

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
ULCERAS POR PRESIÓN**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

KARLA IVETTE HERNÁNDEZ MEJÍA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN; 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

Agradezco principalmente a Dios por guiarme en este camino y darme las fuerzas para mantenerme constante y no perder el empeño en mis objetivos y mis metas y no dejarme caer, a pesar de que se me presentaron muchos contratiempos muchas distracciones él nunca se olvidó de mí.

A todos mis maestros por su colaboración en mi formación, cada uno de ellos apporto un conocimiento y algunos de ellos grandes enseñanzas y lecciones que hicieron de mí no solo una persona con conocimientos si no también una persona con grandes valores.

A mis amigas a lo largo de mi carrera gracias a ellas se hizo menos pesado el asistir a clases y al hospital ellas me hacían los días más a menos y sé que seguiremos teniendo esta amistad después de la universidad.

A sor Gloria Osornio y la señorita Martitha Alcaraz, por todas las oportunidades que me brindaron y los medios que me otorgaron para poder continuar con mi camino en esta institución son personas que llevare siempre en mi corazón.

Dedicatoria

Este trabajo de investigación lo dedico principalmente a la persona que ha estado conmigo en todo momento de mi vida y a pesar de los contratiempos que se nos han presentado me ha sacado adelante Mami Ana María Velázquez Arreola, por cuidarme siempre e inculcarme valores y ayudarme a forjarme como una persona de bien te amo mucho.

También a mi Mamá por su apoyo brindado en todos los ámbitos, sus consejos y regaños ha sido difícil pero por fin lo hemos logrado Ana Crosslin.

A mi padrino Javier Velázquez por sus consejos por estar siempre al pendiente y ser un ejemplo a seguir y una figura paterna y de respeto, nunca voy a terminar de agradecerte todo lo que me ha enseñado.

A mi tía María Eugenia Mejía Velázquez y Ricardo Velázquez Rubio porque han sido un gran ejemplo para mí y símbolo de admiración, porque han estado en momentos muy importantes de mi vida el cariño que les tengo es inmenso.

A mis hermanas Ana, Emily, Anette, Valeria, Daniela y Erandy porque día con día con sus palabras y acciones me dieron la motivación para seguir adelante, y porque quiero que me vean como un ejemplo a seguir

A toda mi familia por todo el apoyo que me ha brindado gracias porque sé que en todo momento estuvieron conmigo y ahora estoy segura que en todo momento y en toda ocasión las personas que se mantendrán firmes a pesar de los errores que se puedan cometer es tu familia.

Finalmente a Abraham González Becerril por estar conmigo a lo largo de esta difícil trayectoria de una u otra forma estuviste presente, por darme ánimos, consejos y cuando se requería regaños, eres una persona muy importante en mi vida.

Contenido

Planteamiento del Problema	7
Pregunta de Investigación	8
Objetivo General.....	8
Hipótesis.....	8
VARIABLES.....	9
1.- Intervenciones de enfermería	9
2.- Ulceras por presión	10
Capítulo I Metodología.....	12
1.1 Tipo de Método de Investigación	12
1.2 Método Lógico Inductivo.....	13
1.3 Descripción del área de estudio y población.....	14
1.4 Tipo de Muestra	14
1.5 Instrumento de Medición.....	15
Capítulo II Intervenciones de Enfermería	17
2.1 Objetivos.....	17
2.2 Diagnósticos De Enfermería.....	17
2.3 Resultados	17
2.4 Actividades Preventivas	19
2.5 Valoración Inicial del Estado de La Piel	19
2.6 Cuidados Generales	19
2.7 Valoración Nutricional.....	20
2.8 Consejos Para El Paciente Y Cuidador: Higiene Movilización Y Nutrición.....	21
2.9 Valoración del Paciente y su Entorno de Cuidados	22
2.10 Prevención de Ulceras Por Presión	22
2.11 Código de Ética de la Enfermera.....	23
Disposiciones generales.....	23
Principios	23
De los deberes de las enfermeras para con las personas.....	27
De los deberes de las enfermeras como profesionistas	28
De los deberes de las enfermeras para con sus colegas.....	29
De los deberes de las enfermeras para con su profesión	30
De los deberes de las enfermeras para con la sociedad.....	30

Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México	30
Capítulo III Ulceras Por Presión	33
3.1 Generalidades de la Piel	33
3.2 Ulcera	34
3.3 Etiopatogenia	35
3.4 Localización de UPP	36
3.5 Otros Factores de Riesgo	36
3.6 Clasificación de Ulceras Por Presión	38
3.7 Tratamiento	39
3.8 Descripción de los Criterios Utilizados en la Nova 5	41
3.8.1 Estado Mental	41
3.8.2 Incontinencia	42
3.8.3 Movilidad	42
3.8.4 Nutrición	43
3.8.5 Actividad	44
Capítulo IV:	45
Análisis de Resultados	45
Capítulo IV Análisis de Resultados	46
Conclusiones	54
Sugerencias	54
Glosario	55
Anexo 1	60
Guion Metodológico	60
Anexo 2	61
Anexo 3	62
Bibliografía	65

Introducción

En la siguiente investigación se abordara un tema de gran importancia el cual habla de las intervenciones que la enfermera realiza a los pacientes con úlceras por presión, en el cual hablaremos de la labor que enfermería realiza al proporcionar el cuidado necesario para prevenir que puedan aparecer así como en pacientes que ya las tienen lo que es pertinente hacer en cuanto a poder disminuir la lesión cutánea y prevenir que estas se conviertan en una entrada de algunas infecciones y así la persona afectada pueda tener una mejor calidad de vida.

A continuación generalidades como la piel y sus capas esto para ver que tanto afecta una úlcera la integridad cutánea, los grados de úlceras los lugares más comunes donde aparecen.

También abordaremos la información pertinente para los cuidados que se deben proporcionar en casa es decir lo que el personal de enfermería aporta a los familiares para que ellos sigan con el tratamiento de forma correcta a estos pacientes.

Planteamiento del Problema

Las úlceras por presión representan un importante problema de salud pública que afecta a millones de personas en todo el mundo perturbando su bienestar físico así como la calidad de vida, la prevalencia de las úlceras por presión en estadio 2 es de 3-11% en los hospitales e instituciones geriátricas. Más de la mitad de los casos corresponden a pacientes mayores de 70 años.

La incidencia varía 1-3%, pudiendo llegar hasta un 12% si permanecen internados al menos 6 meses

Las úlceras por presión constituyen un tipo especial de lesiones causadas por un trastorno de irrigación sanguínea y nutrición tisular como resultado de presión prolongada sobre prominencias óseas o cartilagosas, es decir por estar en una misma posición durante periodos de tiempo prolongados, las lesiones no solo se producen en posición supina, sino también en los pacientes confinados a una silla de ruedas. Como el mecanismo primordial es la presión, es preferible denominarlos como "úlceras por presión". Estas lesiones ocurren con mayor frecuencia en pacientes con la edad avanzada que no es tan fácil que puedan moverse por sí solos, pacientes confinados en cama o a silla de ruedas por alguna patología específica, desnutridos, comprometidos de conciencia y mal apoyo familiar.

Los sitios más comprometidos en más del 80% de los casos son: sacro trocánteres, nalgas, maléolos externos y talones.

Por medio de esta investigación se pretende hacer énfasis en las intervenciones y los aportes que enfermería brinda a los pacientes que padecen de úlceras en el área hospitalaria así como la información que se pueda proporcionar a los familiares para que puedan atender este padecimiento en el hogar.

Pregunta de Investigación

¿Por qué son importante los cuidados que enfermería proporciona en cuanto a la prevención y el tratamiento a pacientes con úlceras por presión?

Objetivo General

Conocer los cuidados que enfermería proporciona a los pacientes con úlceras por presión.

Objetivo Especifico

Identificar las úlceras por presión así como la prevención y tratamiento.

Hipótesis

Las intervenciones que la enfermera proporciona a las pacientes con úlceras por presión son importantes por la labor asistencial que estas conllevan al proporcionar una correcta intervención ayudan a prevenir la aparición de las úlceras por presión en pacientes con riesgo, así mismo una vez que ya aparecieron con un correcto cuidado de la úlcera disminuye la lesión.

Así mismo puede brindar la información que ayude a los familiares para poder atender en el hogar este padecimiento.

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 estando 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 cuidado principal, para proporcionarle los conocimientos necesarios y poder prevenir su aparición.

Variables

1.- Intervenciones de enfermería

- Aliviar la presión estimulando la actividad del paciente
- Establecer un programa de cambio de posición
- Voltrear al paciente cada hora o a intervalos de dos horas.
- Colocar al paciente en las cuatro posiciones (laterales, pronación y dorsal) en secuencia, a menos que esté contraindicado.
- Evitar las fuerzas de rasurado y la fricción:
- Evitar elevar más de 30 grados la cabecera de la cama para reducir las fuerzas de rasurado.
- Emplear buenas técnicas para cambiar de lugar al paciente para reducir la fricción y la consiguiente pérdida de epidermis.
- Rodar y elevar al paciente, no deslizar ni tirar del cuerpo a través de la superficie de apoyo.
- Emplear sábanas para el traslado.
- Emplear protectores para talones y codos.
- Mantener la sábana de abajo seca y bien estirada para aliviar las arrugas.
- Colocar al paciente con almohadas, cojincillos, etc. Para aliviar la presión.
- Alivio de la presión sobre las salientes óseas mediante posiciones correctas con almohadas y técnicas “de puentes”.
- Dieta abundante en proteínas: las reservas adecuadas de proteínas son importantes para conservar la vitalidad de los tejidos.
- Complementos vitamínicos y de proteínas.
- Preparados de hierro y transfusiones de sangre completa: el valor de hemoglobina es un factor crítico en el desarrollo de úlceras por presión

- Complementos con zinc (mejoran el apetito y aumentan la velocidad de curación de las heridas.
- Practicar estudios frecuentes de hemoglobina, hematocrito y glicemia.
- Realizar curación diaria de las úlceras utilizando un buen lavado con suero fisiológico, colocar apósitos de hidrocoloides, o utilizar panela para granulación del tejido.
- Tomar cultivos de secreción de la herida para verificar la presencia de microorganismos infecciosos.
- Realizar desbridamiento de la herida retirando el tejido necrosado para favorecer la granulación y evitar la infección.
- Administrar adecuadamente. y en los horarios establecidos. los analgésicos ordenados por el médico.

2.- Úlceras por presión

“Son lesiones en la piel y en partes blandas con pérdida de la integridad cutánea que inicia un proceso de curación lento también son conocidas como escaras o úlceras por decúbito estas aparecen cuando una persona pasa mucho tiempo en determinada posición.” (Saul, 1983, pág. 43)

Capítulo I: Estrategia Metodológica

Capítulo I Metodología

Es el conjunto de métodos que se siguen en una investigación científica, un estudio o una exposición doctrinal, en si es el procedimiento investigativo utilizado principalmente en la creación de conocimiento basado en las ciencias.

Se denomina científico ya que dicha investigación se apoya en lo empírico y en la medición ajustándose a los principios específicos de las pruebas de razonamiento, es así como dentro de toda investigación científica se encuentran cuatro elementos:

- 1.- El sujeto (Realiza la investigación)
- 2.- El objeto (Tema a investigar)
- 3.- El medio (Los recursos que se necesitan para la investigación)
- 4.- El fin (El propósito de la investigación)

En la metodología se presentan dos corrientes la cualitativa y la cuantitativa.

La investigación cuantitativa es aquella que recoge y analiza datos que se cuantifican en esta investigación se va a utilizar este método porque se analiza el porcentaje de embolias de líquido amniótico que se han presentado.

La investigación cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales se va a analizar a las mujeres para conocer que tanto conocen sobre la embolia de líquido amniótico y si sabían de su existencia y los riesgos que correrían al presentarla.

1.1 Tipo de Método de Investigación

El tipo de método a utilizar es el método hipotético-deductivo, este es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica. El método hipotético-deductivo tiene varios pasos esenciales: observación del fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis, y verificación o comprobación de la verdad de los enunciados

deducidos comparándolos con la experiencia. Este es un proceso iterativo, es decir que se repite constantemente, si la teoría no se ajusta a los datos se ha de cambiar la hipótesis o modificarla a partir de inducciones.

En esta investigación se va a comparar la información obtenida por la metodología y las consecuencias que se pueden dar en comparación con la experiencia que se ha provisto en la investigación.

El método deductivo, se obtiene el juicio de una sola premisa, es decir que llega a una conclusión directa y sin intermediarios, con un solo supuesto y esa conclusión avala la investigación completa. En otras palabras consiste en elaborar una hipótesis que explicara un fenómeno, para luego someterla a una prueba o experimento.

En este caso se aplica a la investigación directamente con el supuesto de que la menor población de mujeres embarazadas y en edad fértil no están completamente informadas sobre la embolia de líquido amniótico y por lo tanto de los peligros que puede representar durante la cesárea o el trabajo de parto, esto hablando de que no existen intermediarios en esta teoría que avala la investigación.

1.2 Método Lógico Inductivo

Es el razonamiento que, partiendo de casos particulares, se eleva a conocimientos generales. Este método permite la formación de hipótesis, investigación de leyes científicas, y las demostraciones. La inducción puede ser completa o incompleta.

Se puede elaborar una hipótesis esta tiene que explicar un fenómeno, para luego someterla a prueba en un experimento, en este caso sería en el muestreo donde se aplicara y comprobara dicha hipótesis. En este caso sería si las enfermeras tienen el conocimiento de los procesos a realizar en la embolia de líquido amniótico.

1.3 Descripción del área de estudio y población

La ubicación geográfica del estudio será entre las calles Eduardo Ruiz e Ignacio Zaragoza en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud ya que cuenta con el personal pertinente y los pacientes correspondientes que pudieran presentar o tengan úlceras por presión.

Se empleara un instrumento que nos permita conocer lo que el personal de enfermería sabe acerca de las úlceras por presión, así como pacientes y familiares.

El tipo de población al que va dirigido el estudio es a pacientes que se encuentren en riesgo de padecer úlceras por presión y a los que ya las presenten así como al personal de enfermería para ver qué es lo que conoce de este tema.

1.4 Tipo de Muestra

El tipo de muestreo en este caso será el no probabilístico, existen otros procedimientos para seleccionar las muestras, que son menos precisos que los citados y que resultan menos costosos. El procedimiento más utilizado es el muestreo no probabilístico, consistente en que el investigador selecciona la muestra que supone sea la más representativa, utilizando un criterio subjetivo y en función de la investigación que se vaya a realizar.

Con el muestreo no probabilístico la realización del trabajo de campo puede simplificarse enormemente pues se puede concentrar mucho la muestra. Sin embargo, al querer concentrar la muestra, se pueden cometer errores y sesgos debidos al investigador y, al tratarse de un muestreo subjetivo (según las preferencias del investigador), los resultados de la encuesta no tienen una fiabilidad estadística exacta.

Este muestreo no probabilístico muy utilizado hoy en día y nos ayudara a facilitar el perfil de las personas a las que apliquemos la muestra en la investigación actual.

El muestreo probabilístico o aleatorio, todos los individuos de la población pueden formar parte de la muestra, tienen probabilidad positiva de formar parte de

la muestra. Por lo tanto es el tipo de muestreo que deberemos utilizar en nuestras investigaciones, por ser el riguroso y científico.

Se aplica en la investigación a realizar este muestreo ya que cualquier persona de la población sin importar su profesión puede responder el cuestionario aplicado y así complementar el tema a tratar para que sea algo más completo.

1.5 Instrumento de Medición

Un instrumento de medición adecuado es el que registra datos observables que representan realmente los conceptos o variables que se tienen en mente, dichos instrumentos son las herramientas que se utilizan para llevar acabo las observaciones.

En el caso de la siguiente investigación se utilizara el instrumento de medición del cuestionario individual este es en el cual el encuestado o encuestada contesta e forma individual por escrito y sin que intervenga para nada el encuestador.

Los reactivos se determinan de acuerdo a lo que se necesita observar y se debe de tener cuidado en la formulación del cuestionario ya que puede dar lugar a interpretaciones diferentes. Es de importancia colocar al final del cuestionario las preguntas más difíciles de contestar honestamente ya que el encuestado puede desanimarse.

Se pueden hacer las siguientes preguntas:

De identificación: Edad, sexo, profesión, nacionalidad, etc.

De hecho: Referidas a un acontecimiento en concreto.

Capitulo II: Intervenciones de Enfermería

Capitulo II Intervenciones de Enfermería

2.1 Objetivos

- Aliviar o eliminar la presión para evitar la formación de úlceras por presión.
- Mejorar el estado nutricional y conservar un equilibrio positivo de nitrógeno: las úlceras por presión se desarrollan con más rapidez y son más resistentes al tratamiento en los que sufren trastornos de la nutrición.
- Acelerar el proceso de cicatrización de la úlcera por presión.
- Disminuir el dolor al paciente, para darle tranquilidad y comodidad.

2.2 Diagnósticos De Enfermería

- Daño potencial de la integridad de la piel relacionado con la presión.
- Alteración de la nutrición por defecto relacionada con el acceso limitado a los alimentos, incapacidad para absorber nutrientes debido a factores biológicos, anorexia.
- Alteración de la integridad de la piel relacionada con úlceras por presión en evolución.
- Dolor relacionado con la destrucción tisular y la exposición de nervios.

2.3 Resultados

- Se evita la presión:
- Al desplazar el peso del paciente y cambiar de posición a intervalos de una a dos horas.
- Al cambiar de la posición supina a la lateral y a la prona.
- Al emplear el trapecio para elevarse de la cama a intervalos de 30 minutos mientras esté despierto.
- Al elevarse de su asiento o de la silla de ruedas cada 30 minutos.

- El paciente se vigila a sí mismo en busca de signos de enrojecimiento y cambios en la piel.
- Al emplear un espejo de mano para inspeccionar las zonas difíciles de ver.
- Al palpar las zonas susceptibles en busca de aumento de temperatura de la piel.
- Al inspeccionar las zonas susceptibles por lo menos dos veces al día, el paciente conserva intacta su piel: sin enrojecimiento, daño o excoiación.
- La úlcera disminuye los signos de infección, presenta cada vez más tejido de granulación
- El paciente manifiesta disminución del dolor.

Citar también los requisitos señalados por la GNEAUPP para el tratamiento del paciente con úlceras por presión, y a los que pretendemos dar respuesta con este protocolo:

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

2.4 Actividades Preventivas

- Todo paciente encamado en su domicilio, debe incluirse en el Programa de Atención Domiciliaria de su centro de salud de Atención Primaria,
- El programa deberá cumplir el objetivo de realizar actividades de asistencia, prevención, promoción y rehabilitación de la salud para conseguir el mayor grado de independencia del paciente, la potenciación del autocuidado, la educación del cuidador y una mejora de la calidad de vida en el contexto domiciliario,
- Todos los pacientes que se consideren con riesgo de desarrollar UPP deben tener un plan de cuidados escrito y personalizado de prevención con abordaje integral que valore tanto la piel, como el estado nutricional y la hidratación del paciente.

2.5 Valoración Inicial del Estado de La Piel

Identificar el estado de la piel: sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura e induración, sensación de picor o dolor y prominencias óseas (sacro, talones, tobillos, codos y occipucio) para identificar precozmente signos de lesión.

2.6 Cuidados Generales

La prevención debe iniciarse en todo paciente que se considere con riesgo, pero sobre todo ante la observación de eritema no blanqueante mediante sistemas de alivio de la presión, productos protectores de la piel tipo ácidos grasos hiperoxigenados y apósitos hidrocelulares.

- Cambios posturales frecuentes, cada dos horas y si está sentado recolocararlo cada hora.
- Cuidados para disminuir la humedad. La incontinencia duplica el riesgo de aparición de UPP.

- Prevenir la fricción y el corte (sequedad excesiva, falta de higiene, malnutrición y deshidratación)
- Estimular la actividad y el movimiento del paciente.
- Las superficies de alivio de la presión disminuyen la incidencia de aparición de UPP, como almohadones, cojines...
- Apósitos de espuma de poliuretano en los tobillos que han demostrado mayor eficacia que el uso de vendajes almohadillados.
- Apósitos hidrocélulares, no adhesivos, de forma específica para talón, adaptables y/o recortables para zona nasal, alrededor de sondas, gafas de oxígeno...
- Colchones de espuma de alta especificación o colchón de aire alternante.
- Si el paciente tiene la piel muy seca, utilizaremos cremas hidratantes.
- No se aconseja hacer masaje sobre las prominencias óseas.

2.7 Valoración Nutricional

- Controlar la ingesta de alimentos adecuando la dieta a los deseos individuales del paciente o su condición de salud y estimular la ingesta de líquidos. La dieta del paciente con UPP deberá garantizar el aporte como mínimo:

Aporte hídrico de 30 cc Agua/día x Kg de peso

Calorías 30-35 Kcal x Kg de peso/día.

Proteínas: 1,2 -1,5 Kg/día (pudiendo ser necesario el aumento hasta un máximo de 2 gr/kg.peso/día)

Minerales: Zinc, hierro y cobre

Vitaminas: A, B, C, ácido fólico y Zn (220mg/día)

- En caso de que la dieta habitual del paciente no cubra estas necesidades se debe recurrir a suplementos hiperproteicos de nutrición enteral oral para evitar situaciones carenciales
- Valorar desnutrición: una pérdida de peso de más del 5% en 30 días o más del 10% en los 180 días previos. Diagnosticar: linfocitos<1800, albúmina <3,5mgr/dl (repetir analítica cada 3 meses)

2.8 Consejos Para El Paciente Y Cuidador: Higiene Movilización Y Nutrición

- Cambios de posición frecuentes, más cuanto más peso.
- El paciente debe reposicionarse por sí mismo a intervalos frecuentes.
- No arrastre la piel por las sábanas al reposicionar o elevar al paciente. Use dispositivos de ayuda como trapecios, alzamiento con entremetida u otras alternativas.
- Mantener la ropa del paciente limpia, seca y sin arrugas
- Evitar colocarlo sobre las úlceras
- Inspeccionar la piel de forma sistemática, mantenerla limpia y seca
- Estimular la actividad y el movimiento del paciente
- Utilizar agua tibia y jabones neutros en la higiene diaria y secado meticuloso sin fricción.
- Evitar la fricción y la sequedad
- Usar cremas hidratantes (ni colonias, ni alcohol, ni talco)
- Lubricar la piel con ácidos grasos hiperoxigenados (tipo Corpitol o Mepentol, 2-3 gotas, 2/3 veces al día), con masaje suave en zonas de riesgo

- Evitar la fricción sobre la piel y la sequedad
- Vigilar protuberancias. No hacer masajes sobre las prominencias óseas
- Si el paciente tiene incontinencia, se ha de evitar la humedad ya que provoca maceración y edema de la piel
- No usar flotador
- Evitar levantar el cabezal de la cama más de 30° manteniendo la espalda recta con almohadones

2.9 Valoración del Paciente y su Entorno de Cuidados

A toda persona al ingreso en un hospital, Centro Socio Sanitario o en la primera visita domiciliaria en AP debe hacerse sistemáticamente una valoración de enfermería completa que incluya:

- Capacidad de satisfacer por sí misma sus necesidades básicas.
- Examen físico y del estado actual de salud prestando especial atención a los factores de riesgo de presentar UPP, y tratamiento farmacológico.
- Evaluación nutricional con un instrumento validado capaz de detectar riesgo de desnutrición o desnutrición establecida.
- Aspectos psico-sociales, identificando a la persona cuidadora principal y posibles apoyos sociales.
- Evaluación de riesgo de presentar UPP con una escala validada.

2.10 Prevención de Ulceras Por Presión

A toda persona al ingreso en un hospital, Centro Socio Sanitario o en la primera visita domiciliaria en AP debe hacerse sistemáticamente una valoración de enfermería completa que incluya:

- Capacidad de satisfacer por sí misma sus necesidades básicas.

- Examen físico y del estado actual de salud prestando especial atención a los factores de riesgo de presentar UPP, y tratamiento farmacológico.
- Evaluación nutricional con un instrumento validado capaz de detectar riesgo de desnutrición o desnutrición establecida.
- Aspectos psicosociales, identificando a la persona cuidadora principal y posibles apoyos sociales.
- Evaluación de riesgo de presentar UPP con una escala validada.

2.11 Código de Ética de la Enfermera

El código de ética que se muestra a continuación es un documento que establece de forma clara los principios éticos, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional y que son de suma importancia para su deber profesional.

Disposiciones generales

Artículo primero.

El presente código de guía la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, colegas y consigo misma y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

Principios

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

1.-Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer

o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad: esto tiene una aplicación individual y social.

2.-Justicia.-La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona. Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

3.-Autonomía: Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial de los cuidados de enfermería.

4.-Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control. El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

5.-Privacidad: El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo. El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermería, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

6.-Fidelidad: Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hacer una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

7.-Confiability: Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

8.-Solidaridad: Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes. La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se 9 realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

9.-Tolerancia.- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y

actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o de fanatismo.

10.-Terapéutico de totalidad.- Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

11.-Doble efecto.- Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de: – Que la acción y el fin del agente sea bueno; – Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.

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.

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.

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.

De los deberes de las enfermeras para con su profesión

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.

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.

Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México

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.

En lo visto anteriormente podemos observar que la enfermera se rige por ciertos lineamientos que comprenden valores éticos y morales los cuales deben de estar siempre presentes en nuestra sociedad no solo por las enfermeras si no por todas las personas, principalmente estas están obligadas a cumplirlos mayormente ya que en el día con día tratan con seres humanos y cada uno de ellos merecen un respeto y un trato digno para su persona.

Capitulo II:

Ulceras Por Presión

Capítulo III Ulceras Por Presión

3.1 Generalidades de la Piel

“La piel es la cubierta exterior que reviste todo el cuerpo y se insinúa en los orificios naturales, algunos pueden pensar que es una simple envoltura inerte, pero resulta que es el órgano más extenso del cuerpo humano es complejo, anatómico y funcional ligado a la fisiología y patología de todo el organismo, consta de tres capas superpuestas:

- 1) La Epidermis (epitelio de cobertura).
- 2) La Dermis (vascularizada, rica en anexos cutáneos y estructuras nerviosas).
- 3) La Hipodermis (tejido adiposo subcutáneo).

La piel también cuenta con sus anexos los cuales son:

- a) Glándulas sudoríparas y sebáceas
- b) Bello
- c) Unas

Las funciones primordiales de la piel son Barrera queratínica, melánica, sudorípara, sebácea, de permeabilidad, de protección contra agentes infecciosos y radiación ultravioleta, termorreguladora, sensitiva o perceptiva.

La barrera cutánea:

-Proveer protección mecánica -Controla la pérdida transepidérmica de agua.
-Controla la permeabilidad de agresores externos (agentes infecciosos y radiación ultravioleta [RUV])

-Regula la descamación.

-Acción de péptidos antimicrobianos, exclusión de toxinas y absorción selectiva de algunos químicos y fármacos.

-Mantiene la hidratación e inicia procesos antiinflamatorios

Los meloncitos:

Son células dendríticas que derivan de la cresta neural El trastorno de la melanogénesis ad lugar a patologías como el vitíligo y el melasma. Su función primordial es la protección de la radiación ultravioleta y evitar el cáncer cutáneo.

Las células de Langerhans:

- Son presentadoras de antígenos a las células T de la epidermis
- Están implicadas en patologías como dermatitis por contacto alérgicas, leishmaniosis y la infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana)
- Están disminuidas en número en la psoriasis y dermatitis por contacto Son dañadas por radiación ultravioleta (UVB principalmente).
- Útiles en el transporte de agentes de terapias antitumorales.

La piel es diferente entre una localización y otra, tanto desde el punto de vista anatómico como fisiológico. No es lo mismo la piel de los párpados o escroto, que la piel de palmas y plantas por ejemplo. También hay grandes diferencias en el curso de la vida, cada periodo tiene sus características propias, con variaciones también por sexo, raza y zona geográfica en la que vive cada ser humano”. (Palencia, 2018)

3.2 Úlcera

“Podemos definir las úlceras por presión como zonas localizadas de necrosis que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, uno las prominencias óseas del propio paciente y 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 detección precoz aceleran la recuperación y disminuye las complicaciones.

Es toda pérdida de sustancia de la piel se puede llamar ulceración. Si es superficial se le llama erosión o exulceración como es el caso de una ampolla que se rompe y si no lesiona la capa germinativa, no habrá cicatriz.

La ulceración puede abarcar todas las capas de la piel y llegar hasta tejido celular subcutáneo y hasta planos profundos. Cuando son lineales se les conoce como fisuras o cuarteaduras”. (casanova & cuervo, 2005)

Aunque podríamos citar otro gran número de definiciones sobre UPP, el uso de una misma acepción junto con la utilización de una misma clasificación para los estadios que estas pueden presentar nos va a permitir valorar la evolución de las lesiones a la vez que realizar comparaciones entre diferentes realidades.

Pero además conceptos como la calidad, la disminución de riesgos evitables o el de optimización de recursos requieren, así mismo, pasar de experiencias individuales a contextos más generales e integrados en aspectos como la valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Aunque también en este aspecto son muchas las escalas diseñadas, y ninguna de ellas adoptada de manera universal, se ha optado por la Nova 5 por consenso de un grupo de profesionales de las unidades implicados en el cuidado de las UPP debido a su claridad y sencillez.

3.3 Etiopatogenia

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. Las fuerzas responsables de su aparición son:

1.-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 6- 32 mm. de Hg. Una presión superior a 32 mm. De Hg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos.

2.- Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.

3.- Fuerza externa de pinzamiento vascular: 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).

3.4 Localización de UPP

Dependiendo de la posición que adopte el paciente, varían las zonas de riesgo:

DECÚBITO SUPINO: Occipital, omoplatos, codos, sacro, talones, isquion.

DECÚBITO LATERAL: Trocánter, orejas, costillas, cóndilos, maléolos.

DECÚBITO PRONO: Dedos de los pies, rodillas, órganos genitales masculinos, mamas, acromion, mejillas y orejas.

3.5 Otros Factores de Riesgo

Son factores que contribuyen a la producción de úlceras y que pueden agruparse en cinco grandes grupos:

1.-Fisiopatológicos: Como consecuencia de diferentes problemas de salud. - Lesiones Cutáneas: Edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.

- Trastorno en el Transporte de Oxígeno: Trastornos vasculares periféricos, éstasis venoso, trastornos cardiopulmonares.

- Deficiencias Nutricionales (por defecto o por exceso): Delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación.

-Trastornos Inmunológicos: Cáncer, infección

.- Alteración del Estado de Conciencia: Estupor, confusión, coma.

-Deficiencias Motoras: Paresia, parálisis.

-Deficiencias Sensoriales: Pérdida de la sensación dolorosa

.- Alteración de la Eliminación (urinaria/intestinal), Incontinencia urinaria e intestinal.

2.- Derivados del Tratamiento: Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.

-Inmovilidad Impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas: Dispositivos/aparatos como escayolas, tracciones, respiradores.

- Tratamientos o Fármacos que tienen acción inmunopresora: Radioterapia, corticoides, citostáticos.

- Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos: Sondaje vesical, nasogástrico.

3-Situacionales: Resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos, etc.

.- Inmovilidad: relacionada con dolor, fatiga, estrés

.-Arrugas en ropa de cama, camisón, pijama, objetos de roce, etc.

4.-Del Desarrollo: Relacionados con el proceso de maduración.

-Niños Lactantes: Rose por el pañal.

- Ancianos: Pérdida de la elasticidad de la piel, piel seca, movilidad restringida.

5- Del Entorno:

- Deterioro de la propia imagen del individuo en la enfermedad.
- La falta de educación sanitaria a los pacientes.
- La falta de criterios unificados en la planificación de las curas por parte del equipo asistencial.
- La falta o mala utilización del material de prevención, tanto del básico como del complementario.
- La desmotivación profesional por la falta de formación y/o información específica.
- La sobrecarga de trabajo del profesional.

3.6 Clasificación de Úlceras Por Presión

Existen numerosas escalas de clasificación la más reconocida es la escala de Norton, esta fue la primera que apareció (1962) es un modelo sencillo y de fácil aplicación, esta escala incluye 5 aspectos en los cuales existen 4 categorías con una puntuación que va desde 1 (>deterioro) a 4 (<deterioro).

Tabla 1.- Escala de Norton en clasificación de úlceras.

Estado General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4.- Bueno	Alerta	Caminando	Total	Ninguna
3.- Débil	Apático	Con Ayuda	Disminuida	Ocasional
2.-Malo	Confuso	Sentado	Muy Limitada	Urinaria
1.-Muy Malo	Estuporoso	En Cama	Inmóvil	Doble Incontinencia

De 5-9..... Riesgo muy alto

De 10-12.....Riesgo Alto

De 13-14.....Riesgo medio

Mayor de 14.....Riesgo mínimo/ sin riesgo

Escala de la Dirección Nacional de las úlceras por Presión creada en 1989 y modificada en 1993.

Categoría 1 Eritema no Blanqueable

Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable, la piel oscura pigmentada no puede tener palidez visible, área dolorosa firme, suave, más caliente o fría en comparación del tejido adyacente.

Categoría 2 Úlcera de Espesor Parcial

Perdida de espesor parcial de la dermis, úlcera abierta poco profunda, herida rojo-rosada, sin esfacelos ni hematomas, posible flictena o blíster intacta, llena de suero o rota.

No describe laceraciones, dermatitis asociada con incontinencia, maceración o excoiación

Categoría 3 Pérdida Total del Grosor de la Piel

Perdida completa del tejido, posible grasa subcutánea visible y esfacelos, puede incluir cavitaciones y tunelizaciones, hueso o tendón no visible ni palpable.

Categoría 4 Pérdida Total del Espesor de la Piel

Tejido con hueso extenso, tendón o músculo visible, presenta esfacelos, incluye cavitaciones o tunelizaciones riesgo de osteo mielitis u osteítis.

3.7 Tratamiento

El tratamiento dependerá del grado y el estadio en el que se encuentre la lesión, no se debe subestimar el grado de la úlcera por pequeña que parezca ya que el daño a simple vista puede ser mayor de lo que se aprecia.

En los días posteriores al inicio del tratamiento y una vez eliminado el tejido muerto se puede contemplar el daño real causado por la lesión, no existe un tratamiento único ni eficaz para tratar las úlceras, la elección del tratamiento va a

depender de la extensión y valoración de cada caso, de su evolución y la experiencia profesional de quien la trata.

La mayoría de las heridas tienen tendencia a la cicatrización espontánea aunque a veces este proceso es sumamente lento o se ve frenado por algún factor, como alguna infección, por lo tanto el tratamiento tendrá como objetivo situar a la ulcera en las mejores condiciones posibles para favorecer el proceso de granulación y epitelización.

En los estadios iniciales, se utilizan ácidos grasos hiperoxigenados que actúan restaurando la capa protectora de la piel, facilitando la renovación de las células epidérmicas, mejorando la elasticidad y el tono cutáneo se utiliza el Mepentol. En estadios más avanzados donde la lesión es más profunda con presencia de material muerto el tratamiento es más complejo y se distinguen 2 etapas:

Desbridamiento: Es el conjunto de mecanismos (fisiológicos o externos) dirigidos a la retirada de tejido necrótico, exudados, colecciones serosas o purulentas y cuerpos extraños asociados es decir todos los tejidos y materiales no viables presentes en el lecho de una herida. Ya que este tejido constituye un obstáculo para que el proceso de cicatrización se desarrolle de una forma adecuada. Existen diferentes tipos de desbridamiento que serán utilizados en función de las características de la lesión.

QUIRURGICO: Resecciones amplias y poco selectivas en quirófano, bajo anestesia o sedación.

CORTANTE: Es más habitual que el anterior, retira el tejido necrótico de forma rápida y selectiva, no es necesario acudir al quirófano pero no está de más mantener una técnica aséptica adecuada al momento de realizar este procedimiento, se puede aplicar anestesia general, valorar el sangrado en las 24 horas siguientes.

Enzimático: Aplicación de enzimas (colagenasa- IRUXOL) que actúan licuando los restos necróticos sin dañar el tejido de granulación.

Autolítico: De forma natural en todas las heridas, los fagocitos y macrófagos licuan el tejido necrótico, esto se propicia con la aplicación de apósitos empleados en la cura húmeda.

Hidrocirugía: Se utiliza un chorro de agua de alta presión que elimina los tejidos muertos.

Biológico: Mediante larvas de moscas (segregan colagenasa) licuan el tejido necrótico y posteriormente lo ingieren.

Granulación y Epitelización: El método empleado dependerá de los materiales que tengamos y la experiencia personal. Los dos tipos de cura son:

CURA SECA: Aplicación de pomadas o antisépticos cubriendo con una gasa y esparadrapo. Cura tradicional.

CURA HUMEDA: Se pretende mantener la lesión húmeda gracias a las propias secreciones naturales que esta segrega.

El objetivo es conseguir la mayor capacidad de absorción, retención y extensión de exudado, respetar no solo el lecho de la herida sino también la piel.

3.8 Descripción de los Criterios Utilizados en la Nova 5

3.8.1 Estado Mental

Paciente consciente o alerta

Es aquel paciente que está orientado y consciente. - Puede realizar autocuidados en la prevención del riesgo. - Podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.

Paciente desorientado

Es aquel que tiene disminuida la orientación en el tiempo y/o en el espacio. - Puede estar apático. - No puede realizar autocuidados por sí mismo de prevención del riesgo, necesita de nuestra ayuda. - No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.

Paciente letárgico

Es aquel paciente que no está orientado en el tiempo ni en el espacio. - No responde a órdenes verbales pero puede responder a algún estímulo - No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo. - También tienen el mismo valor los pacientes hipercinéticos por agresividad o irritabilidad.

Paciente inconsciente o comatoso

Es aquel paciente que tiene pérdida de consciencia y de sensibilidad. - No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado.

3.8.2 Incontinencia

Paciente continente

Es aquel paciente que tiene control de esfínteres.

- Puede ser portador de sondaje vesical permanente.

Paciente con incontinencia ocasional

Es aquel que tiene el reflejo de cualquiera de los esfínteres disminuido o alterado. - Puede llevar un colector urinario.

Paciente con incontinencia urinaria o fecal

Es aquel paciente que no tiene control del esfínter vesical o fecal y en caso de incontinencia urinaria no lleva sondaje vesical ni dispositivo colector.

Paciente con incontinencia urinaria y fecal

Es aquel paciente que no tiene control de ningún esfínter.

3.8.3 Movilidad

Paciente con movilidad completa

Es aquel paciente que tiene un grado de autonomía total. - El tiempo de inmovilidad se ajusta al mínimo necesario.

Paciente con limitación ligera en la movilidad

Es aquel paciente que tiene una ligera limitación que induce a un aumento del tiempo de inmovilidad por causas externas (procedimientos terapéuticos

invasivos, sonda nasogástrica, cateterización venosa o vesical, drenajes, férulas, yesos, etc.). - No necesita ayuda para cambiar de posición.

Paciente con limitación importante en la movilidad

Es aquel paciente que tiene una limitación importante tanto por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sonda nasogástrica, cateterización venosa o vesical, drenajes, férulas, yesos, etc) como por causas propias (ACVA, amputación de miembros inferiores sin prótesis, paraplejia), que le produce un aumento del tiempo de inmovilidad. Siempre necesita ayuda para cambiar de posición.

Paciente inmóvil o encamado 24 horas

Es aquel paciente que tiene disminuida el máximo de su movilidad y siempre necesita ayuda de agentes externos para moverse: es completamente dependiente

3.8.4 Nutrición

Paciente con nutrición correcta

Es aquel que tiene un buen estado nutricional e hídrico, entendido este como el volumen y tolerancia de la dieta. Tiene cubiertas las necesidades mínimas diarias y no tiene deficiencias nutricionales anteriores conocidas. Tiene una constitución física normal.

Puede ser por: - Comer siempre la dieta pautada. - Lleva nutrición enteral o parenteral adecuada. - Está en ayunas menos de tres días para prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o causa similar.

Paciente con nutrición ocasionalmente incompleta

Es aquel paciente en el que el volumen o la tolerancia de su nutrición diaria son ocasionalmente deficitarias. Tiene una constitución física que demuestra exceso o defecto de peso.

Puede ser por: - Dejar ocasionalmente parte de la dieta oral (platos proteicos) o presentar alguna intolerancia a la nutrición enteral o parenteral.

Paciente con nutrición incompleta

Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y tiene deficiencias anteriores conocidas (hipovitaminosis, hipoproteinemia,...) Puede presentar sobrepeso, caquexia o normopeso.

Tener un aporte deficiente de líquidos orales o parenterales (tanto si es por prescripción como por inapetencia) - Por intolerancia digestiva crónica mantenida: diarrea y/o vómitos.

Paciente sin ingesta oral

No tiene ingesta oral por cualquier causa. Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y/o además tiene desnutrición previa comprobada con una determinación normal de laboratorio (albúmina < 30 mg. proteínas < 60mg) y/o pérdida importante actual de peso (hipovitaminosis, hipoproteinemia,...).

Puede ser también por no tener ingesta oral, enteral ni parenteral por cualquier causa más de 72 horas.

3.8.5 Actividad

Paciente que deambula

Tiene deambulación autónoma y actividad completa.

Paciente que deambula con ayuda

Tiene alguna limitación para la deambulación y algunas veces necesita ayuda externa para deambular (soporte humano, bastones, muletas).

Paciente que siempre precisa ayuda

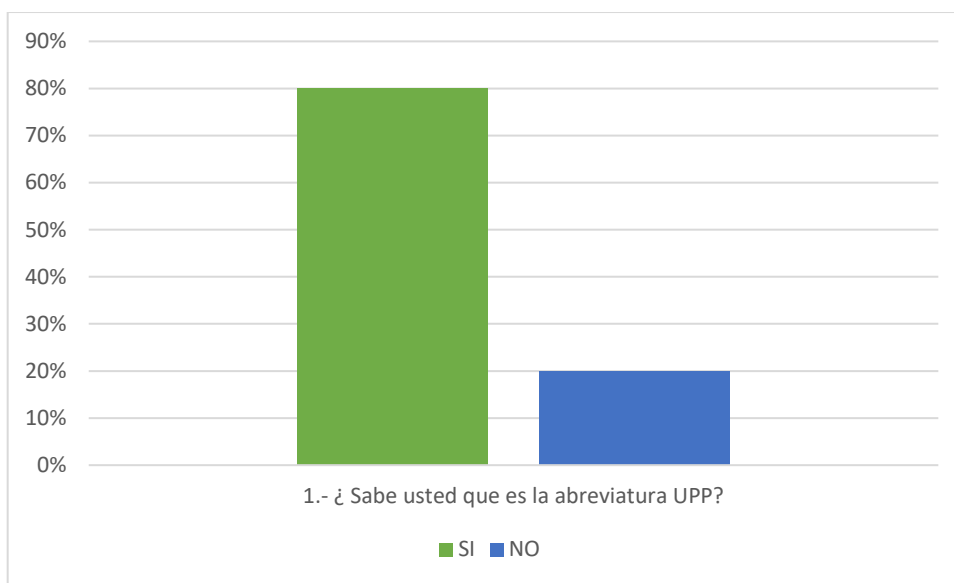
No puede deambular (silla de ruedas o andadores). Siempre necesita ayuda externa y de medios auxiliares para deambular.

Paciente encamado, no puede deambular. Está encamado las 24 horas. Puede tener períodos cortos de sedestación.

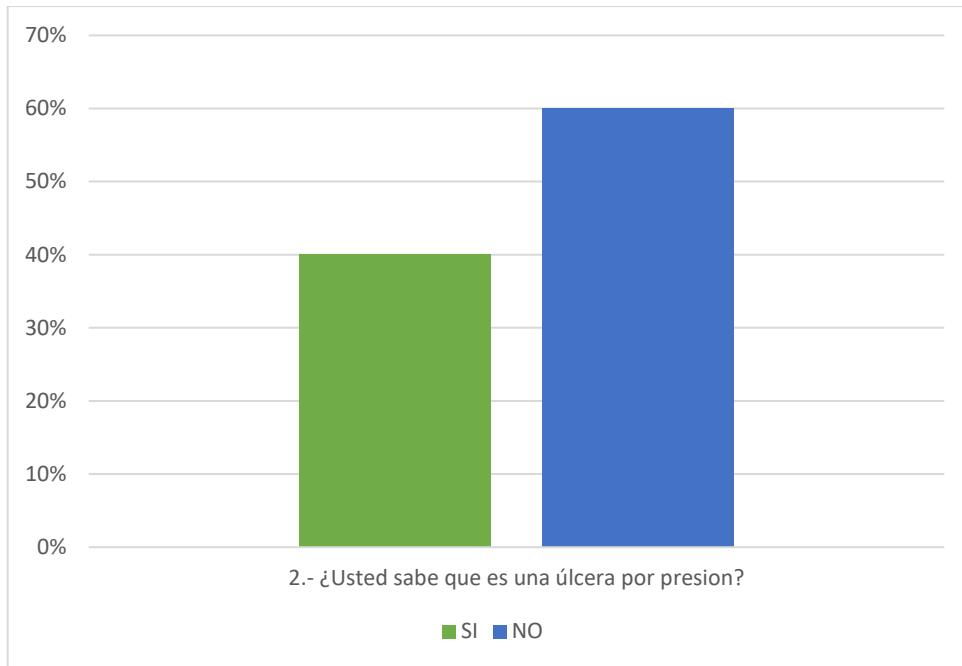
Capitulo IV:

Análisis de Resultados

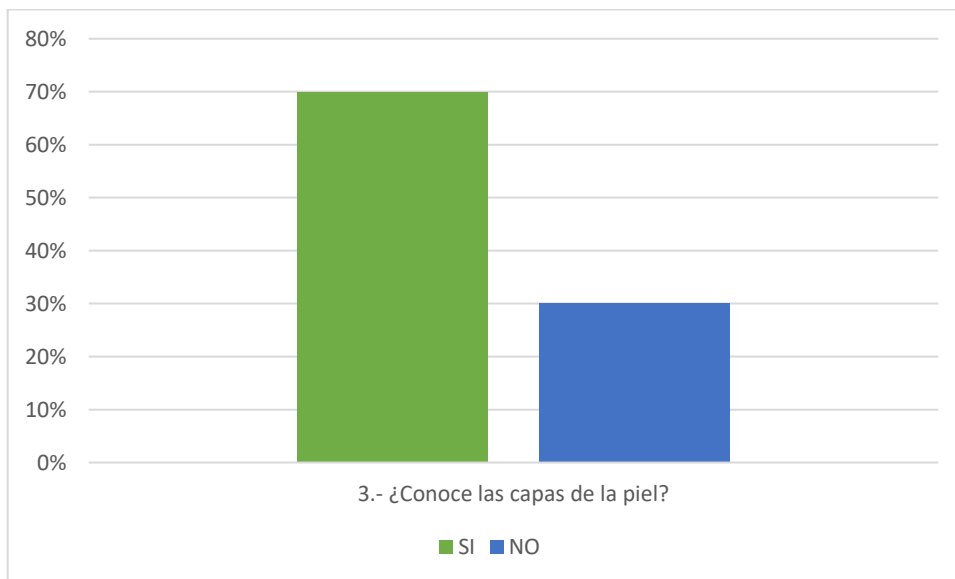
Capitulo IV Análisis de Resultados



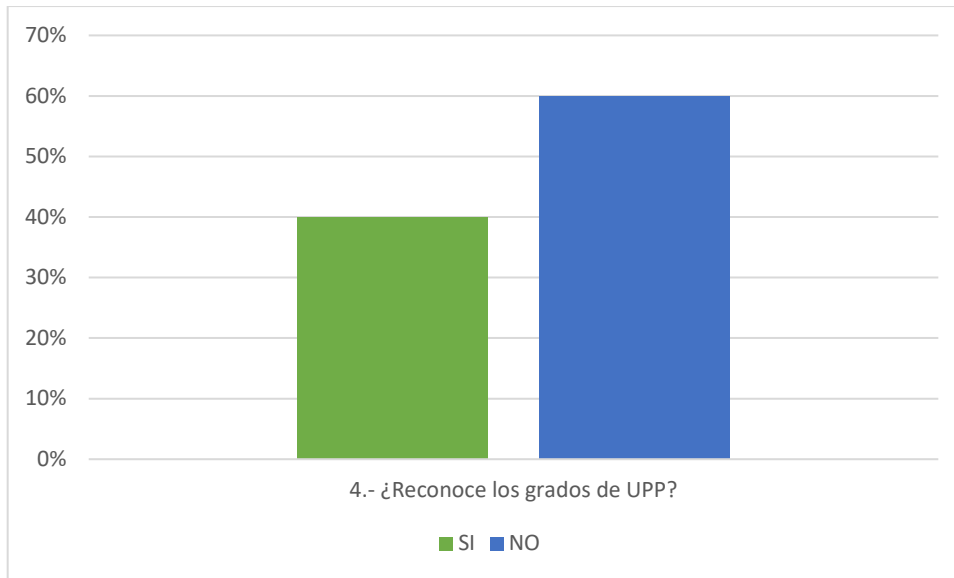
En esta pregunta la mayoría de los encuestados sabían que significaba la abreviatura UPP que es Ulceras por Presión, esto nos da a entender que si tienen conocimiento del tema.



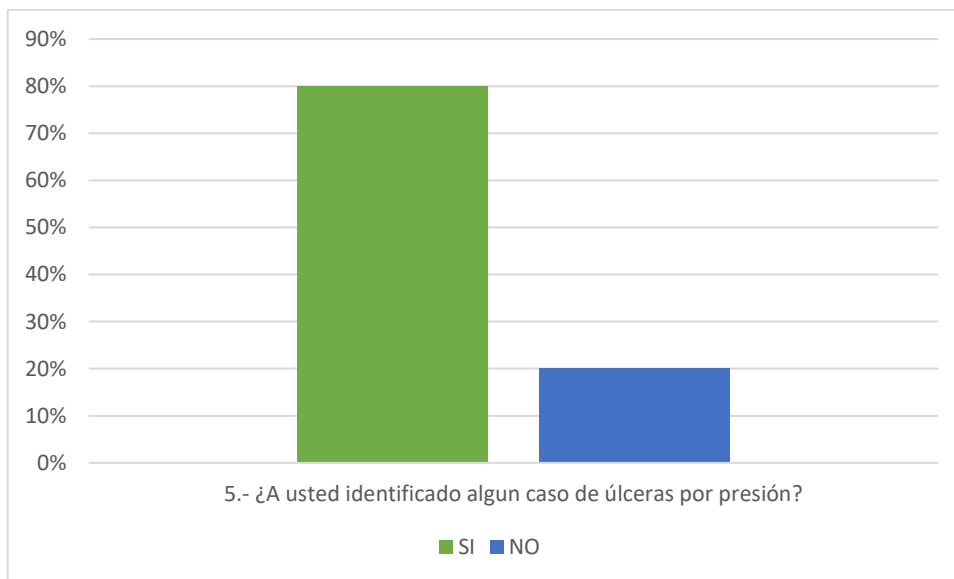
No muchas personas sabían que era una úlcera, a pesar de que la encuesta se aplicó a enfermeras y pacientes que tenían este padecimiento, los pacientes lo confundían con otras afecciones y no daban una respuesta clara o simplemente respondían que no.



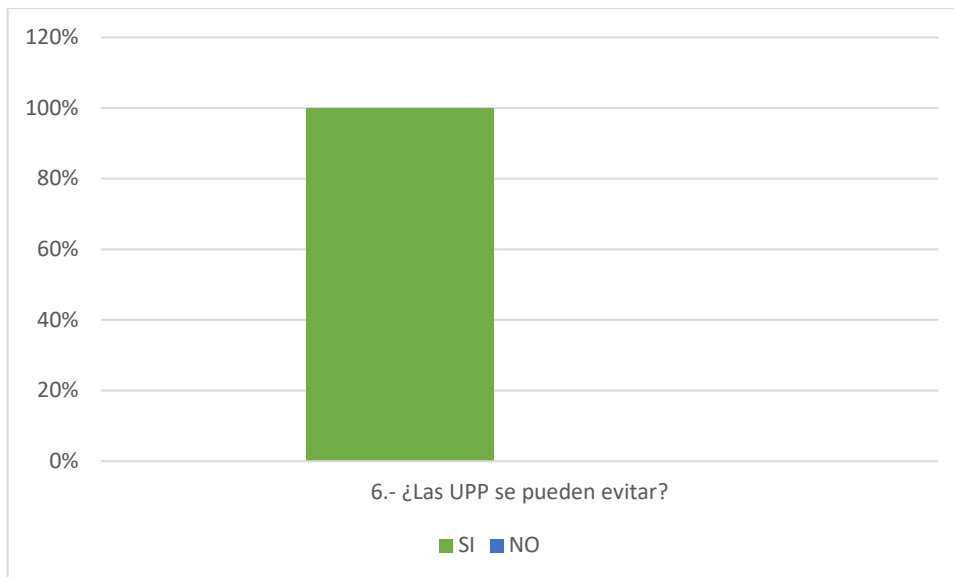
En esta pregunta la mayoría del personal de enfermería sabía las capas de la piel el resto que respondió que no eran pacientes.



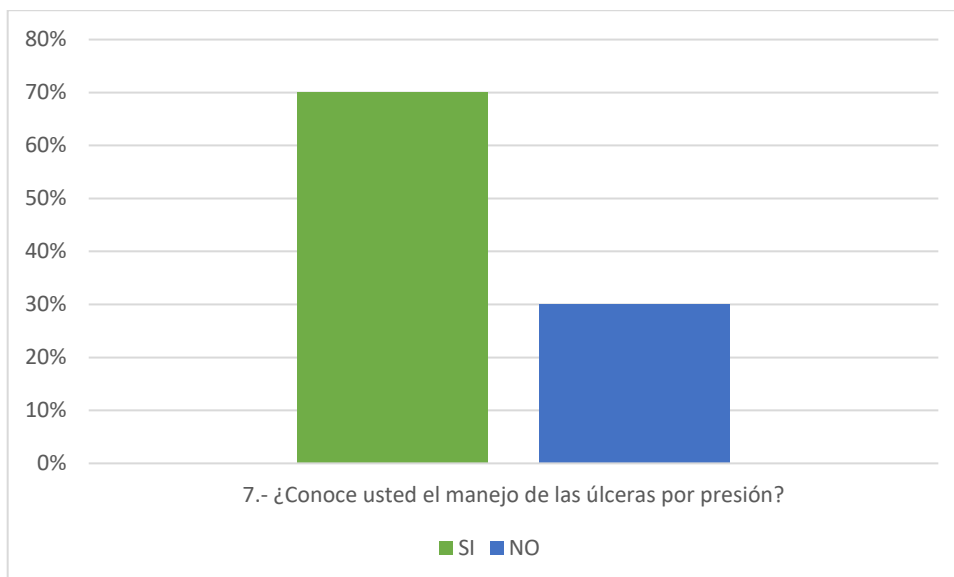
Al responder esta pregunta la mayoría de encuestados no tenía idea que había grados de úlceras, y del personal de enfermería solo algunas supieron describir a grandes rasgos los grados de úlceras.



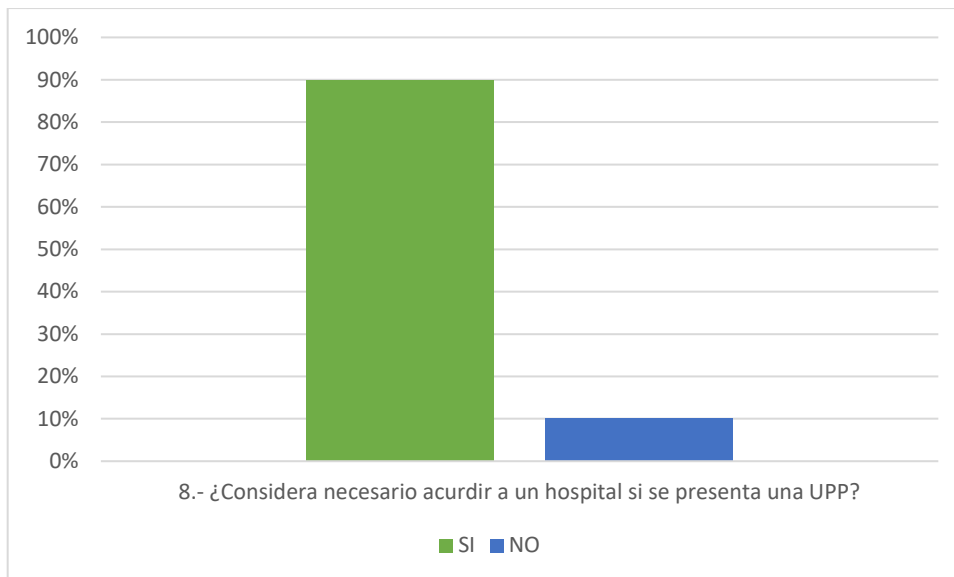
En esta pregunta la mayoría de encuestados respondió que si ha identificado casos de úlceras por presión, esto nos permite conocer que si tienen algo de conocimiento del tema que se está abordando.



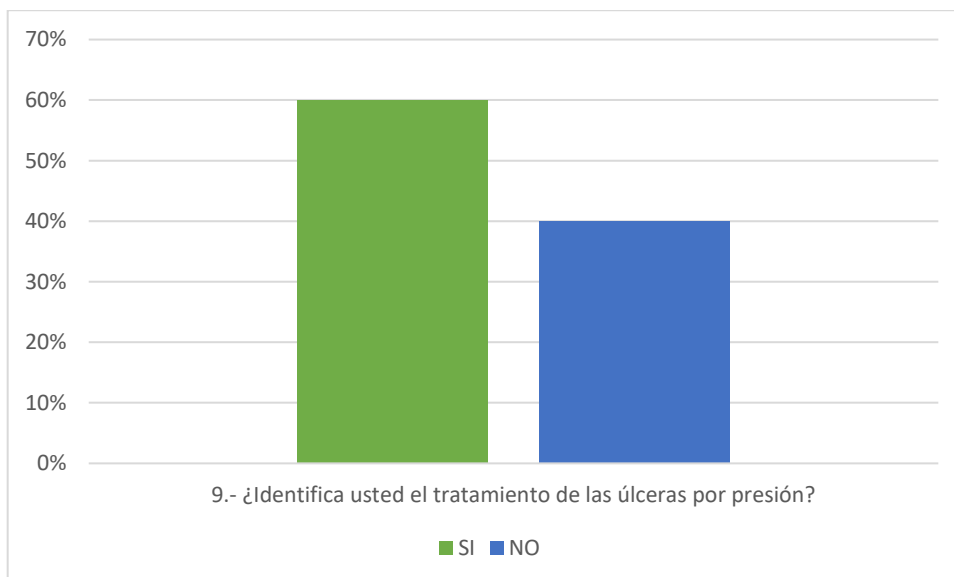
Esta respuesta fue sorprendente ya que un 100% de los encuestados respondió que si se pueden evitar las úlceras y cabe mencionar que enfermeras y pacientes están conscientes de esto.



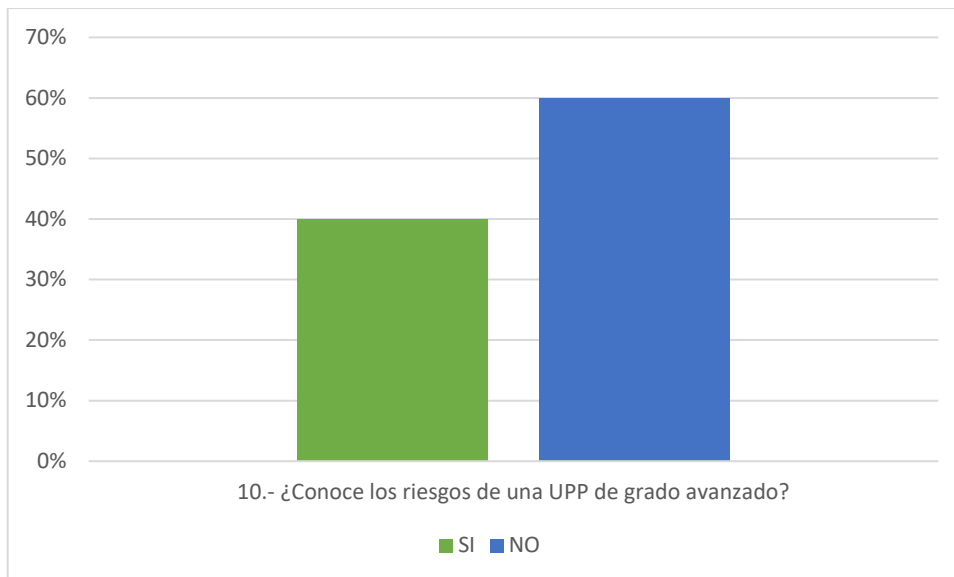
La mayoría de los encuestados conocía brevemente el manejo de las úlceras y respondieron a grandes rasgos.



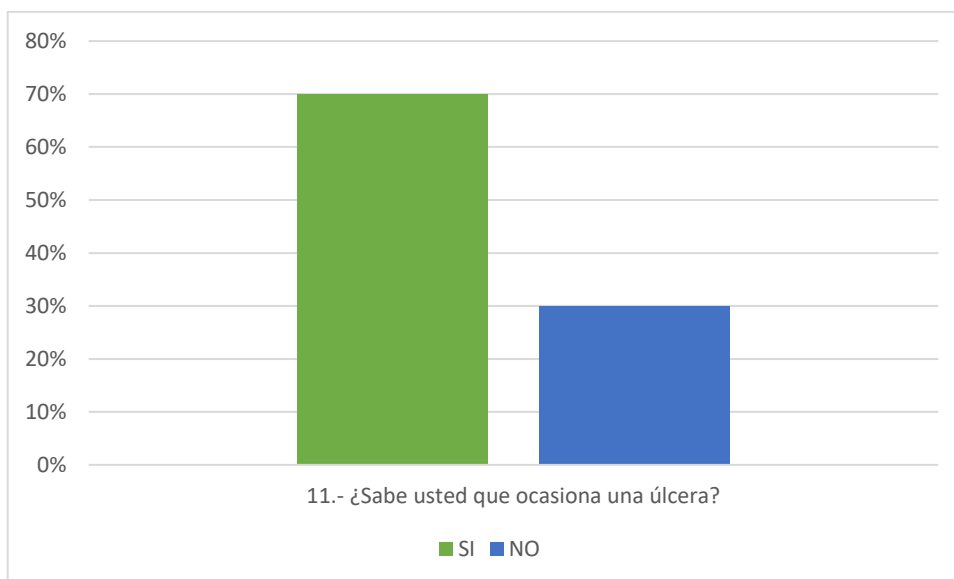
La respuesta a esta pregunta es satisfactoria ya que la mayoría de los encuestados respondió que si es necesario atender una úlcera en un hospital, el resto que dijo que no tampoco sabía cómo manejar una úlcera en casa.



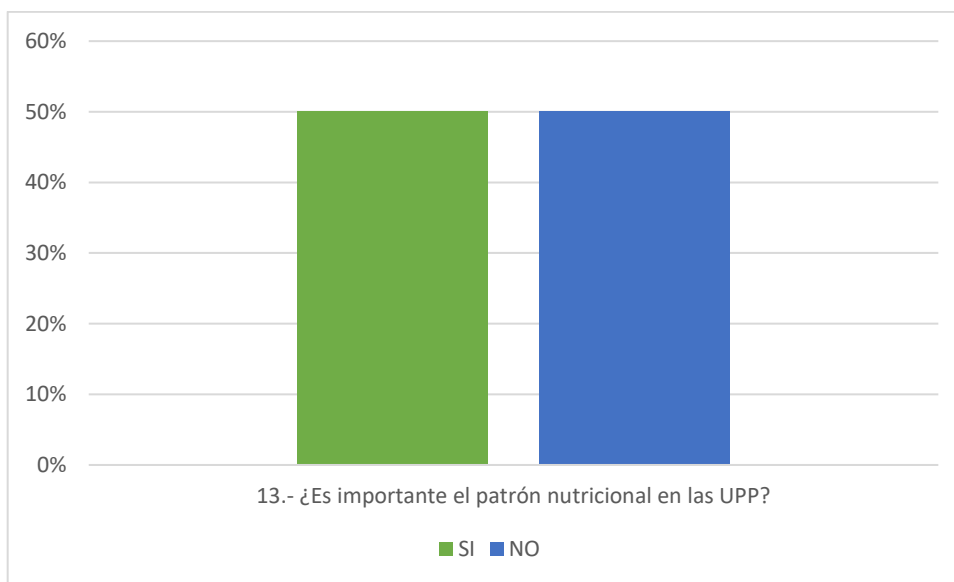
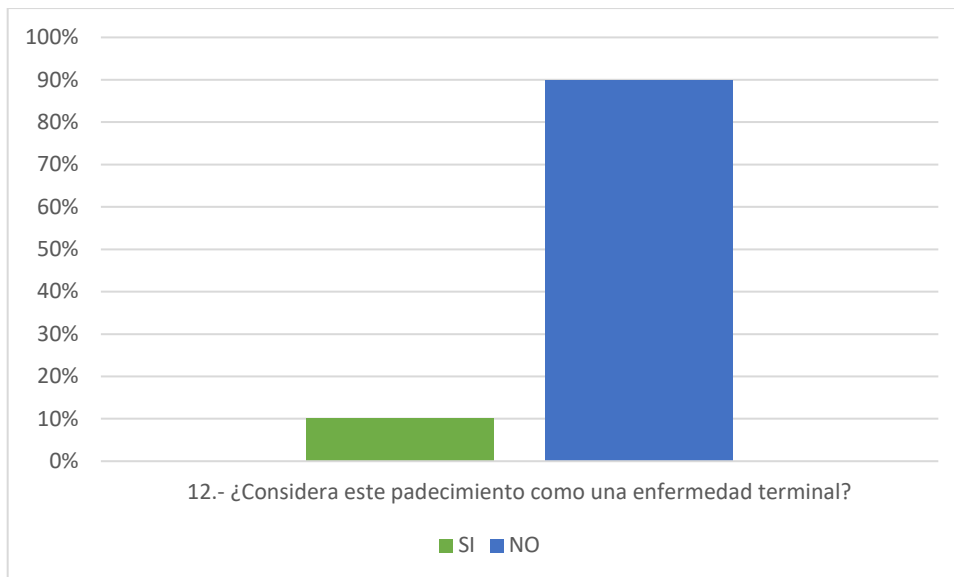
En esta pregunta un 60% contestó que si saben el tratamiento de una úlcera y pues en este caso las enfermeras fueron las que contestaron más acertadamente que los propios pacientes con este padecimiento, algunos solo se limitan a dejarse realizar los procedimientos sin siquiera preguntar qué es lo que se le esta realizando.



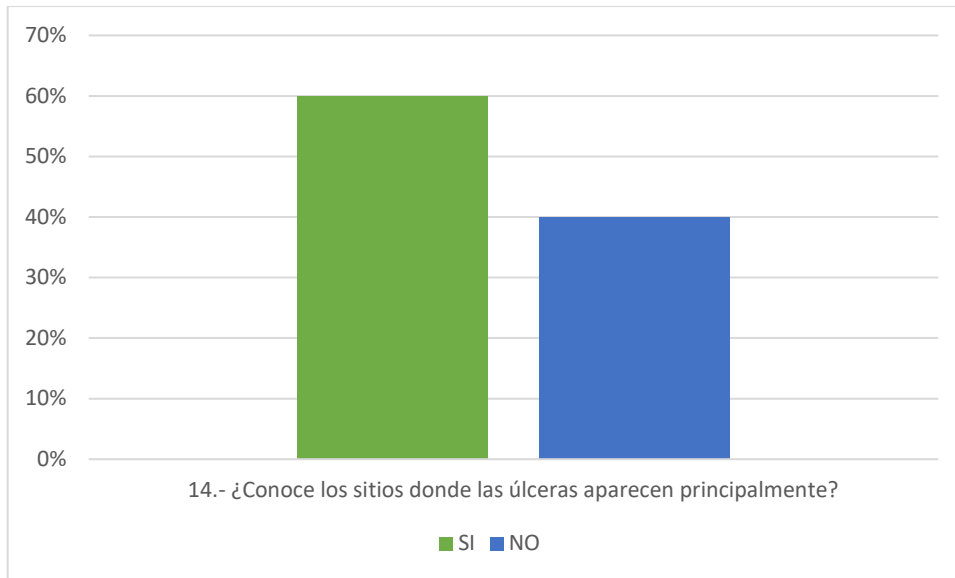
La mayoría de los encuestados no conocía los riesgos de infecciones que se pueden asociar a las úlceras por presión en grados avanzados y esto representa un factor peligroso.



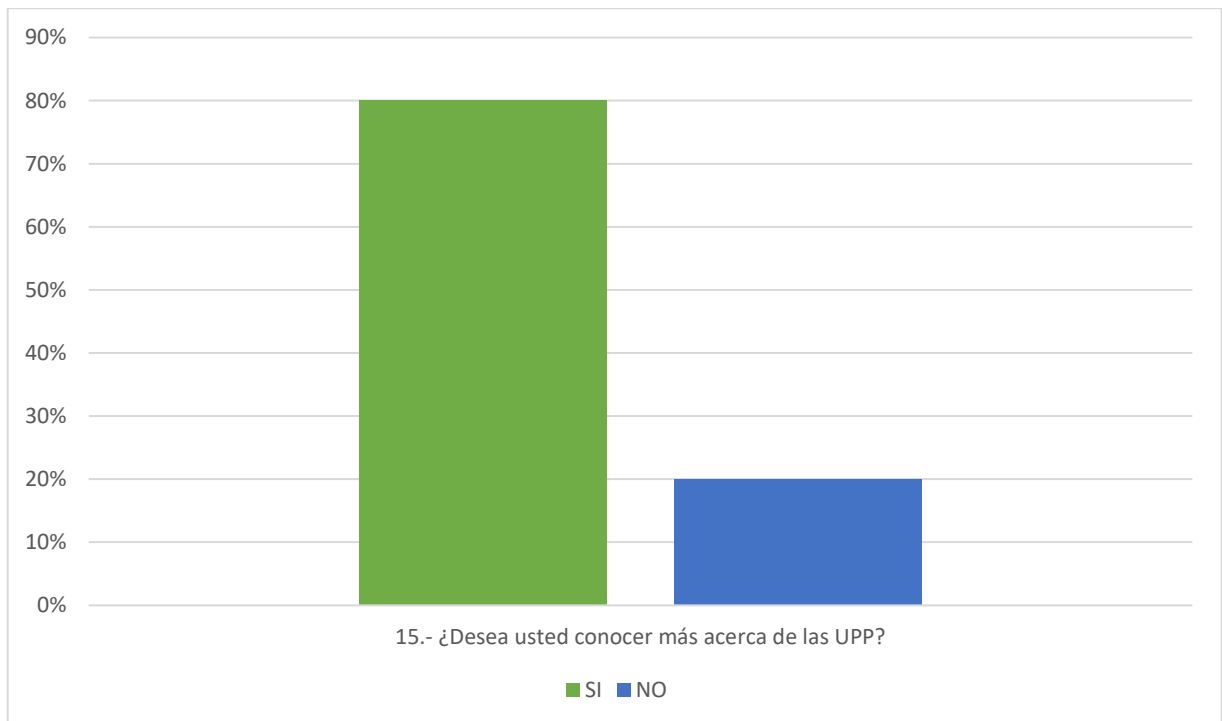
La respuesta a esta pregunta es levemente favorable ya que solo un 30% no saben que ocasiona el tener una úlcera esto quiere decir que existe poca información sobre este padecimiento.



Es muy importante la nutrición en una úlcera por presión y tanto el personal de enfermería como los pacientes consideran importante tener una buena alimentación para poder tratar más prontamente este padecimiento.



Las enfermeras son las que mayormente conocen los sitios de aparición de úlceras, aunque brevemente lo describen y los pacientes que padecen esto solo por el padecerlo y porque tienen las úlceras lo identifican.



La mayoría de los encuestados coincidió en que les gustaría saber más acerca de las úlceras por presión, tomando en cuenta rangos como la prevención, tratamiento y el cómo poder manejarlas fuera del hospital es decir por los familiares.

Conclusiones

Se responde la pregunta de investigación en conclusión los cuidados que enfermería proporciona en pacientes con úlceras por presión son muy importantes porque gracias a ellas se pueden prevenir, identificar e incluso llegar a recuperar los pacientes con úlceras por presión, al momento de que ellas brindan una atención completa y holística con los fundamentos pertinentes e incluso la información que proporcionan a los familiares para poder tratar a sus enfermos en casa es fundamental para que exista una menor incidencia de úlceras tanto en la estancia hospitalaria y en el hogar.

Se lograron los dos objetivos el general y el específico porque se dio a conocer los cuidados que proporciona enfermería en pacientes con úlceras paso a paso así como se logró identificar lo que es una úlcera, su tratamiento y la manera de poder prevenir este padecimiento.

La hipótesis queda en su mismo contexto ya que abarca las intervenciones que enfermería otorga a los pacientes con úlceras por presión y habla también de su prevención y tratamiento, de cómo enfermería interfiere y se mezcla con el entorno de su paciente para lograr una recuperación exitosa así como una prevención certera. Es así que podemos decir que vamos mucho más allá de un tratamiento que enfermería brinda en el hospital sino también en casa con la oportuna información que se puede brindar a los familiares e incluso a algunos pacientes con úlceras por presión.

Sugerencias

Como única sugerencia está el que el departamento de enfermería tome en cuenta aún más esta patología ya que existen indicadores de calidad que nos lo exigen así como los principios fundamentales de enfermería los cuales son:

- 1.- Respetar la individualidad del paciente
- 2.- Satisfacer sus necesidades Fisiológicas
- 3.- Proteger al paciente de agentes externos que causen enfermedades
- 4.- Contribuir a la restitución pronta de la salud del paciente de manera que pueda reincorporarse a la sociedad.

Estos lineamientos nos marcan de manera estricta que el personal de enfermería debe estar en contacto continuo con el entorno del paciente y así poder brindarle un cuidado de manera holística y todo en beneficio del mismo.

Glosario

Acciones: Son actos que realiza una persona, con un fin determinado, en un ámbito específico y que afecta, incluye o comparte con otras personas.

Alimentos: Se denomina alimentos a todo tipo de sustancia que tiene carácter nutricional para un organismo determinado.

Antiséptico: Se denomina antiséptico a aquel producto cuyas propiedades permiten la erradicación de microbios y agentes nocivos que pueden infectar o inflamar heridas recientes.

Aporte: Se denomina aporte a una contribución realizada a fin de llevar a cabo un programa, una política, una causa, etc.

Asesora: Persona que brinda un conocimiento sobre algún tema.

Autocuidado: Se entiende por autocuidado la inclinación por facilitarnos atenciones a nosotros mismos. Como norma general, el autocuidado está dirigido a nuestra propia salud.

Autonomía: Se denomina autonomía a la capacidad de una persona o cosa para ejercer independencia de otra persona o cosa, pudiendo por ejemplo, tomar decisiones propias, funcionar sin necesidad de otro aparato, entre otros.

Ayuda: Una ayuda es una acción de colaboración con respecto a una situación de necesidad. Así, una persona, un colectivo o una entidad ofrecen o reciben algo que puede ser de utilidad.

Balance: La actividad empresarial se pone en marcha con un objetivo prioritario: la búsqueda de un beneficio. Y el beneficio es el resultado final que se obtiene por la diferencia entre los ingresos obtenidos y los gastos generados.

Bien: En cuanto al bien considerado desde un punto de vista moral, este refiere también a lo deseado por satisfacer a necesidades humanas.

Capacitación: En términos generales, la capacitación es el proceso de asimilación de unos conocimientos con el fin de realizar una actividad. En otras palabras, aprendemos para algo y ese "para qué" es la capacitación.

Capacidad: La capacidad es la aptitud que se tiene en una determinada disciplina o práctica.

Característica: Las características son utilizadas para describir una persona u objeto. Cada característica hace referencia a una cualidad o un rasgo particular de esa persona o cosa, que la distingue de las demás dentro de su misma especie o grupo de elementos similares.

Carbohidratos: Los carbohidratos son nutrientes que se caracterizan por el aporte de energía que otorgan al organismo. Su nombre deriva del hecho de estar compuestos de carbono, hidrógeno y oxígeno.

Ciencia: Se denomina ciencia a un conjunto de conocimientos ordenados de manera sistemática. En tanto conocimiento, una disciplina científica debe definir un objeto de estudio, esto es, un recorte de la realidad o de la experiencia que se desea conocer y sobre el cual se dispondrán las distintas experimentaciones.

Código de Ética: Los códigos de ética surgen como la compilación de las normas y reglas que resultan adecuadas o más apropiadas para un determinado grupo de personas. Estos códigos pueden estar expresados de forma explícita (como es el caso de los códigos deontológicos) o implícita.

Contaminación: De una manera general existe contaminación cuando en un medio determinado hay un elemento que altera su equilibrio natural. Normalmente, un lugar se contamina si tiene alguna sustancia que distorsiona las características de dicho lugar.

Contexto: El contexto es un conjunto de elementos y circunstancias que sirven para explicar una situación. Los hechos que ocurren tienen unas características concretas.

Contribución: Una contribución es un tipo de aportación o colaboración que realiza una persona en relación con algo o alguien.

Cuerpo: El cuerpo es la parte física y material, en el caso del ser humano y los animales; aunque también podemos definir con el término “cuerpo” a todo objeto físico y material.

Daño: El daño es el inconveniente, dolor o malestar que se padece por parte de una persona, una entidad o algo de índole material.

Desarrollo: La palabra desarrollo tiene un significado pero múltiples acepciones. Para una definición general, diremos que desarrollo es un proceso de evolución.

Discapacidad: La discapacidad es la limitación física, sensorial o intelectual que tienen algunas personas. Desde un punto de vista general, todos los individuos padecen alguna deficiencia en su organismo, pero se utiliza el concepto de discapacidad para mencionar un grado elevado de disfunción.

Educación: Las sociedades humanas han desarrollado con el pasar del tiempo un interesante número de fenómenos que han tenido que ver con mejorar la calidad de vida. En este sentido, la educación es claramente una de las invenciones humanas más útiles y necesarias que podemos encontrar. Si bien incluso entre animales se dan procesos de educación y aprendizaje, es claro que la educación humana es mucho más compleja y sus alcances son infinitos.

Elasticidad: En física, el término de elasticidad denomina la capacidad de un cuerpo de presentar deformaciones, cuando se lo somete a fuerzas exteriores, que pueden ocasionar que dichas deformaciones sean irreversibles, o bien, adoptar su forma de origen, natural, cuando dichas fuerzas exteriores cesan su acción o potencia.

Elongación: Elongación es un término relacionado con la actividad física y con la disciplina de la fisioterapia y en ambos casos está relacionado con el estiramiento, que puede ser de un músculo, de los huesos o de los nervios del cuerpo humano.

Enfermedad: Una enfermedad es la alteración del equilibrio de un organismo vivo. Si hablamos de los humanos o de los animales, la enfermedad es la anomalía que altera la salud y el bienestar del organismo.

Enfermera: Una enfermera es una profesional de la medicina, concretamente de la rama de enfermería. De entrada, es un término que tiene una peculiaridad, ya que se emplea normalmente en femenino porque tradicionalmente es una profesión ejercida por mujeres, aunque esta costumbre está cambiando en los últimos años.

Epidemiología: La epidemiología es la disciplina encargada del estudio de las enfermedades que pueden afectar a un grupo importante de personas en un tiempo y espacio específico.

Epidermis: La epidermis es la capa superficial de la piel, recibe este nombre ya que se ubica por encima de la dermis. Es una estructura compleja formada por varios tipos de células, que a su vez se distribuyen en una serie de capas.

Factores: Un factor es un elemento que influye en algo. De esta manera, los factores son los distintos aspectos que intervienen, determinan o influyen para que una cosa sea de un modo concreto.

Hábito: Un hábito implica interiorizar una acción de una forma natural hasta el punto de que se convierte en una actitud espontánea. Interiorizar un hábito supone un gran esfuerzo porque implica hacer un cambio de conducta.

Hidratación: Se denomina hidratación al proceso mediante el cual se agrega agua a un compuesto en concreto. Este fenómeno es observable tanto en lo que respecta a compuestos inanimados como a seres vivos. En este último caso, la hidratación puede constituir un fenómeno recurrente, en la medida en que los seres vivos suelen perder agua constantemente como un aspecto funcional del mantenimiento de su organismo.

Higiene: La higiene es un hábito de salud relativamente reciente. Cuando en el siglo XIX se descubrió el funcionamiento de las infecciones, las medidas higiénicas empezaron a considerarse importantes para la salud. De hecho, la higiene es el conjunto de medidas preventivas destinadas a la salud de los individuos

Hipótesis: Se denomina hipótesis a una conjetura en lo que respecta al comportamiento y a un aspecto del universo. Esta suele conocerse como especulación y requiere de la contrastación empírica para dar cuenta de su certidumbre o imposibilidad.

Incidencia: Aquello que ocurre en el curso de unos acontecimientos es una incidencia. Asimismo, en una segunda acepción, la idea de incidencia equivale a la influencia de algo sobre un asunto determinado.

Información: Se denomina información a un conjunto de datos relativos a cualquier área de la experiencia humana. Así, puede hablarse de información científica, información periodística, información económica, información educativa, etc.

Intrahospitalario: Dentro del hospital.

Localización: La localización es la ubicación que un objeto o persona tienen en un determinado espacio. El mismo requiere de coordenadas que otorguen puntos de referencia para que esta sea trazable y comunicable.

Morbilidad: La morbilidad es la cantidad de personas enfermas en un determinado contexto; dicho contexto alude a una ubicación geográfica y temporal. La morbilidad es un criterio aplicable a las enfermedades y da cuenta de las formas en las que dichas enfermedades se desarrollan.

Objetivo: Un objetivo es el planteo de una meta o un propósito a alcanzar, y que, de acuerdo al ámbito donde sea utilizado, o más bien formulado, tiene cierto nivel de complejidad.

Observar: Se denomina observar al acto de mantener la atención puesta en un determinado objeto o fenómeno.

Razonamiento: Un razonamiento es un proceso lógico que muestra la coherencia interna de un discurso.

Región: Denominamos región a una determinada demarcación geográfica.

Responsabilidad: Ser responsable implica tener la capacidad de cumplir con unos compromisos concretos.

Salud: Podemos decir, en principio, que la salud se define como la ausencia de enfermedad, es decir, cuando no tenemos ningún mal o afección que afecte nuestro organismo, nuestro cuerpo: estamos sanos, estamos saludables.

Secuela: En el lenguaje cotidiano, en la medicina y en la narrativa de ficción se emplea la palabra secuela y en cada uno de estos contextos tiene un significado diferenciado.

Síntesis: Se denomina síntesis a una exposición abreviada acerca de un tema específico.

Sustentabilidad: La sustentabilidad es un término ligado a la acción del hombre en relación a su entorno.

Teoría: En el momento en el que manipulamos algo estamos realizando una actividad práctica. Si queremos comprenderlo ya estaremos en el terreno de la teoría.

Tesis: Se denomina tesis a una argumentación en lo que respecta a un tema específico. Es un tipo de discurso que se utiliza en ámbitos universitarios con la finalidad de generar una exposición que pueda dar respuesta algunos interrogantes que el tema pueda tener; muchas carreras terminan con la elaboración de una tesis que el alumno y futuro egresado deberá preparar con antelación y con orientación de sus profesores.

Valoración: Se denomina valoración a la importancia que se le concede a una cosa o persona. El término puede utilizarse en infinidad de ámbitos, pero remite en la consideración que tiene un elemento con respecto a una mirada subjetiva.

Verificación: La verificación es el procedimiento de comprobación de algo. En un sentido general, estamos verificando información, datos y procesos de manera muy habitual.

Anexo 1

Guion Metodológico

Tema	Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	VARIABLES	Definir variables
Acciones de enfermería en pacientes con úlceras por presión	¿Por qué son importantes los cuidados que enfermería proporciona en cuanto a la prevención y el tratamiento a pacientes con úlceras por presión?	<p>Objetivo General: Conocer los cuidados que enfermería proporciona a los pacientes con úlceras por presión.</p> <p>Objetivo específico: Identificar las úlceras por presión así como la prevención y tratamiento.</p>	<p>Las intervenciones que la enfermera proporciona a las pacientes con úlceras por presión son importantes por la labor asistencial que estas conllevan al proporcionar una correcta intervención ayudan a prevenir la aparición de las úlceras por presión en pacientes con riesgo, así mismo una vez que ya aparecieron con un correcto cuidado de la úlcera disminuye la lesión.</p> <p>Así mismo puede brindar la información que ayude a los familiares para poder atender en el hogar este padecimiento.</p>	<p>1.- Intervenciones de enfermería.</p> <p>2.- Úlceras por presión</p>	<p>1.- Aliviar la presión estimulando la actividad el paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> •Establecer un programa de cambio de posición •Voltear al paciente cada hora o a intervalos de dos horas. •Colocar al paciente en las cuatro posiciones (laterales, pronación y dorsal) en secuencia, a menos que esté contraindicado. <p>2.- Podemos definir las úlceras por presión como zonas localizadas de necrosis que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, uno las prominencias óseas del</p>

					propio paciente y otro una superficie externa
--	--	--	--	--	---

Anexo 2

Hospital de nuestra señora de la salud, A.C.

Departamento de Enfermería

Sistema Nacional De Indicadores de Calidad en Salud

Unidad de 2 Nivel de Atención

Prevención de úlceras por presión a pacientes Hospitalizados

Fecha	E d a d	Sex o	Cam a	Valorar y registrar factores de riesgo que predisponen al paciente para la aparición de úlceras por presión	Establecer en el plan de cuidados y ejecutar las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo	Utiliza los elementos disponibles y necesarios para prevenir las úlceras por presión	Orientar al paciente y familia sobre las formas de prevenir las úlceras por presión	Revalora y reajusta de acuerdo al estadio del paciente las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados
Nombre del paciente								

Supervisora T. Matutino

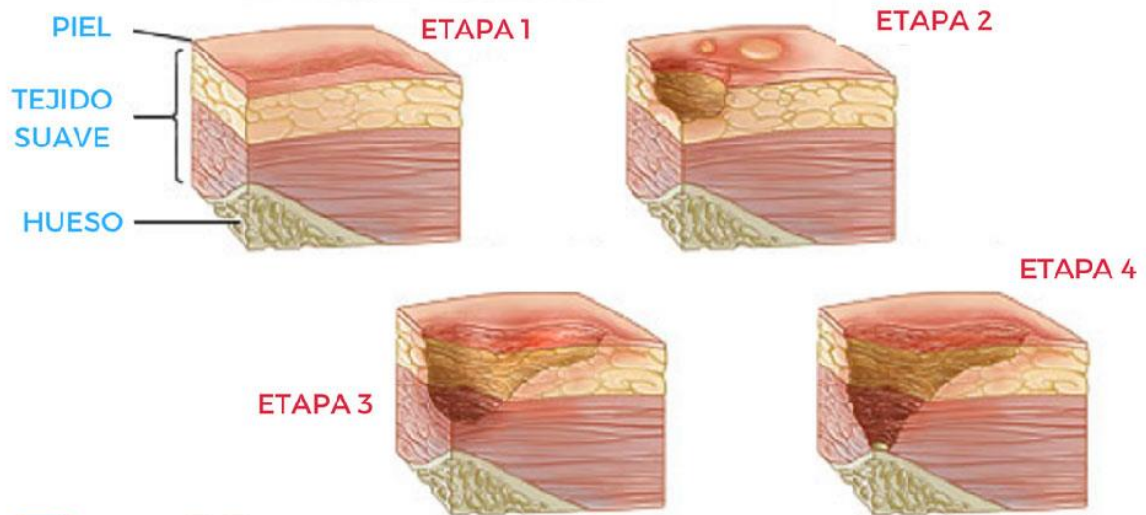
Supervisora T. Vespertino

Supervisora T. Nocturno

Anexo 3



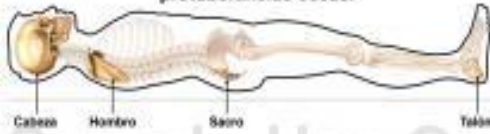
LUGARES MÁS COMUNES DONDE APARECEN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)



TheraMart™
THERAPEUTIC PRODUCTS

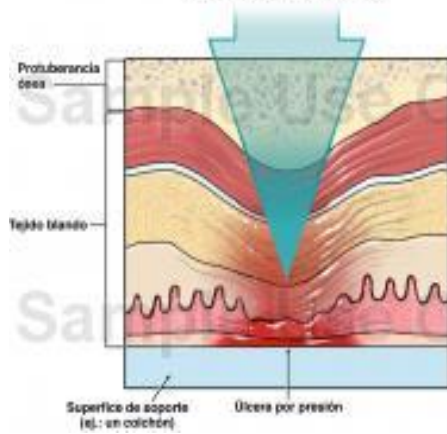
Formación de úlcera por presión (úlceras de decúbito o escara)

En un paciente inmóvil, las úlceras por presión se forman con mayor frecuencia sobre las protuberancias óseas.

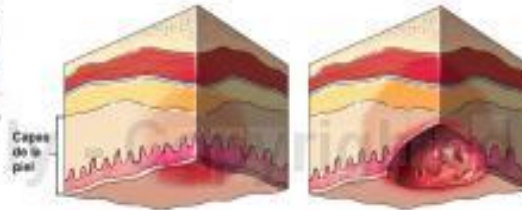


Una úlcera por presión se forma cuando la presión fuerza a una protuberancia ósea a que comprima el tejido blando subyacente.

Posición estoma (como la gravedad o ropa de cama)



Etapas de las úlceras por presión

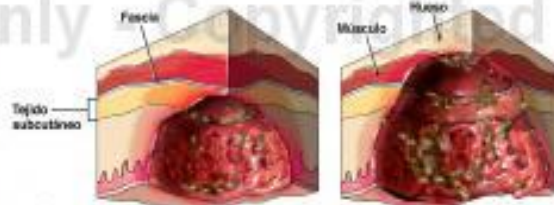


Etapa 1

La lesión es un área enrojecida que puede estar dura y caliente al tacto. No hay pérdida de piel.

Etapa 2

La úlcera se extiende dentro, pero no a través de las capas de la piel. Hay pérdida parcial de piel.



Etapa 3

Las capas de la piel han desaparecido completamente. La necrosis del tejido subcutáneo puede extenderse a, pero no a través de la fascia.

Etapa 4

La necrosis llega más allá de la fascia causando daños importantes a las estructuras de soporte como el hueso y el músculo.

CASO 1: CURACION DE ULCERA POR PRESION III y IV



LF00934U

Responda las siguientes preguntas señalando sí o no en cada respuesta.

1.- ¿Sabe usted que significa la abreviatura UPP?	Si	No
2.- ¿Usted sabe que es una ulcera por presión?	Si	No
3.- ¿Conoce las capas de la piel?	Si	No
4.- ¿Reconoce los grados de UPP?	Si	No
5.- ¿Ha usted identificado algún caso de úlceras por presión?	Si	No
6.- ¿Las UPP se pueden evitar?	Si	No
7.- ¿Conoce usted el manejo de las úlceras por presión?	Si	No
8.- ¿Considera necesario acudir a un hospital si se presenta una UPP?	Si	No
9.- ¿Identifica usted el tratamiento de las úlceras por presión?	Si	No
10.- ¿Conoce los riesgos de una UPP de grado avanzado?	Si	No
11.- ¿sabe usted que ocasiona una ulcera?	Si	No
12.- ¿Considera este padecimiento como enfermedad terminal?	Si	No
13.- ¿Es el factor nutricional importante en las UPP?	Si	No
14.- ¿Conoce los sitios donde las úlceras aparecen principalmente?	Si	No
15.- ¿Desea usted conocer más acerca de las UPP?	Si	No

Bibliografía

[www.enfermerasperu.com/cuidado del paciente con escara o ulcera por presi
on.php](http://www.enfermerasperu.com/cuidado_del_paciente_con_escara_o_ulcera_por_presion.php)

[gneaupp.info/cuidados-de-enfermeria-en-la-prevencion-y-tratamiento-de-las-
ulceras-por-presion/](http://gneaupp.info/cuidados-de-enfermeria-en-la-prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion/)

[http://tesisdeinvestigadores.blogspot.mx/2011/04/cuidados-de-enfermeria-en-las-
ulceras.html](http://tesisdeinvestigadores.blogspot.mx/2011/04/cuidados-de-enfermeria-en-las-ulceras.html)

<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/EscarasUlceras.pdf>

[http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/70587/secme-
32612_1.pdf?sequence=1](http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/70587/secme-32612_1.pdf?sequence=1)

lecciones de dermatología décima edición "Dr Amado Saul 1ª edición 1972 10 edición 1983 impreso en mexico

Glosario Dermatologico 1ª edicion noviembre 1995 impreso en México Dra sagrario Hierro Orozco

[www.interviaglobal.com/3rdparty/repositorio/1DERMA/ANATYFISDELAPIELJUNIO
21012.pdf](http://www.interviaglobal.com/3rdparty/repositorio/1DERMA/ANATYFISDELAPIELJUNIO21012.pdf)

[https://4.bp.blogspot.com/-TxoYq5rH3e0/WKsLo608OJI/AAAAAAAAAr4/3KBIBj-
HJnkEk0hAaFpKbImSZH_b-XoZACLCb/s1600/ulceras%2Bpor%2Bpresion.jpg](https://4.bp.blogspot.com/-TxoYq5rH3e0/WKsLo608OJI/AAAAAAAAAr4/3KBIBj-HJnkEk0hAaFpKbImSZH_b-XoZACLCb/s1600/ulceras%2Bpor%2Bpresion.jpg)

[www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105_GPC_Ulcpresion
1NA/ULCERA_DECUBITO_1ER_NIVEL_EVR_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105_GPC_Ulcpresion1NA/ULCERA_DECUBITO_1ER_NIVEL_EVR_CENETEC.pdf)

López casanova, Martínez cuervo, Estudio nacional de prevalencia de ulceras por presión, 2005

[http://gneaupp.info/actualizacion-de-la-guia-de-prevencion-y-tratamiento-de-las-
ulceras-por-presion-servicio-de-salud-de-las-islas-baleares/](http://gneaupp.info/actualizacion-de-la-guia-de-prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion-servicio-de-salud-de-las-islas-baleares/)

[http://www.infogerontologia.com/documents/pgi/descarga_protocolos/ulcera
s_presion.pdf](http://www.infogerontologia.com/documents/pgi/descarga_protocolos/ulceras_presion.pdf)