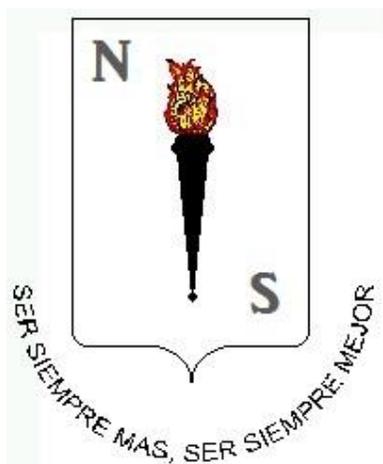


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
CLAVE: 8722**



**TESIS.  
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ULCERAS POR PRESIÓN.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

**ALUMNA:  
RUTH EDITH LERMA GUERRERO.**

**ASESORA DE TESIS:  
LIC.EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO.**

*MORELIA, MICHOACÁN. 2018*



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.

## **DEDICATORIA.**

Esta tesis está dedicada...

A dios que me da la fortaleza y la dicha de seguir adelante en esta carrera y que aun en los momentos más difíciles no me deja desistir.

A mis padres que me han demostrado la importancia de la vida, el estudio y la dedicación y por ser la base que da fuerza a mi vida.

A mis hermanos que me han brindado su apoyo en cuanto he necesitado de ellos y que pese a las adversidades me dan la fuerza para salir adelante.

## **AGRADECIMIENTOS.**

A mi padre, mi ejemplo de vida que más que ser un padre es mi gran amigo que me ha enseñado principios y valores para mi formación a lo largo de mi vida.  
Gracias por ser mi motivación de cada día.

A mi madre, la mujer más bella de este mundo, gracias por el amor incondicional por los consejos regaños y apoyo que he recibido de ti durante todos estos años y que han hecho de mí una gran persona.

A mis hermanos, quienes a pesar de las diferencias, son personas muy importantes en mi vida que forman parte de mi motivación e inspiración para lograr mis objetivos, gracias por su apoyo incondicional.

## ÍNDICE.

### Contenido

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
ÍNDICE.....	IV
INTRODUCCIÓN.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
OBJETIVOS.....	8
GENERAL.....	8
ESPECIFICO.....	8
HIPÓTESIS.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	9
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.....	10
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	10
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	10
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	11
LIMITES.....	11
CAPITULO I. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	12
MAPA.....	13
1.1 PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA APARICIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN.....	14
1.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	15
1.2.1 SUPERFICIES ESPECIALES DE MANEJO DE PRESIÓN (SEMP).....	15
1.2.2 CLASIFICACIÓN:.....	16
1.2.3 PROTECCIÓN LOCAL ANTE LA PRESIÓN.....	16
1.2.4 INTERVENCIONES IATROGÉNICAS.....	17
1.2.5 SITUACIONES ESPECIALES.....	18
1.2.6 PACIENTES TERMINALES.....	18
1.3 CUIDADOS DE LA PIEL.....	19
1.3.1 MANEJO DEL EXCESO DE HUMEDAD (INCONTINENCIA, TRANSPIRACIÓN, DRENAJES).....	20
1.4 MANEJO DE LA PRESIÓN ÓSEA.....	20
1.4.1 MOVILIZACIÓN.....	21
1.4.2 CAMBIOS POSTURALES.....	22
1.5 USO Y MANEJO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS.....	24

1.5.1 APLICACIÓN DE LA TERAPIA V.A.C EN ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	25
1.5.2 TERAPIA V.A.C EN ÚLCERAS DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES.....	25
1.6 PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DEBRIDACIÓN DE TEJIDO MUERTO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	26
1.6.1 DESBRIDAMIENTO.....	26
1.6.2 OBJETIVOS DEL DESBRIDAMIENTO.....	27
1.6.3 MÉTODOS DE DESBRIDAMIENTO.....	28
1.7 NUTRICIÓN.....	31
CAPITULO II ULCERAS POR PRESIÓN.....	33
MAPA.....	34
2.1 DEFINICIÓN.....	35
2.2 CLASIFICACIÓN Y ESTADIOS DE LAS UPP.....	35
2.2.1 PARÁMETROS PARA DESCRIBIR LA LESIÓN.....	37
2.3 FASES DE SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE CICATRIZACIÓN.....	37
2.4 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.....	39
2.5 TRATAMIENTO.....	39
2.5.1 MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS.....	41
2.5.2 MEDIDAS FARMACOLÓGICAS.....	41
2.5.3 ÚLCERAS EN CUIDADOS PALIATIVOS.....	42
CAPITULO III MUESTRA TÉCNICAS, EL MUESTREO.....	45
CAPITULO IV CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERÍA.....	55
4.1 DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA.....	58
4.2 LEY GENERAL DE SALUD.....	59
.....	60
4.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	60
4.4 DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO.....	61
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	63
CONCLUSIÓN.....	64
GLOSARIO.....	67
ANEXOS.....	68
ANEXO I GUIÓN METODOLÓGICO.....	68
ANEXO II ENCUESTAS.....	69
BIBLIOGRAFÍAS.....	72

## **INTRODUCCIÓN.**

Las úlceras por presión son lesiones localizadas en la piel y tejido subyacente resultado de la presión en combinación las fuerzas de cizalla, que también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos.

La úlceras por presión no solo representan una condición que incide de manera negativa en el bienestar físico, mental y emocional de quienes la padecen, sino que también lleva a la prolongación de la estancia hospitalaria de los pacientes que la padecen.

Como personal de enfermería es importante que reflexionemos sobre cuáles son los principales factores que condicionan la aparición de estas lesiones ya que se considera que las úlceras por presión son un evento adverso resultante de las intervenciones realizadas o no realizadas a los pacientes, entre las que se incluyen tanto medidas preventivas como acciones enfocadas al tratamiento de dichas lesiones.

Por lo tanto es importante obtener información objetiva y concisa sobre este y cualquier otro cuidado, de manera que se promueva la toma de dediciones y la implementación de medidas preventivas y terapéuticas efectivas, así como la evaluación del impacto de las mismas.

En este trabajo de investigación se pretende que sirva como una herramienta que ayude al profesional de enfermería involucrado a través de recomendaciones basadas en la evidencia, favoreciendo la toma de decisiones clínicas en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión en el ámbito hospitalario para erradicar practicas no útiles y en ocasiones dañinas en la prevención y tratamiento de las mismas.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Las úlceras por presión se caracteriza como un problema común en el cuidado de paciente con enfermedades crónicas sobre todo en pacientes geriátricos con movilidad limitada siendo un factor de riesgo muy importante que afecta los pacientes que se encuentran hospitalizados.

Aunado a ello se considera que las úlceras por presión son un problema de poca prioridad para los profesionales de la salud y para los familiares del paciente puesto que se enfocan más en el padecimiento actual que el paciente presente, por lo que es de vital importancia dar a conocer al personal enfermería la verdadera magnitud del problema que estas lesiones causan.

Estas lesiones prolongan el tiempo de estancia hospitalaria aumentando así los costos de atención sin embargo, con medidas adecuadas se pueden evitar un porcentaje importante de casos. Si bien este tipo de lesiones no representan una amenaza inmediata para la salud del paciente, todas y cada una de ellas poseen el potencial de progresar hacia estadios que conlleven a un daño severo a la integridad de los tejidos, y por ende, se convertirán en un foco de infección que ponga en riesgo la salud y la vida de quienes las desarrollan.

Esta investigación se realizó con el fin de disminuir la aparición de estas lesiones o bien evitar su expansión e infección mediante los cuidados específicos ante este tipo de lesiones. Por ello es que en este trabajo de investigación se pretende explicar ¿cuáles son los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión?

## **OBJETIVOS.**

**GENERAL** conocer el cuidado integral de enfermería para reducir la aparición, expansión e infección de las úlceras por presión.

**ESPECIFICO** conocer las principales causas de la aparición de úlceras por presión así como los cuidados que estas requieren.

Identificar cuáles son las fallas en la atención clínica más comunes que favorecen la aparición de escaras en los pacientes.

## **HIPÓTESIS.**

Los principales cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión son:

\* Disminuir la presión ejercida sobre sobre las prominencias Oseas del paciente mediante cambios de posición por tiempos.

\*mantener la piel limpia y seca.

\* Debridación del tejido muerto.

\* Uso de antibióticos.

\* Uso de terapia vac.

## **JUSTIFICACIÓN.**

Las úlceras por presión (UPP) constituyen uno de los problemas más comunes en la práctica diaria de Enfermería, siendo nuestra responsabilidad tanto su prevención como su tratamiento.

Es frecuente que basemos nuestras actuaciones en la práctica acumulada con los años, pero sin estar validada de forma científica.

Nuestro reto es trabajar de forma sistematizada, utilizando las evidencias científicas para disminuir la variabilidad de la práctica asistencial.

También debemos conocer el entorno del paciente y a su cuidador principal, para proporcionarle los conocimientos necesarios y poder prevenir su aparición.

Las UPP son un problema evitable en un 95% de los casos, de lo contrario si el problema no es evitado tendremos presentes las siguientes complicaciones:

- Reducción de la calidad de vida del paciente, siendo causa directa o indirecta del aumento de la morbi/mortalidad.
- Pérdida de su autonomía, independencia y autoestima.
- Prolongación de la estancia hospitalaria.
- Sobrecarga de trabajo para Enfermería
- Aumento del gasto sanitario
- Ser un indicativo negativo de la calidad asistencial
- Demandas judiciales por baja calidad asistencial

Con este protocolo de investigación pretendemos unificar criterios tanto en la prevención como en el tratamiento de las UPP, favoreciendo la continuidad de los cuidados, en los distintos niveles asistenciales, aumentando la calidad de los cuidados enfermeros y mejorando la atención prestada al paciente y a su entorno familiar.

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.**

Esta investigación es de tipo cuali-cuantitativa con objetivo de investigación pura, en tiempo del fenómeno es de tipo descriptiva basada en fuentes de investigación bibliográfica y documental con un tiempo y estudio transversal en área de conocimiento social.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

Personal de enfermería.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

Personal médico.

Pacientes con úlceras por presión.

Familiares del paciente.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.**

Se anularan los cuestionarios que no sean contestados correctamente o bajo las indicaciones que se les asigne a cada pregunta.

Marcar dos opciones cuando solo se pide una.

No ampliar la información cuando se le está pidiendo.

## **LIMITES.**

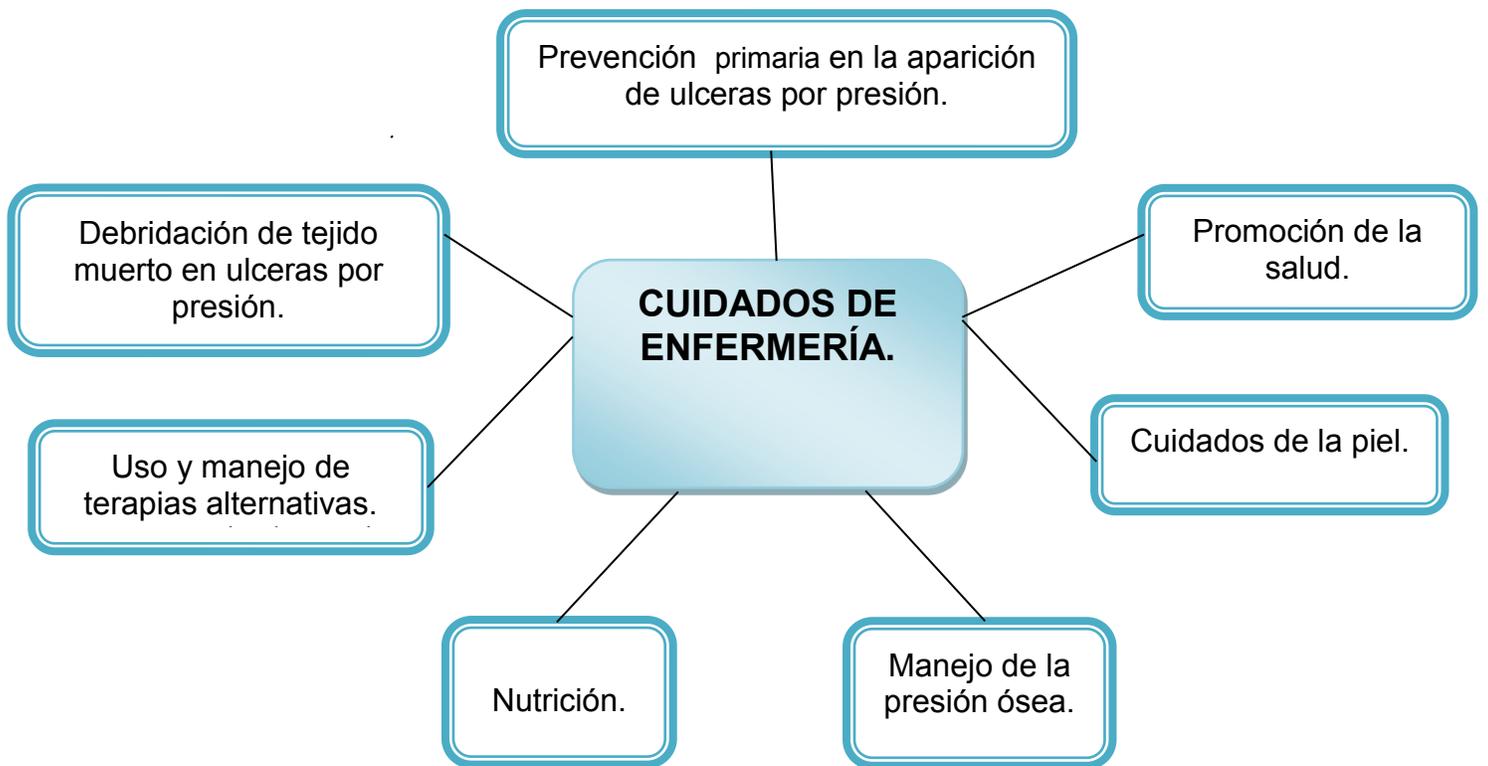
ESPACIO: HNSS.

LUGAR: medicina interna mujeres y clínica privada.

TIEMPO: 25 de julio del 2016/ 31 de mayo del 2017.

## **CAPITULO I. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**

## MAPA.



## **1.1 PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA APARICIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN.**

Es evitar el desarrollo de úlceras por presión a través de la planificación de cuidados enfermeros aplicados a todo paciente con riesgo de desarrollar una úlcera por presión.

Para ello es importante realizar algunas actividades que nos van ayudar a valorar algunos aspectos para la prevención de estas lesiones cutáneas.

- Es importante valorar el riesgo de presentar UPP en todas las personas. Inicialmente todas las personas deben ser consideradas “en riesgo”, hasta ser valoradas adecuadamente y asegurarnos de lo contrario.
- Es necesaria una valoración detenida del estado de la persona antes de considerar que no presenta riesgo de aparición de UPP y aun así no excluirlo de la aplicación de medidas preventivas
- Cuando se produzcan cambios en el estado general del paciente, de su entorno o tratamiento será necesario una nueva valoración donde se observaran los siguientes aspectos:
  - isquemia de cualquier origen y principal mente en las áreas del cuerpo del paciente en las que se esté ejerciendo presión
  - posterior a una Intervención quirúrgica prolongada (> 10 horas)
  - Pérdida de sensibilidad o movilidad de cualquier origen
  
  - Pruebas diagnósticas o terapéuticas que supongan reposo en cama de más de 24 horas.
  - Cambio de cuidador habitual
  - Cambio de nivel asistencial

## **1.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD.**

Es muy importante implicar al paciente y a los cuidadores en el proceso de prevención y tratamiento de las úlceras por presión informándoles sobre los factores de riesgo que influyen en la aparición y en la manera de evitarlos o minimizarlos. Para ello, los profesionales de la salud deben valorar la capacidad del paciente y del cuidador principal (conocimientos, actitudes y habilidades) para participar en el programa de prevención.

Si su participación es posible, hay que diseñar un programa de educación sanitaria:

- Adaptado a sus características.
- Dirigido a todos los niveles: paciente, familia y cuidadores.
- Que incluya conocimientos básicos sobre la fisiopatología de la formación de las úlceras por presión, sobre los factores de riesgo, sobre las repercusiones que conllevan, sobre la detección precoz y sobre los cuidados de prevención.
- Con mecanismos para evaluar la eficacia.

### **1.2.1 Superficies especiales de manejo de presión (SEMP).**

Se considera SEMP a toda superficie que presenta propiedades de reducción o alivio de la presión sobre la que puede apoyarse una persona totalmente, ya sea en decúbito supino, prono o en sedestación.

Otros requisitos exigibles a las SEMP:

- Facilitar la evaporación de la humedad
- Provocar escaso calor al paciente

- Disminuir las fuerzas de cizalla.
- Sencillo mantenimiento y manejo
- Compatible con el protocolo de control de infecciones.
- Compatible con las necesidades de reanimación cardio-pulmonar.

### **1.2.2 CLASIFICACIÓN:**

- *SEMP estáticas:* Aumentan el área de contacto con la persona. Cuanto mayor sea la superficie de contacto menor será la presión que soporta cada punto del cuerpo.
- *SEMP dinámicas:* Varían de manera alternante la presión en los puntos de contacto

Las personas de riesgo deben ser colocadas sobre SEMP en función de su grado de riesgo:

- En personas de riesgo bajo: Se recomienda utilizar superficies estáticas.
- En personas de riesgo medio y alto: Se recomienda utilizar superficies dinámicas

Considerar siempre a las SEMP como un material complementario que no sustituyen al resto de cuidados (movilización y cambios posturales).

### **1.2.3 PROTECCIÓN LOCAL ANTE LA PRESIÓN.**

En zonas de especial riesgo para el desarrollo de UPP como son talones, región occipital, sacro, deben utilizar sistemas de protección local ante la presión.

- Características.
- Facilitar la inspección de la piel al menos una vez al día

- Ser compatibles con otras medidas del cuidado local
- No lesionar la piel de esa zona con su retirada

Cuando dejamos el talón libre de presión debemos evitar la caída del pie (pie equino), para ello mantener el pie en ángulo recto con la pierna; ayudándonos de los dispositivos adecuados.

Contemplar cualquier situación en la que los dispositivos utilizados en la persona puedan provocar problemas relacionados con la presión y el rozamiento sobre una zona de prominencia, piel y mucosas (sondas, tiras de mascarilla, tubos endotraqueales, gafas nasales, máscaras de presión positiva, catéteres, yesos, férulas, sistemas de tracción, dispositivos de inmovilización y sujeción). En estos casos, los apósitos con capacidad de manejo de la presión pueden ser de gran utilidad.

#### **1.2.4 INTERVENCIONES IATROGÉNICAS**

En estas intervenciones existe un componente histórico tradicional en su práctica, “siempre se ha hecho así”, que entraña una notable dificultad para su erradicación. Hoy podemos recomendar

- **No utilizar rodetes ni flotadores como superficie de asiento.** *En vez de repartir la presión que ejerce el peso del cuerpo, la concentra sobre la zona corporal que está en contacto con el rodete, provocando edema y congestión venosa y facilitando la aparición de UPP.*

- **No masajear las prominencias óseas**
- **No dar frías de alcohol,** *colonia sobre la piel*
- **No sentar a pacientes sin capacidad de reposicionarse y sin SEMP**
- **No elevar la cabecera de la cama más de 30° en decúbito lateral**
- **No sobrepasar los 30° de inclinación en decúbito lateral**
- **No arrastrar a la persona sobre la cama al recolocarlo**

- **No mantener protecciones locales sin revisiones diarias**

### **1.2.5 SITUACIONES ESPECIALES.**

Debido a su especial relación con la posibilidad de ver aumentado el riesgo de desarrollo de úlceras por presión, habrán de tenerse en cuenta una serie de circunstancias especiales que aumentan la vulnerabilidad de los pacientes al tiempo de planificar los cuidados de prevención. Estos cuidados deberán iniciarse desde el mismo momento de su ingreso en la institución y mantenerse en las distintas unidades.

- Pacientes con alteraciones neurológicas (lesiones medulares, déficit neurológicos,...)
- Pacientes sometidos a cirugía de larga duración
- Pacientes sometidos a técnicas especiales
- Personas desnutridas, inmunodeprimidas.
- Personas sometidas a estrés psicológico o emocional.
- Personas muy mayores sin motivación para la ingesta ni la movilización (Anciano frágil).
- Aumento significativo del dolor
- Cambios de medicación.

### **1.2.6 PACIENTES TERMINALES**

Su situación no justifica que se haya de claudicar en el objetivo de evitar la aparición de UPP.

- Prestar especial atención a la aparición de nuevas lesiones, es una complicación previsible.
- En situación de agonía será necesario “plantearse” incluso la necesidad de realizar cambios posturales

- Utilizar SEMP especialmente dirigidos a este grupo de pacientes, pues contemplan la consecución de elevadas cotas de confort

### **1.3 CUIDADOS DE LA PIEL.**

La curación contante de la herida ayudara a que la lesión no avance, por lo que es importante que el cuidado de la piel de los pacientes hospitalizados sea una prioridad del personal de enfermería.

- La piel de la persona debe estar siempre limpia y seca.
- Utilizar jabones y sustancias limpiadoras con bajo potencial irritativo sobre el pH de la piel.
- Aclarar bien el jabón y realizar secado meticuloso sin fricción incidiendo especialmente en las zonas de pliegues.
- Aplicar cremas hidratantes fluidas, confirmando su total absorción.
- Utilizar apósitos protectores para reducir las posibles lesiones por fricción.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en piel sana sometida a presión ya que posibilitan una óptima hidratación, favorecen el aumento de la circulación capilar y refuerzan la resistencia cutánea.
- Está contraindicado el uso sobre la piel de cualquier producto que contenga ALCOHOL (de romero, tanino, colonias, etc.).
- No realizar masajes sobre prominencias óseas, ni zonas con rojeces (ocasionan roturas capilares que favorecen la aparición de UPP).

### **1.3.1 MANEJO DEL EXCESO DE HUMEDAD (INCONTINENCIA, TRANSPIRACIÓN, DRENAJES)**

El personal de enfermería debe saber identificar y controlar el exceso de humedad en la piel del paciente hospitalizado así como controlar la causa que origina el exceso de humedad.

Para ello es importante proteger las zonas expuestas al exceso de humedad con productos barrera y asegurarse de la ausencia en la zona expuesta a la humedad de una micosis, ante su presencia no utilizar estos productos.

Aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en piel sana sometida a presión extendiéndose con suavidad en zonas de riesgo. Los AGHO posibilitan una óptima hidratación de la piel, favoreciendo el aumento de circulación capilar. Lo cual mejora las condiciones locales de la piel expuesta a falta de circulación de forma prolongada, siendo de gran utilidad en la prevención de las úlceras. Además algunos estudios encuentran efectividad en el tratamiento de úlceras por presión como el estadio I.

### **1.4 MANEJO DE LA PRESIÓN ÓSEA.**

Superficies especiales Se pueden clasificar como:

Estáticas.

Actúan aumentando el área de contacto con el paciente. Cuanto mayor sea la superficie de contacto menor será la presión que tenga que soportar.

Entre los materiales utilizados en la fabricación de SEMP estáticas se encuentran:

- espumas de poliuretano especiales.
- fibras siliconadas.
- silicona en gel.
- Visco elásticas.

Dinámicas.

Permiten variar de manera continuada los niveles de presión de las zonas de contacto del paciente con la superficie de apoyo. Las superficies especiales deben considerarse como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados (movilización y cambios posturales).

En todas las instituciones de salud y niveles asistenciales, las personas que se consideran con riesgo de desarrollar úlceras por presión deben tener un plan de cuidados escrito y personalizado de prevención que debe incluir la utilización de superficies especiales para la redistribución de la presión

Para minimizar el efecto de la presión como causa de UPP, considerar cuatro elementos fundamentales:

- Movilización
- Cambios posturales
- Superficies especiales de la presión (SEMP)
- Protección local ante la presión

#### **1.4.1 MOVILIZACIÓN.**

Fomentar y mejorar la movilidad y actividad del paciente proporcionándole los dispositivos de ayuda necesarios (andadores, bastones, trapecios, barandillas).

Si existe potencial para mejorar la movilidad física, considerar la derivación a fisioterapia.

#### **1.4.2 CAMBIOS POSTURALES.**

Periodicidad.

- Programar los cambios posturales de manera individualizada dependiendo de su valoración de riesgo.
  
- Como norma general realizar los cambios posturales cada 2-3 horas a los pacientes encamados que no son capaces de reposicionarse solos, siguiendo una rotación programada e individualizada.
  
- Cuando sea posible, enseñar a la persona a reposicionarse por sí misma a intervalos de treinta minutos.
  
- En periodos de sedestación efectuar movilizaciones horarias. Si puede realizarlo autónomamente, enseñar a la persona a moverse cada quince minutos (cambios de postura y/o pulsiones).
  
- Si la situación del paciente en sedestación o de su entorno de cuidados no permite realizar estas movilizaciones, es preferible encamar al paciente.

Consideraciones de enfermería a tener en cuenta en la realización de los cambios posturales.

- Seguir las recomendaciones de salud laboral sobre el manejo de cargas y pesos.

- Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio de la persona
- Evitar el contacto directo entre prominencias óseas.
- Evitar en lo posible apoyar directamente a la persona sobre sus lesiones.
- Evitar el arrastre: realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción. Utilizar entremetidas o sabanas traveseras.
- Elevar la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo posible (si su patología base lo permite).
- En decúbito lateral no sobrepasar los 30° de inclinación y evitar apoyar el peso.

Condicionantes para la efectividad de los cambios posturales.

- Dificultad para su realización periódica
- Utilización de posiciones posiblemente iatrogénicas
- Imposibilidad de realizarlos en muchos pacientes de cuidados intensivos
- Patologías que dificultan o imposibilitan la realización de los cambios posturales: Cirugía cardíaca, inestabilidad hemodinámica, obesidad mórbida, compromiso respiratorio, poli traumatizados o intervenciones microquirúrgicas.

## 1.5 USO Y MANEJO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS.

La terapia V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) es un tratamiento avanzado de cicatrización de heridas que se puede integrar en la práctica terapéutica del médico para la cicatrización de heridas, la optimización del cuidado del paciente y la reducción de costes. Se trata de una terapia flexible que puede usarse en el hospital y en el domicilio.

La familia de dispositivos V.A.C. se utiliza para ayudar a estimular la cicatrización de las heridas a través de una acción multimodal, bajo la influencia de una presión negativa continua o intermitente, junto con un control de retroalimentación en la zona de la herida.

La terapia V.A.C. es un sistema integrado que utiliza un apósito de esponja de poliuretano o alcohol polivinílico que actúa como interfaz entre la superficie de la herida y la fuente de vacío. El apósito de esponja se cubre mediante una lámina selladora adhesiva transparente semioclusiva (V.A.C. Drape). Se aplica después una almohadilla Sensa T.R.A.C. (con tubos integrados) y se conecta a la unidad V.A.C.

Aplicar la Terapia V.A.C. a la herida ayuda a favorecer la cicatrización al preparar el lecho de la herida para el cierre, reducir el edema, favorecer la formación de tejido de granulación, aumentar la perfusión y eliminar el exudado y los materiales infecciosos

### **1.5.1 APLICACIÓN DE LA TERAPIA V.A.C EN ÚLCERAS POR PRESIÓN.**

En el tratamiento de las úlceras por decúbito de espesor completo (grados 3 y 4) se puede usar la Terapia V.A.C. como tratamiento definitivo o para optimizar el lecho de la herida antes del cierre quirúrgico.

Los propósitos y objetivos del tratamiento en este caso serían:

- Facilitar la granulación del tejido.
- Proporcionar un entorno de cicatrización cerrado y húmedo
- Eliminar el exudado y los materiales infecciosos
- Preparar la herida para el cierre quirúrgico

A veces no es necesario retirar toda la lámina selladora si la piel del paciente no puede tolerar los cambios frecuentes. Por el contrario, corte la lámina que rodea el apósito, retire el apósito, lave la herida siguiendo las instrucciones del facultativo y coloque un nuevo apósito, sellando de nuevo con otra tira de lámina selladora. La lámina selladora situada sobre la zona circundante puede dejarse durante otro cambio más.

### **1.5.2 TERAPIA V.A.C EN ÚLCERAS DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES.**

Los propósitos y objetivos del tratamiento con la Terapia V.A.C. en las úlceras de las extremidades inferiores son los mismos que en las úlceras por decúbito. En las úlceras crónicas en las que el diagnóstico es incierto, se recomienda obtener una biopsia para su estudio histológico. Es muy importante identificar cualquier causa subyacente y adoptar las medidas pertinentes para solucionarlas. En estos casos tampoco es necesario retirar toda la lámina selladora si la piel del paciente no puede tolerar los cambios frecuentes.

## **1.6 PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DEBRIDACIÓN DE TEJIDO MUERTO EN ULCERAS POR PRESIÓN.**

Cuidados Locales.

- *Limpieza*

- Objetivos de la Limpieza
- Retirar restos orgánicos e inorgánicos y exudados presentes en la lesión.
- Rehidratar la superficie de la herida para facilitar medio húmedo.
- Facilitar la inspección de la lesión.
- Disminuir el riesgo de infección.

### **1.6.1 DESBRIDAMIENTO.**

La presencia de tejido desvitalizado o necrosado es un obstáculo para el proceso de cicatrización, ya que aumenta la probabilidad de infección y dificulta la cicatrización y la valoración del lecho de la ulcera. Para curar la ulcera es imprescindible eliminar el tejido desvitalizado y/o necrosado mediante el desbridamiento.

De los distintos métodos de desbridamiento se aconsejan el auto lítico, el enzimático y el cortante. Son métodos compatibles entre sí y se recomienda que se usen simultáneamente para hacer más eficaz y rápido el proceso.

La selección del tipo de desbridamiento está condicionada por el estado general del paciente y por las características del tejido que se debe desbridar.

La elección del método de desbridamiento en un paciente con úlceras por presión deben hacerla profesionales sanitarios.

### **1.6.2 OBJETIVOS DEL DESBRIDAMIENTO.**

- Eliminar restos necróticos, esfacelos, detritus celulares, que son los que entorpecen la curación, y van a potenciar la aparición de infección ya que son una fuente excelente de alimentación bacteriana.
- Eliminar el mal olor.
- Favorecer la restauración estructural y funcional de la piel.
- Facilitar la curación, acelerando las fases de proliferación celular.
- Permitir ver la existencia de posibles cúmulos de exudado o abscesos.
- Permitir evaluar la profundidad de la lesión.

- Para la elección de la técnica de desbridamiento a utilizar deberemos valorar:

- Situación general de la persona; posibilidades de curación del proceso, expectativas de vida, problemas y beneficios que le aportamos. Es necesario prestar una consideración especial en personas en situación terminal de su enfermedad.

- Características de la lesión (tipo de tejido, profundidad, localización, presencia de dolor, signos de infección)

- Vascularización de la zona: si es una zona altamente vascularizada, controlar el sangrado; de lo contrario si es una zona con falta de riego sanguíneo no va a permitir una óptima regeneración tisular, alargándose el proceso.

- Tratamiento con anticoagulantes

Hay una importante excepción del desbridamiento: es el caso de la placa dura necrótica (escara que no presenta edema, eritema, fluctuación o drenaje) en talón,

en este caso se recomienda no desbridar y someterla a una estricta vigilancia.

Esta placa necrótica va a actuar siempre como una barrera natural ante una posible osteomielitis del calcáneo.

- Antes de iniciar el desbridamiento tendremos en cuenta:

- Rapidez (con lo que se quiere actuar)
- Infección (presente o no)
- Profundidad y localización.
- Dolor.
- Coagulopatias y tratamientos anticoagulantes.

### **1.6.3 MÉTODOS DE DESBRIDAMIENTO.**

Desbridamiento Quirúrgico.

Retirada completa de tejido necrótico realizada en una sola sesión, se lleva a cabo en quirófano o sala quirúrgica bajo anestesia. Indicado en escaras gruesas, muy adherentes, tejido desvitalizado de lesiones extensas, profundas, de localizaciones especiales, y con signos de celulitis o sepsis.

Desbridamiento cortante

Permite eliminar de manera rápida y selectiva las escaras secas adheridas a planos profundos y el tejido desvitalizado húmedo. Implica la utilización de instrumental y técnica estériles.

Es un método doloroso; por este motivo, se aconseja administrar analgesia tópica, oral y/o sistémica antes del procedimiento.

Para llevar a cabo el desbridamiento cortante se recomienda lo siguiente:

- Hacerlo por planos y en diferentes sesiones hasta conseguir la limpieza adecuada de la ulcera.
- En caso de hemorragia, hacer compresión directa y aplicar apósitos de alginato, con cura seca durante las 24 horas siguientes, controlando la presencia de sangrado significativo. Posteriormente, continuar con cura en ambiente húmedo.
- Evitar hacer el desbridamiento cortante a los pacientes con coagulopatías y con tratamiento anticoagulante.
- Solamente se aconseja desbridar las úlceras de talón con escaras secas si presentan colección líquida por debajo (fluctuación o exudado). Está cubierta escarificada actúa como una capa protectora natural en una zona de alto riesgo de osteomielitis, debido a la cercanía del hueso calcáneo.
- Si la ulcera es extensa, con una infección que afecte a tejidos profundos o a huesos, puede ser necesario hacer una resección amplia que incluya tejido sano. En este caso, el desbridamiento debe hacerse en el quirófano con la ayuda de anestesia.

La decisión del tratamiento quirúrgico de las úlceras por presión debe estar fundamentada en la valoración integral del paciente y deben participar en ella todos los profesionales implicados en su cuidado habiendo considerado el nivel de riesgo de la intervención quirúrgica y las preferencias del paciente.

### Desbridamiento enzimático.

El desbridamiento enzimático consiste en aplicar una pomada en la herida que contiene enzimas exógenas (colágenasa, estreptoquinasa, papaína-urea, etc.), que funcionan de manera sinérgica con las enzimas endógenas degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina. Se puede combinar con otro tipo de desbridamiento, la pomada más utilizada es la colágena.

Hay evidencias que señalan que el uso de colágenasa favorece el crecimiento del tejido de granulación. Sin embargo, la colágenasa puede provocar maceración y excoriación de la piel periulceral; por ello es necesario proteger la piel mediante una película de barrera (pasta de zinc, película cutánea, silicona u otras).

Las curas deben hacerse como mínimo cada 24 horas. Es imprescindible garantizar el nivel de humedad en el lecho de la ulcera aplicando hidrogel para potenciar la acción de la colágenasa. La acción de la colágenasa se neutraliza con soluciones jabonosas, metales pesados y antisépticos.

### Desbridamiento autolítico.

El desbridamiento autolítico es el menos traumático y el más selectivo, pero también el más lento. Es el que ocurre de manera natural en todas las heridas. Los fagocitos del lecho de la herida, junto con los macrófagos y las enzimas proteolíticas, son los encargados de licuar y separar del tejido sano el tejido necrótico y la escara.

La utilización de apósitos modernos (hidrogel, hidrocoloides, hidrocelulares, entre otros) basados en los principios de cura en ambiente húmedo puede facilitar este proceso.

Estos métodos son compatibles entre sí, por lo que sería aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados

## **1.7 NUTRICIÓN.**

Una adecuada ingesta dietética ayudara a prevenir la malnutrición de acuerdo con los deseos individuales del paciente o su condición de salud. La nutrición e hidratación son elementos clave para la prevención-cicatrización de las UPP.

Un buen soporte nutricional no sólo favorece la cicatrización de las úlceras por presión sino que también puede evitar la aparición de éstas, al igual que complicaciones locales como la infección.

El aporte hídrico es imprescindible para la prevención, ya que la piel hidratada tiene menos riesgo de romperse. Existe una relación directa entre la malnutrición y la aparición de UPP ya que la pérdida de grasas y tejido muscular disminuye la protección que ejercen sobre las prominencias óseas.

- Soporte nutricional

La nutrición juega un papel relevante en la prevención y el abordaje de la cicatrización de las heridas.

- Un buen soporte nutricional favorece la cicatrización de las UPP, también puede evitar la aparición de éstas, y de la infección.

- Las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas debido a las necesidades inherentes al proceso de cicatrización.

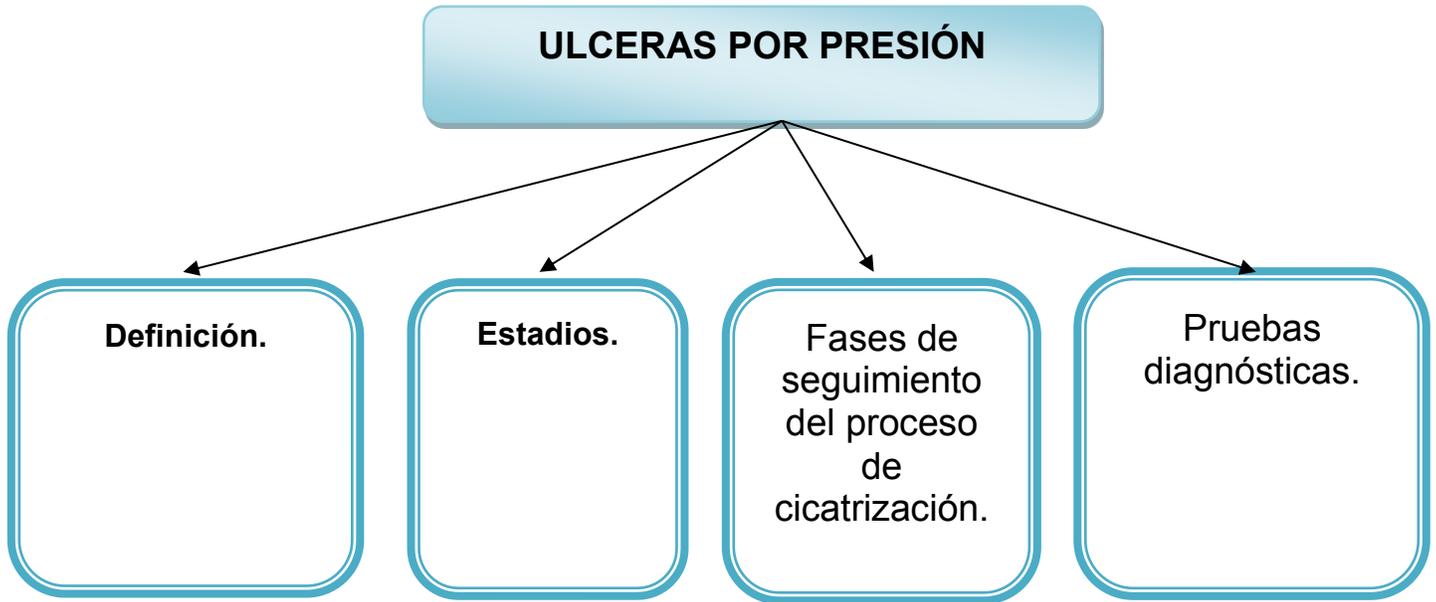
- La dieta del paciente con úlceras por presión deberá garantizar el aporte como mínimo de:

- Calorías (30-35 Kcal x Kg. Peso/día)
- Proteínas (1.25 - 1.5 gr. /Kg. Peso/día, pudiendo ser necesario un aumento de hasta un máximo de 2 gr. /kg. Peso/día).
- Minerales: Zinc, Hierro y Cobre
- Arginina
- Vitaminas: Vit C, Vit A, Complejo B
- Aporte hídrico (1cc Agua x Kcal. Día) (30 cc Agua/día x kg. Peso)

En caso de que la dieta habitual del paciente no cubra estas necesidades se debe recurrir a dietas enriquecidas.

## **CAPITULO II ULCERAS POR PRESIÓN**

**MAPA.**



## **2.1 DEFINICIÓN.**

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y/o tejido subyacentes, producida por la acción combinada de factores extrínsecos, entre los que se destacan las fuerzas de presión, fricción y cizallamiento, siendo determinante la relación presión-tiempo. Úlceras por presión. (Jiménez, 2013)

## **2.2 CLASIFICACIÓN Y ESTADIOS DE LAS UPP.**

Las UPP se clasifican en cuatro estadios según el grado de la lesión tisular:

- Estadio I.
  - Eritema cutáneo en piel íntegra que no palidece/desaparece con la presión; en pieles oscuras puede presentar tonos rojos, azules o morados.
  - En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometido a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:
    - Temperatura de la piel (caliente o fría)
    - Consistencia del tejido (edema, induración)
    - Y/o sensaciones (dolor, escozor)

- Estadio II.

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

- Estadio III.

Pérdida total del grosor de la piel, que implica lesión del tejido subcutáneo, que puede extenderse hasta la fascia muscular.

- Estadio IV.

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, lesión en músculo, hueso y/o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular).

En este estadio IV como en el III, pueden presentarse necrosis, lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

En todos los casos que procedan, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera. (Harbour R. 2001).

### **2.2.1 PARÁMETROS PARA DESCRIBIR LA LESIÓN.**

- **DIMENSIONES:** Longitud, anchura (diámetro mayor y menor) y volumen (método Berg).
- **CAVIDADES:** Tunelizaciones y fístulas.
- **TEJIDO DEL LECHO DE LA ÚLCERA:** Eritema, esfacelado, necrótico, Epitelización y granulación.
- **ESTADO DE LA PIEL PERIULCERAL:** Íntegra, eritema, lacerada, macerada, eczema y edema.
- **BORDE DE LA HERIDA:** Bien definido, irregular, con forma de cráter, hinchado, calloso, macerado y reseco.
- **EXUDADO DE LA ÚLCERA:** Cantidad (mínimo, moderado, alto), tipo (purulento, hemorrágico, seroso) y olor.
- **SIGNOS DE INFECCIÓN:** Local y sistémica.

### **2.3 FASES DE SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE CICATRIZACIÓN.**

- Fase Exudativa o de Limpieza.

Se produce la coagulación, inflamación y limpieza de la herida. La finalidad de esta fase es la de limpiar la herida y luchar contra la infección, eliminando las células y tejidos desvitalizados.

- Fase de Granulación.

Se produce la reconstrucción vascular, que va a facilitar el aporte de oxígeno y nutrientes al nuevo tejido, que irá rellenando el lecho de la herida para reemplazar el tejido original destruido.

El tejido de granulación presenta un aspecto brillante, carnosos y rojo.

- Fase de Epitelización.

Una vez el lecho de la lesión se ha rellenado con tejido neo formado, éste se va revistiendo de nuevo tejido epitelial, desde los bordes de la herida hasta recubrirla totalmente. El tejido epitelial presenta un aspecto rosa aperlado.

- Fase de Maduración.

Esta fase puede durar hasta un año o más, y el objetivo en ella es proteger la zona cicatricial, ya que es muy sensible a las agresiones físicas y químicas.

Las UPP cicatrizan hacia una menor profundidad, pero no se produce una sustitución del tejido dañado destruido. (Una ulcera en estadio IV no puede pasar a ser de estadio III, estadio II o estadio I).

Una ulcera de un estadio determinado después de su cicatrización será clasificada como ulcera de dicho estadio cicatrizada; no como ulcera de estadio cero. El lecho ulcerar es rellenado por tejido de granulación, compuesto por células endoteliales, fibroblastos, colágeno y matriz extracelular

## **2.4 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.**

Para la valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea, se utilizará de forma sistemática una escala de valoración de riesgo UPP (EVRUPP) validada.

De las existentes se utilizara la escala Brad por su mejor balance sensibilidad/especificidad y su fácil manejo.

La escala de Brad utiliza las siguientes variables:

- Percepción sensorial
- Exposición a la humedad
- Actividad
- Movilidad.
- Nutrición.
- Roce y peligros de lesiones cutáneas.

## **2.5 TRATAMIENTO.**

Cuidados Generales

- Alivio de la presión sobre los tejidos y prevención de nuevas lesiones.

Los pacientes que presentan o presentaron una o varias lesiones son considerados pacientes de alto riesgo de desarrollar nuevas lesiones por lo que aplicaremos las directrices dadas en la prevención sobre la utilización de las SEMP.

- Manejo del dolor.

El tratamiento del dolor relacionado con las maniobras de curas, de higiene o de movilización debe incluir además de los fármacos analgésicos medidas farmacológicas e intervenciones para reducir el miedo y la ansiedad asociados a la anticipación del dolor que provocan estas actividades.

Es importante valorar a todos los pacientes en cuanto al dolor relacionado con la U.P.P, con su tratamiento y patologías asociadas. La percepción del dolor es subjetiva, cuando un paciente se queja de dolor hay que tratarlo.

Considerar los parámetros siguientes:

- Intensidad: para medir la intensidad del dolor se recomienda hacer una valoración previa del estado cognitivo del paciente para poder aplicar la escala de valoración más adecuada (Anexo VI.).
- Calidad: continuo, incidental (relacionado con las movilizaciones o las curas).

Manejar el dolor eliminando o controlando su fuente de origen: cura en ambiente húmedo, cubriendo heridas, ajustando las superficies de apoyo, recolocando al paciente.

Un aumento del dolor sugiere un deterioro mayor y la posibilidad de una infección. Si se considera necesario y adecuado proporcionar analgesia. Tener en cuenta los factores psico-sociales que pueden influir en la percepción del dolor, así como el estado cognitivo

### **2.5.1 MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS**

Tranquilizar al paciente informándole sobre las maniobras o los cuidados que se van a hacer y sobre el tratamiento que se le aplicara para reducir el dolor.

### **2.5.2 MEDIDAS FARMACOLÓGICAS**

- Si el miedo es muy intenso, hay que administrarle un ansiolítico por vía oral o sublingual.
- Si la intensidad del dolor es moderada (EVN de 4 a 6), hay que administrarle paracetamol 1 g o un segundo escalón (por ejemplo: tramadol 25-50mg + 500-650 mg de paracetamol) 30 minutos antes de las curas.
- Si el dolor es intenso (EVN > a 6), hay que usar opioides de liberación inmediata; por ejemplo, fentanilo transmucosa oral (5 minutos antes de la cura), sulfato de morfina (por vía oral o parenteral) y/o oxicodona (ambas de 15 a 20 minutos antes de las curaciones).
- En las úlceras dolorosas o en las que el dolor se presenta en las horas siguientes a la cura, se pueden utilizar los opioides tópicos en forma de dilución con hidrogel. En nuestro ámbito se recomienda usar morfina en una concentración del 0,125 %, 125 mg/ml (10 mg de sulfato de morfina en 8 g de hidrogel). En algunas situaciones podrían ser necesarias concentraciones más altas (0,3% – 0,5%).
- La cantidad de gel que debe aplicarse variara según el tamaño y la localización de la úlcera. En general se aplican de 5 a 10 ml.

- Para mantener la morfina tópica en la zona se pueden utilizar apósitos no absorbibles (espumas de poliuretano, láminas de silicona o impregnadas con vaselina).

### **2.5.3 úlceras en cuidados paliativos.**

En los pacientes con una enfermedad terminal, el objetivo es mantener su confort y su bienestar siguiendo las pautas siguientes:

- Controlar el dolor de la lesión.
- Mantener la herida limpia y protegida y evitar que se desarrollen infecciones.
- Evitar las técnicas agresivas.
- Dar apoyo a cuidadores y familiares no culpabilizándolos de la aparición de las lesiones.
- Aplicar apósitos de carbón activado o gel de metronidazol en las úlceras con mal olor.
- Durante la agonía, valorar la frecuencia de los cambios posturales.

### **VALORACIÓN PSICO-SOCIAL**

Es necesario identificar al cuidador principal y valorar la capacidad, habilidad, conocimientos, recursos, y motivación de éste y del paciente para participar en el plan de cuidados.

Diseñar, aplicar y evaluar medidas de implicación del paciente y familia en la prevención y cuidado de las UPP. Así como, facilitarles el acceso a los recursos sociales para planificar sus necesidades.

## SOPORTE EMOCIONAL

La presencia de una UPP puede provocar un cambio importante en las actividades de la vida diaria del individuo y su familia a tener presente en la planificación de sus cuidados cliente/cuidador para participar en su programa de prevención y tratamiento.



## **CAPITULO III MUESTRA TÉCNICAS, EL MUESTREO**

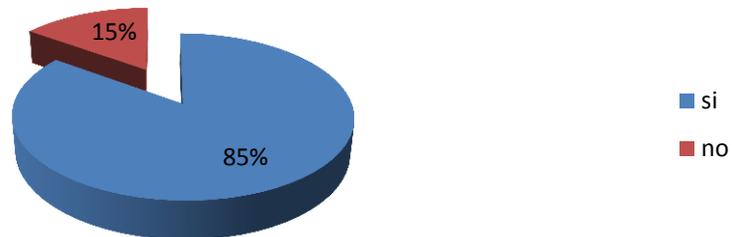


El 90 % de las enfermeras encuestadas sobre el tema de intervención de enfermería en úlceras por presión saben establecer cuál es el concepto de esta afección, el otro 10 % no sabe establecer un concepto como tal.



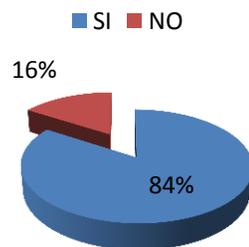
Mediante la siguiente grafica represento que el personal de enfermería en un 95% no sabe cuál es la clasificación de los estadios de las úlceras por presión, solo el 5% supo distinguir cuales eran estos estadios en los que se clasifican las úlceras por presión.

¿conoce las principales causas de la aparición de las úlceras por presión?



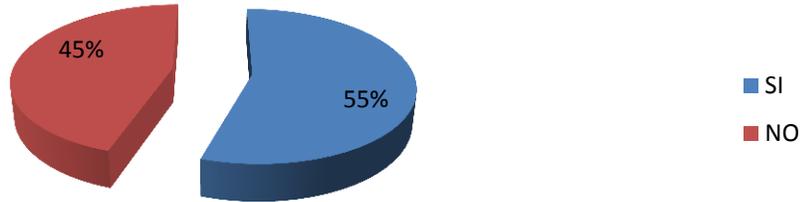
El 80% del personal de enfermería sabe que las principales causas de la aparición de las úlceras por presión son la falta de movilización del paciente que se encuentra en reposo absoluto y que llega a tener mayor presión sobre sus prominencias óseas provocando isquemia y falta de irrigación en las zonas que se encuentran en mayor presión por lo que un 20% del personal de enfermería no tiene idea de cuáles serían las causas de la aparición de las úlceras por presión.

¿sabe los factores de riesgo para que el paciente hospitalizado presente úlceras por presión?



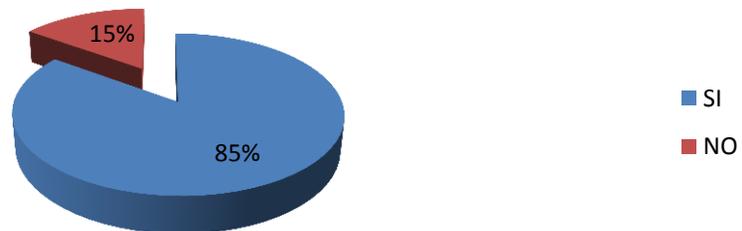
El 84% de las enfermeras saben cuáles serían algunos de los factores que ponen en riesgo de presentar úlceras por presión y mencionaron como ejemplo la falta de movilización dentro de cama, la mala nutrición y el padecimiento de enfermedades crónicas que mantienen al paciente encamado. Por otro lado el 16% de las enfermeras no tienen el conocimiento de los factores que podrían poner en riesgo a los pacientes hospitalizados con poca movilización.

¿conoce los signos del inicio de las úlceras por presión?



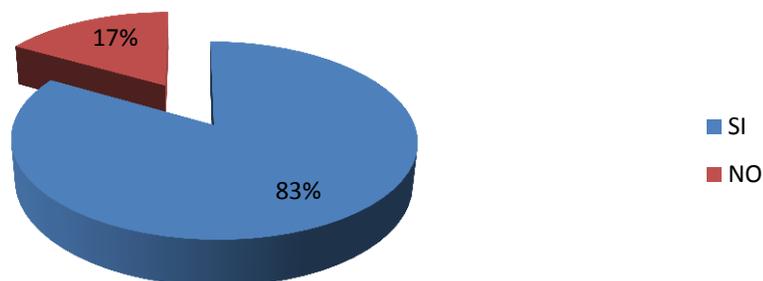
Esta grafica nos representa que el 55% de las enfermeras tienen el conocimiento de los principales signos y síntomas que presentan los pacientes al inicio de las úlceras por presión mencionando entre ellas el rubor, ardor, isquemia, perdida de la sensibilidad, etc. tenemos también que el 45% de las enfermeras desconocen los signos del inicio de las úlceras por presión.

¿conoce que tipo de pacientes son los de mayor riesgo para presentar úlceras por presión?



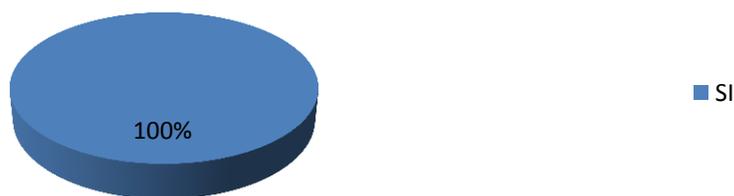
Esta grafica representa que el 85% de las enfermeras encuestadas mencionan que los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, con mala nutrición, adultos sin movilización, a pacientes que se les realizan procedimientos de larga duración entre otros. Son los que presentan mayor riesgo de presentar úlceras por presión. El 15% de las enfermeras no conocen que tipo de pacientes son los más propensos a presentar úlceras por presión.

¿conoce las medidas de prevención para disminuir la aparición de úlceras por presión?



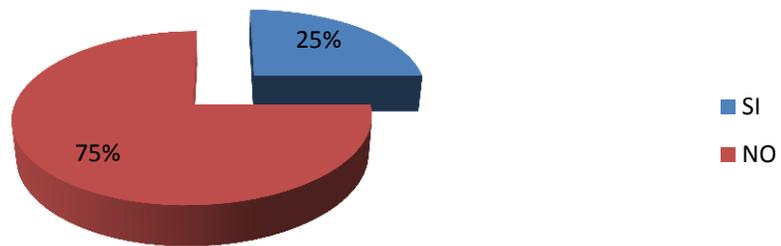
El 83% de las enfermeras mencionan que entre las principales medidas para la prevención de úlceras esta la movilización adecuada y continua así como mantener la piel seca, aplicar cremas hidratantes, apósitos protectores, proteger zonas expuestas entre otras. El otro 17% de las enfermeras no conocen las medidas de prevención para disminuir la aparición de las úlceras por presión.

¿cuáles son las medidas que toma usted para disminuir la aparición de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados?



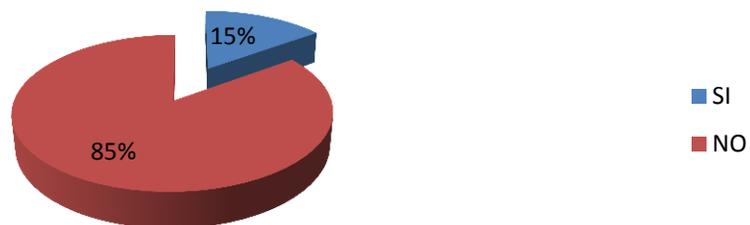
El 100% de las enfermeras sabe y pone en práctica algunas medidas que ayudan a disminuir la aparición de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados que tienen poca actividad física y que requieren de los cuidados especiales de enfermería para la prevención de las mismas.

¿conoce los tiempos de movilización de un paciente encamado?

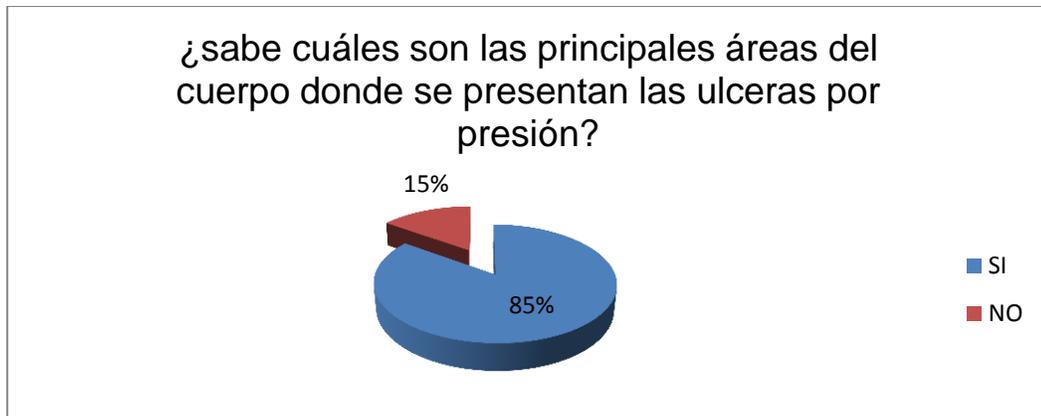


El 75% del personal de enfermería no tiene conocimiento de los tiempos que se deben emplear para la movilización de los pacientes dentro de la cama. El 25% restante del personal encuestado sabe que se tiene que movilizar a los pacientes hospitalizados en un tiempo de entre 1-2 horas respetando los periodos de sueño.

¿sabe las posiciones adecuadas para prevenir las úlceras por presión en pacientes hospitalizados?



El 85% del personal de enfermería no tiene un conocimiento acerca de las diferentes posiciones en las que se debe poner a un paciente hospitalizado con poca o nula movilización para prevenir las úlceras por presión en aquellas zonas de mayor presión. El 15% del personal de enfermería sabe que con la movilización y el cambio de postura va a evitar que aparezcan este tipo de lesiones en la piel de los pacientes con poca movilidad.

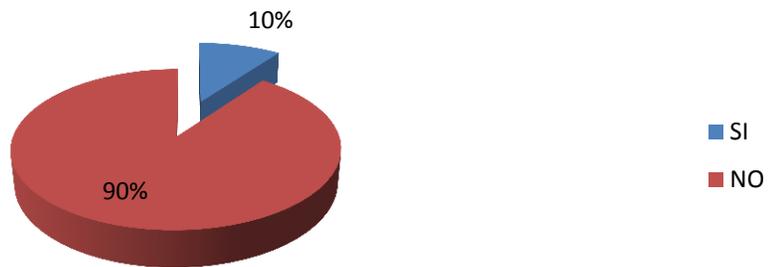


El 85% del personal de enfermería encuestado sabe que las úlceras por presión van a depender de la posición en la que el paciente se encuentre más tiempo en esa misma posición, ejemplificando occipital, escápulas, codos, sacro, coxis, talones, dedos de pies. El 15% restantes no tiene específico las áreas donde se pueden desarrollar las úlceras por presión.



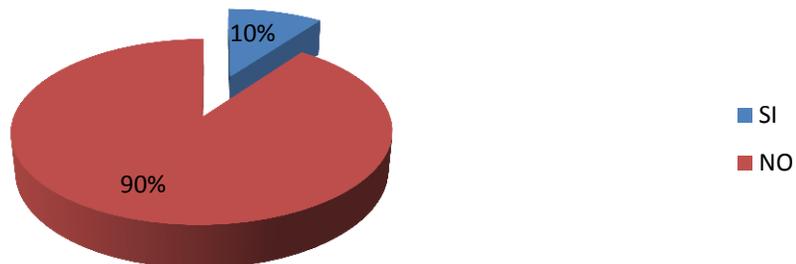
El 80% del personal de enfermería encuestado no tiene conocimiento de los diferentes tratamientos que puede tener un paciente que presente úlceras por presión. El 20% restante sabe que para mejorar el tratamiento de las úlceras por presión debe haber una movilización frecuente así como el uso de cremas humectantes, parches especiales e incluso el uso de la terapia vac.

¿conoce los factores de riesgo intrínsecos para la aparición de úlceras por presión?



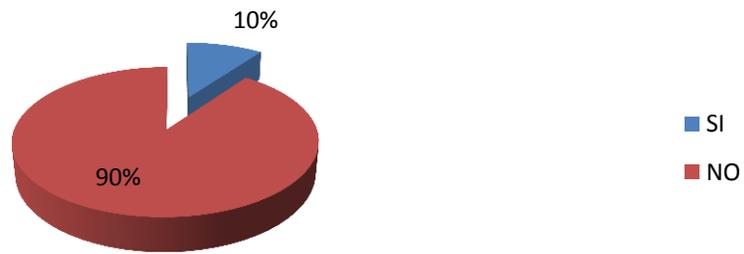
El 90% del personal de enfermería encuestado no conoce factores de riesgo intrínsecos que favorecen la aparición de las úlceras por presión. El 10% restante reconoce solo algunos de estos factores de los antes mencionados.

¿conoce los factores de riesgo extrínsecos para la aparición de úlceras por presión?



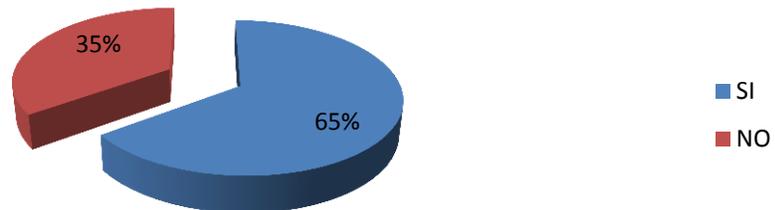
El 90% del personal de enfermería encuestado no conoce los factores de riesgo extrínsecos que favorecen la aparición de las úlceras por presión. El 10% restante conoce solo alguno de estos factores que ponen en riesgo al paciente.

¿conoce las terapias auxiliares para el tratamiento de las úlceras por presión?



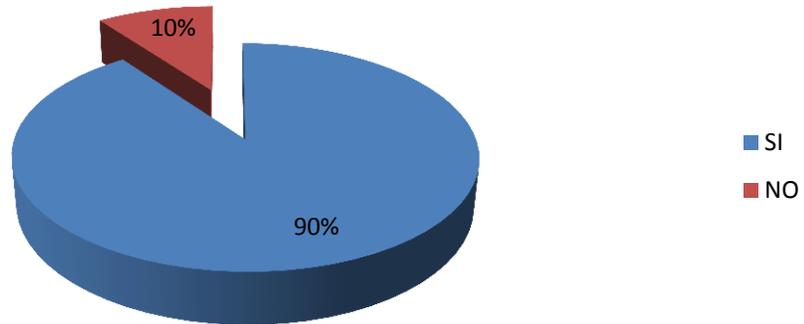
El 90% del personal de enfermería encuestado no conoce las terapias auxiliares para el tratamiento de las úlceras por presión. El 10% restante sabe que una de las principales terapias utilizadas para el tratamiento de las úlceras por presión es la terapia vac.

¿sabe cuáles son las recomendaciones que debe dar el personal de enfermería a los pacientes hospitalizados para evitar las úlceras por presión?



El 65% del personal de enfermería encuestado sabe que el cambio de posición, mantener la piel limpia y seca, la hidratación de la zona afectada entre otros son las recomendaciones que debe dar el personal de enfermería a los pacientes hospitalizados para evitar las úlceras por presión. El 35% no sabe específicamente cuales serían sus recomendaciones para este tipo de pacientes.

### ¿cuáles son los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión?



El 90% del personal de enfermería sabe que los cuidados que podría brindar a los pacientes con úlceras por presión es la movilización constante, mantener la ropa de cama bien restirada, realizar curación para evitar las infecciones, mantener la piel limpia y seca, colocar apósitos especiales, y el uso y manejo de la terapia vac. El otro 10% no tiene bien claro cuáles serían los cuidados que le podrá brindar a este tipo de pacientes.

## **CAPITULO IV CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERÍA**

### ***CAPITULO I.***

#### ***DISPOSICIONES GENERALES***

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

### ***CAPITULO II.***

#### ***DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS***

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos,

manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

### ***CAPITULO III.***

#### **DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS**

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

### ***CAPITULO IV.***

#### **DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS**

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

## ***CAPITULO V***

### **DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESION**

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

## ***CAPITULO VI***

### **DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD**

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y

la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

#### **4.1 DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA**

##### *PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO*

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

**4.2 LEY GENERAL DE SALUD**  
**TITULO QUINTO**

**Investigación para la Salud**

**CAPITULO UNICO**

**ARTÍCULO 96.-** La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

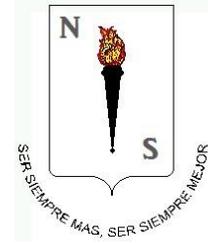
II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, VI.- A la producción nacional de insumos para la salud.

### 4.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO



#### **TEMA: Cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión.**

Responsables: Ruth Edith Lerma Guerrero.

Asesora: M.P. María de la luz Balderas Pedrero

En la escuela de enfermería de nuestra señora de la salud se está realizando un estudio sobre los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión cuyo objetivo es favorecer la efectividad, seguridad, y calidad de la atención de enfermería contribuyendo al bienestar de las personas que presenten úlceras por presión.

La información que usted proporcione será de mucha utilidad para la investigación, por lo cual se le invita a colaborar en este trabajo sin embargo su participación es voluntaria, de manera que usted está en su derecho de no participar si así lo desea, en caso de que usted requiere alguna aclaración podrá solicitarla en el momento.

La información que usted aporte será confidencial y únicamente será utilizada para los resultados de la investigación, quedando en anonimato su nombre y datos personales.

#### 4.4 DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Habiendo contado con la información proporcionada sobre la investigación y habiendo tenido la oportunidad de hacer preguntas, de recibir respuestas que me dejen satisfecha y entendiendo que tengo derecho a no responder el cuestionario, sin que esto tenga consecuencias para mi trabajo, **ACEPTO** participar en la investigación.

Morelia, Michoacán 30 de noviembre del 2016.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la participante.      Nombre y firma de la Responsable.

\_\_\_\_\_  
Testigo.      Testigo.

ESCUELA DE ENFERMERIA  
DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

A QUIEN CORRESPONDA:

En virtud de que se están realizando trabajos de investigación en la escuela de enfermería de nuestra señora de la salud se le solicita con toda atención el permiso para realizar la investigación “de cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión”. Este estudio se llevará a cabo por Ruth Edith Lerma Guerrero, del 8vo. Semestre, asesorados por la M.P. María de la Luz Balderas Pedrero.

Sin otro particular por el momento, me es grato enviarle un cordial saludo.

**Atentamente:**

LIC. MARTHA ALCARAZ ORTEGA.

Directora de la escuela de Enfermería del hospital de nuestra señora de la salud.

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

A C T I V I D A D E S .	SEP.	O C T .	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	M A R .	A B R .	M A Y .	J U N I O
Elaboración del protocolo.	*	*								
Elaboración del marco teórico.	*	*	*							
Elaboración de instrumentos				*						
Prueba del instrument					*	*				
Recopilación de información							*			
Análisis y ordenación de datos.								*		
Elaboración del informe final									*	
Exposición de los trabajos y datos.										*
Publicación del artículo.										*

## **CONCLUSIÓN.**

Retomando la pregunta que dio inicio al problema de investigación: ¿cuáles son los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión?, Y de acuerdo con la información que se obtuvo durante la investigación se concluye que los principales cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión son el disminuir la presión ejercida sobre las prominencias óseas del paciente mediante cambios de posturales por tiempos, respetando también los periodos de sueño.

Las prácticas más eficientes para evitar la presencia de úlceras por presión van dirigidas a la prevención. Inician con la valoración del riesgo enfocado en la movilidad del paciente, control de esfínteres, déficit sensorial y el estado nutricional.

Para la prevención y el manejo de la úlceras por presión se concluye que el origen de las úlceras es multifactorial, que tiene factores causales, pero también factores de riesgo con valor predictivo; además, el pronóstico de las úlceras es variable, puesto que, si tiene inmovilidad transitoria, el pronóstico depende de la enfermedad aguda, pero si es una inmovilidad crónica, el pronóstico depende de la enfermedad de base.

Es importante que el personal de enfermería logre mantener la piel limpia y seca realizando curación del área afectada después del baño, así como también es sustancial la debridación del tejido muerto para con ello retirar mediante la curación todos las células de la piel que se encuentran afectadas para que se logre de manera eficaz y más rápida la epitelización del tejido.

Siendo de suma importancia saber identificar el grado de dolor así como la afección que haya esto ayudara a disminuir la aparición de infecciones, para lo cual se utilizara el uso de antibióticos.

Otro punto trascendente es uso de terapia back que nos será de gran utilidad para

una mejor y pronta recuperación puesto que su mecanismo de acción es más rápido para la cicatrización del área que se encuentra dañada y con ello se reduce un alto porcentaje de que se adquiriera una infección.

En cuanto a los objetivos que se plantearon durante la investigación se logró conocer el cuidado integral de enfermería para reducir la aparición, expansión e infección de las úlceras por presión, así como conocer las principales causas de la aparición de úlceras por presión y los cuidados que estas requieren. Se logró también identificar cuáles son las fallas más comunes en la atención clínica que favorecen la aparición de úlceras por presión en los pacientes que se encuentran hospitalizados.

La hipótesis que se realizó al inicio del problema de investigación fue complementada con más cuidados de enfermería de los ya mencionados en la misma puesto que disminuir la presión ejercida sobre sobre las prominencias óseas del paciente mediante cambios de posición por tiempos, mantener la piel limpia y seca, debridación del tejido muerto, el uso de antibióticos, y el uso de terapia back no son los únicos cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión.

En relación con los resultados de las encuestas realizadas al personal de enfermería se logró identificar que la mayoría sabe que son las úlceras por presión así como las causas más comunes que las generan por lo que se les hace fácil identificar de qué manera pueden reducir este problema, sin embargo no tienen el conocimiento de las variantes de estas lesiones puesto que se torna difícil poder identificar cual sería el tratamiento para cada tipo de lesiones.

Como sugerencia me parece importante que todo el personal de enfermería debe tener los conocimientos necesarios sobre este tema, puesto que con frecuencia se presenta en pacientes que se encuentran hospitalizados con poca o nula movilización, pero por la carga de trabajo o falta de atención al paciente muchas veces estas no son tratadas de manera correcta por parte del personal de salud dando importancia a otros padecimientos que presente el paciente dejando por un lado la aparición de las úlceras por presión.

Como personal de enfermería nuestro deber es trabajar de forma sistematizada, utilizando las evidencias científicas para disminuir la inestabilidad de la práctica asistencial evitando así la aparición de factores de riesgo para pacientes que se encuentren posibles a adquirir estas lesiones.

También debemos conocer el entorno del paciente y a su cuidador principal, para proporcionarle los conocimientos necesarios y poder prevenir la aparición de las úlceras por presión dado que en muchas de las acciones estas lesiones son adquiridas en casa por la falta de conocimiento y atención al paciente.

## **GLOSARIO.**

**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.).

**FRICCIÓN:** es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimientos o arrastres.

**CIZALLAMIENTO:** combina los efectos de la presión y la fricción. Son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes deslizan una sobre otra.

### **DEBRIDAMIENTO**

Técnica que consiste en la eliminación del tejido esfacelado o necrótico de una herida o úlcera por medios quirúrgicos o médicos.

**CUIDADO:** es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.

## ANEXOS.

### ANEXO I GUIÓN METODOLÓGICO.

Tema.	Pregunta.	Variables.	Definición de variables.	Objetivos.	Hipótesis.
Cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión.	¿Cuáles son los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión?	V.I Cuidados de enfermería V.D Úlceras por presión.	V.I Es la atención autónoma en colaboración dispensada a personas de todas las edades como familias, grupos y comunidades enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, prevención de enfermedades, y atención a enfermos discapacitados y personas en situación terminal.  V.D Las UPP es la consecuencia de la necrosis isquémica a nivel de la piel y tejidos subcutáneos ejercida por presión sobre una prominencia ósea.	O.G Conocer el cuidado integral de enfermería para reducir la aparición, expansión e infección de UPP.  O.E Conocer las principales causas de la aparición de úlceras por presión así como los cuidados que estas requieren.	Los principales cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión son:  Disminuir la presión en prominencias óseas mediante los cambios de posición por tiempos.  Mantener la piel seca y limpia.  Debridación del tejido muerto.  Uso de terapias y antibióticos.  .

## ANEXO II ENCUESTAS



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.

### CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ULCERAS POR PRESIÓN.

Objetivo general: conocer el cuidado integral de enfermería para reducir la aparición, expansión e infección de las úlceras por presión.

Conteste adecuadamente lo que se pide

1.- Describa que es ulcera por presión

2.- ¿Conoce los estadios en los que se clasifican las úlceras por presión?

SI NO

Menciónalos:

3.- ¿conoce las principales causas de la aparición de las úlceras por presión?

SI NO

Menciónalas:

4.- ¿sabe los factores de riesgo para que el paciente hospitalizado presente úlceras por presión?

5.- ¿conoce los signos del inicio de las úlceras por presión?

SI NO

Cuales son:

6.- ¿conoce que tipo de pacientes son los de mayor riesgo para presentar úlceras por presión?

SI                      NO

Menciónelos:

**7.-** ¿conoce las medidas de prevención para disminuir la aparición de úlceras por presión?

SI                      NO

Menciónelos:

**8.-** ¿cuáles son las medidas que toma usted para disminuir la aparición de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados?

**9.-** ¿conoce los tiempos de movilización de un paciente encamado?

SI                      NO

Menciónelos:

**10.-** ¿sabe las posiciones adecuadas para prevenir las úlceras por presión en pacientes hospitalizados?

SI                      NO

Menciónelas:

**11.-** ¿sabe cuáles son las principales áreas del cuerpo donde se presentan las úlceras por presión?

SI                      NO

Menciónelas:

**12.-** ¿Conoce cuáles son los diferentes tipos de tratamiento que puede tener un paciente que presenta úlceras por presión?

SI                      NO

Menciónelos:

**13.-** ¿conoce los factores de riesgo intrínsecos para la aparición de úlceras por presión?

**14.-** ¿conoce los factores de riesgo extrínsecos para la aparición de úlceras por presión?

**15.-** ¿conoce las terapias auxiliares para el tratamiento de las úlceras por presión?

SI                      NO

Menciónelos:

**16.-** ¿sabe cuáles son las recomendaciones que debe dar el personal de enfermería a los pacientes hospitalizados para evitar las úlceras por presión?

SI                      NO

Menciónelas:

**17.-** ¿cuáles son los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión?

## **BIBLIOGRAFÍAS.**

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000147.htm>.

[https://ULCERA\\_DECUBITO\\_1ER\\_NIVEL\\_EVR\\_CENETEC.pdf](https://ULCERA_DECUBITO_1ER_NIVEL_EVR_CENETEC.pdf).

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105\\_GPC\\_Ulceracion](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105_GPC_Ulceracion)

<http://www.vitalia.es/b12m82/ulceras-por-presion-clasificacion>

Prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion.2007 María Tomas Vidal.

Guía rápida de consulta para la prevención diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión GNEAUPP

<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

Fuente: Govern de les Illes Balears. Consejería de Salud. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión, 2007.

Arcos Díaz Fuentes M, Barbero López M, Díaz Pizarro JM, García García J, García Sánchez AS, Jiménez Jiménez MC. Protocolo de actuación en Úlceras por Presión (Arcos Díaz Fuentes Martha y cols.).

Bautista Paredes Lorena, Esparza Guerrero Mónica, Ortega Angulo Julia. Las Úlceras por Presión en Pacientes Sometidos a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios del INER. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex 2004; 17(2):91-99.

Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425  
Govern de les Illes Balears. Consejería de Salud. Prevención y tratamiento de las

Úlceras por presión, 2007. (GIB) Disponible en:  
[www.caib.es/govern/sac/fitxa.do?lang=es&codi=148737&coduo=273](http://www.caib.es/govern/sac/fitxa.do?lang=es&codi=148737&coduo=273)

Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107: 377-382.

Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. JAMA 1993: 270 (17); 2096-2097.

Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006]  
Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.

Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743.  
Royal Collage of Nursing. Pressure ulcer risk assessment and prevention, 2001.

Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence Based medicine: what is it and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72.

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Guía de Práctica para la Prevención y el Tratamiento de las Úlceras por Presión. Disponible en:  
[www.ulceras.net/documentacion.php?clase=2](http://www.ulceras.net/documentacion.php?clase=2)  
World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principios de las mejores prácticas: Exudado de las heridas y utilidad de los apósitos. Documento de consenso. London: MEP Ltd. 2007.  
Disponible en:

Vela-Anaya G, Magnitud del Evento Adverso. Úlceras por presión. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2013;21(01): 3-8.

Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Sevilla : Servicio Andaluz de Salud, 2007