

**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**

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	3
OBJETIVO.....	3
ALCANCE.....	3
ÚLCERA POR PRESIÓN .....	4
Definición.....	4
Mecanismos de producción.....	4
Localización .....	5
Clasificación.....	5
Tratamiento .....	6
RESUMEN DEL PROTOCOLO PARA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN .....	10
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA CUIDADO Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN .....	11
CHARLAS Y SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE LA INSTITUCIÓN Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y TERAPIA INTENSIVA .....	15
BIBLIOGRAFÍA .....	16

## **INTRODUCCIÓN**

La presente guía pretende ser un instrumento de apoyo pedagógico y de fácil consulta para las/os profesionales de enfermería que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de pacientes con factores predisponentes a desarrollar úlceras por presión, considerando que la prevención de la aparición de las úlceras por presión se dirige hacia 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 cuidado enfermero. Si los cuidados no son realizados de manera adecuada, las úlceras por presión 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.

### **OBJETIVO**

- Contribuir a la prevención de úlceras por presión en pacientes con factores predisponentes.
- Socializar el protocolo de prevención de úlceras por presión.

### **ALCANCE**

- Fomentar en los profesionales de enfermería la realización del plan de cuidados (proceso de atención de enfermería) a fin de prevenir la aparición de úlceras por presión, dándole orientación tanto al paciente, como a la familia, para proporcionarle una recuperación rápida.

## ÚLCERA POR PRESIÓN

### Definición

Las úlceras por presión son el resultado de una compleja interacción entre innumerables factores de riesgo: intrínsecos y extrínsecos, 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.

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.

### Mecanismos de producción

TIPO DE MECANISMO	PRODUCCIÓN
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 desgarramiento interno de los tejidos (paciente en posición de Fowler).

## Localización

Está influenciado por el grado de inmovilidad y la posición que adopte el paciente.

Las regiones más comunes donde aparecen:

Con mayor frecuencia:

Sacro

Coxis

Talón

Caderas

Tobillos

Glúteos

Con menor frecuencia:

Occipitales

Rodillas

Escápulas

Codo

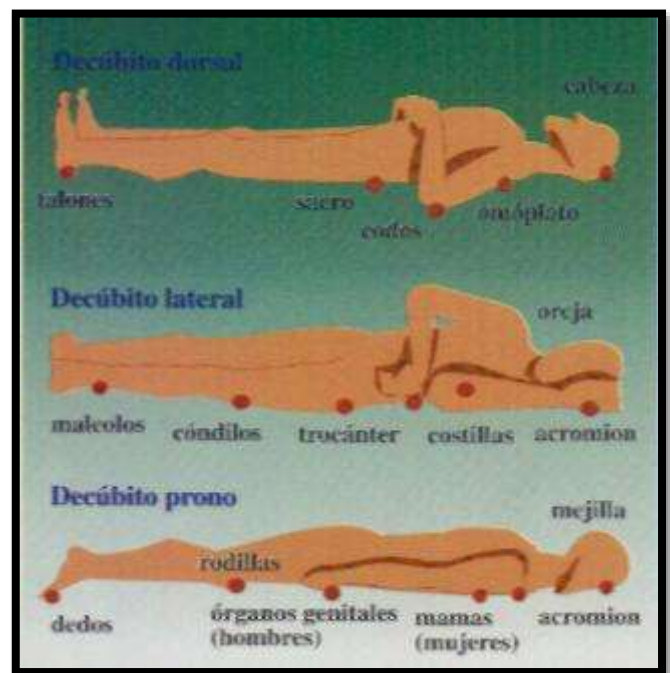
Brazos

Barbilla

Pabellón auricular

## Clasificación

Estadio 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.



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

Estadio 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.

Estadio 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.



## Tratamiento

El tratamiento de las úlceras por presión debe empezar por la valoración integral del paciente: estado general y nutricional, enfermedades intercurrentes, complicaciones, limitaciones físicas, psíquicas y cognitivas, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, y muy especialmente el entorno social y familiar del paciente, ya que

en el caso de las lesiones por presión se van a necesitar especialmente su colaboración en la prevención y tratamiento de las úlceras.

Desde el punto de vista general se ha de asegurar un correcto aporte de nutrientes, en especial proteínas, hierro, vitaminas y calorías, dado que de lo que se trata es de crear tejidos nuevos. Es importante el control del dolor, tanto el propio de la lesión como cualquier otro que aparezca y que pueda limitar la movilidad del paciente.

Respecto el tratamiento específico de la lesión ulcerosa, éste ha de ser individualizado, según su grado de profundidad, cantidad de exudado, presencia o no de infección y localización. Como normas generales, según el grado de la úlcera el tratamiento será, en términos generales, el siguiente:

- Grado I (eritema, piel íntegra): Sólo requiere del manejo e intensificación de las medidas preventivas: cambios posturales, almohadillado de protección, aplicación frecuente de aceites con ácidos grasos hiperoxigenados.
- Grado II (ampolla o erosión superficial): Al manejo preventivo se debe añadir la higiene de la zona lesionada, habitualmente con suero fisiológico (empleando la mínima presión eficaz), así como la aspiración de la ampolla y eliminación de su techo. El uso de apósitos hidrocoloides ayuda a controlar la cantidad de exudado en el lecho de la herida (ni mucho ni poco), colabora con la limpieza de la lesión y mejoran la velocidad de cicatrización; son bien conocidos por el personal sanitario.
- Grado III y IV (lesión profunda, cavitada o tunelizada):

**Limpieza:** Se debe hacer con suero fisiológico, evitando el arrastre mecánico para no lesionar el tejido nuevo. Sólo secar la zona adyacente a los márgenes de la herida.

**Protección de la infección y su tratamiento:** Toda úlcera se considera contaminada por las bacterias colonizadoras habituales de la piel a las 6 horas de producirse, por lo que intentar que una úlcera esté estéril es tarea cuanto menos imposible. Se recomienda control por cultivos cuando la lesión presente signos de infección (enrojecimiento más allá del borde, con edema, mal olor, aumento del dolor y/o retraso de la curación, así como si se dan signos generales como fiebre). Según el resultado de los cultivos se

aplicará un tratamiento antibiótico específico, de preferencia sistémico. El uso de antibióticos tópicos o los apósitos con plata pueden ayudar a controlar la carga bacteriana y el mal olor (que también puede tratarse con apósitos que contengan carbón activado). No se recomiendan de forma sistemática el uso de antisépticos tópicos (povidona yodada, agua oxigenada, clorhexidina, etc.) por su efecto tóxico sobre el tejido nuevo.

Eliminación del tejido desvitalizado o desbridación: Para ayudar a que las úlceras cicatricen es imprescindible eliminar el tejido muerto, existiendo para ello dos sistemas, ya sea por métodos químicos, mediante el uso de pomadas con enzimas proteolíticas, o por medios quirúrgicos, empleando el bisturí y las pinzas (siempre por personal entrenado). El primer sistema es más lento, pero menos traumático. También existen apósitos que favorecen un desbridamiento autolítico, por cura en ambiente húmedo; es el método más selectivo pero también el más lento.

Formación de tejido nuevo. Cicatrización: Para ello se utilizan diferentes tipos de apósitos, que controlen que la cantidad de exudado sea la justa para la curación en ambiente húmedo (hidrogeles, hidrofibras, alginatos, con carbón activado o plata, etcétera).

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. Sin embargo, se considera que, por término medio, las úlceras de grado I tardan entre unos días a una semana en curar, las de grado II suelen curar en un período entre cinco días a tres meses, las de grado III entre uno a seis meses y las de grado IV suelen tardar de seis meses a un año, pudiendo suceder que no lleguen a cicatrizar nunca totalmente.



Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el cual incluye cinco etapas:

- **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.

## RESUMEN DEL PROTOCOLO PARA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

### CLASIFICACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Estadio 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.

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




Estadio 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.

Estadio 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.

### 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.

### CLASIFICACIÓN DE RIESGO

Puntuación 5 a 12	Riesgo muy alto	
Puntuación 13 14	Riesgo medio	
Puntuación 15 A 20	Riesgo bajo	

### 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

### PROCEDIMIENTO:

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

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA CUIDADO Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL "SAN VICENTE DE PAUL"

NIVEL		ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS				
II		<b>Medicina interna Terapia intensiva</b>	<b>Medicina interna Terapia intensiva</b>	<b>CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA NOC</b>				
<b>DOMINIO:</b> 11 Seguridad y protección				<b>RESULTADOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>	
<b>CLASE:</b> 2 Lesión Física						1. Gravemente comprometido	<b>MANTENER</b>	<b>AUMENTAR</b>
<b>CÓDIGO DEL DX.</b> 00047				<b>DOMINIO.-</b> Salud Fisiológica (II)	<b>110104</b> Hidratación	2. Sustancialmente comprometido	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>DEFINICIÓN</b> Riesgo de alteración en la epidermis y/o en la dermis  <b>RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA</b> R/C Factores externos (extremos de edad, humedad, inmovilización física, hidratación, secreciones, temperatura y factores mecánicos)  <b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO:</b> La piel cumple importantes funciones en el funcionamiento del organismo entre las más importantes podemos mencionar: la protección frente a organismos y cuerpos extraños así como frente a traumatismos físicos, una piel dañada por falta de movimiento es propenso a padecer de úlceras por decúbito.				<b>CLASE.-</b> Integridad tisular (I)	<b>110113</b> Integridad de la piel	3. Moderadamente comprometido	<b>2</b>	<b>4</b>
				<b>RESULTADOS.-</b> Integridad Tisular: piel (1101)	<b>110101</b> Temperatura de la piel	4. Levemente comprometido	<b>2</b>	<b>4</b>
						5. No comprometido		
					<b>110105</b> Pigmentación anormal	1. Grave	<b>2</b>	<b>5</b>
					<b>110121</b> Eritema	2. Sustancial	2	<b>4</b>
					<b>110119</b> Descamación cutánea	3. Moderado	2	<b>5</b>
						4. Levemente		
		5. Ninguno						
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC</b>								
<b>INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES</b>				<b>INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES</b>				
Prevención de las úlceras por presión(3540)				Vigilancia de la piel (3590)				
<b>CAMPO:</b> 2 Fisiológico complejo				<b>CAMPO:</b> 2 Fisiológico complejo				
<b>CLASE:</b> : L control de la piel/heridas				<b>CLASE:</b> : L control de la piel/heridas				
<b>ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA</b>				<b>ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden, Norton).</li> <li>- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.</li> <li>- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.</li> <li>- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.</li> <li>- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.</li> <li>- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.</li> <li>- Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas.</li> <li>- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.</li> <li>- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.</li> <li>- Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (Escala de Dowton).</li> <li>- Vigilar el color y la temperatura de la piel.</li> <li>- Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.</li> <li>- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.</li> <li>- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.</li> <li>- Observar si hay zonas de presión y fricción.</li> <li>- Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda para que participen de los cambios posturales y conozcan signos de alarma.</li> </ul>				
<b>HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL "SAN VICENTE DE PAUL"</b>								

**HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL "SAN VICENTE DE PAUL"**

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS				
II	<b>Medicina interna Terapia intensiva</b>	<b>Medicina interna Terapia intensiva</b>	<b>CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA NOC</b>				
<b>DOMINIO:</b> 11 Seguridad y protección			<b>RESULTADOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>	
<b>CLASE:</b> 2 Lesión Física					1. Grave	<b>MANTENER</b>	<b>AUMENTAR</b>
<b>CÓDIGO DEL DX.</b> 00046			<b>DOMINIO.-</b> Salud fisiológica (II)	<b>040746</b> Rotura de la piel	2. Sustancial	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>DEFINICIÓN</b> Alteración de la epidermis y/o de la dermis.			<b>CLASE.-</b> Cardiopulmonar (E)	<b>040747</b> Rubor	3. Moderado	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA</b> M/P destrucción de las capas de la piel, alteración de la superficie de la piel e invasión de las estructuras corporales. R/C Factores externos (Extremos de edad, humedad, factores mecánicos, inmovilización física) factores internos (deterioro de la circulación).			<b>RESULTADOS.-</b> Perfusión tisular: Periférica (0407)		4. Levemente		
<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO:</b> La aparición de úlceras producidas por la presión directa, fricción, cizallamiento y factores externos antes mencionados causan la falta de oxígeno y nutrientes esenciales para los tejidos y los productos de deshecho se acumulan en las células. Esto provoca una isquemia localizada. Los tejidos quedan atrapados entre superficies duras como la cama y los huesos y las células mueren por anoxia.			<b>DOMINIO.-</b> Salud funcional (I)	<b>020311</b>	1. Gravemente comprometido	<b>1</b>	<b>3</b>
			<b>CLASE.-</b> Movilidad (C)	Se mueve de un costado a otro costado cuando está tumbado	2. Sustancialmente comprometido		
			<b>RESULTADOS.-</b> Posición corporal auto iniciada (0203)		3. Moderadamente comprometido		
					4. Levemente comprometido		
					5. No comprometido		
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC</b>							
<b>INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES</b>				<b>INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES</b>			
Cambio de posición (0840)				Cuidado de las heridas(3660)			
<b>CAMPO:</b> 1 Fisiológico básico				<b>CAMPO:</b> 2 Fisiológico complejo			
<b>CLASE:</b> C Control de la inmovilidad				<b>CLASE:</b> : L control de la piel/heridas			
<b>ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA</b>				<b>ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.</li> <li>- Proporcionar un colchón firme.</li> <li>- Explicar al paciente que se le va a realizar cambios de posición si procede.</li> <li>- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas según sea necesario</li> <li>- Animar al paciente a participar en los cambios de posición según corresponda</li> <li>- Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente</li> <li>- Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.</li> <li>- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.</li> <li>- Aplicar una crema adecuada en la piel/lesión, según corresponda.</li> <li>- Reforzar el apósito, si es necesario.</li> <li>- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.</li> <li>- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.</li> <li>- Remitir al dietista, según corresponda.</li> <li>- Enseñar al paciente y a la familia:</li> <li>- A almacenar y desechar los apósitos y el material de cura.</li> <li>- Los procedimientos de cuidado de la herida.</li> <li>- Los signos y síntomas de infección.</li> </ul>			

**HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL "SAN VICENTE DE PAUL"**

NIVEL		ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS				
II		Medicina interna Terapia intensiva	Medicina interna Terapia intensiva	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA NOC				
DOMINIO: 11 Seguridad y protección				RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
CLASE: 2 Lesión Física							MANTENER	AUMENTAR
CÓDIGO DEL DX. 00044				DOMINIO.- Conocimiento y conducta de salud (IV)	184204 Signos y síntomas de infección	1. Ningún conocimiento	2	4
<b>DEFINICIÓN</b> Lesión de la membrana mucosa, corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.  <b>DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR</b> M/P lesión tisular, destrucción tisular. R/C Alteración de la circulación, deterioro de la movilidad física, factores mecánicos, factores nutricionales.  <b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO:</b> Daño tisular: son todos aquellos cambios morfológicos y/o fisiológicos de algún tejido o región de cuerpo que generalmente causan alteraciones en el organismo, causas: hipoxia: deficiencia de o2; agentes químicos y farmacológicos; agentes infecciosos: virus, parásitos etc; reacciones inmunológicas, anafilácticas.				CLASE.- Conocimientos sobre salud (S)	184217 Importancia de la adherencia al tratamiento	2. Conocimiento escaso	2	4
				RESULTADOS.- Conocimiento: control de la infección (1842)	184221 Influencia de la nutrición sobre la infección	3. Conocimiento moderado	2	4
						4. Conocimiento sustancial		
						5. Conocimiento extenso		
				DOMINIO.- Conocimiento y conducta de salud (IV)	190220 Identifica los factores de riesgo	1. Nunca demostrado	2	4
				CLASE.- Control del riesgo y seguridad (T)	190201 Reconoce los factores de riesgo	2. Raramente demostrado	2	4
				RESULTADOS.- Control del riesgo(1902)	190202 Controla los factores de riesgo ambientales	3. A veces demostrado	2	3
		4. Frecuentemente demostrado						
		5. Siempre demostrado						
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC								
INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES				
Cuidados de las úlceras por presión(3520)				Protección contra las infecciones (6550)				
CAMPO: 1 Fisiológico básico				CAMPO: 2 Fisiológico complejo				
CLASE: C Control de la inmovilidad				CLASE: : L control de la piel/heridas				
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA				ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.</li> <li>- Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante.</li> <li>- Desbridar la úlcera, si es necesario.</li> <li>- Limpiar la úlcera con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro.</li> <li>- Anotar las características del drenaje.</li> <li>- Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda.</li> <li>- Asegurar una ingesta dietética adecuada.</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.</li> <li>- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.</li> <li>- Aplicar técnicas de aislamiento, si es preciso.</li> <li>- Obtener muestras para cultivo, si es necesario.</li> <li>- Fomentar un aumento de la movilidad y la realización de ejercicio, según corresponda.</li> </ul>				

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS			
II	Medicina interna Terapia intensiva	Medicina interna Terapia intensiva	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA NOC			
<b>DOMINIO:</b> 11 Seguridad y protección			<b>RESULTADOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
<b>CLASE:</b> 1 Infección						<b>MANTENER</b> <b>AUMENTAR</b>
<b>CÓDIGO DEL DX.</b> 00004			<b>DOMINIO.-</b> Salud fisiológica (II)		1. Grave	
<b>DEFINICIÓN</b> Riesgo de ser invadido por organismos patógenos.  <b>RIESGO DE INFECCIÓN</b> R/C Defensas primarias inadecuadas: rotura de la piel, traumatismo tisular, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos.  <b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO:</b> Las infecciones están producidas por gérmenes patológicos, ya sean bacterias, virus u hongos bacterias, protozoos, u otros parásitos) de fuentes endógenas o exógenas microscópicas, que invaden el organismo y se multiplican en él, produciendo sustancias tóxicas.			<b>CLASE.-</b> Respuesta inmune (H)	<b>070305</b> Drenaje purulento	2. Sustancial	<b>2</b> <b>4</b>
			<b>RESULTADOS.-</b> Severidad de la infección (0703)	<b>070333</b> Dolor	3. Moderado	<b>2</b> <b>4</b>
				<b>070326</b> Aumento de leucocitos	4. Levemente	<b>1</b> <b>3</b>
					5. Ninguno	
			<b>DOMINIO.-</b> Salud fisiológica(II)		1. Inadecuado	
<b>CLASE.-</b> Digestión y Nutrición (K)	<b>100408</b> Ingesta de líquidos	2. Ligeramente adecuado	<b>2</b> <b>4</b>			
<b>RESULTADOS.-</b> Estado Nutricional(1004)		3. Moderadamente adecuado				
Estado nutricional: ingesta de nutrientes(1009)	<b>100902</b> Ingestión proteica	4. Sustancialmente adecuado	<b>1</b> <b>5</b>			
		5. Completamente adecuado				
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC</b>						
<b>INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES</b>			<b>INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES</b>			
Control de infecciones (6540)			Manejo de la Nutrición(1100)			
<b>CAMPO:</b> 4 Seguridad			<b>CAMPO:</b> 1 Fisiológico Básico			
<b>CLASE:</b> V Control de riesgos			<b>CLASE:</b> : D Apoyo nutricional			
<b>ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA</b>			<b>ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.</li> <li>- Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.</li> <li>- Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.</li> <li>- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.</li> <li>- Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.</li> <li>- Usar guantes estériles, según corresponda.</li> <li>- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.</li> <li>- Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado.</li> <li>- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar al cuidador.</li> <li>- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</li> <li>- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).</li> </ul> <p>Enseñar al paciente sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los requisitos de la dieta en función de su enfermedad o patología.</li> <li>- Las necesidades dietéticas específicas en función del desarrollo o la edad.( ingesta de fibra para prevenir el estreñimiento en los adultos mayores).</li> </ul>			



**CHARLAS Y SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE LA INSTITUCIÓN Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y TERAPIA INTENSIVA**



## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez de la Cruz, C., & Lorenzo González, 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., Herraíz 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)
- Carbonell-Fornés, P., & Murillo-Llorente, M. (Julio de 2015). Las úlceras por presión en gerontología: prevalencia y variables definatorias 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>

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>

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

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>

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>

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>