

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN
PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL HOSPITAL
GENERAL DE IZTAPALAPA, DEL DDF.**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA DEL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO

PRESENTA

MARTHA SÁNCHEZ FLORES

CON LA ASESORÍA DE LA DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

México, D.F

Agosto del 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Lasty Balseiro Almario por la asesoría de metodología y corrección de estilo brindado, que hizo posible la feliz culminación de esta tesina.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, por las enseñanzas recibidas en la especialidad de atención del adulto en estado crítico, de sus excelentes maestros.

Al personal de enfermería del Hospital General de Iztapalapa, por las enseñanzas recibidas en el aspecto práctico en la atención de los pacientes con úlceras por presión, a fin de brindarles la atención especializada que merecen.

DEDICATORIAS

A mis padres: Silverio Sánchez García y Julia Flores Salazar, por haberme sembrado los principios de la superación personal y profesional que han permitido ahora culminar esta meta como especialista.

A mis hermanos: Julisa, Margarita, Evelia y Jesús Sánchez Flores, por todo el apoyo incondicional recibido durante toda mi vida profesional, hasta los momentos más difíciles.

A mi esposo Diego Alejandro Hernández Rivera, quien ha sido un pilar importante en mi vida, y con quien he compartido muchos retos a nivel profesional, como este, “ser especialista”.

A mis hijas Viridiana Yunuen e Ilse Alejandra, quienes son mi principal motor para seguir adelante, ya que gracias a su amor y constante apoyo he podido alcanzar con éxito estos estudios de posgrado.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. <u>FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</u>	3
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	3
1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA	5
1.4. UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO	6
1.5. OBJETIVOS	7
• General	7
• Específicos	7
2. <u>MARCO TEÓRICO</u>	8
2.1. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN, EN EL HOSPITAL GENERAL DE IZTAPALAPA.	8
2.1.1. Las úlceras por presión	8
- Antecedentes	8
- Conceptos básicos	10
• De úlceras por presión	10

- Etiopatogenia de las úlceras	12
• Presión	12
• Fricción	12
• Fuerza externa de pinzamiento	13
2.1.2. Localizaciones más frecuentes de las úlceras.	13
• Decúbito supino	13
• Decúbito lateral	13
• Decúbito prono	13
• En sedentación	13
2.1.3. Factores que desarrollan las úlceras en pacientes	15
- Del paciente	15
• Movilidad	15
• Percepción de estímulos dolorosos.	15
• Obesidad	16
• Delgados	16
• Lasticidad y compresibilidad de los tejidos	16
• Riesgo sanguíneo	17
• Trastornos sistémicos	17
- Externos al paciente	17
• Duración de la presión	17
• Posición o postura inadecuada	18
• Vestidos y ropa de cama	18
• Humedad	18
2.1.4. Estadios de las úlceras por presión	19

Estadio I	19
Estadio II	19
Estadio III	20
Estadio IV	20
2.1.5. Riesgos y complicaciones de las úlceras	21
2.1.6. Intervenciones de enfermería en pacientes con úlceras por presión.	21
- Valoración del riesgo	21
- Cuidados específicos	21
• Cuidados de la piel	21
• Exceso de humedad	23
• Manejo de la presión	24
a) Movilizaciones	24
b) Cambios posturales	24
c) Superficies especiales de apoyo	25
d) Cuidados generales	27
- Los cuatro componentes básicos al tratamiento	28
• Debridamiento de tejidos	28
• Limpieza de la herida	29
• Prevención, diagnóstico y tratamiento	29
• Prevención.	30
METODOLOGÍA	34
VARIABLES E INDICADORES	34
Dependiente	34
- Indicadores de la variable	34

Definición operacional	35
Modelo de relación influencia de la variable	43
TIPO Y DISEÑO DE TESINA	44
Tipo de tesina	44
Diseño de tesina	45
TECNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS	46
Fichas de trabajo	46
Observación	46
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	53
ANEXOS Y APENDICES	56
GLOSARIO DE TERMINOS	77
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	91

INTRODUCCIÓN

La presente tesina tiene por objeto analizar las intervenciones de enfermería especializada en pacientes con úlceras por presión en el Hospital General Iztapalapa, en México, D.F.

Para realizar este análisis se ha desarrollado esta investigación documental en siete importantes capítulos que a continuación se presentan. En el primer capítulo se da a conocer la fundamentación del tema de tesina que incluyen los siguientes apartados: Descripción de la situación problema, identificación problema, justificación de la tesina y objetivos generales y específicos.

En el segundo capítulo se da a conocer el marco teórico de las intervenciones de enfermería en pacientes con úlceras por presión en el Hospital General Iztapalapa. En este capítulo es donde se ubican todos los aspectos teórico-metodológicos que realiza la enfermera especialista y que apoyan el problema y los objetivos de esta investigación documental. Es decir, el marco teórico reúne las fuentes primarias y secundarias tanto del problema como de los objetivos.

En el tercer capítulo se ubica la metodología que incluye la variable dependiente: intervenciones de enfermería especializada en pacientes con úlceras por presión, así como los indicadores de la variable, la definición operacional y el modelo de relación de influencia de esta variable. En este mismo capítulo se presenta el tipo y diseño de tesina,

las técnicas de investigación utilizadas entre las que están las fichas de trabajo y la observación.

Finaliza esta investigación documental con los capítulos cuarto, quinto, sexto y séptimo en donde se ubican las conclusiones y recomendaciones, los anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas consultadas respectivamente.

Es de esperarse que al culminar esta tesina, se pueda tener un panorama general de lo que son las úlceras por presión y las intervenciones especializadas de enfermería en el manejo preventivo, curativo y de rehabilitación, para procurar el bienestar de los pacientes.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE TESIS

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El Hospital General Iztapalapa de la Comunidad Económica Europea es un organismo de segundo nivel de atención cuya misión es otorgar atención médica de calidad a la población usuaria para que esta encuentre satisfactores de salud derivados de la atención médica recibida.

El Hospital General Iztapalapa para poder cumplir con su misión de brindar atención de calidad, cuenta con diversos servicios entre los que están: Cirugía general, pediatría, gineco-obstetricia y medicina interna. Desde luego, cuenta también con otros servicios como son diálisis, cunero patológico, terapia intensiva, unidad toco quirúrgica, quirófanos y urgencias. Estos servicios de alta especialidad coadyuvan en lograr que el hospital cumple con su misión de otorgar una atención integral a los pacientes.

Sin embargo, así como hay pacientes cuyo promedio de días estancias es corto, también los hay que se mantienen con días de estancia largos y que por diversas causas empiezan a tener una inmovilización prolongada, desarrollando úlceras por decúbito en áreas en donde los tejidos tengan prominencias óseas. Es bien sabido entonces que la incidencia de úlceras por decúbito, es utilizada como un indicador de la calidad del cuidado que recibe el paciente.

El problema de las úlceras por presión es sumamente importante no solo por los factores que la causan sino también porque esto influye y agrava otros procesos que aumentan los costos de salud y al prolongar el tiempo de hospitalización de los enfermos.

Es de vital importancia entonces, no solamente instrumentar las medidas curativas y la intervención de la enfermera especialista, sino también las medidas preventivas al enseñar a la familia sobre aspectos de higiene y cambios posturales, para procurar el bienestar al paciente encamado por tiempos prolongados.

En esta tesina entonces, después de haber atendido a pacientes por más de dieciocho años en el Hospital General Iztapalapa, se plasmarán los principios básicos de lo que deben hacerse con un paciente que tiene úlceras por presión a fin de modificar ciertos hábitos que ponen en riesgo la salud de los pacientes desde una valoración general de lo que puede hacerse con él, hasta lograr una rehabilitación y mejora de su calidad de vida.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta eje de esta investigación documental es:

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería especializada en pacientes con úlceras por presión en el Hospital General Iztapalapa, del D.D.F.?

Las respuestas a esta interrogante se reconocen de manera amplia y específica, en esta tesina.

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA

La presente tesina se justifica ampliamente por varias razones:

En primer lugar se justifica porque el problema de las úlceras por presión de los pacientes en los hospitales están prolongando el tiempo de estancia, aumentan los costos de salud, aumenta la morbilidad y la mortalidad de los pacientes. Desde luego, es necesario reconocer la problemática para que el personal de enfermería pueda actuar en consecuencia, primero en un sentido preventivo y luego brindar los cuidados especializados cuando el problema ya se ha presentado.

En segundo lugar esta tesina se justifica porque involucra en tratamiento teórico y empírico de lo que implica la enfermería especializada en el cuidado de los pacientes con úlceras por presión, de tal suerte que un estudio y análisis a conciencia de lo que sucede con los pacientes que tienen estas úlceras, permitirá reconocer que el equipo de salud (enfermeras) deben estar concientes de sus responsabilidades para prevenir estas úlceras en todos los pacientes encamados. Entonces, no solamente en el sentido preventivo la enfermería especialista actúa de manera decidida para evitar las úlceras, sino que también se requiere conocimiento de todo el

personal de salud y para la familia en donde la enfermería especialista es la líder de cómo deben tratarse estos pacientes.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA

El tema de la presente investigación documental se ubica el área de cuidados críticos.

Se ubica en la unidad cuidados intensivos porque las úlceras por presión, son provocadas por la disminución del riego sanguíneo en las zonas de apoyo debido a una compresión prolongada en paciente que permanecen encamados durante mucho tiempo. Muchos de estos pacientes que pueden estar en las terapias intensivas necesitan un cuidado especializado dirigido a las prominencias óseas en donde aparecen con mayor frecuencia. Por ello, la enfermera especialista debe estar muy atenta a las isquemias de las estructuras óseas que se encuentran por debajo de la piel, la grasa y los músculos como resultado de la presión sostenida.

Se ubica a la enfermería porque el personal de enfermería desempeña un papel importantísimo para impedir la aparición de las úlceras por presión, si este personal emplea de manera correcta los cuidados preventivos. Por ello, se dice que la aparición de las úlceras por presión constituye un indicador para medir la calidad de la atención de enfermería.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Analizar las intervenciones de enfermería especializada en pacientes con úlceras por presión en el Hospital General Iztapalapa del D.D.F. en México, D.F.

1.5.2 Específicos

Identificar las principales funciones y actividades de la enfermera especialista de adulto en estado crítico en el cuidado de las personas con úlceras por presión que permita guiar las acciones de la atención a los pacientes.

Proponer las diversas actividades que el personal de enfermería debe llevar a cabo siempre, con pacientes con úlceras por presión en todos los hospitales.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL HOSPITAL GENERAL DE IZTAPALAPA

2.1.1 Las úlceras por presión

- Antecedentes

La piel es una membrana cutánea resistente y flexible que recubre toda la superficie corporal. Es el mayor órgano del cuerpo humano, mide de 1,6 a 1,9 m² y pesa unos 2 kg. Es una cubierta a prueba de agua que proporciona así mismo protección contra parásitos, bacterias y virus e interviene en la regulación de la temperatura del organismo. Está compuesta por cinco capas de células denominadas según su función, textura o posición. La más profunda es el estrato basal, que se fija en las capas más superficiales de los tejidos subyacentes y da lugar a la formación de nuevas células que van sustituyendo a las que se pierden por abrasión en la capa más externa. Las células de cada una de las capas van emigrando hacia la superficie a la vez que maduran. Por encima de estrato basal se encuentra el estrato espinoso, cuyas células son poligonales y presentan en su superficie finas espículas. Al ir emigrando hacia la siguiente capa, el estrato granuloso, se van aplanando y se disponen paralelamente a la superficie de la piel. Sobre esta capa se encuentra una banda clara y

fina de tejido homogéneo denominado estrato lúcido. En esta capa no pueden observarse los límites intercelulares. La capa más externa o estrato córneo está compuesta por placas escamosas de células muertas que contienen queratina. Esta capa es gruesa en algunas zonas del organismo sometidas a abrasión y fina en otras no protegidas. El color de la piel varía según la cantidad de melanina presente en la epidermis. La diferencia en la cantidad de melanina de las distintas personas viene determinada por los factores genéticos que explican las distintas coloraciones cutáneas que se observan en unas y otras razas. Los rayos solares ultravioletas estimulan la producción de melanina, que los absorbe y simultáneamente tiñe la piel. Una modificación de la piel, la membrana mucosa, recubre diversas porciones del cuerpo, como la vagina, la vejiga, los pulmones, el intestino, la nariz y la boca.

La piel proporciona diversas funciones únicas:

- 1) Protege a las células más profundas del ambiente (es decir, de la desecación; lesiones química y mecánica, invasión microbiana, micótica y parasitaria; efectos dañinos de la luz ultravioleta)
- 2) Regula y ayuda a conservar la temperatura corporal.
- 3) Sirve como un órgano neurorreceptor en el control de diversos estímulos ambientales.
- 4) Procesa sustancias antigénicas que se le presentan.
- 5) Proporciona un adorno cosmético como un órgano con estructuras queratinizadas especializadas –pelo y uñas- que también tienen una función protectora.

Para Patricio Andrade y Cols¹. La curación de heridas es un tema tan antiguo como la historia del hombre. El hombre de neandertal en Irak 60. 000 A.C. usó hierbas contra las quemaduras y según el papiro de Smith los apósitos datan desde 5 000 A.C., en el antiguo Egipto ya se usaban como apósitos el barro, gomas, resinas, miel, mirra y sustancias oleosas. Por otro lado, Hipócrates trataba las heridas con vino, cera de abejas, roble sagrado, aceite y azúcar, escuela que incluso se mantiene hasta nuestros días.

- Conceptos básicos
 - De úlceras por presión

Para Manuel Rodríguez Palma y cols.² Una úlcera por presión (UPP) es cualquier lesión de la piel y los tejidos subyacentes originada por un proceso isquémico producido por la presión, fricción, cizalla o una combinación de las mismas. Se localizan habitualmente sobre las protuberancias óseas- al estar el tejido blando comprimido entre estas y una superficie externa-. Como resultado de la hipoxia tisular en la zona aparece una degeneración rápida de los tejidos, cuya gravedad puede ir desde un ligero enrojecimiento de la piel hasta úlceras profundas que afectan al músculo e incluso al hueso.

¹ Patricio Andrade y cols. Curación avanzada de heridas. En la revista chilena de cirugía Vol. 56, N° 4. Santiago de Chile, 2004. p. 396.

² Manuel Rodríguez Palma y cols. Cuidados de enfermería al paciente en úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento. Hospital Universitario Puerta del Mar. Ed. de salud. Madrid, 2004. p. 16.

Por su parte para el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas de España,³ las úlceras por presión constituyen hoy en día un importante problema por sus repercusiones en diferentes ámbitos, tales como el nivel de salud de quienes la padecen, la calidad de vida y sus entornos cuidadores, el consumo de recursos para el sistema de salud, pudiendo incluso alcanzar responsabilidades legales al ser consideradas en muchas situaciones como un problema evitable. Por ello, la mayoría de las úlceras por presión pueden prevenirse (un 95% son evitables) (Hibbs P. 1987) (Waterlow J.1996), por lo que es importante disponer de estrategias de educación y prevención integradas dentro de guías de práctica clínica interdisciplinares que contemplen los distintos niveles asistenciales. Estas guías deberán basarse en las mejores evidencias científicas disponibles. (Ver anexo N° 1).

³ Grupo Nacional para el estudio y acercamiento a úlceras por presión, heridas crónicas. Directivos Generales sobre la presión de las úlceras por presión. Documento impreso, Madrid, 2003 p.1.

- Etiopatogenia de las úlceras

Por Manuel Rodríguez Palma y cols.⁴ en la formación de úlceras por presión se identifican 3 fuerzas que son:

▪ Presión

La presión es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente – plano esquelético, prominencias óseas – y otro externo a él – sillón, camas, sondas, etc.-. Es la principal causa de formación de UPP. Así, la presión capilar oscila entre 16-32mm de hg. Una presión superior a 17mm de hg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar entre los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos. La formación de una UPP depende tanto de la presión que se ejerce sobre una zona de la piel como del tiempo que se mantiene esa presión; Kösiak demostró que una presión de 70mm hg durante 2 horas puede originar lesiones isquémicas . O sea: presión + tiempo = ÚLCERA.

▪ Fricción

La 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

⁴ Manuel Rodríguez Palma y cols. Op. cit. p. 16.

produce fuerza de fricción- sobre todo en las movilizaciones, al arrastrar al paciente-.

- Fuerza externa de pinzamiento

La fuerza externa combina los efectos de presión y fricción. Las fuerzas de cizallamiento (o fuerza externa de pinzamiento) son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes se deslizan una sobre otra. Se ejerce cizallamiento sobre el cuerpo cuando se eleva la cabecera de la cama y cuando los individuos sentados en una silla se deslizan hacia abajo en la misma. En esta situación, los tejidos externos- piel, fascias superficiales- permanecen fijos contra las sabanas de la cama mientras que los tejidos profundos- fascias profundas, esqueleto- se deslizan hacia los pies de la cama. Debido a este efecto, la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor, por lo que la isquemia del músculo se produce más rápidamente.⁵

2.1.2 Localizaciones más frecuentes de las úlceras

Las UPP pueden a parecer en cualquier lugar del cuerpo, dependiendo de la zona de piel que esté sometida a mayor presión y de la postura más habitual del paciente. Habitualmente, las localizaciones más frecuentes van a ser las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo:

⁵ Id

- Decúbito supino

En decúbito supino: región sacra, talones, codos, omóplatos, nuca/occipital y coxis. (Ver anexo N° 2)

- Decúbito lateral

En decúbito lateral: maléolos, trocánteres, costillas, hombros/acromion orejas, crestas iliacas, cara interna de las rodillas.

- Decúbito prono

En decúbito prono: dedos de los pies, rodillas, genitales masculinos, mejillas, mamas, orejas, nariz, crestas iliacas.⁶

- En sedestación

En sedestación: omóplatos, isquion, coxis, trocánter, talones y metatarsianos.

⁶ Manuel Rodríguez Palma y cols. Op cit. p. 17.

2.1.3 Factores que desarrollan las úlceras en pacientes.

- Del paciente

- Movilidad

Puesto que la causa de las úlceras por presión es el trauma prolongado sobre una misma zona, cuanto menor capacidad tenga el paciente para cambiar su posición, mayor probabilidad existe que aparezca el problema. La atrofia muscular derivada de la inmovilidad reduce el almohadillado y predispone a la úlcera.⁷

- Percepción de estímulos dolorosos

Por la misma razón, la insensibilidad al dolor favorece la aparición de úlceras por no provocar una respuesta de cambio postural. Los enfermos con lesión en las vías nerviosas conductoras de la sensibilidad, o con características psicológicas particulares (ensimismados, deprimidos) tienen un mayor riesgo de presentar úlceras por presión.⁸ (Ver anexo N° 3)

⁷ Roberto Atala Castellanos y cols. Porqué las ? documento impreso en internet: http://www.minusval2000.com/investigación/archivos/investigación/úlceras_por_presión.html .Madrid., 2000. p. 2.

⁸ Id

- **Obesidad**

En principio, los tejidos del obeso dispersan el peso sobre una superficie mayor. Sin embargo, el riego sanguíneo de los tejidos y, en consecuencia, su nutrición y oxigenación son deficientes, lo que a su vez favorece la aparición del problema.

- **Delgadez**

Cuando el almohadillado de grasa y músculo entre las prominencias óseas y la piel es escaso, el peso del cuerpo se concentra sobre ellas provocando el problema. Además, una delgadez extrema suele denotar un déficit nutritivo importante; con los déficits proteicos el organismo pierde la materia prima para regenerar los tejidos dañados y el problema se acelera. Los déficits de vitamina C y B y zinc también pueden ocasionar este tipo de problemas. Edemas: la acumulación de líquido en los tejidos intersticiales tanto si es de origen nutricional (déficit proteico) como por otro tipo de patología, reduce la oxigenación y nutrición de los tejidos, favoreciendo la lesión.⁹

- **Lasticidad y compresibilidad de los tejidos**

Los tejidos de los ancianos son poco elásticos y se comprimen con facilidad, suspendiendo el riego sanguíneo de la zona afectada por la

⁹ Id

presión. La deshidratación contribuye por este mecanismo a la aparición de úlceras.

- Riego sanguíneo

Durante la ancianidad, los vasos capilares sufren unos cambios normales que reducen la irrigación sanguínea en la piel. El problema se agrava si existe patología vascular sobre añadida o procesos con alteraciones vasculares y de la micro circulación (diabetes por ejemplo), favorecen la aparición de úlceras por presión.¹⁰

- Trastornos sistémicos

Estos en general, y las infecciones en particular predisponen al trauma por presión al aumentar las necesidades nutritivas de las células y las pérdidas de líquidos, lesionar la circulación y, en ocasiones reducir el ingreso nutricional.¹¹

- Externos al paciente

- Duración de la presión

La microcirculación se ocluye con facilidad con presiones leves. Por ello, a la hora de producir lesión, tiene más importancia la duración de

¹⁰ Ibid. p. 3.

¹¹ Id

la presión que su intensidad: o sea que es menos perjudicial una presión importante de corta duración, que presiones leves mantenidas en el tiempo.

- Posición o postura inadecuada

El grado de presión sobre las prominencias óseas se modifica fácilmente con la posición. La presión sobre las tuberosidades del isquion es mayor al permanecer sentado con los pies sostenidos que cuando estos cuelgan libres, pues en esta última el peso se distribuye a lo largo de toda la cara posterior de los muslos. La presión sobre la zona sacra y las fuerzas de desgarramiento sobre los tejidos de esta zona son mayores, cuanto mayor es la elevación de la cabecera de la cama.¹²

- Vestidos y ropa de cama

Las ropas rasposas y arrugadas contribuyen a concentrar la presión en ciertas zonas. La posibilidad de que las ropas se arruguen es mayor a mayor número de capas. Los cuerpos extraños y partículas entre la ropa son igualmente perjudiciales.

- Humedad

La humedad contribuye a la maceración de la piel, más cuando proviene de líquidos irritantes como el sudor, la orina o las heces. Es

¹² Id

primordial una adecuada higiene para el tratamiento de las úlceras por presión.¹³

El problema de las úlceras por presión es importante no solo por sus factores causantes, sino también por que se ha constatado su influencia como agravante de otros procesos, aumentando la mortalidad y morbilidad, empeorando la calidad de vida, prolongando el tiempo de hospitalización de los enfermos y aumentando los costos de salud. Y sobre todo, es un problema importante por que la prevención es altamente eficaz.

2.1.4 Estadios de la úlcera por presión

La clasificación de las úlceras por decúbito se basa en la profundidad y las estructuras comprometidas (National Pressure Ulcer Advisory Panel y Pressure Ulcer Guideline Panels):¹⁴(Ver anexo N°4)

Estadio I

En el estadio I: hay alteraciones relacionadas a la presión sobre piel intacta, que incluye: cambios en la temperatura o sensibilidad de la piel y en la consistencia de los tejidos se define como área de la piel

¹³Id

¹⁴ National Pressure Ulcer advisory Panel and Pressure Ulcer Guideline Panels. Úlceras por decúbito: encaras documento impreso en internet: <http://www.intermedicina.com/avances/clinica/foto//.html> Madrid.2008 p. 2

intacta con eritema persistente. También puede aparecer de color azulado o púrpura, siempre de carácter persistente.¹⁵

Estadio II

En el estadio II hay pérdida parcial de las capas de la piel comprometiendo la epidermis, la dermis, o ambas. La úlcera es superficial y se presenta clínicamente como una abrasión, ampolla, o úlcera superficial.

Estadio III

En el estadio III hay pérdida de todas las capas de la piel con compromiso o necrosis de tejido subcutáneo que se puede extender en profundidad, pero sin compromiso de la fascia subyacente. La úlcera se presenta clínicamente como un carácter profundo con o sin compromiso del tejido circulante.¹⁶

Estadio IV

En el estadio IV hay pérdida de todas las capas de la piel con destrucción extensa, necrosis tisular, o daño del músculo, hueso o estructuras que lo soportan como tendones o capsula articular. Tractos

¹⁵ Id

¹⁶ Id

sinuosos o cavernas (bolsillos) también pueden ser asociados con úlceras estadio IV.

2.1.5 Riesgos y complicaciones de las úlceras

Las posibles complicaciones asociadas a las úlceras por presión son: amiloidosis, endocarditis, formación ósea heterotópica, infestación por gusanos, meningitis, fístula perineo-uretral, pseudaneurisma, artritis séptica, trayectos fistulosos o abscesos, carcinoma de células escamosas en las úlceras y complicaciones sistémicas de los tratamientos locales: toxicidad por yodo.¹⁷ Otras complicaciones como la bacteremia, sepsis, celulitis avanzadas y osteomielitis, son entidades mas frecuentes.

2.1.6 Intervenciones de enfermería en pacientes con úlceras por presión

- Valoración del riesgo

Para el Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas, la valoración del riesgo implica:

- Considerar a todos los pacientes potenciales de riesgo.
- Elegir y utilizar una escala de valoración de riesgo (EVRUPP) que se adapte a las necesidades de su contexto asistencial

¹⁷ Manuel Rodríguez Palma y cols. Op cit p. 17.

- La utilización de una EVRUPP le facilitará la identificación del nivel de riesgo global y de los factores de riesgo presentes en ese paciente, orientado a la planificación de los cuidados de prevención.
- Utilizar una EVRUPP validada en cuanto a su sensibilidad, especificidad y variabilidad interobservador.
- Evitar modificar escalas sin proceder a su validación.
- Efectuar la valoración de riesgo en el momento de ingreso del paciente y periódicamente según se establezca o existan cambios en el estado general que así lo sugiera.
- -Registrar sus actividades y resultados y evaluar.¹⁸ (Ver anexo N° 5 con la escala de Braden para la prevención del riesgo)

-Cuidados específicos

- Cuidados de la piel

Examinar el estado de la piel al menos una vez al día, teniendo en cuenta especialmente:

- Prominencias óseas (sacro, talones, caderas, tobillos, codos,...)
- Zonas expuestas a la humedad (por incontinencia, transpiración, estomas, secreciones,...)
- Presencia de sequedad, escoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración,...)
- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca.

¹⁸ Grupo Nacional para el estudio... Op cit p. 1

- Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
- Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado meticuloso sin fricción.
- No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, tanino, colonias, etc.).
- Aplicar cremas hidratantes, procurando su completa absorción.
- Valorar la posibilidad de utilizar productos con ácidos grasos y preoxigenados en las zonas de riesgo de desarrollo de úlceras por presión, cuya piel este intacta.
- Preferentemente se utilizará lencería de tejidos naturales.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán servirse de apósitos protectores (hidrocoloides, películas y espumas de poliuretano).
- No realizar masajes directamente sobre prominencias óseas.
- No dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad al presentar un elevado riesgo de aparición de nuevas lesiones (recurrencia).¹⁹ (ver anexo N° 6: cuidado y prevención de las úlceras)

- Exceso de humedad

Hay que valorar y tratar los diferentes procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel del paciente: incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas. Para ello se

¹⁹ Grupo Nacional para el estudio. Op cit p. 2.

pueden utilizar productos barrera que no contengan alcohol y que protegen contra exudados y adhesivos.²⁰ (Ver anexo N° 7: manejo de la humedad)

- Manejo de la presión

Para minimizar el efecto de la presión como causa de úlceras por presión habrá de considerarse 4 elementos: la movilización, los cambios posturales, la utilización de superficies especiales de apoyo y la protección local ante la presión.

a) Movilización

- Aquí hay que elaborar un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y actividad del paciente.

b) Cambios posturales

- Aquí hay que realizar cambios posturales:
 - Cada 2-3 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada.
 - En periodos de sedestación se efectuarán movilizaciones horarias. Si puede realizarlo autónomamente, enseñe al paciente a moverse cada quince minutos (cambios de postura y/o pulsiones).

²⁰ Id

En la realización de los cambios posturales hay que tener presente los siguientes puntos:

- Evite en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.
- Siga las recomendaciones de salud laboral sobre manejo de pesos y cargas.
- Mantenga el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente.
- Evite el contacto directo de las prominencias óseas entre si.
- Coloque almohadillas con ½ kilo de alpiste en dichas zonas.
- Evite el arrastre. Realice las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción.
- En decúbito lateral, no sobrepase los 30°.
- Si fuera necesario, eleve la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°.) y durante el mínimo tiempo.
- No utilice flotadores.²¹ (Ver anexo N° 8: Cambios posturales de las úlceras por presión).

c) Superficies especiales de apoyo

- Aquí nos referiremos a superficies especiales de apoyo, como aquellas superficies que han sido diseñadas específicamente para el manejo de la presión. En este sentido, el fabricante debería aportar información fundamentada acerca de sus características de

²¹ Grupo Nacional para el estudio... Op cit p. 3

las lesiones de los pacientes tributarios de su uso, así como parámetros de efectividad respecto del alivio-reducción de la presión).

- Utilice, perfectamente en todos los niveles asistenciales, una superficie de apoyo adecuada según el riesgo detectado de desarrollar úlceras por presión y la situación clínica del paciente.
- Pacientes de riesgo bajo: Preferentemente superficies estáticas (colchonetas-cojines estáticos de aire, colchonetas-colchones-cojines de fibras especiales, colchones de espuma especiales, colchonetas-cojines viscoelásticos,...)(Ver anexo N° 9 alivio de las úlceras con colchonetas)
- Pacientes de riesgo medio: Preferentemente superficies dinámicas (colchonetas alternantes de aire de celdas medias,...) o superficies estáticas de altas prestaciones (colchones de espuma especiales, colchones-colchonetas viscoelásticos,...)
- Pacientes de riesgo alto: Superficies dinámicas (colchones de aire alternante, colchonetas de aire alternante de grandes celdas,...)²²
- Los pacientes de riesgo medio y alto deberán utilizar un cojín con capacidad de reducción de la presión mientras estén en sedestación.
- Existen en el mercado superficies especiales diseñadas para pacientes pediátricos (incubadora, cuna, cama pediátrica) y para adultos.

²² Id.

- Considere siempre a las superficies especiales como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados (movilización y cambios posturales).

d) Cuidados Generales

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

Alteraciones respiratorias

- Alteraciones circulatorias.
- Alteraciones metabólicas (Ver anexo N° 10: cuidados generales).
- Identificar y corregir los diferentes déficits nutricionales (calorías, proteínas, vitaminas y minerales).
- Recordar que el paciente en alto riesgo de desarrollar UPP requiere una dieta hiperproteica e hipercalórica y que en el caso de que presenta alguna UPP se precisa del aporte de nutrientes que faciliten el proceso de cicatrización.
- Existen comercializados productos nutricionales que cumplen éstos requisitos para la prevención y aseguran un estado de hidratación adecuado.²³

²³ Grupo Nacional para el estudio op cit p. 4

- Los cuatro componentes básicos del tratamiento

- Debridamiento de tejidos

Tipos	Herramientas	Indicaciones / usos	Precauciones, contraindicaciones
Cortantes	Escalpelo, tijera, otros.	Celulitis o sepsis avanzada; remover tejidos desvitalizados y adherencias	Heridas extensas (Estadio IV) puede requerir debridamiento en quirófano
Mecánicos	Curaciones húmedas-secas	remover tejidos desvitalizados	Remueve tejidos viables y no viables. Requiere analgesia adecuada
	Hidroterapia/ irrigación de la herida con jeringa y angiocatéter	Ablanda y debrida la escara; remueve bacterias y restos de tejidos	Presión escasa puede producir un debridamiento incompleto, y con presión exagerada existe riesgo de daño tisular.
	Dextranómeros	Absorbe exudados, bacterias y otros restos.	La posición del paciente afecta el éxito y la administración. Es costoso, y no reduce el tiempo de curación
Enzimático	Agentes tópicos	Opción para pacientes que no toleran la cirugía, y presenta facilidades en el cuidado a largo plazo y aplicación en el hogar	Contraindicado en casos de celulitis avanzada
Autolítico	Enzimas sintéticas	Auto-digiere tejidos desvitalizados (proceso causado por enzimas normalmente presente en los fluidos de la herida)	De elección en pacientes que no toleran otras formas de debridamiento, y no requieren un debridamiento rápido. Contraindicado si la úlcera se encuentra infectada ²⁴

²⁴ National Pressure Ulcer Advisory op cit p. 3.

- Limpieza de la herida

La solución recomendada para la limpieza de la herida es la salina normal, porque es fisiológico, no posee toxicidad celular, y produce una limpieza adecuada. Deben evitarse otros agentes de naturaleza citotóxica como yodo-povidona, solución de hipoclorito de sodio, peróxido de hidrógeno, y ácido acético. Algunas sustancias de limpieza comerciales, contienen surfactantes y otras sustancias químicas, que también producen efectos tóxicos, por lo que deben utilizarse en forma diluida.²⁵ (Ver anexo N° 11: Tratamiento local de úlceras por presión)

- Prevención, diagnóstico y tratamiento

Toda solución de continuidad de la piel y tejido necrótico o desvitalizado favorecen la generación de infecciones, por lo que se debe realizar una buena limpieza y debridamiento quirúrgico si es necesario, y administrar antibióticos según los resultados de los cultivos bacteriológicos efectuados. (Ver anexo N° 12: Algoritmo de prevención de úlceras)

El factor más importante en la selección de las curaciones es la capacidad del método de mantener la herida húmeda y la piel circundante sana seca. Existen múltiples soluciones para tal fin, pero la selección debe determinarse según el criterio clínico, el tiempo

²⁵ Id.

requerido para la curación, y la biocompatibilidad. Así mismo, terapias adyuvantes se promueven como estimulación eléctrica, oxígeno hiperbárico, irradiación láser, ultrasonido, factores de crecimiento de citoquinas, y drogas sistémicas. Únicamente la estimulación eléctrica para los estadios III y IV son recomendados.²⁶

- Prevención

Las medidas preventivas incluyen girar y reposicionar al paciente cada 2 horas. Se deben utilizar camas y colchones especiales para disminuir la presión en sitios susceptibles, extendiendo la superficie de apoyo, para disminuir con ello la presión generada por el propio peso del paciente.

Se debe actuar en varios niveles:

- a) Cuidado de la piel: Mantener la piel limpia y bien hidratada, usar agentes limpiadores suaves, evitar la fricción excesiva, y utilizar agentes humectantes no basados en alcohol.
- b) Reducción de la presión: Es de vital importancia mantener la capacidad funcional por medio de terapia física y/o ocupacional. En pacientes confinados a una cama se debe colocar la cabeza elevada a 30° o menos, y el cuerpo lateralmente inclinado a 30° con las caderas y hombros también flexionados a 30° en posición

²⁶ National Pressure Ulcer Advisory op cit p. 4

supina y almohadas entre los miembros. Si tolera la posición prona también puede ser utilizada. Debe ser reposicionado cada 2 horas. Son muy útiles colchones de aire o agua y otros dispositivos disponibles comercialmente.

- c) Nutrición: Es importante para mantener la integridad tisular. Se debe realizar una evaluación nutricional, y mantener una ingesta óptima en calorías y calidad de nutrientes, ya sea en forma enteral o parenteral.

- d) Incontinencia: La incontinencia urinaria o fecal debe tener una evaluación adecuada para tratar de identificar si existen causas reversibles, ya que la solución de este problema previene la maceración de la piel y la limpieza excesiva y agresiva. En caso de ser irreversible realizar limpieza a intervalos apropiados y utilizar materiales absorbentes y barreras dérmicas.

- e) Educación de familiares y responsables directos en el cuidado del paciente.²⁷ (Ver anexo N° 13: Medidas de prevención de las úlceras)

La prevención ha de ser considerada como la actividad prioritaria de los cuidados del paciente en relación con las úlceras por presión. Una vez identificado el riesgo, esta actividad se realizará de forma

²⁷ Id.

individualizada, teniendo en cuenta el mayor o menor riesgo que presenta el paciente y los factores que tienen alterados. Con los cuidados aplicados de debe conseguir que no se desarrollen úlceras por presión, sin olvidar que las medidas preventivas se deben continuar aplicando una vez desarrollada la lesión, para evitar que progrese a estadios superiores, favoreciendo con ello el proceso de curación.

Las directrices generales de prevención de úlceras por presión van a ir encaminadas a valorar el riesgo de cada paciente y llevar a cabo las acciones necesarias para evitar la aparición de las úlceras.²⁸ Los objetivos serán:

- Identificar y valorar el riesgo de cada paciente
- Mantener y mejorar el estado de la piel.
- Proteger la piel de los efectos adversos de la presión, fricción, y cizallamiento (manejo de la carga tisular).

Todas las actuaciones preventivas y sus resultados han de ser monitorizados y documentales.

Finalmente hay que hacer participar a la familia en el tratamiento de Enfermería, educando en los cuidados, acerca de la higiene y cambios posturales. Deben comprender la naturaleza (el porqué del deterioro de la piel), explicarles lo que ha pasado. Ayudarle (familia-enfermo) a

²⁸ Manuel Rodríguez Palma y Cols. Op. cit p. 23

adaptarse a la situación, animar a que comuniquen sus sentimientos y actitudes. El medio ambiente debe estar tranquilo y cómodo. Mantener una continuidad en los cuidados de Enfermería, intentando que sea el mismo personal, sin cambios.

3. METODOLOGÍA

3.1 VARIABLES E INDICADORES

3.1.1 Dependiente: ÚLCERAS POR PRESIÓN

- Indicadores de la variable

MODALIDADES PREVENCIÓN:

- Valoración de Norton.
- Explicación al paciente de los frecuentes cambios de posición.
- Movilización al paciente cada dos horas.
- Examinar la piel en busca de zonas de riesgo.
- Aplicación de masajes en las prominencias óseas.
- Alternar y reducir la presión en la superficie cutánea.
- Evitar fuerzas de fricción en sábanas móviles.

ATENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

- Valorar el grado de las úlceras.
- Seleccionar el material necesario para tratar al paciente.
- Proteger las lesiones de fricciones
- Evitar la progresión de las úlceras
- Realizar curaciones en caso de lesión de II, III y IV grado
- Lavar la zona lesionada con técnica aséptica

- Efectuar debridación si se requiere
- Evitar el uso de plásticos, hules y materiales que produzcan sudoración
- Aplicar los medicamentos tópicos prescritos
- Registrar el grado de la úlcera y si existe secreción, tomar un cultivo

REHABILITACIÓN

- Evitar la presión en la zona dañada
- No dar masaje en la zona dañada
- Mantener seca la zona de lesión
- Tratar la adecuada alimentación del paciente
- Examinar minuciosamente la piel
- Fomentar la movilización
- Anotar la Evolución de la herida

3.1.2 Definición operacional: ULCERAS POR PRESIÓN

- Las úlceras por presión

Las úlceras por presión implican la destrucción de tejido que ocurre cuando se restringe la irrigación sanguínea en una zona, debido a presión excesiva o prolongada. Aparecen como consecuencia de isquemia: Se ha demostrado que para que se produzca una úlcera es más decisiva la permanencia de la presión que la intensidad de la misma. Se puede prevenir su surgimiento si se identifican los

pacientes de alto riesgo y se instauran medidas preventivas, adecuadas y correctas, que son fácilmente aplicables si la enfermera conoce la etiología, que está dada por tres mecanismos:

- a) Presión. Es la fuerza que se ejerce de manera perpendicular a la piel como consecuencia de un padecimiento grave que provoca inmovilidad del paciente, lo que a su vez causa compresión tisular entre dos planos, uno del propio cuerpo del paciente y otro extremo a él, por ejemplo, sillón, cama, sondas y otros objetos.
- b) Fricción. Es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel y produce roces por movimientos o arrastres.
- c) Fuerza externa de oclusión vascular. Se forma por la combinación de los efectos de presión y fricción.

Así, las úlceras por presión o escaras son heridas que aparecen en la piel que cubre las prominencias óseas al soportar una presión externa, debidas a una presión continuada sobre estas prominencias que interfiere con la buena circulación sanguínea y nutrición de los tejidos, evolucionando hacia la necrosis y ulceración de los mismos. También puede ser debida a una presión interna, por extrema delgadez de la piel y sean las prominencias y relieves óseos los que motiven la solución de continuidad.

- Etapas del desarrollo de las úlceras

Las etapas en la formación de úlceras por presión dependen del compromiso de las distintas capas de tejidos:

1° Etapa: Enrojecimiento de la piel que desaparece con la presión

2° Etapa: Enrojecimiento del edema e induración de la piel y los tejidos subyacentes. En ocasiones vesículas epidérmicas y/o descamación

3° Etapa: Necrosis de la piel con exposición de tejido graso

4° Etapa: Necrosis de la piel grasa

5° Etapa: La Necrosis se extiende hasta el músculo

6° Etapa: Destrucción ósea desde incipiente hasta avanzada. Posibilidad de osteomielitis, artritis séptica, fractura patológica y septicemia.

- Factores que favorecen el desarrollo de las úlceras

Las úlceras por decúbito (escaras) se definen como áreas localizadas de necrosis tisular que se desarrolla cuando un tejido blando es comprimido entre una prominencia ósea y una superficie externa por

un periodo prolongado de tiempo. Esto compromete la circulación sanguínea de la zona con la consiguiente isquemia y daño tisular, provocando una solución de continuidad de la piel y necrosis subyacente, ambos factores favorecen la infección y con ello mayor daño local y riesgo de sepsis.

Los factores que favorecen el desarrollo de úlceras por decúbito en pacientes críticamente enfermos son:

1. Incapacidad para realizar movimientos voluntarios
2. Emaciación o pérdida de masa muscular
3. Alteración del sensorio
4. Función cardiaca deprimida
5. Vasoconstricción incrementada
6. Perfusión periférica reducida
7. Enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus
8. Incontinencia urinaria y fecal

- Qué provoca las úlceras por presión?

Las úlceras por presión o por decúbito son provocadas por la disminución del riego sanguíneo en las zonas de apoyo, debido a una compresión prolongada en pacientes que permanecen encamados durante mucho tiempo. Las prominencias óseas del cuerpo son los sitios que se afectan con mayor frecuencia; donde se originan isquemias de las estructuras que se encuentran por debajo de la piel,

grasa y músculo como resultado de la presión sostenida. El personal de enfermería desempeña un papel primordial para impedir su aparición, si emplea correctamente los cuidados preventivos; por lo que constituye un indicador para medir la calidad de la atención de enfermería. No obstante, en ocasiones son provocadas por otros factores ineludibles como es el estado nutricional deficiente del paciente.

- Mecanismos que provocan la aparición de las úlceras

Se describen a continuación los tres mecanismos que provocan la aparición de estas lesiones basados en la alteración del riesgo sanguíneo de la zona por una causa externa, la presión o la fricción.

- a) PRESIÓN: Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). la presión capilar oscila entre 16-32 mm de Hg. Una presión superior a 17 mm de Hg, ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos, provocando hipoxia, y si no se alivia, resultará la necrosis de los mismos. La formación de una úlcera por presión depende tanto de la presión como del tiempo que ésta se mantiene: Kösiak demostró que una presión de 70mm hg durante dos horas puede originar lesiones isquémicas.

b) **FRICCIÓN:** Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. En el paciente encamado o sentado en el roce con las sabanas o superficies rugosas produce fuerzas de fricción, sobre todo en las movilizaciones al arrastrar al paciente.

c) **CIZALLAMIENTO:** Combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: posición de fowler que produce deslizamiento del cuerpo puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona). Debido a este efecto, la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor, por lo que la isquemia del músculo se produce más rápidamente.

- Escala de valoración de Norton para las úlceras por presión

La escala de valoración de Norton en la que a través de una puntuación por cada uno de los criterios reflejados se obtiene una cifra que nos indica si un paciente es de riesgo mínimo (15 a 20 puntos), el paciente de riesgo evidente (12 a 14 puntos) y el paciente de alto riesgo y que con toda seguridad desarrollará una úlcera por presión (por debajo de los 12 puntos).

Esta escala valora al paciente:

- Al ingreso
- A la semana

- Según el nivel de riesgo o variabilidad en su estado de salud, se puede realizar cada 24 horas.

ESCALA DE VALORACIÓN DE NORTON					valor
Estado físico	Incontinencia	Movilidad	Actividad	Estado mental	
Bueno	No	Completa	Deambula	Alerta	4
Aceptable	Ocasional	Algo limitada	Con ayuda	Apático	3
Deficiente	Habitual	Muy limitada	Silla de ruedas	Confuso	2
Muy deficiente	Doble	Inmóvil	Encamado	Estupor	1

Riesgo mínimo	15 a 20
Riesgo evidente	12 a 14
Alto riesgo	Inferior a 12

- Educación sanitaria para prevenir las úlceras

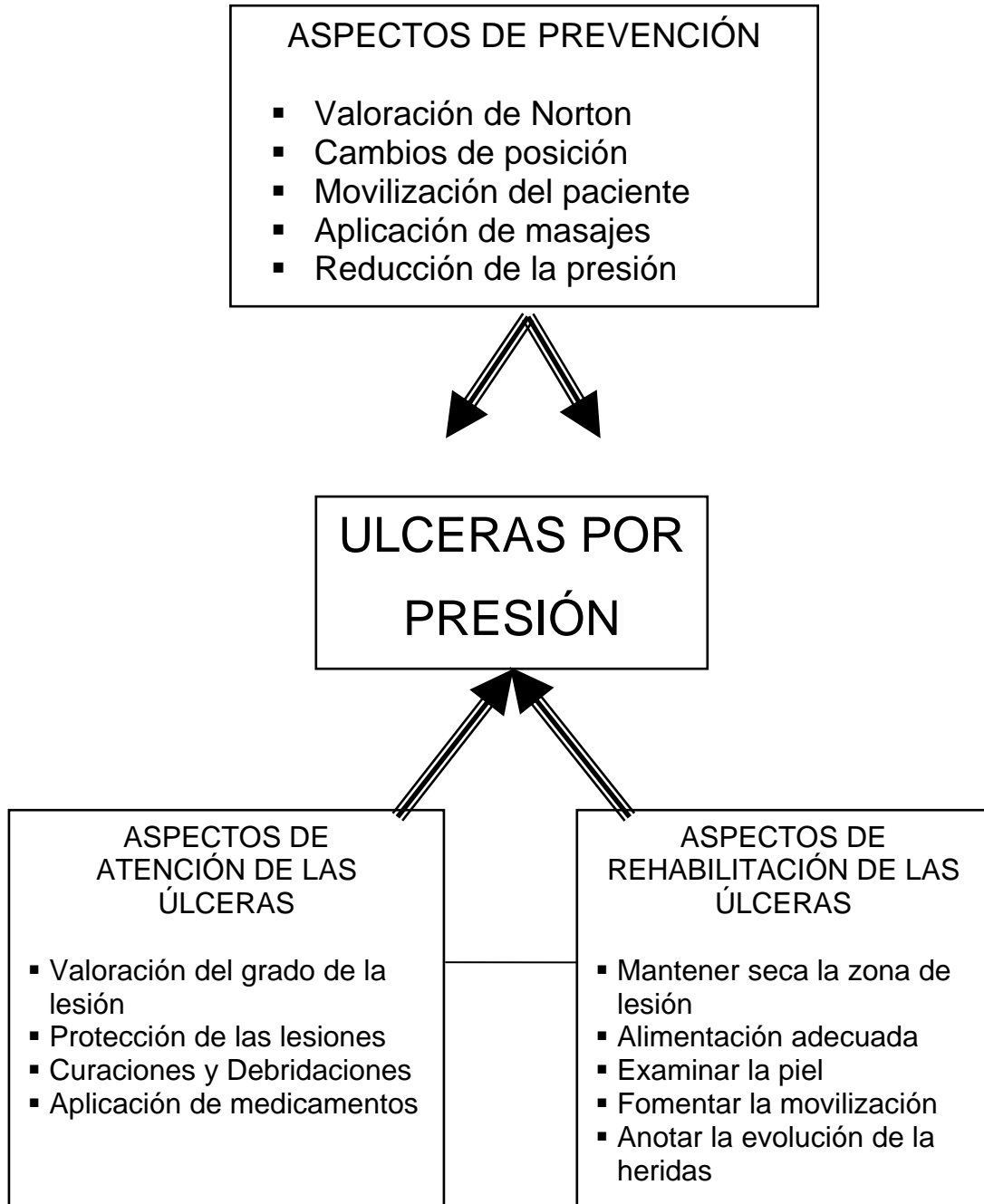
Los programas de educación sanitaria estructurados y adaptados a las características del paciente- previa valoración de sus capacidades: la elaboración de guías de recomendaciones para el autocuidado y la implicación del paciente y de la familia en todo el proceso, son importantes para la prevención de las úlceras por presión.

Tanto el paciente como su familia deben ser informados de la importancia y las repercusiones del desarrollo de una úlcera por presión, no solo para el propio paciente, sino también para el sistema sanitario.

Han de conocer que son las úlceras por presión, dónde y en quién aparecen los factores de riesgo que influyen en su aparición y cómo evitarlas o minimizarlas; como inspeccionar la piel y reconocer los cambios, como cuidar la piel, métodos de alivio / reducción de la presión y señales de alarma; todo ello siempre adaptado a sus necesidades y recursos.

La educación sanitaria se presenta como un instrumento para conseguir el nivel de independencia y de autocuidados por parte de pacientes y familias a través de la información y adquisición de habilidades promoviendo hábitos y conductas saludables. Se trata que pacientes y familias sean sujetos activos en la prevención y tratamiento de este tipo de lesiones para que pueda lograr una mayor independencia en el mantenimiento y/o mejora de su propia calidad de vida. Estas intervenciones de educación deben quedar reflejadas en el plan de cuidados enfermeros.

3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable



3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA TESIS

3.2.1 Tipo de tesis

El tipo de investigación documental que se realiza es descriptiva, analítica, transversal y diagnóstica.

Es descriptiva porque se describe ampliamente el comportamiento de la variable atención de enfermería especializada en pacientes con úlceras por presión.

Es analítica porque para estudiar la variable atención de enfermería especializada en pacientes con úlceras por presión ha sido necesario descomponerla en sus indicadores básicos.

Es transversal porque esta investigación se hizo en un periodo corto de tiempo, es decir, en los meses de junio, julio y agosto del 2008.

Es diagnóstica porque se pretende realizar un diagnóstico situacional de la variable atención especializada de enfermería a fin de proporcionar esta atención con todos los pacientes con úlceras por presión en el Hospital General de Iztapalapa.

3.2.2 Diseño de tesina

El diseño de esta investigación documental se ha realizado atendiendo los siguientes aspectos:

- Asistencia a un seminario y taller de elaboración de tesinas en las instalaciones de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Búsqueda de un problema de investigación de Enfermería Especialista relevante para la atención de Enfermería en la especialidad del Adulto en Estado Crítico.
- Elaboración de los objetivos de esta tesina, así como el marco teórico.
- Asistencia a la biblioteca en varias ocasiones para elaborar el marco teórico conceptual y referencial de las úlceras por presión en la especialidad de Enfermería en Adulto en Estado Crítico.
- Búsqueda de los indicadores de la variable Enfermería Especializada en Adulto en Estado Crítico.

3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

3.3.1 Fichas de trabajo

Mediante la ficha de trabajo, ha sido posible recopilar toda la información para elaborar el marco teórico. En cada ficha se anotó el marco teórico conceptual y marco teórico referencial de tal forma que con las fichas fue posible clasificar y ordenar el pensamiento de los autores y las vivencias propias de las úlceras por presión en la atención de Enfermería Especializada.

3.3.2 Observación

Mediante esta técnica se pudo visualizar la importante participación que tiene la Enfermería en Adulto en Estado Crítico en la atención a los pacientes con úlceras por presión, en el Hospital General de Iztapalapa.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

Se definen las úlceras por presión como toda lesión de la piel originada a una presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea o por la fricción, cizalla o combinación de las mismas, causando una isquemia que provoca degeneración de dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso músculo y hueso. Así, las úlceras constituyen un serio problema con una trascendencia socioeconómica importante ya que su desarrollo da lugar a un gran deterioro de la calidad de vida en los pacientes y en sus familiares por un lado, pero también ocasionan una sobrecarga asistencial, un aumento de costes a los servicios de salud, así como una alta dispensación de productos farmacéuticos.

Las causas desencadenan la aparición de estas lesiones pueden ser, en la mayoría de los casos, detectadas con antelación, el identificar los factores de riesgo es fundamental para aplicar las medidas preventivas, ya que una vez que aparece la úlcera, el problema es de complicado manejo.

La aparición de úlceras por presión es un proceso íntimamente ligado a los cuidados proporcionados por los profesionales de Enfermería, es el estamento sanitario más implicado y con más experiencia en este problema, constituyendo en área de cuidados específica tanto en lo que se refiere a su prevención, valoración o curación.

- En servicios

En la planificación de los cuidados de enfermería, la prevención de las úlceras por presión ocupa un lugar preponderante, aún cuando sea una labor difícil debido a los múltiples factores causales que ocasionan la aparición de las mismas. Las úlceras por presión suelen agravar el pronóstico de los pacientes, elevar el riesgo de infecciones y complicaciones; en definitiva pueden prolongar la estancia hospitalaria con el consecuente aumento de los costos, todo lo anterior puede influir en la percepción del paciente de que la atención de enfermería es de calidad deficiente.

El gran número de factores de riesgo, hace necesario el establecimiento de sistemas que permitan conocer de forma rápida y eficaz la susceptibilidad del paciente a sufrir estos trastornos. Dichos sistemas permitan analizar las diferentes variables que intervienen en la aparición y evolución de las úlceras así como agrupar a los pacientes en las categorías de alto, mediano o mínimo riesgo de desarrollar úlceras por presión. Es tan importante esta técnica que la OMS utiliza “La incidencia de las úlceras por presión” como uno de sus indicadores para evaluar la calidad asistencial de un país.

En los cuidados que la enfermera especialista debe tomar en cuenta, se encuentran:

a) Estado general

Para determinar el estado general debe evaluarse la nutrición, la ingesta de líquidos, la temperatura, la hidratación, el estado de la piel y las mucosas. Si estos parámetros indican que el paciente se encuentra en condiciones óptimas, se califica como bueno, asignándole 4 puntos; cuando se observan algunas deficiencias, se califica como débil, y se le dan 3 puntos; y cuando están francamente alterados, se califica como muy malo y se le asigna 1 punto .

b) Estado mental

El estado mental se evalúa el nivel de conciencia y la relación con el medio, por ejemplo: alerta, 4 puntos; apático, somnoliento, 3 puntos; confuso con periodos de desorientación, 2 puntos y estupor, comatoso, bajo efectos de relajación y sedación, 1 punto. En los pacientes intubados, sin sedación, el nivel de orientación y relación con el medio no es totalmente valuable, por lo que debe considerarse como confuso.

c) La actividad

Se califica la actividad como la capacidad de acción y movimientos normales del ser humano y caminar independientemente, sin ayuda de otra persona, puede caminar por el servicio solo o con ayuda de un bastón, 4 puntos; Camina con ayuda, el paciente es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o medios mecánicos como andaderas, 3 puntos; uso de silla de ruedas o sentado, el paciente no puede caminar ni mantenerse de pie, pero tiene la capacidad de mantenerse sentado o puede movilizarse a una silla o reposit, 2 puntos; en la cama, paciente en reposo absoluto, 1 punto.

Por su parte la movilidad: se determina si es total (bien coordinada) el paciente puede cambiar de postura corporal si no se encuentra sujeto a posiciones o movimientos forzados por la asistencia clínica, 4 puntos; ligeramente limitada, el sujeto inicia movimientos voluntarios con frecuencia o solo por indicación, a pesar de su estado de conciencia y reacciones ante el medio externo, su movilidad se mantiene limitada por el tratamiento clínico (ventilación mecánica, sondas, catéteres o reposo absoluto), 2 puntos; hula, el sujeto es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, bajo efectos de sedación y relajación, sin repuesta conciente al medio ambiente, 1 punto.

- En docencia

En las úlceras por presión el aspecto educativo es de suma importancia ya que en él intervienen tanto el paciente, como los familiares, cuidadores y personal sanitario. Para ello es necesario realizar los programas de forma estructurada organizada y fácilmente entendible a fin de conocer la fisiopatología y los factores de riesgo, las escalas de valoración de riesgo y su aplicación, la valoración de la piel y las lesiones que esta pueda tener, los cambios posturales, el uso de las superficies de apoyo para disminuir la presión, la información nutricional, y el estado general del paciente.

Ante todas estas imposibilidades el personal de enfermería especializado es quien coordina los aspectos educativos de los cuidados generales de las úlceras por presión. Así, la coordinadora de estos cuidados es quién va a establecer las responsabilidades de todos los implicados, es quien va a establecer las directrices del cuidado y es quien va a registrar los resultados en cuanto a los avances y la prevención de las úlceras en los pacientes y el cuidado que pueda dar la familia y los cuidadores.

- En la administración

Desde el punto de vista administrativo la enfermera especialista en adulto en estado crítico se convierte en la coordinadora administrativa en la atención de los pacientes con úlceras por presión.

Esto se debe a que ella planea los cuidados al considerar que todos los pacientes que ingresan a las unidades son pacientes de riesgo de padecer úlceras por presión, lo cual hay que descartar con la aplicación de la escala de valoración de Bárbara Braden, comúnmente conocida como la escala de Braden. Así, la enfermera especialista a partir de esta valoración y diagnóstico entonces organiza los cuidados integrando en ellos a quienes deben participar: Los cuidadores que son el personal de enfermería básicamente y la familia.

Después de integrar a cada miembro que atiende al paciente con úlceras, entonces realiza un seguimiento continuo y permanente para conocer la evolución de la lesión. Desde luego, las curaciones, la evolución de las lesiones si son favorables, significará mejoría para el paciente, lo cual deberá controlar la enfermera especialista para evitar signos de infección y garantizar una evolución favorable para el paciente y su familia. Es sumamente importante que a todo el paciente que ingresen de 70 años o más, se le abra la hoja de valoración y registro de las úlceras por presión, a fin de conocer su nivel de riesgo y actuar en consecuencia.

- En investigación.

Desde el punto de vista de investigación la enfermera especialista deberá ser una investigadora nata con el objeto de observar, los posibles factores de riesgo de los pacientes, entrevistar a las familias

para poder investigar las costumbres y hábitos de los pacientes, realizar proyectos de investigación sobre los cuidados de los pacientes con úlceras por presión, hacer investigaciones sobre el manejo que debe darse a estos pacientes tanto en el ámbito hospitalario como en la familia y valorar la importancia de los cuidados de enfermería en los reportes y publicaciones sobre esta temática, tanto en el hogar como en el hospital.

Es también de suma importancia que en las publicaciones que haga la especialista en enfermería, ella proponga estándares de calidad para los cuidados de enfermería, estableciendo los indicadores básicos de la atención, a fin de que todo el personal pueda probarlos y pueda seguirlos en beneficio de los pacientes con úlceras por presión.

4.2 RECOMENDACIONES

- Valorar a todo paciente que esté en riesgo de padecer úlceras por presión.
- Utilizar la escala de Braden para valorar a los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión, según su edad. En aquellos con puntuación igual o inferior a 18 -en pacientes con 75 o más años- o puntuación igual o inferior a 16 –en pacientes con menos de 75 años.
- Revalorar al paciente cuando el riesgo es alto en 24 hrs., cuando es moderado en 72 hrs. Y cuando es bajo en 7 días. Además se debe revalorar cuando haya isquemia de cualquier origen, intervención quirúrgica prolongada (más de 3 horas), pérdida de la sensibilidad

y/o movilidad, hipotensión prolongada, más de 24 hrs., de reposo en cama. En la unidad de cuidados críticos se valora diariamente.

- Examinar diariamente la piel al realizar el baño, en especial las zonas de presión como sacro, talones, caderas, tobillos, codos.
- Mantener la piel limpia y seca; para la higiene se utilizará jabón neutro utilizando agua tibia y secar perfectamente sin friccionar.
- Lubricar la piel con aceite de almendras de preferencia o cremas hidratantes, esto evita las excoriaciones o sequedad.
- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.
- No realizar masajes sobre las prominencias óseas o enrojecidas para evitar la humedad o el exceso de la misma se colocará sonda urinaria si es posible.
- Usar pañales absorbentes y cambiarlos inmediatamente después que esté húmedo. En caso que el paciente tenga drenes, manejar adecuadamente estos con bolsas colectoras (de colostomía o ileostomía).
- Utilizar cremas y pastas a base de zinc o Cavilon para proteger zonas con humedad excesiva.
- Movilizar al paciente cada 2 horas. Para ello se podrá usar una tarjeta en la cabecera de la cama para saber a que hora toca determinada posición.
- Utilizar cojines o bolsas de medio kilo de alpiste de las zonas de presión, así se evitará el contacto directo de las prominencias óseas sobre sí. Evitar el arrastre y la fricción para no lacerar la piel. Ya no son recomendados los salvavidas ni donas por el alto riesgo de generar úlcera en corona circular. En la actualidad existen

colchones de material especial y con superficie de aire alternante, los cuales disminuyen la presión de cualquier modo se deben seguir las recomendaciones anteriores.

- Colocar en codos y talones apósitos hidrocelular inspeccionando diario la zona estos se sustituyen en 7-10 días.
- Vigilar o administrar la dieta siendo esta, adecuada en función de la edad, género, estado patológico aportando todos los nutrientes necesarios: Asegurar un estado nutricional de paciente se puede seguir esta sencilla valoración: Albumina sérica < 3.5 mg/dl., Contaje linfocitario total < 1800/mm³; Proteínas séricas totales < 6g/dl; Disminución del peso corporal en más de un 15%; Pérdida de más del 5% del peso en 30 días.
- Valorar la lesión de acuerdo a: la localización, estadio de la úlcera por presión, tipo de tejido del hecho de la úlcera, disminuciones: longitud x anchura, estado de la piel perilesional, cantidad y características del exudado, dolor y signos de infección.
- Registrar el curso –evolución de la lesión, así como: tipo de desbridación si se realiza, tratamiento local de la lesión, periodicidad de las curaciones y realización de cultivo.
- Brindar los cuidados generales para la prevención de nuevas úlceras con: Soporte nutricional adecuado: calorías (30-35 Kcal x Kg peso/día); proteínas (1.25 a 1.5 gr/Kg peso/día); Minerales: Zinc, Hierro, Cobre, Arginina; Vitaminas: C y A y Complejo B, Aporte hídrico (1 cc de agua x Kcal día). Además brindar el soporte emocional.

5. ANEXOS Y APENDICES

- ANEXO N° 1: ÚLCERAS POR PRESIÓN
- ANEXO N° 2: LOCALIZACIONES DE LAS ÚLCERAS
- ANEXO N° 3: FACTORES DE RIESGO DE LA APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
- ANEXO N° 4: ESTADIOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
- ANEXO N° 5: ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.
- ANEXO N° 6: CUIDADOS Y PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
- ANEXO N° 7: MANEJO DE LA HUMEDAD EN LAS ULCERAS POR PRESIÓN.
- ANEXO N° 8: CAMBIOS POSTURALES EN LAS ULCERAS POR PRESIÓN.
- ANEXO N° 9: ALIVIO DE LA PRESIÓN CON COLCHONETAS DE AIRE DE PRESIÓN ALTERNANTE PARA LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

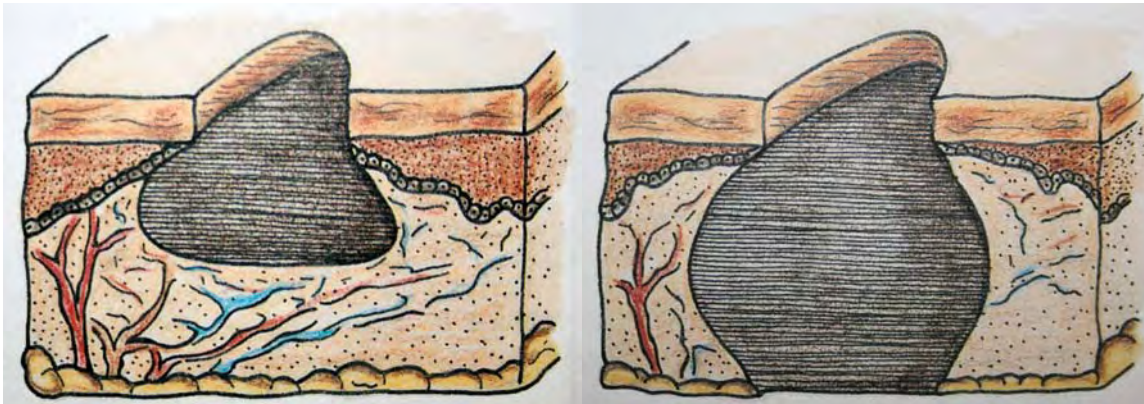
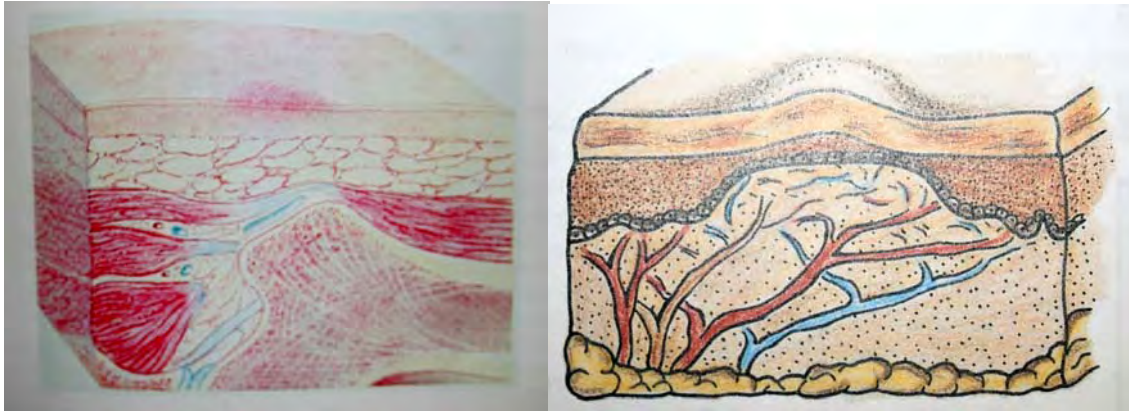
ANEXO N° 10: CUIDADOS GENERALES DE LAS ÚLCERAS
POR PRESIÓN.

ANEXO N° 11: TRATAMIENTO LOCAL DE LAS ÚLCERAS POR
PRESIÓN.

ANEXO N° 12: ALGORITMO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS.

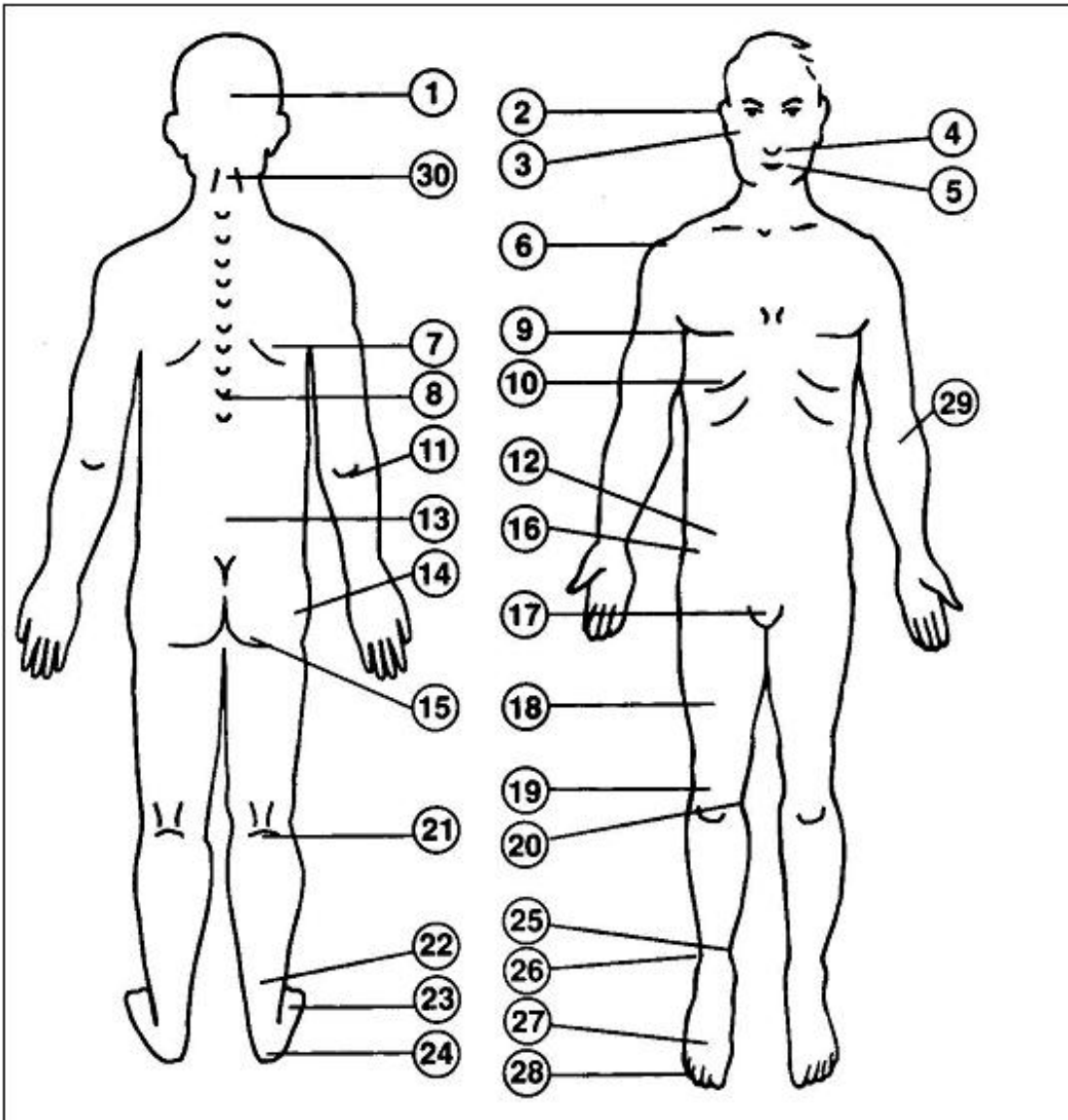
ANEXO N° 13: MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS
POR PRESIÓN.

ANEXO N° 1
ÚLCERAS POR PRESIÓN.



FUENTE: MAKLEBUST, Jo Ann y Maty Sieggreen. Pressure ulcers.
Ed. Springhouse Corporation New York, 1996. p. 65.

ANEXO N° 2
LOCALIZACIONES DE LAS ÚLCERAS.



F U E N T E : G A R C Í A F; Pe dr o. y Co ls. G u i a p a r a

el manejo y riesgo de deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular relacionado con las úlceras por presión. Documento impreso. Complejo Hospitalario de Saen. Madrid, 2005. p. 37.

ANEXO N° 3

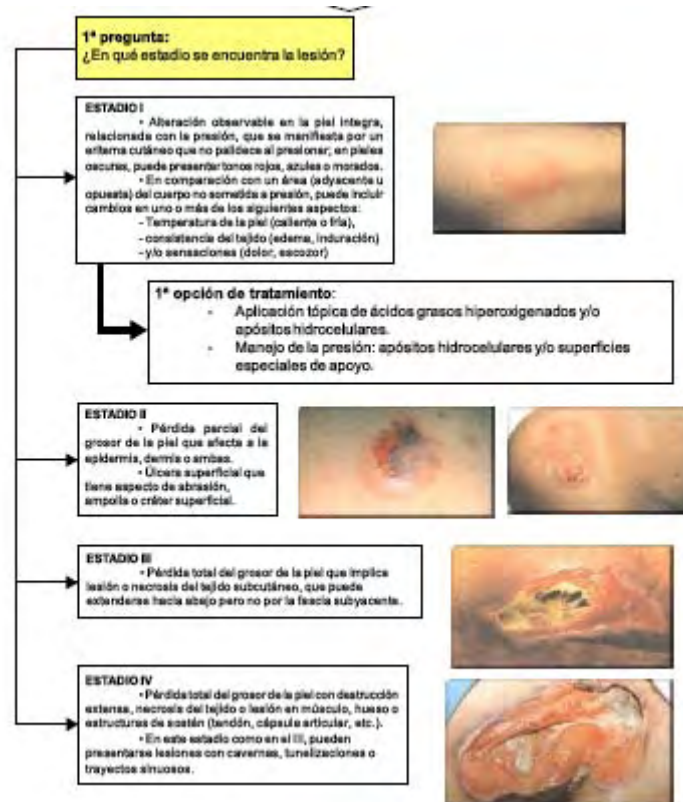
FACTORES DE RIESGO DE LA APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

PSIOPATOLÓGICOS	DERIVADOS DEL TRATAMIENTO	SITUACIONALES Y DEL ENTORNO
<p>Originados como consecuencia directa de algún problema de salud o proceso de maduración.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad: pérdida elasticidad de la piel. • Lesiones cutáneas: edema, sequedad piel, pérdida de elasticidad. • Trastornos del transporte de oxígeno: <ul style="list-style-type: none"> -Patología cardiovascular: trastornos circulatorios –isquemia periférica, hipotensión arterial, éstasis venosa...-; trastornos vasculares profundos –trombosis, arterioesclerosis...- -Patologías hematológicas: anemia. -Patología respiratoria: EPOC, enfisema. • Alteraciones nutricionales –por defecto y por exceso- y metabólicas: delgadez, desnutrición, deshidratación, hipoproteïnemia, obesidad, diabetes. • Trastornos inmunológicos: neoplasias, infecciones. • Trastornos neurológicos: déficits sensoriales y motores: –ACV, lesión medular, parálisis, pérdida de sensación dolorosa...- • Alteraciones del estado de conciencia: estupor, confusión, coma. • Alteración de la eliminación: incontinencia urinaria y/o fecal. 	<p>Tienen como causa derivada de terapias o procedimientos diagnósticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con inmunosupresores: radioterapia, corticoides, citostáticos,... • Tratamiento con sedantes: benzodiazepinas. • Tratamiento con vasoconstrictores. • Otros: Cirugía de larga duración y técnicas especiales; Dispositivos al paciente: gulas, tracciones, escayotas, neoptradores, sondaje vesical y nasogástrico. 	<p>Aquellos factores que incluyen las actuaciones externas sobre el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmovilidad por dolor, fatiga, estrés. • Arrugas en la ropa de cama, pijama, camión. • Falta de higiene. • Falta de educación sanitaria a los pacientes y familia. • Ausencia de criterios unificados por parte del equipo asistencial en cuanto a prevención y tratamiento. • Uso inadecuado de materiales de prevención y tratamiento. • Falta de formación y/o información específica de los profesionales. • Sobrecarga de trabajo del profesional y desmotivación.

FUENTE: RODRIGUEZ P; Manuel y Cols. Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento. Hospital Universitario. Puerto del Mar. Ed. Consejería de Salud. Madrid, 2004. p. 20.

ANEXO N° 4

ESTADIOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.



FUENTE: GARCÍA F; Pedro. y Cols. Guía para el manejo y riesgo de deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular relacionado con las úlceras por presión. Documento impreso. Complejo Hospitalario de Saen. Madrid, 2005. p. 40.

ANEXO N° 5

ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN.

PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejiñidos, estremecimientos o aguiñidos), o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte de su cuerpo.	2. Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su mal estar excepto mediante quejidos o agitación, o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	3. Ligeramente limitada. 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 su capacidad para sentir dolor o molestiar en al menos una de las extremidades.	4. Sin limitaciones. Responde a órdenes verbales. No presenta dificultad sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o molestiar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad.	1. Constantemente húmeda. 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.	2. A menudo húmeda. La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	3. Ocasionalmente húmeda. La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	4. Raramente húmeda. La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física.	1. Encamado/a. Paciente constantemente encamado/a.	2. En silla. Paciente que no puede andar con deambulatorio muy limitado. No puede soportar su propio peso y/o necesita ayuda para pasara una silla o a una silla de ruedas.	3. Deambula ocasionalmente. Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasará la mayor parte de las horas del día en la cama o en una silla.	4. Deambula frecuentemente. Deambula una de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.	1. Completamente inmóvil. Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2. Muy limitada. Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo/a.	3. Ligeramente limitada. Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a.	4. Sin limitaciones. Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos.	1. Muy pobre. Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrece. Difícilmente come dos servicios o come con aporte proteico (carne o productos lácteos). Se espesan líquidos. No toma suplementos de líquidos. Está en ayuno y/o en dieta líquida o suero más de cinco días.	2. Probablemente inadecuada. Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo 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.	3. Adecuada. Toma más de la mitad de la mayoría de comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4. Excelente. Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca 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.
RIESGO Y PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS.	1. Problema. Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible ventilarlo completamente sin que se produzca un daño al zambirlo en las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuentes reposiciones con máxima ayuda. La asistencia de separación, contra curvas o agitación producen un roce casi constante.	2. Problema potencial. Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roce contra partes de las sábanas, sillas, 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 resbalarse hacia abajo.	3. No existe problema aparente. 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 en la silla.	

NIVELES DE RIESGO

- ALTO RIESGO: Puntuación total menor o igual a 12
- RIESGO MODERADO: Puntuación total: 13-14 puntos
- RIESGO BAJO: Puntuación total: 15-18 si es menor de 75 años, o de 15-18 si mayor o igual a 75 años
- SIN RIESGO: Puntuación total: más de 16 puntos si es menor de 75 años, o más de 18 si es mayor o igual de 75 años

FUENTE: RODRIGUEZ P; Manuel y Cols. Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento. Hospital Universitario. Puerto del Mar. Ed. Consejería de Salud. Madrid, 2004. p. 57.

ANEXO N° 6

CUIDADOS Y PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Cuidados de las úlceras por presión.

¿Qué?	¿Quién?	¿Cuándo?	¿Cómo?
Prevenir la aparición de nuevas úlceras por presión.	Enfermera y Auxiliar de Enfermería.	Por turno.	Utilizando medidas descritas en la intervención 3520. Prevención de las UPP.
Valorar la situación del paciente, de la lesión y de la piel perilesional.	Enfermera	Al parecer la lesión y con cada realización de las curas.	Realizando una valoración del paciente con UPP (H-UP.06). Realizando una valoración de la lesión (H-UP.07) Realizando una valoración de la piel perilesional (H-UP.12)
Favorecer la integridad tisular de piel y mucosas en los pacientes con lesiones en estadios I y II.	Enfermera y Auxiliar de Enfermería.	En la realización de cada cura.	Seleccionando los productos más adecuados a la situación de la lesión (H-UP.12), colocándolos adecuadamente (H-UP.13) o realizando un cambio correcto en forma y frecuencia (H-UP.14).
Favorecer la curación de la herida por segunda intención (lesiones estadio II y IV).	Enfermera y Auxiliar de Enfermería.	En la realización de cada cura.	Como en el caso anterior cuando la herida esté limpia o mediante la limpieza (H-UP.10) desbridamiento (H-UP.11) y prevención y manejo de la infección.

Derivación.

¿Qué?	¿Quién?	¿Cuándo?	¿Cómo?
Garantizar la curación de la herida por segunda intención (lesiones estadio II y IV)	Enfermera	Al alta por curación o mejoría, traslado a otro centro o al alta voluntaria del paciente del Complejo Hospitalario de Jaén.	Complementando el informe de Enfermería al Alta y detallando el estado del proceso.

Prevención de las úlceras por presión.

¿Qué?	¿Quién?	¿Cuándo?	¿Cómo?
Identificar el riesgo (H-UP.01).	Enfermera	Al ingreso y/o cuando halla cambios en la situación del paciente o del cuidador.	Utilizando la escala de EMINA
Proteger a los pacientes con riesgo bajo.	Enfermera y Auxiliar de Enfermería	A criterio de la enfermera y como mínimo una vez por turno.	Realizando cuidados de la piel (H-UP.02), Manejando la Humedad (H-UP.03), Realizando cuidados generales (H-UP-04).
Proteger a los pacientes con riesgo moderado o alto.	Enfermera y Auxiliar de Enfermería	A criterio de la enfermera y como mínimo una vez por turno, salvo los cambios posturales que se harán en los programas que se detallan en el procedimiento (AM.18)	Realizando los cuidados del paciente con riesgo bajo y con: Manejo de la presión: Colocación de colchones (H-UP.04), cambios posturales (AM.18)
Educar e involucrar a los pacientes y familiares para prevenir la aparición de UPP.	Enfermera		Con el programa educativo para la prevención de las UPP (ARE.02)

FUENTE: GARCÍA F; Pedro. y Cols. Guía para el manejo y riesgo de deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular relacionado con las úlceras por presión. Documento impreso. Complejo Hospitalario de Saen. Madrid, 2005. p. 12.

ANEXO N° 7

MANEJO DE LA HUMEDAD EN LAS ÚLCERA POR PRESIÓN.

OBJETIVO:
Proporcionar cuidados a la piel para mantener la humedad adecuada, evitando el exceso o defecto de la misma, para prevenir la aparición de dérmicas.
MATERIAL Y EQUIPO:
<ul style="list-style-type: none">• Enfermera. Auxiliar de enfermería y Celador.• Guantes no estériles.• Dispositivos colectores de orina, si precisa.• Dispositivos de drenaje, si precisa.• Crema hidratante.• Películas de poliuretano transparente no irritante.• Pomadas de oxido de zinc.• Registros de enfermería. (Hoja de Evolución de los Cuidados).
DESARROLLO:
<ol style="list-style-type: none">1. Informar al paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar.2. Valorar al paciente conforme al procedimiento H-UP.06.3. Controle la incontinencia con los dispositivos adecuados. (Colectores de orina, pañales, sondas vesicales, etc.).4. Realizar tantos cambios de pañal como sean necesarios.5. Usar los sistemas adecuados para el control de los drenajes provisionales o permanentes. (Bolsas de colostomía, ileostomía, etc.).6. Valorar el exceso de sudoración, especialmente en pacientes febriles.7. Cambiar la ropa (Sábanas, pijama, camisón, etc.), cuando sea necesario8. Para el exceso de humedad utilizar:9. Barreras transparentes de poliuretano (Ver observaciones)10. Siguiendo los siguientes pasos:11. Asegúrese de que la piel está limpia y seca.12. Aplicar el producto mediante una capa uniforme de película sobre toda la zona implicada.13. Esperar 30 segundos hasta que la película haya secado, si fuese necesario se pueden colocar otros apósitos y/o productos adhesivos (Apósitos, Bolsas de colostomía, etc.).14. Si cae producto en una herida basta con limpiar con suero en esos 30 segundos para eliminar la película mientras está aún húmeda.15. Manejar correctamente el envase del producto colocando el tapón sobre la boquilla del vaporizador cuando no se use.16. Volver aplicar cada vez que se cambien apósitos y/o productos adhesivos o cada 24-48 horas. (Ver observaciones).17. Pomadas de base de oxido de zinc. (Ver observaciones).18. Aplicar suavemente una película fina de pomada sobre la zona expuesta a la humedad.19. Asegúrese de haber retirado toda la pasta anterior y revisada la piel antes de volver a aplicar una nueva película de pomada.20. La retirada hay que realizarla con productos oleosos (aceites) nunca con agua, pues no son solubles en ella y habría que frotar intensamente dañando la piel en su retirada.21. Para la falta de humedad y resequedad de la piel utilice cremas o leches hidratantes.22. Anotar dicha actividad debidamente en los registros del paciente, así como la utilización de cualquier producto preventivo. (Certeza C).
OBSERVACIONES:
<ul style="list-style-type: none">• La incontinencia ha demostrado que duplica el riesgo de aparición de U.P.P. (Certeza B).• Las películas de poliuretano transparente no llevan alcohol en su composición, por lo que no irritan ni resecan la piel. Además, al ser transparentes permiten seguir la evolución de la lesión.• La vida media de las películas es de 72 horas como máximo antes de evaporizarse y dejar de actuar.

- Los productos adhesivos arrastran la película de poliuretano, por lo que es necesario realizar una nueva aplicación, siempre que se cambien dichos productos.
- Las pomadas de zinc pueden ser igual de eficaces, no obstante tienen varios inconvenientes con respecto a las películas de poliuretano, el no dejar ver la piel, por lo que hay que eliminarlas completamente antes de una nueva aplicación y esa retirada sólo se puede hacer con productos oleosos, la retirada con agua o suero nunca es eficaz sin frotamientos intensos que dañan considerablemente la piel sobre la que se aplicó.
- Niveles de certeza:
 - Certeza A o Alta: Existe una adecuada evidencia, basada en revisiones sistemáticas, metanálisis o ensayos clínicos aleatorios para recomendar o desestimar su utilización.
 - Certeza B o Media: Existe evidencia para recomendar o desestimar su utilización, basada en ensayos clínicos no aleatorios o estudios cohorte o casos-control.
 - Certeza C o Baja: Existe evidencia, aunque insuficiente para recomendar o desestimar su utilización, basada en estudios descriptivos, consensos, recomendaciones de expertos, casos clínicos, estudios cualitativos, etc.
- Referencias de intervenciones de enfermería (NIC):
 - Prevención de las úlceras por presión 3540.
 - Cuidados de la piel: Tratamiento tópico 3584.

FUENTE: GARCÍA F; Pedro. y Cols. Guía para el manejo y riesgo de deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular relacionado con las úlceras por presión. Documento impreso. Complejo Hospitalario de Saen. Madrid, 2005. p. 23.

ANEXO N° 8

CAMBIOS POSTURALES EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

OBJETIVO:
Movilizar periódicamente al paciente para evitar la aparición de úlceras por presión.
MATERIAL Y EQUIPO:
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera. Auxiliar y Celador. • Almohadas. • Registros de enfermería. (Hoja de Evolución de los Cuidados).
DESARROLLO:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar tempranamente el riesgo de padecer úlceras por presión que presenta el paciente conforme al procedimiento H-UP.01. 2. Asegúrese que los cambios posturales son clínicamente seguros (Ver observaciones). 3. Compruebe la correcta colocación de una entremetida en la cama conforme a los procedimientos H.01 y H.02. 4. Asegúrese de la hora correcta de cambio. La frecuencia del cambio estará en relación con los objetivos del paciente (Certeza C). como norma se aconseja la realización cada 2-3 horas a los pacientes encamados durante el día y cada 4 horas durante la noche. 5. Compruebe la posición hacia la que debe colocar al paciente. Decúbito Supino (DS), Decúbito Lateral Derecho (DLD) o Decúbito Lateral Izquierdo (DLI). La secuencia recomendada de cambios es DS-DLD-DLI-DS. (Certeza C). 6. Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones. (Certeza C). 7. Para la posición de decúbito lateral derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Utilizando la entremetida, entre al menos dos personas, acercar al paciente al borde izquierdo de la cama, elevando al paciente, NO ARRASTRÁNDOLO, para evitar la fricción. • La persona situada a la derecha de la cama, con su mano derecha flexionará la pierna izquierda del paciente y con la mano izquierda en el hombro izquierdo del paciente lo lateralizará hacia la derecha con cuidado. • La persona situada a la izquierda de la cama colocará una almohada en la espalda del paciente, no sobrepasando los 30° de inclinación. (Certeza C) (Ver observaciones). • Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí, para ello colocar una almohada entre las piernas del paciente y si fuera necesario otra para que descansa el brazo izquierdo del paciente (Ver figura). 8. Para la posición de decúbito lateral izquierdo: <ul style="list-style-type: none"> • Utilizando la entremetida, entre al menos dos personas, acercar al paciente al borde derecho de la cama, elevando al paciente, NO ARRASTRÁNDOLO, para evita la fricción. • La persona situada a la izquierda de la cama, con su mano izquierda flexionará la pierna derecha del paciente y con la mano derecha en el hombro derecho del paciente lo lateralizará hacia la izquierda con cuidado. • La persona situada a la derecha de la cama colocará una almohada en la espalda del paciente, no sobrepasando los 30° de inclinación. (Certeza C) (Ver observaciones). • Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí, para ello colocar una almohada entre las piernas del paciente y si fuera necesario otra para que descansa el brazo izquierdo del paciente (Ver figura). 9. Para la posición de decúbito supino. <ul style="list-style-type: none"> • Lateralizar al paciente hacia el lado sobre el que está. • Otra persona retirará las almohadas de la espalda, piernas y brazos. • Alinear adecuadamente al paciente al centro de la cama.

10. Si fuera necesario, eleve la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo. (Certeza C).
11. Mantenga el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente.
12. En cualquier posición, asegurarse de que las sábanas quedan estiradas y sin arrugas.
13. En periodos de sedestación se efectuarán movilizaciones horarias.
14. Siempre que sea posible se implicará a la familia y se le enseñará la realización de cambios posturales conforme al procedimiento ARE.02.
15. Registrar la hora y posición en la que se deja al paciente.

OBSERVACIONES:

- Los cambios posturales deben realizarse a todo paciente identificado como de riesgo de desarrollar úlceras por presión, o que ya las tenga, siempre que esto sea clínicamente seguro. (Certeza B).
- No sobrepase los 30° cuando ponga al paciente en decúbito lateral, con lo que evitará apoyar el peso sobre los trocánteres. (Certeza C).
- Cuando levante a un sillón al paciente asegúrese de que éste no presenta úlcera sacra, pues está contraindicado.
- Si puede, enseñe al paciente a moverse cada quince minutos (cambios de postura y/o pulsiones).
- No utilice flotadores cuando sienta al paciente (Certeza C).
- Niveles de Certeza:
 - Certeza A o Alta: Existe una adecuada evidencia, basada en revisiones sistemáticas, metanálisis o ensayos clínicos aleatorios para recomendar o desestimar su utilización.
 - Certeza B o Media: Existe evidencia para recomendar o desestimar su utilización, basada en ensayos clínicos no aleatorios o estudios cohorte o casos-control.
 - Certeza C o Baja: Existe evidencia, aunque insuficiente para recomendar o desestimar su utilización, basada en estudios descriptivos, consensos, recomendaciones de expertos, casos clínicos, estudios cualitativos, etc.
- Referencias de intervenciones de Enfermería (NIC):
 - 3540 Prevención de las úlceras por presión 3540.
 - Cuidados de la piel: Tratamiento tópico 3584.

FUENTE: GARCÍA F; Pedro. y Cols. Guía para el manejo y riesgo de deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular relacionado con las úlceras por presión. Documento impreso. Complejo Hospitalario de Saen. Madrid, 2005. p. 27.

ANEXO N° 9

ALIVIO DE LA PRESIÓN EN COLCHONETAS DE AIRE DE PRESIÓN ALTERNANTE PARA LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

OBJETIVO:
Proteger al paciente frente a los efectos adversos de la fuerza de presión, fricción y cizallamiento.
MATERIAL Y EQUIPO:
<ul style="list-style-type: none">• Enfermera. Auxiliar y Celador.• Almohadas.• Apósitos Hidrocelulares.• Colchonetas de aire de presión alternante• Colchones de aire alternante• Registros de enfermería. (Hoja de Evolución de los Cuidados).
DESARROLLO:
<ol style="list-style-type: none">1. Identificar tempranamente el riesgo de padecer úlceras por presión que presenta el paciente conforme al procedimiento H-UP.06.2. Identificar las zonas que presentan mayor susceptibilidad de ser comprimidas.3. Comprobar la movilidad y actividad del paciente, recomendando al paciente con cierta independencia y movilidad para cambiar de posición frecuentemente (cada 15 minutos es el tiempo aconsejado), incluyendo a los pacientes sentados. (Certeza C).4. Instaurar las medidas encaminadas al alivio de la presión y fricción especialmente de aquellas zonas que presentan mayor riesgo de desarrollarlas. (Certeza C). para ello:<ul style="list-style-type: none">• Vestir al paciente con prendas no ajustadas. Mantener la ropa de cama limpia y seca, evitando arrugas y dobleces. Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies en la sábana de arriba. (Certeza C).• Colocar almohadas en las zonas de mayor riesgo de fricción o de contacto directo de prominencias óseas, valorando la colocación añadida de apósitos hidrocelulares en ellas (Certeza C).• Utilizar apósitos hidrocelulares para mantener los talones, codos y prominencias óseas libres de presiones continuas. (Certeza A).• Vigilar sondas, vías centrales, drenajes y vendajes, evitando presión constante en zonas de riesgo.• Realizar cambios posturales conforme al procedimiento A.M.00, (Certeza A).• Manipulación cuidadosa para evitar lesiones en pieles frágiles.• Levantar al sillón en periodos alternados con la cama, siempre que el estado y patologías asociadas del paciente lo permitan. (Ver observaciones).• No usar dispositivos tipo roscó en sillones (Certeza C). colocar en el sillón dispositivos de alivio especiales para sillón según disponibilidad.

- Movilizar al paciente conforme al procedimiento AM.00, utilizando entremetidas para evitar las fuentes de cizallamiento y los desplazamientos tangenciales.
5. En los pacientes de riesgo medio y alto no utilizar colchones convencionales (Certeza A).
 6. Para la colocación de la colchoneta de aire de presión alternante siga los siguientes pasos:
 - Coloque la colchoneta como si realizara un cambio de cama ocupada conforme al procedimiento H.02.
 - La colchoneta de aire debe ir colocada justo encima del colchón y por debajo de las sábanas y entremetidas.
 - Asegúrese de estirar correctamente las sábanas para evitar arrugas conforme al procedimiento antes indicado. H.02.
 - Conecte la colchoneta al motor y enchufe este a la corriente.
 - Ajuste la presión de inflado al peso del paciente. (Ver observaciones).
 - Asegúrese de la correcta presión de inflado a diario y siempre que el paciente se desplace a la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.
 7. Para la colocación del colchón de aire siga los siguientes pasos:
 - Retire el colchón convencional de la cama y coloque el colchón de aire de presión alternante.
 - Seleccione la presión de inflado y el tiempo de ciclado en función al peso y las características del paciente. (Ver observaciones).
 - Cuando el colchón tenga la presión adecuada haga la cama según procedimiento H.01.
 - Cambie al paciente de cama conforme al procedimiento AM.00.
 - Asegúrese de la correcta presión de inflado a diario y siempre que el paciente se desplace a la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.
 8. Registrar las medidas de alivio de la presión empleadas.

OBSERVACIONES:

- Cuando levante a un sillón al paciente, asegúrese de que este no presenta úlcera sacra, pues está contraindicado.
- No utilice flotadores en los pacientes sentados, (Certeza C).
- La presión de inflado está en función del peso del paciente. Cada fabricante suele anexar una tabla por detrás en la que indica la relación de puntos con el peso.
- Un exceso o defecto de peso son lesivas para el paciente.
- Es frecuente poner al máximo la presión de inflado inicialmente para que se infle con más rapidez, suele ocurrir que se puede olvidar el bajar la presión de inflado al peso del paciente con lo que se pueden producir lesiones iatrogénicas.
- Niveles de Certeza:
 - Certeza A o Alta: Existe una adecuada evidencia, basada en revisiones

- sistemáticas, metanálisis o ensayos clínicos aleatorios para recomendar o desestimar su utilización.
- Certeza B o Media: Existe evidencia para recomendar o desestimar su utilización, basada en ensayos clínicos no aleatorios o estudios cohorte o casos-control.
- Certeza C o Baja: Existe evidencia, aunque insuficiente para recomendar o desestimar su utilización, basada en estudios descriptivos, consensos, recomendaciones de expertos, casos clínicos, estudios cualitativos, etc.
- Referencias de intervenciones de Enfermería (NIC):
 - 3540 Prevención de las úlceras por presión.
 - 3500 Control de presiones.

FUENTE: GARCÍA F; Pedro. y Cols. Guía para el manejo y riesgo de deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular relacionado con las úlceras por presión. Documento impreso. Complejo Hospitalario de Saen. Madrid, 2005. p. 25.

ANEXO N° 10

CUIDADOS GENERALES DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

OBJETIVO:
Disminuir la incidencia de las úlceras por presión, o favorecer su cicatrización, con la corrección de las deficiencias nutricionales, con un programa de Educación para la Salud y garantizando la continuidad de cuidados con el registro de todas las intervenciones de enfermería.
MATERIAL Y EQUIPO:
<ul style="list-style-type: none">• Personal de Enfermería.• Material para realización de medidas antropométricas: báscula, calibrador de pliegues, etc.• Tablas de Percentiles y Valoración (resultados de analíticos bioquímicos, inmunológicos).• Soporte nutricional: (Dieta oral, Dieta oral suplementadas, Nutrición Enteral y Parenteral).• Programa educativo (Ver procedimiento ARE.02).• Registros de enfermería. (Hoja de Valoración Inicial, Hoja de Evolución de los Cuidados o Informe de Enfermería al Alta, según proceda).
DESARROLLO:
<ol style="list-style-type: none">1. Explicar al paciente las técnicas a realizar, proporcionándole la mayor intimidad posible.2. Realizar los cuidados nutricionales mediante:<ul style="list-style-type: none">• Valoración Nutricional según procedimientos NH.09 y NH.10.• Si la Valoración Nutricional nos indica un estado nutricional adecuado, mantener la dieta garantizando un aporte calórico, proteico y de vitaminas y minerales (Certeza A). (Ver observaciones).• Si la Valoración Nutricional nos indica un estado nutricional alterado, corregir las deficiencias nutricionales con una dieta Normocalórica Hiperproteica (Certeza C). (Ver observaciones).• Solicitar la dieta al servicio de Nutrición.3. Educar al paciente y la familia en la prevención y tratamiento de las UPP, según procedimiento ARE.02.4. Registrar todos los procedimientos realizados tanto en la prevención como tratamiento de las UPP, teniéndose en cuenta que.<ul style="list-style-type: none">• Los Registros, se llevaran a cabo en la unidad donde se realice el procedimiento.• Se adecua el registro, en soporte papel o informático, al destinado al efecto: Hoja de Valoración Inicial, Hoja de Evolución de los Cuidados o Informe de Enfermería al Alta.• Se identificarán correctamente los registros con todos los datos del paciente.• Se identificarán correctamente los registros con todos los datos del paciente.• Se utilizarán preferiblemente las terminologías específicas (NANDA-NOC-

NIC).

- Se cumplirán las normativas vigentes en cuanto a cumplimentación de documentos, en tiempo y forma.
- Registrar toda la información de valoración, materiales y productos utilizados, resultados y evaluación de la evolución, etc., para garantizar la continuidad de los cuidados.

OBSERVACIONES:

- El aporte para un estado nutricional adecuado debe ser: calórico (30-35 Kcal), proteico (1-1.25 gr/Kg) y de vitaminas y minerales (según RDA) (Certeza A).
- Un estado nutricional alterado precisa una dieta Normocalórica, Hiperproteica (1,5-1.7 gr/Kg), con nutrientes específicos (Arginina) enriquecida con vitaminas A, B, C, ácido fólico y Zn (220 mgr/día) (Certeza C).
- El programa Educativo se actualizará en base a las evidencias científicas disponibles de forma periódica (1 año).
- El contenido docente se ajustará al colectivo al que vaya dirigido (Certeza C).
- Los registros que se realicen en soporte papel, tendrán que escribirse de forma legible y clara.
- Legalmente se considera negligencia la no cumplimentación de los registros, o su realización de forma ilegible o poco clara, que puedan inducir a error al compañero.
- Los registros permanecerán en todo momento en la historia clínica del paciente.
- Niveles de Certeza:
 - Certeza A o Alta: Existe una adecuada evidencia, basada en metanálisis o ensayos clínicos aleatorios para recomendar o desestimar su utilización.
 - Certeza B o Media: Existe evidencia para recomendar o desestimar su utilización, basada en ensayos clínicos no aleatorios o estudios cohorte o casos-control.
 - Certeza C o Baja: Existe evidencia, aunque insuficiente para recomendar o desestimar su utilización, basada en estudios descriptivos, consensos, recomendaciones de expertos, casos clínicos, estudios cualitativos, etc.
- Referencias de intervenciones de Enfermería (NIC):
 - 3604 Enseñanza: Grupo
 - 5614 Enseñanza: Dieta prescrita
 - 3540 Prevención de las úlceras por presión.
 - 3500 Cuidados de las úlceras por presión.

FUENTE: GARCÍA F; Pedro. y Cols. Guía para el manejo y riesgo de deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular relacionado con las úlceras por presión. Documento impreso. Complejo Hospitalario de Saen. Madrid, 2005. p. 29.

ANEXO N° 11

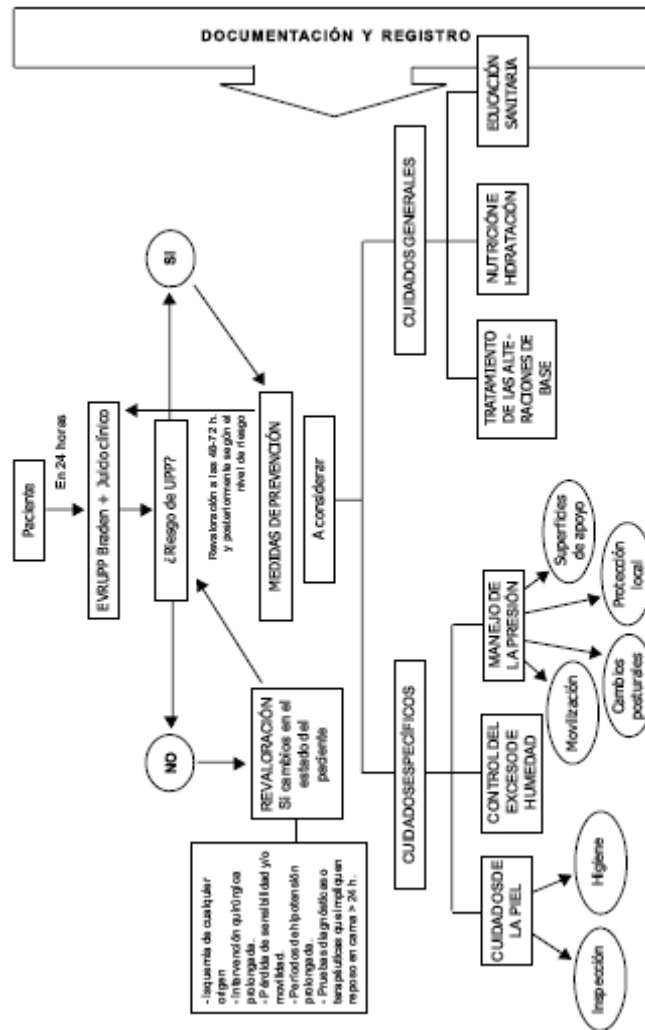
TRATAMIENTO LOCAL DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

	Estado lesión	Cantidad de exudado	ESTADIO I	ESTADIO II	ESTADIO III	ESTADIO IV
Limpieza	cualquiera		Limpieza con suero salino a chorro o en jeringa de 20 cc con catéter de 19 mm.			
Protección	Piel perilesional	++/+++	Películas cutáneas de barrera no irritantes, o pomada de óxido de zinc.			
	Piel intacta	-	-AGH c/8 h. y/o -Hidrocoloide extrafino, o film, o espuma de poliuretano			
Desbridamiento	Esfacelos	+ /+++ /+++		-Hidrogel amorfo + Apósito Hidrocelular c/1-3 días, o -Colagenasa + Apósito Hidrocelular o Gasas c/24 hrs.		
	Necrosis seca	+		- Hidrogel amorfo + Apósito Hidroceluar c/24 h, o - Colagenasa + Apósito Hidrocelular o gasas c/24 h (cuadrícula escara con bisturí). Valorar desbridamiento cortante.		
	Necrosis húmeda	++/+++		- Hidrogel amorfo + Apósito Hidrocelular o Gasas c/1-3 días + -Desbridamiento cortante (previo anestésico tópico).		
Reducción carga bacteriana	Signos de infección local	++/+++		Apósito con plata c/1-3 días –cambios según saturación- +apósito de gas (cambio apósito secundario diario si es necesario); durante 2 semanas. Desbridar antes el tejido desvitalizado.		

FUENTE: RODRIGUEZ P; Manuel y Cols. Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento. Hospital Universitario. Puerto del Mar. Ed. Consejería de Salud. Madrid, 2004. p. 43.

ANEXO N° 12

ALGORITMO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS



FUENTE: RODRIGUEZ P; Manuel y Cols. Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento. Hospital Universitario. Puerto del Mar. Ed. Consejería de Salud. Madrid, 2004. p. 30.

ANEXO N° 13

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

ACTIVIDADES	NIVEL DE RIESGO			OBSERVACIONES
	BAJO (15-18)	MODERADO (13-14)	ALTO (<12)	
Examen de piel	Diario	Diario	Diario	Vigilar prominencias óseas y puntos de apoyo, UPP antiguas, presencia de sequedad, eritema, maceración...
Higiene de piel	Diaria	Diaria	Diaria	Aseo parcial según necesidades. Agua tibia. Jabón pH 5-6.5. No alcoholés.
Protección	AGH c/24 h. PCBNI	AGH c/12 h. PCBNI	AGH c/8 h. PCBNI	Aplicar AGH e n zonas de riesgo de UPP con piel intacta y con un leve masaje. Usar PCBNI en piel sana en riesgo.
Cambios posturales	c/4 h.	c/2-3 h.	c/2-3 h.	Manteniendo la valoración individual, posición del paciente y confort. Evitar contacto directo de las prominencias óseas y de la perforación y dactilo.
Protección local	Talones/codos: Hidrocelular+Vendatubular Fricción: apósito hidrocolóide extrafino o poliuretano			c/7 días o deterioro. c/2-3 días o deterioro
Superficies de apoyo	S. Estáticas	S. Dinámicas	S. Dinámicas	Manteniendo e valoración individualización, confort, riesgo, estado de la piel y de puntalidad.
Medición del riesgo	c/7 días	c/3 días	c/1 día	Valoración inicial: en las primeras 24 h. Revaloración: a las 48 h. del ingreso. Revisar si cambia o deterioro del estado.
TENER EN CUENTA: Atención integral a paciente y familia. - Control de la humedad. - Movilización. - Vigilar otras zonas de presión. - Nutrición e hidratación. - Educación sanitaria. - Documentación y registro de actividades.				

FUENTE: RODRIGUEZ P; Manuel y Cols. Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento. Hospital Universitario. Puerto del Mar. Ed. Consejería de Salud. Madrid, 2004. p. 29.

6 GLOSARIO DE TÉRMINOS

CALIDAD DE VIDA: Medida de la energía o fuerza óptima que le confiere a una persona la capacidad para afrontar con éxito los numerosos retos que se le plantean a lo largo de la vida, entre ellos la superación de la enfermedad de cáncer. Entre los métodos que enriquecen la calidad de vida se incluyen aquellos que reducen el aburrimiento o el excesivo estrés mental, fármacos para combatir el dolor y terapias que puedan reducir todos aquellos obstáculos a la hora de adquirir un bienestar físico o mental.

CAMA: Es un mueble que se utiliza para dormir, si bien también puede usarse para otras actividades: leer, sentarse, descansar o dormir, reposar en periodos de enfermedad, etc. Se compone de un armazón de madera o metal sobre el que se coloca el colchón, las almohadas y las sábanas, etc.

CIRUGÍA: (del griego cheirourgia –lit. “trabajo manual”). Es la práctica que implica manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico. Tratamiento de la enfermedad o corrección de la deformidad o defecto, por procedimientos manuales u operatorios, con o sin el uso de medicamentos.

CUIDADORES: Es quien cuida o presta ayuda a alguien que está enfermo, es mayor de edad o está discapacitado. Normalmente se trata de un familiar cercano, un amigo o un vecino.

CUIDADOS INTENSIVOS: Cuidados sanitarios constantes, complejos, detallados que se administran en ciertas circunstancias que amenazan la vida del paciente, o simplemente como observación tras un periodo corto de tiempo para garantizar el bienestar y la estabilidad de un paciente tras un problema o emergencia anterior que ha requerido de ciertos cuidados inmediatos. Es también la unidad donde se realizan estos cuidados intensivos y recibe el nombre de UCI o UVI.

CULTIVO: Prueba de laboratorio que implica el cultivo de células o microorganismos en un medio específico. Puede recogerse mediante una prueba sanguínea, en el exudado de una herida, mediante punción en la zona de interés, etc.

CURACIONES: Es el acto o proceso por el cual se restablecen las características estructurales y funcionales normales de un tejido, órgano o sistema corporal enfermo, disfuncional o lesionado.

DIETA FRACCIONADA: Es el tipo de alimentación en la que los nutrientes son prescritos, regulados, o restringidos en tipo o cantidad, con fines terapéuticos de forma que tanto la preparación de las comidas o sus horarios están planificados por el servicio de dietética, estando en comunicación con el personal sanitario.

DOLOR: Experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada con una lesión real o potencial de un tejido. El dolor es una experiencia emocional (subjetiva) y sensorial (objetiva), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos

que disponen de un sistema nervioso. Es una experiencia asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera.

EDEMA: Es la acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial y también en las cavidades del organismo. El edema se considera un signo clínico, debido al aumento anormal del líquido intersticial que rellena los espacios intercelulares. Se valora por medio del Mm, el cual consiste en apretar fuerte con el dedo medio sobre la parte de la piel afectada y luego soltar; si hay edema el hundimiento permanece un tiempo, puede ser muy pocos segundos o varios minutos, pero si no hay edema la piel vuelve a su estado normal.

ENFERMERÍA: Es la profesión encargada de la gestión del cuidado de las personas en todo aquello que tiene relación con la promoción, mantención, restauración de su salud y la prevención de enfermedades y lesiones; incluye acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y la administración de los recursos necesarios. La enfermería es por lo tanto una profesión científica y humanista, que tiene como rol asumir el cuidado de las personas, asegurando la continuidad de estos, desde la unidad de Cuidados Críticos hasta la atención en el hogar.

ENTREVISTA: Método de colecta de datos en que una persona (entrevistador interroga a otra (entrevistado); las entrevistas pueden ser personales o telefónicas.

ESCARAS: Costra desecada debida a una quemadura, una infección o una escoriación cutánea. La escara en sí es un tejido cutáneo desvitalizado, cuyo componente principal es la piel y a veces el tejido subyacente, que se tornan duros, secos y de un color blanco perlado, grisáceo o negruzco.

ESTIMULACIÓN CUTÁNEA: Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con el objeto de disminuir signos y síntomas deseables, como dolor, espasmo muscular o inflamación.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Investigación de las distintas partes del organismo para determinar su estado de salud con ayuda de las técnicas de inspección, palpación, percusión, auscultación y olfacción. La exploración física, la historia clínica y las pruebas analíticas iniciales constituyen unos datos básicos sobre los cuales se elabora el diagnóstico y se desarrolla un plan de tratamiento.

FICHAS DE TRABAJO: Son cédulas donde se registran los datos o información que encontramos al consultar las fuentes de información (lectura de libros, revistas, periódicos, consulta a personas, documentos de trabajo, inéditos, etc.). Son resultado del trabajo de consultar las fuentes.

FIEBRE: Es la elevación anormal de la temperatura corporal por encima de 38° C, como consecuencia de una enfermedad. La fiebre se produce por un desequilibrio entre la eliminación y la producción de calor. El ejercicio, la ansiedad y la deshidratación pueden aumentar la

temperatura de las personas sanas. La infección, las enfermedades neurológicas, los tumores malignos (fiebre tumoral), anemia (fiebre neutropénica), así como numerosos fármacos, pueden producir fiebre.

FÓVEA: Depresión en la piel que se mantiene durante algún tiempo después de presionar con un dedo sobre una zona que presenta edema, o acumulación de líquido entre los tejidos. Es un signo que utilizamos para diferenciar el origen de una zona inflamada.

FRICCIÓN: Se define como fuerza de rozamiento o fuerza de fricción entre dos superficies en contacto a la fuerza que se opone al movimiento de una superficie sobre la otra (fuerza de fricción cinética) o a la fuerza que se opone al inicio del movimiento (fuerza de fricción estática). Se genera debido a las imperfecciones, especialmente microscópicas, entre las superficies en contacto. Estas imperfecciones hacen que la fuerza entre ambas superficies no sea perfectamente perpendicular a éstas, sino que forma un ángulo con la normal (el ángulo de rozamiento). Por tanto, esta fuerza resultante se compone de la fuerza normal (perpendicular a las superficies en contacto) y de la fuerza de rozamiento, paralela a las superficies en contacto.

GRASA: Es un término genérico para designar varias clases de lípidos, aunque generalmente se refiere a los acilglicéridos, ésteres en los que uno, dos o tres ácidos grasos se unen a una molécula de glicerina, formando monoglicéridos, diglicéridos y triglicéridos respectivamente. Las grasas están presentes en muchos organismos, y tienen funciones tanto estructurales como metabólicas.

HEMOCULTIVO: Prueba que se utiliza para identificar el agente causante de un cuadro infeccioso y de esta forma poder establecer el tratamiento adecuado. Consiste en extraer dos muestras de sangre con un intervalo de entre 15 y 20 minutos, y depositarlas en dos recipientes con un medio en su interior que favorece el crecimiento del agente infeccioso, si es que estuviera presente. La extracción se realizará cuando se produzca un pico febril, es decir, cuando la temperatura sea de 38° C en adelante.

HERIDAS: Es toda pérdida de continuidad en la piel (lo que se denomina “solución de continuidad”), secundaria a un traumatismo. Como consecuencia de la agresión de este tejido existe riesgo de infección y posibilidad de lesiones en órganos o tejidos adyacentes: músculos, nervios, vasos sanguíneos, etc.

HUESO: Tejido conjuntivo duro, componente principal de casi todos los sistemas esqueléticos en los vertebrados adultos. El hueso parece un tejido sin vida y, de hecho, la palabra esqueleto se deriva de una palabra griega que significa “desechado”. Sin embargo, el hueso, es en realidad, una estructura dinámica formada por tejidos vivos, como las células óseas, las células grasas y los vasos sanguíneos, así como por materiales inertes como agua y minerales.

HUMEDAD: Cualidad de húmedo. Cantidad de un líquido que impregna un cuerpo. Cantidad de vapor de agua presente en un lugar.

INCONTINENCIA: Es la falta del control voluntario sobre la micción y la defecación. Cuando se dilata la pared vesical el sistema nervioso central recibe señales de receptores que avisan al cerebro cuando la vejiga está llena. Este control voluntario se pierde en la incontinencia. Esta se asocia con frecuencia, con la vejez o con alguna lesión de la médula espinal. Puede estar causada por contracciones espontáneas inapropiadas del músculo responsable del vaciamiento de la vejiga o ser el resultado de una retención urinaria; la incapacidad para vaciar la vejiga causa incontinencia por rebosamiento. La retención urinaria también puede estar motivada por algunos fármacos o por hipertrofia de la próstata, que produce la obstrucción del flujo de la orina.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Una intervención de enfermería es cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para realzar resultados sobre el cliente. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos, sino que contempla la familia y la comunidad.

MUSCULO: Tejido u órgano del cuerpo animal caracterizado por su capacidad para contraerse, por lo general en respuesta a un estímulo nervioso. La unidad básica de todo músculo es la miofibrilla, estructura filiforme muy pequeña formada por proteínas complejas. Existen tres tipos de tejido muscular: liso, esquelético y cardíaco.

NUTRICIÓN: Ciencia que estudia los nutrientes y otras sustancias alimenticias, y la forma en que el cuerpo las asimila. Sólo es posible tener una idea aproximada de los complejos procesos que los nutrientes experimentan dentro del cuerpo; cómo se influyen, cómo se descomponen para liberarse en forma de energía y cómo son transportados y utilizados para reconstruir infinidad de tejidos especializados y mantener el estado general de salud del individuo.

OBESIDAD: Es una condición patológica en la cual las reservas naturales de energía, almacenadas en el tejido adiposo de los humanos y otros mamíferos, se incrementa hasta un punto donde está asociado con ciertas condiciones de masa corporal IMC aumentado (mayor o igual a 30). Forma parte del Síndrome metabólico. Es un factor de riesgo conocido para enfermedades crónicas como: enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión arterial, ictus y algunas formas de cáncer. La evidencia sugiere que se trata de una enfermedad con origen multifactorial: genético, ambiental, psicológico entre otros, con acumulación excesiva de grasa en el cuerpo e hipertrofia general del tejido adiposo.

OBSERVACIÓN: Es una actividad realizada por un ser vivo (como un ser humano), que detecta y asimila el conocimiento de un fenómeno, o el registro de los datos utilizando instrumentos. El término también puede referirse a cualquier dato recogido durante esta actividad. La observación consiste en la medida y registro de los hechos observables, según el método científico, y por lo tanto, medida por instrumentos científicos. Además; estas observaciones deben ser

realizadas profesionalmente, sin la insuficiencia de opiniones o emociones.

PACIENTE: Del latín patior, páteris, passus sum, que significa padecer, hemos obtenido el término sanitario de paciente. Un paciente, además de ser lo que dicen que es los usuarios de la palabra, es lo que dice la propia palabra. La de paciente, respecto a la de enfermo es una palabra más intensa. El que tiene una enfermedad, no siempre la padece, y sobre todo no siempre sufre. Y sin embargo, paciente es el que padece.

PIEL: Es la parte del organismo que protege y cubre la superficie del cuerpo y se une, sin fisuras, con las membranas mucosas de los distintos canales (por ejemplo, el canal alimenticio) en los distintos orificios corporales. La piel es el mayor órgano del cuerpo humano, o animal. Ocupa aproximadamente 2 m^2 , y su espesor varía entre los 0.5 mm en los párpados a los 4 mm en el talón. Su peso aproximado es de 5 Kg. Actúa como barrera protectora que aísla al organismo del medio que lo rodea, protegiéndole y contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras, al tiempo que actúa como sistema de comunicación con el entorno, y este varía en cada especie. Anatómicamente se toma como referencia la medida estándar dentro de la piel humana.

POSICIÓN ANATÓMICA: Es aquella que, por convención, se considera adecuada para el estudio anatómico del cuerpo humano. Consiste en el cuerpo erecto (de pie), con la cabeza y cuello también

erectos, mirando al frente, hacia adelante, con los brazos extendidos hacia abajo, a cada lado del cuerpo, con las palmas de las manos vueltas hacia adelante (antebrazos en supinación), las puntas de los dedos mirando al suelo, las piernas extendidas y juntas (en aducción), y los tobillos y pies igualmente extendidos (de puntillas, con la punta del pie señalando hacia abajo). En relación a la cara, ésta queda mirando al frente. En esta posición, el vientre (palma) de cada mano es de situación “ventral”, mirando hacia adelante, pero la planta de cada pie (vientre) mira hacia atrás y es de posición dorsal.

POSICIÓN CORPORAL: Es la actitud o postura del cuerpo. Algunos tipos de posición corporal son: decúbito, decúbito prono, decúbito supino, posición anatómica, posición de Fowler y posición de Trendelenburg.

POSICIÓN DE DECÚBITO DORSAL: Es la posición supina con la persona tendida y descansando sobre nalgas, espalda, cabeza y hombros.

POSICIÓN DE DECÚBITO LATERAL: Es la posición de costado que adopta el paciente encamado para aliviar la presión que ejerce el peso de su cuerpo sobre el sacro, los talones u otras zonas vulnerables a las úlceras por decúbito.

POSICIÓN DE FOWLER: Posición dorsal inclinada en que se coloca a los enfermos con peritonitis después de ciertas operaciones y en otras

circunstancias, la cual se obtiene levantando unos 50 cm la cabecera de la cama.

POSICIÓN PRONA: Es la posición en decúbito abdominal.

POSICIÓN SUPINA: Es la posición dorsal.

POSTURA: Proviene del latín “positura”: acción, figura, situación o modo en que está puesta una persona, animal o cosa. La postura es la relación de las posiciones de todas las articulaciones del cuerpo y su correlación entre la situación de las extremidades con respecto al tronco y viceversa. O sea, es la posición del cuerpo con respecto al espacio que le rodea y como se relaciona el sujeto con ella y está influenciada por factores: culturales, hereditarios, profesionales, hábitos (pautas de comportamiento), modas, psicológicos, fuerza, flexibilidad, etc.

PREVENCIÓN: Dícese del acto anticipado con el fin de evitar un riesgo al ejecutar algo.

RIESGO: Es el daño potencial que puede surgir por un proceso presente o suceso futuro. En ocasiones se le utiliza como sinónimo de probabilidad, pero en el asesoramiento profesional de riesgo, el riesgo combina la probabilidad de que ocurra un evento negativo con cuanto daño dicho evento causaría. Es decir, en palabras claras, el riesgo es la posibilidad de que un peligro puede llegar a materializarse.

ROPA: La palabra ropa deriva etimológicamente de la expresión germánica antigua raupjan (robar, saquear) que derivaría posteriormente en nuestro verbo robar y también por asimilación en 'ropa', debido a que las prendas de vestir eran objeto codiciado de pillaje. La ropa, por tanto, eran esos objetos susceptibles de ser robados, quedando posteriormente reducida a las prendas personales de vestir. Es el conjunto de prendas generalmente textiles fabricadas con diversos materiales y usadas para vestirse, protegerse del clima adverso y en ocasiones por pudor (ropa interior).

SALUD: Es definido por la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional y/o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social).

SALUD LABORAL: Se construye en un medio ambiente de trabajo adecuado, con condiciones de trabajo justas, donde los trabajadores y trabajadoras puedan desarrollar una actividad con dignidad y donde sea posible su participación para la mejora de las condiciones de salud y seguridad.

SONDA VESICAL: Es la sonda que se introduce a través de la uretra y que se aloja en la vejiga para la evacuación de orina. Es una sonda de goma con un balón que, una vez que esta se encuentra en la vejiga, se infla con suero para que quede anclada y no se salga. Puede ser

permanente o sólo necesitarse los primeros días de un ingreso o de una cirugía.

TEJIDOS: Es un conjunto asociado de células de la misma naturaleza, diferenciadas de un modo determinado, ordenadas regularmente, con un comportamiento fisiológico común y mismo origen embrionario. Estos componentes celulares están dispuestos en una matriz de características particulares para cada tejido. Esta matriz es usualmente generada por las células que componen el tejido, por lo que podemos decir que los tejidos están constituidos, fundamentalmente, por un componente celular y, en algunos casos, por un componente extracelular. Es uno de los niveles de organización biológica, situado entre el nivel celular y el nivel orgánico.

TERAPIA INTENSIVA: La Unidad de Terapia Intensiva o de Cuidados Intensivos es un área de la salud que constituye toda una especialidad médica. Ella está destinada a aumentar el control sobre el paciente, ya sea desde el punto de vista de la enfermería como del profesional médico, presentes en la sala durante las 24 horas del día. Esto permite un monitoreo permanente de la persona enferma (función cardíaca, función respiratoria, signos vitales, extracción de muestras para laboratorio, etc.). De esta manera, el equipo guiado por el médico terapeuta está atento a cualquier manifestación clínica o de laboratorio que surja en el paciente, ya sea de mejoría o de complicación.

TRATAMIENTO: Es el conjunto de medios de cualquier clase, cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. Son sinónimos terapia, terapéutico, cura, método curativo.

ÚLCERAS POR PRESIÓN: Podemos definir las úlceras por presión como zonas localizadas de necrosis que tienden a aparecer cuando el tejido blando esta comprimido entre dos planos. En uno las prominencias óseas del propio paciente y en otro una superficie externa. Afectan al 9% de los pacientes ingresados en un hospital y al 23% de los ingresados en instituciones geriátricas. El tratamiento y la detención precoz aceleran la recuperación y disminuye las complicaciones. Se producen por una presión externa prolongada y constante sobre una prominencia ósea y un plano duro, que origina una isquemia de la membrana vascular, lo que origina vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular. Si la presión disminuye, se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración. Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios.

VARIABLE: Atributo de una persona u objeto que varía, es decir, adopta valores diferentes (por ejemplo: temperatura corporal, edad o ritmo cardíaco).

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALSPACH, Jo Ann. Cuidados intensivos de Enfermería en el Adulto. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México, 2000 947 pp.

ANDRADES, Patricia y Cols. Curación avanzada de heridas. En la Revista Chilena de Cirugía, Vol. 56 N° 4. Junio. Universidad de Chile. Documento impreso. Chile, 2004, p. 309-403.

ARENAS M; Humberto y Roberto Anaya Prado. Nutrición enteral y parenteral. Ed. Mc. Graw Hill, México, 2007. 650 pp.

ATALA C; Roberto y Cols. Porque las escaras?. Documento impreso. En internet: <http://www.minusual.2000.com/investigacion/archivosinvestigacion/ulceras-porpresion.html>. Madrid, 2008. 11 pp.

BONGARD S: Frederic y Darryl y Sue. Diagnóstico y tratamiento a cuidados intensivos. Ed. Manual Moderno. Santafé de Bogotá, 1995 pp.

CARPENITO J; Lynda. Diagnósticos de enfermería: Aplicaciones a la práctica clínica. Ed. McGraw Hill, México, 2002. 935 pp.

CRUZ C; Olitia y Cols. Manual de procedimientos técnicos de la clínica de ostomias y heridas. Documento impreso del Hospital General Ignacio Zaragoza. Coordinación de Servicios de Enfermería. México, 2007, 13 pp.

DUEÑAS F; José Raúl. Cuidados de Enfermería en las úlceras por presión. Diplomado Universitario de Enfermería. Documento impreso. En Internet: [html://E:\ulceras por decubito\cuidados%20de%20enfermeria/l](http://E:\ulceras por decubito\cuidados%20de%20enfermeria/l). Madrid, 2008. 21 pp.

GARCIA F; Francisco Pedro y Cols. Guía para el manejo de riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de la integridad tisular; relacionado con las úlceras por presión. Consejería de salud. Complejo hospitalario de Jaen. Dirección de Enfermería. Documento impreso. En la Revista Evidentia N° 2 Sept. Barcelona, 2005. 65 pp.

GRENVIK, Ake. Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Ed. Médica Panamericana. 4ª Ed. México, 2002. 2216 pp.

GRUPO NACIONAL para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas. Directrices generales sobre la presión de las úlceras por presión. Documento impreso. Madrid, 2003. 6 pp.

HALL B; Jesse y Cols. Manual de Cuidados Intensivos. Ed. Interamericana, México. 646 pp.

HURFORD E; William y Cols. Cuidados Intensivos, Massachusetts General Hospital. Ed. Marbán Libros. Madrid, 2001. 234 pp.

LESUR, Luis y Cols. Cuidado crítico de enfermería. Ed. Trillas. México, 2008. 249 pp.

MARINO L; Paul. El libro de la UCI. Ed. Massm. México, 1999. 1011 pp.

Mc HALE J; Debra y Karen D. Carlson. Cuidados Intensivos: Procedimientos de la America Association of Critical Care Nurses. Ed. Panamericana, 4ª ed. México, 2003. 1056 pp.

NATIONAL PRESSURE VICR Adnsory Panel y Pressure Ulcer Guideline Panels. Úlceras por decúbito: escaras. Documento impreso. En internet: <http://www.intermedicina.com/avances/clinicos/fotos//.html>. Madrid 2008. 4 pp.

ORTEGA V; Mc Carotnia y Cols. Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. Estrategias para su aplicación. Ed. Medica Panamericana, México, 2006. 193 pp.

PALOMAR LL.; Federico y Cols. Guía de práctica clínica en prevención de úlceras por presión. Úlcera. Unidad de Enfermería Dermatológica de Úlceras y Heridas. Hospital General Universitario de Valencia. Documento impreso. Valencia, 2008. 16 pp.

PAVON B; Gloria y Cols. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reyna Sofía. Documento impreso. Córdoba, 2008. 5 pp.

RODRÍGUEZ P; Manuel y Cols. Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento. Hospital

Universitario Puerta del Mar. Ed. Consejería de Salud. Madrid, 2004. 84 pp.

ROSALES B; Susana y Eva Reyes Gómez. Fundamentos de enfermería. El Manual Moderno, México, 2004. 636 pp.

SCHWARTZ, Seymour et al. Principios de cirugía. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. Vol. I, México, 2000. 1258 pp.

SEIDEL M; Henry y Cols. Guía Mosby de exploración medica. Ed. Elsener. 35ª ed. Madrid, 2003. 341 pp.

TEIXIDOR R; Juan y Cols. Medición Interna. Ed. Masson. S. A. Tomo I, Madrid, 1995. 1938 pp.

URDEN D; Linda y Cols. Cuidados intensivos en Enfermería. Ed. Océano Harcourt Madrid, año I 264 pp, año II 543 pp.

WESORICK, Bonnie. Estándares de calidad para cuidados de enfermería. Ed. Doyma Madrid, 1993. 393 pp.

ZAMORA C; Susana y Cols. Experiencia en la cura de úlceras por presión con sacarina. En la Revista Cubana de Enfermería. Vol. 22, N° 3. Julio-Sept. La Habana, Cuba 2006. 10 pp.