



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

UNIVERSIDAD MARIANA DE PASTO

INSTITUTO DE POSTGRADO



PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL "SAN VICENTE DE PAÚL"

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar el Grado de
Especialista en Enfermería para el Cuidado del Paciente
en Estado Crítico.**

Autora:

Vásquez Castro Ximena Alexandra

Tutora:

Lic. Narvárez Naranjo Avelina MSc

Ibarra, Diciembre 2012

Aprobación del Tutor

En calidad de tutor del Trabajo de Grado, presentado por la señora Ximena Alexandra Vásquez Castro, para optar por el Grado de Especialista en Enfermería para el Cuidado del Paciente en Estado Crítico, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación (pública o privada), y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 20 días del mes de diciembre del 2012

Lic. Avelina Narváez Msc.

C. C. 1703972727

Protocolo de Atención de Enfermería para la Prevención de Úlceras por Presión en Pacientes Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital “San Vicente de Paúl”

Por: Vásquez Castro Ximena Alexandra

Trabajo de grado de Especialización de Enfermería para el Cuidado del Paciente en Estado Crítico, aprobado en nombre de la Universidad Técnica del Norte, por el siguiente jurado, a los 27 días del mes de diciembre del 2012.

C. C.

C. C.

C. C.

Dedicatoria

Al concluir esta etapa de mi vida, que es el producto de un largo proceso de constancia, dedicación y esfuerzo, el dar todo por el todo, este trabajo de investigación con gran satisfacción dedico a mi amado esposo y a mis hijas, porque fueron mi motivo e impulso en aquellos momentos de desliz por los que he pasado, porque me permitieron crecer y estudiar.

También a todos mis seres queridos que ahora se sienten orgullosos de verme culminar esta fase de mi vida ya que de una u otra manera me han sabido respaldar y apoyarme mil gracias a todos.

Agradecimiento

A Dios, quien me dio la fé, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo.

A mi esposo, Christian, quien me brindó su amor, su cariño, su estímulo y su apoyo constante, comprensión, paciencia y espera, para que pueda culminar mis estudios, son evidencias de su gran amor. ¡Gracias!

Mi agradecimiento a todas las personas que directa o indirectamente dieron sus opiniones, consejos y palabras de aliento para concluir el trabajo.

Tabla de Contenidos

Aprobación del Tutor.....	ii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Tabla de Contenidos.....	vi
Índice de Cuadros.....	x
Índice de Gráficos.....	xi
Índice de Anexos.....	xi
Resumen.....	xii
Summary.....	xiii
Introducción.....	xiv
CAPITULO I.....	1
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del Problema.....	1
1.2. Formulación del Problema.....	4
1.3. Delimitación del Problema.....	4
1.4. Objetivos.....	4
1.4.1. Objetivo General.....	4
1.4.2. Objetivos Específicos.....	5
1.5. Preguntas de Investigación.....	5
1.6. Justificación.....	6
CAPITULO II.....	9
2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. Proceso de Atención de Enfermería.....	9
2.1.1. Valoración.....	11
2.1.1.1. Métodos para Obtener Datos:.....	14

2.1.1.2.	La Observación.....	17
2.1.1.3.	La Exploración Física.....	17
2.1.1.4.	Validación de Datos	18
2.1.1.5.	Organización de los Datos.....	19
2.1.1.6.	Documentación y Registro de la Valoración.....	20
2.1.2.	Diagnóstico de Enfermería	21
2.1.2.1.	Diagnóstico Real	22
2.1.2.2.	Diagnóstico de Riesgo.....	22
2.1.2.3.	Diagnostico Posible	22
2.1.2.5.	Problemas Interdependientes.....	23
2.1.3.	Planificación.....	23
2.1.3.1.	Esta etapa se compone de varias fases:.....	24
2.1.4.	Ejecución.....	25
2.1.5.	Evaluación	25
2.1.6.	Objetivos del Proceso de Atención de Enfermería.....	26
2.1.6.1.	Ventajas.....	27
2.1.7.	Planificación de los Cuidados de Enfermería	28
2.1.7.1.	Etapas del plan de cuidados	28
2.1.7.2.	Partes que componen el plan de cuidados:.....	30
2.1.8.	Tipos de Planes de Cuidado	30
2.1.9.	Protocolos de Enfermería	31
2.2.	Úlceras por Presión	34
2.2.1.	Fisiopatología de la Piel.....	35
2.2.2.	Etiopatogenia	36
2.2.3.	Clasificación y Estadiaje de las UPP.....	37
a)	Estadio I	38

b) Estadio II	39
c) Estadio III	39
2.2.4. Localización	40
2.2.5. Prevención	42
2.2.5.1. Valoración del Riesgo de UPP	42
2.2.5.4. Valoración del Paciente	49
2.2.5.5. Herramientas para la Valoración Integral del Paciente	50
2.2.5.6. Valoración de la Lesión	51
2.2.6. Factores de Riesgo	52
2.2.6.1. No Permanentes	52
2.2.6.2. Factores Permanentes	54
2.2.7. Cuidados de Enfermería Sobre Prevención de Ulceras por Presión	55
2.2.7.1. Valoración del Riesgo	55
2.2.7.2. Cuidados Específicos	56
2.2.7.3. Los Tipos de Superficies Especiales de Apoyo	59
2.2.7.4. Cuidados Generales	61
2.2.7.5. Educación	62
2.2.7.6. Registro y Evaluación	62
2.2.8. Tratamiento	63
2.2.8.1. Valoración	64
2.2.8.2. Alivio de la Presión sobre los Tejidos	66
2.2.8.3. Técnicas de Posición	66
2.2.9. Cuidados Generales	70
2.2.9.1. Prevención de Nuevas Lesiones por Presión	70
2.2.9.2. Soporte Nutricional	70

2.2.9.3. Soporte Emocional	71
2.2.9.4. Cuidados Paliativos en Ulceras por Presión.....	72
CAPITULO III	75
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	75
3.1. Tipo de la Investigación	75
3.2. Población	76
3.3. Técnicas e Instrumentos de Investigación	76
3.3.1. Técnicas	76
3.3.1.1. Revisión Documental	76
3.3.1.2. La Observación.....	77
3.3.2. Instrumentos	77
3.3.2.1. Lista de Chequeo.....	77
3.4. Variables	79
3.5. Operacionalización de Variables	80
CAPITULO IV	87
4. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	87
4.1. Resultados de la Revisión Documental Aplicada a Pacientes.....	88
4.1.1. Características sociodemográficas de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paúl durante el periodo de Julio del 2010 a Julio 2011	88
4.2. Resultados de la Guía de Observación	97
4.3. Conclusiones y Recomendaciones	103
4.3.1. Conclusiones	103
4.3.2. Recomendaciones	105
Bibliografía y Lincografía	106
CAPÍTULO V.....	115

5. PROPUESTA	115
5.1. Título	118
5.2. Definición	118
5.3. Objetivo General	118
5.4. Objetivos Específicos	118
5.5. Justificación	119
5.6. Nivel de Atención	119
5.7. Protocolo	120
5.7.1. Valoración de Riesgo	120
5.7.2. Diagnóstico	121
5.8. Equipos y Materiales	121
5.9. Plan de Atención de Enfermería	122
5.10. Criterios de Alta	126
5.11. Guía de Evaluación de la Atención de Enfermería	126
5.12. Implementación de la Propuesta	130
5.13. Bibliografía de la Propuesta	131

Índice de Cuadros

CUADRO N° 1. Edad de los pacientes	88
CUADRO N° 2. Sexo de los Pacientes	89
CUADRO N° 3. Estado Civil de los Pacientes	90
CUADRO N° 4. Nivel de Instrucción de los Pacientes	91
CUADRO N° 5. Ocupación de los Pacientes	92
CUADRO N° 6. Nivel de Ingresos de los Pacientes.....	93
CUADRO N° 7. Procedencia de los Pacientes	94
CUADRO N° 8. Hábitos Alimentarios de los Pacientes.....	95
CUADRO N° 9. Distribución de Patologías	96

Índice de Gráficos

GRÁFICO N° 1. Edad de los Pacientes	88
GRÁFICO N° 2. Sexo de los Pacientes	89
GRÁFICO N° 3. Estado Civil de los Pacientes.....	90
GRÁFICO N° 4. Nivel de Instrucción de los Pacientes del UCI	91
GRÁFICO N° 5. Ocupación de los Pacientes	92
GRÁFICO N° 6. Nivel de Ingresos de los Pacientes.....	93
GRÁFICO N° 7. Procedencia de los Pacientes de UCI.....	94
GRÁFICO N° 8. Hábitos Alimentarios de los Pacientes del UCI.....	95
GRÁFICO N° 9. Distribución de Patologías	96

Índice de Anexos

ANEXO A. Formato de Revisión de Datos Sociodemográficos para Pacientes	133
ANEXO B. Guía de Observación	135
ANEXO C. Implementación de la Propuesta	138

Título: Protocolo de Atención de Enfermería para la Prevención de Úlceras por Presión en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital “San Vicente de Paúl”

Autor: Lic. Ximena Vásquez

Tutor: Lic. Avelina Narváez Naranjo
MSc

Año: 2012

Resumen

Las úlceras por presión (UPP), son en la actualidad un problema de salud pública, donde su incidencia va incrementando día a día, situación que afecta directamente a la persona, familia, entorno social; como a las instituciones y sistemas de salud. He aquí la relevancia de valorar en forma oportuna los factores que intervienen y favorecen el desarrollo de las úlceras por presión, para minimizar al máximo el costo personal y social. La estancia hospitalaria puede desencadenar el riesgo de presentar úlceras por presión las cuales pueden llegar a ser prevenidas en cuanto a número y gravedad aplicando la Escala de Braden que sirve para valorar úlceras por presión, y con conocimientos del personal de Enfermería que labora en el servicio. Para llevar a cabo esta investigación, se utilizó una Revisión Documental de la Historia Clínica dirigida a los pacientes que estuvieron hospitalizados y con riesgo de presentar úlceras por presión, y una Guía de Observación para el personal de Enfermería aplicando las fases del Proceso de Atención de Enfermería; basado en evidencia científica, adaptada a la realidad y los recursos humanos existentes en la Unidad de Cuidados intensivos del Hospital San Vicente de Paúl. Además de considerar los fundamentos científicos, se debe considerar los fundamentos de la teoría, debido al carácter integral que estos poseen. Las conclusiones arrojaron que las profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos no presentan niveles óptimos de información sobre el manejo de las úlceras por presión. Teniendo este estudio como propósito diseñar un Protocolo de atención de enfermería para la prevención de úlceras por presión dirigido a las profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paúl y determinar la información que posee el personal sobre los cuidados generales y específicos apoyados por la metodología del proceso de atención de enfermería para la prevención de úlceras por presión.

Title: Nursing Care Protocol for the Prevention of Pressure Ulcers in patients hospitalized in the Intensive Care Unit at the Hospital "San Vicente de Paul"

Author: Ximena Vásquez

Tutor: Avelina Narváez Naranjo
MSc

Year: 2012

Summary

Pressure ulcers (PU) are now a public health problem, where its incidence is increasing day by day, a situation that directly affects the individual, family, social environment and to the institutions and health systems. Here the importance of assessing in a timely manner the factors involved and promote the development of pressure ulcers, to significantly reduce the personal and social cost. The hospital permanence can trigger the risk of pressure ulcers which may become preventable in the number and severity using the Braden Scale used to assess pressure ulcers, and with knowledge of nursing staff working in the service. To carry out this research, we used a survey with a review of the clinical history aimed at patients who were hospitalized and at risk of pressure ulcers, and Observation Guide for the nursing staff using the process steps nursing care, based on scientific evidence, tailored to the reality and human resources existing in the Intensive Care Unit of the Hospital San Vicente de Paul. Besides looking at the science, consider the fundamentals of the theory, due to the integral character that they possess. The findings showed that the nurses in the UCI have optimal levels of information on the management of pressure ulcers. Taking this study intended to develop a nursing care protocol for prevention of pressure ulcers led to nurses in the Intensive Care Unit of the Hospital San Vicente de Paul and determine the information it has staff on the general care and specific methodology supported by the nursing care process for the prevention of pressure ulcers.

Introducción

A las puertas de un nuevo milenio, las úlceras por presión continúan siendo un importante problema para la salud con graves e importantes consecuencias a diferentes niveles, tanto para los pacientes y sus entornos familiares como para los profesionales de salud, principalmente la enfermería.

Las úlceras por presión constituyen un problema antiguo y en relación directa con el proceso patológico y sus consecuencias, los profesionales de la salud se deben enfrentar ante esta situación, ya que el manejo de pacientes que deben permanecer por largo período de tiempo inmovilizados; puede aparecer esta lesión, lo cual produce un incremento en el índice de infecciones y alargamiento de la estancia hospitalaria. Esta lesión consiste en la destrucción hística localizada, producida por una presión prolongada, lo cual interfiere en el riego sanguíneo, produciendo finalmente anoxia y muerte del tejido.

Un bajo índice de aparición de úlceras por presión es sinónimo de buen trabajo de enfermería, pero en su prevención deben estar implicados tanto el personal de salud como el propio paciente y sus familiares, a los cuales se deberá prestar todo nuestro apoyo y enseñanza adecuada de las técnicas a aplicar.

Según (Findlay, 1997, pág. 5), 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 los pacientes con riesgo de padecer úlceras por presión es el primer paso en la prevención. Posteriormente se deben reconocer y corregir los factores causales, fundamentalmente la presión directa prolongada, así

como otros factores importantes fricción, humedad, falta de higiene entre otros.

Al personal de enfermería se le considera parte esencial de una institución médica, que brinda un servicio de enfermería eficiente, eficaz y oportuna al paciente, la familia y la comunidad.

(Balderas, 1995, pág. 9), señala “Enfermería es fuente de información y formación de profesionales de la salud; es el área donde se integran las acciones del equipo médico, las cuales culminan en una proyección de la institución hacia los usuarios”

Los cuidados del profesional de enfermería proporcionados a los pacientes en medios hospitalarios son de gran importancia ya que estos profesionales tienen la responsabilidad de cuidar el estado general de los pacientes, entre los cuales está la prevención de las úlceras por presión. Para proporcionar estos cuidados, la enfermera(o) requiere de conocimientos específicos de esta lesión, así como la prevención, cuidados y complicaciones de las mismas, con la finalidad de proporcionar una atención óptima al paciente dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos.

El tema de esta investigación se sustenta debido a que en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, no cuentan con un protocolo de atención de enfermería para la prevención de úlceras por presión, el cual permitiría realizar de forma eficaz y específica los cuidados de enfermería a pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

Las úlceras por presión representan un importante problema asistencial dado por su prevalencia y el impacto sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes. Además, supone en la actualidad, uno de los capítulos más importantes del que hacer de los profesionales de enfermería ocasionando un enorme costo al sistema de salud y el sufrimiento familiar que acarrea.

Las úlceras por presión son toda lesión de la piel producida cuando se ejerce una presión sobre un plano o prominencia ósea, provocando un bloqueo del riego sanguíneo a este nivel; como consecuencia se produce una degeneración rápida de los tejidos y constituye un problema frecuente en los servicios donde los pacientes permanecen más de tres o cinco días hospitalizados.

Las úlceras por presión se siguen presentando de manera significativa a pesar de que a nivel mundial se han realizado múltiples esfuerzos para disminuir su incidencia, entre los que se destacan, la realización de protocolos basadas en evidencias científicas para la prevención de úlceras por presión, que busca identificar las mejores estrategias para evitar que se presenten las úlceras por presión y contribuir significativamente a mejorar la calidad del cuidado de enfermería.

Estas lesiones se consideran un evento adverso porque originan un problema patológico adicional al que tenía el paciente al ingreso hospitalario, lo cual genera una estancia hospitalaria más larga de la esperada, lo que conlleva al deterioro de la calidad de vida de los pacientes y costos adicionales. Por estos motivos la Organización Mundial de la Salud utiliza incidencia de las úlceras por presión como uno de los indicadores para evaluar la calidad asistencial de las instituciones de salud, relacionada directamente con el cuidado de enfermería. Hoy en día se ha evidenciado según estudios a nivel internacional la preocupación por este tema, especialmente porque se cree que la mayoría (95%) de las úlceras por presión que presentan los pacientes son evitables y otro porcentaje importante (60%) serían prevenibles a través de la aplicación de escalas de valoración de riesgos de úlceras por presión.

Según (Rueda, Torna, Martínez, Verou, & Soldevilla, 2003, págs. 37 - 47) "Para poder enfocar mejor el cuidado de enfermería a los paciente se hace necesario conocer la prevalencia de las úlceras por presión, sin embargo esta planeación del cuidado se realiza con base a los estudios realizados en otros países, como país guía se tiene a España, donde se encuentra el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión (GENEAUPP), donde demuestra según el Primer estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión, que llega a afectar de 452 pacientes a un 8.24%, en unidades médicas con 274 pacientes un 9%, en unidades quirúrgicas con 55 pacientes a un 3.83%, en unidades mixtas con 73 pacientes a un 10% y en unidades de cuidado crítico un 16.12%, mostrando que la prevalencia de úlceras por presión, en la población hospitalizada presenta una amplia variabilidad, entre el 3.5% y el 29 %. Se ve entonces que la prevalencia se presenta más en unos servicios que en otros y que esto depende de ciertos factores asociados, tales como la edad, tiempo de estancia en el servicio, patologías y factores externos al paciente y tiempo prolongado en cama".

En Ecuador, no se encuentran registrados datos epidemiológicos de la incidencia y prevalencia de las úlceras por presión en personas

hospitalizadas, posiblemente porque éstas se presentan como efecto secundario de patologías primarias que afectan la condición general o la actividad y/o movilidad de las personas. Sin embargo la experiencia en el área hospitalaria lleva a concluir que es un importante problema de salud que contribuye significativamente a la afectación de la calidad de vida y al incremento de la morbi-mortalidad y de los costos por los tratamientos que su manejo implica.

En el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, no existen estudios respecto a incidencia y prevención del desarrollo de úlceras por presión, ni datos estadísticos a pesar de la importancia significativa que representan para la salud pública, por lo que no es posible medir objetivamente el impacto de las intervenciones que se realizan para su prevención.

En respuesta a esta problemática, el presente estudio está dirigido a determinar las intervenciones y el contexto en el que se da el cuidado de enfermería para la prevención de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Ante esta situación, surge la motivación de realizar un trabajo de investigación que determine la atención de prevención que brinda el personal de enfermería a pacientes con riesgos de presentar úlceras por presión que se encuentran hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paúl.

Se espera que los resultados de este estudio contribuyan a la planificación de los cuidados de enfermería, motivando al personal profesional de enfermería al desarrollo de estrategias como la protocolización de las actividades de enfermería como una herramienta para la prevención de úlceras por presión encaminado a la mejora continua de la calidad de atención.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es la intervención del profesional de enfermería a través del proceso de atención de enfermería para la prevención de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital San Vicente de Paúl?

1.3. Delimitación del Problema

La investigación se realizó en la ciudad de Ibarra, en el Hospital San Vicente de Paúl, en la Unidad de Cuidados Intensivos, comprendida entre el último semestre del 2010 y el primer semestre del 2011, utilizando la Escala de Braden la cual contempla los siguientes aspectos: Percepción sensorial, Exposición a la humedad, Actividad, Movilidad, Nutrición y Riesgo de lesión cutánea a través de la metodología del Proceso de Atención de Enfermería.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Identificar la intervención de Enfermería a través del proceso de atención de enfermería (PAE) para la prevención de úlceras por presión en las y los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital San Vicente de Paúl en la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características socio-demográficas de la población en estudio.
- Identificar los cuidados de enfermería en base a la metodología del proceso de atención de enfermería (PAE) y Escala de Braden para la prevención de úlceras por presión en las y los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Estandarizar los cuidados de enfermería para la prevención de úlceras por presión a través de una propuesta de protocolo.
- Implementar el protocolo estandarizado de enfermería para la prevención de úlceras por presión.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características socio-demográficas de la población en estudio?
- ¿Cuáles son los cuidados de enfermería en base a la metodología del proceso de atención de enfermería (PAE) y Escala de Braden para la prevención de úlceras por presión en las y los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos?
- ¿La estandarización de los cuidados de enfermería a través de un protocolo ayudaría a la prevención de las úlceras por presión?
- ¿La implementación del protocolo estandarizado de enfermería ayudaría a la prevención de úlceras por presión?

1.6. Justificación

La importancia de realizar el presente estudio está relacionado a la prevención de las úlceras por presión que son lesiones de la piel producidas como consecuencia de un proceso de isquemia que puede afectar e incluso necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde tiene lugar dicho proceso, llegando en ocasiones a la articulación y el hueso.

Se considera como un problema de salud pública porque se ve vulnerada la calidad de vida de los pacientes afectados y de su familia ya que se inicia una secuencia de situaciones a la que debe ser sometido el paciente, algunas de ellas son la curación de las lesiones, administración de antibióticos, prolongación de la estancia hospitalaria con los consiguientes costos, factores que al articularse entre sí generan una influencia negativa para el paciente y todo su entorno familiar y social.

Los procesos de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de enfermería, buscan la prestación de atención que logre satisfacer necesidades de los pacientes con los mayores beneficios para ellos y la institución disminuyendo los riesgos que se derivan de las intervenciones del equipo de enfermería, debido a esto surge la necesidad de crear un protocolo que estandarice y clasifique las acciones de los profesionales de enfermería de acuerdo con la condición de vida de los pacientes y la complejidad de su hospitalización. Por ello el cuidado para la prevención debe ser profesional, basado en la metodología del proceso de atención de enfermería y a través de la planificación de los cuidados traducidos en el protocolo para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios externos e internos , para ofrecer una atención con excelencia y eficiencia.

En este sentido, este protocolo de prevención ayudará a las y los profesionales de enfermería a tener un herramienta de trabajo que evidenciara la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de la atención de enfermería en la prevención de úlceras por presión y de esa manera estandarizar los cuidados, orientar la mejora continua de enfermería, optimizar la participación del recurso humano de enfermería y mejora la calidad de vida de las los pacientes y por ende disminuir los costos institucionales, familiares debido a las complicaciones generadas por las úlceras por presión.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Proceso de Atención de Enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería es conocida como el proceso de atención de enfermería. Los objetivos y características de la atención de enfermería son muy diversos y variados como son las personas, familias o comunidades, sus necesidades específicas y eventuales problemas de salud que presenten.

Desde una perspectiva holística que toma en cuenta todas las dimensiones del individuo y su entorno y enfoque de género que identifica a grupos críticos (vulnerados o vulnerables), de sus problemas y necesidades de las inequidades tanto en la oferta de salud como en las actitudes y calidad de trabajo, también se debe tener en cuenta las necesidades fisiológicas y espirituales del ser humano. Cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de tales necesidades, ya sea interno (individuo) o bien externo (ambiental), priva al individuo de su total autonomía y puede requerir una actuación de enfermería destinada al restablecimiento de la salud en una dimensión más amplia.

Según (Ostiguin & Velásquez, 2001) "El Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar

cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma”.

Pág. 145

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y su entorno social, cultural y familiar y no sólo a su enfermedad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia.

- **Bases del Proceso de Atención de Enfermería**

Con el objeto de solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente, es indispensable establecer una serie de pautas que en su conjunto constituyen el proceso de atención de enfermería. Se trata de un proceso continuo, pero integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente, que tiene como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente, Es importante señalar que estas etapas a pesar de ser analizadas independientemente, en realidad están íntimamente ligadas, puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir las necesidades del paciente no solo desde una dimensión física y fisiológica si no desde una dimensión holística.

El proceso de enfermería abarca, por una parte, la recogida, el análisis y la interpretación de los datos precisos para determinar las necesidades del paciente y por otra, la planificación de los cuidados oportunos, su ejecución y su evaluación global.

Con fines didácticos y metodológicos lo señalamos las etapas pero estas en la práctica se superponen:

2.1.1. Valoración

Es la primera fase que se define como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del paciente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del

individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos y básicos
- Habilidades técnicas e interprofesionales
- Convicciones (ideas, creencias).
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).

- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

2.1.1.1. Métodos para Obtener Datos:

A) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Existen tres tipos de interferencias:

- Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. “Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso de responsabilización de las obligaciones”, Borrell (1989),
- Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
- Expresiones faciales,

- La forma de estar y la posición corporal,
- Los gestos,
- El contacto físico,
- La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- Empatía: Según Cibanal J, Luis (2003) Entendemos por empatía a “la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor”. Pero Borrell, F (1989), nos aporta “que no basta con comprender al paciente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión”.
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- Respeto: Según Borrell, F (1989) “Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos”. En palabras de Cibanal J, Luis (2003), “implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona”.
- Concreción: Borrell, F (1989) indica que “la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista”.

Cibanal J, Luis (2003) aporta una quinta característica del entrevistador: La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

2.1.1.2. La Observación

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno.

2.1.1.3. La Exploración Física

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

La exploración física se centra en: Determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas:

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos.
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel. Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen, los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

2.1.1.4. Validación de Datos

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es lo que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla. Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

2.1.1.5. Organización de los Datos

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas o por patrones funcionales.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, “aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan”, indica Tomás Vidal (1994).

2.1.1.6. Documentación y Registro de la Valoración

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado

Las normas que Iyer, Patricia (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- “Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.
- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, normal, regular.
- Los hallazgos deben describirse de manera metódica, forma , tamaño.
- La anotación debe ser clara y concisa.
- Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.

- Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común”. Pág. 278.

(Kozier & Dugas, 1974, págs. 57 - 59), señala que “Algunas indicaciones de lo que es importante para el paciente, descubrir aquello que le hace sentirse seguro, cómodo y protegido. Ayuda a la enfermera a cuidar de los pequeños detalles que tanto significan para el paciente”.

2.1.2. Diagnóstico de Enfermería

Se trata de identificar los problemas y necesidades que el paciente, la familia o comunidad tiene y que son la base del plan de cuidados. Además en esta fase el profesional debe identificar asimismo los recursos necesarios para las intervenciones enfermeras.

(Alfaro-Leteure, 2004), al respecto de la finalidad de esta etapa señala los siguientes puntos:

- Reconocer los problemas de salud
- Prevenir las posibles complicaciones
- Iniciar las acciones para asegurar un tratamiento adecuado y a tiempo”.

En esta fase se debe diferenciar entre diagnóstico y problemas interdependientes, en relación a que la intervención de enfermería sea autónoma y por tanto la decisión, la acción y los resultados son totalmente responsabilidad del profesional que lo realiza.

2.1.2.1. Diagnóstico Real

Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnostico de Enfermería real.

2.1.2.2. Diagnóstico de Riesgo

Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedida por el término alto riesgo.

2.1.2.3. Diagnostico Posible

Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir.

2.1.2.4. Diagnóstico de Bienestar:

Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaz.

2.1.2.5. Problemas Interdependientes

- Controlar los cambios de estado del paciente
- Manejar los cambios de estado de salud
- Iniciar actuaciones prescritas por el médico.

Los Pasos de esta Fase son:

- Identificación de problemas:
 - ✓ Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
 - ✓ Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.
- Formulación de problemas:
 - ✓ Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

2.1.3. Planificación

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud. Esta tercera etapa se inicia con los diagnósticos de Enfermería y concluye cuando se registra las intervenciones del cuidado de Enfermería.

La planificación es la etapa en la cual se determina qué cuidados específicos requiere el paciente para cubrir las necesidades y solucionar los problemas que se han detectado en la etapa anterior.

La planificación de cuidados exige al profesional de enfermería un gran esfuerzo de síntesis y relación para determinar la gravedad o la afectación del problema, de los recursos de los que dispone y del tiempo necesario para lograr la recuperación del paciente.

2.1.3.1. Esta etapa se compone de varias fases:

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos con resultados esperados.** Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.
- **Elaboración de las actuaciones de enfermería,** Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas de la enfermera para hacer realidad los objetivos.
- **Documentación y registro**

2.1.4. Ejecución

Realización o puesta en práctica de las estrategias terapéuticas.

Se realiza unas pautas de actuación. En esta etapa es fundamental la competencia técnica, ya que hay que aplicar lo planificado de forma inmediata y eficiente; es decir hay que aplicar los conocimientos, las actividades, la metodología, la técnica de las actividades y los cuidados.

Fases:

- Valorar situación actual y garantizar la seguridad de todos. (medidas de seguridad del paciente y los profesionales)
- Aplicar los protocolos e intervenciones que se han identificado en la planificación aplicando plan de cuidados estandarizado y/o protocolo de actuación inmediata.
- Registrar
 - Todas las actuaciones tienen que estar suficientemente justificadas, y además corresponder a la situación que hemos detectado.
 - Todas las actuaciones deben quedar perfectamente registradas para que puedan evaluarse y sobre todo contabilizarse.

2.1.5. Evaluación

Es comparar las respuestas del y la paciente, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos, Es emitir un juicio, sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándole con uno o varios criterios.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

Griffith y Christense (1986) “señalan que la evaluación ideal es una parte integral de cada uno de los componentes del proceso y no solamente una de las etapas del mismo”.

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos.

2.1.6. Objetivos del Proceso de Atención de Enfermería

- Construir una estructura que pueda cubrir individualizando al paciente, familia y comunidad.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidado individual, familiar o comunitario.
- Actuar para cubrir y resolver problemas, prevenir o curar la enfermedad.

2.1.6.1. Ventajas

La aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) tiene repercusiones en las y los pacientes y en la profesional enfermera o enfermero, ya que define el campo de su ejercicio profesional y contiene normas de calidad en el sujeto de atención, mediante este proceso garantiza la calidad de los cuidados y en las los profesionales de enfermería se produce satisfacción.

Para el paciente:

- Participa en su propio cuidado
- Continuidad en la atención
- Mejora la calidad de atención

Para la enfermera/enfermero

- Se convierte en experta
- Satisfacción en el trabajo
- Crecimiento profesional

Características

Al ser un planteamiento organizado para alcanzar objetivos es:

- **Dinámico:** Responde a un cambio continuó.
- **Interactivo:** Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera/enfermero y las/los pacientes, su familia y los demás profesionales de la salud.

- **Flexible:** Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con personas, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- **Tiene una base teórica:** El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen conocimientos científicos, técnicos, humanos y se puede aplicar a cualquier modelo teórico.

2.1.7. Planificación de los Cuidados de Enfermería

El plan de cuidados, además de ser una herramienta básica para el trabajo de las y los profesionales que tienen a su cargo el enfermo, constituye un instrumento de comunicación y de unificación de las intervenciones del equipo de salud, lo que resulta de suma utilidad para potenciar la actividad coordinada de todos los miembros y garantizar la eficacia y continuidad de los cuidados.

2.1.7.1. Etapas del plan de cuidados

Establecer prioridades en los cuidados: Selección de los problemas y/o necesidades que puede presentar una familia, una comunidad su familia, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos de los pacientes con los resultados esperados: es determinar y describir los criterios del resultado necesarios para proporcionar al equipo de enfermería, de tal manera que todas las acciones a la meta de atención propuesta, formular los objetivos permite evaluar la evolución de las y los pacientes así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mesurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles, tener en cuenta que el principal apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Elaboraciones de las actuaciones de enfermería: Esto es determinar los objetivos de enfermería. Determinación de actividades, las acciones específicas en el plan de cuidados corresponden a tareas concretas que la enfermera enfermero y/o familia realizan para responder a los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones de enfermeras enfermeros que a de llevar a la práctica todo el personal de enfermería que tiene la responsabilidad del cuidado del y la paciente.

Las actividades propuestas se registran en instrumento correspondiente y debe especificar: que hay que hacer, cuando hay que hacerlo, como hay que hacerlo, donde hay que hacerlo, donde hay que hacerlo y quien ha de hacerlo.

Documentación y registro: es el registro ordenado de los diagnósticos y resultados esperados y actuaciones de enfermería.

Según (Griffith & Christensen, 1986), “El plan de cuidado de enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación de y la paciente, los resultados que se esperan, las estrategias indicaciones y la evaluación de todo ello”

2.1.7.2. Partes que componen el plan de cuidados:

Los planes de cuidado deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnóstico de enfermería
- Objetivos del y la paciente para alta y largo plazo (criterios de resultado)
- Indicaciones de enfermería (actividades)
- Evaluación (informe de evaluación del estado de salud del paciente).

2.1.8. Tipos de Planes de Cuidado

Según el (Hospital General Universitario, 2011, pág. 7), existen 4 tipos de planes de cuidados:

- a. “Individualizados:** son los que permiten documentar los problemas, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.
- b. Estandarizado:** Es un protocolo específico de cuidados apropiado para las y los pacientes que padecen los problemas normales o relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.
- c. Estandarizado con Modificaciones:** Este tipo de planes es la individualización al dejar abierta opciones en los problemas de las y los pacientes, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería
- d. Computarizado:** Requieren de la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles y permite la individualización de la paciente”.

2.1.9. Protocolos de Enfermería

Según (Lavados, 2004), “Los protocolos buscan garantizar la calidad de la atención y la satisfacción del cliente reduciendo los costos de la atención de salud. Sirve de protección legal, facilitando la comunicación entre el equipo de salud”. (págs. 10 – 14)

Es una guía de atención individualizada para un grupo de pacientes con problemas predecibles dirigido al diagnóstico médico y de enfermería incluyendo los problemas potenciales. Es una guía de atención escrita, organizada del proceso de atención de enfermería que presenta problemas reales frecuentes, potenciales y probables, de acuerdo a la patología común o más frecuente del servicio.

La protocolización es un tipo de plan de cuidados dentro del proceso de atención de enfermería utilizado en cualquier organización moderna proyectado hacia la calidad de atención del y la paciente acredita una buena práctica de los cuidados de enfermería en un hospital favorece la seguridad, y desarrollo profesional diario. Mientras que los fines que persiguen son:

- Garantizar la calidad de la atención y la satisfacción del cliente.
- Reducción los costos de la atención de salud.
- Sirve de protección legal específicos.
- Facilita la comunicación entre en el equipo de salud.
- Unifica criterios

a) Características y Atributos de los Protocolos

- Un protocolo debe validarse sobre modelos de plantillas previamente validadas que faciliten su ejecución.

- Ser accesibles a los profesionales
- Confiabilidad y sencillos de manejar.
- De uso práctico de carácter multidisciplinario pero a la vez especificar procedimientos propios en el marco de la autonomía.
- Flexibilidad debe contar con el consenso de las y los profesionales en enfermería.
- Debe ser evaluado
- Revisión programada
- Documentado

b) Metodología para la Elaboración de la Protocolización

- Fase de planificación
- Fase de construcción
- Fase de consenso y generalización
- Fase de difusión
- Fase de evaluación

c) Estructura del Protocolo

- Título
- Definición
- Objetivos
- Nivel de atención
- Valoración
- Diagnóstico de enfermería
- Equipo material (dividido en recursos humanos y materiales).

- Plan de atención de enfermería en matriz de pasos a seguir en la que se encuentra las actividades pasos a seguir (explicación de los pasos a seguir para realización de la técnica).
- Fundamentos (explicación o precauciones a tener en cuenta en el momento de desarrollar cada actividad de la técnica) como puntos clave.
- Criterios de alta
- Evaluación
- Flujograma
- Bibliografía consultada

d) Nivel de Atención

Especifica el nivel o perfil en el servicio que se atiende o resuelve el problema. Define criterios para determinar el tipo de atención ambulatoria, hospitalaria, emergencia y UCI o según la clasificación de los niveles de atención grado I, II, III, IV.

➤ Nivel 1 Cuidados Mínimos

- Cuidados mínimos de enfermería.
- Paciente/a que puede deambular y bañarse sin ayuda.
- Paciente/a sin terapia intravenosa y con pocos medicamentos.
- Paciente/a que necesita poco tratamiento, medicación e instrucción.

➤ Nivel 2 Cuidados Medios

- Paciente que necesita una media de cuidados esto es:
- Paciente/a cuyos síntomas graves han disminuido.
- Paciente/a que presenta algunos trastornos psicológicos o sociales.

- Paciente/a con terapia intravenosa.
- Paciente/a que está levantado y activo pero que requiere ayuda por períodos breves, reposo parcial en cama necesario.

➤ **Nivel 3 Cuidados Especiales**

- Paciente/a que necesita cuidados de enfermería por encima de la media hora.
- Paciente/a que necesita observaciones o tratamiento cada dos o tres horas.
- Paciente/a sin complicaciones con medicación intravenosa cada tres horas.
- Paciente/a sin complicaciones con medicación intravenosa cada cuatro horas.
- Paciente/a que necesita cambios de tratamiento en las prescripciones médicas cada seis horas.

➤ **Nivel 4 Cuidados Intensivos**

- Paciente/a que necesita cuidados máximos de enfermería.
- Paciente/a que presenta síntomas extremos.
- Paciente/a cuya evolución necesita ser rígidamente controlada.
- Paciente/a con cambio de prescripciones 6 o más veces por día.
- Paciente/a que necesita ser observados cada 30 minutos, cada hora y con mucha medicación.

2.2. Úlceras por Presión

Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico localizado en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, se produce por

presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro externo a él.

Según (Izquierdo, 2005, pág. 15) Este proceso puede alcanzar planos profundos, con destrucción de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y musculo, donde tiene lugar dicho proceso, llegando en ocasiones a la articulación y el hueso, vasos sanguíneos y nervios, la UPP es dolorosa y sana con gran lentitud. Pág. 15; además (Rich, Ayano, Camillo, & Donaire, 1999), señalan que “una de las causas de estas lesiones es que la piel se encuentra situada entre dos planos duros, uno interno y otro externo, y la tolerancia de los tejidos a la presión ejercida por ambos es mínima”.

2.2.1. Fisiopatología de la Piel

La piel es el órgano más externo del cuerpo humano, con la particularidad de que tiene la capacidad de renovarse a sí mismo. (Nubia, 2003), refiere que “Actúa como barrera defensiva que nos aísla y al mismo tiempo nos relaciona con el medio exterior”.

Su estructura se divide en tres capas:

- **Epidermis:** Capa superficial de la piel, constituida por varias capas o estratos de células.
- **Dermis:** Es la capa en la que se encuentran las estructuras vasculo - nerviosas. Está constituida por:
 - Sustancia fundamental: proteínas, glucosa, aminoácidos, H₂O.
 - Fibras conjuntivas: colágeno, fibras elásticas y reticulares.
 - Células: histocitos, fibroblastos y macrocitos.
 - Red vascular: arteriolas.

- Inervación cutánea: dando las sensaciones de su entorno.
- Anejos: folículos pilosebáceos y glándulas sudoríparas.
- **Hipodermis:** capa de la piel situada debajo de la dermis, de espesor variable y constituido por tejido conjuntivo.

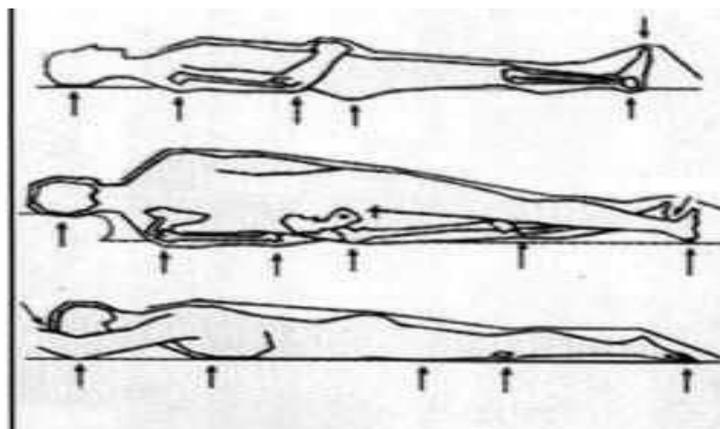
(Díaz, Barbero, Díaz, García, García, & Jiménez, 2009), menciona que “Las funciones de la piel son la protección frente a agresiones externas, bien sean mecánicas, físicas, químicas o biológicas. Además de la regulación inmunológica de la temperatura corporal, del equilibrio hidroelectrolítico y del metabolismo de la vitamina D”. (Págs. 7- 8)

2.2.2. Etiopatogenia

La formación de Úlceras por Presión está asociado a tres fuerzas: presión, fricción o rozamiento y la tracción o cizallamiento, que se consideran factores de riesgos primarios.

- **Presión:** (Caneto, y otros, 2003, pág. 4) refiere que “Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel, provocando un aplastamiento tisular entre el plano, óseo y el plano externo”

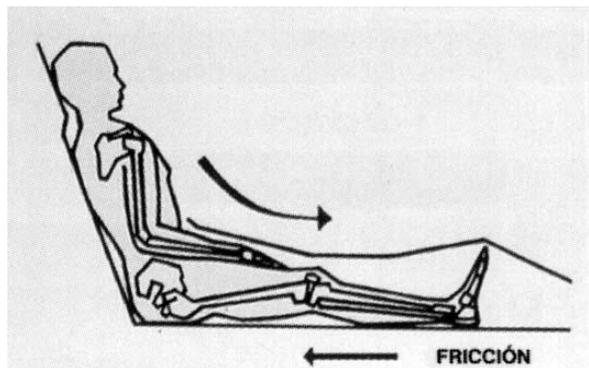
Presión Corporal



Fuente: (www.terra.es, 2011)

- **Fricción:** es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimientos o arrastres. En el paciente encamado o sentado, el roce con las sábanas o superficies rugosas produce fuerzas de fricción, sobre todo en las movilizaciones al arrastrar al paciente.
- **Tracción o cizallamiento:** se combinan los efectos de presión y fricción. Las fuerzas de cizallamiento son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes se deslizan una sobre otra.

Tracción o Cizallamiento



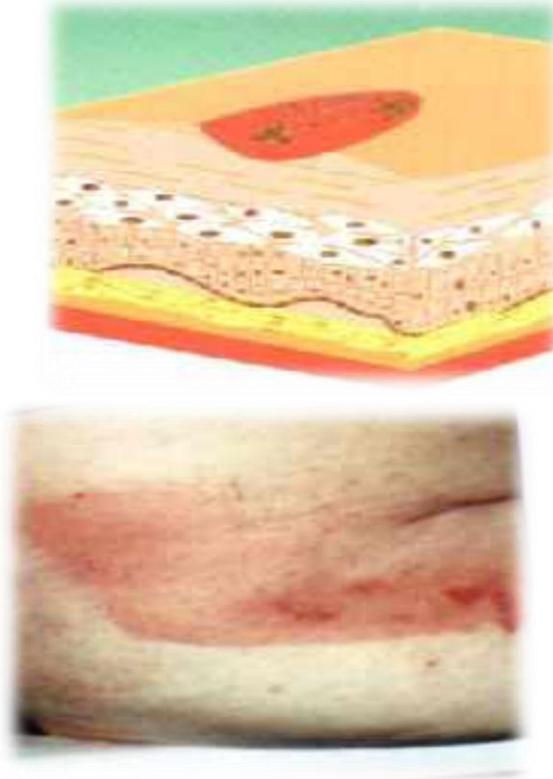
Fuente: (www.sci-geriatria.com, 2010)

2.2.3. Clasificación y Estadaje de las UPP

Para esto la clasificación y estadaje de las UPP, según GNEAUPP, 2003, se parte, y por la afectación de la piel se clasifican en los siguientes estadios:

a) **Estadio I**

Corte transversal de la piel Estadio I

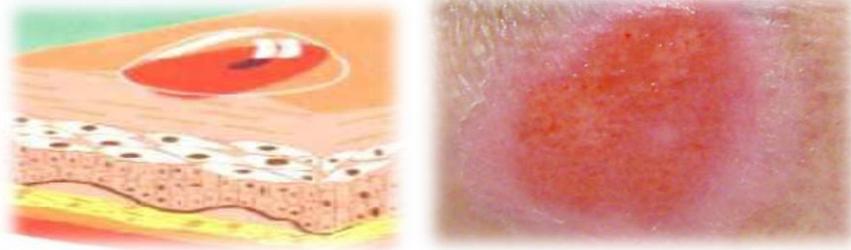


Fuente: (www.terra.es, 2011)

- Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar.
- En pieles oscuras puede presentar tonos rojos, azules o morados.
- En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:
 - Temperatura de la piel (caliente o fría)
 - Consistencia del tejido (edema, induración)
 - Y / o sensaciones (dolor, escozor)

b) Estadio II

Corte Transversal de la Piel Estadio II



FUENTE: <http://www.terra.es/personal/duenas/10.html>

- Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas.
- Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial

c) Estadio III

Corte Transversal de la Piel Estadio III



Fuente: (www.terra.es, 2011)

- Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.

d) **Estadio IV**

Corte Transversal de la Piel Estadio IV



Fuente: (www.terra.es, 2011)

- Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc).
- En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.
- En todos los casos que proceda, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

2.2.4. Localización

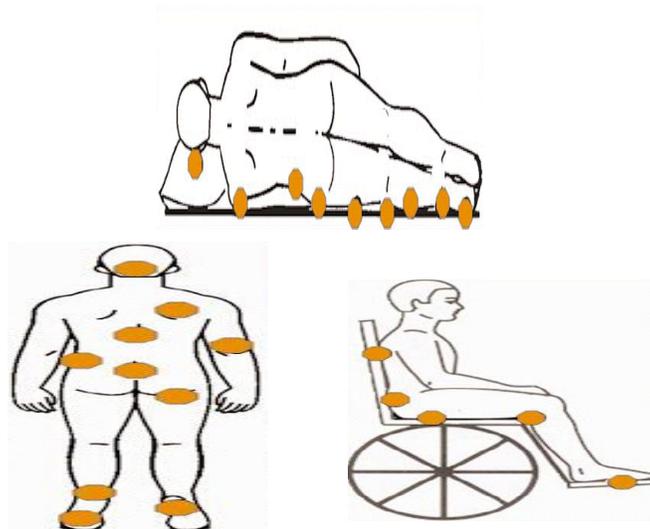
Las UPP se producen normalmente en zonas del cuerpo sometidas a presión, y que generalmente coinciden con los puntos de apoyo en dependencia de la posición que se adopte.

Los puntos más susceptibles por orden de frecuencia son:

- a) **Decúbito Supino.** Occipital, escápulas, codos, sacro, coxis, talones, dedos de pies.
- b) **Decúbito Lateral.** Pabellón auricular, acromion, costillas, trocánter, crestas ilíacas, cóndilos (rodilla), tibias, maléolos tibiales, dedos/lateral del pie.
- c) **Decúbito Prono.** (Estrella, 2000), indica las prominencias más susceptibles son “Frente, pómulos, pabellón auricular, pechos, crestas, ilíacas, pubis, genitales (en los hombres), rodillas, y dedos de los pies”.
- d) **Sentado.** Occipital, escápulas, codos, sacro y tuberosidades isquiáticas, subglúteos, huecos poplíteos y talones.

Según (Cañon, Adrove, & Castaño, 2005) “Las posiciones generadoras de presión se han descrito como la supina, prona y lateral. Influyen tres factores importantes: la duración, intensidad y continuidad de la presión”. Mientras (Caballero, 1991, págs. 70 - 81), “Normalmente cuando la presión se eleva se produce el estímulo del dolor o malestar, llegando a nivel central y hace que se cambie de postura para redistribuir las presiones”.

Localización del UPP



Fuente: (Discapnet, 2010)

- e) **Sujeción Mecánica y Otros Dispositivos.** Fosas nasales (con sondajes), pabellón auricular (gafas nasales), meato urinario (con sondaje vesical), muñecas y tobillos (con sujeciones).

Sujeción Mecánica y Otros Dispositivos



Fuente: (www.google.com.ec, 2011)

2.2.5. Prevención

2.2.5.1. Valoración del Riesgo de UPP

El paciente debe ser valorado al ingreso y, periódicamente, a lo largo de su estancia en el centro hospitalario. Todo paciente debe ser considerado paciente con riesgo de sufrir UPP, se confirmará o descartará tal afirmación una vez que hayamos realizado una valoración individualizada del mismo. Para ello nos será de gran ayuda la utilización de una Escala de Valoración de Riesgo de presentar Úlceras Por Presión (EVRUPP), que junto con nuestro juicio clínico y la identificación y cuantificación de los factores de riesgo, permitirá llevar a cabo la planificación de los cuidados de Enfermería que requiere cada paciente.

Según (García, Pernocobo, & Laguna, 2001), “los objetivos de la aplicación de una escala de valoración del riesgo de UPP serían:

- Identificar de forma precoz a los pacientes que pueden presentar UPP en base a la presencia de factores de riesgo.
- Proporcionar un criterio objetivo para la aplicación de medidas preventivas en función del nivel de riesgo.
- Clasificar a los pacientes en función del grado de riesgo, con fines de estudios epidemiológicos y/o de efectividad”.

Además, una revisión reciente encuentra cinco ventajas adicionales al uso de escalas de valoración del riesgo:

- Sirve de soporte de las decisiones clínicas.
- Permite el ajuste de casos, en función del riesgo en estudios epidemiológicos.
- Facilita el desarrollo de protocolos de valoración del riesgo.
- Sirve como prueba en casos de litigios.

Según lo anterior es importante tener en cuenta parámetros de observación y revisión continua:

2.2.5.2. Escala de Braden – Bergstrom

La Escala de Braden fue presentada en la literatura mundial por primera vez en 1987 por Bergstrom y Braden. Fue desarrollada basándose en una revisión de la literatura de los factores de riesgo para presentar Úlceras por Presión. Considera 6 aspectos que se evalúan clínicamente y se califican de manera ordinal, asignando a cada uno puntuaciones de 1 a 4 (excepto para fricción que va de 1 a 3) que se suman para dar una calificación final de entre

6 y 26 puntos. Una calificación menor implica más riesgo de presentar Úlceras por presión.

Se utilizará en las primeras 24 h desde el ingreso del paciente, para evaluar el riesgo de padecer UPP.

Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

Fuente: <http://web.usal.es/~acardoso/temas/Bergstrom.htm>

a. Percepción sensorial: Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.

Completamente limitada: 1

- Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte del cuerpo.

Muy limitada: 2

- Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial

que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.

Ligeramente limitada: 3

- Reacciona ante órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita la capacidad sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.

Sin limitaciones: 4

- Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.

b. Exposición a la humedad: Nivel de la exposición de la piel a la humedad.

Constantemente húmeda: 1

- La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.

A menudo húmeda: 2

- La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.

Ocasionalmente húmeda: 3

- La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.

Raramente húmeda: 4

- La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina

c. Actividad: Nivel de actividad física.

Encamado: 1

- Paciente constantemente encamado/a.

En silla: 2

- Paciente que no puede andar o con deambulaci3n muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.

Deambula ocasionalmente: 3

- Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el d3a pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o silla de ruedas.

Deambula frecuentemente: 4

- Deambula fuera de la habitaci3n al menos dos veces al d3a y dentro de la habitaci3n al menos dos horas durante las horas de paseo.

d. Movilidad: Capacidad para cambiar y controlar la posici3n del cuerpo.

Completamente inm3vil: 1

- Sin ayuda no puede realizar ning3n cambio de la posici3n del cuerpo o de alguna extremidad.

Muy limitada: 2

- Ocasionalmente efect3a ligeros cambios en la posici3n del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por s3 solo/a.

Ligeramente limitado: 3

- Efect3a con frecuencia ligeros cambios en la posici3n del cuerpo o de las extremidades por si solo/a

Sin limitaciones: 4

- Efect3a frecuentemente importantes cambios de posici3n sin ayuda.

e. Nutrición: Patrón usual de ingesta de alimentos.

Muy pobre: 1

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

Probablemente inadecuada: 2

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

Adecuada: 3

- Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día en proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida o tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda naso gástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.

Excelente: 4

- Ingiere la mayor parte de cada comida. Nuca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de 4 o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.

f. Roce y peligro de lesiones:

Problema: 1

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

Problema potencial: 2

- Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.

No existe problema aparente: 3

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

Riesgo de Úlceras por Presión.

Braden-bergstrom <13 = alto riesgo

Braden-bergstrom 13 - 14 = riesgo moderado

Braden-bergstrom >14 = bajo riesgo

La escala debe utilizarse de forma continuada o según criterio de la enfermera.

2.2.5.3. Reevaluación del Riesgo de UPP:

Reevaluación del Riesgo de UPP

Riesgo de UPP	Reevaluación en días
Braden-bergstrom <13 = alto riesgo	1
Braden-bergstrom 13 - 14 = riesgo moderado	3
Braden-bergstrom >14 = bajo riesgo	7

Fuente: <http://web.usal.es/~acardoso/temas/Bergstrom.htm>

Cuando se produzca un cambio de situación del paciente, se procederá igualmente a la reevaluación. Los cambios de situación del riesgo de UPP se agrupan bajo los siguientes epígrafes:

- Isquemia de cualquier origen.
- Intervención quirúrgica prolongada (>10 horas).
- Pérdida de sensibilidad o movilidad de cualquier origen.
- Hipotensión prolongada.
- Pruebas diagnósticas o terapéuticas que supongan reposo en cama de más de 24 horas.

2.2.5.4. Valoración del Paciente

Para ello será necesario realizar la historia clínica del paciente y una exploración física completa teniendo en cuenta tanto el aspecto físico como el psicosocial.

En primer lugar llevamos a cabo una exploración física detallada (constantes vitales, peso, talla, valoración sensorial) y a continuación, tenemos una entrevista con el paciente. Realizaremos la valoración del paciente según la Escala de Braden que valora el riesgo de sufrir UPP y también tenemos a

nuestra disposición la historia médica y las pruebas complementarias que le hayan sido realizadas.

Todo ello permite valorar aspectos como:

- a) Estado de Salud
- b) Capacidad funcional
- c) Estado mental
- d) Relaciones sociales
- e) Calidad de vida
- f) Estado nutricional
- g) Aspecto psicosocial

Con toda esta información tendremos una percepción holística del paciente que nos permitirá elaborar un plan de cuidados individualizado y, en el caso concreto de las UPP, detectar los posibles factores de riesgo para el desarrollo de las mismas, así como los factores que dificulten o retrasen su proceso de cicatrización.

2.2.5.5. Herramientas para la Valoración Integral del Paciente

Según (Silvestre, 1997), “Es necesaria una valoración integral del paciente, puesto que aspectos tan diversos como el estado anímico o la situación familiar, el diagnóstico médico, patologías asociadas, entre otros, son tan importantes como el propio estado de la lesión, interviniendo todos ellos en la buena evolución de la misma”.

Se trata de un concepto al que ya hicimos referencia al comienzo, la valoración del paciente como ser bio-psico-social. Una primera valoración se

realizará en el momento del ingreso siendo necesarias nuevas valoraciones hasta la fecha del alta hospitalaria. El tiempo entre las mismas dependerá del estado del paciente y los factores de riesgo que presente.

2.2.5.6. Valoración de la Lesión

Es importante, en primer lugar, diferenciar las úlceras por presión del resto de lesiones que se engloban dentro del término “heridas crónicas”, y que en ocasiones no resulta nada sencillo, catalogándose como UPP lesiones que no lo son.

- **Úlceras por Presión**

Lesiones de origen isquémico localizadas en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

- **Úlceras Vasculares**

Lesiones cuyo origen es vascular. Existe un trastorno circulatorio a nivel periférico. Se clasifican en arteriales, venosas y mixtas.

- **Úlceras Venosas**

Suponen el 70% de las úlceras que aparecen en la pierna. Un deterioro del sistema venoso producirá un éxtasis venoso, dando lugar a hipertensión venosa, edema e hipoxia del tejido de modo que predispone a la aparición de úlceras venosas.

- Según su etiología se distinguen:

- **Úlceras varicosas**, son las más frecuentes, cuyo origen es una insuficiencia venosa primaria.
- **Úlceras Postflebíticas o Postrombóticas**, por insuficiencia venosa secundaria.
- **Úlceras Arteriales**, se producen como consecuencia de una isquemia producida por una arteriopatía periférica generalmente crónica (arteriosclerosis obstructiva crónica en el 90% de los casos).

2.2.6. Factores de Riesgo

Factores de riesgo que están directa o indirectamente relacionados con la posible aparición de UPP.

2.2.6.1. No Permanentes

a. Fisiopatológicos

Como consecuencia de diferentes problemas de salud tenemos:

- Lesiones cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
- Trastorno en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, éxtasis venoso, trastornos cardiopulmonares.
- Deficiencias nutricionales bien por defecto o por exceso: delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación. Los estados de mala nutrición retrasan en general la cicatrización de las heridas.

El déficit de vitamina C producen alteraciones en la síntesis de colágeno.

- Los oligoelementos, como el hierro, el cobre, el zinc son elementos necesarios para la correcta síntesis del colágeno.
- Trastornos inmunológicos, cáncer, infección.
- Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma.
- Deficiencias motoras: paresia, parálisis.

Según (Blasco, 2007, pág. 25), refiere que también es un problema fisiológico la “Alteración de la eliminación (urinaria / intestinal): la humedad provocada por la incontinencia ya sea urinaria o fecal, la sudoración y la presencia de secreciones pueden favorecer la maceración de la piel, con el consiguiente riesgo de erosión cutánea o infección”.

b. Derivados del Tratamiento

- Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos: Inmovilidad impuesta,
- Resultado de determinadas alteraciones terapéuticas: Dispositivos/aparatos como escayolas, tracciones, respiradores, Intervenciones quirúrgicas,
- Tratamientos o fármacos que tienen acción inmunosupresora: radioterapia, corticoides, citostáticos.
- Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos: sondaje vesical, nasogástrico.

c. Situacionales

- Resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos, etc.
- Inmovilidad: relacionada con el dolor, Arrugas en ropa de cama, camisón, objetos de roce.
- Falta de higiene, Falta de educación sanitaria al paciente y familia.

d. Del Desarrollo

- Relacionados con el proceso de maduración: Niños, lactantes: rash por el pañal.
- Ancianos: pérdida de elasticidad de la piel, piel seca, movilidad disminuida.

Según (Morrison, 2001). “En estudios prospectivos se encuentra que las úlceras por presión se aumentan con la edad y esta edad resulta predictiva para el estadio II o grandes úlceras” (pág. 55 - 74), además Cañón Abuchar, et al. Tomado de Manley 1978; Fuher, Mj 1993, expone: “La raza y el sexo y su relación con la incidencia y prevalencia de las úlceras ha sido explorada en numerosos estudios, encontrándose evidencia científica contradictoria en sus resultados, lo que impide sacar conclusiones”.

2.2.6.2. Factores Permanentes

- a. Edad.** Con la edad se ve disminuida la circulación y la formación de colágeno, lo cual entorpece la cicatrización.
- b. Nutrición.** La cicatrización es un proceso hipercatabólico que requiere un mayor aporte energético.

El grupo de trabajo de úlceras por presión de La Rioja (2009) indica que “Una disminución en el aporte proteico, de vitaminas A, C y E, así como de oligoelementos (Ca, Zn) tiene repercusiones negativas sobre la producción de colágeno enlenteciendo la cicatrización”.

c. Enfermedades. Procesos como la diabetes, problemas cardiopulmonares, inmunológicos, neoplásicos repercuten negativamente en la cicatrización. Se ha encontrado que factores asociados a desordenes cardiovasculares como la baja presión sanguínea y desordenes de perfusión, tienen influencia en la tolerancia tisular. Solamente los desórdenes cardiacos son predictivos de úlcera por presión no tan fuertes como la movilidad o actividad.

Todas las alteraciones que afectan la movilidad espontánea anulan este reflejo, favoreciendo la producción de lesiones de úlceras por presión.

(Marin, 1994) “Afirma que la presión aproximada de dos horas hace que haya obstrucción de los vasos sanguíneos y linfáticos conduciendo a una autolisis, con acumulo de residuos metabólicos facilitando la aparición de trastornos vasculares y celulares a nivel local”.

2.2.7. Cuidados de Enfermería Sobre Prevención de Úlceras por Presión

2.2.7.1. Valoración del Riesgo

- Considere a todos los pacientes potenciales de riesgo.
- Elija y utilice un método de valoración de riesgo.

- Identifique los factores de riesgo.
- Registre sus actividades y resultados.
- Evalúe.

2.2.7.2. Cuidados Específicos

a. Cuidados de la Piel

Según (López Corral, 2005), señala " Valorar diariamente el estado de la piel, teniendo especial cuidado".

- Prominencias óseas.
- Zonas expuestas a humedad
- Presencia de: sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración.
- Zonas que estén en contacto directo con sondas, férulas, yesos.

Mantener la piel del paciente limpia y seca.

- Realizar higiene corporal diaria con agua tibia y jabón con PH neutro, aclarar la piel con agua tibia y proceder al secado por contacto (sin frotar) secando muy bien los pliegues cutáneos y entre los dedos.
- Aplicar crema hidratante en la superficie corporal, **excepto en los pliegues cutáneos**, procurando su completa absorción.
- No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcohol (romero, colonias).
- Valorar la posibilidad de utilización de ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo de desarrollo de UPP si la piel está intacta. Aplicar una pulverización 2 ó 3 veces al día en función del nivel de riesgo, extendiendo el producto con un masaje suave.
- No realizar masajes directamente sobre prominencias óseas.

Dedicar atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.

- Mantener la ropa de cama y del paciente limpia, seca y sin arrugas. La lencería será preferentemente de tejidos naturales (algodón).
- Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán servirse de apósitos protectores (poliuretanos transparentes, espumas poliméricas, hidrocoloides extrafinos).

b. Exceso de Humedad

- Si el paciente presenta incontinencia:
 - Valorar la posibilidad de colocar colector urinario.
 - Usar pañales absorbentes, cambiar según se precise.
 - Después de cada episodio de incontinencia (especialmente tras cada deposición) lavar la zona, secando correctamente.
- En pacientes con osteotomía realizar los cuidados de acuerdo al protocolo específico.
- Valorar el exceso de sudoración, especialmente en los pacientes febriles. Para ello se procederá al cambio de ropa del paciente y sábanas, cuando sea necesario.
- En las zonas de piel sometidas a humedad excesiva y continuada, valorar la posibilidad de utilizar cremas y pastas a base de zinc o productos barrera que protegen contra exudados. No usar en zonas con signos de infección de la piel.

c. Manejo de la Presión:

(Blázquez & Berzosa, 2005, pág. 58), indican que “Para minimizar el efecto de la presión como causa de úlceras por presión habrán de

considerarse cuatro elementos: la movilización, los cambios posturales, la utilización de superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) y la protección local ante la presión”.

Movilización

- Favorecer la movilidad y actividad del paciente.
- Proporcionar dispositivos de ayuda: bastones, trapecios.
- Es importante aprovechar las posibilidades del paciente de moverse por sí mismo.
- Valorar la necesidad de realizar movilizaciones pasivas de las articulaciones.

Cambios posturales

- Siempre que no exista contraindicación, deben realizarse cambios posturales.
- Los cambios posturales se deben programar en función del riesgo y de las necesidades detectadas. Con carácter general se aconseja realizarlos cada 2-3 horas durante el día y cada 4 horas en la noche, siguiendo una rotación programada.
- En los periodos de sedestación, se efectuarán movilizaciones horarias. Si el paciente puede realizarlo autónomamente, enseñarle a moverse cada 15 minutos (cambios de posturas y/o pulsiones).

En la realización de los cambios hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente.
- En decúbito lateral, no se deben sobrepasar los 30° de inclinación respecto al plano horizontal.

- Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.
- Si fuese necesario elevar la cabecera de la cama, ésta se elevará lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí, utilizando cojines, almohadas u otras superficies blandas.
- Evitar el arrastre. Las movilizaciones se realizarán sin deslizar al paciente, (utilizar entremetida para evitar el arrastre).
- No utilizar flotadores ni dispositivos tipo anillo.
- Valorar las zonas de riesgo en cada cambio postural.

Superficies especiales de apoyo

Las superficies especiales de apoyo, son aquellas, cuyo diseño contribuye al manejo de la presión, reduciéndola (reducen los niveles de presión, aunque no necesariamente por debajo de los valores que impiden el cierre capilar) o aliviándola (reducen el nivel de la presión en los tejidos, por debajo de los valores de oclusión capilar).

Se debe utilizar una superficie de apoyo adecuada al nivel de riesgo detectado de desarrollar UPP y la situación clínica del paciente.

2.2.7.3. Los Tipos de Superficies Especiales de Apoyo

- Estática: indicada cuando el individuo puede asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre las úlceras por presión y/o en pacientes con riesgo bajo. Ejemplo de esto son: colchonetas o cojines estáticos de aire, colchonetas, colchones o cojines de fibras especiales, colchones de espuma especiales, colchonetas o cojines visco elásticos.

- Dinámica: indicada si el individuo es incapaz de asumir varias posiciones sin que su peso recaiga sobre las úlceras y/o en pacientes con riesgo alto. Ejemplo de esto son: colchones, colchonetas y cojines alternantes de aire.

Según el (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, 2003), indica que “Los elementos anteriores, pueden completarse con el uso adecuado de otros materiales concebidos para reducir localmente la presión, evitar la fricción y fuerzas tangenciales, como pueden ser: cojines, almohadas, protectores locales”.

Existen en el mercado superficies especiales diseñadas para pacientes pediátricos (incubadora, cuna, cama pediátrica) y para adultos. Se deben considerar siempre las superficies especiales como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados.

- Protección local: en zonas de especial riesgo para el desarrollo de úlceras por presión como son los talones, región occipital, puntos de contacto con diferentes dispositivos (SNG, férula) se pueden utilizar sistemas de protección local ante la presión (apósitos, sistemas tipo bota-botín, etc.) que:
 - Faciliten la inspección de la piel al menos una vez al día
 - Sean compatibles con otras medidas del cuidado local
 - No lesionen la piel de esa zona en el momento de su retirada.

Se realizará según lo establecido en el centro:

- Lavar con agua tibia y jabón suave.

- Aclarar y secar meticulosamente y sin friccionar, haciendo especial hincapié en pliegues cutáneos y espacios interdigitales.

2.2.7.4. Cuidados Generales

Tratar aquellos procesos que puedan incidir en el desarrollo de las úlceras por presión:

- Alteraciones respiratorias
- Alteraciones circulatorias
- Asegurar un estado de hidratación adecuado.
- Alteraciones metabólicas
- Identificar y corregir los diferentes déficits nutricionales (calorías, proteínas, vitaminas y minerales).

Según la (European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)) señalan que “con frecuencia en los pacientes con UPP se combinan otros factores que dificultan una adecuada nutrición como la edad avanzada, la inapetencia, la carencia de dientes, problemas neurológicos, bajo nivel de conciencia” (pág. 36)

El déficit nutricional interviene en la cicatrización de las UPP y en la aparición de complicaciones locales como la infección, provocando un retraso o incluso la imposibilidad de la cicatrización total de las lesiones, además de favorecer la aparición de otras nuevas. Por tanto, los objetivos de los cuidados en nutrición son valorar el estado nutricional y corregirlo en caso de déficit para prevenir las úlceras por presión.

Para ello se aconseja:

- Utilizar una valoración nutricional sencilla.
- Si existe déficit nutricional, procurar un aporte adecuado de vitaminas y suplementos minerales y proteicos.

2.2.7.5. Educación

La aparición de UPP es un problema que, como ya hemos comentado, no solo afecta al paciente sino también a la familia. Es por ello muy importante conseguir la implicación de la misma, en la figura del cuidador principal, tanto en la prevención como en el cuidado de las úlceras por presión, con ello conseguiremos mejorar los cuidados prestados al paciente y la calidad de vida de ambos.

Debemos aportar información clara y concisa para hacer frente a este problema de salud.

- Valore la capacidad del paciente para participar en su programa de prevención.
- Desarrolle un programa de educación para prevenir úlceras por presión que sea:
- Organizado, estructurado y comprensible.
- Dirigida a todos los niveles: pacientes, familia, cuidadores, gestores, y,
- Que incluyan mecanismos de evaluación sobre la eficiencia.

2.2.7.6. Registro y Evaluación

(Blanco López, 2003), nuevamente expresa: “Es necesario registrar todas las actividades que realizamos en nuestra jornada laboral, aquello que no está escrito no se ha hecho. Deben registrarse las valoraciones de riesgo,

los cuidados preventivos, características especiales del paciente, así como la no disponibilidad de los recursos materiales necesarios para la prevención, es una medida de gran ayuda en la protección legal de los profesionales responsables del cuidado de los pacientes ante posibles demandas relacionadas con la aparición de UPP". (pág. 194 – 195)

2.2.8. Tratamiento

Las úlceras por presión son un importante reto al que se enfrentan los profesionales en su práctica asistencial. El tratamiento del paciente con úlceras por presión debería contemplar los siguientes elementos:

- Contemplar al paciente como un ser integral
- Hacer un especial énfasis en las medidas de prevención.
- Conseguir la máxima implicación del paciente y su familia en la planificación y ejecución de los cuidados.
- Desarrollar protocolos clínicos sobre úlceras por presión a nivel local con la implicación de la atención comunitaria, atención especializada y la atención socio-sanitaria.
- Configurar un marco de práctica asistencial basado evidencias científicas.
- Tomar decisiones basadas en lo dimensión coste/beneficio.
- Evaluar constantemente la práctica asistencial e incorporar a los profesionales a las actividades de investigación.

Las directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión se presentan ordenadas:

2.2.8.1. Valoración

Sería inapropiado centrarse exclusivamente en la valoración de la úlcera por presión y no tener en cuenta la valoración global del paciente. La evaluación integral al paciente con úlceras por presión precisa de una valoración en tres dimensiones: "Estado del paciente", "la lesión" y "su entorno de cuidados".

a. Valoración inicial del paciente

- Historia y examen físico completos, prestando especial atención a: Factores de riesgo de las úlceras por presión (inmovilidad, incontinencia, nutrición, nivel de conciencia).
- Identificación de enfermedades que puedan interferir en el proceso de curación (alteraciones vasculares y del colágeno, respiratorias, metabólicas, inmunológicas, procesos neoplásicos, psicosis, depresión)
- Edad avanzada
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol.
- Hábitos y estado de higiene
- Tratamientos farmacológicos (corticoides, antiinflamatorios no esteroides, inmunosupresores, fármacos citotóxicos).

b. Valoración nutricional

- Utilice un instrumento sencillo de valoración nutricional para identificar estados de malnutrición (calorías, proteínas, nivel de albúmina sérica, minerales, vitaminas).
- Reevalúe periódicamente.

c. Valoración psicosocial

- Examine la capacidad, habilidad y motivación del paciente para participar en su programa terapéutico.

-

d. Valoración del entorno de cuidados

- Identificación del cuidador principal
- Valoración de actitudes, habilidades conocimientos y posibilidades del entorno cuidador (familia, cuidadores informales)

e. Valoración de la lesión

A la hora de valorar una lesión, ésta debería poder ser descrita mediante unos parámetros unificados para facilitar la comunicación entre los diferentes profesionales implicados, lo que a la vez va a permitir verificar adecuadamente su evolución.

- Es importante la valoración y el registro de la lesión al menos una vez por semana y siempre que existan cambios que así lo sugieran.
- Esta valoración debiera de incluir al menos, los siguientes parámetros:
 - Localización de la lesión
 - Clasificación-estadiaje: Estadio I, Estadio II, Estadio III, Estadio IV.
 - Dimensiones: Longitud-anchura (diámetro mayor y menor)
 - Área de superficie (en úlceras elípticas, dada su mayor frecuencia):
área = diámetro mayor x diámetro menor) x π /4
 - Volumen
 - Existencia de tunelizaciones, excavaciones, trayectos fistulosos.
 - Tipos de tejido/s presente/s en el lecho de la lesión: Tejido necrótico, Tejido esfacelado, Tejido de granulación.

- Estado de la piel perilesional: Integra, Lacerada, Macerada, Ezcematización, celulitis.
- Secreción de la úlcera: Escasa, Profusa, Purulenta, Hemorrágica, Serosa.
- Dolor
- Signos clínicos de infección local: Exudado purulento, Mal olor, Bordes inflamados.
- Fiebre
- Antigüedad de la lesión
- Curso-evolución de la lesión

2.2.8.2. Alivio de la Presión sobre los Tejidos

- Aliviar la presión supone evitar la isquemia tisular, incrementando de esta manera, la viabilidad de tejidos blandos y situando o la lesión en unas condiciones óptimas para su curación.
- Cada actuación estará dirigida a disminuir el grado de presión, rozamiento y cizallamiento.
- Esta disminución de la presión puede obtenerse mediante la utilización de técnicas de posición (encamado o sentado) y la elección de una adecuada superficie de apoyo.

2.2.8.3. Técnicas de Posición

a. Con el paciente sentado

- Cuando se ha formado una úlcera sobre las superficies de asiento, deberá evitarse que el individuo permanezca sentado.

- A modo excepcional y siempre que pudiera garantizarse el alivio de la presión mediante el uso de dispositivos especiales de apoyo, se permitirá esta posición durante periodos limitados de tiempo, manteniendo así la buena funcionalidad del paciente.
- La posición de los individuos sentados que no presentaran una lesión en ese nivel, debe de variarse al menos cada hora, facilitando el cambio de apoyo de su peso cada quince minutos, mediante cambio postural o realización de pulsiones.
- Si no fuera posible variar la posición cada hora, deberá ser enviado nuevamente a la cama.

b. Con el paciente encamado.

- Los individuos encamados no deben apoyar sobre la ulcera por presión.
- Cuando el número de lesiones, la situación del paciente o los objetivos de tratamiento impiden el cumplimiento de lo anterior directriz, se deberá disminuir el tiempo de exposición o la presión aumentando la frecuencia de los cambios.
- Se puede utilizar una amplia variedad de superficies de apoyo que pueden ser de utilidad en lo consecución de este objetivo.

c. En ambas posiciones:

- Nunca utilizar dispositivos tipo flotador o anillo.
- Siempre realizar un plan individualizado y escrito.
- En los distintos niveles asistenciales y especialmente en el contexto de la atención comunitaria, será necesario implicar a la persona cuidadora en la realización de las actividades dirigidas al alivio de la presión.

- Para una descripción más detallada sobre estas estrategias, se le remite al documento sobre Directrices Generales de Prevención de las Ulceras por Presión del GNEAUPP.

d. Superficies de apoyo

- El profesional deberá considerar varios factores cuando selecciona una superficie de apoyo, incluyendo la situación clínica del paciente, las características de la institución o del nivel asistencial y las propias características de esa superficie de apoyo.
- La utilización de superficies de apoyo es importante tanto desde el punto de vista de la prevención, como bajo la óptica de medida coadyuvante en el tratamiento de lesiones instauradas.
- La elección de superficies de apoyo deberá basarse en su capacidad de contrarrestar los elementos y fuerzas que pueden aumentar el riesgo de desarrollar estas lesiones o agravarlas, así como la conjunción de otros valores como la facilidad de uso, el mantenimiento, los costos, y el confort del paciente.
- Las superficies de apoyo pueden actuar a dos niveles, las superficies que reducen la presión, reducen los niveles de la misma, aunque no necesariamente por debajo de los valores que impiden el cierre capilar.
- En el caso de los sistemas de alivio de la presión se produce una reducción del nivel de la presión en los tejidos blandos por debajo de la presión de oclusión capilar además de eliminar la fricción y el cizallamiento.
- Es importante recordar que las superficies de apoyo son un valioso aliado en el alivio de la presión, pero que en ningún caso sustituyen a los "cambios posturales".
- En éste sentido las directrices son:

- Use una superficie que reduzca o alivie la presión, de acuerdo con las necesidades específicas de cada paciente.
- Use una superficie estática si el individuo puede asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre la úlcera por presión.
- Emplee una superficie dinámica de apoyo si el individuo es incapaz de asumir varias posiciones sin que su peso recaiga sobre la/s úlcera/s por presión.
- Se recomienda la asignación de recursos de acuerdo con el riesgo del paciente, por lo que se sugiere la utilización sistemática de una escala de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión que esté validada en la literatura científica y que se adecue a las necesidades del contexto asistencial de referencia.

e. Cuadro I

- Requisitos para las superficies de apoyo
 - Que sea eficaz en cuanto a la reducción ó alivio de la presión tisular.
 - Que aumente la superficie de apoyo
 - Que facilite la evaporación de la humedad
 - Que provoque escasa calor al paciente
 - Que disminuya las fuerzas de cizallamiento
 - Buena relación coste/beneficio
 - Sencillez en el mantenimiento y manejo

f. Cuadro II

- Tipos de superficies de apoyo
 - Superficies estáticas
 - Colchonetas-cojines estáticos de aire
 - Colchones-cojines de agua
 - Colchonetas-cojines de fibra
 - Colchonetas de espuma de grandes dimensiones

- Colchones de látex
- Colchones-cojines viscoelásticos
- Colchones-cojines estándar
- Superficies dinámicas
- Colchones-colchonetas alternantes de aire
- Colchones-colchonetas alternantes de aire con flujo de aire
- Camas y colchones de posicionamiento lateral
- Camas fluidificadas
- Camas bariátricas

2.2.9. Cuidados Generales

2.2.9.1. Prevención de Nuevas Lesiones por Presión

- Se reconoce un mayor riesgo de desarrollar nuevas úlceras por presión en aquellos pacientes que ya presentan o presentaron alguna de estas lesiones.
- Por todo ello será necesario continuar, aún con mayor énfasis con toda el programa de prevención (Directrices Generales de Prevención sobre las Úlceras por Presión del GNEAUPP).

2.2.9.2. Soporte Nutricional

- La nutrición juega un papel relevante en el abordaje holístico de la cicatrización de las heridas.
- Un buen soporte nutricional no sólo favorece la cicatrización de las úlceras por presión sino que también puede evitar la aparición de éstas.

- Una parte importante de la cicatrización de éstas es local y ocurre incluso con disfunciones nutricionales, aunque la comunidad científica admite que una situación nutricional deficiente, produce un retraso o imposibilidad de la cicatrización total de las lesiones y favorece la aparición de nuevas.
- Se diagnostica desnutrición clínicamente severa si la albúmina sérica es menor de 3,5 mg/dl, el conteo linfocitario total es menor de 1800/mm³, o si el peso corporal ha disminuido más de un 15 %.
- Las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas.
- La dieta del paciente con úlceras por presión deberá garantizar el aporte como mínimo de:
 - Calorías (30-35 Kcal x Kg. peso/día)
 - Proteínas (1,25 – 1,5 gr./Kg. peso/día) (pudiendo ser necesario el aumento hasta un máximo de 2gr./Kg. peso/día).
 - Minerales: Zinc, Hierro, Cobre
 - Vitaminas: Vit. C, Vit. A, Complejo B
 - Aporte hídrico (1 cc. Agua x Kcal. día) (30 cc Agua/día x Kg. peso)
- En caso de que la dieta habitual del paciente no cubra estas necesidades se debe recurrir a suplementos hiperproteicos de nutrición enteral oral para evitar situaciones carenciales.

2.2.9.3. Soporte Emocional

- La presencia de una lesión cutánea puede provocar un cambio importante en las actividades de la vida diaria debido a problemas físicos, emocionales o sociales que se pueden traducir en un déficit en

la demanda de autocuidados y la habilidad de proveer esos autocuidados.

- En el caso de las úlceras por presión éstas pueden tener unas consecuencias importantes en el individuo y su familia, por lo que habrá de tenerse presente esta importante dimensión al tiempo de planificar sus cuidados.

2.2.9.4. Cuidados Paliativos en Úlceras por Presión

- El que un paciente se encuentre en estado terminal de su enfermedad no justifica el que se haya de claudicaren el objetivo de evitar la aparición de las úlceras por presión. En el caso de que el paciente presente úlceras por presión se deberá de actuar:
 - No culpabilizando al entorno de cuidados de la aparición de las lesiones.
 - Es una complicación frecuente y en muchos casos en ese estadio, probablemente inevitable.
 - Manteniendo limpia y protegida la herida, para evitar el desarrollo de la infección.
 - Seleccionando apósitos que permitan distanciar la frecuencia de las curas para evitar el disconfort causado por este procedimiento.
 - Mejorando el bienestar del paciente, evitándole dolor e intentando controlar, de existir, el mal olor de las lesiones (mediante apósitos de carbón activado, gel de metronidazol, etc.)
 - En situación de agonía será necesario valorar la necesidad de realizar cambios posturales en el paciente.

2.3. Glosario de Términos

Aletargado: Es un síntoma de varias enfermedades nerviosas, infecciosas o tóxicas, caracterizado por un estado de somnolencia profunda y prolongada. (www.diccionario.babylon.com, 2011)

Antisépticos: Son sustancias antimicrobianas que se aplican a un tejido vivo o sobre la piel para reducir la posibilidad de infección, sepsis o putrefacción.

Cuidados anti decúbitos: Asistencia que requiere el paciente con riesgo de desarrollar úlceras por presión en cuanto a tratamiento y prevención.

Cizallamiento: Fuerza aplicada o presión ejercida contra la superficie y las capas de la piel a medida que los tejidos se deslizan en planos opuestos, pero paralelos.

Citocinas: Son proteínas que regulan la función de las células que las producen u otros tipos celulares.

Fricción: Acción de dos superficies moviéndose entre sí.

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

EVRUPR: Escala de valoración de riesgo de presentar úlceras por presión.

Estupor: Es la falta de respuestas verbales y motoras a estímulos.

Hídrico: Es la acción y el efecto de introducir materias o formas de energía, o inducir condiciones en el agua que, de modo directo o indirecto, impliquen una alteración perjudicial de su calidad.

Isquemia: Sufrimiento celular causado por la disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo y consecuente disminución del aporte de oxígeno. (www.buenastareas.com, 2010)

Iatrogénicos: Enfermedad o afección causado o provocado por los médicos, tratamientos médicos o medicamentos. (www.es.wikipedia.org, 2011).

Neutrófilos: Son glóbulos blancos de tipo granulocito. Miden de 12 a 18 μm y es el tipo de leucocito más abundante de la sangre en el ser humano.

Oligoelemento: Son bioelementos en pocas cantidades no importantes en los seres vivos y tanto su ausencia como una concentración por encima de su nivel característico pueden ser perjudicial para el organismo, puede llegar a ser hepatotóxico.

Paresia: Es la ausencia parcial de movimiento voluntario, la parálisis parcial o suave, descrita generalmente como debilidad del músculo. (www.buenastareas.com, 2010)

Prominencias: Son zonas que hay que cuidar y vigilar, ya que ante casos de inmovilidad pueden aparecer úlceras por decúbito, si la presión en esas zonas es prolongada.

Protocolo: Es una guía de atención individualizada para un grupo de pacientes con problemas predecibles dirigido al diagnóstico médico y de enfermería incluyendo problemas potenciales.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de la Investigación

Según la naturaleza de la investigación es cuantitativa, porque toma los datos que se analizaron en una revisión documental, que describen el aspecto sociodemográfico de los pacientes que estuvieron hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos; también esta investigación se enmarca dentro del escenario descriptivo y se le entiende de la siguiente manera:

(Pineda, Alvarado, & Hernández, 1994, pág. 27) “señalan que la investigación cuantitativa tiene como sus mayores exponentes la investigación descriptiva que se refiere a la etapa preparatoria del trabajo científico que permite ordenar los resultados de las observaciones conductuales, las características y factores, procedimientos y otras variables de fenómenos y hechos”

Según el periodo y secuencia del estudio es retrospectivo, ya que se estudió las variables simultáneamente en un tiempo definido que fue desde julio del 2010 hasta julio del 2011, haciendo un corte y no tendrá seguimiento posterior.

3.2. Población

EL universo es 63 pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital San Vicente de Paúl de julio del 2010 a julio del 2011, tomando al 100% los datos socio-demográficos. A las 13 enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra, se les aplicó una guía de observación; de tal suerte que la población de la investigación está constituida por:

Denominación	Número
Enfermeras miembros de equipo de cuidado directo	13
Pacientes de la UCI	63
Total	76

Fuente: Datos Estadísticos del HSVP

3.3. Técnicas e Instrumentos de Investigación

3.3.1. Técnicas

En este estudio se utilizó la técnica de la Revisión Documental de Historias Clínicas del paciente para el aspecto sociodemográfico y la Observación para el personal de Enfermería.

3.3.1.1. Revisión Documental

La Revisión Documental de la historia clínica proporciona una importante fuente de información y resulta de gran ayuda cuando se investigan tópicos

que por sus características dejan registros; por otra parte, se utilizó las variables de la edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, ingresos económicos, procedencia, hábitos alimenticios, patologías de los pacientes con riesgo de úlceras por presión de importancia para la valoración de enfermería.

3.3.1.2. La Observación

La Observación se realizó a través de una guía de observación, de acuerdo a (Méndez, 2002). “Observar es advertir los hechos como se presentan de una manera espontánea y consignarlos por escrito” (pág. 143). Con las variables de la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería.

3.3.2. Instrumentos

3.3.2.1. Lista de Chequeo

Según (Pérez, 1994), dice “que existen muchos formatos de listas de chequeo para diversas actividades, sin que esto quiera decir que podemos tomar una de estas y aplicarla en un equipo ó actividad similar, ya que, esto es un error. Nos podemos basar en el modelo, pero nuestra lista de chequeo debe ser particular”.

La Lista de chequeo se aplicó a pacientes identificados a través de las historias clínicas, tratándose de pacientes con riesgo de presentar úlceras

por presión que estuvieron hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el periodo de Julio del 2010 a Julio del 2011.

3.3.2.2. Guía de Observación

La guía de observación se aplicó al personal de enfermería durante los turnos de la mañana, tarde y noche, para poder identificar las actividades de enfermería que se realizan para la prevención de úlceras por presión a pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. La recolección de la información se realizó por parte de la investigadora.

Procedimiento de la Investigación

A.- Diseño preliminar

- Revisión de los objetivos específicos de la investigación.
- Identificación de las variables de los objetivos específicos.
- Selección de instrumentos.
- Redacción de preguntas según dimensiones.
- Elaboración de instructivo para la aplicación, consignación de respuestas y valoración de instrumentos.
- Determinación del procedimiento para la codificación de preguntas y respuestas.

B.- Pilotaje

- Estudio del instrumento
- Aplicación del instrumento a una muestra piloto
- Análisis de la confiabilidad con los datos de la muestra

C.- Diseño Definitivo

- Reestructuración de los ítems del instrumento, con base en el análisis y confiabilidad.
- Transcripción definitiva de los instrumentos.
- Impresión de los instrumentos.

D.- Recolección de la Información

El procedimiento fue siguiente:

- Aplicación de los instrumentos
- Codificación de datos
- Elaboración de Cuadros de salida

E.- Análisis e Interpretación de Datos

Los pasos fueron los siguientes:

- Tabulación de la información.
- Definición de la técnica estadística a utilizar (porcentajes para las preguntas cerradas y análisis de contenidos para las preguntas abiertas).
- Presentación de los datos (mediante gráfico de barras, circulares y cuadros)

3.4. Variables

Se estudiaron dos variables fundamentales:

- Factores Sociodemográficos que consisten en el estudio de los aspectos relativos a Edad, Sexo, Estado civil, Nivel de instrucción, Ocupación, Ingresos económicos, Procedencia, Hábitos Alimentarios, Patologías de los pacientes con úlceras por presión; que presentaron los pacientes investigados en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el periodo comprendido entre Julio 2010 a Julio 2011.
- Atención de Enfermería para la Prevención de Úlceras por Presión refiriéndose fundamentalmente a aspectos relativos a Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planificación y Ejecución y Evaluación que son los pasos básicos que regularmente debe desarrollar una Enfermera en el momento de prestar atención para la prevención de úlceras por presión.

3.5. Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Niveles de Medición
Factores Socio-demográficos en pacientes con úlcera por presión.	Es cualquier actividad humana sea social, laboral, educativa, procedencia que identifique a un individuo.	-Edad	-15 - 25 26 - 35 36 - 45 46 - 55 56 - 65 66 y más	Ordinal
		-Sexo	-Hombre Mujer	Nominal
		-Estado Civil	-Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre	Nominal
		-Nivel de instrucción	- Primaria Secundaria Superior	Ordinal

<p>Atención de Enfermería para la Prevención de Úlceras por Presión</p>	<p>Cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería.</p>	<p>-Ocupación</p> <p>-Ingresos económicos</p> <p>-Procedencia</p> <p>-Hábitos Alimentarios</p> <p>-Patologías de los pacientes con UPP</p> <p>-Valoración</p>	<p>Ninguna</p> <p>-Ama de casa Comerciante Agricultor</p> <p>-Mayor de 300 Menor 300</p> <p>-Urbana Rural</p> <p>-3 a 2 comidas/día 1a 0 comidas/día</p> <p>-Neumonía Sepsis Otros</p> <p>-Considera los datos sociodemográficos.</p> <p>-Realiza valoración del riesgo de UPP.</p> <p>-Realiza la historia clínica</p>	<p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>-Edad -Sexo -Estado Civil -Nivel de Instrucción Si----- No-----</p> <p>-Utiliza alguna escala -Utiliza método de valoración Si----- No-----</p> <p>Interrogativo -Entrevista -Observa-</p>
---	---	---	---	--

			de enfermería.	ción -Patrones Funcionales Si----- No-----
			-Revisa el Historial Clínico.	_Busca exámenes de laboratorio -Rayos X -Ecografías Si----- No-----
		-Diagnóstico de Enfermería	-Identifica condición salud paciente.	-Establece datos primarios -Secunda- rios del problema del paciente Si----- No-----
			-Determina diagnóstico enfermería.	-Problema actual -Enferme- dades relacionada Si----- No-----
			-Determina prioridades en el cuidado del paciente	-Realiza plan de cuidados de acuerdo al diagnostico -Prioriza problemas Si----- No-----

		Planificación y Evaluación	<p>-Aplica alguna escala para valorar el riesgo de úlceras por presión.</p> <p>-Valora constantemente la integridad de la piel.</p> <p>-Realiza cambios posturales.</p> <p>-Vigila los dispositivos terapéuticos.</p> <p>-Mantiene la ropa de cama limpia y sin arrugas.</p>	<p>-Braden -Norton Si----- No-----</p> <p>-Realiza aseo diario -Elimina humedad -Aplica cremas protectoras Si----- No-----</p> <p>-Cada 3 H -Utiliza medidas de apoyo en zonas de presión -Registra cambios en hoja de bitácora Si----- No-----</p> <p>-Oxigenoterapia -Sondas -Ventilación Mecánica no invasiva -Férulas Si----- No-----</p> <p>-Realiza pliegues para los dedos de</p>
--	--	-----------------------------------	--	--

				los pies Si----- No-----
			-Administra dieta.	-De acuerdo a prescrip- ción médica -Enriquesi- da en proteínas, vitaminas, hidratos de carbono Si----- No-----
		Evaluación	-Verifica los cambios en el paciente con la escala utilizada.	-Braden Si----- No-----
			-Verifica que la piel se encuentre integral.	-Piel seca y limpia -Cambios de posición y registro -Medidas de apoyo durante el turno -Observa que dispositivos no ejerzan zonas de presión Si----- No-----
			-Supervisa que la cama del paciente posea colchón anti	-Ropa de cama limpia y seca -Pliegues

			escaras. -Valora estado nutricional.	para dedos de los pies Si----- No----- el -Según escala -Tolerancia nutricional Si----- No-----
--	--	--	---	--

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En lo que respecta al análisis de datos se realizó una revisión documental de las historias clínicas del 100% de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra de Julio del 2010 a Julio del 2011; como también se realizó la observación de las intervenciones de enfermería a las 13 Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos en los diferentes turnos de mañana, tarde y noche en la atención de pacientes con riesgo de presentar úlceras por presión y se procedió a realizar una clasificación de la información con el fin de registrarla, organizarla, tabularla para mejor comprensión de los resultados de la investigación.

Según (Arias, 2004), dice que "en este punto se describen las distintas operaciones a las que serán sometidos los datos que se obtengan: clasificación, registro, tabulación y codificación si fuere el caso", (pág. 44).

En este sentido el investigador puede analizar mejor la información para poder recurrir a la presentación de los resultados Este proceso se llevó a cabo mediante las técnicas de la revisión documental y la guía de observación. A continuación se presentan los resultados de la investigación, se utilizaron cuadros de distribución de frecuencias, para el análisis se emplearon porcentajes, cuya medición guarda mayor relación con los objetivos específicos de la investigación.

4.1. Resultados de la Revisión Documental Aplicada a Pacientes

4.1.1. Características sociodemográficas de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paúl durante el periodo de Julio del 2010 a Julio 2011

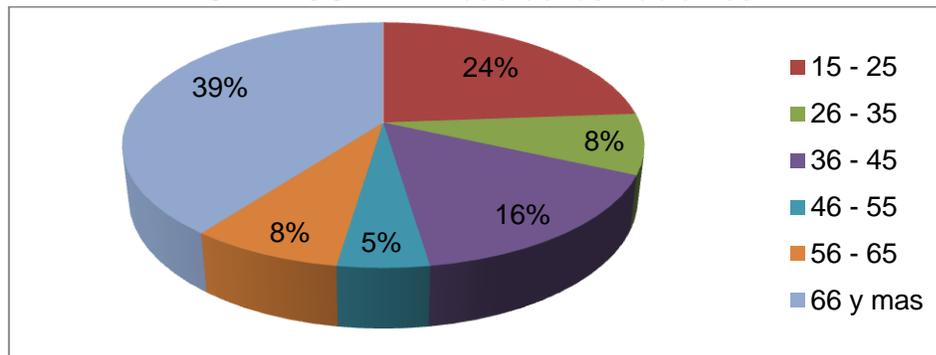
1. Edad de los pacientes con riesgo de presentar úlceras por presión

CUADRO N° 1. Edad de los pacientes

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 – 25	15	24%
26 – 35	5	8%
36 – 45	10	16%
46 – 55	3	5%
56 – 65	5	8%
66 y más	25	39%
Total	63	100%

Fuente: Esta Investigación

GRÁFICO N° 1. Edad de los Pacientes



Fuente: Esta Investigación

En esta Cuadro, se identifica que la población de mayor frecuencia es de 66 años y más con el 39%, seguido del 24% en edades de 15 a 25 años. Esto nos demuestra que la edad está íntimamente relacionada con el riesgo de aparición de úlceras por presión ya que a mayor edad mayor es el riesgo.

Según Llopis & Blasco, 2011, pág. 15 “debido a que las patologías médicas tienen que ver con la aparición de las úlceras por presión, en las cuales se ve involucrada la actividad, movilidad, motricidad y/o nutrición”; ya que en la edad avanzada disminuye la circulación y la formación de colágeno lo cual enlentece la cicatrización. En la edad avanzada la nutrición juega un papel relevante en la prevención de las úlceras por presión.

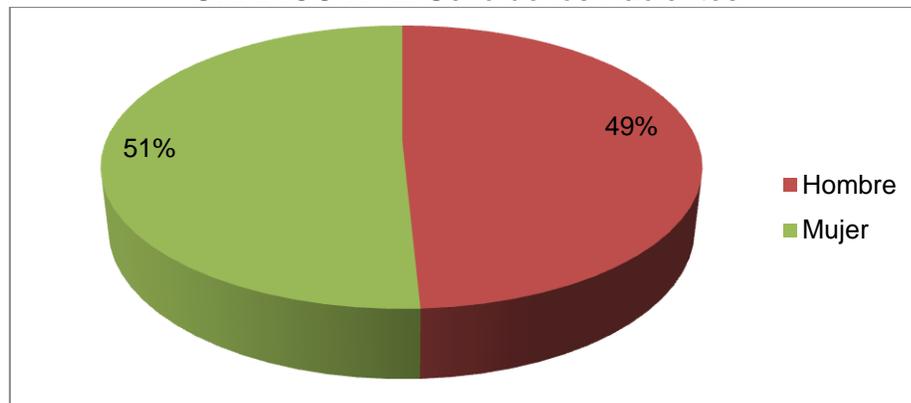
2. Sexo de los Pacientes con riesgo de presentar Úlceras por Presión

CUADRO Nº 2. Sexo de los Pacientes

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	31	49%
Mujer	32	51%
Total	63	100%

Fuente: Esta Investigación

GRÁFICO Nº 2. Sexo de los Pacientes



Fuente: Esta Investigación

Según la revisión bibliográfica el sexo no tiene relación directa con las úlceras por presión pero existe una mayor prevalencia en las mujeres con un 51% y en los hombres con un 49%.

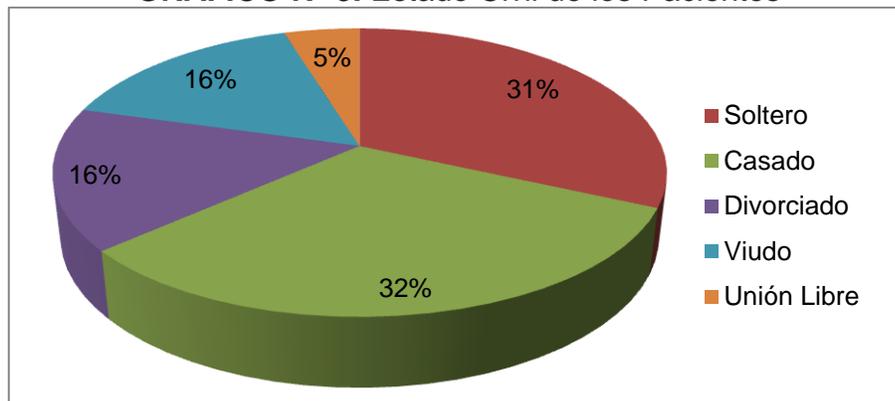
3. Estado civil de los pacientes ingresados con riesgo de presentar Úlceras por Presión.

CUADRO N° 3. Estado Civil de los Pacientes

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	20	31%
Casado	20	32%
Divorciado	10	16%
Viudo	10	16%
Unión Libre	3	5%
Total	63	100%

Fuente: Esta Investigación

GRÁFICO N° 3. Estado Civil de los Pacientes



Fuente: Esta Investigación

En relación al estado civil, hay una distribución uniforme con una población de casados del 31% y de unión libre del 5%, siendo este un aspecto muy importante porque sus conyugues son un pilar fundamental dentro del cuidado asistencial para la prevención de úlceras por presión, consiguiendo así su implicación para la mejora de los mismos. Esta variable no tiene una relación directa con el riesgo de úlceras por presión mas sin embargo es utilizado en la valoración de enfermería.

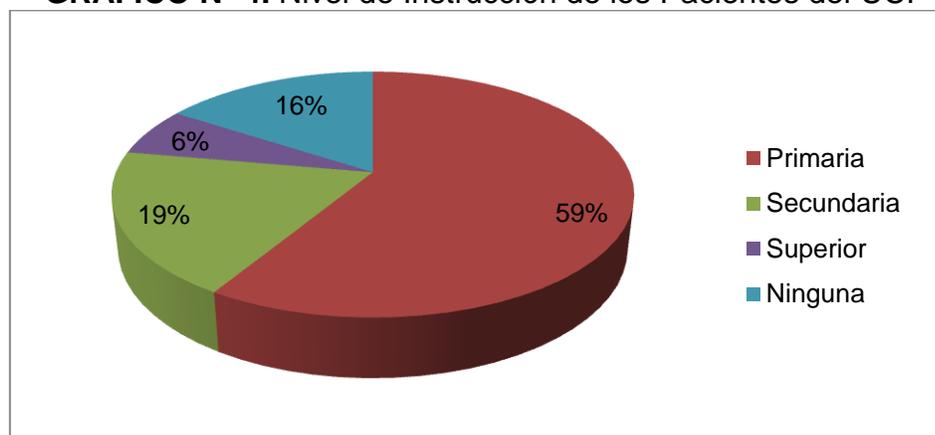
4. Nivel de instrucción de los pacientes ingresados con riesgo de presentar Úlceras por Presión

CUADRO Nº 4. Nivel de Instrucción de los Pacientes

Nivel de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	37	59%
Secundaria	12	19%
Superior	4	16%
Ninguna	10	6%
Total	63	100%

Fuente: Esta Investigación

GRÁFICO Nº 4. Nivel de Instrucción de los Pacientes del UCI



Fuente: Esta Investigación

En el nivel de instrucción, se aprecia un alto porcentaje en la instrucción primaria con un 59% y un 6% de no tener ningún tipo de educación. El nivel de instrucción es muy importante para el paciente y la familia porque su grado de comprensión va a ser muy alto al momento de brindar cuidados y de entender con facilidad sus indicaciones para poder lograr una buena prevención de las úlceras por presión. Variable importante para la valoración de enfermería.

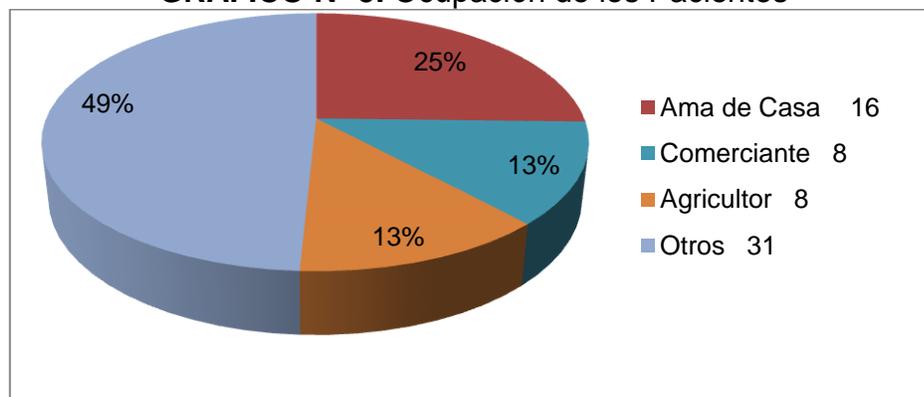
5. Ocupación de los pacientes ingresados con riesgo de presentar Úlceras por Presión

CUADRO Nº 5. Ocupación de los Pacientes

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	16	25%
Comerciante	8	13%
Agricultor	8	13%
Otros	31	49%
Total	63	100%

Fuente: Esta Investigación

GRÁFICO Nº 5. Ocupación de los Pacientes



Fuente: Esta Investigación

Se encontró que existen otras ocupaciones que la población en estudio lo realizaba con un alto porcentaje del 49% como son Jornalero, Chofer, Albañil, Jubilado, Cargador, etc.; mientras que el 25% eran Amas de Casa. Esta variable no tiene relación directa con las úlceras por presión pero es importante para la valoración de enfermería.

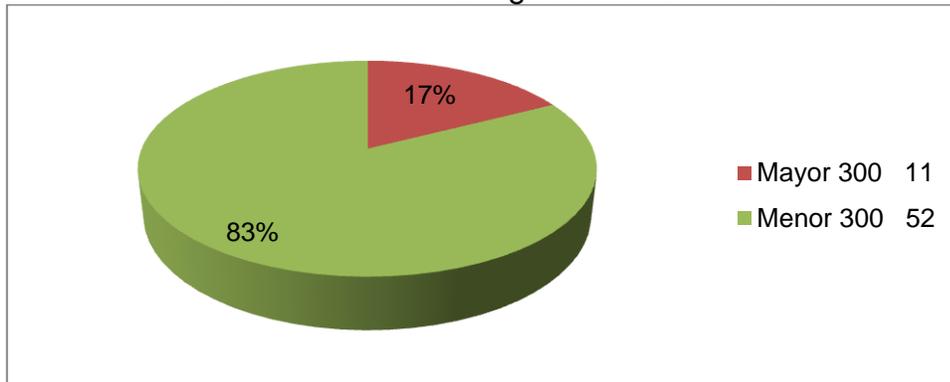
6. Ingresos Económicos de los pacientes ingresados con riesgo de presentar Úlceras por Presión

CUADRO N° 6. Nivel de Ingresos de los Pacientes

Ingresos Económicos	Frecuencia	Porcentaje
Mayor de 300	11	17%
Menor de 300	52	83%
Total	63	100%

Fuente: Esta Investigación

GRÁFICO N° 6. Nivel de Ingresos de los Pacientes



Fuente: Esta Investigación

Un factor muy importante en la población de estudio son los ingresos económicos ya que la mayor parte de pacientes tienen un ingreso menor a 300 dólares con un porcentaje mayor del 83%, siendo esto un impedimento en los familiares para poder costear con el tratamiento de salud de los pacientes y poder prevenir las úlceras por presión; seguido del 17% con un ingreso mayor a 300 dólares.

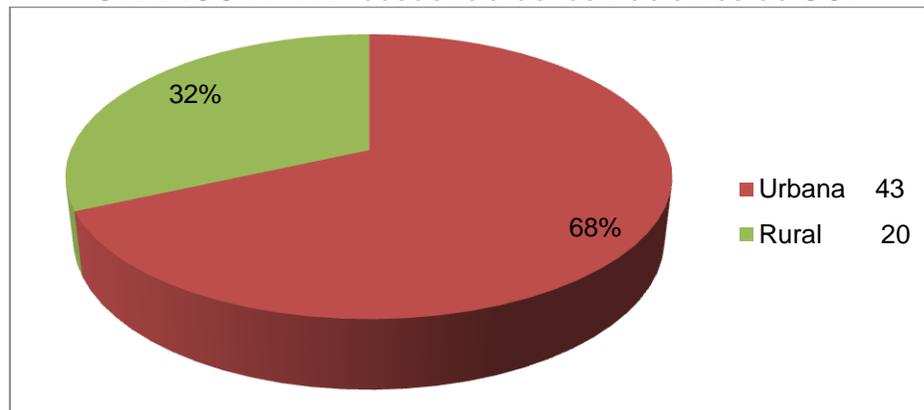
7. Procedencia de los pacientes ingresados con riesgo de presentar Úlceras por Presión.

CUADRO N° 7. Procedencia de los Pacientes

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	43	68%
Rural	20	32%
Total	63	100%

Fuente: Esta Investigación

GRÁFICO N° 7. Procedencia de los Pacientes de UCI



Fuente: Esta Investigación

El mayor porcentaje de pacientes con riesgo a presentar úlceras por presión provienen del sector urbano con un porcentaje del 68%, mientras que los pacientes del sector rural presentan un porcentaje del 32%, así podemos evidenciar que estos pacientes presentan un alto riesgo para presentar úlceras por presión, por la dificultad que representa poder llegar a una casa de salud, pero es importante para la valoración de enfermería.

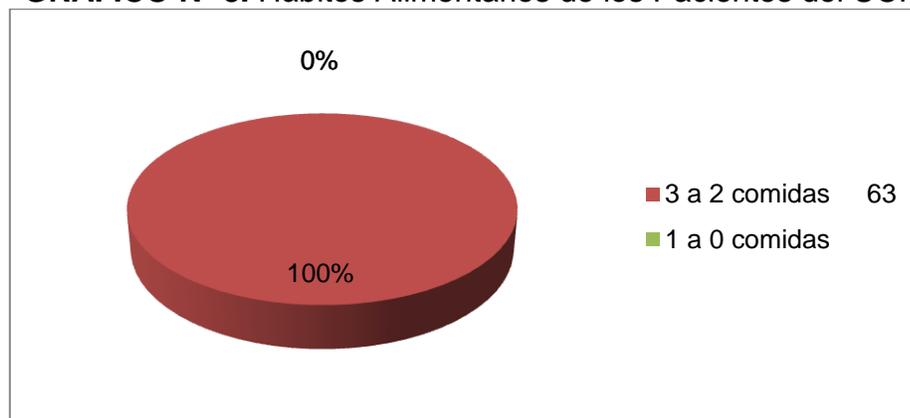
8. Hábitos Alimentarios de los pacientes ingresados con riesgo de presentar Úlceras por Presión

CUADRO N° 8. Hábitos Alimentarios de los Pacientes

Hábitos Alimentarios	Frecuencia	Porcentaje
3 a 2 comidas	63	100%
1 a 0 comidas	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Esta Investigación

GRÁFICO N° 8. Hábitos Alimentarios de los Pacientes del UCI



Fuente: Esta Investigación

En este Cuadro se identifica que la población en estudio mantenía un hábito alimenticio de 3 a 2 comidas diarias con un porcentaje del 100%, lo que significa que la nutrición no era totalmente adecuada, siendo este un factor de posible riesgo debido a los antecedentes nutricionales que influyen para acelerar la aparición de úlceras por presión. Un buen soporte nutricional no solo favorece la cicatrización de las úlceras por presión sino que también puede evitar la aparición de estas. El grupo de trabajo de úlceras por presión de la Rioja (2009) indica que "Una disminución en el aporte proteico de vitaminas A, C y E así como de oligoelementos (Ca, Zn) tiene repercusiones negativas sobre la producción de colágeno enlenteciendo la cicatrización.

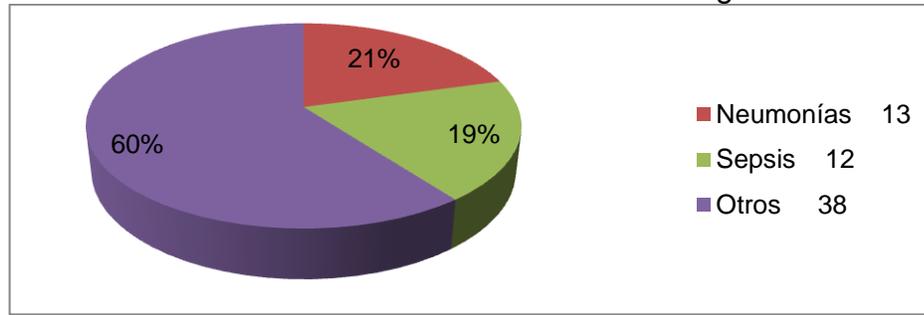
9. Distribución según las Patologías de los pacientes con riesgo de presentar Úlceras por Presión

CUADRO Nº 9. Distribución de Patologías

Patologías	Frecuencia	Porcentaje
Neumonías	13	21%
Sepsis	12	19%
Otros	38	60%
Total	63	100%

Fuente: Esta Investigación

GRÁFICO Nº 9. Distribución de Patologías



Fuente: Esta Investigación

En este Cuadro se puede observar las patologías de base del paciente ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos y con riesgo de desarrollar úlceras por presión, en un 60% están las reportadas por otros entre las cuales están la Diabetes, el Trauma Cráneo Encefálico, Politraumatismos, Choque Hemorrágico e hipovolémico; que son patologías de una estancia hospitalaria prolongada; el 21% asociadas a neumonía; así como también al mecanismo invasor y compromiso del sistema inmunitario y de defensa. Todas las alteraciones que afectan la movilidad espontánea anulan este reflejo, favoreciendo la producción de lesiones de úlceras por presión. (Marín, 1994) "Afirma que la presión aproximada de dos horas hace que haya destrucción de los vasos sanguíneos y linfáticos conduciendo a una autólisis, con acumulo de residuos metabólicos facilitando la aparición de trastornos vasculares y celulares a nivel local".

4.2. Resultados de la Guía de Observación

Los resultados obtenidos aplicando la guía de observación al personal de Enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra se obtuvo los siguientes resultados en base a la aplicación del Proceso de Enfermería:

Fase N° 1. Distribución de los resultados según la fase de valoración aplicada en la Guía de Observación al personal de Enfermería que labora en la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra.

Valoración	Frecuencia		Porcentaje	
	Si	No	Si	No
Considera los datos socio demográfico y sicosociales de las y los pacientes expuestos al riesgo de úlceras por presión.		13		100%
Realiza valoración del riesgo de úlceras por presión utilizando alguna escala o método de valoración.		13		100%
Realiza la historia clínica de enfermería mediante el interrogatorio, entrevista, observación, basada en patrones funcionales de salud.		13		100%
Revisa el Historial Clínico en busca de exámenes paraclínicos que ayuden a identificar y a precisar la condición del paciente.	13		100%	

Fuente: Esta Investigación

La fase de valoración, según Thomas Vidal (1994) “constituye uno de los componentes del proceso de enfermería, mediante la cual se obtiene la información de la observación, la anamnesis, examen físico, así como también del análisis de los datos consignados en la historia clínica, además de complementar toda esta información con el conocimiento que tiene la enfermera”. El estudio arroja que tan solo cumplen con el 100% con lo referente a la revisión de los exámenes paraclínicos, el resto de actividades mencionadas anteriormente no lo ejecuta ninguna profesional. Este aspecto es importante destacarlo porque de la información obtenida sirve para plantear los diagnósticos de enfermería, planificar y ejecutar las intervenciones de enfermería con evidencia científica, respaldando el quehacer diario de la enfermera frente al paciente. Por otro lado no existe un registro de valoración con alguna escala establecida para úlceras por presión, ni actividades de enfermería estandarizadas para la prevención de úlceras por presión, aunque su prevalencia es evitable se debe controlar la máximo los factores de riesgo asociados a las úlceras por presión mediante la implementación de protocolos estandarizados para unificar criterios de atención.

Fase Nº 2. Distribución de los resultados según el Diagnostico de Enfermería aplicada en la Guía de Observación al personal de Enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra.

Diagnóstico de Enfermería	Frecuencia		Porcentaje	
	Si	No	Si	No
Identifica la condición de salud funcional o problema del paciente estableciendo datos significativos primarios y secundarios.	4	9	31%	69%

Determina el diagnóstico de enfermería relacionados a los problemas actuales presentados en el paciente con riesgo de úlceras por presión.		13		100%
Determina prioridades en el cuidado del paciente y establece un plan de cuidados de acuerdo al diagnóstico de enfermería.	3	10	23%	77%

Fuente: Esta Investigación

En cuanto a la fase de la formulación de diagnósticos de enfermería, se encontró que la profesional identifica datos significativos en el paciente en un 31%; no lo hace un 69%. Según Alfaro-Leteure, (2004) “indica que la finalidad que tiene esta etapa es de reconocer los problemas de salud, prevenir posibles complicaciones e iniciar acciones para asegurar un tratamiento adecuado y a tiempo” , pero los resultados arrojan que no se hace planteamiento de diagnósticos para la intervención del paciente de acuerdo a las necesidades identificadas, en su totalidad las enfermeras no lo hacen, lo que hace suponer que la enfermera en su día a día, trabaja en base a un plan de actividades diarias, sin tener el respaldo de la fase de valoración en donde se obtiene los datos necesarios para brindar cuidados de acuerdo a prioridades identificadas en el mismo; al respecto de este parámetro tan solo el 23% lo hace y un 77% no prioriza las necesidades del paciente.

Fase Nº 3. Distribución de los resultados según la Planificación y Ejecución de las Actividades de Enfermería aplicadas en la Guía de Observación al personal de Enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra.

Planificación y Ejecución	Frecuencia		Porcentaje	
	Si	No	Si	No
Aplica alguna escala para valorar el riesgo de úlceras por presión.		13		100%
Valora constantemente la integridad de la piel.	3	10	23%	77%
Realiza el aseo diario con jabón neutro, haciendo especial hincapié en las prominencias óseas y zonas enrojecidas.	13		100%	
Elimina la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia urinaria o fecal.	13		100%	
Realiza cambios posturales cada 3 horas durante su turno ayudándose con medidas de apoyo (rollos y bolsas de agua) en zonas de mayor presión.	13		100%	
Registra los cambios posturales en la hoja de bitácora del paciente u otro registro.	13		100%	
Evita dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.	13		100%	
Vigila los dispositivos terapéuticos que puedan producir presión: oxigenoterapia, sondas, ventilación mecánica no invasiva, férulas.	13		100%	
Verifica si la cama posee colchón antiescaras.	13		100%	
Mantiene la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.	13		100%	
Realiza la cama del paciente con pliegues para los dedos de los pies	3	10	23%	77%
Administra una dieta enriquecida en proteínas,	13		100%	

vitaminas e hidratos de carbono de acuerdo a prescripción.				
Mantiene una adecuada termorregulación.	13		100%	

Fuente: Esta Investigación

En la fase de planificación y ejecución se observa que el 100% del personal de Enfermería no aplica alguna escala para valorar el riesgo de úlceras por presión, al respecto es necesario la utilización de una escala, esta tiene una mayor capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud Guía de práctica clínica, evidencias y recomendaciones, 2008 (p. 9). La integridad de la piel valoran solo el 23 % del personal mientras que el 77% no valora constantemente; el 100% del personal realiza aseo diario a paciente, eliminando humedad de la piel , aplicando cremas protectoras para hidratar la piel, realizando cambios de posición cada 3 horas y registran en la hoja de bitácora cualquier cambio postural, evitan dar masajes en puntos de presión enrojecidos, vigilando dispositivos terapéuticos que puedan producir presión, y mantienen la ropa de cama limpia y seca; solo el 23% la cama del paciente con pliegues para los dedos de los pies, mientras que el 77% no lo realiza por falta de tiempo en sus actividades; el 100% del personal administra dieta de acuerdo a prescripción y mantiene adecuada termorregulación. Las úlceras por presión prolongan el tiempo de la estancia hospitalaria haciendo más costosa la atención del paciente, así como también el riesgo de que ocurra una infección. Por lo tanto es necesario mencionar que el personal de salud, debe tomar conciencia y responsabilidad de la gravedad del problema, para adquirir la “cultura preventiva”, que no es más que asimilar la importancia de la prevención y actuar en consecuencia.

Fase N° 4. Distribución de los resultados según la Evaluación de las Actividades de Enfermería aplicadas en la Guía de Observación al personal de Enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra.

Evaluación	Frecuencia		Porcentaje	
	Si	No	Si	No
Verifica los cambios en el paciente con la escala utilizada		13		100%
Verifica que la piel se encuentre integra	13		100%	
Verifica que la piel este seca y limpia	13		100%	
Supervisa cambios de posición y registro	13		100%	
Verifica que el paciente mantenga las medidas de apoyo durante su turno	13		100%	
Evalúa y observa que los dispositivos terapéuticos no ejerzan zonas de presión en las áreas en las cuales están colocados	13		100%	
Supervisa que la cama del paciente posea colchón antiescaras para mantener el confort e integridad de la piel	13		100%	
Supervisa que el paciente tenga su ropa de cama limpia, seca y sin arrugas y realicen los pliegues para proteger los dedos de los pies	13		100%	
Valora el estado nutricional según la escala que utilicen para prevención de úlceras por presión		13		100%

Fuente: Esta Investigación

En la observación realizada al personal de Enfermería se constató que el 100% no verifica cambios en el paciente ya que no aplican una escala de valoración; mientras que el 100% del personal verifica que la piel este

integra, seca, limpia, supervisan cambios de posición y registran medidas de apoyo durante el turno, evalúan que dispositivos terapéuticos no ejerzan zonas de presión en las áreas en las cuales están colocadas, supervisan que paciente posea colchón antiescaras y que su ropa de cama este limpia y seca; el 100% no valora el estado nutricional del paciente ya que no manejan ninguna escala de valoración de úlceras por presión. Se insiste en que el personal de enfermería debe continuar mejorando las estrategias en la atención del paciente aplicando medidas de prevención básicas como higiene, cambios posturales midiendo el riesgo que tiene el paciente de desarrollar la ulcera por presión, para poder planificar adecuadamente sus intervenciones, dándole continuidad en la atención del paciente.

Griffith y Christense (1986) “señalan que la evaluación ideal es una parte integral de cada uno de los componentes del proceso y no solamente una de las etapas del mismo”.

4.3. Conclusiones y Recomendaciones

4.3.1. Conclusiones

- En la caracterización socio demográfica se encontró que el 39% de los pacientes con una edad 66 años es un factor predisponente en el desarrollo de úlceras por presión ya que a mayor edad mayor es el riesgo de presentar, debido a que con el pasar del tiempo los tejidos y las funciones vitales se van deteriorando, la hidratación y capa de grasa disminuyen; la variable hábitos alimentarios también se constituye en un factor de riesgo ya que no es adecuada y estos influyen en el apareamiento de enfermedades de base que lo llevan a hospitalizarse al

paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos, considerando que su estancia hospitalaria se prolongue, implicando mayores costos y alteraciones de índole familiar.

- Las enfermeras no utilizan como herramienta del que hacer de enfermería la metodología del proceso de atención de enfermería PAE, desconocen cada una de sus etapas como: la valoración, diagnóstico de enfermería, la planificación y ejecución y evaluación que dan soporte científico a las intervenciones de enfermería no solo para resolver problemas identificados en el momento si no también en la prevención del riesgo, esto incluye la evaluación objetiva de los logros obtenidos con el paciente, garantizando de esta forma un cuidado de enfermería con calidad. De igual manera no aplican ninguna escala de valoración para la prevención de úlceras por presión.
- Es necesario establecer en este servicio la utilización de una escala que permita limitar los riesgos y complicaciones que puede desarrollar el paciente, su uso nos permitirá adaptarla de acuerdo a las condiciones del paciente, planificando adecuadamente las acciones de enfermería, garantizando la continuidad y el logro de objetivos comunes establecidos por el equipo de salud, evitando el deterioro de las condiciones del paciente y por ende de la calidad de vida del mismo.
- La investigación indica que en la Unidad de Cuidados Intensivos no existe un protocolo estandarizado del cuidado de enfermería en la prevención de úlceras por presión, por lo que cada enfermera aplica acciones distintas basadas en la experiencia y conocimiento de cada profesional sin ninguna explicación de sustento científico.
- La implementación de la propuesta de protocolo estandarizado con la metodología del proceso de atención de enfermería y la utilización de la Escala de Braden es adecuado para la aplicación en la Unidad de Cuidados Intensivos, el mismo que estará sujeto a cambios de acuerdo a actualizaciones científicas.

4.3.2. Recomendaciones

- Para realizar la valoración de enfermería son importantes los datos socio demográficos de los pacientes para ubicar el contexto.
- Es necesario mantener la valoración inicial del paciente para tener un diagnóstico de enfermería claro y conciso, que permita la toma de decisiones oportunas, sobretodo la prevención de úlceras por presión sin perder de vista los datos sociodemográficos.
- Es indispensable que en la Unidad de Cuidados Intensivos exista una estandarización de actividades de enfermería para la prevención de úlceras por presión, para contribuir a que el proceso de atención al paciente sea uniforme y no exista contra información de enfermera a enfermera.
- Es indispensable que en la Unidad de Cuidados Intensivos exista una estandarización de los cuidados de enfermería utilizando la metodología del proceso de atención de enfermería para que el cuidado no sea realizado de acuerdo a diferentes criterios de las enfermeras sin tener ningún sustento y se genere un cuidado de enfermería con conocimientos científicos y técnicos para la prevención de úlceras por presión.

Bibliografía y Lincografía

- Alfaro-Leteure, R. (2004). *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería Paso a Paso*. Springer.
- Alvear Acevedo, C. (2007). *Manual de Historia de la Cultura*.
- AMBISTA. (2009). *Revista de Patrimonio cultural Aragonés*. Recuperado el 02 de abril de 2011, de <http://www.limacoeditions.com/public/wordpress/?p=1876>
- Arellano, F. (1988). *El Arte Hispanoamericano*. Caracas: Editorial Ex Libris.
- Arias, F. (2004). *El Proyecto de Investigación: Introducción a la Metodología Científica*. Venezuela: Consultores Asociados.
- Balderas, M. (1995). *Administración de los Servicios de Enfermería*. México: Interamericana Mc Graw - Hill.
- Benalcázar Gómez, M. (2010). *Guía para Realizar Trabajos de Grado*. Ibarra: Taller "Libertario".
- Bernal, C. (2006). *Metodología de la Investigación para Administración, Economía, Humanidades, y Ciencias Sociales*. México: Pearson Educación.
- Blanco López, J. (2003). *Definición y Clasificación de las Úlceras por Presión*. Perú.
- Blanco, J. (2004). *Atención Integral de las Heridas Crónicas*. Madrid.
- Blasco, S. (2007). *Manual de Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión*.
- Blázquez, C., & Berzosa, A. (2005). *Manual de Prevención y Cuidados Locales de Úlceras por Presión*. www.gneaupp.org.
- Breen, W. (2007). *Arte Rupestre del Noreste*.
- Caballero, C. (1991). *Úlceras por Presión - Medicine*. Madrid.
- Caneto, C., Lamalfa, E., Mata, M., Oloriz, R., Pérez, C., Sarabia, R., y otros. (2003). *Manual de Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión*. Santander.

- Cantón, R., & Bou, T. i. (2003). *Prevención Activa y Efectiva de las Úlceras por Presión*. Barcelona.
- Cañon, H., Adrove, M., & Castaño, A. (2005). *Prevención de las Úlceras por Presión en Personas Adultas Hospitalizadas*. Biblioteca Lascasas.
- Cortés, J. (2003). *Gestión Clínica y Medicina Familiar*.
- Díaz, M., Barbero, M., Díaz, J., García, J., García, Á., & Jiménez, M. (2009). *Protocolo de Actuación en Úlceras por Presión*.
- Discapnet. (10 de 03 de 2010). Recuperado el 2011, de http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/cuidados_medicos_para_de_pendiente/Paginas/Complicaciones_Cutaneas.aspx
- Escudero, X., & Vargas, J. (2000). *Historia y Crítica del Arte Hispanoamericano: Real Audiencia de Quito*. Quito - Ecuador: Editorial Abyayala.
- Estrella, M. (2000). *Prevención, Tratamiento y Derivación en Úlceras por Presión y Vasculares en Atención Primaria de Salud*. Coruña.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). (s.f.). *Recomendaciones Nutricionales para el Tratamiento y la Prevención de Úlceras por Presión*. España: www.gneaupp.org.
- Findlay, D. (1997). *Manejo Práctico de las úlceras por decúbito*. Florida: Am. Fam. Physician Pág. 5.
- Gallart, E., Fuentelsaz, C., Vivas, G., Garnacho, I., Font, L., & R, A. (2001). *Estudio Experimental para Comprobar la Efectividad de los Ácidos Grasos Hiperóxigenados en la Prevención de Úlceras por Presión en Pacientes Ingresados*. *Enfermería Clínica*.
- García, F., Pancrobo, P., & Rodríguez, M. (2005). *¿Ventaja Almohadillado o Apósitos Hidroceculares para Prevenir las Úlceras por Presión en Talones?*
- García, F., Pernocobo, P., & Laguna, J. (2001). *Guía para el Cuidado del Paciente con Úlceras por Presión o con Riesgo de Desarrollarlas*. España: Hospital Universitario Princesa de España.

- García, S., Horna, L. d., & Serna, J. (2007). *Educación Plástica y Visual*.
- Gómez López, R. (1998). *Evolución Científica y Metodológica de la Investigación*. España.
- González, M. (1997). *Metodología de la Investigación Social*. Aguacalera España.
- Griffith, A., & Christensen, A. (1986). *Proceso de Enfermería, Aplicación de Teorías, Guías y Módulos. Manual Moderno*. México.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. (2003). *Documento Técnico GNEAUPP*.
- Guerrero, C., & Sánchez, C. (2003). *Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 1a. Recogida, Transporte y Procesamiento General de las Muestras en el Laboratorio de Microbiología*. España.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. Bogotá: Mc Graw hill.
- Hospital General Universitario. (2011). *Guía de Validación de los Planes de Cuidados Estandarizados. Proceso de Validación Técnica y Clínica*. España.
- <http://artecontacto.blogspot.com>. (2007). Recuperado el 02 de abril de 2011, de <http://artecontacto.blogspot.com/2011/02/pintura-griega.html>
- <http://clementsambuc>. (2009). *El Arte Gótico*. Recuperado el 02 de abril de 2011, de <http://clementsambuc.unblog.fr/2010/01/30/2parte-el-gotico/>
- <http://club.telepolis.com>. (s.f.). <http://club.telepolis.com>. Recuperado el 06 de abril de 2011, de <http://club.telepolis.com/pastranec/rt59.htm>
- <http://es.thefreedictionary.com>. (2011). <http://es.thefreedictionary.com>. Recuperado el 06 de abril de 2011, de <http://es.thefreedictionary.com/gineceo>

<http://es.wikipedia.org>. (2011). *http://es.wikipedia.org*. Recuperado el 25 de marzo de 2011, de http://es.wikipedia.org/wiki/Am%C3%A9rica_precolombina

<http://es.wikipedia.org>. (03 de febrero de 2011). *http://es.wikipedia.org*. Recuperado el 02 de abril de 2011, de http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_pintura_en_la_Prehistoria

<http://es.wikipedia.org>. (2011). *http://es.wikipedia.org*. Recuperado el 06 de abril de 2011, de <http://es.wikipedia.org/wiki/Color>

<http://lacomunidad.elpais.com>. (2006). *http://lacomunidad.elpais.com*. Recuperado el 04 de abril de 2011, de http://lacomunidad.elpais.com/blogfiles/smanuelgutierrez/titian_venus_of_urbino.jpg

<http://mayananswer.over-blog.com>. (2008). *mayananswer.over-blog.com*. Recuperado el 02 de abril de 2011, de <http://mayananswer.over-blog.com/article-tecnicas-de-pintura-maya-48989514.html>

<http://roble.pntic.mec.e>. (2008). *http://roble.pntic.mec.e*. Recuperado el 06 de abril de 2011, de <http://roble.pntic.mec.es/~msanto1/lengua/1barroco.htm>

<http://www.educapanama.edu.pa>. (2009). *http://www.educapanama.edu.pa*. Recuperado el 06 de abril de 2011, de <http://www.educapanama.edu.pa/pagina/el-mural>

<http://www.glosariografico.com>. (2010). *http://www.glosariografico.com*. Recuperado el 06 de abril de 2011, de <http://www.glosariografico.com/glifo>

<http://www.google.com>. (s.f.). *http://www.google.com*. Recuperado el 06 de abril de 2011, de <http://www.google.com/search?hl=es&defl=es&q=define:Fresco&sa=X&ei=x5-cTcS9Oem50QGq-8DkAg&ved=0CB0QkAE>

<http://www.google.com.ec>. (2000). *http://www.google.com.ec*. Recuperado el 04 de abril de 2011, de

<http://www.google.com.ec/imgres?imgurl=http://snap3.uas.mx/RECURSO1/Diapositivas/HISTORIA%2520DEL%2520ARTE/8-02%2520EGIPTO/55.Pintura%2520Tumba%2520Senedjem.jpg&imgrefurl=http://snap3.uas.mx/RECURSO1/Diapositivas/HISTORIA%2520DEL%2520ARTE/8-02%2520EGIPTO>

<http://www.google.com.ec>. (2005). <http://www.google.com.ec>. Recuperado el 04 de abril de 2011, de http://www.google.com.ec/imgres?imgurl=http://www.estecha.com/imagen/pintura-rupestre/arte-rupestre.jpg&imgrefurl=http://www.estecha.com/pintura-rupestre.htm&usg=__VL-ioCr-eaAgOhcMCLtG_CyxBS8=&h=570&w=675&sz=309&hl=es&start=13&zoom=1&itbs=1&tbnid=Q3K6Sv4Q

<http://www.google.com.ec>. (2007). <http://www.google.com.ec>. Recuperado el 04 de abril de 2011, de http://www.google.com.ec/imgres?imgurl=http://1.bp.blogspot.com/_02Ty-EcarYo/S-MTMgnJIQI/AAAAAAAAAEk/xfkWa_c1aAE/s400/Barroco.jpg&imgrefurl=http://lenguacastellanasan jose.blogspot.com/2010/05/pintura-barroca.html&usg=__rWmXNiKtgF8K0QA3f157pNAM7jM=&h=400&w

<http://www.portaldearte.c>. (2005). *Portal del Arte*. Recuperado el 02 de abril de 2011, de <http://www.portaldearte.cl/terminos/pintura.htm>

<http://www.profesorenlinea.c>. (s.f.). <http://www.profesorenlinea.c>. Recuperado el 06 de abril de 2011, de http://www.profesorenlinea.cl/artes/Perspectiva_Tipos.htm

Hurtado, I., & Toro, J. (2007). *Paradigmas y Métodos de Investigación en Tiempos de Cambio*. Venezuela: CEC, S.A.

Izquierdo, F. (2005). *Relación entre Riesgos e Incidencia de úlceras por Presión en el Adulto Mayor Hospitalizado en el Servicio de Medicina*. lima.

- Kozier, B., & Dugas, B. (1974). *Tratado de Enfermería Práctica "El Proceso de Enfermería"*. México: Interamericana.
- Lago González, M. (2007). *Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión en una Unidad de Geriatría*. Gerokomos.
- Lavados, M. (2004). *Registro y Protocolos*. Sevilla.
- Llopis, G., & Blasco, C. (2011). *Prevalencia de úlceras en el Departamento de Salud Xativa-Ontinynt. Características y Tratamientos Asociados*. Revista de Enfermería Comunitaria: REDIC.
- Lobad Sasiain, F. (2007). *El Románico: Eclósion de Mil Años de Arte Cristiano*. Fundación Santa María La Real.
- López Corral, J. (2005). *Atención de Enfermería antes de las Úlceras y Heridas*. Madrid: Smith y Nephew.
- Marin, S. (1994). *Tratamiento Médico - Quirúrgico de las Úlceras*. Madrid.
- Martínez, R. (2004). *El Retrato: El Sujeto en el Retrato*. España: Novagrafick, S.A.
- Méndez, c. (2002). *Metodología de la Investigación*. Colombia: Mc Graw Hill.
- Mialaret, G. (2006). *Psicología de la Educación (Segunda Edición ed.)*. México: Siglo XXI, S.A.
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (2002). *Ecuador: Un País en Imágenes*. Quito - Ecuador: Editorial El Conejo.
- Morrison, M. (2001). *The Prevention and Tratment of Pressure Ulcers*. Londres: Editorial Mosby.
- Nubia, A. (2003). *Cuidado Cutáneo del Paciente Incontinente*.
- Ostiguin, R., & Velásquez, S. (2001). *Teoría General del Déficit de Autocuidado. Guía Básica Ilustrada. El Manual Moderno*. Madrid.
- Pérez, G. (1994). *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Pineda, E., Alvarado, E., & Hernández, F. (1994). *Metodología de la Investigación*. Washington.

- Rich, M., Ayano, P., Camillo, M., & Donaire, M. (1999). *Protocolo de Cuidados en Úlceras por Presión*. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía.
- Rodríguez, E. (2005). *Metodología de la Investigación*. México.
- Rodríguez, M., Almozara, R., García, F., Malia, R., & Ribera, J. (2003). *Cuidados de Enfermería al Paciente con Úlceras por Presión. Guía de Prevención y Tratamiento*. Hospital Universitario Puerta del Mar Cádiz.
- Rojas, M. (2001). *Curso de Gestión Clínica de Servicios. Maestría en Servicios de Salud*. San José.
- Rueda, J., Torna, J., Martínez, F., Verou, J., & Soldevilla, J. (2003). *Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España: Epidemiología y Variables Definitivas de las Lesiones y Pacientes*. España: Sociedad Española de Enfermería y Gerontología.
- Ruiz, R. (2006). *Historia y Evolución del Pensamiento Científico*. México.
- Santiago, F. (2005). *Grandes Obras del Arte Maya*. México.
- Silvestre, D. (1997). *Evaluación de la Prevalencia de Úlceras por Presión en el Hospital de Navarra*. Madrid.
- Tejedor, C. (1984). *Introducción a la Filosofía*. Madrid – España: Ediciones SM.
- Vaca, E. (25 de marzo de 2011). Historia del Barrio "Los Soles". (A. Vaca, Entrevistador)
- Vilema, J. (2001). *Gestión Clínica*.
- www.buenastareas.com. (14 de agosto de 2010). *www.buenastareas.com*. Recuperado el 14 de abril de 2011, de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Lesiones-Y-Necrosis-Celulares/591804.html>
- www.diccionario.babylon.com. (2011). *www.diccionario.babylon.com*. Recuperado el 14 de abril de 2011, de <http://diccionario.babylon.com/letargo/>

www.es.wikipedia.org. (10 de abril de 2011). *www.es.wikipedia.org*.
Recuperado el 14 de abril de 2011, de
<http://es.wikipedia.org/wiki/latrogenia>

www.google.com.ec. (2011). Recuperado el 2011, de
www.google.com.ec/imgres?q=tipos+de+ulceras+por+presion&hl=es&sa=X&gbv=2&tbn=isch&tbnid=3g-2v6SwiKhFqM:&imgrefurl=http://www.sci-geriatria.com

www.sci-geriatria.com. (2010). Recuperado el 2011, de http://www.sci-geriatria.com/Articulo_Ulceras_por_presion.html

www.terra.es. (2011). Recuperado el 2012, de
<http://www.terra.es/personal/duenas/10.html>

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA



PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAÚL”

Autora: Vásquez Castro Ximena Alexandra

Ibarra, Diciembre 2012

Grupo para la Implementación:

Líder y Personal de Enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paúl

Responsable:

Lic. Ximena Vásquez

Objetivo General	128
Objetivos Específicos	128
Justificación	129
Nivel de Atención	129
Protocolo	130
Valoración de Riesgos	130
Diagnósticos	131
Equipos y Materiales	131
Plan de Atención de Enfermería	132
Criterios de Alta	136
Guía de Evaluación del Enfermería	136
Valoración de la Propuesta	140
Implementación de la Propuesta	140
Bibliografía de la Propuesta	141

5.1. Título

Protocolo de atención para la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital San Vicente de Paúl.

5.2. Definición

Según el Protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión “Las úlceras por presión son lesiones de la piel producidas como consecuencia de un proceso de isquemia que puede afectar e incluso necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo, llegando en ocasiones a la articulación y el hueso”. Pág. 38.

El tratamiento y la detección precoz aceleran la recuperación y disminuye las complicaciones y costos.

5.3. Objetivo General

Establecer criterios unificados de actuación de enfermería a través de la metodología del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para la prevención de las úlceras por presión.

5.4. Objetivos Específicos

- Reducir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las úlceras por presión.
- Valorar el grado de riesgo de desarrollar úlceras por presión de una manera efectiva y fiable.

- Protocolizar los cuidados de enfermería para unificar criterios basados en evidencia científica encaminadas a la prevención de las úlceras por presión.

5.5. Justificación

Este protocolo se propone por la necesidad observada y apreciada de establecer mediante un protocolo la aplicación de la metodología del proceso de atención de enfermería estandarizando las actividades de enfermería para lograr contribuir con una mejora en la calidad de vida del paciente y familia, generando menos costos a la institución de salud y a su entorno familiar.

Planteándose de esta manera conseguir normalizar y protocolizar las actuaciones de las profesionales de Enfermería, unificando criterios que favorezcan la continuidad de cuidados y que todas las actuaciones enfermeras estén respaldadas por una normativa común, pudiendo ser registradas, evaluadas e investigadas.

La propuesta que se presenta en el capítulo V que va a permitir al personal de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paúl disminuir el riesgo de presentar úlceras por presión en los pacientes, ya que cada intervención de enfermería contiene fundamento científico que no está siendo aplicado. Así mismo esta propuesta es de gran importancia porque se disminuirá el riesgo de úlceras por presión, de estancia hospitalaria del paciente y la reducción de gastos para la familia.

5.6. Nivel de Atención

Nivel 4: Es ingresado de emergencia a la Unidad de Cuidados Intensivos para posteriormente ser valorado por el Médico Intensivista.

5.7. Protocolo

5.7.1. Valoración de Riesgo

Al ingreso de los pacientes, se realizará una valoración inicial, siguiendo los criterios de población de riesgo que aparecen en este protocolo.

Una vez definido si entra dentro de la población de riesgo, se le aplicará la Escala de Braden para determinar el riesgo que tiene dicho paciente de desarrollar o no úlceras por presión.

Determinado el riesgo, y si procede, se le aplicaran las medidas preventivas, que aparecen en éste protocolo más adelante. Si el paciente ya fuera portador de alguna úlcera por presión, se le aplicará: tratamiento sobre úlceras por presión y la de medidas preventivas.

Realizar la valoración según la Escala de Braden:

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

Escala de Braden. Valores de riesgo de presentar úlceras por presión.

Según la puntuación obtenida de la aplicación de la Escala se obtienen 3 categorías de riesgo:

Riesgo de Úlceras por Presión
Braden-Bergstrom <13 = Alto riesgo
Braden-Bergstrom 13 - 14 = Riesgo moderado
Braden-Bergstrom >14 = Bajo riesgo

Escala de Braden. Valores de riesgo de presentar úlceras por presión.

5.7.2. Diagnóstico

El Protocolo de Actuación en Úlceras por Presión nos indica “los diagnóstico en relación a la prevención de úlceras por presión:

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con factores mecánicos (fuerzas de presión, fricción, cizallamiento, sujeciones).
- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con factores mecánicos (fuerzas de presión, fricción, cizallamiento, sujeción) manifestado por destrucción de las capas de la piel (dermis), alteración de la superficie de la piel (epidermis), invasión de las estructuras corporales.
- Deterioro de la integridad tisular relacionado con factores mecánicos (fuerzas de presión, fricción, cizallamiento, sujeciones) manifestado con lesión tisular y destrucción tisular.
- Alteración de la integridad cutánea relacionada con la mala nutrición.

5.8. Equipos y Materiales

➤ **Material:**

- Hoja de Valoración/Escala de Úlceras por Presión.

- Jabones neutros de glicerina o sustancias limpiadoras con potencial curativo bajo
- Productos hidratantes y nutritivos.
- Pañales desechables, impermeables.
- Cojines, fundas de agua, colchones antiescaras, protecciones locales, almohadillados.
- Paños húmedos.
- Guantes de manejo.

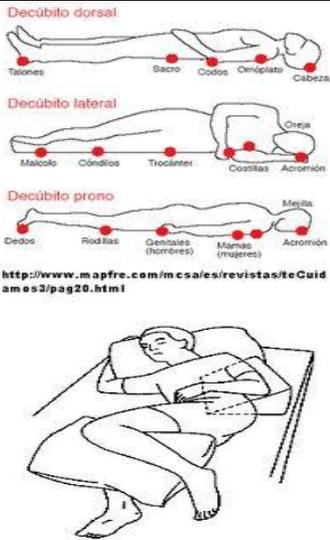
➤ **Personal:**

- Enfermera

5.9. Plan de Atención de Enfermería

Nº	Cuidados de Enfermería	Fundamentos Científicos
1	Aplica alguna escala para valorar el riesgo de úlceras por presión.	Estas escalas sirven para la medición eficaz y eficiente del riesgo de padecer una úlcera por presión y se debe utilizar una escala validada.
2	Valora constantemente la integridad de la piel. 2.1. Realiza el aseo diario con jabón neutro, haciendo especial	La piel está en riesgo debido a un deterioro de la circulación periférica, a la inmovilidad física y a alteraciones del estado nutricional, por esta razón se debe valorar la piel de manera constante. El aseo diario mejora el flujo sanguíneo, minimizando la hipoxia hística. El masaje directo en la zona

	<p>hincapié en las prominencias óseas y zonas enrojecidas.</p> <p>2.2. Realiza el aseo oral con antiséptico.</p> <p>2.3. Elimina la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia urinaria o fecal.</p> <p>2.4. Aplica cremas protectoras para mantener la piel hidratada.</p>	<p>afectada puede lesionar los tejidos.</p> <p>El aseo oral ayuda a prevenir la formación de bacterias en la lengua y encías y verificar la presencia de úlceras en la boca.</p> <p>El aumento resultante de la humedad de la piel, puede a su vez tener como consecuencia el incremento del riesgo de alteraciones de la integridad cutánea.</p> <p>Se debe aplicar en la piel hidratantes protectores (crema lubriderm) adecuados que mantengan la dermis bien lubricada, sin sobresaturación.</p>
3	Realiza cambios posturales cada 3 horas durante su turno, ayudándose con medidas de apoyo (rollos y bolsas de agua) en zonas de mayor presión.	Mantener la postura cómoda, segura y funcional, evita o reduce el riesgo de lesión cutánea. El uso de bolsas de agua y rodillos, rotaciones de extremidades puede evitar deformaciones.

	<p>3.1. Registra los cambios posturales en la hoja de bitácora del paciente u otro registro.</p> <p>3.2. Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.</p>	 <p>Decúbito dorsal</p> <p>Decúbito lateral</p> <p>Decúbito prono</p> <p>http://www.mapfre.com/mcsa/es/revistas/teCuidamos3/pag20.html</p>
4	<p>Vigilar los dispositivos terapéuticos que puedan producir presión: oxigenoterapia, sondas, ventilación mecánica no invasiva, férulas.</p>	<p>Según el Protocolo de prevención y cuidados de úlceras por presión “Podemos indicar que existe riesgo de la aparición de úlceras en cualquier lugar donde ocurra una presión excesiva sobre alguna parte</p>

		del cuerpo, independientemente de la posición del paciente”. Pág. 7.
5	Verifica si la cama posee colchón antiescaras.	Existe una amplia variedad de camas y colchones especiales destinados a reducir los riesgos que la inmovilidad produce a la piel y el sistema musculoesquelético. Estos ayudan a uniformar la presión hística, favoreciendo la circulación y ayudando a reducir la estasis venosa, para reducir el riesgo de lesión hística.
6	Mantiene la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.	Mantener la ropa de cama limpia y seca favorece la circulación y la elasticidad cutánea y reduce el riesgo de escoriación y de irritación cutánea.
7	Realiza la cama del paciente con pliegues para los dedos de los pies	Los pliegues de la ropa de cama para los dedos de los pies evitan las contracturas o pie caído y facilita su uso cuando recuperen la función.
8	Administra una dieta enriquecida en proteínas, vitaminas e hidratos de carbono de acuerdo a prescripción.	Una adecuada nutrición ayuda a mantener a la piel intacta previniendo la pérdida de agua, regulando la temperatura corporal, por lo general la piel es impermeable a la mayor parte de microorganismos. Según el Protocolo de cuidados en úlceras por presión “Una buena nutrición reduce el riesgo de estreñimiento causado

		por la disminución del grado de actividad”.
9	Mantiene una adecuada termorregulación.	(GNEAUPP). Directrices generales sobre tratamiento de las úlceras por presión indica que “Esta resulta entre el equilibrio de la cantidad de calor producida y eliminada por el organismo”. El calor se produce cuando las células utilizan el alimento para producir la energía. Se pierde por la piel, la respiración, la orina y las heces. La temperatura corporal permanece bastante estable, siendo más baja por la mañana y más alta por la tarde y la noche.

5.10. Criterios de Alta

Paciente masculino y/o femenino superada su patología principal, controlado el riesgo de Úlceras por Presión en la Unidad de Cuidados Intensivos es dado de alta al Servicio de Medicina Interna con resultados de Escala de valoración de Braden.

5.11. Guía de Evaluación de la Atención de Enfermería

Hoja de verificación y criterios de cumplimiento de procedimientos Estandarizado

NRO	ACTIVIDAD	SI	NO
1	Verifica los cambios en el paciente con la escala utilizada.		
2	<p>Verifica que la piel se mantenga integra.</p> <p>2.1. Valora la eficacia de la actividad realizada e identifica que no exista presencia de zonas enrojecidas ni de presión.</p> <p>2.2. Verifica la aparición de lesiones bucales y bacterias.</p> <p>2.3. Verifica que la piel este seca y limpia.</p> <p>2.4. Aplica cremas protectoras para mantener la humedad normal.</p>		
3	<p>Evalúa y observa que los cambios de posición dentro de cada turno favorezcan a que la piel se mantenga integra.</p> <p>3.1. Supervisa cambios de posición y registros.</p> <p>3.2. Supervisa que no se de masajes en zonas enrojecidas para evitar que se produzca eritemas.</p>		
4	Verifica que el paciente mantenga las medidas de apoyo durante su turno.		
5	Evalúa y observa que los dispositivos terapéuticos no ejerzan zonas de presión en las áreas en las cuales están colocados.		
6	Supervisa que la cama del paciente posea colchón antiescaras para mantener el confort e integridad de la piel.		

7	Supervisa que el paciente tenga su ropa de cama limpia, seca y sin arrugas y realicen los pliegues para proteger los dedos de los pies.		
8	Valora el estado nutricional según la escala que utilicen para prevención de úlceras por presión.		
9	Verifica que la temperatura de la piel este en sus valores normales.		

- **Indicador:** 100% de cumplimiento

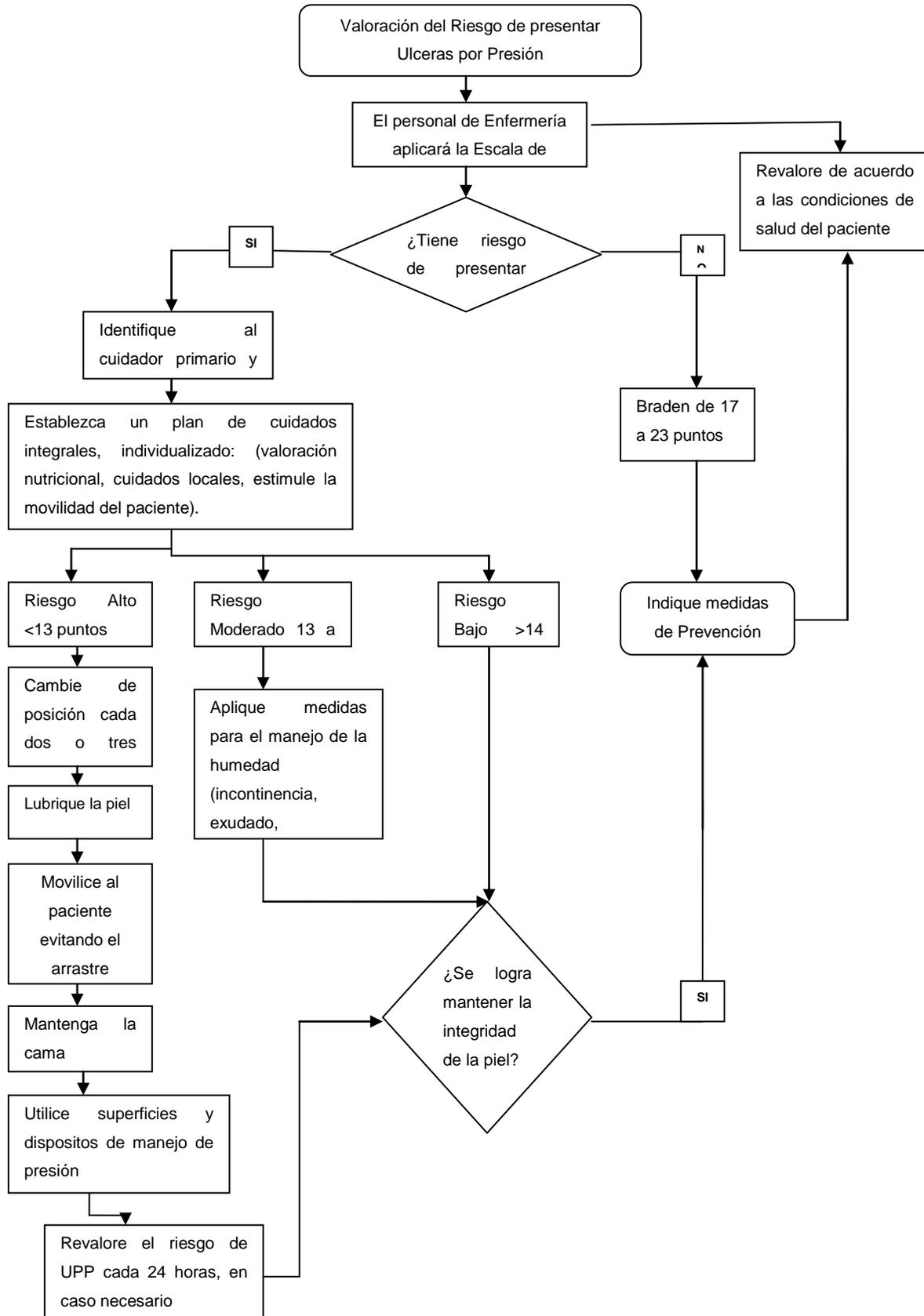
- 100% Excelente
- 90% Muy Buena
- 80% Buena
- 70% Regular
- 60% Mala
- 50% Deficiente

Fecha de evaluación: Después de tres meses de su implementación.

Retroalimentación para correctivos: Dos semanas después de la evaluación.

Revisión de Protocolo: Luego de un año de su aplicación.

Flujograma de Prevención de Úlceras por Presión



5.12. Implementación de la Propuesta

Con la finalidad de implementar el Protocolo de atención de enfermería para la Prevención de Úlceras por Presión se proporcionó a la Unidad de Cuidados Intensivos un instrumento que se implementará de acuerdo al criterio de la Líder y el Personal de Enfermeras que laboran en el mismo, el cual estará sujeto a cambios de acuerdo a actualizaciones científicas.

Para poder implementar este protocolo se aplicó este instrumento el que contiene las siguientes categorías e indicadores:

ASPECTOS	ESCALA DE VALORACIÓN			
	Muy adecuada	Adecuada	Medio Adecuada	Inadecuada
Nombre del Protocolo				
Definición				
Objetivo General				
Objetivo Especifico				
Nivel de atención				
Valoración de Riesgo				
Diagnóstico				
Equipos y Materiales				
Personal				
Plan de Atención Enfermería				
Criterios de Alta				
Evaluación				

5.13. Bibliografía de la Propuesta

- Arcos Díaz-Fuentes, M; Barbero López, M; Díaz Pizarro, J; García García, J; García Sánchez, A; Jiménez Jiménez, M^a C, Protocolo de Actuación en Úlceras por Presión, Ciudad Real, Madrid, 2006. Pág. 70.
- Ayora Torres, P; Carrillo Sánchez, Ma; Donaire Guarnido, Ma, Protocolo de cuidados en úlceras por presión. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. 1999.
- Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre tratamiento de las úlceras por presión. Logroño. 2003.
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. metodología de la Investigación 3ra Edición México Mc Graw Hill 2005 Pág. 342.
- Escala de Braden. Valores de riesgo de presentar úlceras por presión. Revista ROL de Enfermería 1997.
- Normas de cuidados del paciente. 6^a edición. Tucker, Canobbio, Paquette, Wells. Paradigma Tec. 1997.
- Protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión., complejo asistencial Dr. Sotero del Río, segunda edición mayo del 2007. Pág. 38.
- Protocolo de prevención y cuidados de úlceras por presión. Junta de Andalucía 2004. Pág. 7.

A N E X O S

ANEXO A. Formato de Revisión de Datos Sociodemográficos para Pacientes

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD MARIANA DE PASTO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DEL
PACIENTE CRÍTICO
CUESTIONARIO**

Objetivo: Identificar las características socio demográficas de las y los pacientes con Úlceras por Presión hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital San Vicente de Paúl.

Esta Lista de Chequeo fue realizada por la investigadora

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Edad:

De 15 a 25 años De 26 a 35 años De 36 a 45 años
De 46 a 55 años De 56 a 65 años De 66 y más

2. Sexo:

Hombre Mujer

3. Estado Civil:

Soltero Casado Divorciado
Viudo Unión Libre

4. Nivel de instrucción:

Primaria Secundaria Superior
Ninguna

5. Ocupación:

Ama de casa Comerciante/a Agricultor
Otros

6. Ingresos Económicos:

Mayor 300 Menor 300

7. Procedencia:

Urbana Rural

8. Hábitos Alimentarios

3 a 2 comidas al día 1 a 0 comidas al día

9. Patologías de los pacientes con úlceras por presión:

Neumonías Sepsis Otros

ANEXO B. Guía de Observación

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD MARIANA DE PASTO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DEL
PACIENTE CRÍTICO**

**GUÍA DE OBSERVACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA MEDIANTE LA METODOLOGÍA DEL PROCESO DE
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR
PRESIÓN**

Fecha:.....

Lugar:.....

Personal Observado: Enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Lugar: Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paúl.

Objetivo: Identificar la planificación de los cuidados de enfermería en base a la metodología del proceso de atención de enfermería (PAE) para la prevención de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Esta guía de observación será utilizada exclusivamente por la autora de la investigación.

Fases de la Planificación de la Atención de Enfermería	SI	NO
<p style="text-align: center;">VALORACIÓN</p> <p>1. Considera los datos socio demográficos y sicosociales de las los pacientes expuestos al riesgo de úlceras por presión.</p> <p>2. Realiza valoración del riesgo de úlceras por presión utilizando alguna escala o método de valoración.</p> <p>3. Realiza la historia clínica de enfermería mediante interrogatorio,</p>		

<p>entrevista u observación, basada en patrones funcionales de salud.</p> <p>4. Reviza el historial clínico en busca de exámenes paraclínicos que ayuden a identificar y a precisar la condición del paciente.</p>		
<p style="text-align: center;">DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA</p> <p>1. Identifica la condición de salud funcional o problema del paciente estableciendo datos significativos primarios y secundarios.</p> <p>2. Determina el diagnóstico de enfermería relacionados a los problemas actuales presentados en el paciente con riesgo a úlceras por presión.</p> <p>3. Determina prioridades en el cuidado del paciente y establece un plan de cuidados de acuerdo al diagnóstico de enfermería.</p>		
<p style="text-align: center;">PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN</p> <p>1. Aplica alguna escala para valorar el riesgo de úlceras por presión.</p> <p>2. Valora constantemente la integridad de la piel.</p> <p>3. Realiza el aseo diario con jabón neutro, haciendo especial hincapié en las prominencias óseas y zonas enrojecidas.</p> <p>4. Elimina la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia urinaria o fecal.</p> <p>5. Aplica cremas protectoras para mantener la piel hidratada-</p> <p>6. Realiza cambios posturales cada 3 horas durante su turno ayudándose con medidas de apoyo (rollos y bolsas de agua) en zonas de mayor presión.</p> <p>7. Registra los cambios posturales en la hoja de bitácora del paciente u otro registro.</p> <p>8. Evita dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.</p> <p>9. Vigila los dispositivos terapéuticos que puedan producir presión: oxigenoterapia, sondas, ventilación mecánica no invasiva, férulas.</p> <p>10. Verifica si la cama posee colchón antiescaras.</p> <p>11. Mantiene la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.</p>		

<p>12. Realiza la cama del paciente con pliegues para los dedos de los pies</p> <p>13. Administra una dieta enriquecida en proteínas, vitaminas e hidratos de carbono de acuerdo a prescripción.</p> <p>14. Mantiene una adecuada termorregulación.</p>		
<p>EVALUACIÓN</p>		
<p>1. Verifica los cambios en el paciente con la escala utilizada.</p> <p>2. Verifica que la piel se encuentre integra.</p> <p>3. Verifica que la piel este seca y limpia.</p> <p>5. Supervisa cambios de posición y registros.</p> <p>6. Verifica que el paciente mantenga las medidas de apoyo durante su turno.</p> <p>7. Evalúa y observa que los dispositivos terapéuticos no ejerzan zonas de presión en las áreas en las cuales están colocados.</p> <p>8. Supervisa que la cama del paciente posea colchón antiescaras para mantener el confort e integridad de la piel.</p> <p>9. Supervisa que el paciente tenga su ropa de cama limpia, seca y sin arrugas y realicen los pliegas para proteger los dedos de los pies</p> <p>10. Valora el estado nutricional según la escala que utilicen para prevención de úlceras por presión.</p>		

ANEXO C. Implementación de la Propuesta

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE UNIVERSIDAD MARIANA DE PASTO ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO

Implementación de la propuesta: Protocolo de prevención de Úlceras por Presión en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paúl.

AUTORA: Lic. Ximena Vásquez

TUTORA: Lic. Avelina Narváez MSc

FICHA TÉCNICA PARA LA IMPLEMENTACION

Nombre :

Profesión:

Desempeño Profesional:

Lugar de Trabajo:

Teléfonos:

ASPECTOS	ESCALA DE VALORACIÓN			
	Muy adecuada	Adecuada	Medio Adecuada	Inadecuada
Nombre del Protocolo				
Definición				
Objetivo General				
Objetivo Especifico				
Nivel de atención				
Valoración de Riesgo				

Diagnóstico				
Equipos y Materiales				
Personal				
Plan de Atención Enfermería				
Criterios de Alta				
Evaluación				

Comentario:

.....
.....

Firma:

C.I:.....

Fecha:



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

1. 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, docente 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:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100282951- 1		
APELLIDOS Y NOMBRES:	VÁSQUEZ CASTRO XIMENA ALEXANDRA		
DIRECCIÓN:	SUCRE 15 – 43 Y JOSE MIGUEL LEORO		
EMAIL:	xvasquez81@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	2954-987	TELÉFONO MÓVIL:	0984315672

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAÚL”
AUTOR (ES):	VÁSQUEZ XIMENA
FECHA	2012/12/27
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input checked="" type="checkbox"/>
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO
ASESOR / DIRECTOR:	LIC. NARVAEZ NARANJO AVELINA

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, **XIMENA VÁSQUEZ**, con cédula de ciudadanía N° **100282951-1**, en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en forma 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

3. CONSTANCIAS

La autora manifiesta 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 el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra a los 31 días del mes de Julio de 2013.

LOS AUTORES:

(Firma).....

Nombre:

XIMENA VÁSQUEZ

C.C.: 100282951-1

ACEPTACIÓN:

(Firma).....

Nombre:

Ing. Betty Chávez

Cargo: **JEFE DE BIBLIOTECA.**

Facultado por resolución de Consejo Universitario.....



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Yo, **XIMENA VÁSQUEZ**, con cédula de ciudadanía N° **100282951-1**, 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: **“PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAÚL”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de: especialista en Cuidado al Paciente en Estado Crítico, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor (es) 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.

(Firma).....

Nombre:

XIMENA VÁSQUEZ

C.C.: 100282951-1

Ibarra, a los 31 días del mes de Julio del 2013