempo el personal de enfermería realiza el cambio de pañal.



Como se puede apreciar que el 51,72% realiza el cambio de pañal por razones necesarias, el 44,83% lo realiza frecuentemente y el 3,45% lo realiza de vez en cuando. En la revisión bibliográfica explica: evitar la humedad en pacientes con incontinencia cambiando el pañal por lo menos cada 3 horas, esté o no limpio. Resulta muy importante para las enfermeras, por tanto, tener los conocimientos y habilidades necesarias para diferenciar entre una úlcera por presión y una lesión por humedad, ya que su manejo es distinto. (Zapata Sampedro, Castro Varela, & Tejada Caro, 2015, p.333)

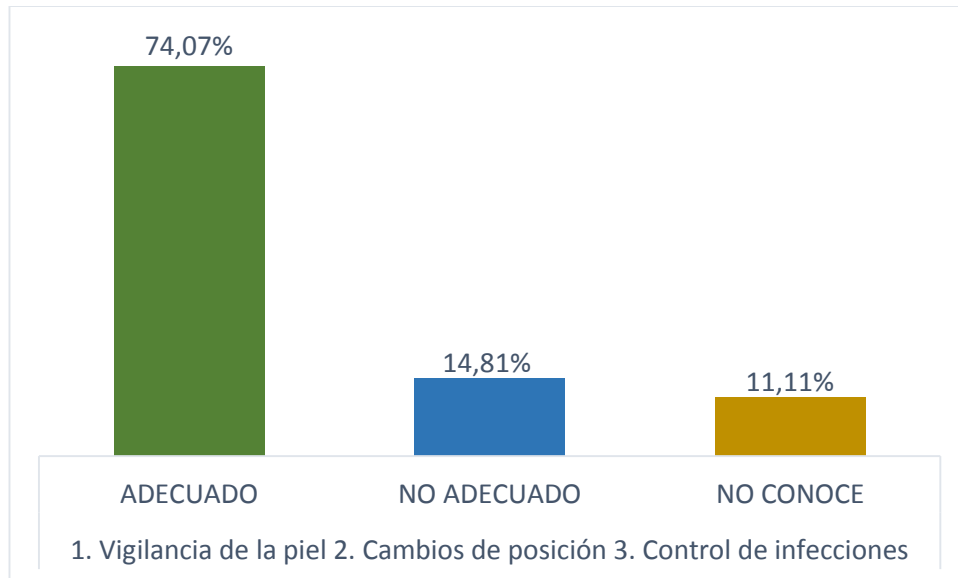
**GRÁFICO 13.** Conocimiento del personal de enfermería sobre la importancia del cuidado de la piel para prevenir la aparición de úlceras por presión.



Se observa que el 100% de personal de enfermería responde afirmativamente acerca de la importancia de los cuidados de la piel para prevenir las úlceras por presión, a esto redactan: hidratación de la piel, cambios de ropa evitando la humedad, presión y fricción. Como principales cuidados en un estudio la enfermera Maricela Colunga Vargas explica: conservar la piel limpia, seca e hidratada, bañar al paciente con agua tibia y jabones neutros y secarlo meticulosamente sin fricción, usar cremas hidratantes, evitar colonias, alcohol o talco, ya que resecan la piel, lubricar la piel varias veces al día con cremas humectantes como vaselina o aceite de bebé, dando masaje circular suave, aprovechar los cambios posturales o de pañal para su aplicación. (Torres, 2015)



**GRÁFICO 14.** Actividades que realiza el personal de enfermería para cada intervención de los diagnósticos ya definidos para el cuidado y prevención de úlceras por presión.



Se ha analizado las repuestas y se definió tres actividades para cada intervención de prevención y cuidado de úlceras por presión tomando como referencia de los manuales o taxonomías; diagnósticos de enfermería (NANDA) e intervenciones de enfermería (NIC):

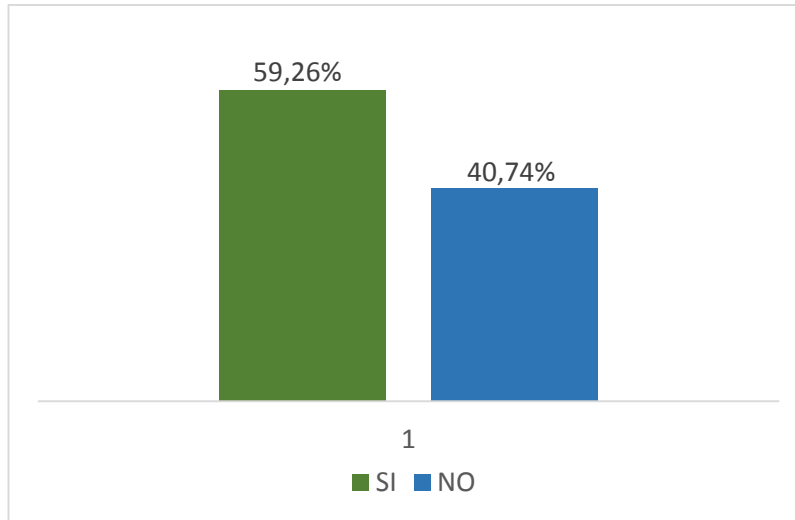
- Primera intervención: Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel, observar si hay fuentes de presión y fricción, observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Segunda intervención: Usar guantes estériles si procede, asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada, fomentar una ingesta nutricional adecuada.
- Tercera intervención: Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados, explicar al paciente que se va a cambiar de posición si procede, vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.

Esta gráfica señala la variable intervenciones de enfermería de acuerdo con los diagnósticos, en los datos estadísticos señala que el 74,07% han respondido correctamente las actividades de las tres intervenciones seleccionadas.

En un artículo realizado en Colombia explica en cuanto a prevención, las intervenciones de enfermería se basan en la protección y cuidados de la piel, a través del uso de apósitos, movilización y cambios de posición en silla y en cama, siempre

que la condición del paciente lo permita. Se hace especial mención del uso de SEMP (Superficies Especiales para el Manejo de la Presión), dispositivos que reducen la incidencia de las UPP y su complicación una vez instauradas. El manejo de las incontinencias (urinaria/fecal/mixta) requiere especial atención por ser un importante factor de riesgo en la presencia de UPP. (González-Consuegra, Matiz-Vera, Hernández Martínez, & Guzmán-Carrillo, 2015)

**GRÁFICO 15.** Capacitación recibida en los últimos 6 meses sobre el protocolo de prevención de úlceras por presión.



En este gráfico se aprecia que del total del personal de enfermería el 59,26% afirma haber recibido capacitación del protocolo de prevención de úlceras por presión mientras que el 40,74% no ha recibido capacitación del mismo; es importante la calidad de los cuidados de enfermería, basados en conocimientos científicos y actitudes positivas. No hay duda de que cuanto sea la calidad y extensión de dichos cuidados, tanto menor será la incidencia de las úlceras por presión. El estudio realizado fue para identificar la relación entre el nivel de conocimientos y actitudes del profesional de enfermería hacia los pacientes con úlceras por presión, y reducir la aparición de estas con una actualización de datos sobre el protocolo y medidas preventivas para un cuidado de enfermería de calidad y calidez.

A partir del debate generado entre los hallazgos investigativos y la teoría revisada, el trabajo culminó realizando una intervención de capacitación al personal de enfermería, planteado como estrategia para reducir la aparición de úlceras por presión en pacientes.

## **CAPÍTULO V**

### **5. Conclusiones y Recomendaciones**

#### **5.1 Conclusiones**

De acuerdo con la investigación realizada sobre el cumplimiento del protocolo de prevención de úlceras por presión se puede concluir que el 60,11% del personal de enfermería cumple positivamente con la aplicación de este, poniendo en práctica el aprendizaje instruido desde su formación académica y con principios éticos.

En cuanto al cumplimiento de la Escala de Norton para categorización de cuidado de pacientes el 85,19% del personal de enfermería afirma realizarlo y cumplir con los debidos cuidados que requieren los pacientes.

Las medidas adicionales que el personal de enfermería optan por agregar en los cuidados del paciente con úlceras por presión y priorizados se encuentran: 1. hidratación de la piel que afirma realizar el 88,89%. 2. Medidas de confort realizan el 62,96%. 3. Cambios de sábanas en un 66,67% y evitar exponer al paciente a factores extrínsecos como son: presión, fricción, cizallamiento.

La importancia de la capacitaciones sobre el cuidado y prevención de úlceras por presión van dirigidas a lograr calidad en los cuidados de enfermería, velar por los factores de riesgo, la prevención es sin dudas la mejor opción posible de tratamiento.

## **5.2 Recomendaciones**

Implementar charlas de actuación preventiva y terapéutica de las úlceras por presión, para la aplicación de intervenciones adecuadas, para lograr una mejor atención de cuidados y reducir los costos de tratamiento.

Fomentar la aplicación del protocolo de prevención de úlceras por presión a todo el personal que labora en las áreas de estudio como son los auxiliares, poner en práctica la valoración de la escala Norton, e iniciar de manera temprana la prevención de úlceras por presión.

Cumplir con calidad los cuidados de enfermería para ello es preciso brindar un cuidado integral basado en evidencia científica que guíe la intervención de enfermería eficaz e individualizada garante de la limitación del daño y la rehabilitación oportuna de las personas con úlceras por presión.

Promover el uso del proceso de atención de enfermería adecuado previa valoración y examen físico del paciente, y priorizando los cuidados dependiendo de la patología que presente.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez de la Cruz, C., & Lorenzo Gónzales, M. (Julio de 2011). Cuidados de enfermería en una población geriátrica con riesgos de úlcera por presión. *Enfermería Global*, 10(23), 172 - 182. doi:10.4321/s1695-61412011000300012
- Ávila Acamer, C., Bonias López, J., García Rambla, L., García Rodríguez, V., Herráiz Mallebrera, A., Jaén Gomariz, Y., . . . Viel Navarro, N. (2008). *Guía de Práctica Clínica: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y OTRAS HERIDAS CRÓNICAS*. Recuperado el 2 de Enero de 2016, de Guía de Práctica Clínica: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y OTRAS HERIDAS CRÓNICAS: [http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/gpcENF\\_ULCERAS.pdf](http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/gpcENF_ULCERAS.pdf)
- Ayora Torres, P., Carrillo Sánchez, M., Donaire Guarnido, M. A., López Jiménez, E., Romero Castro, B., Ruz Ramírez, J., . . . Zayas Navarro, C. (s.f.). *Protocolo de cuidados en úlceras por presión*. (U. d. Dirección de Enfermería, Ed.) Recuperado el 25 de Diciembre de 2015, de Protocolo de cuidados en úlceras por presión: [http://www.infogerontologia.com/documents/pgi/descarga\\_protocolos/ulceras\\_presion.pdf](http://www.infogerontologia.com/documents/pgi/descarga_protocolos/ulceras_presion.pdf)
- Cantillo Villarreal, E. (2007). Seguridad de los pacientes. un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud Uninorte*, 23(1), 112-119. Recuperado el 18 de Febrero de 2016, de <http://search.proquest.com/docview/1436243070?accountid=36862>
- Carbonell-Fornés, P., & Murillo-Llorente, M. (Julio de 2015). Las úlceras por presión en gerontología: prevalencia y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos*, 26(2), 63-67. Recuperado el 17 de Febrero de 2016, de <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000200006>
- Carrasco García, M. R., Hernández Mojena, G., & Gómez Hernández, M. (2009). *Inmovilidad grave problema de salud en los ancianos debemos prevenirla y evitar sus complicaciones*. Argentina: El Cid Editor. Recuperado el 11 de

Enero de 2016, de

<http://site.ebrary.com/lib/utnortesp/reader.action?docID=10327780>

Carrasco García, M. R., Hernández Mojena, G., & Ramallo Rojas, W. R. (2009). Úlceras por presión. En E. Cid (Ed.), *Úlceras por presión* (pág. 20). Argentina: El Cid Editor | apuntes. Recuperado el 23 de diciembre de 2015, de <http://site.ebrary.com/lib/utnortesp/reader.action?docID=10327774>

*Comité de Modernización HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA, Plan Estratégico Institucional, 2006.* (2006). Recuperado el 15 de Febrero de 2016, de Comité de Modernización HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA, Plan Estratégico Institucional, 2006: <http://bibdigital.epn.edu.ec/bitstream/15000/1340/1/CD-2076.pdf>

*Constitución de la República del Ecuador.* (23 de Julio de 2011). Recuperado el 12 de Enero de 2016, de Constitución de la República del Ecuador: [http://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4\\_ecu\\_const.pdf](http://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_ecu_const.pdf)

Coto, J. A., Báez, J. C., & Cabrera, L. L. (Julio de 2007). Cirugía reconstructiva de las úlceras por presión. *Revista Cubana de Cirugía*, 46(3), 1-10. Recuperado el 23 de Diciembre de 2015, de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=128fd914-6fa8-44ec-8412-f719c5f5b5bf%40sessionmgr198&vid=17&hid=118>

González-Consuegra, R. V., Matiz-Vera, G. D., Hernández Martínez, J. D., & Guzmán-Carrillo, L. X. (2015). Plan de atención integral de enfermería para el cuidado de personas con úlceras por presión. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(1), 69-80. doi:<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.46595>

*Hospital San Vicente de Paúl.* (s.f.). Recuperado el 13 de Enero de 2016, de Hospital San Vicente de Paúl: <http://www.hsvp.gob.ec/>

Jiménez Hinojosa, I., Gálvez Moreira, D., & De la Rosa Guerra, H. (2010). Beneficio de la aplicación de la escala de Norton en pacientes graves. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas. Febrero-diciembre. 2009. *Revista Médica Electrónica*, 32(5). Recuperado el 18 de Febrero de 2016

- Kaplan, R., Jauregui, J. R., & Rubin, R. K. (2009). *Los grandes síndromes geriátricos*. Argentina: Edimed - Ediciones Médicas SRL. Recuperado el 3 de Febrero de 2016, de <http://site.ebrary.com/lib/utnortesp/reader.action?docID=10877707>
- La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas*. (10-14 de Junio de 2013). Recuperado el 12 de Enero de 2016, de La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>
- Ley de Derechos y Amparo al paciente*. (22 de Diciembre de 2006). Recuperado el 12 de Enero de 2016, de Ley de Derechos y Amparo al paciente: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>
- Ley Orgánica de Salud*. (24 de Enero de 2012). Recuperado el 12 de Enero de 2016, de Ley Orgánica de Salud: [http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY\\_ORGANICA\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf)
- Lope Andrea, T., Durán Muñoz, M. I., Del Pino Jurado, M. R., & Paterson Muñoz, C. (Septiembre de 2009). Estudio descriptivo de los pacientes de riesgo y/o con úlceras por presión hospitalizados en una unidad de nefrología durante los años 2006 y 2007. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 12(3), 195 - 200. doi:10.4321/s1139-13752009000300006
- Oliveria Costa, A. C., Sabino Pinho, C. P., Almeida dos Santos, A. D., & Santos do Nascimento, A. C. (1 de Noviembre de 2015). Úlcera por presión: incidencia y factores demográficos, clínicos y nutricionales asociados en pacientes de una unidad de cuidados intensivos. *Nutrición Hospitalaria*, 32(5), 2242-2252. doi:10.3305
- Pancorbo Hidalgo, P. L., García Fernández, F. P., Rodríguez Torres, M. C., Torres García, M., & López Medina, I. M. (Diciembre de 2007). Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revision sistemática de la literatura. *Gerokomos*, 18(4), 30-38. doi:10.4321/s1134-928x2007000400005



- Peralta Vargas, C. E., Varela Pinedo, L. F., & Gálvez Cano, M. (Abril de 2009). Frecuencia de casos de úlceras de presión y factores asociados a su desarrollo en adultos mayores hospitalizados en servicio de Medicina de un hospital general. *Revista Médica Herediana*, 20(1), 16-21. Recuperado el 23 de Diciembre de 2015, de <http://site.ebrary.com/lib/utnortesp/reader.action?docID=10466918>
- Quiroga-Santamaría, P. A., Guarín-Corredor, C., Forero-López, M., & Landinez-Parra, N. S. (2013). Propuesta de un protocolo de electro-estimulación para el tratamiento de úlceras por presión grado II y III. *Revista de la Facultad de Medicina*, 61(4), 431-440. Recuperado el 27 de Diciembre de 2015, de <http://search.proquest.com/pqcentral/docview/1676676098/fulltextPDF/7324542B9F2E4D0APQ/9?accountid=36862>
- Restrepo Medrano, J. C., Rojas, J. G., & Granada Gómez, M. A. (2015). Uso de ácidos grasos en la prevención de úlceras por presión y de extremidad inferior. *Artículo de Revisión*, 133-141. doi:<http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.40241>
- Saboya , L. A. (2013). *Aproximación a una Escala de Valoración de Ulcera por Presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Complejo Hospitalario de Navarra (A)*. (L. A. Saboya, Ed.) Recuperado el 25 de Diciembre de 2015, de Aproximación a una Escala de Valoración de Ulcera por Presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Complejo Hospitalario de Navarra (A: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/8131/Grado%20Enfermeria%20Liz%20Amparo%20Saboya.pdf?sequence=1>
- Salud, O. P. (9 de Septiembre de 2011). *Calidad de Atención y Seguridad al paciente*. Recuperado el 17 de Febrero de 2016, de Calidad de Atención y Seguridad al paciente: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3412%3A2010-calidad-atencion-seguridad-paciente&catid=1530%3Apatient-safety&Itemid=1557&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3412%3A2010-calidad-atencion-seguridad-paciente&catid=1530%3Apatient-safety&Itemid=1557&lang=es)
- Soldevilla Agreda, J. J., Torra i Bou, J. E., Verdú Soriano, J., & López Casanova, P. (2011). 3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España,

2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos*, 22(2), 77-90. Recuperado el 24 de febrero de 2016, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2011000200005&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000200005&lang=pt)
- Suen Díaz, J. E., & Leyva Basterrechea, F. (2007). *Empleo de la estimulación eléctrica en la prevención y curación de las úlceras*. Cuba: Editorial Universitaria . Recuperado el 4 de Febrero de 2016, de <http://site.ebrary.com/lib/utnortesp/reader.action?docID=10552514>
- Tamayo-Rendón, C. M., Palacio-Grisales, C., Osorio-Pabón, C. M., Román-Giraldo, J. E., & Rodríguez-Castrillón, L. C. (Enero-Junio de 2015). 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. *Revista CES Salud Pública*, 6(1), 25-32. Recuperado el 27 de Diciembre de 2015, de <http://search.proquest.com/pqcentral/docview/1734285933/fulltextPDF/7324542B9F2E4D0APQ/6?accountid=36862>
- Torres, M. F. (30 de Mayo de 2015). Úlceras en pacientes postrados: Son prevenibles. *El Norte*. Recuperado el 24 de Febrero de 2016, de <http://search.proquest.com/docview/1684198024?accountid=36862>
- Úlceras por presión*. (s.f.). Recuperado el 4 de Enero de 2016, de *Úlceras por presión*: <http://www.fpsanidad.es/apuntes/tbe/tema2.pdf>
- Valero Cárdenas, H., Parra, D. I., & Camargo-Figuera, F. A. (Septiembre de 2011). Prevalencia de úlcera por presión en una institución de salud. *Revista Salud UIS*, 43(3), 249-255. Recuperado el 23 de Diciembre de 2015, de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=52&sid=fc4a5292-d754-4753-a702-d274822dddb9%40sessionmgr111&hid=118>
- Valle Río, J. S., García García, I., & López Gázquez, M. (Octubre de 2014). Comparación entre diferentes procedimientos de actuación en las úlceras por presión. *Enfermería Global*, 13(4), 44-55. Recuperado el 17 de Febrero de 2016, de <http://search.proquest.com/docview/1664929243?accountid=36862>
- Zapata Sampedro, M. A., Castro Varela, L., & Tejada Caro, R. (Abril de 2015). Lesiones por humedad. Revisión de conocimientos. *Enfermería Global*,

14(38), 325-334. Recuperado el 24 de Febrero de 2016, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412015000200017&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200017&lang=pt)

Zuñiga-Castro, C., Espinoza-Cáceres, N. A., & Fernandez-Pacheco, M. A. (Julio-Diciembre de 2014). Nivel de riesgo y casos incidentes de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina de un Hospital Nacional. *Rev enferm Herediana*, 7(2), 155-161. Recuperado el 17 de Febrero de 2016, de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/download/2566/2471>

## ANEXOS

### ANEXO 1. Validación del instrumento de investigación



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
FACULTAD CIENCIAS DE SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA



Ibarra 07 de Enero del 2016

Enfermera Coordinadora del Hospital San Vicente de Paúl  
Lic. Miryan Quilumbango

Reciba el saludo de quien a nombre de Chasiguano Viviana autora de proyecto de investigación de tesis: Evaluar el protocolo de atención de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes de medicina interna y terapia intensiva, Hospital San Vicente de Paul, Septiembre 2015- Febrero 2016, a la vez deseándole el mayor de los éxitos en sus funciones.

La presente comunicación tiene la finalidad de solicitar ante usted valide el instrumento basado en un cuestionario de 15 preguntas abierta y cerradas en cual será aplicado en las áreas de medicina interna y terapia intensiva del mismo, cuyo objetivo radica en evaluar si se está aplicando de manera correcta el instrumento en las áreas dichas, su valiosa opinión permitirá a los investigadores verificar si las preguntas planteadas guarda relación con el título, objetivos y variables planteadas en la investigación.

Seguros de contar con su apoyo, se me valide el instrumento.

Atentamente,  
Chasiguano Viviana  
INVESTIGADORA

**Instrucciones:**

Por favor lea detenidamente cada uno de los enunciados y de respuesta de cada ítem.

Utilice este formato para indicar su grado de acuerdo o desacuerdo con cada enunciado que se presenta marcado con una (x) en el espacio correspondiente según la siguiente escala.

3.- Bueno 2.- Regular 1.- Deficiente

Si desea plantear alguna sugerencia para enriquecer el instrumento, utilice el espacio correspondiente a observaciones.

**INSTRUMENTO PARA VALIDAR EL CUESTIONARIO**

| Criterios                                      | Apreciación cuantitativa |         |            |
|--|--------------------------|---------|------------|
|  | Buena                    | Regular | Deficiente |
| Presentación del instrumento                   | ✓                        |         |            |
| Claridad en la redacción de los ítems          |                          | x       |            |
| Pertinencia de las preguntas con los objetivos | x                        |         |            |
| Relevancia del contenido                       | ✓                        |         |            |
| Factibilidad de la aplicación                  | x                        |         |            |

**DATOS DEL PROFESIONAL QUE VALIDA EL INSTRUMENTO**

Nombre y Apellido: Miryan Quilumbango

C.I. 1001300304

Profesión: Enfermera

Títulos Obtenidos:

Graduación en Enfermería  
Magister en Gestión de Salud  
Diplomada en Gestión del Talento Humano

Instituto donde trabaja:

H.S.V.P

Cargo que desempeña:

Enf. Coordinadora

Antigüedad en el cargo:

6 años

Resultado de validación del instrumento:

El instrumento es bueno, hay que complementarlo los present

Fecha: 2016-07-01

Firma y sello de Enfermera Coordinadora:

*(Firma manuscrita)*

Lic. Miryan Quilumbango





**ANEXO 2. Encuesta**  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**  
**ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

Reciba un cordial y atento saludo la presente encuesta tiene como objetivo identificar las prácticas y el nivel de sus conocimientos sobre el protocolo de prevención de úlceras por presión que servirá de base para planificar actividades educativas.

**Características sociodemográficos:**

Edad: \_\_\_\_\_ años

Sexo: \_\_\_\_\_

**Conocimientos e intervenciones de enfermería**

1. ¿Qué son las úlceras por presión?

---

---

Marque con una (x) según corresponda:

2. ¿Localización frecuente de una úlcera por presión?

- a. Brazos ( )
- b. Sacro-Coxígea ( )
- c. Talón ( )
- d. Otras regiones

¿cuáles? \_\_\_\_\_

3. ¿Qué parámetros valora la escala de Norton?

- a. Estado general, estado mental, actividad, movilidad, incontinencia
- b. Apariencia, pulso, gesticulación, respiración
- c. Nivel de conciencia
- d. Otros Parámetros

Cuáles? \_\_\_\_\_

4. ¿Aplica la escala de Norton para categorización de los cuidados al paciente?

Si ( )

No ( )

A veces ( )

5. Una como corresponda

| <b>Clasificación de úlceras</b> | <b>Definición</b> |
|---------------------------------|-------------------|
|---------------------------------|-------------------|

- |              |   |
|--------------|---|
| 1. 1er grado | a. Pérdida de la piel en todo su espesor con destrucción extensa, necrosis tisular que puede alcanzar la fascia, músculos y huesos o estructuras de soporte.  |
| 2. 2do grado | b. Eritema de la piel que no blanquea con la presión, puede haber induración de la zona afectada, el eritema anuncia la ulceración de la piel. Es reversible. |
| 3. 3er grado | c. Hay rotura de la epidermis y la dermis, úlcera cutánea superficial. Este estadio es reversible.  |
| 4. 4to grado | d. Pérdida de la piel en todo su espesor, afectando también el tejido celular subcutáneo, puede extenderse hasta la fascia pero no atravesarla.               |

---

6. ¿Cuál es la dieta indicada para prevenir las úlceras por presión? Especifique o enumere

---

---

7. ¿Intervenciones de enfermería ante la presencia de úlcera por presión?

- a. Cambios Posturales ( )
- b. Curación ( )
- c. Colchones anti escaras ( )
- d. Todas ( )



e. Ninguna ( )

8. ¿Qué medidas adicionales de cuidados para prevenir úlceras por presión utiliza, mencione alguna/s?

---

---

9. ¿Cada que tiempo realiza los cambios de posición de acuerdo con la clasificación de riesgo de úlceras por presión establecidos en el protocolo de la institución?

a. Rojo: \_\_\_\_\_

b. Amarilla: \_\_\_\_\_

c. Verde: \_\_\_\_\_

10. ¿Realiza o asiste a la curación de úlcera por presión?

a. Cada turno ( )

b. Cada día ( )

c. Cada dos días ( )

d. Otro cada que tiempo? \_\_\_\_\_

11. ¿Materiales que se deben utilizar para curar una úlcera por presión?

a. Solución salina ( )

b. Instrumental ( )

c. Solución antiséptica ( )

d. Otro cuál? \_\_\_\_\_

12. ¿Cada cuánto realiza el cambio del pañal?

a. Frecuentemente ( )

b. De vez en cuando ( )

c. Por razones necesarias ( )

d. Nunca( )

13. ¿Por qué es importante el cuidado la piel en la prevención de úlcera por presión?

---



---

14. De acuerdo con los diagnósticos de enfermería (NANDA) para cuidado de úlceras por presión, ¿Qué actividades deberá realizar en cada intervención?

| DIAGNÓSTICO                                     | INTERVENCIÓN                        | ACTIVIDADES |
|---|-------------------------------------|-------------|
| 1. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA           | Vigilancia de la piel Código: 3590  |             |
| 2. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA | Cambio de posición Código: 0840     |             |
| 3. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR           | Control de infecciones Código: 6540 |             |
| 4. RIESGO DE INFECCIÓN                          |                                     |             |

15. ¿Ha recibido capacitación sobre la prevención de úlcera por presión en estos seis últimos meses?

Si ( )

No ( )

A veces ( )

Nunca ( )

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**ANEXO 3. Folleto de prevención y cuidados de enfermería para las úlceras por presión.**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**


**PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LAS ÚLCERAS  
POR PRESIÓN**



**Autora: Chasiguano Viviana**

**Directora de Tesis: Msc. Maritza Marisol Álvarez Moreno**


**Ibarra - 2016**

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>PROTOCOLO PARA<br/>PREVENCIÓN DE ÚLCERAS<br/>POR PRESIÓN</b> | <b>CÓDIGO: GCE-PR-04</b>                    |
|   |   | <b>EDICIÓN: 00</b>                          |
|   | <b>TIPO: ADAPTADO</b>   | <b>UNIDAD DE CUIDADOS<br/>DE ENFERMERÍA</b> |

#### ANEXO 4. Protocolo de prevención de úlceras por presión.

### Contenido

|                           |          |
|---------------------------|----------|
| 1. PRESENTACION.....      | 2        |
| 2. INTRODUCCION.....      | 2        |
| 3. DEFINICION: .....      | 3        |
| 4. OBJETIVO GENERAL:..... | 3        |
| 5. ALCANCE:.....          | 3        |
| 6. RESPONSABLES: .....    | 4        |
| 7. PROCEDIMIENTO:.....    | 4        |
| 8. REFERENCIAS: .....     | 7        |
| <b>9. ANEXOS: .....</b>   | <b>8</b> |

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>PROTOCOLO PARA<br/>PREVENCIÓN DE ÚLCERAS<br/>POR PRESIÓN</b> | <b>CÓDIGO: GCE-PR-04</b>                    |
|   |   | <b>EDICIÓN: 00</b>                          |
|   | <b>TIPO: ADAPTADO</b>   | <b>UNIDAD DE CUIDADOS<br/>DE ENFERMERÍA</b> |

## 1. PRESENTACIÓN

El presente protocolo pretende ser una guía para identificar el riesgo y adoptar las medidas para prevenir y tratar uno de los problemas que con más frecuencia nos encontramos todavía en nuestro trabajo de enfermería como es el de las úlceras por presión.

2


## 2. INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión son áreas de necrosis focal en la piel y el tejido subyacente causadas por una interrupción del flujo sanguíneo en la zona afectada como consecuencia de la presión prolongada entre una prominencia ósea y una superficie externa.

Constituyen un problema muy común y que afecta principalmente (más del 70%) a pacientes de más de 70 años<sup>5</sup>.

Un bajo índice de aparición de úlceras por presión es sinónimo de buen trabajo de enfermería, pero en su prevención y tratamiento deben estar implicados tanto el personal médico como el propio paciente y sus familiares, a los cuales se deberá prestar todo nuestro apoyo y enseñanza adecuada de las técnicas a aplicar. Se estima que hasta el 95% de las úlceras por presión son evitables, lo cual refuerza la necesidad de la actuación preventiva como prioridad principal más que centrarse solamente en el tratamiento de las úlceras establecidas.

La evaluación inicial para detectar a los pacientes con riesgo de padecer úlceras por presión (Mayores de 70 años, pacientes con enfermedad neurológica, pacientes con malnutrición o deshidratación, pacientes con incontinencia urinaria y/o fecal, pacientes inmobilizados...) es el primer paso en la prevención. A continuación habrá que reconocer y corregir los factores causales, fundamentalmente la presión directa prolongada (mediante cambios posturales, almohadones, colchones o camas especiales), así como otros factores importantes (fricción, humedad, sequedad excesiva, falta de higiene, malnutrición y deshidratación...). Cuando la úlcera por presión haga su aparición se pasará al tratamiento local de la misma, pero sin olvidar proseguir con las medidas generales antipresión, de limpieza y evitación de factores causales.

|   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO PARA<br/>PREVENCIÓN DE ÚLCERAS<br/>POR PRESIÓN</b> | CÓDIGO: GCE-PR-04                   |
|   |   | EDICIÓN: 00                         |
|   | <b>TIPO: ADAPTADO</b>   | UNIDAD DE CUIDADOS<br>DE ENFERMERÍA |

### 3. DEFINICIÓN:

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

3

### 4. OBJETIVO GENERAL:


Prevención primaria disminuir la incidencia de UUP, elaborar una guía de actuación basada en la evidencia existente, encaminada a la prevención y manejo óptimo de los pacientes con úlceras por presión.

#### EQUIPO.

- Equipo de salud
- Historia clínica completa
- Conocimiento de la escala de Norton
- Hoja de valoración / riesgo de úlceras por presión
- Colchón anti escaras, cojines, almohadas, protecciones locales, almohadillas etc.
- Guantes
- Jabones neutros, sustancias limpiadoras con potencial curativo
- Productos hidratantes y nutritivos, aceite de almendras
- Tendidos de cama y pijamas limpias
- Sed se curaciones
- Solución salina 09%
- Apósitos vendas basados en una cura húmeda hidrocoloides
- Material necesario para recoger cultivo.

### 5. ALCANCE:

La valoración se la realizará al ingreso del paciente en la unidad y con la revisión periódica

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>PROTOCOLO PARA<br/>PREVENCIÓN DE ÚLCERAS<br/>POR PRESIÓN</b> | CÓDIGO: GCE-PR-04                           |
|   |   | EDICIÓN: 00                                 |
|   | <b>TIPO: ADAPTADO</b>   | <b>UNIDAD DE CUIDADOS<br/>DE ENFERMERÍA</b> |

A pacientes hospitalizados con énfasis a los de mayor riesgo observando cambios relevantes

En la piel o zonas enrojecidas


#### 6. RESPONSABLES:

Las enfermeras líderes son las responsables de la supervisión del cumplimiento del desarrollo del protocolo de prevención de úlceras por decúbito.

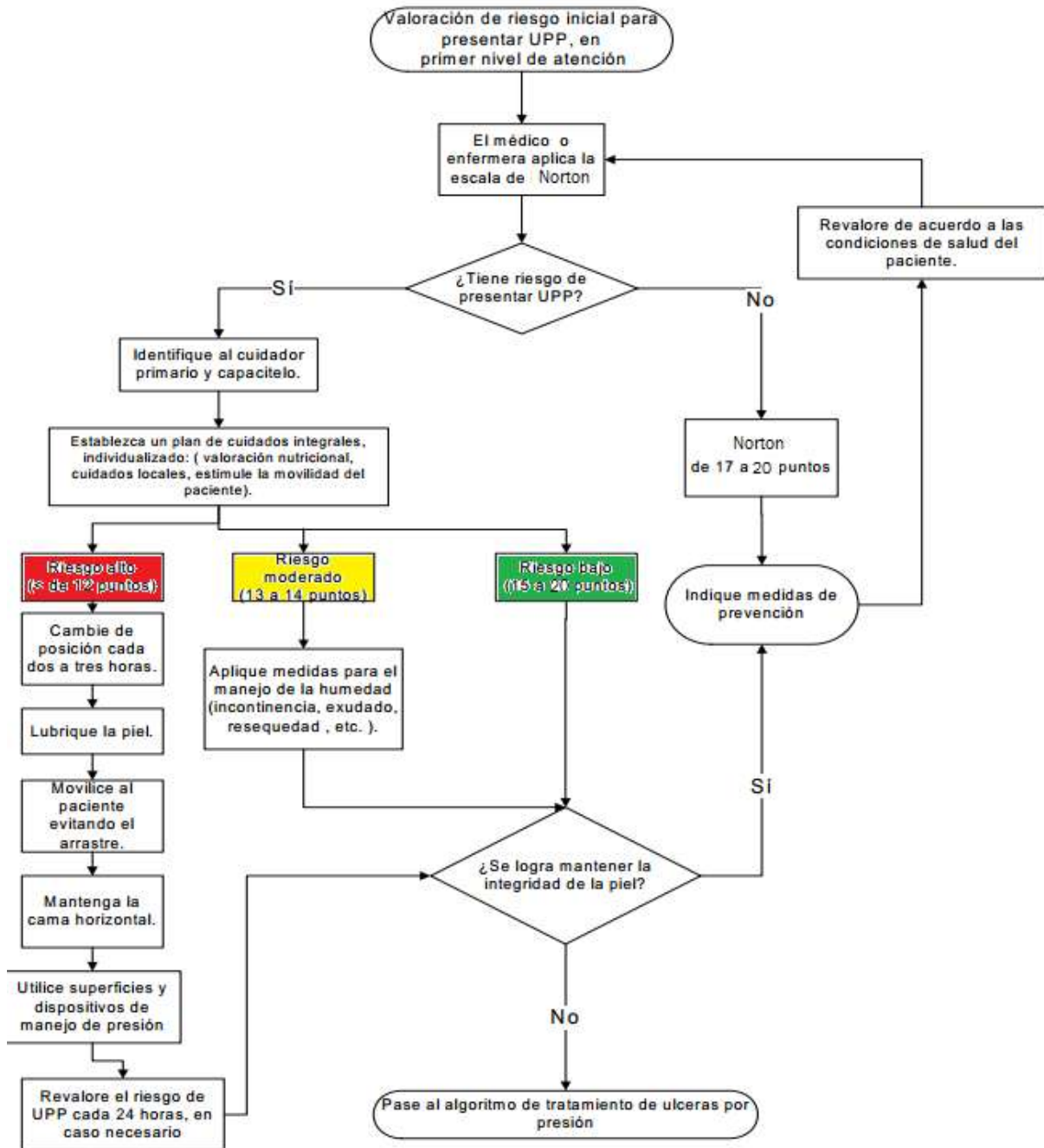
La enfermera y el personal auxiliar ejecutora del proceso es la responsable de inspeccionar la piel y valorar sus riesgos.

#### 7. PROCEDIMIENTO


1. Colchón anti escaras
2. Utilización de escala de Norton para valorar el riesgo
3. Valorar el estado de piel coincidiendo con el aseo diario, haciendo principal hincapié en las prominencias óseas
4. Vigilar estrechamente cualesquier zona enrojecida.
5. Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas, incontinencia fecal y urinaria
6. Cambios posturales cada 2- 3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche
7. Fomentar ejercicios pasivos si procede.
8. Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
9. Colocar al paciente en posición ayudándonos de almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón
10. Mantener la ropa de cama limpia seca sin arrugas
11. Hidratar la piel seca.
12. Usar agua templada y jabón neutro para el baño secar perfectamente y sin flotar las zonas de riesgo
13. Aplicar productos para zonas de riesgo
14. Vigilar que la nutrición sea adecuada especialmente proteínas vitaminas B C hierro y calorías por medio de suplementos si es preciso
15. Insistir al cuidador a cerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel.

|  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
|  <p>Ministerio de Salud Pública<br/>Hospital San Vicente de Paúl<br/>Unidad de Gestión de Calidad</p> | <b>PROTOCOLO PARA<br/>PREVENCIÓN DE ÚLCERAS<br/>POR PRESIÓN</b> | CÓDIGO: GCE-PR-04                |
|  |   | EDICIÓN: 00                      |
|  | TIPO: ADAPTADO  | UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA |

Algoritmo 1. Prevención de Úlceras por Presión (UPP)





|   |   |   |
|---|---|---|
| <br><b>Ministerio de Salud Pública</b><br><b>Hospital San Vicente de Paúl</b><br><b>Unidad de Gestión de Calidad</b> | <b>PROTOCOLO PARA</b><br><b>PREVENCIÓN DE ÚLCERAS</b><br><b>POR PRESIÓN</b> | <b>CÓDIGO: GCE-PR-04</b>                |
|   |   | <b>EDICIÓN: 00</b>                      |
|   | <b>TIPO: ADAPTADO</b>   | <b>UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA</b> |

### LISTA DE VERIFICACIÓN

PACIENTE.....

FECHA.....

CAMA.....

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.....

EDAD DEL PACIENTE.....


#### PROTOCOLO PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

| N° | REQUISITOS  | %  | SI | NO | TOTAL |
|----|---|----|----|----|-------|
| 1  | Realiza lavado de manos de acuerdo a protocolo  | 5  |    |    |       |
| 2  | Identificación al ingreso del paciente con mayor riesgo para desarrollar úlceras por presión examina la integridad de la piel           | 5  |    |    |       |
| 3  | Uso de colchones anti escaras cojines rodillos según condición y edad del paciente  | 25 |    |    |       |
| 4  | Cambios posturales cada 2- 3- 4 horas evitando arrastre,  | 20 |    |    |       |
| 5  | Mantener la piel limpia seca e hidratada valorar y tratar los procesos que pueden originar exceso de humedad pijamas y tendidos limpios | 20 |    |    |       |
| 6  | Vigilar la nutrición ,identificar y corregir carencias nutricionales diarias  | 10 |    |    |       |
| 7  | Reducción de presión en zonas de riesgo y prominencias Oseas  | 10 |    |    |       |
| 8  | Comunicar a tiempo los cambios en la integridad de la piel  | 5  |    |    |       |

Cumplimiento de la norma 100% de requisitos      Se cumple norma establecida

Menos de 100% de requisitos      No se cumple norma establecida

Luis Vargas Torres 11-56 Teléfonos: (593) 06 2950533/ 2955572. Ext. 172




|   |   |   |
|---|---|---|
|  Ministerio de Salud Pública<br>Hospital San Vicente de Paúl<br>Unidad de Gestión de Calidad | <b>PROTOCOLO PARA<br/>PREVENCIÓN DE ÚLCERAS<br/>POR PRESIÓN</b> | <b>CÓDIGO: GCE-PR-04</b>                |
|   |   | <b>EDICIÓN: 00</b>                      |
|   | <b>TIPO: ADAPTADO</b>   | <b>UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA</b> |

## ESCALA DE NORTON DE RIESGO DE UUP.

| ESCALA DE NORTON DE RIESGO DE UPP |               |             |                |                       |
|-----------------------------------|---------------|-------------|----------------|-----------------------|
| ESTADO GENERAL                    | ESTADO MENTAL | ACTIVIDAD   | MOVILIDAD      | INCONTINENCIA         |
| 4 BUENO                           | 4 ALERTA      | 4 CAMINANDO | 4 TOTAL        | 4 NINGUNA             |
| 3 DÉBIL                           | 3 APÁTICO     | 3 CON AYUDA | 3 DISMINUIDA   | 3 OCASIONAL           |
| 2 MALO                            | 2 CONFUSO     | 2 SENTADO   | 2 MUY LIMITADO | 2 URINARIA            |
| 1 MUY MALO                        | 1 ESTUPOROSO  | 1 EN CAMA   | 1 INMÓVIL      | 1 DOBLE INCONTINENCIA |




## CLASIFICACIÓN DE RIESGO

| CLASIFICACIÓN DE RIESGO |                 |   |
|-------------------------|-----------------|---|
| Puntuación 5 a 12       | Riesgo muy alto |  |
| Puntuación 13 14        | Riego medio     |  |
| Puntuación 15 A 20      | Riesgo bajo     |  |

### 8. REFERENCIAS:

1. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y Tratamiento de UPP y otras heridas crónicas. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. 2008.
2. Guía de Práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2007.
3. Gordon, M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Edición. Madrid: Mosby, 1996.
4. North American Nursing Diagnoses Association (NANDA). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2007-2008. Elsevier, Madrid, 2008.
5. López Alonso, SR et al. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud, 2007.

Luis Vargas Torres 11-56 Teléfonos: (593) 06 2950533/ 2955572. Ext. 172


|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>PROTOCOLO PARA<br/>PREVENCIÓN DE ÚLCERAS<br/>POR PRESIÓN</b> | <b>CÓDIGO: GCE-PR-04</b>                    |
|   |   | <b>EDICIÓN: 00</b>                          |
|   | <b>TIPO: ADAPTADO</b>   | <b>UNIDAD DE CUIDADOS<br/>DE ENFERMERÍA</b> |

Disponible en:  
(<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../publicaciones/datos/283/pdf/Guiacuidados.pdf>)[Consultada el: 05/04/09]

6. Cuidados de la piel perilesional.2006 .Manuel Gago Fornell y R.Fernando G.
7. Manual de prevención de cura de úlceras cutáneas.- Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
8. NutritionalAssessment. DeLegge y cols. GastroentrolClin N Am 2007. 36. 22. Contacto: [www.gastromerida.com](http://www.gastromerida.com)
9. Cuidados de enfermería para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Grupo de enfermería del Institut Catalá de la Salut para el seguimiento de las úlceras por presión.

## 9. ANEXOS:

- Formulario para Notificación de Úlceras Por Presión
- Formulario de Valoración de UPP en Pacientes Hospitalizados
- Matriz de monitoreo para el personal del servicio

|   |                              |   |
|---|------------------------------|---|
| <br><b>Ministerio de Salud Pública</b><br><b>Hospital San Vicente de Paúl</b><br><b>Unidad de Gestión de Calidad</b> | <b>PROTOCOLO PARA</b>        | <b>CÓDIGO: GCE-PR-04</b>                |
|   | <b>PREVENCIÓN DE ÚLCERAS</b> | <b>EDICIÓN: 00</b>                      |
|   | <b>POR PRESIÓN</b>           | <b>UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA</b> |
|   | <b>TIPO: ADAPTADO</b>        |   |

### Formulario para Notificación de Ulceras Por Presión

**Servicio:**.....

**Mes:** .....

**Año:**.....

### CLASIFICACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>GRADO I</b>   | Macula eritematosa, color rojo brillante. Dolor intenso  |
| <b>GRADO II</b>  | Lesión de epidermis y dermis. Zona eritematosa con vesículas y flictenas. Base de la ulcera color rosado y húmedo                        |
| <b>GRADO III</b> | Daño tisular hasta tejido subcutáneo. Escara necrótica gruesa y de color negruzco. Base normalmente no dolorosa                          |
| <b>GRADO IV</b>  | Dstrucción de la piel con compromiso de fascia, musculo y hueso. Lesiones que asemejan cavernas o adoptan trayectos sinuosos. Dolor nulo |

| NOMBRE DEL PACIENTE | N° HCI | FECHA DE INGRESO | FECHA DE UPP | GRADO DE UPP | ESCALA DE NORTON (al Ingreso) |
|---------------------|--------|------------------|--------------|--------------|-------------------------------|
|                     |        |                  |              |              |                               |
|                     |        |                  |              |              |                               |
|                     |        |                  |              |              |                               |
|                     |        |                  |              |              |                               |
|                     |        |                  |              |              |                               |
|                     |        |                  |              |              |                               |
|                     |        |                  |              |              |                               |
|                     |        |                  |              |              |                               |


**ELABORADO POR:**

\_\_\_\_\_

**NOMBRE**

\_\_\_\_\_

**FIRMA**

|  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
|  <p>Ministerio de Salud Pública<br/>Hospital San Vicente de Paúl<br/>Unidad de Gestión de Calidad</p> | <b>PROTOCOLO PARA<br/>PREVENCIÓN DE ÚLCERAS<br/>POR PRESIÓN</b> | CÓDIGO: GCE-PR-04                |
|  |   | EDICIÓN: 00                      |
|  | TIPO: ADAPTADO  | UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA |

## Formulario de Valoración de UPP en Pacientes Hospitalizados

SERVICIO: .....

NOMBRE DEL PACIENTE: .....

N° DE HISTORIA CLÍNICA: .....

EDAD: .....

SEXO: FEMENINO

MASCULINO

FECHA DE INGRESO AL SERVICIO: .....

FECHA DE APARICIÓN DE LA UPP: .....

PERSONAL QUE NOTIFICA: .....

**CARACTERÍSTICAS DE LA UPP:** (Lesión principal si son varias)

GRADO I

GRADO II

GRADO III

GRADO IV

**CARACTERÍSTICAS DE LA UPP:** (Lesión principal si son varias)

SACRA

TROCÁNTER

TALÓN

OTRA  Donde: .....

**CARACTERÍSTICAS DE LA UPP:** Numero de lesiones

1

2

3

4


**CARACTERÍSTICAS DE LA UPP:**

Descripción:

.....

.....

.....

|  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
|  <p>Ministerio de Salud Pública<br/>Hospital San Vicente de Paúl<br/>Unidad de Gestión de Calidad</p> | <b>PROTOCOLO PARA<br/>PREVENCIÓN DE ÚLCERAS<br/>POR PRESIÓN</b> | CÓDIGO: GCE-PR-04                |
|  |   | EDICIÓN: 00                      |
|  | TIPO: ADAPTADO  | UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA |

EXISTE EVALUACIÓN DE RIESGO DE UPP REGISTRADA EN LA HISTORIA CLÍNICA?

SI   
NO

PUNTAJE OBTENIDO EN LA ÚLTIMA EVALUACIÓN CON LA ESCALA NORTON

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10   
11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**FACTORES CONTRIBUYENTES:** marque con una X donde corresponda

Incontinencia Urinaria  Incontinencia fecal  prestación/inmovilidad   
Compromiso de conciencia  desnutrición  asociada a una limitación física   
Otros:  Cual:.....

**MEDIDAS DE PREVENCIÓN ANTES DE LA APARICIÓN DE LA ULCERA POR PRESIÓN:** marque con una X donde corresponda


Ninguna  Colchón antiescaras  Cambios de posición  Otros   
Cual:.....

Observaciones:.....  
.....  
.....

Nombre de la persona que reporta


Firma

Fecha del reporte

|  |   |   |
|--|---|---|
|  <p>Ministerio de Salud Pública<br/>Hospital San Vicente de Paúl<br/>Unidad de Gestión de Calidad</p> | <b>PROTOCOLO PARA<br/>PREVENCIÓN DE ÚLCERAS<br/>POR PRESIÓN</b> | <b>CÓDIGO: GCE-PR-04</b>                |
|  |   | <b>EDICIÓN: 00</b>                      |
|  | <b>TIPO: ADAPTADO</b>   | <b>UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA</b> |

| HOSPITAL "SAN VICENTE DE PAUL"  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |              |
|---|----------|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--------------|
| UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |              |
| LISTA DE CHEQUEO DE PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |              |
| SERVICIO :  | MES:     |  |  |  |  |  | AÑO |  |  |  |              |
| <b>NOMBRE.</b>  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  | <b>TOTAL</b> |
| <b>FECHA:</b>   |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |              |
| <b>DIA:</b>   |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |              |
| <b>TURNO:</b>   |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |              |
| <b>INDICADOR</b>  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |              |
| LAVADO DE MANOS DE ACUERDO A PROTOCOLO  | SI<br>NO |  |  |  |  |  |     |  |  |  |              |
| IDENTIFICA AL PACIENTE CON RIESGO (ESCALA DE NORTON)  | SI<br>NO |  |  |  |  |  |     |  |  |  |              |
| COLOCAR CODIGO DE ACUERDO A RIESGO DE ÚLCERA EN LA CABECERA DE LA CAMA LADO IZQUIERDO DEL PACIENTE                      | SI<br>NO |  |  |  |  |  |     |  |  |  |              |
| USA COLCHÓN ANTIESCARAS, MEDIDAS DE PROTECCIÓN  | SI<br>NO |  |  |  |  |  |     |  |  |  |              |
| REALIZA CAMBIOS POSTURALES CADA 2 HORAS, EVITANDO EL ARRASTRE   | SI<br>NO |  |  |  |  |  |     |  |  |  |              |
| MANTIENE LA PIEL LIMPIA, SECA, HIDRATADA  | SI<br>NO |  |  |  |  |  |     |  |  |  |              |
| REALIZA CAMBIOS DE TENDIDOS DE CAMA, SIN PLIEGUES, LIBRES DE HUMEDAD LOS TENDIDOS DE CAMA                               | SI<br>NO |  |  |  |  |  |     |  |  |  |              |
| VIGILA QUE LA DIETA SEA LA SOLICITADA   | SI<br>NO |  |  |  |  |  |     |  |  |  |              |
| EVITA LAS FUERZAS DE FRICCIÓN, LO QUE SIGNIFICA QUE LA CAMA NO DEBE ESTAR A MÁS DE 30° DURANTE EL LAPSO MAYOR DE 2 HORA | SI<br>NO |  |  |  |  |  |     |  |  |  |              |
| REGISTRA OPORTUNAMENTE LOS CAMBIOS DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL  | SI<br>NO |  |  |  |  |  |     |  |  |  |              |
| <b>FIRMAS</b>   |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |              |

12

|   |                              |   |
|---|------------------------------|---|
| <br><b>Ministerio de Salud Pública</b><br><b>Hospital San Vicente de Paúl</b><br><b>Unidad de Gestión de Calidad</b> | <b>PROTOCOLO PARA</b>        | <b>CÓDIGO: GCE-PR-04</b>                |
|   | <b>PREVENCIÓN DE ÚLCERAS</b> | <b>EDICIÓN: 00</b>                      |
|   | <b>POR PRESIÓN</b>           | <b>UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA</b> |
|   | <b>TIPO: ADAPTADO</b>        |   |

| <b>ELABORADO POR:</b>             |  |                                 |                   |
|-----------------------------------|--|---------------------------------|-------------------|
| Lic. Miryan Quilumbango           |  | Lic. Raquel Villón              |                   |
| Enf. Coordinadora                 |  | Enf. Líder de Ginecología       |                   |
| Lic. Anita Andrade                |  | Lic. Yolanda Vásquez            |                   |
| Enf. Líder de Medicina Interna    |  | Enf. Líder de Centro Obstétrico |                   |
| Lic. Ximena Pozo                  |  | Lic. Silvia Lovato              |                   |
| Enf. Líder de Emergencia          |  | Enf. Líder de Neonatología      |                   |
| Lic. Elena Toctaquiza             |  | Lic. Margoth Romo               |                   |
| Enf. Líder de Pediatría           |  | Enf. Líder de UTI               |                   |
| Lic. Piedad Cedillo               |  | Lic. Silvana Paspuel            |                   |
| Enf. Líder de Traumatología       |  | Enf. Líder de Centro Quirúrgico |                   |
| Lic. Mirian López                 |  | Lic. María Augusta Rosero       |                   |
| Enf. Líder de Cirugía             |  | Enf. Líder de Diálisis          |                   |
| Lic. Graciela Torres              |  |                                 |                   |
| Enf. Líder de Consulta Externa    |  |                                 |                   |
| <b>REVISADO POR:</b>              |  | <b>APROBADO POR:</b>            |                   |
| Dr. Edison Ayala                  |  | Dra. Yolanda Checa B.           |                   |
| Director Asistencial              |  | Gerente del Hospital            |                   |
| Dr. Carlos Villalba S.            |  | Fecha de Aprobación             | <b>20/01/2014</b> |
| Coordinador de Gestión de Calidad |  |                                 |                   |

13