



Universidad Técnica del Norte Universidad Mariana de Pasto



Instituto de Postgrado

Especialidad de Enfermería para el Cuidado del Paciente en Estado Crítico

**PROTOCOLO DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA LA
PREVENCION DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN LA U.CI. EN EL HOSPITAL “SAN VICENTE
DE PAUL”.**

Autora: Ximena Vásquez

INTRODUCCION

Las úlceras por presión continúan siendo un importante problema para la salud con graves consecuencias a diferentes niveles, tanto para los pacientes, familiares y 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

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.

Los cuidados del profesional de enfermería proporcionados a los pacientes en medios hospitalarios son de gran importancia ya que tienen la responsabilidad de cuidar el estado general de los pacientes, entre los cuales está la prevención de las UPP.

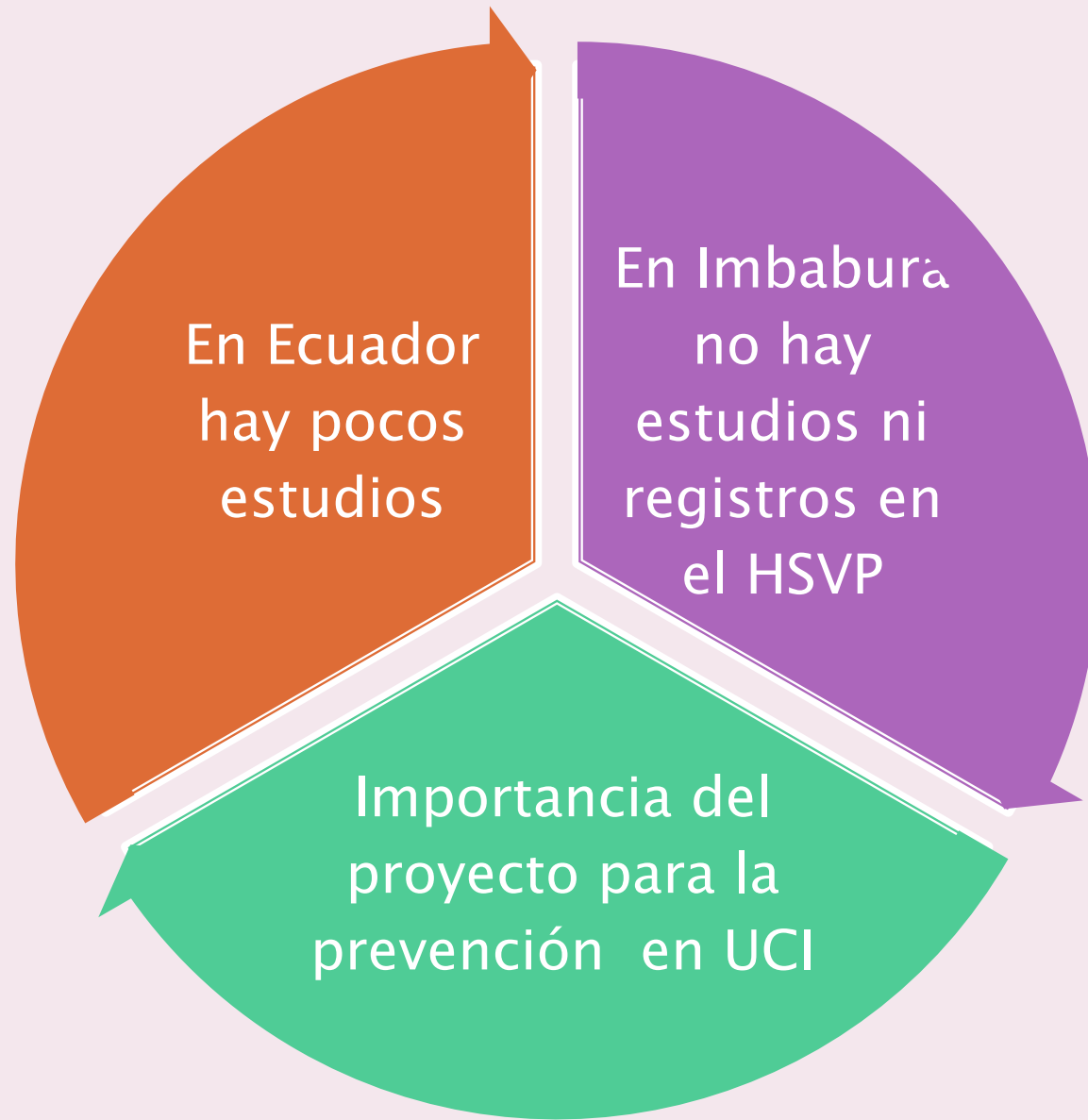
Para proporcionar estos cuidados, la enfermera(o) requiere de conocimientos específicos de esta lesión, así como la prevención y cuidados de las mismas, con la finalidad de proporcionar una atención óptima al paciente dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las UPP representan un importante problema asistencial por su prevalencia y el impacto sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes.

La OMS utiliza incidencia de las UPP como uno de los indicadores para evaluar la calidad asistencial de las instituciones de salud, relacionada directamente con el cuidado de enfermería

Según estudios a nivel internacional se ha evidenciado la preocupación por este tema, especialmente porque se cree que la mayoría (95%) de las UPP que presentan los pacientes son evitables y otro porcentaje importante (60%) serían prevenibles a través de la aplicación de escalas .



En Ecuador
hay pocos
estudios

En Imbabura
no hay
estudios ni
registros en
el HSVP

Importancia del
proyecto para la
prevención en UCI

FORMULACION 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 Paul?

OBJETIVOS

Identificar las características sociodemográficas

Implementar el protocolo estandarizado de enfermería para la prevención de UPP.

Objetivo general:
Identificar la intervención de Enfermería a través del (PAE) para la prevención de UPP en las/los pacientes hospitalizados en la UCI en el HSVP.

Identificar los cuidados de enfermería en base al (PAE) y Escala de Braden para la prevención de UPP en los pacientes hospitalizados en UCI.

Estandarizar los cuidados de enfermería para la prevención UPP a través de una propuesta de protocolo

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

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?

JUSTIFICACIÓN

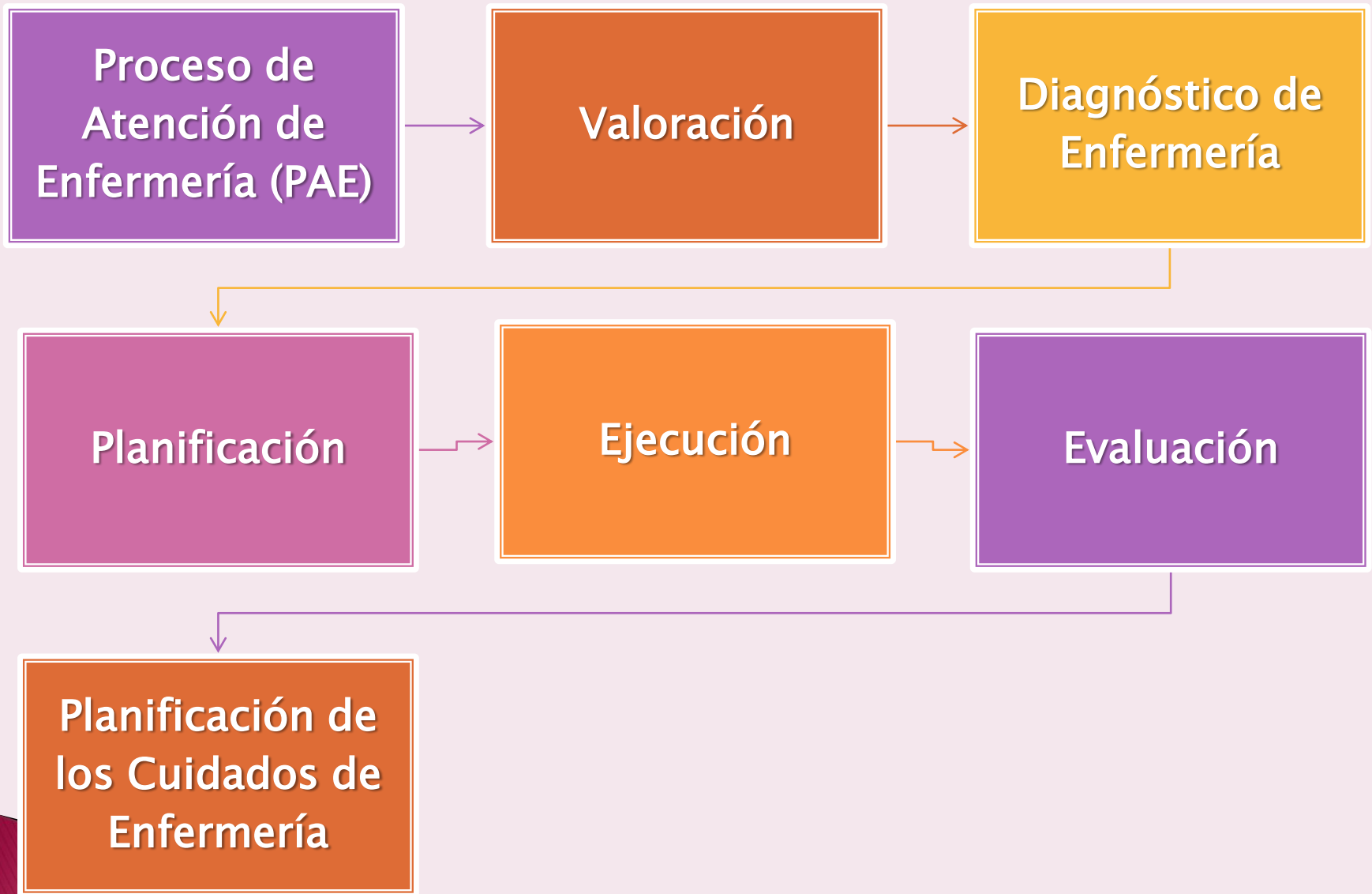
Se considera como un problema de Salud Pública porque se ve vulnerada la calidad de vida de los pacientes y de su familia.

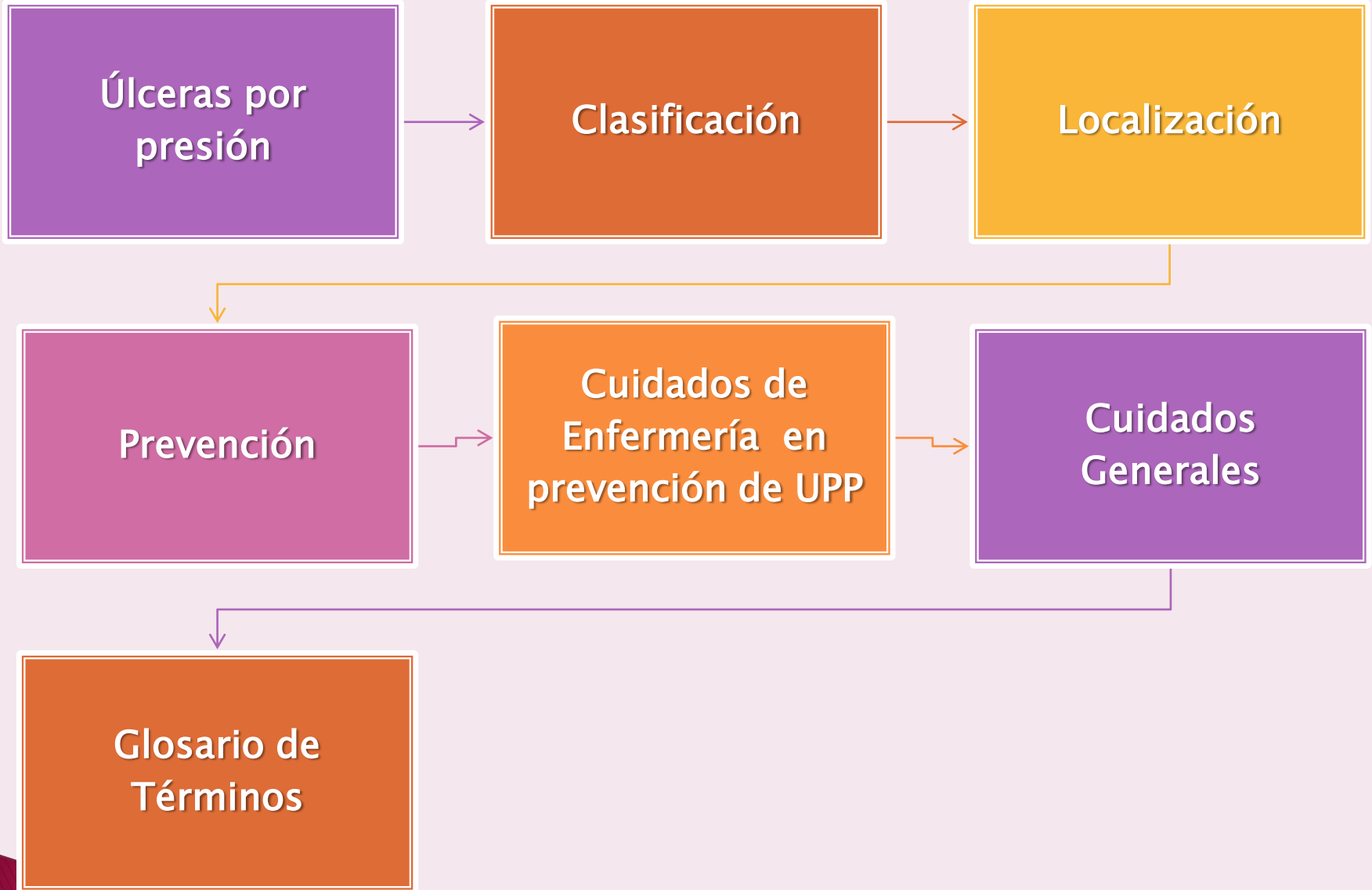
Los procesos de mejoramiento continuo buscan la prestación de atención que satisfacer necesidades de los pacientes con mayores beneficios

Por ello el cuidado 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.

MARCO TEÓRICO





METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Cuantitativo
Descriptivo

Variables:

Datos
sociodemográficos
Atención de
Enfermería

Población:

63 pacientes que
ingresaron a UCI del
HSVP de julio del 2010 a
julio del 2011. Y 13
enfermeras de UCI

Procedimiento:

Diseño preliminar
Pilotaje
Diseño definitivo
Recolección de la
información
Análisis e interpretación

Técnicas:

Revisión
documental
Observación

Instrumentos:

Lista de Chequeo
Guía de Observación

Resultados de la Investigación Pacientes de UCI

ANÁLISIS HISTORIAS CLÍNICAS

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

La mayor prevalencia es en la de 66 años (39%)

Las mujeres ingresadas corresponden al 51%

La mayoría son casados (32%), seguido de los solteros

La mayoría 59% tiene instrucción primaria.

El 49% se desempeña como: Jornalero, Chofer, Albañil, Jubilado, Cargador

El 83% percibe ingresos mensuales inferiores al sueldo básico

El 68% vive en el sector urbano

El 100% de los pacientes consume de 2 - 3 comidas diarias.

60% presenta patologías: Diabetes, Trauma Cráneo Encefálico, Politraumatismos, Choque hipovolémico; el 21% asociadas a neumonía; el 19% el paciente ha desarrollado una sepsis de origen bacteriano o viral.

ANALISIS DE LA OBSERVACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UCI

100% cumple con lo referente a la revisión de los exámenes paraclínicos.

El 31% del personal identifica datos significativos sobre el paciente.

Solo el 23% de enfermeras establece plan de cuidados de acuerdo al dg de enf.

El 100% del personal no utiliza ninguna escala para valorar las Úlceras por presión

El 23% de personal valora la integridad de la piel del paciente.

El 100% de personal realiza aseo diario al paciente y suministra la dieta prescrita por el médico.

El 100% del personal no verifica cambios en el paciente, ni valora el estado nutricional del paciente.

En cuanto a la supervisión de cambios de posición, medidas de apoyo, piel, dispositivos de apoyo, aseo el 100% lo realiza.

CONCLUSIONES

En la caracterización socio demográfica la variable edad es un factor de riesgo en el desarrollo de UPP ya que a mayor edad mayor es el riesgo.

Las enfermeras no utilizan como herramienta el PAE, desconocen cada una de sus etapas que dan soporte a las intervenciones de enfermería.

Es necesario establecer en este servicio la utilización de una escala que permita limitar riesgos y complicaciones que puede desarrollar el paciente, evitando el deterioro de las condiciones del mismo y por ende de la calidad de vida

En la UCI no existe un Protocolo estandarizado de Cuidados de Enfermería en UPP, la validación de expertas indica que es claro, aplicable y valido para su aplicación.

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, que permita la toma de decisiones oportunas

Es indispensable que en UCI exista una estandarización de actividades de enfermería para la prevención de UPP, contribuyendo a que el PAE sea uniforme y no exista contra información de enfermera a enfermera.

PROPUESTA

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.

Objetivo general:

Establecer criterios unificados de actuación de enfermería a través del (PAE) para la prevención de UPP.

Objetivo específico:

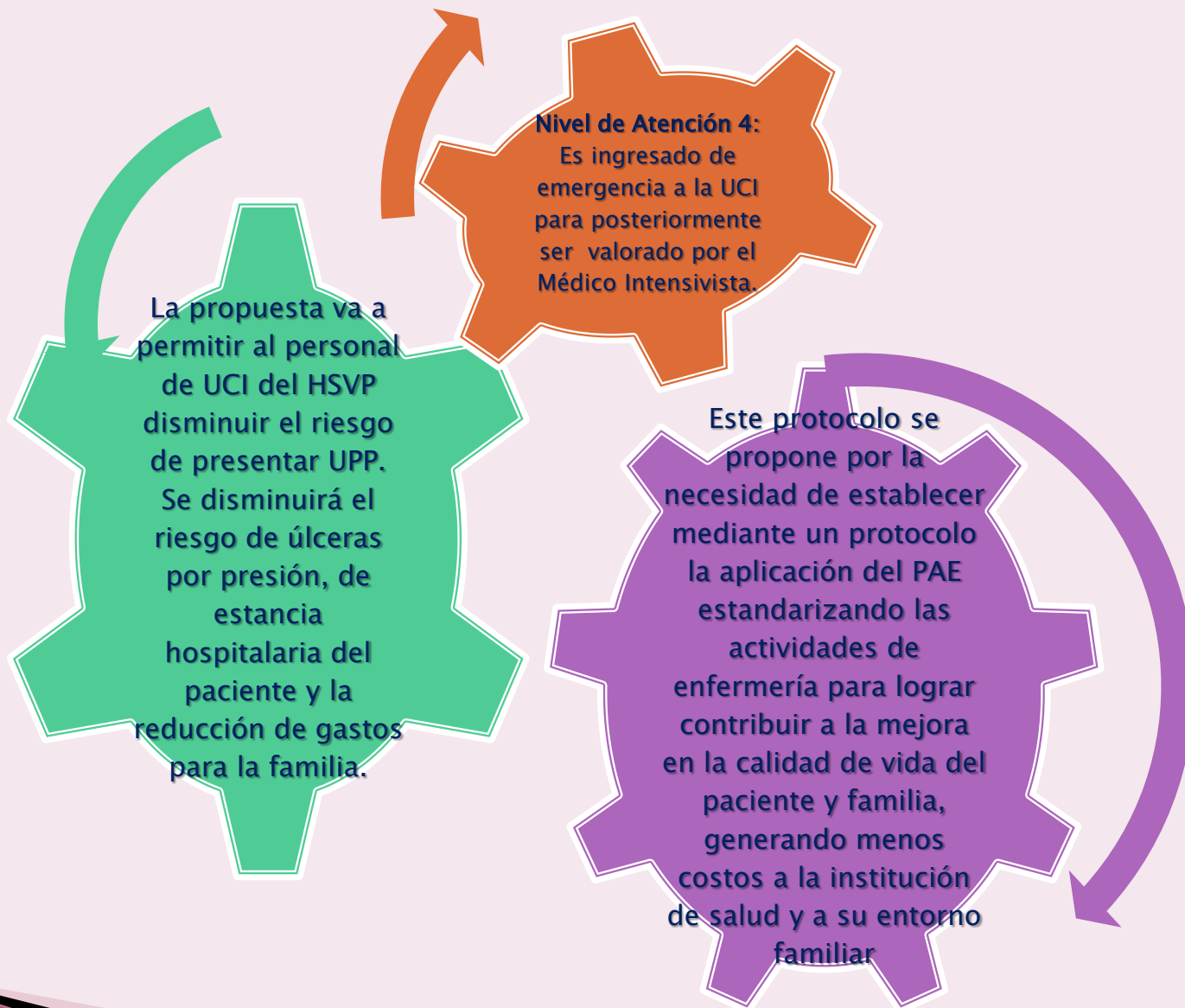
Reducir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las úlceras por presión.

Objetivo específico:

Valorar el grado de riesgo de desarrollar úlceras por presión de una manera efectiva y fiable.

Objetivo específico:

Protocolizar los cuidados de enfermería para unificar criterios basados en evidencia científica encaminadas a la prevención de UPP.



Protocolo

Valoración de riesgo

Al ingreso de los pacientes, se realizará una valoración inicial.



Una vez definido si entra dentro de la población de riesgo, se le aplicará la Escala de Braden.



Determinado el riesgo, y si procede, se le aplicaran las medidas preventivas.

Diagnóstico

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 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


Plan de Atención de Enfermería



1. Aplicación de
escala de valoración
de riesgo

2. Valoración
constante de la piel

3. Cambios posturales



4. Vigilar los dispositivos terapéuticos que puedan producir presión

5. Verificar cama con colchón antiescaras

6. Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.

Guía de Evaluación de la Atención de Enfermería

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.		

IMPLEMENTACION 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 Enfermería que laboran en el mismo, el cual estará sujeto a cambios de acuerdo a actualizaciones científicas.

¡Tratar una úlcera por presión es mucho más difícil que prevenirla! ¡La prevención es la máxima prioridad!



Gracias
Por su atención

