EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LA GUIA PARA LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN; EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE ORTOPEDIA DE LA IPS UNIVERSITARIA SEDE LEON XIII

Natalia María Arboleda Colorado
Claudia Yanneth Correa García
Yennis Marina Rodríguez Ospino

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO EN AUDITORIA EN SALUD - COHORTE 53
MEDELLIN
2011

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LA GUIA PARA LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN; EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE ORTOPEDIA DE LA IPS UNIVERSITARIA SEDE LEON XIII

Natalia María Arboleda Colorado
Claudia Yaneth Correa García
Yennis Marina Rodríguez Ospino

Trabajo de Grado para Optar el Título de Especialista en Auditoria en Salud

ASESORA
BEATRIZ TORRES AVENDAÑO
ESPECIALISTA EN AUDITORA EN SALUD

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
SALUD PÚBLICA
MEDELLIN
2011

Nota de aceptación

_____
_____
_____
_____

_____
Firma del presidente del Jurado

_____
Firma del jurado

_____
Firma del jurado

Medellín, XX de XXXXX de 2011

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 9

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 11

2. OBJETIVOS 13
   2.1 Objetivo General 13
   2.2 Objetivos Específicos 13

3. METODOLOGÍA 14
   3.1 Tipo de Estudio 14
   3.2 Población de Estudio 14
   3.3 Unidad Muestral 14
   3.4 Criterios de Inclusión 14
   3.5 Criterios de Exclusión 14
   3.6 Fuentes de Información 14
   3.7 Consideraciones Éticas 14
   3.8 Recolección de Información 15
   3.9 Herramienta de Recolección 15

4. MARCO INSTITUCIONAL 17
   4.1 Reseña Histórica 17
   4.2 Sede León XIII 17
   4.3 Sede Ambulatoria 18
   4.4 Sede Universitaria 18
   4.5 Sede SIU 19
   4.6 Portafolio de Servicios 19
   4.7 Valores Corporativos 21
   4.8 Misión 22
   4.9 Visión 22
   4.10 Ubicación 22

5. MARCO TEORICO – ULCERA POR PRESIÓN 23
   5.1 Generalidades de la Piel 23
   5.2 Estructura y Función 23
      5.2.1. Epidermis 23
      5.2.2. Dermis 23
      5.2.3. Capa de Tejido Graso 24
   5.3 Definición de Ulcera por Presión 25
   5.4 Etiopatogenia 25
   5.5 Causas de la Formación de Úlceras por Presión 25

5.5.1. Presión 25
5.5.2. Fricción 26
5.5.3. Estiramiento y/o Cizallamiento 26
5.6 Factores de Riesgos 27
5.7 Localización 27
5.8 Categorías de la Ulceras por Presión 27
5.8.1. Categoría I: Eritema no blanqueable 28
5.8.2. Categoría II: úlcera de espesor parcial 28
5.8.3. Categoría III: pérdida total del grosor de la piel 28
5.8.4. Categoría IV: pérdida total del espesor de los tejidos 29
5.8.5. Categorías adicionales 30
Inestadiable /sin clasificar: Pérdida total del espesor de la piel o los tejidos – Profundidad desconocida 30
5.9 Complicaciones 30
5.10 Tratamiento 31
5.11 Prevención de las Úlceras por Presión 32

6. RESULTADOS 38
6.1 Gráficos 40

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. 42

BIBLIOGRAFÍA ..... **¡Error! Marcador no definido.**

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: INSTRUCTIVO SABANA DE VERIFICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE UPP …… 44

Anexo 2: PLAN DE MEJORAMIENTO……. 46

GLOSARIO

- Úlcera por Presión: Una úlcera por presión es una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla. Un número de factores contribuyentes o factores de confusión también se asocian con las úlceras por presión; la importancia de estos factores todavía no se ha dilucidado (1).

- Presión: Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.).La presión capilar oscila entre 6- 32 mmhg. Una presión superior a 32 mmhg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos (1).

- Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. En los pacientes hospitalizados o encamados, se puede producir fricción al tirar de las sábanas en los cambios de postura, esta acción puede erosionar el estrato córneo, y la piel pierde su función de barrera (1).

- Estiramiento y/o Cizallamiento: desgarramiento del tejido que puede producirse al “resbalar” el paciente de la cama al estar sentado. Este deslizamiento hace que los tejidos externos se mantengan apegados a las sábanas mientras que los profundos se deslizan hacia abajo. Los tejidos estirados en direcciones opuestas producen estiramiento, obstrucción o desgarro del tejido (1).

RESUMEN

Con el objetivo de identificar la adherencia del personal de enfermería a la guía para la prevención de ulceras por presión, se realizó un estudio descriptivo de corte trasversal, aplicado a pacientes hospitalizados en el servicio de Ortopedia de la IPS Universitaria Sede León XIII, en el periodo comprendido entre Abril a Junio de 2011. Se empleó como herramienta una sábana donde se registraron los datos captados en las observaciones y evaluaciones de las historias clínicas aplicadas a 202 pacientes, encontrando una adherencia general en las categorías de: valoración de la escala de Braden, control de humedad, apósitos de piel para prevención de las UPP, tendido de cama sin arrugas, lubricación de la piel, cambio de posición y plan de cuidados, del 49%. El nivel de adherencia del personal de enfermería a esta guía, sugiere reforzar criterios de socialización, evaluación y seguimiento al proceso. No fue posible identificar en las acciones de cuidado una cultura de prevención por lo que se recomienda actualización de la guía, capacitación continua al personal de enfermería, realizar seguimiento a la adherencia de la guía mediante evaluación al personal y auditoria.

ABSTRACT

With the aim to identify the adherence of the nurse staff to the bedsore prevention guide a transverse cut descriptive study was performed, applied to the hospitalized patients in the ortopedic service at IPS universitaria León XIII, between April and June of 2011. A sheet was used as tool to filed the the data captured in observations and evaluations of the medical history applied to 202 patients, finding a general adherence in the categories of: Bradem scale of valuing, humidity control, skin bandage for bedsore prevention, change of position, wrinkless sheets, lubricated skin and care plan, of 49%. The adherence level of the nurse staff to this guide, suggest to reinforce judgments of socialization, evaluation and process following.

It wasn´t possible to identify in the care actions a prevention culture for that its recommended the guides actualization, continue training to the nurse staff, realize a tracing of the guides adherence through staff tests and audits.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud utiliza “la incidencia de las úlceras por presión“. Como uno de sus indicadores para evaluar la calidad asistencial de un país.

“Las úlceras por presión (UPP) continúan siendo en el siglo XXI, un importante problema de salud con grandes repercusiones a nivel personal como la afectación del estado de salud y de la calidad de vida de los pacientes que las sufren, y un importante impacto a nivel institucional traducido en un elevado gasto en los recursos humanos y materiales necesarios para su atención, un incremento de las estancias hospitalarias, así como en el creciente número de demandas legales, tanto en Europa como en los Estados Unidos” (2).

En Colombia no existen estudios que puedan indicar la magnitud de la situación. De acuerdo con los indicadores epidemiológicos, las UPP constituyen un problema con una gran variabilidad en cuanto a su prevalencia.

Es importante entender que la morbilidad de la actual sociedad favorece la aparición de estas alteraciones de la piel; este problema sólo es percibido en su amplia dimensión por algunos profesionales implicados en la atención a las heridas crónicas, mientras suele ser ignorado por el actual sistema de Salud.

“Bajo un enfoque global el problema de las UPP representa importantes repercusiones tanto en su priorización cómo en la definición de políticas de salud que sirvan de marco de referencia para una correcta priorización y la consiguiente asignación de recursos, tanto para su prevención, como para su tratamiento. Una primera barrera para conseguir un abordaje global del problema de las UPP, es decir, un abordaje que incluya e integre enfoques orientados a su prevención y tratamiento, radica en la necesidad de extender la conciencia sobre dicho problema hacía todo el Sistema de Salud así como hacía la sociedad en general” (2).

Por ello consideramos fundamental aunar en el tema de las Ulceras por Presión aspectos descriptivos que permiten representar de manera holística el contexto en que se está previniendo, manejando y educando al paciente, la familia y los profesionales en enfermería con respecto al tema.

“De acuerdo con las evidencias disponibles, las UPP constituyen un problema de salud evitable en un elevado porcentaje de casos mediante la aplicación de medidas integradas de prevención. De otra parte, existe una gran cantidad de recursos terapéuticos que permiten minimizar el impacto de las UPP, reducir los tiempos de tratamiento y evitar la aparición de complicaciones” (2). A su vez esto se puede traducir en la reducción de los costos ya que a medida de que aumentan las acciones de prevención y se reducen las complicaciones, el costo para tratamiento es mucho menor.

Son múltiples los factores que favorecen la aparición de las úlceras por presión, y se presentan como consecuencia de diferentes problemas de salud tales como: los fisiopatológicos, del sistema tegumentario, trastornos inmunológicos, alteraciones en el estado de conciencia, deficiencias motoras.

Detectando los criterios favorecedores del riesgo y evitando o interviniendo los factores predisponentes se puede construir un proceso estandarizado de prevención y tratamiento de ulceras por presión, que permitan estandarizar estrategias para mejorar la calidad de atención de enfermería, entendiendo por calidad aquel proceso que debe incluir actividades de valoración del riesgo, diagnóstico del compromiso que se tiene, realización del plan de cuidados y posterior ejecución de este y por último la evaluación donde se compara la situación real, con los objetivos deseados para poder validar estándares de calidad que favorezcan el logro de metas en relación con la mejora continua.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia e incidencia de las ulceras por presión a nivel intrahospitalario suele ser muy elevada, convirtiéndose en uno de los principales indicadores de calidad con respecto a cuidados de enfermería en el ámbito hospitalario, problema de vital interés para todo el sector salud por las implicaciones económicas y sociales que repercuten "afectando no sólo al nivel de salud y calidad de vida de los pacientes, sus familiares y/o cuidadores, sino que además afecta a los profesionales de enfermería, aumentando considerablemente las cargas de trabajo" (3) en especial en los servicios donde se atienden pacientes de ortopedia quienes además presentan generalmente limitaciones de la movilidad, entre otras complicaciones que incrementan los días de estancias hospitalaria.

Es importante abordar el tema de los profesionales de enfermería al respecto de la importancia de su rol en la prevención y cuidados en pro de la reducción de complicaciones altamente prevenibles como es el caso de las ulceras por presión "Sin embargo y pese a las evidencias de la importante labor de la enfermería en beneficio de la salud, las instituciones no perciben el cuidado de enfermería como útil, lo consideran una nómina muy grande, una carga financiera, un problema sindical, una administración altamente burocratizada y por lo tanto mejorarla implica para los políticos y economistas en salud reducir los costos contratando el menor número de enfermeras profesionales" (Reunion de expertos en estadisticas del trabajo Informe II, 2008). Esta reducción directa de costos incrementa el riesgo de fallas en el cuidado en especial relación con los cuidados que implican presencialidad directa del cuidador con el paciente en actividades rutinarias y temporalizadas como es el caso de la prevención de lesiones en la piel generadas por la compresión, fricción y cizallamiento generando ulceras por presión de difícil manejo, dado que el paciente ortopédico suele tener mayor compromiso de su movilidad.

Esta relación de costos directos no son evidenciados fácilmente por las áreas administrativas, las cuales se camuflan en los sistemas que por lo general aún no están inmersos en la cultura de la gestión de riesgos y costos de mala calidad como lo es el deterioro de la integridad de la piel en un paciente sometido a cirugías o lesiones ortopédicas, lo que aunado a las altas cargas laborales del personal de enfermería se convierte en factor directo de incremento de costos de mala calidad del cuidado en respuesta a la carga laboral e incremento de días de estancia en los pacientes que suelen tener mayores complicaciones sistémicas como las infecciones.

Por tanto para el desarrollo de sus actividades cotidianas, las enfermeras deben estar capacitadas, entrenadas y asignadas a labores concretas para el ejercicio de prácticas seguras, ganando la confianza y respeto dentro del equipo multidisciplinario al desempeñar múltiples actividades que demandan tiempo Este estudio se propone entonces analizar y evaluar la gestión del cuidado de enfermería en el servicio de ortopedia en relación al cuidado de la piel, a fin de construir propuestas de mejora; orientadas a elevar la calidad del

cuidado con buenas prácticas orientadas a los cuidados de la piel, prevención y manejo, tratamiento y rehabilitación de las ulceras por presión.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Identificar la adherencia del personal de enfermería a la guía para la prevención de ulceras por presión en pacientes hospitalizados en el servicio de ortopedia en la IPS Universitaria sede León XIII, con la finalidad de hacer un análisis de dicha situación y contribuir al mejoramiento del proceso en la práctica clínica.

2.2 Objetivos Específicos

- Diseñar y aplicar herramienta de observación y de verificación de historias clínicas para evaluar el cumplimiento de los cuidados aplicados para la prevención de las ulceras por presión en los pacientes hospitalizados en el servicio de ortopedia.

- Consolidar y analizar los resultados obtenidos durante la medición realizada.

- Determinar el nivel de cumplimiento de la adherencia a la guía de enfermería para la prevención de ulceras por presión, que está implementando la IPS Universitaria sede León XIII.

- Proponer acciones de mejora al proceso, con el fin de reducir al máximo la aparición de UPP durante la estancia hospitalaria, logrando fortalecer la calidad de la atención e impactar en el control del costo.

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Estudio

Estudio descriptivo de corte trasversal. Se tomó la información del periodo comprendido entre Abril a Junio de 2011, de la IPS Universitaria Sede León XIII, en el servicio de hospitalización ortopedia. Se utilizó una sábana en Excel para el registro de la observación de aplicación de cuidados, en el cual se identificaron las acciones directas que realiza el personal de enfermería en la atención, además se confrontaron las observaciones con las historias clínicas de los pacientes que durante la observación presentaban ulceras por presión.

3.2 Población de Estudio

Pacientes hospitalizados en el servicio de ortopedia durante el segundo trimestre del año 2011, (abril – Junio), en la IPS Universitaria sede León XIII.

3.3 Unidad Muestral

Se evaluó a través de barrido el 100% de las camas del servicio de ortopedia, en total 66, durante los meses de Abril, Mayo y Junio de 2011. Para la captación de los datos se tomó muestra aplicada en un día de cada mes, en la sabana de registro se incluyó observaciones directas del paciente y revisión de la historias clínicas de aquellos pacientes que se encontraban dentro del servicio de ortopedia el día de la observación.

3.4 Criterios de Inclusión

Pacientes que durante el periodo de observación se encontraban en su unidad hospitalaria en el servicio de ortopedia y eran susceptibles de aplicar observación directa, es decir, aquellos pacientes que no se encontraban aislados, en cirugía o en la realización de ayudas diagnosticas o procedimientos.

3.5 Criterios de Exclusión

Pacientes hospitalizados en el servicio ortopedia durante otro periodo de tiempo diferente al definido por este estudio.

3.6 Fuentes de Información

Observación directa y evaluación de la historia clínica, de acuerdo a los criterios establecidos en la guía de enfermería para la prevención de ulceras por presión en los pacientes atendidos.

3.7 Consideraciones Éticas

Esta investigación se fundamenta en el respeto por los pacientes y los profesionales objeto de estudio bajo lineamientos de la resolución 8430 de 1993, “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”, garantizando la confidencialidad de los datos obtenidos, motivo por el cual se asignó código numérico en la base de datos para identificar a los pacientes observados, sin repercusiones

directas para las personas, la institución y los profesionales que participaron en el desarrollo este estudio.

Se mantendrá reserva de los datos, cumpliendo de esta manera con los criterios establecidos en el capítulo 1 del artículo 5, “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar”.

No se realizaron intervenciones directas ni al personal, ni a los pacientes observados con lo cual se evitó repercusiones sicológicas o físicas.
La Ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia establece los aspectos técnicos y éticos de la profesión, de esta manera “establece con claridad los valores morales predominantes en la enfermería colombiana: el valor de la persona humana, de su dignidad, de la vida, la relación solidaria con los demás, el buen juicio en la toma de decisiones, la necesidad de mantener un ambiente laboral seguro y cálido, además de los principios éticos que permiten analizar los dilemas que se presentan en el ejercicio de la profesión, la toma de decisiones éticas y las responsabilidades éticas del profesional de enfermería propias de su rol en el contexto sociocultural donde se desempeña”

3.8 Recolección de Información

Para dar cumplimiento a los objetivos, se realizó observación directa a 202 pacientes del servicio de ortopedia.
La observación y la evaluación de la historia clínica fueron realizadas por enfermeras profesionales que además de tener conocimientos en el tema fueron estandarizadas con el fin de aplicar la herramienta con los mismos criterios de evaluación. (Anexo1).

Con el análisis de los datos se pretende identificar tendencias con respecto al quehacer del cuidado en comparación con las observaciones y los registros clínicos, además de evidenciar la coherencia, en la aplicación de cuidados para la prevención de ulceras por presión.

3.9 Herramienta de Recolección

Para el registro de la información se aplicó una sábana de recolección de datos, donde se realizó el registro de las observaciones y la revisión de las historias clínicas con el fin de unificar criterios y tener mayor confiabilidad durante la recolección de los datos. Los criterios evaluados mediante observación y plasmados la sabana fueron: valoración de escala de Bradem, lubricación de la piel, tendido de camas, apósitos para la prevención de ulceras por presión, cambios de posición, control de humedad del paciente y plan de cuidados de pacientes con riesgo.

Mediante la observación directa de las unidades hospitalarias por parte de profesionales de enfermería se verificaron los criterios de lubricación de la piel, tendido de camas, cambios de posición y control de la humedad del paciente; y

la revisión de historias clínicas se hizo de manera ordenada pues la institución cuenta con historia clínica electrónica y los criterios evaluados fueron valoración de escala de Bradem, apósitos para la prevención de ulceras por presión, cambios de posición, control de la humedad del paciente y plan de cuidados de pacientes con riesgo.

Cada criterio evaluado durante la realización del estudio se definió previamente con el instructivo; con el cual se pretendía unificar los conceptos. (Ver anexo 1). El diligenciamiento y consolidado de la información se trabajó en tablas de Excel, donde se registraron los códigos numéricos para identificar los pacientes observados con la respectiva verificación de los criterios y calificando como: Si (si cumple el criterio), NO (No cumple el criterio), NA (no aplica el criterio), al final se sacó la frecuencia y Porcentajes de los resultados para hacer el análisis de los mismos.

4. MARCO INSTITUCIONAL

4.1 Reseña Histórica

Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia, aprobada por el Consejo Superior del Alma Máter con la Resolución Superior 632 del 18 de agosto de 1998. Se les conoce comercialmente como la "IPS UNIVERSITARIA". Opera como una corporación mixta sin ánimo de lucro, conformada por la Universidad de Antioquia y por la Fundación de Apoyo a la Universidad de Antioquia. Con personería jurídica otorgada por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia mediante Resolución 1.566 del 4 de diciembre de 1998 y en consecuencia con autonomía administrativa, técnica y financiera. En los actos administrativos se rige por el derecho privado, aunque por patrimonio se puede catalogar como una entidad estatal.

Inicia operaciones el 1 de noviembre de 1998. Actualmente cuenta con 4 sedes, la Clínica León XIII, la sede Ambulatoria, además de una sede situada en el Bloque 22 de la Ciudad Universitaria y otra en el primer piso de la SIU, en donde se encuentran instalaciones modernas y confortables para ofrecer servicios de salud, que se encuentran a disposición de la Universidad de Antioquia, de la población general, de los organismos de Dirección, Vigilancia y Control, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), entre ellas las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), las Entidades de Medicina Prepagada, las administradoras de pólizas de servicios de salud, las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), y todo tipo de instituciones de salud de la ciudad de Medellín, el Valle de Aburrá, el departamento de Antioquia, los departamentos vecinos y los usuarios particulares del país y del exterior.

4.2 Sede León XIII

La Clínica León XIII, ahora administrada por la IPS UNIVERSITARIA de la Universidad de Antioquia, es una de las más reconocidas en Medellín. Fue inaugurada en 1950, y llegó a fortalecer la atención médica a los afiliados al Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ISS), entidad estatal y única encargada de prestar los servicios de salud en el país hasta 1993.
En ese ya lejano 1950, el gerente del Seguro Social en Antioquia era el doctor Gabriel Barrientos Cadavid. Eran tiempos en los que aún no había energía eléctrica en la Medellín de entonces, sin altos edificios y donde aún barrios mantenían unos límites establecidos y se presentaban unos retirados de los otros.

Debido al crecimiento demográfico y urbano de la capital antioqueña en la segunda mitad del siglo pasado, la Clínica se vio obligada también a crecer y por eso pasó de tener no un solo bloque como cuando se inauguró sino tres edificaciones como se presenta en la actualidad. El nombre de la Clínica hace honor al Papa León XIII, cuyo pontificado se extendió desde 1878 hasta 1903, y ese mismo nombre es uno de los más mencionados en Medellín debido a

que gran parte de los medellinenses ha nacido en estas instalaciones o ha recurrido a ella en algún momento de su vida.
Desde 1950, la Clínica León XIII ha tenido varias administraciones. Desde el 15 de febrero de 2007 la IPS UNIVERSITARIA de la Universidad de Antioquia, ha ejercido la dirección; actualmente el Doctor Jaime Poveda Velandia se encuentra al frente de este cargo.

Fuente: Portal de aplicaciones IPS universitaria

4.3 Sede Ambulatoria

La Sede Ambulatoria de la "IPS UNIVERSITARIA" es una moderna instalación ubicada en la carrera 51 A No 62 – 42, centro de la ciudad de Medellín, cerca del Hospital San Vicente de Paúl y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Dotada de 44 consultorios y de un personal humano altamente capacitado, esta moderna sede presta servicios certificados de: cirugía ambulatoria, consulta externa, salud oral, servicio farmacéutico y de óptica, ayudas diagnósticas y complementación terapéutica de primero y segundo nivel.

La Sede Ambulatoria de la "IPS UNIVERSITARIA" ofrece un amplio portafolio de servicios que está a disposición de varias empresas promotoras de salud (EPS) que tienen contratos y convenios vigentes con la Institución. Contamos con tecnología de punta para brindarle los mejores servicios particulares y a tarifas competitivas en el mercado

Fuente: Portal de aplicaciones IPS universitaria

4.4 Sede Universitaria

La IPS UNIVERSITARIA presta sus servicios en las instalaciones de la Universidad de Antioquia, en el primer piso del Bloque 22, en la llamada Sede Universitaria, y funciona desde el 1º de noviembre de 1998.

La comunidad del Alma Máter siente muy suya esta Sede, dotada del personal médico y humano de la más alta calidad profesional; ese personal está conformado por 11 médicos, 1 auditor médico, 1 enfermera, y profesionales que hacen parte del laboratorio clínico.

La Sede Universitaria ofrece sus servicios a estudiantes que no se encuentran afiliados a la Seguridad Social y a los empleados de la Universidad de Antioquia.

4.5 Sede SIU

La Sede de Investigación Universitaria – SIU - es un proyecto de avanzada que la Universidad de Antioquia puso en marcha para impulsar la transformación cualitativa y cuantitativa de su sistema de investigación. En la sociedad del conocimiento, la SIU es un aporte de la Universidad al propósito de hacer de la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico pilares de la construcción de una Colombia más competitiva y justa.

Actualmente en la SIU desarrollan su trabajo 36 grupos de investigación de excelencia, clasificados en las categorías A y B de Colciencias, en áreas tan diversas como biotecnología, química, ciencias de los materiales, genéticas, medio ambiente, inmunología, enfermedades infecciosas y tropicales, entre otras. Todos estos grupos desarrollan investigación de alta calidad y contribuyen al posicionamiento de la U. de A. como una universidad de investigación.

Más allá de su estructura física, la SIU busca crear sinergias entre los grupos que la habitan, impulsar el trabajo interdisciplinario, integrar la comunidad investigativa local y nacional con sus pares en el mundo entero y facilitar un espacio que propicie el desarrollo de aportes científicos y tecnológicos.

LA "IPS UNIVERSITARIA, cuenta con 8 consultorios, para atender a los usuarios remitidos por las EPS o a los particulares, con modernas instalaciones, brindando un servicio ágil, confiable y con toda la tecnología dispuesta para garantizarle los mejores resultados.

En esta sede funciona el Laboratorio del sueño, donde se estudian pacientes con problemas del sueño y se realizan electroencefalogramas.

Fuente: Portal de aplicaciones IPS universitaria

4.6 Portafolio de Servicios

La “IPS UNIVERSITARIA” como una institución de origen universitario, creada para la prestación de servicios de salud con calidad y la implementación de actividades que promuevan el desarrollo y fortalecimiento de la docencia y la investigación de la Universidad de Antioquia; durante el año 2010 consolido su modelo de gestión gerencial, enfatizándolo, hacia un modelo eficiente que continua avanzando con mayor decisión en la construcción del modelo de HOSPITAL UNIVERSITARIO, implementando el proceso de Acreditación de la Institución, bajo los más altos estándares de calidad y a la ampliación y fortalecimiento de su portafolio de servicios de salud.

Como evaluación al proceso de planificación estratégica de la “IPS UNIVERSITARIA”, bajo el nuevo escenario hospitalario, académico y de

mercado, realiza ajustes de las líneas estratégicas con sus objetivos y estrategias operativas. Es así como la IPS continua concentrada en las cuatro líneas estratégicas del Plan de Desarrollo, que para este período se denominan:

- Incremento de la participación en el mercado de los servicios de salud.
- Prestación de servicios de salud con calidad.
- Desarrollo del modelo de hospital universitario.
- Fortalecimiento del modelo de gestión.

En el 2010, la definición de los principios para continuar el fortalecimiento del portafolio de servicios, lleva a la "IPS UNIVERSITARIA" a proponer un portafolio con servicios integrales que apoyados desde la Universidad de Antioquia se transformen en importantes centros de excelencia con reconocimiento internacional.

El desarrollo de los nuevos servicios como la Unidad Renal, la Unidad de Trasplantes y la Unidad de Oncología, permiten responder a las necesidades de la población antioqueña y respaldarán los programas académicos de la Universidad de Antioquia.

Durante el año 2010 se realizó la apertura de 28 nuevos servicios en la Unidad Hospitalaria Clínica León XIII y 18 en la sede Ambulatoria. Dentro de los cuales se destaca la apertura de Oncología Clínica, Quimioterapia, Trasplante Renal, Anestesiología para Trasplante Renal, Nefrología Infantil, Endocrinología infantil, Gastrohepatología, Radiología Intervencionista, Ginecooncología, Ortopedia Oncológica, Neuroradiología, entre otras. Se encuentra en proceso de habilitación y/o certificación para su apertura los servicios de trasplante de médula ósea y células hematopoyéticas, trasplante hepático y banco de médula ósea y precursores cutáneos del Biobanco.
Contamos con:

PORTAFOLIO	SERVICIOS HABILITADOS
URGENCIAS	De Alta Complejidad, Pediátricas y De Adultos las 24 Horas.
HOSPITALIZACION	620 Camas para Hospitalización Pediátrica Y De Adultos, En Hospitalización General, Quirúrgica, Médica, UCE Y UCI Adultos.
CIRUGÍA	Cirugía Ortopédica, Cirugía Plástica y Estética, Cirugía Ortopédica, Cirugía General, Cirugía Oftalmológica, Cirugía Otorrinolaringología, Cirugía Urológica, Cirugía Ambulatoria, Cirugía Ginecológica, Dermatología, Cirugía Vascular, Medicina Interna, Neurología
CONSULTA EXTERNA – HOSPITALARIA –	Medicina General, Enfermería, Ginecobstetricia, Odontología, Psicología, Nutrición y Dietética, Optometría, Consulta Prioritaria, Atención

PORTAFOLIO	SERVICIOS HABILITADOS
URGENCIAS	Domiciliaria, Cirugía General, Cirugía Oftalmológica, Cirugía Otorrinolaringología, Cirugía Urológica, Cirugía Ambulatoria, Cirugía Ginecológica, Dermatología, Cirugía Vascular, Medicina Interna, Neurología Medicina Física y del Deporte, Neurología, Optometría, Pediatría, Psiquiatría Salud Ocupacional, Gastroenterología, Hepatología, Inmunología, Oncología Clínica, Reumatología, Fonoaudiología y/o Terapia De Lenguaje, Apoyo a Procesos Universitarios, Nefrología, Anestesia, Toxicología, Consulta Cardiovascular Cirugía de Tórax, Fisioterapia, Terapeuta Respiratorio, Neurocirugía, Fisiatría.
SALUD ORAL	Periodoncia, Rehabilitación Oral, Odontopediatria, Ortodoncia, Odontología General.
AYUDAS DIAGNOSTICAS Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA	Laboratorio Clínico, Radiología e Imágenes Diagnosticas, Ultrasonido, Endoscopia Digestiva, Fonoaudiología y/o Terapia de Lenguaje, Inmunología, Diagnostico Cardiovascular, Hemodinámica, Diálisis Renal, Diagnostico Cardiovascular, Dermatología, Neumología Fibrobroncoscopia, Neumología Laboratorio Función Pulmonar, Terapia Respiratoria, Transfusión Sanguínea, Laboratorio de Patología, Electro-Diagnóstico.

4.7 Valores Corporativos

- Respeto

Capacidad de reconocer los derechos ajenos y los propios. El respeto se traduce en privacidad y comodidad de nuestros usuarios e influye positivamente en la aceptación del servicio por parte de ellos.

- Honestidad

Obrar en verdad con prudencia, generando confianza en nuestros actos.
La mejor aplicación del conocimiento disponible "IPS UNIVERSITARIA" del usuario, genera confianza y aprecio de ellos hacia la Institución.

- Servicio

Estar dispuestos a darse a los demás.
Nuestros usuarios sentirán que la “"IPS UNIVERSITARIA" UNIVERSITARIA” trasciende en la atención de sus necesidades básicas y propicia las oportunidades para identificar y satisfacer sus expectativas.

- Responsabilidad

Asumir las consecuencias de todos nuestros actos.
En la "IPS UNIVERSITARIA" nos esforzamos por brindar los mayores

beneficios a nuestros usuarios minimizando el riesgo al que él y demás personas, puedan estar expuestos.

- Coherencia

Armonía entre sentimiento, pensamiento, palabra y acción.
Ejecutamos de forma sistemática y continua el conjunto de acciones necesarias para lograr el mejor beneficio de nuestros usuarios.

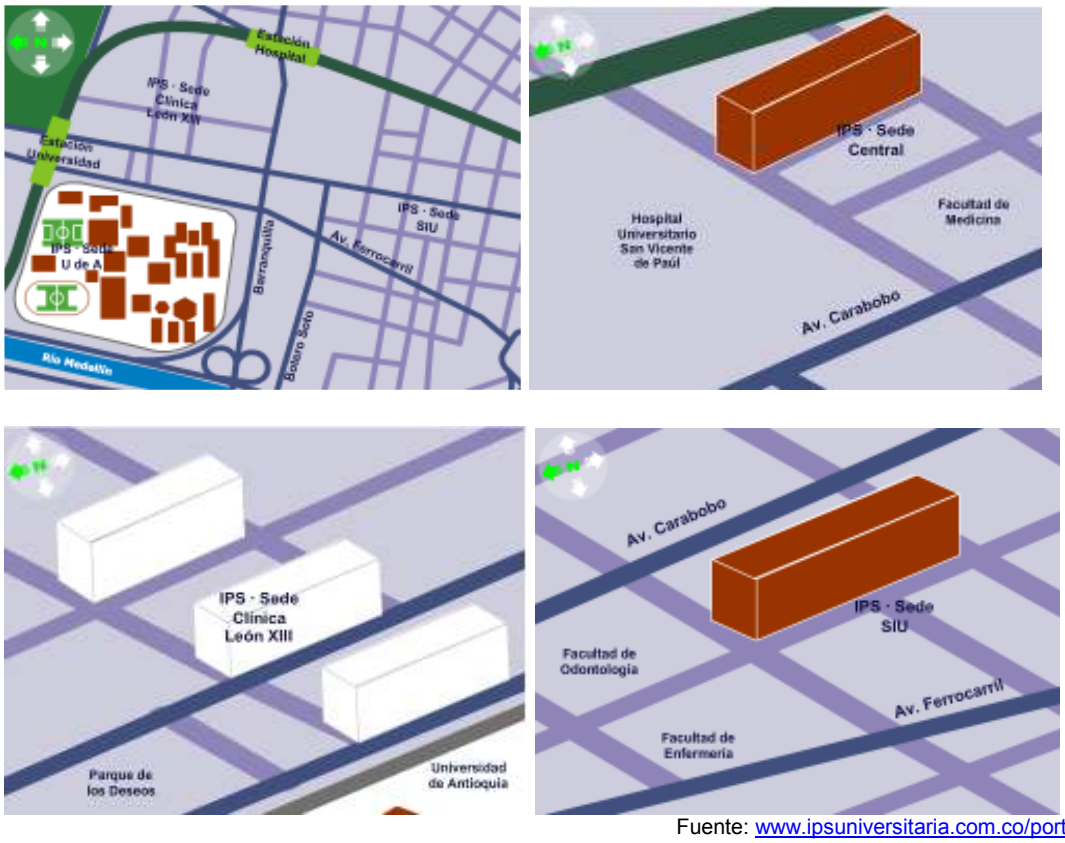
4.8 Misión

Somos la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia, comprometida con la investigación, la extensión y la docencia.
Servimos a la comunidad en todos los niveles de atención, fundamentados en la evidencia científica, la ética, el respeto al medio ambiente y la calidad.

4.9 Visión

En el 2016, la "IPS UNIVERSITARIA" será la red de servicios de salud preferida por los usuarios, principal centro de apoyo a la investigación, docencia y extensión de la Universidad de Antioquia, modelo de gestión y calidad en el ámbito nacional, con proyección al mercado internacional. [4]

4.10 Ubicación



Fuente: www.ipsuniversitaria.com.co/portalips/

5. MARCO TEORICO – ULCERA POR PRESIÓN

5.1 Generalidades de la Piel

La piel es el órgano más grande del cuerpo. Tiene muchas funciones importantes, como la regulación de la temperatura del cuerpo, el mantenimiento del agua y del equilibrio de los electrolitos y la sensibilidad a los estímulos dolorosos y agradables. La piel evita que sustancias peligrosas penetren en el organismo y sirve como escudo que lo protege de los efectos perjudiciales del sol. Además, el color, la textura y los pliegues de la piel contribuyen a identificar a las personas como individuos. Cualquier alteración en el funcionamiento o en la apariencia de la piel puede tener consecuencias importantes en la salud física y mental.

5.2 Estructura y Función

La piel tiene tres capas: la epidermis, la dermis y el tejido graso (también denominada capa subcutánea). Cada capa cumple con una tarea específica.

5.2.1. Epidermis

La epidermis es la capa delgada, resistente, que recubre la piel.

La porción externa de la epidermis, el estrato corneo, es impermeable y, cuando no está lesionado, evita que entren en el organismo la mayoría de las bacterias, virus y otras sustancias extrañas. La epidermis también protege los órganos internos, los músculos, los nervios y los vasos sanguíneos contra cualquier clase de trauma. Las células planas muertas en la superficie de la epidermis están compuestas por una proteína fuerte y fibrosa denominada queratina, que también se encuentra en el cabello y en la uñas de los dedos. A medida que estas células muertas en la superficie se desgastan, son reemplazadas continuamente por células más nuevas que llegan desde abajo. La capa externa de queratina de la epidermis es más gruesa en las superficies cutáneas que requieren mayor protección como las palmas de las manos y la planta de los pies.

En la parte inferior de la epidermis se hallan los melanocitos, células que producen melanina (el pigmento oscuro de la piel). La melanina filtra la radiación ultravioleta de la luz del sol y proporciona el color de la piel.

La epidermis también contiene las células de langerhans, que forman parte del sistema inmunológico de la piel. Estas células ayudan a detectar sustancias extrañas y desempeñan un papel importante en el desarrollo de alergias en la piel.

5.2.2. Dermis

La dermis, la capa siguiente de la piel, es una capa de tejido fibroso y elástico (compuesto principalmente por proteínas, colágeno y fribilina) que da a la piel su flexibilidad y consistencia. La dermis contiene terminaciones nerviosas, glándulas, folículos pilosos y vasos sanguíneos.

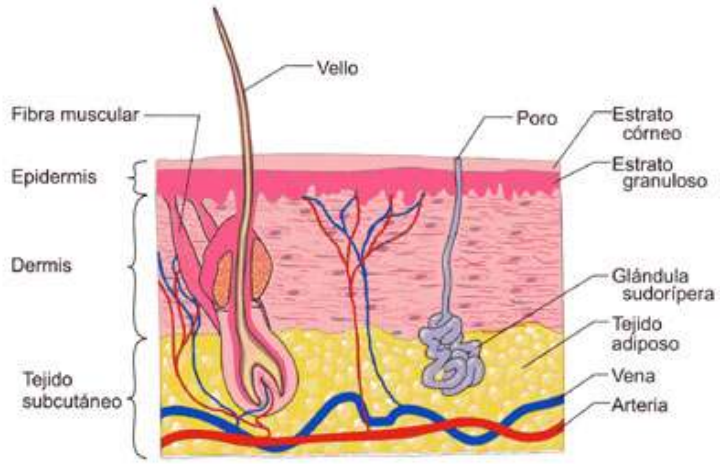
Las terminaciones nerviosas detectan el dolor, el tacto, la presión y la temperatura. Algunas áreas de la piel contienen más terminaciones nerviosas que otras. Los pies y las yemas de los dedos de las manos, por ejemplo, contiene muchos nervios y son extremadamente sensibles al tacto. Las glándulas sudoríparas producen el sudor en respuesta al calor. El sudor está compuesto de agua, sal y otras sustancias químicas. A medida que el sudor se evapora de la piel el cuerpo tiende a refrescarse. Las glándulas sudoríparas especializadas de la axila y la región inguinal (glándulas aprocrinas sudoríparas) secretan una sustancia espesa y aceitosa que produce un olor característico en el organismo cuando las bacterias de la piel digieren el sudor en esas zonas. Las glándulas sebáceas producen aceite lo que mantiene la piel húmeda y suave y actúa como una barrera contra las sustancias extrañas.

Los vasos sanguíneos de la dermis nutren la piel y ayudan a regular la temperatura del cuerpo. El calor hace que los vasos sanguíneos se dilaten y permite que grandes cantidades de sangre circulen cerca de la superficie de la piel donde puede liberarse el calor. El frio hace que los vasos sanguíneos se estrechen (constriñan) y conserven el calor del cuerpo.

El número de nervios, glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas, folículos pilosos y vasos sanguíneos varían en las distintas regiones del cuerpo. La parte superior de la cabeza, por ejemplo, tiene gran cantidad de folículos pilosos mientras que las palmas de las manos y plantas de los pies poseen menos.

5.2.3. Capa de Tejido Graso

Debajo de la dermis se encuentra una capa de grasa que ayuda aislar el cuerpo del calor y del frio, proporciona un relleno protector y sirve para almacenar energía. La grasa se almacena en células vivas denominas células grasa, unidas entre sí por un tejido fibroso. El grosor de la capa de grasa varia, desde una fracción de centímetros en los parpados hasta varios centímetros en el abdomen y las nalgas en algunas personas (5).



Fuente: www.google.com/capasdelapiel

5.3 Definición de Ulcera por Presión

Mª J. Almendáriz, en 1.999 la define como: “Una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros”.

Javier Colina en su ya mítico artículo sobre UPP publicado en 1.988 que decía que: “La UPP es la lesión de origen isquémico producida por el daño tisular debido a una comprensión prolongada de la piel entre una prominencia ósea y un plano duro”

Pero quizás la definición que se ajusta a la realidad de nuestras Instituciones de salud es la brindada por la Panel NPUAP-EPUAP en el año 2009 (National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) y el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) (National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory) quien define que una UPP es: “una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla. Un número de factores contribuyentes o factores de confusión también se asocian con las úlceras por presión; la importancia de estos factores todavía no se ha dilucidado” (1).

5.4 Etiopatogenia

Las úlceras pueden aparecer cuando se mantiene una posición determinada por un período de tiempo de dos horas o más, Una presión superior a 20 mmHg. Entre dos y cuatro horas conduce a la aparición de la úlcera ya que los tejidos blandos están comprimidos entre dos planos, las prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa, esta presión interfiere en el riego sanguíneo, se origina una isquemia de la membrana vascular, lo que produce vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular. En algunas ocasiones se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, las cuales conducen, finalmente, a una necrosis y ulceración. Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios. El tamaño de estas úlceras puede variar desde pequeñas y superficiales a grandes y profundas. Se presentan principalmente en individuos inmovilizados, ya sea en silla de ruedas o encamados (6).

5.5 Causas de la Formación de Úlceras por Presión

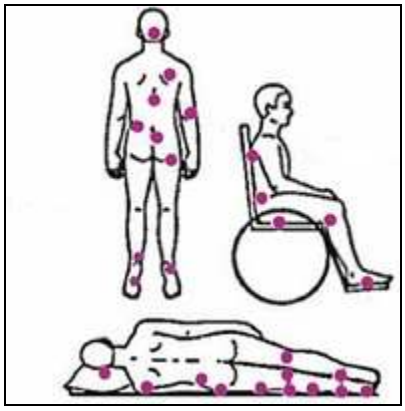
5.5.1. Presión

Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.).La presión capilar oscila entre 6- 32 mmhg. Una presión superior a 32 mm de Hg, ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos.

La formación de una úlcera depende tanto de la presión que se ejerce sobre una zona de la piel como del tiempo que se mantiene esta presión. La ecuación «presión + tiempo = úlcera» define claramente el concepto de úlcera por presión. Aplicar una presión baja durante un período de tiempo largo provoca más daño tisular que una presión alta durante un período de tiempo corto. También se ha comprobado que el 90 % de los enfermos con menos de veinte movimientos espontáneos durante la noche desarrollan úlceras (7).

5.5.2. Fricción

Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. En los pacientes hospitalizados o encamados, se puede producir fricción al tirar de las sábanas en los cambios de postura, esta acción puede erosionar el estrato córneo, y la piel pierde su función de barrera. Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel. Se produce cuando una parte del cuerpo del paciente —generalmente los codos, el sacro y los tobillos— roza contra una superficie áspera como la sábana. Este roce causa el descamamiento de las células epidérmicas y disminuye la resistencia del tejido. La fricción minimiza la relación presión-tiempo que determina la aparición de isquemia cutánea.



5.5.3. Estiramiento y/o Cizallamiento

Las fuerzas de cizallamiento son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes se deslizan una sobre la otra. Estas fuerzas se producen al deslizarse la persona cuando está mal sentada y/o el cabecero de la cama se eleva más de 30 º (posición de Fowler alta) En esta situación, los tejidos externos (piel, fascias superficiales) permanecen fijos contra las sábanas mientras que los tejidos profundos (fascias profundas, esqueleto) se deslizan, los vasos sanguíneos se retuercen y se comprimen, lo cual priva de oxígeno y nutrientes a la piel. Debido a este efecto, la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor, por lo que la isquemia del músculo se produce más rápidamente (1).

5.6 Factores de Riesgos

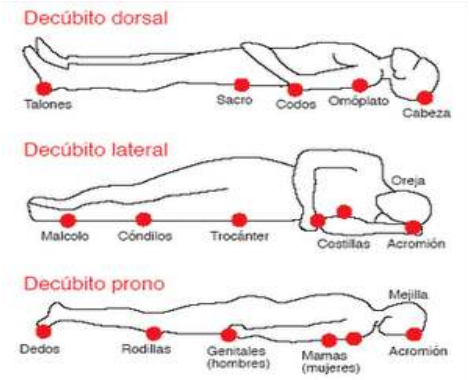
La NPUAP- EPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP-EPUAP), 2009), plantea una serie de factores que influyen en el individuo para desarrollar una UPP:

- Humedad: La piel debe protegerse de la humedad excesiva con un producto de barrera con el fin de reducir el riesgo de daño por presión.
- Indicadores nutricionales: Dentro de estos se incluye la hemoglobina, la anemia y la albumina sérica, las mediciones de la ingesta nutricional y el peso.
- Edad: la edad avanzada produce cambios en el tejido conectivo reducen la resistencia y la elasticidad de la piel, los vasos sanguíneos de la dermis se vuelven más frágiles, la capa de grasa subcutánea se adelgaza, reduciendo su aislamiento y amortiguación normal.
- Alteran la perfusión y la oxigenación**:** Los factores que afectan a la perfusión incluyen la diabetes, la inestabilidad cardiovascular / el uso de norepinefrina, la baja presión sanguínea, el índice tobillo-brazo y el empleo de oxígeno.

5.7 Localización

Habitualmente en las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo. La localización de estas úlceras depende de la posición adoptada por el individuo, así tenemos las áreas de mayor riesgo son:

- Decúbito dorsal: cabeza, omóplato, codo, sacro y talones.
- Decúbito lateral: oreja, acromion, costillas, trocánter, cóndilos y maléolos.
- Decúbito prono: mejillas, acromion, mamas en mujeres, órganos genitales en hombres, rodillas y dedos (6).



Fuente: www.google.com/puntosdepresiondeupp

5.8 Categorías de la Ulceras por Presión

La NPUAP- EPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP-EPUAP), 2009), plantea una nueva categorización de las UPP, simplemente el término estadios se cambia por categorías y anexa dos categorías adicionales:

5.8.1. Categoría I: Eritema no blanqueable

Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea. La piel oscura pigmentada puede no tener palidez visible; su color puede diferir de la piel de los alrededores. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La Categoría I puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. Puede indicar personas "en riesgo".

Fuente: Dr. Carrasco Meza (Servicio de Geriatría, Hospital de Getafe, Madrid)

5.8.2. Categoría II: úlcera de espesor parcial

La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo-rosado, sin esfacelos. También puede presentarse como una flictena o blíster intacta llena de suero o suero ser-sanguinolento, o abierta/rota. Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfacelos o hematomas*. Esta categoría no debería ser usada para describir laceraciones, lesiones de esparadrapo, dermatitis asociada a incontinencia, maceración o excoriación. *El hematoma indica lesión de los tejidos profundos.

Fuente: UPP categoría II paciente hospitalizado

5.8.3. Categoría III: pérdida total del grosor de la piel

Pérdida completa del tejido. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos. Los esfacelos pueden estar presentes, pero no ocultar la profundidad de la pérdida de tejido. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la úlcera por presión de

Categoría/estadio III varía según la localización anatómica. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido (adiposo) subcutáneo y las úlceras de Categoría/estadio III pueden ser poco profundas. En contraste, las zonas de importante adiposidad pueden desarrollar úlceras por presión de Categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.

Fuente: UPP grado III. www.google.com

5.8.4. Categoría IV: pérdida total del espesor de los tejidos

Pérdida total del espesor del tejido con hueso expuesto, tendón o músculo. Los esfacelos o escaras pueden estar presentes. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la úlcera por presión de Categoría/estadio IV varía según la localización anatómica. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido (adiposo) subcutáneo y las úlceras de categoría/estadio IV pueden ser poco profundas. Las úlceras de Categoría/estadio IV pueden extenderse a músculo y/o estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo ser probable que ocurra una osteomielitis u osteítis. El Hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.

Fuente: UPP categoría IV paciente hospitalizado

5.8.5. Categorías adicionales

Inestadiable /sin clasificar: Pérdida total del espesor de la piel o los tejidos – Profundidad desconocida

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

Sospecha de lesión 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. (1)

5.9 Complicaciones

Las complicaciones primarias más frecuentes son dolor, anemia e infección (local o sistémica):

Las UPP pueden ser extremadamente dolorosas, especialmente durante su manipulación (curas, desbridamiento, cambios de posición o de ropas). Una analgesia eficaz y el control de la fuente del dolor mejoran el estado general y facilita la movilidad y la cooperación en los cuidados.

- La anemia será con frecuencia de origen multifactorial: hemorragia local en el desbridamiento, anemia debida a trastornos crónicos, y derivada de extracciones múltiples.
- La infección dificulta la curación de la herida y es una complicación habitual que puede llegar a ser grave: osteomielitis, bacteriemia y celulitis. Se debe sospechar en toda úlcera que llega a fascia profunda o en aquellas que no afectan a fascia pero que presentan signos clínicos de infección: inflamación, aumento de exudado, de dolor o de tamaño.
- Otras complicaciones sistémicas potenciales son: amiloidosis, endocarditis, formación de hueso heterotópico, infestación por parásitos, fístula uretro-perineal, pseudoaneurismas, artritis séptica, tractos fistulosos o absceso, carcinoma de células escamosas en la UP y complicaciones derivadas del tratamiento tópico (toxicidad por yodo, pérdida de audición tras neomicina tópica y gentamicina sistémica).

- Las complicaciones secundarias son fundamentalmente: pérdida de calidad de vida y aumento de morbimortalidad derivada de una mayor estancia hospitalaria, retraso en la recuperación y rehabilitación, infecciones nosocomiales o Iatrogenia. [8]

5.10 Tratamiento

El tratamiento de las UPP debe abarcar tres esferas, sin las cuales será imposible la cicatrización de la misma:

a. Esfera clínica: Como siempre en la actividad clínica deberemos de empezar por una historia clínica completa con anamnesis, exploración y valoración geriátrica completa. Antecedentes personales, tratamiento actual, grado de incapacidad mental y funcional son factores que van a determinar las posibilidades de curación de la UPP. Tendremos en cuenta que existen fármacos con gran riesgo de dificultar la curación de la UPP como son los que afectan al SNC, antihipertensivos, diuréticos y corticoides, fármacos todos ellos que deberemos usar con mesura en este tipo de pacientes.

b. Esfera nutricional: Es esencial para la resolución de la UPP que se mantenga un buen estado nutricional, la UPP en si misma supone un catabolismo importante en el paciente, y si no somos capaces de aportar la suficiente cantidad de calorías y de proteínas estaremos ante balances negativos que en nada favorecerán el proceso de cicatrización.

c. Esfera ambiental de la UPP: Dentro de esta esfera debemos atender a cuatro frentes: evitar la presión sobre la UPP, eliminar el tejido necrótico y exudados, mantener un ambiente húmedo en el lecho de la UPP sin dañar al fibroblasto, control y tratamiento de la infección.

- Evitar la presión sobre la UPP.

Para la curación de una UPP se deben eliminar todas las presiones que hacen que el mecanismo fisiopatológico de formación de la misma se mantenga. Es por ello, por lo que se hace imprescindible evitar toda presión sobre la superficie lesionada, no sólo por el apoyo sobre las superficies, sino también por presión en la colocación de los apósitos.

Las recomendaciones de cambios posturales, la utilización de apósitos para disminuir las presiones y roces. En cualquier caso es necesario esmerarse en los cuidados generales de la piel así como en los cambios posturales y en las posiciones más adecuadas, evitando la presión sobre las UPP.

- Eliminación del tejido necrótico y exudados.

Método enzimático: Se realiza a través de sustancias químicas que aplicadas sobre la úlcera son capaces de producir proteólisis del tejido necrótico. Es un método del que no deben esperarse progresos espectaculares, pueden ser útiles usados como complemento del método quirúrgico.

Método mecánico: En este caso el mecanismos es por arrastre o arrancamiento del tejido necrótico, pudiéndose incluir en este método los sistemas de lavados y los apósitos mojados-secos que son gasas empapadas normalmente en suero salino y que se deja secar para que al retirar el apósito se vengan pegadas en él todo el tejido necrótico. Son métodos que tienen el inconveniente de producir dolor y de dañar además del tejido necrótico el tejido de granulación que pueda existir en la úlcera.

Método quirúrgico: Es un método rápido y expeditivo, en muchos casos es la única forma de desbridar en un tiempo razonable, como es cuando se ha formado una escara o costra dura, en UPP extensas y con mucho tejido necrótico así como en los casos de infección no controlada con fiebre, celulitis y sepsis. Tiene los inconvenientes de ser doloroso, poder abrir nuevas vías de sepsis y poder producir hemorragia (6).

5.11 Prevención de las Úlceras por Presión

En la prevención de las úlceras por presión debe fomentarse el uso de registros de valoración que analizan los factores que contribuyen a su formación y que nos permitan identificar a los pacientes con riesgo.
En las valoraciones del riesgo es importante emplear un enfoque estructurado para la valoración del riesgo y así identificar a los individuos que tienen riesgo de desarrollar úlceras por presión. Puede aplicarse un enfoque estructurado por medio del uso de una escala de valoración del riesgo conjuntamente con criterios clínicos y un estudio completo de la piel.

A pesar de las limitaciones de las escalas de valoración del riesgo, su utilización generalizada resultaría indicativa del valor que les atribuyen los profesionales. Las pruebas sugieren que su aplicación junto con la creación de equipos de cuidado de la piel, programas educativos y protocolos de atención puede reducir la incidencia de las úlceras por presión.

Es imprescindible utilizar una escala de valoración de riesgo de úlceras por presión (EVRUPP), junto con una valoración integral que nos orientará a la planificación de cuidados personalizados.

Las EVRUPP deben ajustarse a los siguientes requisitos:

- Que se adapten a las necesidades de cada ámbito asistencial.
- Utilización de la escala original, de referencia, sin modificaciones.
- Serán validadas en cuanto a su sensibilidad, especificidad y variabilidad del observador.

Las usaremos tanto en la valoración inicial del paciente como periódicamente, según se establezca o existan cambios en el estado general del mismo.

La escala de valoración aplicada actualmente es la escala de BRADEN-BERGSTROM, que se observa a continuación, se utilizará en las primeras 24 h desde el ingreso del paciente, para evaluar el riesgo de padecer UPP (6).

ESCALA DE BRADEM VALORACIÓN DEL RIESGO DE UPP				
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) 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 más de la mitad del cuerpo.	3. Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una 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 LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	1. Constantemente húmeda La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2. A menudo húmeda La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno	3. Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	4. Raramente húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD Nivel de actividad Física	1. Encamado/a Paciente constantemente encamado/a.	2. En silla Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para	3. Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas	4. Deambula frecuentemente Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos

ESCALA DE BRADEM VALORACIÓN DEL RIESGO DE UPP				
		pasar a una silla o a una silla de ruedas.	en la cama o en silla de ruedas.	dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1. Completamente inmóvil Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2. Muy limitada Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	3. Ligeramente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a	4. Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	1. Muy pobre Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	2. Probablemente inadecuada Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	3. Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4. Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1. Problema Requiere de moderada y	2. Problema potencial Se mueve muy	3. No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con	

ESCALA DE BRADEM VALORACIÓN DEL RIESGO DE UPP			
	máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a 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.	débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla
	RIESGO DE UPP BRADEN-BERGSTROM <13 = ALTO RIESGO BRADEN-BERGSTROM 13 - 14 = RIESGO MODERADO BRADEN-BERGSTROM >14 = BAJO RIESGO		

Luego de la valoración del riesgo mediante la escala de BRADEM la NPUAP-EPUAP propone una serie de cuidados de enfermería e intervenciones para prevenir la ocurrencia de las UPP, los cuales están encaminados en los factores de riesgos antes mencionados:

- Educar al profesional para la puesta en marcha de una valoración global de la piel que incluya las técnicas para la identificación de la respuesta al blanqueamiento, el calor localizado, el edema y la induración (dureza).

- Inspeccionar la piel regularmente en busca de signos de enrojecimiento en los individuos que se detecte estén en riesgo de padecer úlceras por presión. Puede que necesite aumentarse la frecuencia de la inspección como respuesta a cualquier tipo de deterioro del estado general del individuo

- La inspección de la piel debería incluir una evaluación de la existencia de cualquier tipo de calor localizado, edema o induración (dureza), especialmente en individuos de pigmentación oscura

- Pedir a los individuos que identifiquen cualquier zona en la que sientan algún tipo de incomodidad o dolor que pudiera atribuirse a daños ocasionados por la presión

- Observar la piel en busca de daños ocasionados por los dispositivos médicos.

- Documentar todas las valoraciones de la piel que incluyan detalles sobre cualquier tipo de dolor posiblemente relacionado con los daños ocasionados por la presión.

- No cambiar al individuo sobre una superficie de su cuerpo que aún se encuentre enrojecida debido a algún episodio previo de carga con presión, siempre que sea posible.

- No realizar masajes para prevenir las úlceras por presión

- No frotar vigorosamente la piel que esté en riesgo de ulceración por presión.

- Utilizar emolientes de la piel para hidratar la piel seca y así reducir el riesgo de daños causados en esta [9]

Así también el NPUAP-EPUAP, recomienda valorar la nutrición:

- Examinar y evaluar el estado nutricional de cada individuo que corra el riesgo de padecer úlceras por presión, en cada uno de los espacios de atención sanitaria.

- Remitir a cada individuo con riesgo nutricional y riesgo de úlceras por presión a un dietista debidamente titulado y certificado, también si fuera necesario, a un equipo nutricional multidisciplinar compuesto por un dietista titulado, un/a enfermero/a especializado/a en nutrición, un médico, un logopeda, un terapeuta ocupacional y/o un dentista (1).

6. RESULTADOS

Al tabular las variables de la base de datos, según evaluación de adherencia a la guía de prevención de ulceras por presión institucional, se encuentran los siguientes hallazgos:

- Después de realizar una depuración a la base de datos tomada en tres cortes de Abril a Junio de 2011, se encuentra una muestra de 202 pacientes, la cual se tomó por barrido a los pacientes hospitalizados que se encontraban en el servicio el día de toma de datos.
  Para garantizar una adecuada captación del riesgo libre de sesgos, no se consideraron los que tenían criterio de exclusión.
  También se observa como la muestra fluctúa de mes a mes, con un total de 68 paciente evaluados en Abril, 68 pacientes en Mayo y 66 en Junio, acorde a los parámetros de rotación del servicio, el cual cuenta con una capacidad instalada de 66 unidades o camas hospitalarias.
  En dos periodos la muestra es mayor dado a los ingresos y egresos nuevos efectuados durante el momento de corte.

- El resultado general de la adherencia a la guía es de 49%. De las siete variables evaluadas, seis se encuentran en orden descendente en un rango que va desde el 69,52% al 0% de cumplimiento; la valoración de la escala de Braden se mantuvo por encima del 98%.

- La evaluación por criterios o variables de cumplimiento muestra los siguientes datos, ver (grafico 1):

  - Adherencia al registro de valoración de la escala de Braden 98.95%.
  - Control de humedad del paciente 69,52%
  - Apósitos de piel para la prevención de las UPP 51,61%.
  - Tendido de cama sin arrugas que favorezcan el cizallamiento 48,69%
  - Lubricación de la piel 40.74%
  - Cambio de posición en el 32,95%
  - Registro de plan de cuidados 0%.

- Con respecto a la aplicación de la Escala de Braden criterio que presento un mayor cumplimiento se observó que durante el mes de abril al 100% de los hospitalizados se les aplico dicha escala, en el mes de mayo al 98.53% y para el mes de junio al 98.31 %, ver (grafico 2). Cabe anotar que la guía para la prevención de UPP, exige al personal de enfermería aplicar la escala a todos los pacientes hospitalizados tanto en la unidad de ortopedia como en el resto de la institución.

- En el mes de Abril se presentó un mayor porcentaje de cumplimiento de aplicación de la escala de Braden y a su vez menos casos de pacientes con ulceras por presión (2 pacientes), también se identificó que en el mes de junio, la escala se aplicó en menos porcentaje impactando

negativamente en el número de personas que presentaron UPP, siendo (7 pacientes) para este mes. Ver (grafico 3)

- Una de las reglas de oro para la prevención de las UPP, son los cambios de posición. Paradójicamente se observa que el criterio con menor cumplimiento durante los tres meses evaluados fue en relación con los de cambio de posición, representado en un 32.95% en promedio, discriminado para Abril en 44,26%, Mayo 11,29% y Junio 46%. Este criterio se evaluó en la historia clínica (notas de enfermería), donde no se evidenciaron registros de dicha actividad; en la evaluación directa se observó pacientes en posiciones inadecuadas y sin dispositivos que mejoraran las posiciones anatómicas.
  Llama la atención el resultado obtenido en el mes de mayo.

- Con respecto al tendido de cama sin arrugas, se observó continuidad en los datos; en el mes Abril de 45,31%, para Mayo de 54,41% y para Junio de 45,76%.

- Los apósitos se vienen aplicando como parámetro de importancia en la prevención de UPP; con respecto a este criterio se encontraron datos de uso de 57,14% en Abril, 37,50% en Mayo y 56,25% en Junio.

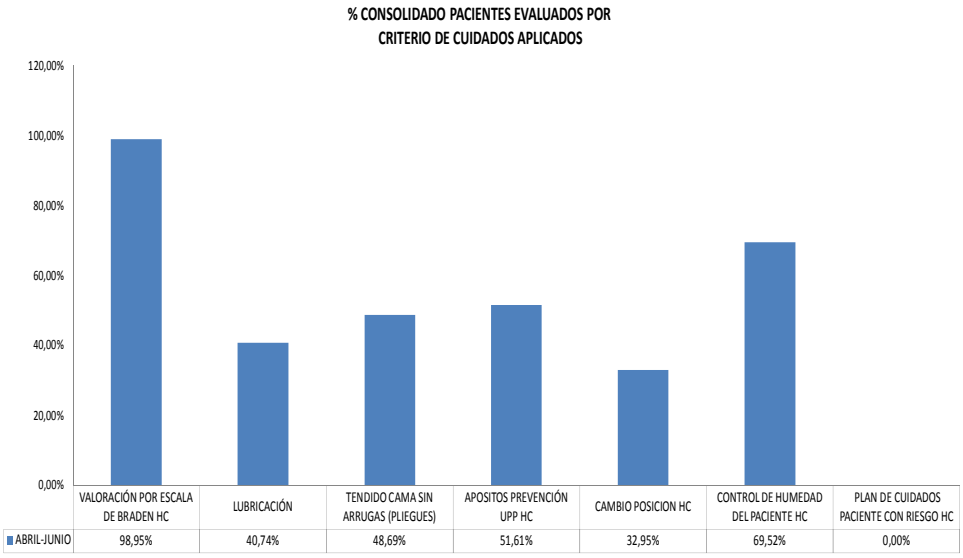
- El control de la humedad, con verificación de zona de eliminación, área de pañal y sonda vesical, manifiesta una conducta inconstante demostrada en los resultados: Abril 60,42%, Mayo 42,86% y Junio 97,22%.

- Con el fin de aclarar detalles con respecto a la falta de constancia en la ejecución de cuidados observada durante el periodo de captación de datos, se realizó una auditoria detallada a la historia clínica de los pacientes hospitalizados, evaluando con especial detalle a aquellos con alguna lesión en piel.
  En esta evaluación se encontró que en Abril se presentaron 2 casos, en Mayo 6 y en Junio 7, para un total de 15 pacientes.
  Se observó que 8 pacientes tenían como factor de riesgo la limitación marcada en la movilidad o postración en cama.

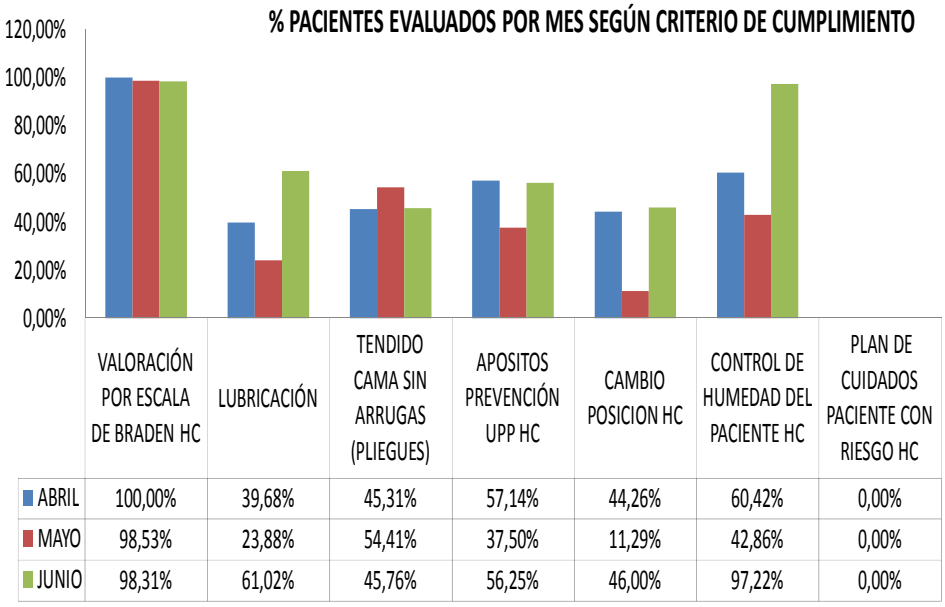
- Durante el mes de Junio se presentó el mayor número de casos de pacientes con ulceras por presión representado en 7 de 68 pacientes evaluados, es decir el 10.4% (Ver gráfico 1). En la evaluación de estas 7 historias clínicas, no se evidenciaron planes de cuidados especiales para prevención y/o el tratamiento (curación) de las mismas.

6.1 Gráficos

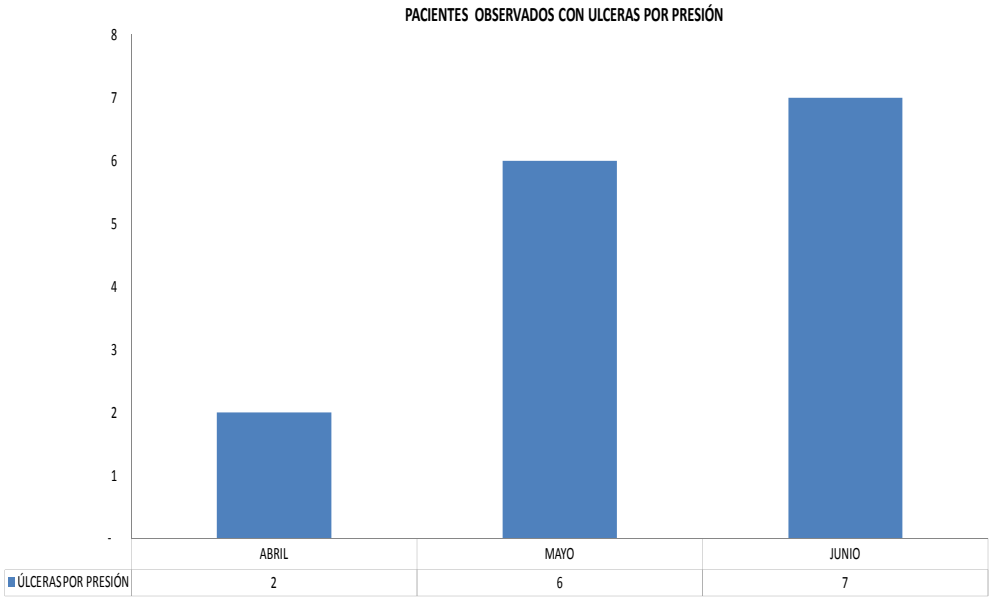
Grafica Nº 1: Porcentaje consolidado para periodo evaluado según criterio de cumplimiento por pacientes.



Grafica Nº 2: Porcentaje de pacientes evaluados por mes según criterios evaluados en relación con la guía de prevención de las ulceras por presión.



Grafica Nº3: Pacientes que presentaban ulceras por presión, durante el trimestre evaluado, en total 15.



7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El personal de enfermería del servicio de ortopedia de la IPS universitaria sede León XIII realiza una adecuada valoración del riesgo, con la aplicación de la escala de Braden, esto a su vez lo coadyuva la existencia de historia clínica sistematizada la cual tiene predeterminado las opciones de valoración, lo que facilita la adherencia y conocimiento del personal a la escala.
  Se sugiere a la institución a implementar en la historia clínica electrónica un formato predeterminado para la generación de planes de cuidado eficientes y de impacto con el fin de reducir la incidencia y la prevalencia de las UPP intrahospitalarias.

- La institución cuenta con una guía para la prevención de ulceras por presión en la cual se definen criterios para la identificación del paciente con riesgo mediante escala de valoración de Braden, definición de conceptos y parámetros de prevención que permiten establecer y unificar patrones de cuidado, evaluación de la humedad, aplicación de apósito protector, cambios de posición, tendido de cama sin arrugas, lubricación de la piel, y plan de cuidados.

- Se identifico que algunos de los registros de planes de cuidado no están estandarizados ni quedan incorporados a la historia clínica electrónica, ya que se registran en formato físico, situación que dificulta el seguimiento de dichos planes.

- En la evaluación de adherencia no se observa continuidad en los cuidados brindados a los pacientes, dado que los criterios de cumplimiento son inconstantes en la mayoría de las variables evaluadas. No se observa unificación y estandarización en las intervenciones para la prevención de UPP

- Durante la observación se identifica la necesidad de mejorar la dotación del servicio, para facilitar la deambulación temprana, (bastones, caminadores, sillas de ruedas, apósitos, colchones de aire alternante y almohadas de material biscoelastico), lo cual incorporado al cumplimiento del esquema de cambios de posición, sería de gran utilidad en la prevención de lesiones en piel ocasionadas por la presión continua sobre la misma zona corporal.

- Es necesario que el personal de enfermería revise continuamente la guía para la prevención de ulceras por presión, de manera que les permita integrar la teoría con la práctica. Se sugiere a la institución elaborar un plan de capacitación con la realización de pruebas de entrada y salida, para medir el nivel de impacto de las actividades educativas.

- Se sugiere a el área de coordinación de enfermería implementar estrategias lúdicas de carácter no punitivo que mejoren el nivel de conocimiento del personal frente al tema; sumado a lo anterior auditorías o mediciones periódicas para evaluar la adherencia o cumplimiento a las guías de manejo.

- Es recomendable que la guía incluya dentro de sus parámetros de reporte, el criterio de identificación del origen de las lesiones, discriminando entre las categorías de intra o extra hospitalario, para identificar el porcentaje de participación real del cuidado en la generación de UPP intrahospitalarias, en este servicio.

- Mediante el diligenciamiento de la herramienta 5W1H se proponen recomendaciones alineadas con las necesidades institucionales como aporte a la baja adherencia que el personal de enfermería tiene frente a la guía de manejo para la prevención de UPP, ver (anexo 2).

ANEXOS

ANEXO Nº 1
INSTRUCTIVO SABANA DE VERIFICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE UPP

INSTRUCTIVO SABANA DE VERIFICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE UPP	
OBJETIVO	Verificar que el diligenciamiento de la historia clínica realizada por el personal de enfermería, cumpla con los criterios de cuidado basados en la guía de prevención de UPP establecida por la institución.
ALCANCE	Evaluar el diligenciamiento de la última nota de seguimiento dentro de las 24 horas consignada en la historia clínica por las auxiliares de enfermería y criterios actuales para el cuidado del paciente ejecutados por enfermería, además de la observación a las actividades realizadas por el personal para la prevención de la UPP y el estado actual de la piel del paciente.
CRITERIOS A OBSERVAR Y EVALUAR	
ESCALA DE BRADEM	Debe describir la valoración de la escala de Bradem siguiendo los parámetros: Percepción Sensorial, Humedad: Grado de humedad de piel, Actividad: Grado de actividad física, Movilidad: Control de posición corporal, Nutrición: Patrón de ingesta alimentaria, Fricción y roce: Roce de piel con sábanas. La cual debe estar diligenciada en cada turno de 12 horas.
LUBRICACIÓN	Se verifica turgencia de la piel, presencia de pieles y cabellos ásperos, descamaciones grietas o irritación.
	Utilización de emolientes de la piel para hidratar la piel seca y así reducir el riesgo de daños en la piel. No utilización de cremas con alcohol
TENDIDO DE CAMAS, SIN ARRUGAS Y PLIEGUES	Adecuada técnica de tendido de la cama, debe permanecer sin arrugas, pliegues ni humedad, evaluar presencia se sabana de movimiento, disponibilidad de ropería.
APÓSITOS DE PREVENCIÓN DE UPP	Debe existir la presencia de apósitos de prevención en pacientes con riesgos de generar UPP: como hidrocoloides en región sacra, trocánteres, talones y en cara cuando hay presencia de dispositivos nasales, orales y en orejas.
CAMBIOS DE POSICIÓN	Debe existir una relación directa en la programación de los cambios posturales, especificando la frecuencia, la posición adoptada y la evaluación del resultado del régimen de recolocación, durante la observación y notas de enfermería.
CONTROL DE LA HUMEDAD DEL PACIENTE	Debe existir una relación directa con los cambios de pañal realizados al paciente en la historia clínica y la observación del paciente para lo cual se verifica área genital en búsqueda de irritación, enrojecimiento, quemaduras por orina o alguna lesión en la piel.
PLAN DE CUIDADOS DE	Debe contemplar la valoración por turno del riesgo a través de escala de Bradem, una vez realizada esta valoración de verifican

INSTRUCTIVO SABANA DE VERIFICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE UPP	
ENFERMERÍA PACIENTES CON RIESGO	los parámetros de la escala a los cuales hay que intervenir y orientar los cuidados dependiendo de las variables afectadas:
PIEL	
Integridad de la piel	
Piel del paciente limpia y seca.	
Baño empleo de jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.	
Higiene de la piel con agua tibia y secado meticuloso sin fricción.	
En la lubricación, Cremas no alcoholadas.	
Apósito protector (poliuretano, hidrocoloides.)	
No realizar masajes sobre prominencias óseas.	
Control de la humedad; manejo de la incontinencia	
tratamiento de la incontinencia, material absorbente	
Reeducación de esfínteres, insumos de alta absorción y colectores sin filtración	
MOVILIDAD	
Cambios posturales, mínimo cada 2 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada.	
Movilizaciones horarias en el paciente que puede realizarlo autónomamente, movilización cada quince minutos.	
Alineamiento corporal, la distribución del peso y equilibrio.	
Evite el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.	
Evite el arrastre y realice las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.	
El decúbito lateral no debe sobrepasar los 30 grados.	
Si fuera necesario, eleve la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.	
No utilice flotadores.	
Use dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, etc. Sólo es un material complementario No sustituye a la movilización.	
NUTRICIÓN	
Alimentación balanceada, seguimiento al consumo y tolerancia a los alimentos.	
OBSERVACIONES	
Criterios relevantes observados directamente o tomados de los registros de historias clínicas	

ANEXO Nº 2
PLAN DE MEJORAMIENTO

PLAN DE MEJORAMIENTO SERVICIO DE ORTOPEDIA IPS UNIVERSITARIA SEDE LEON XIII					
OBJETIVO	Fomentar en el personal de enfermería el conocimiento y aplicación de la guía para la prevención de ulceras por presión en el servicio de Ortopedia de la IPS universitaria sede León XIII				
QUE	**QUIEN**	**CUANDO**	**DONDE**	**PORQUE**	**COMO**
Actualización de la guía para la prevención de ulceras por presión.	Coordinadores del área de Calidad Coordinación de enfermería	Anualmente	IPS Universitaria Sede León XIII	El propósito de esta actualización es ir a la vanguardia de los cuidados y mecanismos que permitan reducir la aparición de UPP intrahospitalariamente.	Mediante investigación, consulta activa de las bases de datos, publicaciones resientes.
Capacitar al personal de enfermería con respecto a la guía	Coordinadores del área de Calidad Coordinación de enfermería	Bimestral o Trimestral	IPS Universitaria Sede León XIII	Es importante que el personal de enfermería este actualizado en la prevención de UPP; esto permite que afiance el conocimiento, unifique criterios e implemente acciones y cuidados presentados en la guía de manejo. El personal nuevo debe conocer y aplicar correctamente las acciones de prevención.	Talleres teórico – prácticos Conferencias
Realizar seguimiento a la adherencia de la guía.	Coordinadores del área de Calidad Coordinación de enfermería	Trimestral	IPS Universitaria Sede León XIII	Es importante evaluar el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería con respecto a la guía y específicamente a las acciones para la prevención de UPP. A partir de los resultados proponer acciones de mejora, que mejoren la adherencia a la guía.	Evaluación escrita a todo el personal que intervienen en el proceso. Auditoria de historia clínicas para verificar adherencia a la guía

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

[1] European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel. Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. [guía en internet] Washington DC 2009 [citado 2 Febrero 2011]. Disponible en: http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf

[2] Joan Enric Torra i Bou, Pablo López Casanova, Battistino Paggi, J.Javier Soldevilla Agreda, José Verdú Soriano. Abordaje del problema de las úlceras por presión integrando la prevención y el tratamiento. Un nuevo enfoque de trabajo. La gestión Clínica Integrada de la Heridas (GCIH). [Manual en línea] [citado 2 Febrero 2011]. Disponible en: http://ice-mac.org/pdf/colectanea/13.pdf

[3] Zarate Grajales Rosa A. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Índex de Enfermería [revista en Internet]. 2004 Junio [citado 2 Septiembre 2011]; 13(44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962004000100009&script=sci_arttext.

[4]IPS Universitaria, servicios de salud Universidad de Antioquia [página en internet] Medellín. 2007 [citado 10 Octubre 2011]. Disponible en: http://www.ipsuniversitaria.com.co/

[5] kaplan Justin I, Porter Robert S, Szilagyi Peter G, Beers Mark H. The Merk Manual Of Medical Información, Segunda Edición en Español. Editorial Océano. Volumen 2. 2007; Página 1411.

[6] Izquierdo Morales Felicitas Yola, Relación entre riesgo e incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia – 2005. Lima, Perú, 2005. Trabajo de grado (Especialista en Enfermería Intensivista). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana.

[7] Pérez Álvarez A, Tomás Vidal A, Zulueta B, Matamalas Massanet C, Santamaría Semís J, Cardona Roselló J et. Al. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. [guía en internet] 2007 [citado 3 Septiembre 2011]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_427_Ulcer_Pres_Balear_esp.pdf

[8] Ulceras por Presión. [sitio en Internet]. [citado 10 Abril 2011]; Disponible en: http://web.usal.es/~acardoso/temas/ulceras.html#complicaciones

[9] Retrepo Medrano Juan Carlos. Instrumentos de monitorización clínica y de medida en la cicatrización en ulceras por presión y ulceras de la extremidad inferior. [Tesis doctoral].España: Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la ciencia. Universidad de Alicante 2010.