



Universidad Nacional de Cuyo
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería
Ciclo de Licenciatura

Tesina Final

Úlceras por Presión (UPP)

Prevención y Manejo en Pacientes con Úlceras por Presión

Autores: Janko Natividad Celeste

Molina Romina Soledad

Mendoza, Febrero de 2021

El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada escuela o del autor o de los autores .

Acta de aprobación:

Tribunal Examinador

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....

Agradecimiento:

Nuestro agradecimiento es en primer lugar a nuestras familias, que nos han apoyado incondicionalmente en este largo camino que hemos transitado, que siempre nos han brindado las fuerzas y el apoyo, sino no hubiera sido posible.

También agradecemos a nuestros compañeros y colegas por haber contado siempre por su colaboración, al equipo docente que en todo momento nos brindaron su apoyo y nos sacaron todas nuestras dudas.

No hubiéramos llegado a donde estamos ahora sin el apoyo y el afecto de todos nuestros seres queridos.

Para todo el entorno muchas gracias.

Prefacio:

En el presente informe se intenta realizar una reflexión respecto del proceso que se lleva a cabo antes de la aparición de las Ulceras por Presión. Ya que siendo esta una de las patologías absolutamente prevenibles de poder evitarlas, aun así se puede encontrar muchos pacientes con UPP.

Es por ello que este punto nos hace pensar diferentes interrogantes tales como; si el Servicio cuenta con el personal necesario, con una buena capacitación y una responsabilidad por parte de enfermería en el manejo de dichos pacientes debido a que se los puede considerar como los encargados de la prevención y manejo de los pacientes al igual que en la educación a los familiares de los pacientes en cuanto a los cuidados hospitalarios, debido a que el enfermero es el encargado de integrar a los familiares en dichos cuidados.

Se puede encontrar la respuesta a éstos en diferentes estudios de investigación que nos llevan a la conclusión de que los enfermeros, el paciente y los familiares deben trabajar en equipo, debido que el enfermero debe cumplir su rol más importante que es la de educador, y resulta necesario que sea desarrollado al máximo, para prevenir el reingreso de los pacientes por infecciones o agravamiento de las ulceras y asegurarles un cuidado domiciliario de calidad, para que tengan una recuperación completa y favorable.

Índice general:

Portada	
Advertencia	II
Acta de aprobación	III
Agradecimiento	IV
Prologo	V
Índice general	VI
Índice de Tablas y Gráficos	VII
Capítulo I : Planteo del Problema	
Introducción	2
Planteo del problema	3
Objetivo del estudio	4
Marco teórico	5 al 17
Capítulo II: Diseño Metodológico	
Tipo de Estudio	18
Área de Estudio	19
Universo y Muestra	19
Criterios de Inclusión y Exclusión	19
Técnicas de Recolección de Datos	19
Variables Operacionalización	20
Aspecto Ético y Legal	21
Capitulo III: Resultados, Discusión y Propuesta	
Resultados	23-29
Discusión de los resultados más relevantes	30
Conclusión	31
Propuesta	32
Bibliografía	33
Apéndices y Anexos	35 - 38

Índice de Tablas y Gráficos:

Tabla y Gráfico N°1:.....	23
Tabla y Gráfico N°2:.....	24
Tabla y Gráfico N°3:.....	25
Tabla y Gráfico N°4:.....	26
Tabla y Gráfico N°5:.....	27
Tabla y Gráfico N°6:.....	28
Tabla y Gráfico N°7:.....	29

Capítulo I

Planteo del Problema

Podemos definir que las Úlceras por Presión (U.P.) se forman debido al peso corporal ejercido sobre el cuerpo humano en una zona que, en su mayoría, está formada por hueso. Una presión constante en la piel provoca la mortificación de pequeños vasos sanguíneos que son los que proveen a la piel oxígeno y nutrientes para su correcto funcionamiento. Cuando se prolonga esta situación se produce la muerte de las células.

Generalmente se localizan en: Puntos de apoyo dorsal y las Zonas más prominentes con la fregata, cadera, los Tumbos, los Tumbos, los Tumbos, los Tumbos y los Caderas. Los pacientes con movilidad reducida son los que más riesgo sufren de sufrir una U.P. que puede ser una sola o varias y no puede cambiar de posición.

Las Úlceras por Presión se forman en una zona localizada en la Columna Vertebral. Por lo que puede causar graves infecciones y en algunas ocasiones puede poner en riesgo la vida del paciente.

Debido a los procedimientos de prevención de la aparición del paciente en los Servicios de Cuidado Médico del 3º piso del Hospital Central, existen algunas personas identificadas que deben ser atendidas en las diferentes unidades.

Desde las intervenciones o procedimientos en la unidad de los pacientes se prolonga la vida de los pacientes y el bienestar del grupo de material y de los cuidadores por parte del personal de enfermería. Por todo ello es muy importante realizar una adecuada prevención de esta patología y evitar la aparición y evolución de las Úlceras por Presión.

INTRODUCCIÓN:

Podemos definir que las Úlceras por Presión (UPP) se forman debido al área de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Dicha presión constante en la piel provoca, la compresión de pequeños vasos sanguíneos, que son los que proveen a la piel oxígeno y nutrientes necesaria. Cuando la piel no recibe estas sustancias se produce la muerte de los tejidos.

Generalmente se localizan en Protuberancias óseas y las Zonas más frecuentes son la Región Sacra, los Talones, las Tuberosidades Isquiáticas y las Caderas. Los pacientes con mayor riesgo son los recluidos en una cama, que utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición.

Las Úlceras por Presión tienen una baja tendencia a la Cicatrización Espontánea. Por la cual puede causar graves infecciones y en algunas ocasiones puede poner en riesgo la vida del paciente.

Dentro de los procedimientos para garantizar la seguridad del paciente en los Servicios de Clínica Médica del 5^{to} piso del hospital central, existen funciones bien identificadas que deben ser cumplidas en las diferentes actividades.

Dadas las repercusiones que ocasiona en la calidad de vida de los pacientes, la prolongación de la estancia hospitalaria y el aumento del gasto de material y de los cuidados por parte del personal de enfermería. Por todo ello, es muy importante realizar una adecuada prevención para evitar la aparición y avance de las Úlceras por Presión.

PLANTEO DEL PROBLEMA:

¿Qué relación existe entre los Cuidados brindados de Enfermería a los pacientes Internados en los Servicios de Clínica Médica, con respecto a la aparición de las (UPP) Úlceras por Presión en el Hospital Central de Mendoza en el primer trimestre del año 2020?

Situación de riesgo a desarrollar en Hospital Central

Objetivos y justificación

- Análisis de las causas más prevalentes, relacionadas a las Úlceras por Presión (UPP)
- Aplicar la Estrategia de Información en la Investigación, Gestión y el Cuidado de Alta Calidad o PRACTICACIÓN
- Identificar a los pacientes en Riesgo de Desarrollar Úlceras por Presión (UPP)
- Determinar la Calidad de los datos que emplean los profesionales de enfermería según Protocolo
- Generar medidas preventivas

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

- **Objetivos generales:**

Determinar la Prevalencia de Úlcera por Presión (UPP) en pacientes de Alto Riesgo o en Situación de riesgo a desarrollarla en Hospital Central.

- **Objetivos específicos :**

- Analizar los Factores más prevalentes, asociados a las Úlcera por Presión (UPP).
- Analizar la Estadía de internación en la Institución, Género y si existió el Alta médica o Fallecimiento.
- Identificar a la persona en Riesgo de desarrollar Úlcera por Presión (UPP)
- Determinar la Calidad de cuidado que emplean los profesionales de enfermería según Protocolo.
- Evaluar posibles Complicaciones.

Marco teórico:

❖ **Apartado 1** : General (concepto general de la patología y su etiología)

Úlceras por presión:

Definición:

Las Úlceras por Presión son Áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante un determinado tiempo. Comúnmente se suelen formar donde los huesos están más cerca de la piel (como los tobillos, los talones y las caderas, etc.)

Etiología :

Los Mecanismos que alteran la integridad de la piel pueden ser:

- La Presión
- La Fricción
- El Cizallamiento
- La Humedad

Factores que contribuyen a una úlcera por presión:

- **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, etc
 - Deficiencias Nutricionales (por defecto o por exceso): Delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteïnemias, deshidratación, etc.
 - Trastornos inmunológicos: Cáncer, infección, etc.
 - Alteración del Estado de Conciencia: Estupor, confusión, coma, etc
 - Deficiencias Motoras: Paresia, parálisis. Etc.
 - Deficiencias Sensoriales: Pérdida de la sensación dolorosa, etc.
 - Alteración de la Eliminación (urinaria/intestinal): Incontinencia urinaria e intestinal.
 - **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.
- **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.
- **Del Desarrollo:** Relacionados con el proceso de maduración.

- Niños Lactantes: rash por el pañal.
- Ancianos: Pérdida de la elasticidad de la piel, piel seca, movilidad restringida.

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.
- Intervenciones quirúrgicas, con duración superior a tres horas, pueden provocar upp.
- Inmovilizaciones postoperatorias.
- Ingresos prolongados en UCI

❖ **Apartado 2** : lo específico (el manejo, el tipo, la prevalencia de la lesión)

Localización

Existen determinadas zonas de aparición de las úlceras por presión, por lo cual su aparición se va a ver determinada, según los puntos de apoyo en la cual se encuentre la persona

Decúbito supino

- Occipital
- Escapula
- Codo
- Sacro
- Talón

Decúbito lateral

- Costillas
- Oreja
- Cresta iliaca
- Cóndilos
- Maléolos
- Hombros
- Troncanter

Decúbito prono

- Mejilla
- Mamas
- Genitales

- Rodillas
- Punta de dedos de los pies
- nariz

Grado de evolución

Grado I

Piel intacta con eritema en un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor también pueden estar presentes

Grado II

La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, También puede presentarse como una ampolla intacta o abierta/rota llena de suero o de suero sanguinolento o una úlcera superficial brillante o seca sin esfácelos o hematomas

Grado III

Pérdida completa del grosor del tejido. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones.

Grado IV

Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuestos. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones.

NO ESTADIABLE: PROFUNDIDAD DESCONOCIDA

Pérdida del espesor total de los tejidos donde la base de la úlcera está completamente cubierta por esfácelos (amarillos, canela, grises, verdes o marrones) y/o escaras (canela, marrón o negro) en el lecho de la herida. Hasta que se hayan retirado suficientes esfácelos y/o la escara para exponer la base de la herida, la verdadera profundidad, y por tanto la categoría/estadio no se puede determinar. Una escara estable (seca, adherida, intacta, sin eritema o fluctuación) en los talones sirve como "una cobertura natural (biológica) del cuerpo" y no debe ser eliminada.

SOSPECHA DE LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS - PROFUNDIDAD DESCONOCIDA

Área localizada de color púrpura o marrón de piel decolorada o ampolla llena de sangre debido al daño de los tejidos blandos subyacentes por la presión y/o la cizalla. El área puede ir precedida por un tejido que es doloroso, firme o blando, más caliente o más frío en comparación con los tejidos adyacentes. La lesión de los tejidos profundos puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. La evolución puede incluir una ampolla fina sobre un lecho de la herida oscuro. La herida puede evolucionar y convertirse una escara delgada. La evolución puede ser rápida y puede exponer capas adicionales de tejido, incluso con un tratamiento óptimo.

Características de las úlceras por presión :

- Infección
- Necrosis
- Exudación
- Cavitación
- Tunelización
- Granulación

Valoración de riesgo:

Existen varias escalas, la más utilizada, por ser quizás la más completa es la de Norton modificada, valora el riesgo que tiene una persona de desarrollar una Úlceras por Presión. Su objetivo se centra en la detección del citado riesgo, para establecer un plan de cuidados preventivo. Incluye cinco aspectos:

- Valoración del estado físico general
- Valoración del estado mental
- Valoración de la actividad
- Valoración de la movilidad
- Valoración de la incontinencia.

Cada uno de los aspectos anteriores se valora en cuatro categorías con una puntuación que va de 1 a 4 , siendo "1" el que corresponde a mayor deterioro y el "4" el que corresponde a un menor deterioro

¿Cuándo valorar al paciente?

La valoración ha de realizarse inmediatamente al ingreso, y de forma periódica durante su estancia.

Si el paciente no tiene riesgo, reevaluar semanalmente.

Como se dijo anteriormente, se debe valorar al paciente cuando ingresa; pero se debe acentuar esa valoración si surgen estas **situaciones**:

- Intervención quirúrgica mayor a 10 horas
- Isquemia por cualquier causa
- Hipotensión
- Disminución de la movilidad
- Anemia
- Pruebas diagnósticas que requieran reposo durante al menos 24 horas
- Cambio en las condiciones del estado del paciente y su entorno

Escalas validadas

Entre este conjunto de escalas, se pueden encontrar algunas para uso general en cualquier contexto asistencial y otras destinadas a pacientes o contextos específicos -cuidados críticos, pediatría, atención domiciliaria-. Sin embargo, la mayoría de ellas no han sido sometidas a un proceso de validación adecuado, por lo que no hay garantías sobre su validez.

- Estos dos factores -muchas escalas y falta de validación- contribuyen a la confusión que se ha creado con respecto a su uso en la práctica clínica, aunque varias
- revisiones sistemáticas han venido a arrojar luz sobre el tema en los últimos años (15, 16).
- A continuación realizamos un repaso de las escalas de valoración del riesgo validadas hasta la fecha.

- **Escala de Norton**

Esta escala considera cinco parámetros: estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico y es una escala negativa, de forma que una menor puntuación indica mayor riesgo.

- **Escala de Waterlow**

Tras revisar los factores que intervienen en la etiología y la patogénesis de las UPP, Waterlow presentó una escala con seis subescalas (relación talla/peso, continencia, aspecto de la piel, movilidad, edad/sexo, apetito) y cuatro categorías de otros factores de riesgo (malnutrición tisular, déficit neurológico, cirugía y medicación).

- **Escala de Braden**

La Escala de Braden consta de seis subescalas: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas, con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices.

Los tres primeros subíndices miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada, mientras que los otros tres están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma.

- **Escala EMINA**

Al igual que la Escala de Braden tiene una buena definición operativa de términos, lo que hace que disminuya la variabilidad entre interobservadores. Las autoras (31) definen su punto de corte en cuatro, aunque otras investigaciones sugieren que, para hospitales de media estancia, el punto de corte debería ser de cinco (32).

- **Escala de Cubbin-Jackson**

Consta de 10 parámetros en total que puntúan de uno a cuatro (edad, peso, estado de la piel, estado mental, movilidad, estado hemodinámica, respiración, nutrición, incontinencia e higiene). Se trata de una escala compleja, difícil de utilizar.

Prevención de las úlceras por presión

La prevención es prioritaria dentro de los cuidados de los pacientes susceptibles de padecerlas, por lo tanto la colaboración no sólo de los profesionales sanitarios sino también del propio paciente y/o cuidadores es la manera más eficaz de tratar y cuidar a los pacientes.

Para minimizar el efecto de la presión, se recomienda considerar cuatro elementos importantes: la examinación, el mantenimiento de la piel, manejo de la presión, los cambios posturales, utilización de superficies especiales para el manejo de la presión y protección local ante la presión.

- **Examinando la piel al menos una vez al día, poniendo especial atención a:**
 - Prominencias óseas: talones, caderas, tobillos, codos, zona sacra.
 - Zonas expuestas a incontinencia. La orina, las heces, el sudor, los estomas, etc. pueden lesionar la piel y provocar lesiones.
- **Manteniendo la piel limpia y seca.**
 - Utilizar jabones o sustancias limpiadoras respetuosas con la piel y con bajo poder irritativo.
 - Lavar la piel con agua tibia, aclarar y secar meticulosamente, pero sin friccionar.
 - No utilizar alcoholes, ni colonias ya que resecan la piel.
 - Aplicar cremas hidratantes procurando que se absorban bien.
 - Si tenemos un problema de incontinencia o exceso de sudoración utilizar productos barrera, como productos con óxido de zinc que protegen y aíslan la piel de la humedad.
- **Realizando un buen manejo de la presión:**
 - Para reducir el efecto de la presión sobre nuestro cuerpo tenemos que considerar 4 elementos:
 - La movilización: que fomente el cuidado y mejore la movilidad y actividad de la persona.
 - Los cambios posturales: los cambios posturales deben realizarse cada 2-3 horas siguiendo un programa rotatorio de cambios.
 - La utilización de colchones, sobre colchones, cojines y otros dispositivos de alivio de la presión.
 - La protección local con apósitos de diferentes formas que se adaptan a la forma del cuerpo (los más comunes son las taloneras para proteger los talones).
- **Cambios posturales**
 - A la hora de realizar los cambios posturales tenga presente algunas consideraciones:
 - Si el paciente está sentado y tiene autonomía para realizar cambios de postura, realícelos cada 15 minutos.
 - Evitar apoyar al paciente directamente sobre sus lesiones.
 - Evitar arrastrar al paciente, si arrastramos al paciente podemos agravar las lesiones que tenga.
 - Evitar el contacto directo entre prominencias óseas. Ejemplo: si tenemos al paciente de lado, pondremos una almohada entre las 2 piernas para las rodillas y los tobillos no contacten entre si.
 - Evitar levantar la cabecera o los pies de la cama, sólo y en caso necesario un máximo de 30°.

- **Dispositivos de alivio de la presión** (colchones, sobrecolchones, cojines...) Existen en el mercado toda una serie de dispositivos diseñados para manejar la presión; son conocidos como colchones o sobrecolchones o cojines antiescaras.
- Hay de muchos tipos, aunque los más comunes son los sistemas de aire alternante; aunque lo que decidirá qué tipo de colchón o cojín será el riesgo que tiene la persona de padecer o sufrir úlceras por presión.

Tratamiento de las úlceras por presión:

El tratamiento debe ir encaminado a conseguir la cicatrización en el menor tiempo posible, evitando al máximo las posibles complicaciones. Determinar la etiología es fundamental para orientar las medidas de tratamiento apropiadas y es por ello que su tratamiento consta de: limpieza de la herida, desbridamiento, prevención y tratamiento de infecciones bacterianas y estimulación de la granulación y la epitelización.

- **Limpieza:** La limpieza de las lesiones debe realizarse empleando la mínima fuerza mecánica eficaz. Suele realizarse con una gasa empapada en suero fisiológico o bien irrigando la herida con suero a presión. Para que el lavado sea efectivo, la presión ejercida debe ser suficiente para arrastrar el detritus y bacterias, pero sin dañar el tejido sano ni empujar las bacterias hacia el interior de la lesión (limpiando desde el interior hacia la periferia).
- **Desbridamiento:** Su objetivo es la eliminación de tejido necrótico para impedir la proliferación bacteriana y favorecer la curación. Existen varios métodos de desbridamiento, cuya elección dependerá de la situación global del paciente y de las características del tejido a desbridar. Así, el desbridamiento sólo parece necesario para las UP de grado III ó IV, ya que al contener frecuentemente tejido desvitalizado, requieren su eliminación.
- **Desbridamiento Quirúrgico:** Constituye el método más rápido para eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos profundos o de tejido necrótico húmedo. Se trata de un procedimiento doloroso, por lo que se recomienda que sea realizado en varias sesiones y por personal especializado e incluso en quirófano. Como este tipo de desbridamiento requiere profundizar hasta que aparezca tejido sangrante.
- **Desbridamiento mecánico:** Es un método eficaz para tratar lesiones grandes y profundas, que suele realizarse con una gasa que actúa como material desbridante primario. La aplicación de la gasa seca absorbe el exudado arrastrando los restos necróticos al retirarla. Habitualmente, se emplea una gasa humedecida en suero fisiológico que se cambia cada 6-8 horas, según la cantidad de drenaje de la herida. El coágulo hidrosoluble que cubre la úlcera se disuelve y es absorbido por la gasa seca y, al retirarla, elimina el tejido necrótico superficial.

- **Desbridamiento enzimático o químico:** Se realiza mediante la aplicación tópica de enzimas (proteolíticos, fibrinolíticos) que inducen la hidrólisis del tejido necrótico superficial y ablandan la escara. Las curas deben realizarse al menos cada 24 horas, limpiando la herida previamente con suero fisiológico. Uno de los desbridantes enzimáticos más utilizados es la colagenasa o clostridiopeptidasa A, que promueve y protege la formación de colágeno nuevo.
- **Desbridamiento autolítico:** Consiste en la aplicación de un apósito oclusivo que, al crear un ambiente húmedo y anóxico, favorece que los enzimas, macrófagos y neutrófilos presentes en los fluidos de la herida actúen eliminando el material necrótico. Es la forma de desbridamiento menos traumática, más indolora y selectiva, ya que no afecta a los tejidos sanos; si bien, su acción es más lenta, requiriendo cambiar el apósito cada 5-7 días. Cualquier apósito que pueda producir condiciones de cura húmeda puede inducir desbridamiento autolítico.

APÓSITOS Y OTROS PRODUCTOS:

1. Cadexómero iodado:

Es un hidrogel biodegradable de almidón modificado, indicado en úlceras exudativas e infectadas por sus propiedades antisépticas y antifúngicas.

2. Alginatos

Son sales mixtas sódico-cálcicas del ácido algínico, polímero que se extrae de ciertas algas. Los alginatos ricos en mannurónico (Sorbsan®) forma geles blandos y flexibles; mientras que, los ricos en gulurónico, forman geles más firmes.

Están indicados en UP en estadio III ó IV muy exudativas, ya que poseen una elevada capacidad de absorción formando un gel hidrofílico que cubre la herida proporcionando un ambiente húmedo y templado que facilita la curación. Por sus propiedades hemostáticas pueden ser de utilidad en pacientes tratados con anticoagulantes, UP con predisposición a sangrar y en aquellas con abundante tejido granulomatoso. No son tóxicos ni alergénicos, ni poseen propiedades antiinfecciosas, a no ser que contengan algún antiséptico en su composición (p. ej., cloruro de benzalconio). No deben usarse en UP secas y con escaras necróticas ya que se adhieren y producen irritación. Si la UP no es excesivamente exudativa, debería colocarse un apósito que retenga la humedad encima del alginato para favorecer la reepitelización. El alginato habrá de recortarse a la medida de la UP para evitar lamaceración de la piel circundante. Para facilitar su retirada –si el apósito no está humedecido por el

Prevención y tratamiento de las úlceras por presión exudado– puede emplearse suero salino. Deben cambiarse cuando el fluido absorbido ha humedecido completamente el apósito, usualmente 3 veces por semana.

3. Poliuretanos (laminares, espumas)

Los poliuretanos en forma de lámina, película o film (Op-Site®) son láminas adhesivas semipermeables que permiten el paso de gases y vapor de agua, previniendo la penetración de humedad y la infección bacteriana. Existen numerosos productos comercializados que difieren en cuanto a su permeabilidad a los gases, capacidad de adherencia, forma y tamaño. Se utilizan en UP relativamente superficiales, con exudado mínimo o nulo y también para prevenirlas, o como apósitos secundarios. Han de cambiarse como máximo cada 7 días, cuidando no dañar el nuevo epitelio de la UP y la epidermis circundante.

Existen varios tipos de apósitos en forma de gel o de espuma (f o a m, em inglés) – con o sin bordes adhesivos– formados por poliuretano y acrilatos sódicos. Las espumas están constituidas por una capa hidrofílica interna (absorbente) y una hidrofóbica externa (no absorbente y protectora) de espuma de poliuretano, y pueden incluir carbón activado. Los geles son una lámina consistente, opaca, constituida por un gel de poliuretano, sustancia plástica absorbente. Se recomiendan para UP no infectadas en fase II ó III exudativas y que cursan con dolor, pero nunca en UP secas y con escara necrótica ni en las erosivas del músculo. Presentan una gran capacidad de absorción de exudados, alivian el dolor y tienen propiedades térmicas aislantes, no se desintegran en la herida y no emiten partículas. Además, pueden utilizarse junto a otros productos: desbridantes enzimáticos, hidrogeles, antibacterianos, etc.

Por el contrario, estos apósitos no están indicados para úlceras altamente exudativas, al desprender mal olor, originar alergias y causar irritación al retirarlas dañando la epidermis, especialmente las de bordes adhesivos. En comparación con los hidrocoloides, algunas espumas son más absorbentes, causan menos escapes y son de manipulación más fácil; si bien, su efecto cicatrizante es menor que el de los hidrocoloides.

Prevención y tratamiento de las úlceras por presión

4. Hidrocoloides

Existe una gran variedad de apósitos hidrocoloides con diferentes composiciones, basadas en carboximetilcelulosa u otros polisacáridos y proteínas (pectina, gelatina, poli-isobutileno) que, ocasionalmente, pueden causar reacciones alérgicas. Pueden ser apósitos semipermeables (impermeables a los gases) u oclusivos (impermeables a los gases y líquidos), que interactúan con los fluidos de la herida formando un gel autolítica. Se utilizan para UP en fase I, II ó III, debiendo adherirse totalmente (cubriendo al menos 2 cm. de piel sana) ya que si se despega, la UP se seca y puede infectarse. Además de sus propiedades desbridantes, los hidrocoloides mejoran la epitelización y favorecen la proliferación de nuevos vasos sanguíneos en el tejido de granulación, debido quizás a la baja tensión de oxígeno que crean. También retienen ciertas citoquinas (factores de crecimiento) en el fluido de la UP, promoviendo la cicatrización a pesar de la presencia de microorganismos (quizás, por el bajo pH que inducen).

Estos productos constituyen barreras antibacterianas eficaces, especialmente inmediatamente después del cambio de apósito. Sin embargo, a diferencia de los hidrogeles y poliuretanos, el uso de hidrocoloides —especialmente los oclusivos— no está recomendado en lesiones infectadas (especialmente por anaerobios). En general el tipo de apósito a utilizar en UP infectadas resulta un tema controvertido. Si bien es cierto que debe evitarse la oclusión en infecciones clínicas, los apósitos no oclusivos han mostrado mayores índices de infección que los oclusivos; por lo que, si se utilizan habrá de cambiarse el apósito al menos cada 3 días. Los hidrocoloides oclusivos tampoco están indicados en úlceras, debido a la reducción de oxígeno arterial suministrado; en este tipo de UP, un hidrogel podría ser la alternativa para aliviar el dolor.

Pueden utilizarse en UP secas o exudativas; y, cuando se presente exudado, se aplican en forma de polvo (UP muy exudativas) o pasta (UP cavitarias), no cubriendo más del 50% de la cavidad. No resultan apropiados en caso de UP con exudado abundante ya que, si bien son absorbentes hasta cierto grado, cuando el gel se licua por saturación, pueden producirse escapes hacia el exterior que, además de generar hedor, pueden inducir maceración y formación de una nueva UP. Aunque el cambio de apósito depende de la cantidad de exudado no se debe prolongar más de 7 días.

5. Hidrofibras:

El Aquacel®, único representante de este grupo, es un producto hecho de fibras de carboximetilcelulosa.

Comparte las acciones de los hidrocoloides y los alginatos, por lo que es muy absorbente, permitiendo que el fluido se aloje en el apósito y disminuyendo el riesgo de maceración. Además tiene propiedades gelificantes y favorece el desbridamiento autolítico. A diferencia de los demás hidrocoloides, el Aquacel® no es impermeable y requiere un apósito secundario.

6. Hidrogeles:

Existen dos tipos: los hidrogeles amorfos y los apósitos en láminas (hojas o placas) o en gránulos. Los geles amorfos contienen una gran proporción de agua (70- 90%) y diferentes sustancias (polímeros de almidón, pectina, propilenglicol, alginatos). En este sentido, el Intrasite® presenta una microestructura de enlaces cruzados que absorbe los fluidos, disminuyendo progresivamente su viscosidad y proporcionando un ambiente húmedo. Otros hidrogeles están compuestos por un gel acuoso o glicerinado entre dos capas de láminas de polietileno. Cuando el apósito se aplica a la UP, se retira la lámina interior permitiendo la liberación de oxígeno y vapor de agua en el lecho de la herida. Están indicados para UP —con exudado mínimo o moderado— de grado II y III (hidrogeles laminares) o de grado IV (en gránulos). Los hidrogeles poseen muchas de las características de un apósito ideal ya que, aún no siendo oclusivos, hidratan y alivian el dolor, y son desbridantes autolíticos eficaces (especialmente los amorfos) en superficies con esfacelos, escaras y fibrina; si bien, precisan de un apósito secundario de fijación.

Según algunos autores pueden emplearse en UP infectadas, pero otros difieren al respecto. Como inconvenientes, cabe citar que se secan fácilmente, y dan mal aspecto y hedor al exudado.

7. Absorbentes de olores (desodorantes)

Este tipo de apósitos son adecuados para UP con exudado abundante y purulento debido a infección bacteriana. El carbón activado (que nunca debe entrar en contacto con la herida), solo o asociado a otras sustancias como la plata –que inhibe el crecimiento bacteriano–, ha sido una de las sustancias más utilizadas. Tradicionalmente también se ha utilizado el azúcar granulado muy fino o en forma de pasta (con polietilenglicol y peróxido de hidrógeno), que actúa compitiendo con las células bacterianas por el agua presente en la herida.

8. Terapia VAC «suprafascial»

Tras la limpieza de la herida se aplica el denominado GranuFoam® que es una pieza de poliuretano negro reticulado con poros abiertos, que ayuda a estimular la formación del tejido de granulación y posee una alta capacidad de drenaje, es por lo tanto, especialmente adecuado para heridas de exudado intenso. El tamaño de la pieza deberá ser el mismo que el de la superficie de la herida a cubrir. Posteriormente, se cubre el poliuretano con un apósito de plástico transparente, adhesivo al que se aplicará el tubo de succión que conecta el sistema a la máquina que ejercerá la presión negativa sobre la herida. El dispositivo tiene un contenedor que permite cuantificar el débito y las características del exudado. El poliuretano está también disponible en color gris, que incluye fibras de plata, para heridas muy infectadas.

Colocación de la terapia VAC en un caso clínico de abdomen abierto.

Aplicamos una terapia VAC a una presión de 125mmHg en el caso de la modalidad «suprafascial» y a 75mmHg en los «Open abdomen», de modo continuo, con descanso de hasta 2h diarias y recambio cada 48–72h del sistema.

VALORACIÓN:

❖ DEL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE:

- La edad: a partir de los 60 años, la piel sufre cambios fisiológicos que aumentan la fragilidad y enlentecen el proceso de cicatrización
- Las enfermedades que puedan interferir en el proceso de cicatrización: diabetes, enfermedades vasculares, respiratorias, coagulopatías, deficiencias del sistema inmunitario, neuropatías...
- El tratamiento farmacológico que puede influir o alterar la cicatrización: corticoides, inmunosupresores, citotóxicos, etc.
- La presencia de factores de riesgo de UPP: inmovilidad, incontinencia, nutrición, nivel de conciencia, etc.
- La presencia de dispositivos sanitarios: sondajes, gafas nasales, mascarilla, dispositivos de ventilación mecánica no invasiva e invasiva, etc.
- El estilo de vida, hábitos tóxicos, hábitos de higiene y estado de la piel
- Problemas psicológicos/psiquiátricos

❖ VALORACIÓN DEL ENTORNO DE CUIDADOS

- La capacidad de autocuidado de la persona con UPP
- Las actitudes, habilidades, conocimientos motivación y posibilidades del entorno cuidador
- La situación socioeconómica
- Las relaciones sociales: apoyo de cuidadores

❖ VALORACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN:

- Antigüedad de la lesión
- Localización
- Categoría
- Dimensiones
- Cavitación/tunelización
- Tipo de tejido del lecho
- Estado de la piel perilesional
- Cantidad y tipo de exudado
- Signos clínicos de infección
- Dolor

Se valorará la lesión mediante parámetros unificados que deben quedar registrados de manera sistemática.

Cuidados de enfermería:

PLANES DE CUIDADOS:

- Educación sanitaria al paciente y cuidadores.
- Manejo de la presión: cambios posturales (frecuencia), actividad y movilidad, SEMP y protección local.
- Control de la humedad.
- Cuidados de la piel
- Cuidados nutricionales.

ENFERMERÍA INFORME DE ALTA

Al finalizar un episodio, la enfermera realizará un informe en el que quede constancia de la evolución del paciente a lo largo de todo el proceso asistencial. Este documento que se entregará a todos los pacientes debe de permitir la continuidad de los cuidados entre ámbitos asistenciales. A fin de garantizar la mejor transmisión de información que asegure la continuidad de los cuidados en personas con UPP o con riesgo de UPP, se recomienda que los informes incorporen la siguiente información:

- Dejar activa y actualizada al alta la Escala de Valoración del Riesgo de UPP (EVRUPP)
- Dejar actualizados y activos los formularios de declaración de UPP y/o prevención de UPP

- Dejar actualizada y activa la valoración por dominios en los que se haya registrado información relevante relativa a la prevención y tratamiento de UPP.
- Dejar activos los planes de cuidados asociados a la prevención y/o tratamiento de las UPP. El plan de cuidados debe constar con todos sus elementos estructurales: diagnóstico, resultados e indicadores, intervenciones y actividades. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión 75
- Si se considera oportuno, en el apartado de "información adicional" se podrá añadir información relevante (recomendaciones, instrucciones) dirigidas al paciente, personas cuidadoras o enfermeras de otro ámbito asistencial.

Aspecto ético y legal

Hay una incidencia elevada de úlceras por presión (UPP) teniendo en cuenta que la aparición de estas lesiones es evitable mediante la aplicación y educación de medidas preventivas en las instituciones y en el hogar. Aún más grave es la falta de un tratamiento adecuado cuando estas lesiones han aparecido por situaciones diferentes (falta de personal en el piso, sobrecarga de trabajo en el personal, desinterés de los familiares por aprender y colaborar con los enfermeros). Es evidente que la falta de una prevención o de un tratamiento adecuado de las úlceras por presión tienen una serie de consecuencias de diferentes índole y gran importancia: en primer lugar para las personas que las sufren; en segundo lugar para los profesionales, las instituciones sanitarias, y finalmente para las áreas tanto sanitarias, económicas y legales, en sentido de que es susceptible de reclamaciones y demandas judiciales.

CAPÍTULO II

Diseño Metodológico

Tipo de estudio realizado

Estudio cuantitativo no experimental descriptivo

Cuantitativo debido a variables susceptibles de medición y análisis estadístico

Transversal ya que se realizó en un determinado momento de tiempo

Descriptivo debido a la intención de describir los fenómenos con metodología cuantitativa

Período y lugar de realización

El primer trimestre del año 2022 Servicio de Cirugía Médica y Cirugía Médica Oncológica (C.M.O. y C.M.O.O.) del Hospital General

Justificación e importancia

El estudio que se realizó se realizó en el Área de Cirugía Médica del Hospital General de la Universidad de Chile como parte del Proyecto de Investigación del año 2022

Muestra

La muestra estuvo conformada por 25 enfermeras que trabajan en el primer turno y que se encarga de la atención de los pacientes en el servicio, con un total de 20 enfermeras que se encarga de la atención de los pacientes

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron al personal que se encuentra a cargo de dicho servicio durante el periodo de estudio

Instrumentos utilizados en el estudio de medición estadística

Los datos recolectados se analizaron mediante el uso de estadística descriptiva

Diseño metodológico

Tipo de estudio realizado

Estudio cuantitativo trasversal descriptivo

- **Cuantitativo:** estudio de variables susceptibles de medición y análisis estadístico.
- **Trasversal:** se estudian variables simultáneas en un determinado momento, se hace un corte en el tiempo.
- **Descriptivo:** descripción de fenómenos con metodología cuantitativa o cualitativa.

Periodo y lugar de realización

El Primer Trimestre del año 2020 Servicios de Clínica médica Este y Clínica Médica Oeste (C.M.C.E y C.M.C.O) del Hospital Central

Población o Universo:

Enfermeros que se desempeña en el Área de Clínica Médica del 5to piso del Hospital Central tanto corredor Este como del Corredor Oeste en el Primer Trimestre del año 2020.

Muestra:

Cuenta con un total de 20 enfermeros incluyendo la jefa del servicio en el primer trimestre y Oeste que cuenta con un total 23 Enfermeros incluyendo la jefa del servicio, con un total de 20 enfermeros que se tomara como referencia para dicho estudio.

Criterios de inclusión y exclusión

La representación del área específica donde se enfocaran nuestro estudio a desarrollar solo el personal que se encuentre a cargo de dichos pacientes tendientes elegidos al azar.

Metodología empleada (instrumento de medición/ recolección)

Encuestas realizadas a los trabajadores de la salud representadas en gráficos

Variable Operacionalización de Variable:

- El sexo
- La edad
- El nivel de formación
- Higiene y confort

Variables en estudio :**Enfermeros:**

Dimensión	Sub. dimensión	Indicadores			
sexo		Masculino	femenino		
Edad		20-30 30-40 40-50 50-60			
Nivel de formación		licenciados	profesional	Auxiliar	Universitarios
Lugares de desempeño		1	2	Más de 2	
Horas de desempeño laboral		36 hs	40 hs	44 hs	Más de 44 hs
Antigüedad del servicio		Menos de 1 año	Más de 1 año	2-5 años	Más de 5m años
Antigüedad laboral		Menos de 1 año	1 a 10 años	10 a 20 años	Más de 20 años
Capacitación	En el servicio				
	Por su cuenta: especifique				

Cuidados de Enfermería:

Dimensión	Sub dimensión	indicador		
Higiene y confort	• Frecuencia	Menos de 2 veces por semana	Más de dos veces por semana	No se acuerda
	• Grado de importancia	importante	Medio importante	Poco importante
	• Piel seca	mucho	Medio	Poco
Hidratación y nutrición	• Importancia de la hidratación	Mucho	Medio	Poco
	• Importancia de la nutrición	Mucho	Medio	poco
Movilización	• Frecuencia	Cada 2 hs	Cada 3 hs	Según necesidad
	• Requiere ayuda	Siempre	Casi siempre	Nunca
	• Realizan de la educación al familiar sobre la importancia de la movilización del paciente	Siempre	Casi siempre	Nunca

CAPITULO III: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTA

3.1 RESULTADOS

Tabla y gráficos referentes a la frecuencia de las lesiones de la articulación

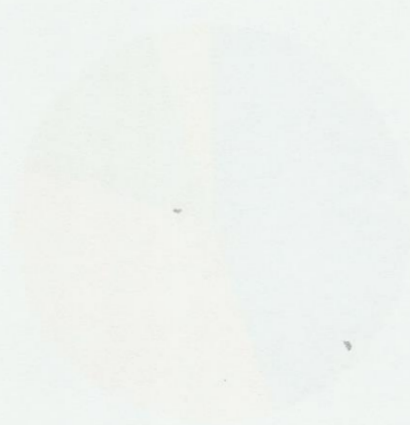
Los presentados gráficos son elaborados a través de un programa de cómputo de estadística realizado a las ordenanzas de Clínica Médica General, Centro y Clínica Médica General del Hospital Central.

Tabla N° 1: Frecuencia de la "Edad" del paciente de información de C.M.G. y C.M.G. del Hospital Central.

Edad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
25-30	4	17%
31-40	7	30%
41-50	3	13%
51-60	1	4%
Total	25	100%

3.2 DISCUSIÓN

En el presente estudio se observó que el 76% de los pacientes de la



Fuente: En el presente estudio se observó que el 76% de los pacientes de la articulación de la mano se encuentran en el rango de edad de 31 a 40 años, en el Hospital Central, lo que indica que es el grupo de edad que más sufre de esta lesión, por lo tanto se debe considerar la frecuencia de esta lesión en el grupo de edad de 31 a 40 años.

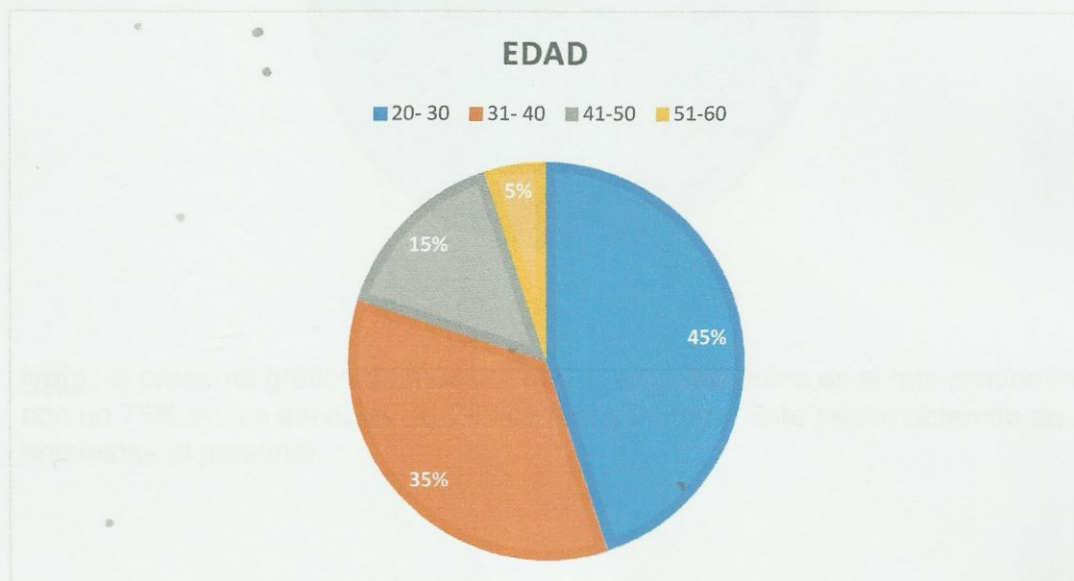
RESULTADOS:

Tablas y gráficos pertinentes a las encuestas realizadas a los enfermeros

Los presentes gráficos son expresados a través de encuestas de tipo de cerradas realizadas a los profesionales de Clínica Medica Corredor Oeste y Clínica Medica Corredor Este del Hospital Central

Tabla N°1: Representa la " Edad " del personal de enfermería de C.M.C.E y C.M.C.O del hospital central

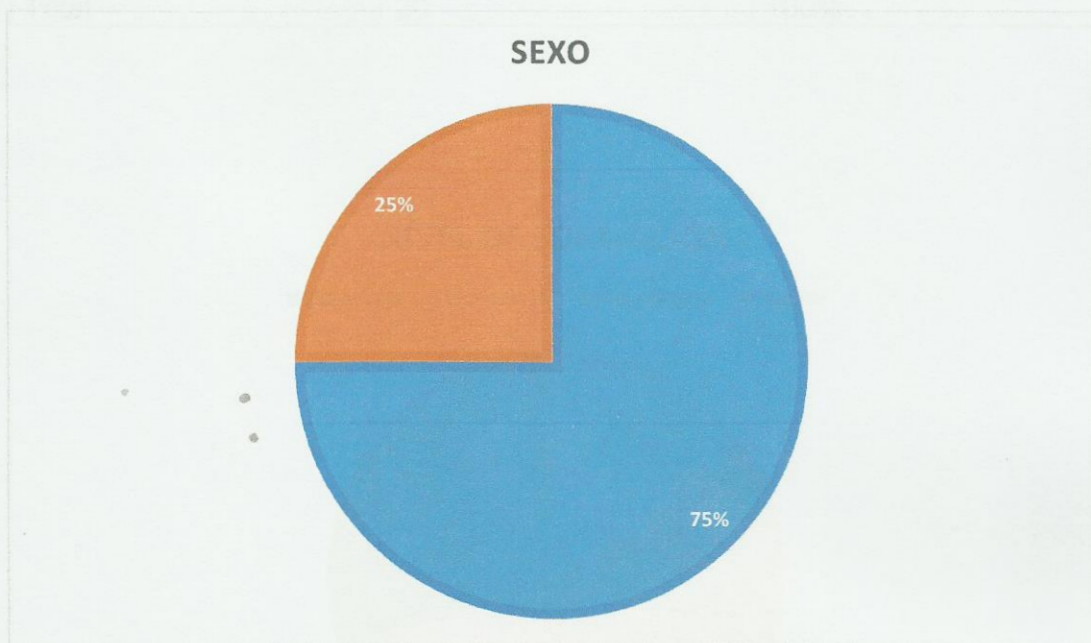
Edad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
20-30	9	45%
31-40	7	35%
41-50	3	15%
51-60	1	5%
Total	20	100%



Fuente: En el presente gráfico se denota que la edad del personal más predominante es de 20 a 30 años en ambos servicios demostrando que es el área del hospital que necesita recurso humano joven para poder sobrellevar la demanda del servicio.

Tabla N°2: Representa el " Sexo" del personal de enfermería de C.M.C.E. y C.M.C.O del hospital central

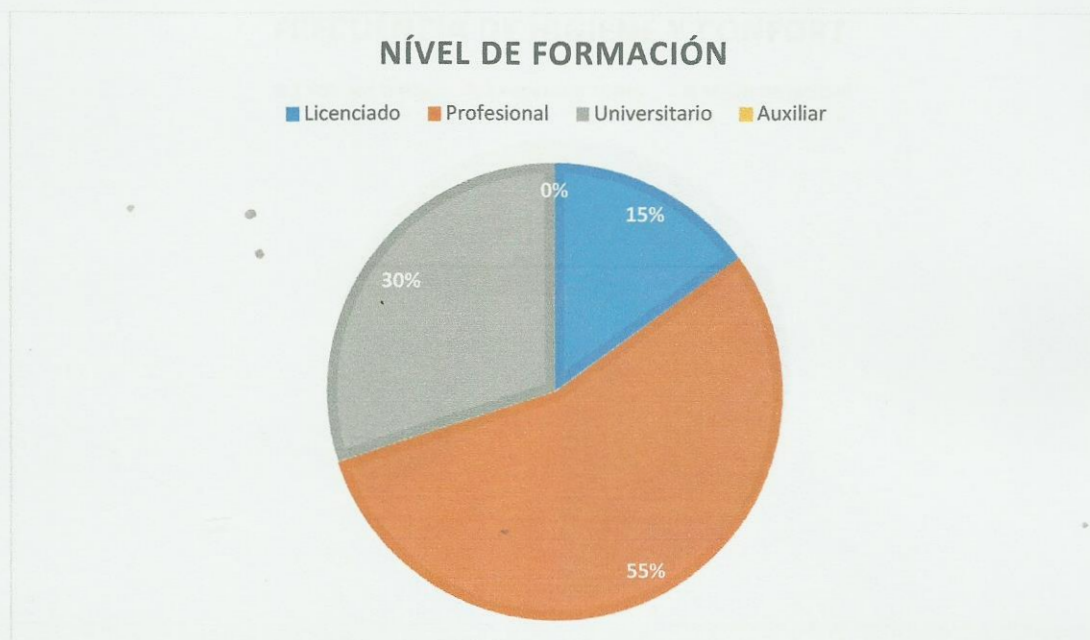
Sexo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa
femenino	15	75%
Masculino	5	25%
Total	20	100%



Nota: el presente gráfico de muestra que el sexo femenino es el que predomina con un 75% en los servicios de Clínica Médica Este y Este según obtenido de las encuestas al personal.

Tabla N°3: Representa el " Nivel de formación" que presente el servicio de C.M.C.E. y C.M.C.O del hospital central

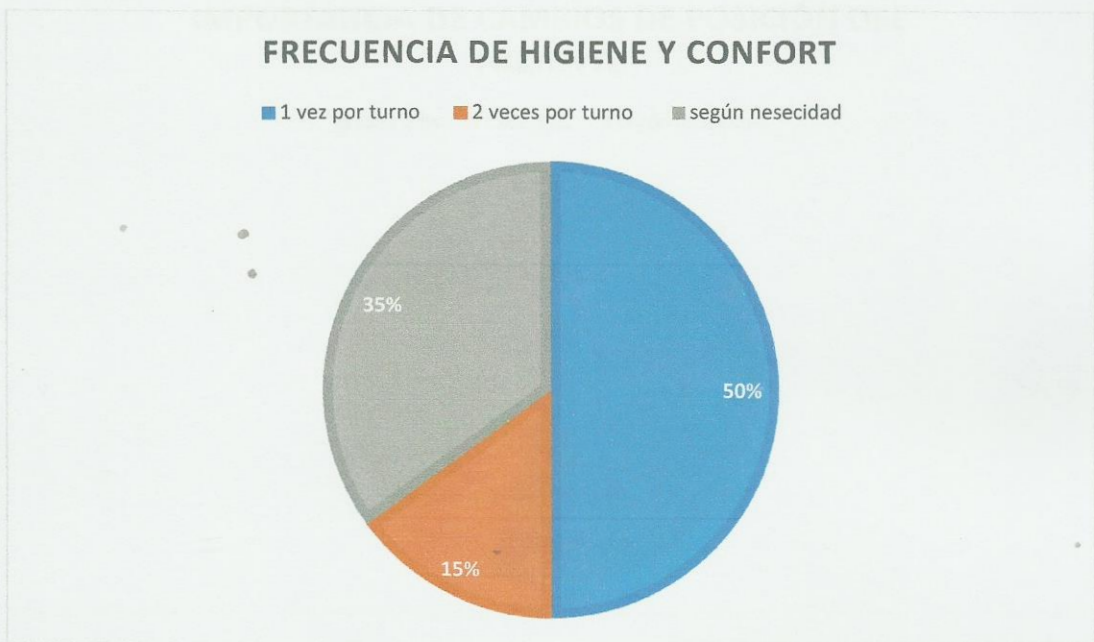
Nivel de formación	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Licenciados	3	15%
Profesionales	11	55%
Universitarios	6	30%
Auxiliares	0	0%
Total	20	100%



Nota: En este gráfico podemos observar que el nivel de formación que tienen los enfermeros es variada pero la más predominante son los enfermeros profesionales que se han recibido de diferentes instituciones

Tabla N°4 : Representa la " Frecuencia de la higiene y confort " realizados por el personal de enfermería de C.M.C.E y C.M.C.O del Hospital Central

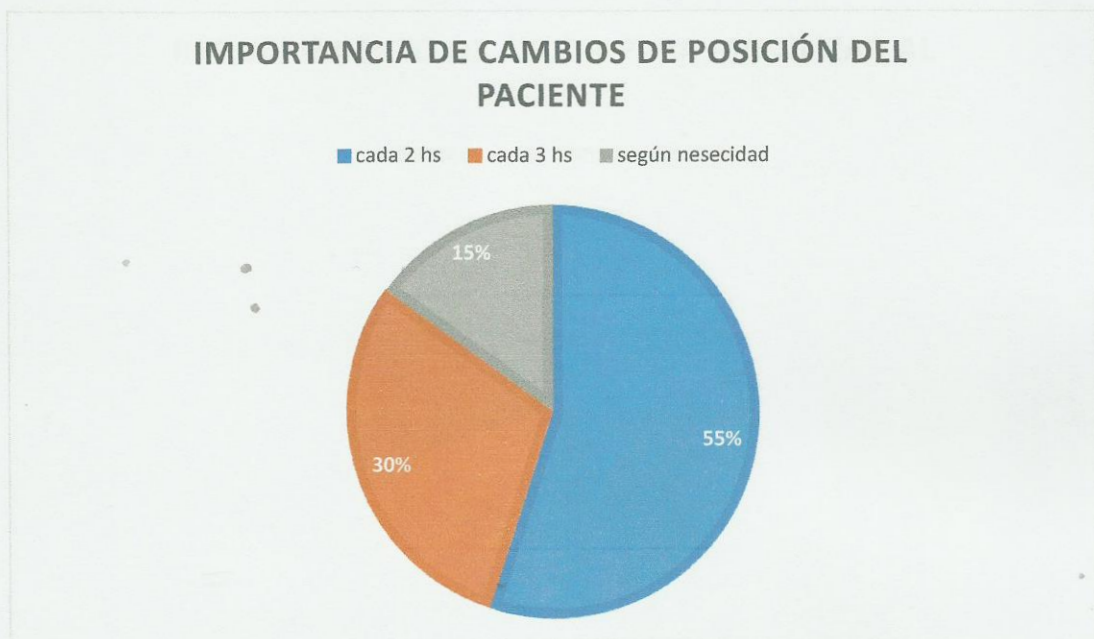
Frecuencia de higiene y confort	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1 vez por turno	10	50%
2 veces por turno	3	15%
Según necesidad	7	35%
Total	20	100%



Nota: En este gráfico podemos darnos cuenta que en las encuestas realizadas el 50% de los encuestados refiere que por lo menos realizar Higiene y Confort una vez por turno y también podemos observar que el 35% de los mismos realizan solo higiene y confort dependiendo de la necesidad del paciente.

Tabla N°5: Representa la "Importancia del cambio de posición del paciente" en C.M.C.E y C.M.C.O del Hospital Central

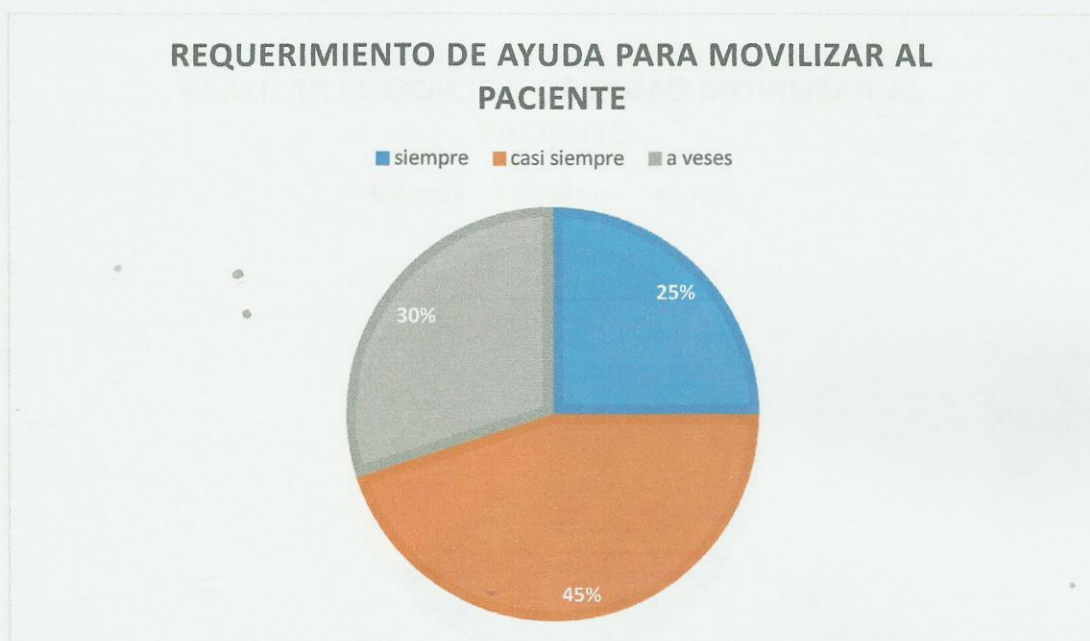
Importancia de Cambio de Posición del Paciente	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Cada 2 hs	11	55%
Cada 3 hs	6	30%
Según necesidad	3	15%
Total	20	100%



Nota: En este gráfico podemos destacar que un 55% de los profesionales realizan el cambio postural del paciente cada 2 hs y solo un 15% a firmado que lo realiza solo según la necesidad del paciente.

Tabla N°6: Representación del "Requerimiento de ayuda para movilizar al paciente" en C.M.C.E. y C.M.C.O del Hospital Central

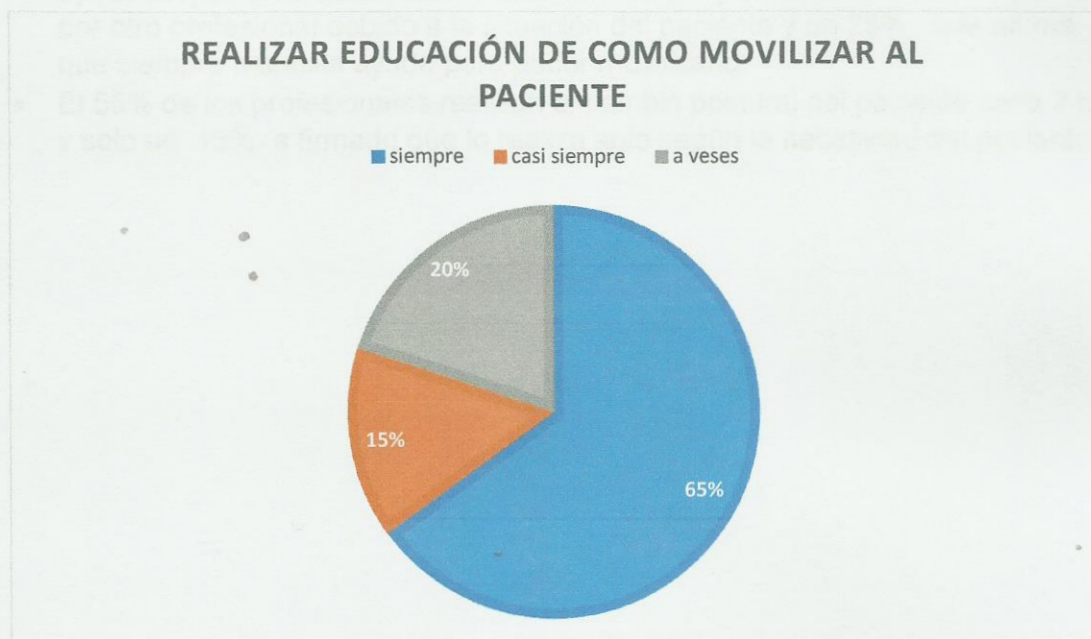
Requiere ayuda para movilizar al paciente	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Siempre	5	25%
Casi siempre	9	45%
A veces	6	30%
Total	20	100%



Nota: En el presente gráfico se demuestra que un 45% de los enfermeros del Hospital Central requiere casi siempre de la ayuda al momento de realizar la movilización del paciente tanto por el familiar o por otro profesional debido a la situación del paciente y un 25% que afirma que siempre necesita ayuda para poder movilizarlo.

Tabla N°7: Representa la " Realización de la Educación de como movilizar al paciente " a los familiares C.M.C.E. y C.M.C.O del Hospital Central

Realizar educación de como movilizar al paciente	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Siempre	13	65%
Casi siempre	3	15%
A veces	4	20%
Total	20	100%



Nota: En esta representación gráfica se demuestra que en los servicios de ambas clínicas un 65% de encuestados siempre realiza la educación tanto a los familiares como a los cuidadores de como movilizar al paciente y un 20% afirma que a veces lo suele realizar.

Discusión de los Resultados más Relevantes:

Mediante el Análisis de las Tablas y Gráficos elaborados por el equipo investigador en base a los Datos del Hospital Central de Mendoza de los cuales se extrajo el objetivo de estudio de (UPP) Ulcera de Presión en el primer trimestre de 2020

- El 45% corresponde al Rango de edad del personal de Enfermería de ambas Clínicas del Hospital Central es de 20 a 30 años en ambos servicios demostrando que es el área del hospital que necesita recurso humano joven para poder sobrellevar la demanda del servicio.
- El 45% de los enfermeros del hospital central requiere casi siempre de la ayuda al momento de realizar la movilización del paciente tanto por el familiar o por otro profesional debido a la situación del paciente y un 25% que afirma que siempre necesita ayuda para poder movilizarlo.
- El 55% de los profesionales realizan el cambio postural del paciente cada 2 hs y solo un 15% a firmado que lo realiza solo según la necesidad del paciente.

Conclusión:

Como resultado de la Investigación presentada llegamos a la conclusión que se pudo dimensionar sobre los cuidados de enfermería favorecen y previenen la aparición de Ulcera por Presión (UPP), por lo tanto enfermería debe enseñar a los familiares o a cuidadores como evitarlas y así satisfacer la salud del paciente, como así también prevenir las consecuencias indeseables, secuelas irreversibles.

Propuesta:

La forma más efectiva para evitar complicaciones en la internación de paciente con alto riesgo de presentar UPP es la prevención.

Por lo tanto el rol del enfermero es primordial en este aspecto, sobre todo porque es uno de los agente responsable de transferir conocimiento a la familia y/o cuidadores para evitar es riesgo.

El momento ideal del enfermero para desempeñar este rol de educador, es cuando se realiza higiene o curaciones de los pacientes internados ya que es en ese momento donde hay más comunicación tanto con el paciente y los cuidadores o familiares donde se los ayuda y ellos aprende al mismo tiempo a como manejar al paciente

Como primer propuesta se debería

- Conformar un protocolo de la recepción del paciente con patologías que le impidan su movilidad como (traumatológicas, neurológicas, etc.) y sobre todo hacer en el examen físico cefalocaudal para descartar la existencia de UPP ya existentes o del alto riesgo de la aparición de los mismos
- Conformar un protocolo a seguir en caso de aparición de úlceras.
- Hacer hincapié en la educación de los cuidadores y o familiares sobre el manejo y el cuidado del paciente
- Invitar a la familia y/o cuidadores a participar de toda la información que pueda brindar la institución sobre Úlcera por Presión
- El Control de Factores de Riesgos como los intrínsecos (estado general del paciente, nivel de movilidad del paciente, estado nutricional, nivel de hidratación del paciente), factores extrínsecos (presión, fricción, cizalla, microclima o humedad)
- Enseñar a los familiares a reconocer signos de alertas tempranas que puedan aparecer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Rodríguez M. et al. Cuidados de Enfermería al paciente con upp. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar, 2004.

Disponible en:

<https://www.ulceras.net/monografico/109/97/ulceras-por-presion-etiotopogenia.html>

- Prevención y Tratamiento de Ulcera por Presion.2010

Disponible:

<https://www.sati.org.ar/documents/Enfermeria/cuidados%20generales/ulceras%20por%20presion.pdf>

- Abad R, Gutiérrez A, Ubis A. Gestión de cuidados de enfermería; manual de usuario OsaNAIA. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza, Subdirección de Enfermería; 2013.

Disponible en:

https://gneaupp.info/wpcontent/uploads/2018/01/guiaXosakidetza_2017.pdf

- García Fernandez,FP,Pancorbo Hidalgo PL, Laguna Parras JM:Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas

Disponible en:

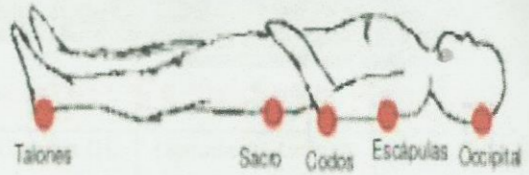
<https://enfermeriabuenosaires.com/escalas-de-ulceras-por-presion>

Apéndices y Anexos



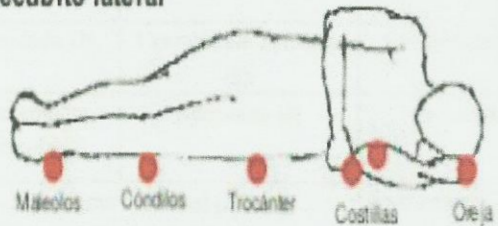
DECÚBITO SUPINO
Occipital Escápula Codo Sacro Talón

Decúbito supino



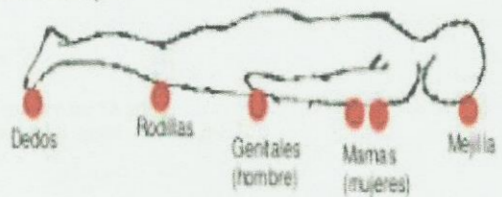
DECÚBITO LATERAL
Costillas Oreja Cresta iliaca Cóndilos Maleolos Hombro Trocánter

Decúbito lateral



DECÚBITO PRONO
Mejilla Mamas Genitales Rodillas Punta dedos de los pies Nariz

Decúbito prono








Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

PERCEPCIÓN SENSORIAL.	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4)
ACTIVIDAD.	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
MOVILIDAD.	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
NUTRICIÓN.	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4).
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.

ANEXO I. TRATAMIENTO DE LAS UPP

ESTADIO		OBJETIVOS	TRATAMIENTO		
Piel íntegra		Mantener el film hidrolipídico protector de la piel	Ácidos grasos hiperoxigenados Apósito hidrocoloide		
I		Prevención y protección de la zona enrojecida Mejorar la resistencia de la piel y minimizar el efecto de la anoxia tisular	Ácidos grasos hiperoxigenados Apósito hidrocoloide o apósito hidropolimérico		
II		Mejorar la resistencia de la piel y minimizar el efecto de la anoxia tisular Favorecer la regeneración tisular	Hidrogel en lesión no exudativa o alginato de calcio en lesión exudativa Apósito hidropolimérico		
III		SOSPECHA INFECCIÓN	NO	Favorecer la epitelización	Apósito hidropolimérico
		SI	Reducir la carga bacteriana	Apósito de plata Apósito hidropolimérico	
IV		NECROSIS/ESFAGELOS	NO	Favorecer la epitelización	Apósito hidropolimérico
		SI	Eliminar el tejido no viable	a) Desbridamiento enzimático Colagenasa b) Desbridamiento autolítico Hidrogel c) Desbridamiento quirúrgico	
IV		EXUDADO	NO	Ambiente húmedo	Hidrogel Apósito hidropolimérico
		SI	Evitar la maceración	Alginato de calcio Apósito hidropolimérico	

