



ESCUELA DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRABAJO FINAL

Tema: “Úlceras por Presión”

Autores: Eloy Huaranca, Ángel David Choque

Docentes: Lic. Jorge MICHEL, Lic. Ana Inés FERNANDEZ, Lic. Estela
FRANCO, Bioq. Marcos GIAI

Mendoza, Noviembre de 2022

“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 los autores”.

Incluirá una preforma a utilizar por el tribunal examinador:

Presidente:

Vocal1:

Vocal2:

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

Agradecimientos y/o dedicatoria

En primer lugar, agradecer a quienes hicieron que esta tesis fuera posible, a quienes nos guiaron para su realización y los cuales nos acompañaron durante todo el camino, al Lic. Jorge Michel por su paciencia y apoyo, al Lic. Marcos Gai por su tarea minuciosa y dedicada en la guía y corrección de este escrito.

Del mismo modo la colaboración del personal del Hospital Central

Personalmente está dedicada a nuestra familia, quiénes nos acompañaron con amor y paciencia desde el inicio de nuestra carrera.

A todos muchas gracias.

PRÓLOGO O PREFACIO

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal determinar el conocimiento que posee el personal de enfermería, en cuanto a úlceras por presión.

Mediante este estudio pretendemos determinar el grado de conocimiento que posee el enfermero de UTI, debido a la gran demanda requerida por el sistema de salud durante la pandemia COVID. Para su presentación se lo estructuro en: Capítulo 1: planteo del problema, Capítulo 2: diseño metodológico, Capítulo 3: resultados y propuestas.

ÍNDICE GENERAL

Advertencia.....	I
Acta de aprobación.....	II
Agradecimiento.....	III
Prologo.....	IV
Índice de tabla y grafico.....	VII
Resumen.....	VIII

CAPITULO 1

Introducción.....	Pág.1
Planteo del problema.....	Pág.2
Formulación del problema.....	Pág.3
Objetivos de estudio.....	Pág.3
Marco teórico.....	Pág.4
Apartado 1	Pág.4
- Úlceras por presión.....	Pág.4
- Clasificación de las UPP.....	Pág.5
- Factores de riesgo.....	Pág.7
- Dermatitis asociada a incontinencia “DAI”.....	Pág.10
- Diferencia entre la DAI y las UPP.....	Pág.11
Apartado 2.....	Pág.13
- Cuidados de las UPP.....	Pág.13
- Escala de Braden.....	Pág.14
- Tratamientos médicos de las UPP.....	Pág.19
- Tratamientos quirúrgicos de las UPP.....	Pág.25
Apartado 3.....	Pág.29
- Prevención de úlceras en el servicio.....	Pág.29
- Tratamiento de las úlceras por presión.....	Pág.30

CAPITULO 2

Diseño metodológico.....	Pág.32
Operacionalización de la variable.....	Pág.33
Análisis, procesamiento y presentación de datos	Pág. 34

CAPITULO 3

Resultados más relevantes.....	Pág.46
Interpretación y análisis de datos.....	Pág.47
Conclusión.....	Pág.49
Propuestas.....	Pág.50
Referencia bibliográfica.....	Pág.51
Anexos.....	Pág.53

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla y grafico N°1.....	Pág.34
Tabla y grafico N°2.....	Pág.35
Tabla y grafico N°3.....	Pág.36
Tabla y grafico N°4.....	Pág.37
Tabla y grafico N°5.....	Pág.38
Tabla y grafico N°6.....	Pág.39
Tabla y grafico N°7.....	Pág.40
Tabla y grafico N°8.....	Pág.41
Tabla y grafico N°9.....	Pág.42
Tabla y grafico N°10.....	Pág.43
Tabla y grafico N°11.....	Pág.44
Tabla y grafico N12.....	Pág.45

RESUMEN

Tema: Úlceras por presión.

Autores: Eloy Huaranca, Angel Choque.

Lugar: El área de estudio es el Servicio de terapia intensiva del Hospital Central.

Introducción: Las úlceras por presión (UPP) constituyen uno de los problemas de enfermería más frecuentes en los servicios de terapia intensiva. Este trabajo de investigación se realizará en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital Central, abarcando las terapias comunes y las dedicadas a los pacientes con Covid – 19.

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas.

Estos aparecen a través de distintos factores, como el estado nutricional del paciente, el tiempo que esté hospitalizado, afecciones médicas que afectan el flujo sanguíneo.

Objetivo general: Valorar el grado de conocimiento del personal de enfermería en la UTI en cuanto al tratamiento de las úlceras por presión en el Hospital Central.

Objetivos específicos: Identificar qué cantidad de enfermeros conoce la escala de Braden; Determinar el conocimiento sobre la diferencia entre UPP y DAI; Demostrar los tipos de tratamiento utilizados en UPP

Material y método: cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

Población y muestra: 33 enfermeros que trabajan en los servicios de terapia intensiva del Hospital Central Mendoza. Se utiliza una encuesta con respuestas al conocimiento y pensamiento del encuestado.

Resultados: los resultados significativos son: el 82% del personal encuestado es de sexo femenino, un 55% del personal tiene un rango de edad entre 21 a 30 años lo que nos dice que además un 76% es personal nuevo que tiene un rango de antigüedad en el servicio de 1 a 3 años, el 100% coincide que rotar al paciente cada 2 horas es el mejor método para prevenir las UPP, un 79% sabe que escala se utiliza para evaluar riesgo de UPP y el 100% está de acuerdo en recibir una capacitación acerca de las UPP.

Conclusión: Podemos concluir que a pesar de que la mayor parte del personal del servicio es joven entre 21 a 30 años y no lleva más de 3 años de antigüedad en el Hospital, aun así, posee amplios conocimientos sobre úlceras por presión, lo cual se pudo comprobar con los resultados de la investigación desarrollada.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) constituyen uno de los problemas de enfermería más frecuentes en los servicios de terapia intensiva. Este trabajo de investigación se realizará en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital Central, abarcando las terapias comunes y las dedicadas a los pacientes con Covid – 19.

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. Estos aparecen a través de distintos factores, como el estado nutricional del paciente, el tiempo que esté hospitalizado, afecciones médicas que afectan el flujo sanguíneo.

En primera instancia determinaremos las definiciones de las UPP, factores de riesgo, zonas donde se producen con más frecuencia, diferentes clases de úlceras que comprometen el tejido óseo (estadios I, II, III, IV), las técnicas y conocimiento profesional de enfermería sobre el tratamiento.

Haremos más énfasis en el tratamiento y las técnicas utilizadas en la curación de las UPP ya que se realizan diversas técnicas de acuerdo al criterio de cada médica y evaluando la evolución de la úlcera de cada paciente.

PLANTEO DEL PROBLEMA

Este proyecto de investigación surge a raíz de que se observó que en el Hospital Central hubo una gran demanda del personal de salud durante la pandemia COVID, por lo cual se vio afectado cada uno de los servicios de la institución, más que nada los servicios de clínica médica y las terapias intensivas, lo cual llevo al hospital la necesidad de contratación de personal y en el que ingresaron personal recién graduados.

Sabemos que las UPP son el resultado de un conjunto de interacciones entre innumerables factores de riesgo tantos dependientes como independientes de enfermería, y es ahí donde surge el rol de enfermería y sus conocimientos, debido a que gran parte de las UPP son evitables y por ello es prioritaria la prevención.

En el siguiente trabajo se tratará de evaluar el conocimiento del personal de enfermería incluyendo al nuevo personal y sus distintos conocimientos sobre las UPP, sus estadios y el tratamiento adecuado en las unidades de terapia intensiva debido a que esta patología es una de las más comunes en pacientes internados. Es por eso que se instala la preocupación por esta problemática.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de conocimiento de los enfermeros de la UTI en cuanto al tratamiento de las úlceras por presión en el Hospital Central en el 2022?

OBJETIVOS

General:

- Valorar el grado de conocimiento del personal de enfermería de UTI del Hospital Central en cuanto al tratamiento de las úlceras por presión.

Específicos:

- Identificar qué cantidad de enfermeros conoce la escala de Braden.
- Determinar el conocimiento sobre la diferencia entre UPP y DAI.
- Demostrar los tipos de tratamiento utilizados en UPP.

MARCO TEÓRICO

APARTADO 1

ÚLCERAS POR PRESIÓN

Definición

La úlcera por presión es una lesión que se desarrolla en la piel, como consecuencia de un proceso de isquemia (falta de oxígeno en el tejido), que puede lograr afectar todas las capas de la piel, y también articulaciones, músculos, tejido óseo. Es también denominada escara, que es la presencia de tejido necrótico en una herida, en la actualidad este término dejó de usarse debido a que la escara se reconoce como un estadio evolutivo de las UPP. (1)

Existen muchos términos utilizados para referirse a la misma entidad: escaras por decúbito, heridas de la cama y úlceras por presión. No todas estas úlceras se producen por el decúbito o por el estar postrado en una cama, por lo que el término preferido es úlceras por presión ya que, además, hace referencia al mecanismo fisiopatológico más importante. (2)

Etiopatogenia de las UPP

Factores extrínsecos:

Presión

Una de las primeras causas que favorece la formación de úlceras es la presión directa. Es una fuerza que actúa de manera perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad y que provoca la compresión tisular entre dos planos: uno interno (plano esquelético y prominencias óseas) y el otro externo (cama, sillas, sondas) o contrapuesto entre planos óseos del mismo paciente. Si se ejercen presiones mayores a la presión capilar (12 a 32 mmHg) en cualquier parte durante un tiempo prolongado, se origina un proceso de isquemia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes provocando una degeneración de los tejidos que con el tiempo produce una necrosis tisular.

Humedad y Xerosis

La humedad se asocia a incontinencia urinaria, fecal o mixta y/o a sudoración excesiva, que alteran la barrera cutánea y modifican el manto de ácidos grasos protectores de la piel, favoreciendo la maceración, condición que permite que sea más lábil a ulcerarse. Además de estos cambios, también se altera la flora bacteriana. Esto aumenta la colonización de gérmenes sobre la zona afectada y da como resultado final un microclima facilitador de las UPP. Por otro lado, la sequedad extrema presente en la mayoría de los pacientes gerontes, conducen a una pérdida de la elasticidad de la piel y, ante mínimos cambios de postura o traumatismos, se generan pequeñas laceraciones que serán el origen de nuevas UPP.

Fricción

Es la fuerza que actúa en forma paralela a la piel, produciendo despegamiento de la piel con ruptura epidérmica, generalmente por el roce de sábanas o de cualquier superficie áspera. El roce genera un trauma que conduce a la inflamación con eritema y ampollas por despegamiento.

Factores intrínsecos:

Enfermedades o factores asociados

Son todas aquellas patologías que llevan a una disminución de la sensibilidad y la movilidad, como enfermedades neurológicas, estado de coma y cirugías prolongadas, entre otras.

Estado nutricional e hidratación

El déficit proteico, calórico, de zinc y vitaminas A y C, se asocian con el desarrollo de UPP. En estos pacientes hay un aumento de los requerimientos proteicos y vitamínicos. Por otro lado, la mala hidratación de la piel favorece la formación de arrugas con generación de fuerzas tangenciales.

Edad avanzada

Se produce adelgazamiento y aplanamiento de la epidermis. En la dermis hay pérdida del espesor debido a la disminución de colágeno y fibras elásticas.

Asimismo, se observa disminución de la lubricación y la humedad, por disminución del número de glándulas sebáceas y sudoríparas.

Medicación

Distintos medicamentos pueden aumentar el riesgo de desarrollar UPP. Los esteroides aumentan la fragilidad cutánea y enlentecen el proceso de regeneración tisular. Los simpaticomiméticos y las drogas vasoconstrictoras pueden generar una disminución de la perfusión tisular periférica y del aporte de oxígeno, elemento básico para mantener el trofismo y la vitalidad de la dermis. Los fármacos citotóxicos afectan al sistema inmunitario, fundamental para detectar el daño y activar el proceso reparativo. Por último, los sedantes e hipnóticos, así como los fármacos para tratamiento de dolor crónico favorecen la inmovilidad. (17)

La presión de oclusión capilar es de 20 mmHg²

En base a distintos estudios sobre la presión capilar normal, se estima que la presión de oclusión capilar a efectos prácticos es de 20 mmHg, considerada como cifra de referencia y sujeta a las particularidades individuales de cada paciente. La presión y el tiempo son inversamente proporcionales, de tal forma que presiones pequeñas mantenidas durante periodos de tiempo prolongados podrían originar lesiones por presión. Así, presiones de 70 mmHg mantenidas durante dos horas serían suficientes para generar lesiones isquémicas. (3)

Clasificación de las UPP

La UPP se clasifica en 5 grados, la cual no es evolutiva, es decir que para que un paciente tenga una úlcera grado IV no es necesario que transite los grados anteriores. Cuando la necrosis impide la valoración de la profundidad afectada de los tejidos, se conoce como estadio 0 o no clasificable.

La clasificación de la úlcera se basa en la profundidad y tipo de tejido comprometido. Es la clasificación más utilizada y se basa en la Conferencia de Consenso realizada en 1989 en Estados Unidos (Panel Nacional para Úlceras por Presión) y que en 1992 fue avalada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de ese mismo país. (4)

UPP Estadio I

Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por una zona eritematosa que no es capaz de recuperar su coloración habitual en treinta minutos. La epidermis y la dermis están afectadas, pero no destruidas. En pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados (Figura 2). En comparación con un área adyacente u opuesta del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: – temperatura de la piel (caliente o fría), – consistencia del tejido (edema, induración), – y/o sensaciones (dolor, escozor).

UPP Estadio II

Úlcera superficial que presenta erosiones o ampollas con desprendimiento de la piel. Pérdida de continuidad de la piel únicamente a nivel de la epidermis y dermis parcial o totalmente destruidas.

UPP Estadio III

Úlcera ligeramente profunda con bordes más evidentes que presenta destrucción de la capa subcutánea. Afectación del tejido muscular. Puede existir necrosis y/o exudación. Según algunos autores su extensión hacia abajo no traspasa la fascia subyacente.

UPP Estadio IV

Úlcera en forma de cráter profundo, que puede presentar cavernas, fístulas o trayectos sinuosos con destrucción muscular, hasta la estructura ósea o de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). Exudado abundante y necrosis tisular. En todos los casos que proceda, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera, sirviendo la zona de afectación estructural más profunda de la totalidad de la lesión para definir el estadio en que se encuentra.

(5)

Factores de riesgo

Incontinencia: El tejido cutáneo se vuelve más sensible con la exposición prolongada a la orina y las heces.

Afecciones médicas que afectan el flujo sanguíneo: Algunos problemas de salud que pueden afectar al flujo sanguíneo, como la diabetes y las enfermedades vasculares, pueden aumentar el riesgo de daño en los tejidos.

Pérdida de la percepción sensorial: Las lesiones de la médula espinal, los trastornos neurológicos y otras afecciones pueden ocasionar una pérdida de la sensibilidad, y es así como la incapacidad para sentir dolor o malestar puede dar lugar a que no se tengan en cuenta las señales de advertencia.

Inmovilidad: puede deberse a una salud debilitada y algún daño en la médula espinal.

Nutrición e hidratación deficientes: Las personas necesitan suficientes líquidos, calorías, proteínas, vitaminas y minerales en su dieta diaria para mantener la piel sana y evitar la ruptura de los tejidos.

Complicaciones asociadas a UPP

Infecciones

Dentro de las infecciones se describen miasis, infección de partes blandas, fascitis necrotizante, osteomielitis, fístulas, endocarditis, artritis séptica y sepsis.

Cancerización

Las heridas no cicatrizadas a largo plazo pueden convertirse en un tipo de carcinoma de células escamosas, a las que se denomina históricamente, úlceras de Marjolin.

Aurelius Cornelius Celsus fue el primero en describir la aparición de cáncer sobre cicatrices antiguas de quemaduras, en el siglo I a. C, pero el término UM se debe al cirujano francés Jean-Nicholas Marjolin quien, en 1828, denominó a esta entidad como “úlceras verrugosas” refiriéndose a la formación de úlceras en cicatrices de quemaduras sin reconocerlas como malignas hasta el 1903, cuando Da Costa acuñó el término de “Úlcera de Marjolin” para describir la malignización de una herida crónica sobre una cicatriz de quemadura identificándose con su denominación actual. (6)

Depresión

La presencia de una lesión cutánea, puede provocar un cambio importante en las actividades de la vida diaria debido a problemas físicos, emocionales o sociales, que pueden generar un déficit en la demanda de autocuidados y en la capacidad de proveer esos autocuidados. Esto, sumado a la presencia de la úlcera, deja al paciente en condiciones de sentirse rechazado. Es vital trabajar con el aseo y considerar como parte de las estrategias de tratamiento para evitar los olores de las heridas. Es importante la valoración del estado psicológico y el acompañamiento terapéutico de los pacientes con patologías crónicas.

Localización de la UPP según posición

- Decúbito supino: occipital, escápulas, codos, sacro y coxis, talones.
- Decúbito lateral: pabellón auricular, escápulas(acromion), costillas, trocánter y crestas ilíacas, cóndilos(rodilla), tibias y maléolos tibiales.
- Decúbito prono: frente, pómulos y pabellón auricular, acromion, pechos, crestas ilíacas, genitales (en los hombres), pubis, rodilla, dedos de los pies.
- Sedestación: escápulas, codos, sacro y tuberosidades isquiáticas.
- Contención mecánica y otros dispositivos: fosas nasales (con sondaje), pabellón auricular (con gafas nasales), meato urinario (con sondaje vesical), muñecas y tobillos (con sujeciones).

POSICIONES BÁSICAS RECOMENDADAS PARA ROTAR A LOS PACIENTES

1. Decúbito dorsal con 30° de rotación hacia la derecha
2. Decúbito dorsal con 30° de rotación hacia la izquierda
3. Decúbito ventral con 30° de rotación hacia la derecha
4. Decúbito ventral con 30° de rotación hacia la izquierda
5. Decúbito dorsal aliviando la presión con un triángulo debajo de la región glútea derecha.
6. Decúbito dorsal aliviando la presión con un triángulo debajo de la región glútea izquierda

7. Decúbito dorsal con elevación de la cabecera en 30° y control en la posición de los pies
 8. Decúbito dorsal con flexión de caderas y rodillas y control de ambos pies.
- (7)

DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA “DAI”

La dermatitis asociada a incontinencia (DAI) forma parte de las dermatitis irritativas de la piel. La cual se presenta con un conjunto de manifestaciones clínicas, que abarcan desde una inflamación de la superficie cutánea, con enrojecimiento, edema y, en algunos casos, vesículas con exudado claro, hasta la presencia de erosión o denudación de las capas superficiales de la piel, en el extremo más grave. Este cuadro está motivado por la exposición crónica a orina y materia fecal, a nivel de la zona perineal o peri genital.

Etiopatogenia

Los factores que se asocian con la aparición de DAI en pacientes que residen en centros de cuidados especiales incluyen: la perfusión de oxígeno, los déficits nutricionales, los estados febriles y la limitación de la movilidad que favorecen a los movimientos con fricción, en el intento de movilidad del paciente. La oclusión de la piel por tiempo prolongado, aumenta excesivamente la transpiración y puede generar maceración afectando la barrera de protección de la piel, también se destaca la frecuencia con la que se cambian estos productos absorbentes (pañales toallas higiénicas). La inflamación de la piel que caracteriza a la DAI resulta de la exposición a la orina, materia fecal o ambas.

La orina promueve la inflamación mediante la hidratación excesiva del tejido cutáneo, y el aumento del PH, asimismo incrementa la fricción de la piel con los productos absorbentes, la vestimenta o ropa de cama, y al entrar en contacto con las heces activará las enzimas que están presentes en la materia fecal (lipasas y proteasas). La hiperhidratación del estrato córneo (capa externa), disminuye la tolerancia cutánea a la presión y la fricción y genera un área de vulnerabilidad. Las heces irritan el tejido cutáneo debido a la actividad enzimática, la flora intestinal y la humedad excesiva, y el riesgo aumenta cuando las deposiciones son líquidas. (8)

Diferencias entre la DAI y las UPP

Es de destacar que la presencia de ambas patologías en forma concomitante es habitual debido a que tienen como denominador común el mismo factor de riesgo, la ruptura de la barrera cutánea que conduce a la pérdida de la función protectora. En este punto se remarca que, en las UPP, si bien la humedad forma parte del complejo de factores ambientales, el principal elemento etiopatogénico es la presión. Por el contrario, la fisiopatogenia de la DAI, se basa en la alteración de la barrera cutánea relacionada con la humedad, motivo por el cual, las lesiones se localizan en la región perianal y en los pliegues. (18)

El objetivo del manejo terapéutico debe centrarse en el control de la humedad y no el manejo de las presiones, como sucede en las UPP.

Prevención

La prevención consiste en evitar y minimizar la exposición cutánea a las heces y la orina, mediante la implementación de un plan de cuidado de la piel. Este plan se apoya en tres principios: la limpieza cutánea, la hidratación y la protección. Estas medidas deben adoptarse en forma diaria y luego de episodios de incontinencia grave.

Limpieza de la piel

Las investigaciones recientes promueven el reemplazo de la limpieza clásica, con agua y jabón y el secado con toalla, por el uso de productos limpiadores especialmente diseñados para la región perineal. Los jabones en barra, contienen ácidos grasos y álcalis que, al mezclarse con el agua, remueven la suciedad y los irritantes de la piel, pero liberan álcalis y sales ácidas insolubles. Los productos limpiadores para pacientes con incontinencia, contienen detergentes y surfactantes que remueven la suciedad y las sustancias irritantes de la piel y no afectan de manera negativa el pH cutáneo. Además, tienen humectantes y emolientes que preservan los lípidos de la superficie cutánea. Algunas fórmulas de estos limpiadores no requieren enjuague, esto evita el uso de toallas para secar la piel. Son productos de la línea farmacéutica diseñados en toallas de higiene para cumplir tres pasos en 1: limpiar, proteger e hidratar. En caso de no disponer de los productos mencionados, se recomienda el uso de

jabón con pH ácido, aclarar con agua, no frotar la piel durante el secado y utilizar la técnica de toques (golpes suaves).

Hidratación de la piel

Los hidratantes tópicos pueden actuar a través de sus diferentes propiedades humectantes, emolientes, oclusivas y rejuvenecedoras. Las humectantes atraen el agua hacia el estrato córneo; algunos ejemplos son el glicerol, la urea, los alfa hidroxácidos, el ácido hialurónico y azúcares como el sorbitol. Los emolientes buscan reemplazar literalmente a los lípidos intercelulares siendo ejemplo de estas propiedades, el colesterol y los ácidos grasos. Las sustancias rejuvenecedoras están representadas por el colágeno, la elastina y la queratina. Las propiedades oclusivas están representadas por sustancias químicas como los petrolatos o la dimeticona. Casi todas las formulaciones contienen una combinación de emolientes, sustancias oclusivas y humectantes.

Protección de la piel

Los productos que se usan para proteger la piel, tienen propiedades oclusivas es decir que, forman una barrera que protege a la piel de los efectos irritantes que produce el contacto con la orina, las heces y las distintas secreciones. Los aislantes principales de la piel son el petrolato, el óxido de zinc y las fórmulas a base de dimeticona (siliconas), que forman parte de cremas y ungüentos.

APARTADO 2

CUIDADOS DE LAS UPP

Valoración inicial del paciente

Cuando un paciente ingresa al sistema de salud (HOSPITAL) se debe realizar una valoración cuidadosa de enfermería en la cual de incluya los siguientes aspectos:

1. Capacidad de cumplir y/o satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas.
2. Examen físico cuidadoso prestando especial atención a los factores de riesgo de presentar UPP (edad avanzada o hemipléjicos parapléjicos) y tratamiento farmacológico (inmunosupresores), pacientes de unidades de cuidados intensivos, con apoyo de inotrópicos en dosis altas, pacientes con neuropatías, Esclerosis, Miastenias graves, Poli traumatizados, cirugías abdominales.
3. Evaluación nutricional por especialista que determine el riesgo de desnutrición o desnutrición establecida.
4. Aspectos psico-sociales, identificando a la persona cuidadora principal y posibles apoyos sociales.
5. Evaluación de riesgos de presentar UPP con una escala validada. Nova 5 en UCI, y escala de Norton en los servicios.

Se debe tener en claro como profesional de enfermería que nuestro objetivo no es enseñar a curar y tratar una UPP, sino evitar su padecimiento y desarrollo por medio de la planificación de cuidados en aquellos pacientes con riesgo a padecerlas.

Valoración del riesgo

- Toda persona debe ser considerada en “riesgo” hasta ser valorada adecuadamente.
- Cuando se produzcan cambios en el estado general del paciente será necesario nueva valoración.
- Isquemia de cualquier origen.
- Intervención quirúrgica prolongada > 10 a 12 horas.

- Pérdida de la sensibilidad y movilidad.
- Hipotensión prolongada.
- Pruebas diagnósticas o terapéuticas con indicación de reposo de 24 horas.
- Cambio de cuidador (persona que acompaña a paciente en la estancia hospitalaria con permiso de la dirección).
- Examinar especialmente las prominencias óseas diariamente a la hora del baño.
- Documentar cualquier cambio que se presente en la piel (Notas de Enfermería) y reportar de inmediato al médico.
- Utilización de Diagnósticos de Enfermería en la valoración e implementación de cuidados.

ESCALA DE BRADEN

Es una herramienta objetiva que nos permite realizar una puntuación o probabilidad de riesgo de desarrollar UPP en un paciente, en función de una serie de parámetros, la cual nos facilita valorar y tomar decisiones de formas muy sencillas.

Dicha escala incluye seis indicadores:

Percepción sensorial: capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.

- 1- Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona a estímulos dolorosos o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.
- 2- Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en la mitad del cuerpo.
- 3- Ligeramente limitada. Reacciona ante órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar al menos en alguna de las extremidades.

- 4- Sin limitaciones. Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.

Exposición a humedad: nivel de exposición de la piel a la humedad.

- 1- Constantemente húmeda. Piel constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o se gira al paciente.
- 2- A menudo húmeda. Piel a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de la cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.
- 3- Ocasionalmente húmeda. La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama al menos una vez al día.
- 4- Raramente húmeda. La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados de rutina.

Actividad: nivel de actividad física.

- 1- Encamado. Paciente constantemente en cama.
- 2- En silla. Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla.
- 3- Deambula ocasionalmente. Deambula con o sin ayuda, durante el día, pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en la silla de ruedas.
- 4- Deambula frecuentemente. Deambula fuera de la habitación al menos 2 veces al día y dentro de la habitación al menos 2 horas durante las horas de paseo.

Movilidad: capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.

- 1- Completamente inmóvil. Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.
- 2- Muy limitada. Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición o las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.

- 3- Ligeramente limitada. Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o extremidades por sí solo
- 4- Sin limitaciones. Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

Nutrición: patrón usual de ingesta de alimentos.

- 1- Muy pobre. Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de un alimento. Diariamente come 2 servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe poco líquido. No toma suplementos dietéticos o está en ayuno y/o dieta líquida o sueros más de 5 días.
- 2- Probablemente inadecuada. Raramente come una comida completa y generalmente come solo la mitad de los alimentos. La ingesta proteica incluye solo 3 servicios de carnes o productos lácteos por día. Ocasionalmente, toma un suplemento dietético o recibe menos de la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.
- 3- Adecuada. Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas. Ocasionalmente, puede rehusar una comida, pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece o recibe nutrición enteral o parenteral, cubriendo la mayoría de las necesidades nutricionales.
- 4- Excelente. Ingiere la mayor parte de la comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.

Fricción y deslizamiento:

- 1- Problema. Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.

- 2- Problema potencial. Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, sillas, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.
- 3- No existe problema aparente. Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la silla o en la cama. (9)

Luego de asignar un puntaje a cada indicador evaluado, se clasifica a los pacientes en tres grados de riesgo de padecer una UPP: alto, medio y bajo

- Riesgo alto: $\leq$ a 12 puntos
- Riesgo moderado: 13 a 14 puntos
- Riesgo bajo: 15 a 18 puntos
- Sin riesgo: $>$ a 19 puntos

Valoración específica de un paciente con UPP ingresado

Aspectos a tomar en cuenta:

1. Descripción y localización de la lesión:
 - Extensión y tamaño en centímetros de diámetro.
 - Profundidad.
 - Coloración de los tejidos
2. Estudio de la piel y los tejidos circundantes
 - Color: pigmentada, pálida, cianosis, sonrosada.
 - Textura: ruda, gruesa, fina.
 - Turgencia: buena, mala.
 - Temperatura: fría $< 37^{\circ}$ C, caliente $> 37^{\circ}$ C, normal.
 - Humedad: seca, humedad, normal.
 - Edema: grado y localización.
3. Dolor.
 - Localización y erradicación.

4. Factores que contribuyen al desarrollo o deterioro de los Tejidos
 - Trastornos sensoriales: disminución del nivel de conciencia, confusión, parestesias.
 - Inmovilidad.
 - Irritantes químicos, incontinencia (heces y orina).
 - Estado nutricional: delgadez, obesidad, desnutrición.
 - Enfermedades que pueden favorecer las lesiones hísticas:
 - Trastornos neurológicos.
 - Vasculares.
 - Endocrinos. Diabetes Mellitus
 - Cáncer.
 - Pacientes Renales.
5. Hábitos higiénicos inadecuados o insuficientes.
6. Tratamientos inmunosupresores, diuréticos.
7. Efectos sobre el estilo de vida como obesidad mórbida, sedentarismo.
8. Capacitación a los cuidadores por parte del gremio de enfermería.
9. Registrar y documentar las intervenciones de enfermería.
10. Socializar los resultados de las intervenciones de enfermeras con las autoridades locales.

Otros aspectos a tener en cuenta

Higiene

Como dato de inicio es necesario tener pautas de cuidados conservadoras, para evitar ser los generadores de una alteración de la barrera cutáneas, las cuales incluyen:

- Uso de jabones o sustancias de limpieza que respeten el pH ácido de la piel de 5.5.
- NO utilizar jabones antisépticos (modifican las condiciones normales de la piel generando eccemas y alterando la flora habitual), perfumes u otras soluciones alcohólicas sobre la piel.

Humedad

Se recomienda mantener controlada la humedad, secando la piel y los pliegues de manera manual con toallas o telas de algodón suave. Nunca usar el secador de pelo, en ninguna de sus variantes de temperatura, frío o calor. Se plantea dificultad cuando se pierde el control de esfínteres y se suma el uso de pañales que generan dermatitis irritativa. En la prevención de éstas, es necesario estimular el cambio frecuente del pañal y el uso de materiales con buena calidad de absorción, como también la técnica del uso de pañal abierto (frente a situaciones de sudoración profusa, se deberá cambiar de sábanas y lencería siempre que sea necesario, realizando la higiene correspondiente).

Hidratación

La hidratación normal de la piel confiere mejores condiciones de resistencia y adaptabilidad a los movimientos, por lo cual se aplicará crema emoliente sin masajear las áreas de mayor presión. En la actualidad, se encuentran disponibles productos con ácidos grasos esenciales que sirven como lubricantes y restauradores de la función de barrera lipídica de la capa cornea y los hiperoxigenados.

Roce

Se recomienda respetar las técnicas de movilización correctas de los pacientes, para evitar las lesiones por fricción autoinfligidos. El uso de apósitos de manera preventiva, tiene aquí una indicación importante ya que las películas transparentes, los hidrocoloides o las espumas de polímero, si bien no disminuyen la presión, protegen contra la fricción excesiva y otorgan a la piel una mayor resistencia contra estas situaciones.

TRATAMIENTO MÉDICO DE LAS UPP

Limpieza de la herida

- Irrigar la herida con suero a presión o empapando una gasa con suero fisiológico.
- Ejercer presión suficiente para arrastrar bacterias, pero sin dañar el tejido.
- Realizar la limpieza desde el interior hacia la periferia.

- No se aconseja la limpieza rutinaria con antisépticos locales ni limpiadores cutáneos.

Desbridamiento

El objetivo del desbridamiento es eliminar el tejido necrótico para impedir la proliferación bacteriana y favorecer la curación.

Desbridamiento Quirúrgico

Consiste en retirar el tejido necrótico y desvitalizado por completo a fin de eliminar la carga bacteriana, limitar la infección y lograr el sangrado, llegando hasta el tejido vital. Se realizan una o más sesiones en quirófano bajo anestesia general o sedación. Es el sistema más rápido para eliminar los tejidos, aunque no es selectivo, ya que muchas veces también se retira tejido sano o en crecimiento. Esta práctica requiere conocimiento anatómico y técnica quirúrgica, ya que muchas veces se desconocen la extensión o la profundidad del compromiso, lo cual puede afectar órganos, estructuras articulares y tendinosas, y paquetes vásculo nerviosos. Es de elección en procesos infecciosos extensos, sépticos, osteomielitis o cuando la integridad del paciente se vea afectada y exista riesgo para su vida.

Desbridamiento Cortante total o Parcial

Se realiza en el consultorio o al borde de la cama del paciente y consiste en retirar en forma selectiva tejido necrótico. Es el más utilizado en pequeñas escaras y úlceras que no comprometen estructuras vitales. Se puede realizar en uno o varios procedimientos. Puede haber dolor y sangrado durante el procedimiento por lo que hay que tomar recaudos especiales en cuanto a la analgesia local o sistémica y realizar un buen control de hemostasia posterior al procedimiento. Al realizar varios desbridamientos se puede combinar con otros métodos como el autolítico y el enzimático.

Desbridamiento Enzimático

Consiste en la utilización de enzimas tópicas que eliminan el tejido no viable, disolviéndose o degradándose. Las enzimas que actúan en el tejido necrótico, se clasifican en proteolíticas, fibrinolíticas y colagenasas, según el componente

tisular sobre el que actúen. Existen varias enzimas debridantes, la más utilizada en nuestro país es la colagenasa, que es una enzima de origen bacteriano obtenida del *Clostridium histolyticum*.

La purificación de las primeras colagenasas (clostridopeptidasa B) a partir del cultivo de *Clostridium histolyticum* se realizó a principios de la década de 1950. (10)

Desbridamiento Autolítico

Se produce por las enzimas endógenas orgánicas a fin de eliminar lentamente el tejido necrótico de una herida. Es un método de desbridamiento selectivo que está contraindicado en heridas infectadas. Se debe colocar un gel o apósito oclusivo o semi oclusivo. Al estar húmeda la herida, las células fagocíticas y las enzimas proteolíticas reblandecen y licúan el tejido necrótico que luego es digerido por los macrófagos.

Es necesario rellenar cavernas o falsos bolsillos para evitar que se formen abscesos con productos basados en la cura húmeda, a fin de reblandecer y separar la necrosis y las placas secas absorbiéndolos en la estructura gelatinosa, además de retener las secreciones cargadas de gérmenes drenadas por la ulcera. Así mismo es que crean un equilibrio dinámico que establece un ambiente húmedo favoreciendo la granulación y la epitelización. (11)

Desbridamiento Osmótico

Se logra mediante la aplicación de sustancias hiperosmolares, facilitando el intercambio de fluidos que produce la degradación de tejido necrótico o esfacelo. Requiere curaciones periódicas, muchas veces dolorosas.

Agentes tradicionales

Por ser los más comúnmente utilizados, se abordarán el azúcar y la miel. En términos generales, la actividad antibacteriana del azúcar granulado está dada por la deshidratación que produce en el citoplasma bacteriano, que genera, por un lado, la lisis del microorganismo y por el otro, la incapacidad reproductiva de las bacterias no lisadas.

Ventajas del azúcar:

- Ejerce una rápida acción antibacteriana.
- Promueve la formación de tejido y epitelización.
- Acelera la cicatrización de la herida.
- Es accesible y barata.
- No se degrada ni tiene mal olor.
- No provoca reacciones adversas.
- Ante la presencia de placas necróticas y esfacelos, actúa como desbridamiento químico, facilitando su retirada.

Desventajas:

- Produce dolor en heridas de los miembros inferiores.
- Puede producir dermoabrasión en la piel circundante a heridas ubicadas en el dorso del paciente.

Miel médica

El efecto de la miel en la cicatrización se fundamenta en el desbridamiento del tejido necrótico y desvitalizado, la absorción del edema por sus propiedades higroscópicas, la promoción de la granulación y la epitelización y, sus propiedades bactericidas y fungicidas.

La actividad antiséptica de la miel tiene dos orígenes: las enzimas de la abeja misma que son capaces de producir agua oxigenada y el origen floral cuya actividad antiséptica está atribuida a toda una serie de componentes químicos todavía poco caracterizados. (12)

Utilización de apósitos

Los apósitos tienen capacidad de absorción, ya que el líquido penetra en los materiales del apósito por difusión y atracción hacia los espacios del mismo. Presentan características de evaporación/transmisión, dado que muchos apósitos absorbentes también permiten que se evapore la humedad desde su superficie. Los apósitos interactivos como hidrocoloides y alginatos, permiten retener líquido formando un gel y evitan de este modo, el desplazamiento lateral

de líquido y la consiguiente maceración de la piel perilesional. Algunos apósitos producen un bloqueo del exudado, atrapando bacterias y detritus.

Clasificación de apósitos:

- Films de poliuretano
- Hidrocoloides
- Hidrogeles
- Alginatos de calcio
- Esponjas de poliuretano
- Apósitos bactericidas

Films de poliuretano

Son apósitos semipermeables, ya que son permeables a los gases como el oxígeno y dióxido de carbono y vapor de agua, pero impermeables a las bacterias y al agua. Son transparentes y adhesivos, pero no son absorbentes. Se indican en heridas superficiales agudas y crónicas, heridas quirúrgicas post sutura, quemaduras de primer y segundo grado, UPP estadio 1, zonas dadoras de injertos. También se utilizan como apósitos secundarios para sellar otros apósitos, tópicos y sistemas de tratamiento complementario (plasma rico en plaquetas, terapia de presión negativa, etc.). Es necesario secar bien la piel perilesional para evitar su despegamiento y no se deben utilizar en heridas infectadas. Permiten al paciente el baño o ducha diaria, pero se debe evitar sumersión o tiempos prolongados de exposición al agua, para no dañar el adhesivo.

Apósitos hidrocoloides

Contienen una matriz hidrocoloide a base de carboximetilcelulosa y sustancias elastoméricas y adhesivas fijadas a una base de polímero. Al entrar en contacto con el exudado de la herida, el hidrocoloide absorbe líquido y se licúa, generando así un medio húmedo que favorece la cicatrización de las heridas. Son semipermeables al vapor, oclusivos al exudado de la herida y absorbentes en lechos con poco exudado. Su principal acción es la de estimular el tejido de granulación. Su utilización en heridas muy exudativas puede provocar maceración de la piel perilesional. Su utilización en heridas infectadas es

controversial. Dentro de esta familia, encontramos también a las hidro fibras compuesta por hidrocoloide seco similar a una malla de fibra, que se destaca por ser el producto de máxima absorción diseñado hasta el momento.

Hidrogeles

Consisten en un polímero de almidón y de hasta un 96% de agua de consistencia gel amorfo. Tienen la capacidad de absorber el exudado de la herida o rehidratar según los niveles de humedad de la misma. Son útiles para desbridamiento autolítico sobre tejido necrótico o esfacelos. Debe ser aplicado con precaución en pacientes con isquemia de miembro inferior ya que la gangrena seca se puede convertir en húmeda rápidamente con consecuencias graves. Requieren un apósito secundario para su fijación. Existen presentaciones farmacéuticas combinadas con alginato, plata y biguamidas.

Apósitos de alginato de calcio

Estos apósitos derivan de las algas marinas y se presentan en forma de protector absorbente o cuerda fibrosa laxa biodegradable. Son altamente absorbentes y atraumáticos al cambiarlos, dado que se gelifican en contacto con el exudado. Además, posee propiedades hemostáticas por su ion calcio, dado que participa de la cascada de la coagulación. Está contraindicado en heridas secas ya que necesita de un medio húmedo para actuar; siendo ideal para heridas cavitadas y exudativas. Requiere un apósito secundario para fijarlo.

Fibras de alginato de calcio, de considerable fuerza, son usadas por sus propiedades antibacterianas y hemostáticas. Además, son fácilmente absorbibles por el cuerpo humano, o se pueden retirar aplicando solución salina de sodio. (13)

Esponjas de poliuretano

Generan un ambiente húmedo mientras quitan el exceso de líquidos del lecho de la herida y piel perilesional logrando una pérdida vertical del mismo; mantiene la temperatura fisiológica en el lecho de la herida, que favorece los procesos de cicatrización. Tiene diferentes presentaciones farmacéuticas, la versión adhesiva puede ser utilizada como apósito primario o secundario.

Apósitos bactericidas

Presentan esta propiedad por acción directa interaccionando en el lecho de la herida o por atrapamiento de gérmenes en el apósito. Su utilidad se basa en el control de la carga bacteriana. Los clásicos de este grupo son el ion plata y el yodo.

Tratamiento Quirúrgico de las UPP

El tratamiento de las UPP de grado I y II es incruento e incluye, como se mencionó, medidas higiénicas, aplicación de medicación tópica y un control de los decúbitos para aliviar la presión sobre la zona afectada. Estos dos estadios son reversibles si las acciones de cuidado de la lesión y del paciente son enérgicas y contundentes. A partir de los grados III y IV, el tratamiento médico debe combinarse con el quirúrgico en la mayoría de los casos. La escarectomía precoz y la eliminación de los tejidos desvitalizados subyacentes, favorecen las etapas de la cicatrización permitiendo focalizar el tratamiento médico en la estimulación de la granulación y Re epitelización. Estas medidas dan lugar a tratamientos más conservadores. El alivio de la presión por medio del control de los decúbitos y el apuntalamiento del estado general, crean condiciones favorables para la preparación del lecho de la herida. La escarectomía es un procedimiento quirúrgico que remueve la costra y deja expuesta la zona ulcerada. El tejido necrótico debe ser removido ya sea en una o en más sesiones, con anestesia local o con sedación, según cada caso en particular y en un ámbito adecuado. Independientemente del producto que se utilice para la curación, debe colocarse un apósito durante las primeras 24 horas para disminuir el riesgo de hemorragia.

A través de una UPP limpia se establece el relleno de la cavidad por medio de tejido de granulación nuevo y cicatrización concéntrica, que, favorecidos por la eliminación o disminución de la presión por apoyo o el correcto cuidado de la piel en esa zona y la nutrición adecuada del paciente, conducen a la cicatrización definitiva. Desde el punto de vista quirúrgico, la colocación de injertos de piel no está indicada dado que esa calidad de piel no sirve como apoyo debido al escaso acolchado que posee. La colocación de un colgajo en una zona de apoyo es lo

correcto, pero su indicación está circunscrita a casos particulares como es el de los lesionados medulares.

Las lesiones Grado III se presentan con piel necrótica que afecta todo el espesor, en cualquiera de sus estadios evolutivos y muestran el espectro clínico que se detalla a continuación, según el grado de hidratación que presenten:

- amarillenta, húmeda, con fragmentos de eliminación espontánea, con o sin solución de continuidad que, en caso de existir, deja salir secreción sui generis o supuración.
- coloración parda seca o semi-húmeda, con coloración amarillenta en zonas más antiguas y deshidratadas. Ausencia de escaras negras momificadas del último estadio o más antiguo. Es frecuente la lisis o ruptura que facilita la salida al exterior de secreciones con la fetidez propia de los procesos necro bióticos.
- escaras de coloración negra, momificadas, induradas y deshidratadas que, por lo general, se mantienen indemnes sin liberar secreciones al exterior. Este grado de lesión exige limpiezas quirúrgicas, secuenciales, periódicas, con variabilidad del tejido necrótico que deba resecarse.

Se aconseja contar con la infraestructura de un quirófano de mediana complejidad y supervisión anestesiológica por:

- los estímulos dolorosos que puedan producirse
- la necesidad de supervisar la vía aérea y los riesgos de aspiración
- la necesidad de realizar una hemostasia prolija, siempre necesaria si se llega a un plano vital.
- la necesidad de contar con profesionales de instrumentación o enfermería que provean los insumos y el instrumental necesarios, actuando como intermediarios y barrera entre el área “sucia” y el medio.

Recomendaciones preoperatorias:

1. Evaluar la necesidad de interconsulta quirúrgica para pacientes con UPP estadio III y IV que no cierran con tratamiento conservador o pacientes con necesidad de cierre más rápido.

2. Obtener interconsulta para posible drenaje o desbridamiento urgente en UPP que evolucionan hacia celulitis o con posibilidad de provocar sepsis.
3. Resección ósea en caso de osteomielitis, previamente al cierre de la UPP.

Recomendaciones intraoperatorias:

1. Exéresis de la úlcera incluyendo tejido anormal, tejido necrótico y estructuras comprometidas para aumentar las posibilidades de un cierre en el mismo tiempo quirúrgico.
2. Realizar flaps de descarga para evitar cierres a tensión.
3. Transferencia cuidadosa del paciente desde la mesa de operaciones hacia la cama, evitando la disrupción del flap.

Recomendaciones postoperatorias

1. Mantener un sistema de redistribución de la presión que reduzca la presión sobre el sitio operatorio, límite la tensión de la incisión y controle el microclima.
2. Proteger el aporte sanguíneo del “flap”, evitando el roce y el cizallamiento.
3. Comunicar rápidamente al cirujano signos de falla del “flap”.
4. Monitorear los tubos de drenaje de la zona operatoria y evaluar que no estén tapados o acodados.
5. Seguir rotando al paciente para evitar nuevas UPP.

Sistema VAC

La cura por vacío fue descrita en 1997 por Argenta y Morykwas. Consiste en la aplicación de una presión tópica negativa en la herida a tratar. Con ello se consigue eliminar el exceso de líquido intersticial (exudado), aumentar la vascularización y oxigenación e incrementar el número de mitosis y la neo vascularización por el efecto de la succión. Mejorando pues la acción de los queratinocitos, fibroblastos y células endoteliales, y disminuyendo la carga bacteriana (riesgo de infección) al controlar el exudado. Todos ellos efectos beneficiosos que permiten la correcta cicatrización de heridas de diversas etiologías (agudas, crónicas, vasculares, diabéticas, por radiación, por presión, injertos, etc.).

Se trata de una alternativa terapéutica en el cuidado de heridas sencilla de aplicar, efectiva, económica (al conseguir acelerar el proceso de cicatrización ello tiene repercusiones positivas desde el punto de vista económico), con escasos efectos secundarios y que permite la posibilidad de un tratamiento ambulatorio. (14)

Mecanismo de acción

El mecanismo de acción está basado en múltiples mecanismos. La eliminación activa del líquido intersticial de los tejidos descomprime los pequeños vasos permitiendo el aumento del flujo sanguíneo y aumentando los niveles de oxígeno y nutrientes en el tejido de reparación. Este incremento del flujo sanguíneo acelera la granulación del tejido en un 63% en relación al tejido no tratado con terapia VAC. Se produce una reducción de la colonización bacteriana anaeróbica por el aumento de las concentraciones de oxígeno en los tejidos afectados. Este sistema favorece a la contracción de la herida, así como al aumento de la proliferación celular. Además, provee un ambiente húmedo propicio para la cicatrización y protege de la contaminación externa. (15)

Complicaciones y secuelas de la terapia VAC

Las complicaciones son infrecuentes si las heridas son adecuadamente seleccionadas y tratadas. El fallo en el tratamiento se debe en ocasiones a una inadecuada debridación del sitio, previo a la colocación de la esponja de poliuretano. El sangrado asociado al uso de VAC es otra complicación. (16)

APARTADO 3

Prevención de úlceras en el servicio

Al ingresar un paciente en el servicio se le realiza el baño en cama completo y se aprovecha para realizar una inspección por todo el cuerpo especialmente en los puntos de apoyo para poder detectar algún tipo de úlcera u otra lesión que tuviera.

Algunos de las acciones para prevenir las úlceras que se efectúan son:

- Uso de colchones anti escaras: se usa para prevenir la formación de escaras o llagas, repartiendo el peso del cuerpo y aliviando la presión sobre puntos concretos.
- Vendaje de talones: ayuda a proteger los talones de futuras úlceras por presión utilizando (vaselina, apósitos y vendas), se realizará sujetando la talonera de forma suave, sin comprimir, con venda tubular, sin comprimir para evitar nuevas UPP.
- Colocar parche hidrocoloide preventivo: cuando un paciente no sufre de escaras se coloca un parche hidrocoloide especialmente en la zona sacra del paciente, así evitaremos la formación de posibles lesiones.
- Colocar aros almohadillas en los puntos de apoyo: se implementa el uso de aros en los diferentes puntos de apoyo para reducir y mejorar el tratamiento de las escaras.
- Rotar al paciente al menos 2 veces por turno: se aplica en pacientes sin contraindicaciones por su patología de base para aliviar el riesgo sobre los puntos de presión.

Tratamiento de las úlceras por presión:

- Utilización de apósitos: Los apósitos tienen capacidad de absorción, ya que el líquido penetra en los materiales del apósito por difusión y atracción hacia los espacios del mismo. se pueden distinguir diferentes tipos de apósitos basados en la técnica de la cura, siempre hay que considerar la localización de la lesión, su estado, la gravedad de la úlcera, la cantidad

de exudado, la presencia de tunelizaciones, el estado de la piel perilesional, los signos de infección, el estado general del paciente, el nivel asistencial y los recursos disponibles, la relación coste/efectividad y la facilidad de aplicación en contextos de autocuidado. Clasificación de apósitos:

- Films de poliuretano
 - Hidrocoloides
 - Hidrogeles
 - Alginatos de calcio
 - Esponjas de poliuretano
 - Apósitos bactericidas
- Tratamiento quirúrgico: es la forma más rápida de eliminar áreas adheridas a planos profundos, el cual requiere conocimientos clínicos, destreza, técnicas y material estéril. La hemorragia es una de las complicaciones más frecuentes la cual se controla con apósitos hemostáticos y, en caso de necesidad, con la sutura del vaso sangrante.
 - Tratamiento químico: en el mercado existen muchos productos para el tratamiento, pero una de las más utilizadas es la colagenasa. Favorece el desbridamiento y el crecimiento del tejido de granulación.
 - Limpieza de la lesión: se utiliza suero salino fisiológico, gasas, apósitos, vaselina.
 - Colocación de VAC: se realiza colocación de VAC casero, el cual promueve la curación de las heridas mediante la aplicación de presión negativa (favorece la cicatrización y desbridamiento).

Material con el que se trabaja en el servicio:

- vaselina sólida y líquida
- pasta lasar
- gasas y apósitos
- parche hidrocoloide
- alginato de calcio
- apósitos de espuma de poliuretano

Profesionales comprometidos en el seguimiento de las úlceras

- Médicos clínicos: es un especialista en adultos que enfoca al paciente con una concepción integral del ser humano, capacitado para prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar la patología prevalente, así como para guiar al paciente por todos los niveles de atención y realizar promoción de la salud.
- Médicos terapistas: son los que se han formado y entrenado para dirigir el cuidado y el tratamiento de los pacientes más gravemente enfermos, o que han sufrido grandes traumatismos o accidentes, sean adultos o niños.
- Enfermeros: profesional que está autorizado para ofrecer una amplia gama de servicios de atención en salud, los cuales pueden incluir (tomar la historia clínica del paciente, llevar a cabo un examen físico y ordenar procedimientos y pruebas de laboratorio).
- Médicos cirujanos: los médicos cirujanos tratan las enfermedades de todo tipo, en especial las que están relacionadas con el abdomen, las mamas, la cabeza y el cuello, los vasos sanguíneos y el aparato digestivo.
- Médico fisiatra: es una especialidad médica que ayuda a las personas a recuperar las funciones corporales que perdieron debido a enfermedades o lesiones.
- Kinesiólogos: es quien diseña una serie de ejercicios físicos adecuados a la patología del paciente que tienen como finalidad la rehabilitación o la atenuación del dolor, por medio del restablecimiento de la energía, el movimiento y la salud del cuerpo humano.

CAPÍTULO 2

Diseño Metodológico.

Tipo de estudio:

El siguiente trabajo de investigación está realizado a base de un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

Área de estudio:

Se llevará a cabo la investigación en el Hospital Central el cual se encuentra en L. N. Alem 450 M5500, Mendoza. Con la colaboración del personal de enfermería, del servicio de terapia intensiva.

Universo y muestra:

Población: compuesta por enfermeros que desempeñan su función en el servicio de terapia intensiva del Hospital Central del año 2022, en la provincia de Mendoza, Argentina.

Universo: está compuesto por 33 enfermeros

Muestra: abarcara los 33 enfermeros del servicio de terapia intensiva de los cuales se obtendrán los datos.

Operacionalización de la variable:

Objetivos	Variable	Dimensiones	Indicadores
• Valorar el grado de conocimiento del personal de enfermería en la UTI en cuanto al tratamiento de las úlceras por presión en el Hospital Central.	Características del personal de enfermería	Sexo	- Femenino - Masculino
		Edad	- 21-30 - 31-41 - 41-50
	Jornada laboral	Horas semanales de trabajo	- 40 - 50 - 60 - +60
		Antigüedad dentro del hospital	- 1 a 3 años - 3 a 5 años - Más de 5 años - Más de 10 años
		Relación laboral con el hospital	- Prestador - Contratado - En planta
		Conocimientos	- Muy satisfactorio

	Conocimiento del personal de enfermería		- Satisfactorio - Poco satisfactorio - Insatisfecho
			- Posicionar con la cabecera a 40° - Rotar al paciente cada 2 horas - Elevar miembros superiores - Realizar higiene perianal diaria
			- A veces - Siempre - Casi nunca
			- Ramsay - Glasgow - Braden
			- Colocar parche hidrocoloide - Colocar vaselina liquida - Colocar parche de polietileno - Colocar iruxol

Técnicas e instrumentación de recolección de datos

Método:

Son encuestas y/o cuestionarios realizados al personal de enfermería del servicio UTI del Hospital Central

Instrumento de recolección de datos:

Son las preguntas cerradas del cuestionario, realizadas de forma virtual, anónima e individual, sometido a un grupo de 33 personas.

Aspectos ético-legales de la investigación

Toda investigación con seres humanos debe realizarse de acuerdo a los principios éticos básicos universales que son: el respeto, la beneficencia, la no maleficencia, la justicia y la autonomía de esas personas.

Se pidió autorización a la jefa del servicio de la UTI 6 Lic. Victoria Calamante, los cuestionarios propuestos serán respondidos en forma anónima, en el cual no se expondrá el nombre de ningún participante.

ANÁLISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

A continuación, se mostrarán los interrogantes realizados a los enfermeros del hospital central del servicio de terapia intensiva. Se mostrarán gráficos, tablas y las correspondientes respuestas de cada interrogante.

Tabla N°1: sexo del personal de enfermería del hospital Central.

Respuesta	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Masculino	6	0,18	18%
Femenino	27	0,82	82%
Total	33	1	100%

Gráfico N°1: sexo del personal de enfermería del hospital Central.

1. Sexo

[Más detalles](#)



Comentario: Se observó un total de 82% de enfermeros que son del sexo femenino y un 18% masculino.

Tabla N°2: edad del personal de enfermería del hospital Central.

Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
21 – 30	18	0,55	55%
31 – 40	13	0,39	39%
41 – 50	2	0,6	6%
O más	0	0	0%
Total	33	1	100%

Gráfico N°2: edad del personal de enfermería del hospital Central.

2. Edad

[Más detalles](#)



Comentario: de acuerdo a la tabla expresada un total de 55% enfermeros tienen un rango de edad entre 21 – 30 años, un 39% tiene entre 31 – 40 años y un 6% tiene entre 41 – 50 años.

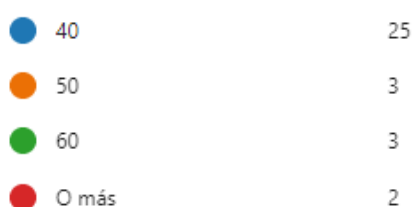
Tabla N°3: horas trabajadas semanalmente por los enfermeros encuestados.

Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
40	25	0,76	76%
50	3	0,9	9%
60	3	0,9	9%
O más	2	0,6	6%
Total	33	1	100%

Gráfico N°3: horas trabajadas semanalmente por los enfermeros encuestados.

3. ¿Cuántas horas trabaja semanalmente?

[Más detalles](#)



Comentario: de acuerdo a la tabla expresada un total de 76% trabaja 40 horas semanales, un 9% es compartido y trabajan de 50 a 60 horas semanales y un 6% trabaja más de 60 horas semanales.

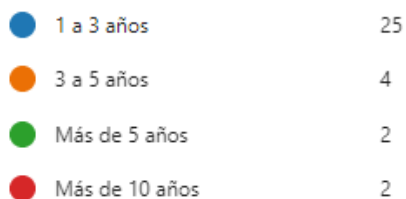
Tabla N°4: en cuanto a la antigüedad en el trabajo en el hospital central, los enfermeros encuestados respondieron lo siguiente.

Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
1 a 3 años	25	0,76	76%
3 a 5 años	4	0,12	12%
Más de 5 años	2	0,6	6%
Más de 10 años	2	0,6	6%
Total	33	1	100%

Gráfico N°4: en cuanto a la antigüedad en el trabajo en el hospital central, los enfermeros encuestados respondieron lo siguiente.

4. ¿Cuál es su antigüedad dentro del trabajo?

[Más detalles](#)



Comentario: de acuerdo a la tabla expresada un 76% lleva de antigüedad de 1 a 3 años en el hospital, el 12% lleva de 3 a 5 años y un 6% es compartido con una antigüedad de 5 y más de 10 años de antigüedad.

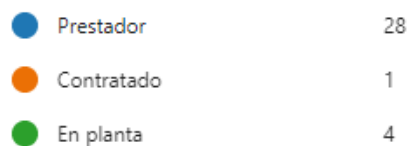
Tabla N°5: en cuanto a la relación laboral del personal encuestado con el hospital central.

Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Prestador	28	0,85	85%
Contratado	1	0,3	3%
En planta	4	0,12	12%
Total	33	1	100%

Gráfico N°5: en cuanto a la relación laboral del personal encuestado con el hospital central.

5. ¿Cuál es su relación laboral con el trabajo?

[Más detalles](#)



Comentario: como expresa la tabla un 85% del personal de enfermería es prestador, un 3% es contratado y un 12% es personal de planta.

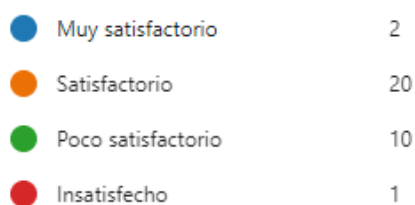
Tabla N°6: en esta tabla se cuestionará el conocimiento de cada enfermero.

Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	porcentaje
Muy satisfactorio	2	0,6	6%
Satisfactorio	20	0,61	61%
Poco satisfactorio	10	0,30	30%
Insatisfecho	1	0,3	3%
Total	33	1	100%

Gráfico N°6: en esta tabla se cuestionará el conocimiento de cada enfermero.

6. ¿Cómo considera su conocimiento en cuanto a las UPP?

[Más detalles](#)



Comentario: como expresa la tabla un 6% está muy satisfecho con el conocimiento adquirido a lo largo de su trabajo, un 61% está satisfecho, un 30% está poco satisfecho y un 3% está insatisfecho con su conocimiento.

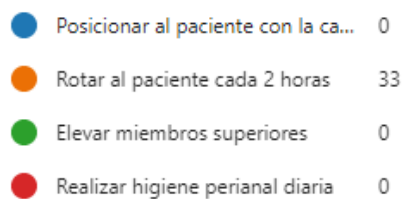
Tabla N°7: según el conocimiento del personal, cual es el método más efectivo para prevenir las UPP.

Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	porcentaje
Posicionar al paciente con la cabecera a 40°	0	0	0%
Rotar al paciente cada 2 horas	33	1	100%
Elevar miembros superiores	0	0	0%
Realizar higiene perineal diaria	0	0	0%
Total	33	1	100%

Gráfico N°7: según el conocimiento del personal, cual es el método más efectivo para prevenir las UPP.

7. Según sus conocimientos: ¿cuál de los siguientes es un método para prevenir las UPP?

[Más detalles](#)



Comentario: en cuanto a la tabla expresada el 100% está de acuerdo que rotar al paciente es la mejor forma de evitar las UPP.

Tabla N°8: respecto al conocimiento del personal de enfermería, podrán diferenciar los diferentes estadios de las UPP.

Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Siempre	10	0,30	30%
A veces	23	0,70	70%
Casi nunca	0	0	0%
Total	33	1	100%

Gráfico N°8: respecto al conocimiento del personal de enfermería, podrán diferenciar los diferentes estadios de las UPP.

8. Como profesional de UTI: ¿cree poder diferenciar los tipos de estadios de las UPP?

[Más detalles](#)

● A veces	23
● Siempre	10
● Casi nunca	0



Comentario: un total de 30% del personal encuestado sabría diferenciar con certeza cada estadio de las úlceras y un 70% no sabría diferenciar concretamente cada estadio.

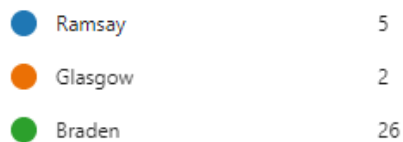
Tabla N°9: según su conocimiento cual sería la escala que se utiliza para evaluar el riesgo de las UPP.

Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Ramsay	5	0,15	15%
Glasgow	2	0,6	6%
Braden	26	0,79	79%
Total	33	1	100%

Gráfico N°9: según su conocimiento cual sería la escala que se utiliza para evaluar el riesgo de las UPP.

9.Cuál de las siguientes escalas cree usted que es usada para evaluar el riesgo de UPP?

[Más detalles](#)



Comentario: según lo expresado en la tabla un 15% está de acuerdo con que la escala utilizada para evaluar el riesgo de UPP es la escala de Ramsay, un 6% la escala de Glasgow y un 79% opina que se utiliza la escala de Braden.

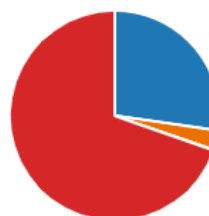
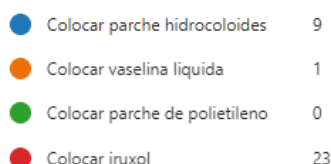
Tabla N°10: Según su experiencia del personal encuestado ¿cuál de los siguientes tratamientos favorece a desprender el tejido necrótico en una UPP avanzada?

Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	porcentaje
Colocar parches hidrocoloides	9	0,27	27%
Colocar vaselina liquida	1	0,3	3%
Colocar parches de polietileno	0	0	0%
Colocar iruxol	23	0,70	70%
Total	33	1	100%

Gráfico N°10: Según su experiencia del personal encuestado ¿cuál de los siguientes tratamientos favorece a desprender el tejido necrótico en una UPP

10. Según su experiencia: ¿cual de los siguientes tratamientos favorece a desprender el tejido necrótico en una UPP avanzada?

[Más detalles](#)



Comentario: según la experiencia de cada enfermero un 27% está de acuerdo con que colocar parches hidrocoloides favorece el desprendimiento del tejido necrótico, un 3% opina que colocar vaselina liquida y un 70% está de acuerdo con que utilizar la crema iruxol favorece el desprendimiento del tejido necrótico.

Tabla N°11: Según el conocimiento del personal encuestado: ¿Cuál de los siguientes enunciados son correctos en cuanto a UPP y DAI (dermatitis asociada a incontinencia)

Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	porcentaje
La localización de la DAI es en pliegues y periné	1	0,3	3%
De las dos solo las UPP presenta necrosis	6	0,18	18%
La DAI es superficial y la UPP puede ser superficial	4	0,12	12%
Todas son correctas	21	0,64	64%
Total	32	0,97	97%

Gráfico N°11: Según el conocimiento del personal encuestado: ¿Cuál de los siguientes enunciados son correctos en cuanto a UPP y DAI (dermatitis asociada a incontinencia)

11. Según sus conocimientos: ¿Cuál de los siguientes enunciados son correctos en cuanto a UPP y DAI (dermatitis asociada a incontinencia)



Comentario: según lo expresado en la tabla un 3% está de acuerdo con que la localización de la DAI es en pliegues y periné, un 18% está de acuerdo que solo la UPP presenta necrosis, un 12% está de acuerdo que la DAI es superficial y la UPP puede ser o no superficial y un 64% está de acuerdo con que ambas opciones son correctas, con lo que un 3% no pudo responder la consigna.

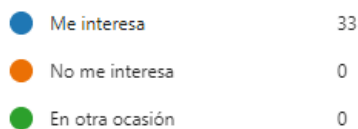
Tabla N°12: se cerró el cuestionario preguntando al personal de salud si quería ser parte de una capacitación de las UPP.

Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	porcentaje
Me interesa	33	1	100%
No me interesa	0	0	0%
En otra ocasión	0	0	0%
Total	33	1	100%

Gráfico N°12: se cerró el cuestionario preguntando al personal de salud si quería ser parte de una capacitación de las UPP.

12. ¿Le interesaría recibir algún tipo de capacitación sobre UPP para reforzar sus conocimientos?

[Más detalles](#)



Comentario: según lo expresado en la tabla todos los enfermeros estuvieron de acuerdo en recibir una capacitación acerca de las UPP.

Resultados más relevantes

Con respecto a las características del personal de enfermería se observa que tenemos un 82% de sexo femenino y el 18% restante de sexo masculino. En cuanto a la edad del personal según la encuesta se observa que el 55% tiene un rango entre 21-30 años, un 39% tiene entre 31-40 años, y un 6% entre 41-50 años, lo que nos indica que la mayor parte del servicio está conformado por personal joven entre 21 a 30 años.

Referido a la jornada laboral del personal de enfermería se observa que tenemos un 76% del personal que tiene una antigüedad de 1 a 3 años en el hospital, el 12% lleva de 3 a 5 años y un 6% es compartido con una antigüedad de 5 y más de 10 años, lo que nos indica que la mayor parte del servicio está conformado por enfermeros ingresados recientemente. Por otro lado, en la tabla N°5 respecto a la relación laboral se muestra que el 85% del personal encuestado es prestador, 3 % contratado y un 12% está en planta, lo que refuerza la conclusión de que hay mayor personal nuevo en el servicio.

En el interrogante N°10 cerca del 30% de los encuestados afirma que la colocación del parche hidrocoloide favorece el desprendimiento de tejido necrótico en forma incorrecta, ya que el uso de dicho tratamiento solo favorece la cicatrización del tejido.

En la tabla N°12 cuando se sugiere realizar una capacitación en cuanto a UPP el 100% de los encuestados está interesado en recibirla, a pesar de que en la tabla N°6 el 61% del personal refiere estar satisfecho con sus conocimientos adquiridos. Entonces podemos decir que tenemos un personal de enfermería dispuesto a seguir incrementando sus conocimientos.

INTERPRETACIÓN Y ANALISIS DE LOS DATOS

Tabla N°1 se observa que del 100% de los encuestados, 82% son del sexo femenino y 18% del sexo masculino.

Tabla N°2 con respecto a la edad de los enfermeros se observa que del 100% de los encuestados, el 55% se encuentra en un rango de 21 a 30 años, el 39% entre 31 a 40 y un 6% de 41 a 50 años, lo que nos indica que la mayor parte del servicio está compuesto por personal joven.

Tabla N°3 se hace referencia a las horas semanales trabajadas por el personal, en el cual el 76% cumple con 40 horas semanales y el 24% restante realiza más de 50 horas.

Tabla N°4 según la encuesta se observa que del 100%, un 76% lleva de antigüedad de 1 a 3 años en el hospital, el 12% lleva de 3 a 5 años y un 6% es compartido con una antigüedad de 5 y más de 10 años de antigüedad, lo que nos indica que el servicio está conformado en su mayor parte por personal ingresado recientemente.

Tabla N°5 en cuanto a la relación laboral del personal encuestado con el hospital se observa que del 100%, el 85% es prestador, un 3% contratado y el 12% restante es de planta. teniendo en cuenta que el último pase a planta fue hasta el año 2019, podemos decir que el servicio está conformado por personal ingresado recientemente.

Tabla N°6 en la siguiente interrogante se cuestionó el conocimiento de cada enfermero, como expresa la tabla un 6% está muy satisfecho con el conocimiento adquirido a lo largo de su trabajo, un 61% está satisfecho, un 30% está poco satisfecho y un 3% está insatisfecho con su conocimiento.

Tabla N°7 con respecto al método más efectivo para prevenir las UPP los encuestados respondieron en un 100% el rotar cada 2 horas al paciente en forma correcta. La teoría considera como método más efectivo es rotar cada 2 horas al paciente.

Tabla N°8 se cuestionó el conocimiento del personal, en cuanto a la capacidad de poder diferenciar los estadios de las UPP en su servicio, un total de 30% del personal sabría diferenciar con certeza cada estadio de las úlceras y un 70% no sabría diferenciar concretamente cada estadio.

Tabla N°9 en cuanto a la escala utilizada para evaluar el riesgo de la UPP en los pacientes, un 15% está de acuerdo que la escala utilizada es la escala de Ramsay en forma incorrecta, un 6% la escala de Glasgow en forma incorrecta y un 79% opina que se utiliza la escala de Braden en forma correcta según la teoría.

Tabla N°10 referido al tratamiento más efectivo para lograr el desprendimiento del tejido necrótico de una UPP, un 27% está de acuerdo con que colocar parches hidrocoloides favorece el desprendimiento del tejido necrótico en forma incorrecta, un 3% opina que colocar vaselina líquida en forma incorrecta y un 70% está de acuerdo con que utilizar la crema iruxol favorece el desprendimiento del tejido necrótico en forma correcta.

Tabla N°11 según lo expresado en la tabla con respecto a DAI Y UPP, un 3% está de acuerdo con que la localización de la DAI es en pliegues y periné, un 18% está de acuerdo que solo la UPP presenta necrosis, un 12% está de acuerdo que la DAI es superficial y la UPP puede ser o no superficial, un 3% no pudo responder la consigna y por último un 64% está de acuerdo con que todas las opciones son correctas siendo la más válida.

Tabla N°12 según lo expresado en la tabla todos los enfermeros estuvieron de acuerdo en recibir una capacitación acerca de las UPP.

CONCLUSIÓN

En esta investigación se cuestionó el conocimiento que posee el personal de enfermería en la unidad de terapia intensiva del Hospital Central en cuanto a úlceras por presión, y se encontró con que la mayoría del personal del servicio es joven y no lleva más de 3 años de antigüedad en el hospital y aun así poseen amplios conocimientos acerca de las úlceras por presión, lo cual se pudo comprobar con los resultados de la investigación desarrollada.

Con respecto al conocimiento de la escala de Braden un 79% de los enfermeros respondió el cuestionario en forma correcta, debido a esto podemos deducir que el personal por mayoría tiene conocimiento sobre la escala de Braden que es una herramienta objetiva que nos permite realizar una probabilidad de riesgo de UPP en los pacientes.

En cuanto a la diferencia entre dermatitis asociada a incontinencia (DAI) y úlceras por presión (UPP) el 64% de los enfermeros respondió en forma correcta, por lo que se deduce que el personal posee conocimiento sobre DAI y UPP, los cuales son necesarios para poder aplicar el tratamiento correspondiente.

A pesar de demostrar el amplio conociendo acerca de las úlceras por presión, prevención o tratamiento para cada estadio de las UPP, se observó que no todo el personal posee ese conocimiento, es por eso que pensamos que es importante que el personal nuevo o antiguo de enfermería se siga capacitando y que esta investigación sirva para ello.

PROPUESTAS

Enfocaremos nuestros conocimientos e investigación de UPP hacia nuestros compañeros para capacitar y reforzar el conocimiento. Incentivando al personal de enfermería de UTI a interiorizarse sobre el tema y poder llevar a cabo talleres para capacitarse.

Organizar una reunión en el servicio para demostrar los resultados obtenidos y obtener propuestas del grupo.

Proponer realizar un protocolo que se lleve a cabo cuando ingresen pacientes nuevos para prevenir las UPP o bien como tratarla si el paciente ya padece dicha lesión al momento del ingreso al servicio.

Solicitar a los directivos que programen capacitaciones realizadas por Médicos y enfermeros especializados en UPP.

Proponer en ejecutar una nueva investigación luego de un periodo de tiempo, para reevaluar el conocimiento del personal y poder analizar la efectividad de las propuestas realizadas.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1- Patiño, O. J., Aguilar, H. A., & Belatti, A. L. (2018). Úlceras por presión: cómo prevenirlas. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires*, 38(1), 40-46.
- 2- Prado, A., Andrades, P., & Benítez, S. (2005). Úlceras por presión. Universidad de Chile; Cirugía Plástica Esencial. Primera edición. Santiago de Chile: Editorial Hospital Clínico, 111-126.
- 3- Choquellampa, Ana; Pinilla, Ximena; Ubeda, Betina. (2018). Detección precoz de úlceras por presión: (Tesina de grado). Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería.
- 4- Prado, A., Andrades, P., & Benítez, S. (2005). Úlceras por presión. Universidad de Chile; Cirugía Plástica Esencial. Primera edición. Santiago de Chile: Editorial Hospital Clínico, 111-126.
- 5- Blanco López, J. L. (2003). Definición y clasificación de las úlceras por presión. *El Peu*, 2003, vol. 23, núm. 4, p. 194-198.
- 6- (García-Morales I, Pérez-Gil A, Camacho FM. Úlcera de Marjolin: carcinoma sobre cicatriz por quemadura. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2006 oct [cited 2021 Apr 4];97(8):529–32.
- 7- Patiño, O. J., Aguilar, H. A., & Belatti, A. L. (2018). Úlceras por presión: cómo prevenirlas. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires*, 38(1), 40-46.
- 8- Manicoba, M., Barrita, R., & Patané, J. (2018). Primer consenso sobre prevención, categorización y tratamiento de las úlceras por presión (PRICUPP). *Diaeta*, 36(162), 08-10.
- 9- (Bergstrom, N., Braden, B., Boynton, P. & Bruch, S. (1995). Utilizando una escala de evaluación basada en la investigación de la práctica clínica *Nursing Clinics of North America*, 30(3), 539-551)
- 10-DeBellis R, Mandl I, McLennan JD, et al. Separation of proteolytic enzymes of clostridium histolyticum. *Nature* 1954; 174:1191-2. Oviedo López, A. (2021). Úlcera de Marjolin: revisión exploratoria.
- 11- Cassón, Luis; Rivero, Marcela. (2013). Conocimientos que posee el personal de enfermería en los cuidados de úlceras por presión: Hospital Dr. Victorino Tagarelli (Tesina de grado). Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas.

- 12- Samper, R. M., Piñeiro, A. P., Sánchez, R. M. M., & Alarcón, R. I. (2013). Estudio de casos de ulcera por presión tratados con miel y propóleos. *Geroinfo*, 8(3).
- 13- Ayarza-León, J. L. (2014). Los alginatos: 20000 usos de las algas submarinas. *Revista de Química*, 28(1-2), 19-23.
- 14- Burgos, A. M. Enfermería en las curas de heridas por vacío. Sistema VAC.
- 15- Elizondo Almeida J., Pucci Coronado J., Soto Pacheco L. Cierre Asistido con Presión Negativa (VAC), en el tratamiento de esternotomía infectada: primer caso en Latinoamérica. *Rev. costarric. cienc. méd.* 2001; 22(1-2):59-64.
- 16- Barquero, P. C. B. (2011). Uso de terapia VAC. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 68(598), 385-389.
- 17- González Méndez, M. I. (2017). Incidencia y factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen del Rocío.
- 18- González-Consuegra, R. V., Pérez-Valderrama, D. C., & Valbuena-Flor, L. F. (2016). Prevención de lesiones de piel: educación en el equipo de salud y familiares de personas hospitalizadas. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(2), 229-238.

ANEXOS

Encuesta

Encuestas hacia los enfermeros, el total de horario laboral de cada uno y sus conocimientos acerca de las UPP.

- Sexo:

a- Masculino

b-Femenino

- Edad:

a-21 – 30

b-31 – 40

c-41 – 50

d-O más

- Horas semanales de trabajo

a-40

b-50

c-60

d-+ de 60

- ¿Cuál es su antigüedad dentro del hospital?

a- 1 a 3 años

b- 3 a 5 años

c- más de 5 años

d- más de 10 años

- ¿Cuál es su relación laboral con el hospital?

a-Prestador

b-Contratado

c-En planta

- ¿Cómo considera usted su conocimiento en cuanto a UPP?

a- Muy satisfactorio

a- Satisfactorio

a- Poco satisfactorio

a-Insatisfecho

- Según sus conocimientos: ¿cuál de los siguientes es un método para prevenir las UPP?

a-Posicionar con la cabecera a 40 °

b-Rotar al paciente cada 2 horas

c-Elevar miembros superiores

c-Realizar higiene perianal diaria

- Como profesional de UTI: ¿cree poder diferenciar los tipos de estadios de las UPP?

a-A veces

b-Siempre

c-Casi nunca

- ¿Cuál de las siguientes escalas cree usted que es usada para evaluar el riesgo de UPP?

a-Ramsay

b-Glasgow

c-Braden

- Según su experiencia: ¿cuál de los siguientes tratamientos favorece a desprender el tejido necrótico en una UPP avanzada?

a-Colocar parche hidrocoloide

b-Colocar vaselina líquida

c-colocar parche de polietileno

d-colocar iruxol

- Según sus conocimientos: ¿cuál de los siguientes enunciados son correctos en cuanto a UPP y DAI? (dermatitis asociada a incontinencia)

a-La localización de la DAI es en pliegues y periné

b-De las dos solo la UPP presenta necrosis

c-La DAI es superficial y la UPP puede ser superficial o profunda

d-Todas son correctas

- ¿Le interesaría recibir algún tipo de capacitación sobre UPP para reforzar sus conocimientos?

a-Me interesa

b-No me interesa

c-En otra ocasión

ESTADIOS DE LAS UPP



Fuente: “Úlcera por presión estadio II” fotografía tomada por alumnos de Licenciatura en Enfermería de la UNCuyo año 2022.



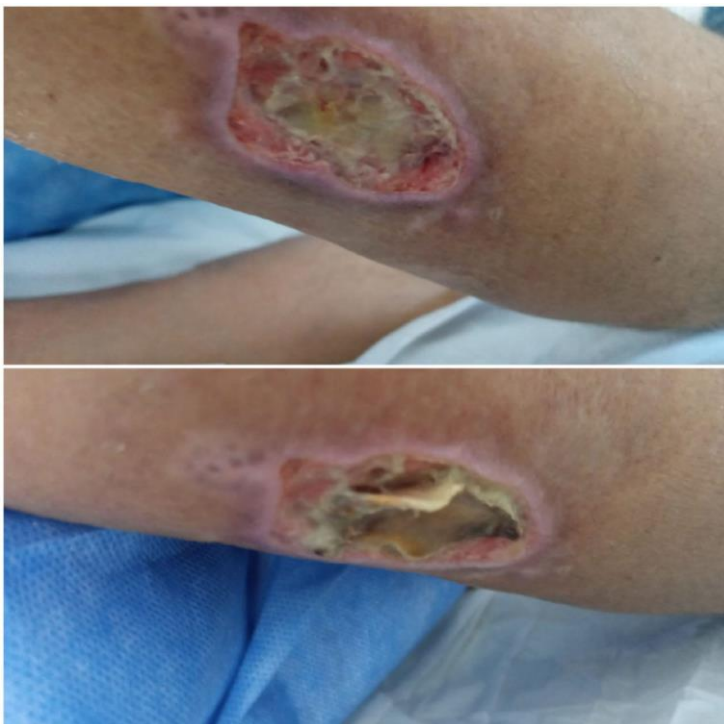
Fuente: “Úlcera por presión estadio III” fotografía tomada por alumnos de Licenciatura en Enfermería de la UNCuyo año 2022.



Fuente: “Úlcera por presión estadio IV” fotografía tomada por alumnos de Licenciatura en Enfermería de la UNCuyo año 2022.



Fuente: “UPP antes y después de 24hs de aplicar crema para escara IRUXOL”
fotografía tomada por alumnos de Licenciatura en Enfermería de la UNCuyo
año 2022.



Fuente: “UPP antes y después del desbridamiento por el personal del servicio”
fotografía tomada por alumnos de Licenciatura en Enfermería de la UNCuyo
año 2022.



Fuente: “UPP sacra antes y después de escarectomía en quirófano” fotografía tomada por alumnos de Licenciatura en Enfermería de la UNCuyo año 2022.



Fuente: “UPP sacra con sistema VAC” fotografía tomada por alumnos de Licenciatura en Enfermería de la UNCuyo año 2022.

Preguntas	Encuesta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	
1	A	x								x				x								x		x					x						
	B		x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	
2	A	x		x		x		x	x	x	x	x	x						x	x				x	x	x	x	x					x	x	
	B		x		x		x								x	x		x			x	x	x					x	x	x	x				
	C														x			x											x	x	x	x			
	D																																		
3	A			x	x	x	x		x		x	x		x	x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	
	B	x								x			x																						
	C							x										x																x	
	D		x																				x												
4	A	x	x	x		x	x	x		x	x		x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x		x	x	x	x	
	B													x	x													x		x					
	C				x				x																										
	D											x																x							
5	A	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	
	B																				x														
	C						x							x	x													x							
6	A	x															x																		
	B		x	x	x		x		x	x	x	x						x	x	x		x		x	x	x		x	x		x	x	x		
	C					x		x					x	x	x								x				x			x				x	
	D																				x														
7	A																																		
	B	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	C																																		
	D																																		
8	A	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x		x	x	x	x	x				x	x		x	x	x	x	x	x		
	B					x	x						x	x		x						x	x	x			x							x	
	C																																		
9	A	x												x	x										x									x	
	B									x														x											
	C		x	x	x	x	x	x	x		x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x		x	
10	A	x	x					x			x			x			x								x									x	
	B																				x														
	C																																		
	D			x	x	x	x		x	x		x	x		x	x		x	x		x	x	x	x		x	x		x	x	x	x		x	
11	A																x																		
	B		x				x										x		x													x			x
	C					x					x																						x		
	D	x		x	x			x	x	x		x	x	x	x				x	x	x	x	x	x	x		x		x	x					

