



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA
PREVENIR ÚLCERAS POR PRESIÓN EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA. HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES. CHICLAYO - PERÚ,
Marzo- Abril. 2016**

Para optar el título profesional de licenciado en Enfermería

Autores

Bach. Enf. Hoyos Chicana Keila Abigail

Bach. Enf. Mírez Guevara Enma Victoria

Pimentel, Julio 2016

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR ÚLCERAS
POR PRESIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS
MERCEDES. CHICLAYO - PERÚ, Marzo- Abril. 2016**

Aprobación del proyecto:

Dra. Vallejos Sosa Tomasa

Asesor metodólogo

Lic. Bernal Corrales Fátima del Carmen

Asesor especialista

Mg. Cayaca Díaz Mixci Edith

Presidente del jurado de tesis

Mg. Coronado Maco Juana Rosa

Secretario del jurado de tesis

Lic. Bernal Corrales Fátima del Carmen

Vocal del jurado de tesis

Dedicatoria:

A Dios todo poderoso, por permitirme llegar hasta este momento de mi vida académica y por ser en cada momento mi compañía, guía y protector.

A mis padres Elba y Rodolfo, por su apoyo incondicional, por la confianza y por ser pilar fundamental en mi crecimiento personal y profesional quienes con sus consejos, cariño y ejemplo me han alentado a seguir en todo momento.

A mi compañero incondicional, él que con su afecto y ayuda ha permanecido atento y comprensivo durante esta etapa de mi vida.

Enma

Esta tesis le dedico a ti Dios por bendecirme tanto, darme la oportunidad de estudiar, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio, aunque el camino fue difícil esto hizo que lo aprovechara al máximo.

A mis padres y hermanos, porque gracias a su esfuerzo, dedicación cariño y apoyo es que he llegado tan lejos.

A mi tía Fanny por el impulso y por cada oración ofrecida durante mi caminar por este sendero.

Keila Abigail

Agradecimiento:

La realización de este trabajo fue posible gracias a la contribución de muchas personas, quienes con sus valiosos aportes, sugerencias, estímulos y disposición lograron que el mismo llegara a feliz término. Por lo que nuestras palabras de agradecimiento van dirigidas especialmente:

A Dios, por concedernos la gracia de culminar con éxito uno de nuestros más grandes objetivos.

Abigail y Enma

	INDICE	Pág.
DEDICATORIA		iii
AGRADECIMIENTO		v
INDICE		vi
RESUMEN		viii
ABSTRACT		ix
INTRODUCCION		x
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN		1
1.1. Problematización		1
1.2. Formulación del Problema		4
1.3. Delimitación de la Investigación		4
1.4. Justificación e Importancia de la investigación.		5
1.5. Limitaciones de la Investigación		6
1.6. Objetivos de la investigación		6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO		8
2.1. Antecedentes de estudios		9
2.2. Estado del Arte		12
2.3. Bases teóricas		18
2.4. Definición de términos básicos		35
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO		37
3.1. Tipo y diseño de la investigación		38
3.2. Población y muestra		39
3.3. Hipótesis		39
3.4. Variables		39
3.5. Operacionalización		40
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos		45
3.6.1. Abordaje metodológico		45
3.6.2. Técnica de recolección de datos		45
3.6.3. Instrumento de recolección de datos		45
3.7. Procedimiento para la recolección de datos		47
3.8. Análisis Estadístico e Interpretación de los datos		48
3.9. Principios éticos		48
3.10. Criterios de rigor científico		49
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS		51
4.1. Resultados en tablas y gráficos.		52
4.2. Discusión de resultados		56
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		63
5.1. Conclusiones		64
5.2. Recomendaciones		65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		66
Anexos		75 - 97

RESUMEN

Con el objetivo de determinar las intervenciones de enfermería para prevenir úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes, se realizó este estudio de tipo descriptivo, tomando como población muestral 23 enfermeras, que se encontraron laborando en cualquiera de los turnos mañana, tarde y/o noche. Las técnicas utilizadas fueron observacional y análisis documental teniendo como instrumentos la escala de Norton para evaluar el nivel de riesgo a desarrollar UPP en los pacientes hospitalizados, así mismo una lista de chequeo y ficha de registro, elaborada por las investigadoras; para obtener la confiabilidad de dichos instrumentos se empleó la prueba estadística Kuder Richerzon KR20. De los resultados más relevantes se obtuvo que las intervenciones de enfermería para la prevención de UPP, el 96% de ellas no hacen la cama con pliegue para los dedos de los pies, el 61% no realizan el cambio de pañal, así como también el 96% no seca la piel sudorosa, el 91 % no humecta la piel, el 87 % no realiza cambios posturales, el 78 % no usa mecanismos para eliminación de presión, y el 83% no educa al paciente y familiar, respecto al tipo de registro solo el 17% de enfermeras registra las intervenciones en las notas de enfermería.

Palabras claves: Intervenciones de enfermería, úlcera por presión, medicina interna, Escala de Norton.

ABSTRACT

With the objective of identifying nursing interventions used to prevent pressure ulcers in patients hospitalized in the internal medicine department of the Regional Teaching Hospital Mercedes in the months of March-April 2016, this descriptive study was conducted, taking as sample population 23 nurses, who were found work in either morning, afternoon and / or evening. The techniques used were observational, documentary analysis instruments having as Norton scale to assess the level of risk of developing pressure ulcers in hospitalized patients, also a checklist and registration form prepared by the researchers; for the reliability of these instruments the statistical test was used Kuder Richerzon KR20. Of the most significant results were obtained that nursing interventions for prevention of UPP, 96% of them do not make the bed with fold for toes, 61% do not make diaper changes, as well as the 96% do not dry clammy skin, 91% do not moisturizes the skin, 87% does not make postural changes, 78% do not use mechanisms to eliminate pressure and 83% does not educate the patient and family, regarding the type of record only 17% of nurses use nursing notes.

KEY WORDS: Interventions of nursing, ulcer by pressure, Internal medicine, Norton Scale.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son una lesión de origen isquémico, localizadas en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros”¹, resultado de una compleja interacción de innumerables factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos. Estas se constituyen en un desafío para la Salud Pública, tanto por la morbi-mortalidad que supone, como por sus graves repercusiones médicas y económicas, que implica un aumento de los recursos para el sistema de salud tanto humanos como materiales^{2, 3}. Esto reflejan estudios epidemiológicos a nivel mundial, en el año 2013 se reportaron 29.000 muertes a causa de las UPP; además centros especializados de otros países tales como Japón donde el 91% de su población enfrenta esta problemática⁴, cada año en Estados Unidos más de 2,5 millones sufren estas afecciones, así también se estima que para el 2025 en América latina y Caribe existirán más de 100,5 millones adultos mayores afectados, representando en el Perú el 13,3% de la población.⁵

Cabe también resaltar que a nivel local no se informa el diagnóstico de UPP durante la estancia hospitalaria ni durante el alta, por tanto los hospitales de MINSA no registran datos ni información de la patología, que permita tener idea de la magnitud real del problema y las implicancias para el paciente hospitalizado, por lo que solo se puede evidenciar el problema en el desarrollo de las prácticas hospitalarias realizadas. Respecto al conocimiento sobre el riesgo de UPP; las enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes, en un estudio realizado por Carpio⁶ reporta que el 61.65% contestaron correctamente e incorrectamente un 38.35%. Actualmente MINSA no emite reportes que muestren datos del comportamiento de las UPP en la población peruana y consecuentemente no es posible medir objetivamente el impacto de las intervenciones que se realizan para su prevención⁷.

Estas lesiones constituyen una puerta de entrada para la invasión de microorganismos patógenos que provoquen infecciones, además la edad avanzada, confinados en cama o a silla de ruedas, desnutridos, pluripatológicos, comprometidos de conciencia y mal apoyo familiar; complican el estado de salud de la persona hasta causarle la muerte, es así que la enfermera siendo un miembro primordial del equipo de salud realiza intervenciones encaminadas a conseguir un objetivo previsto, basado en el conocimiento y juicio clínico, para favorecer el resultado esperado del paciente. Por esto las intervenciones del profesional de enfermería para la prevención de UPP son un conjunto de acciones específicas basadas en el cuidado; que buscan evitar la aparición y formación de una lesión sobre la piel, incidiendo sobre los factores intrínsecos y extrínsecos dirigidas a individuos con riesgo a desarrollarlas.

Los cuidados para la prevención de UPP inician desde la valoración del paciente mediante una escala de riesgo de UPP, a partir de esto se identifica al paciente y se planifican los cuidados directos e indirectos como medidas para el control de la presión, alimentación y nutrición, cuidados de la piel, educación familiar – paciente y registro en la historia clínica respectivamente.

Por esto surge el interés de los investigadores para determinar las intervenciones de enfermería para prevenir UPP, desde la identificación del riesgo mediante la escala de Norton, así como la identificación de las intervenciones tanto directas e indirectas como el manejo de presión, educación del familiar cuidador respectivamente, además de ello la identificación del tipo de estas en la historia clínica. Por ello para dar respuesta a estos objetivos se elaboró un instrumento que consistió en una lista de chequeo de 25 ítems conformado por intervenciones directas e indirectas.

Para la identificación del riesgo, que es un paso muy importante para prevenir las UPP, ya que investigaciones han reportado que del 51,6% de ellas se producen dentro del propio hospital, de los cuales un 95% son evitables.⁸ En ese sentido, el compromiso del profesional de enfermería resulta importante pues recae

directamente en la responsabilidad de la prevención de esta entidad. Por otro lado, se disminuirán los costos que pudieran ocasionar debido a la prolongación de la estancia hospitalaria o la re hospitalización, mejorando en consecuencia la calidad de vida de los pacientes y cuidadores.

Por tanto teniendo en cuenta que no existen muchos estudios en la localidad al respecto, y dado que es un tema que atribuye la responsabilidad directamente a la acción enfermera, y por esto enfermería necesita certificar su atención siendo indispensable realizar estudios de investigación de esta naturaleza.

Por otro lado este estudio beneficiará la atención que brinda la enfermera proporcionándole una visión específica sobre la prevención de riesgo de UPP; así también a los propios pacientes, directamente en la repercusión de su estado de salud física, e indirectamente evitándole gastos agregados a estos. De este mismo modo a la institución, disminuyendo el empleo de recursos y dotándola de crédito, por el cumplimiento de uno de los principales indicadores de calidad.

En los resultados se encontró que en relación a la identificación del riesgo a desarrollar UPP, el 56% de los pacientes presentan un muy alto riesgo, mientras que de las intervenciones directas solo el 26% de enfermeras realizan el cuidado de la piel. Con respecto al tipo de registro de las intervenciones, solamente el 17% realizan notas de enfermería; por otro lado el 74% de ellas no realiza las intervenciones indirectas sobre el manejo de presión.

Dado estos resultados es de primordial importancia que en el servicio de enfermería se implemente escalas para valoración del riesgo de UPP, establecer cronogramas de capacitación del personal de enfermero, para brindar cuidados óptimos además de procurar su estandarización a través de protocolos de actuación. Así mismo la enfermera debe involucrar al familiar y paciente de manera activa mediante educación para su intervención eficaz. De tal modo que

todas estas acciones impliquen la utilización de los diferentes tipos de registro utilizados por enfermería para brindar un cuidado continuo, seguro y de calidad.

Este informe está estructurado por cinco capítulos: Capítulo I: Problema de investigación, capítulo II: Marco Teórico, capítulo III: Marco Metodológico, capítulo IV: Análisis e interpretación de los resultados y capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Problematización

Las úlceras por presión (UPP) son una lesión o área de muerte celular localizada en la piel y tejidos subyacentes generalmente sobre una prominencia ósea⁹. Son producidas por diversos factores como la humedad, desnutrición, obesidad, presencia de enfermedades secundarias, temperatura corporal elevada, infección y circulación periférica deficiente¹⁰. Estas son un indicador importante de la calidad de atención que se les brinda a los pacientes hospitalizados. Por esta razón, los profesionales de enfermería tienen una importancia vital, ya que son los encargados de establecer un plan de cuidados para prevenir su aparición¹¹. Entre las zonas de localización más frecuentes, para UPP están: La región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y caderas, lo que es corroborado por Flores¹² quien reportó en su investigación como zonas frecuentes de UPP el sacro (35.7%), en glúteos (16.8%), en talones (14.4%), y en otras zonas (32.1%).

Aunque se haya discutido y se conozca mucho sobre las causas, fisiopatología y consecuencias de las UPP, éstas continúan siendo un serio problema para los pacientes hospitalizados, así como para la propia institución sanitaria y comunidad. Burnet¹³, señala que actualmente este fenómeno extrapola los cuidados de enfermería, pues la etiología es multifactorial, incluyendo factores intrínsecos y extrínsecos del individuo y es el profesional de enfermería el responsable de la implementación de medidas preventivas en virtud de su trabajo continuo pues presta atenciones directas a los pacientes y permanece a su lado las 24 horas del día, al respecto cabe mencionar que existen instrumentos que permiten determinar el riesgo de UPP y una serie de protocolos y guías que ayudan a prevenir las UPP.

Como se mencionó anteriormente las UPP representan una importante problemática de salud a nivel mundial que se observa con frecuencia en las instituciones hospitalarias, éstas se constituyen en testigos silenciosos; lo que

vulnera los principios de beneficencia y no maleficencia. La presencia de UPP tiene importantes efectos tanto personales como socioeconómicos para las familias, convirtiéndose así en un problema de salud pública¹⁴. Por otro lado la elevación de costos para la institución, el incremento de las tasas de morbilidad hasta cuatro veces y aumento de la estancia hospitalaria hasta cinco veces más son parte de la problemática que acompaña las UPP, sin obviar la magnitud de las repercusiones legales a las que puede estar expuesto el profesional de Enfermería, pues se considera un indicador de calidad en el proceso de cuidado de Enfermería. Es más la OMS utiliza "La incidencia de las úlceras por presión", como uno de sus indicadores, para determinar la calidad asistencial de la red hospitalaria de un país¹⁵.

La evidencia disponible advierte que la incidencia de UPP es de 1,8% y se asocia con diabetes e insuficiencia cardiaca. Existe mayor UPP en pacientes con peor percepción sensorial, movilidad, actividad y presencia de humedad¹⁶. Existen causas intrínsecas como extrínsecas que pueden condicionar su desarrollo, aún más si es que se ejerce una mala o deficiente praxis por parte del personal de salud. Siendo entonces una consecuencia atribuida a la práctica enfermera, ya que la evaluación de sus intervenciones deben ser un proceso continuo y arraigado a salvaguardar la salud del paciente con riesgo a desarrollar UPP.

Sin embargo la evidencia disponible refiere que este problema es prevenible pues se estima que un 51,6% de las UPP se producen dentro del propio hospital y que hasta un 95% son evitables, considerando que durante los primeros días de ingreso este tipo de lesiones pueden llegar a ser prevenibles, pues el paciente que ingresa a una hospitalización es cada vez más anciano y polipatológico, a lo que se le suma el riesgo agregado de la agudización de estas patologías y las escasas medidas de prevención pospuestas como resultado de focalizar la atención en el compromiso vital del paciente¹⁷.

Es así que en los últimos años, las UPP se han convertido en un problema de salud pública por sus múltiples implicaciones. En países desarrollados, el costo

del tratamiento de las UPP de estadio IV, asciende a US \$129.24820 y el costo estimado promedio de un paciente que es admitido en los servicios de salud con estas lesiones como diagnóstico primario, es de US \$21.67519 el cual está por encima del estimado para esas lesiones¹⁸, y que previniendo las úlceras, se disminuiría entre 12 y 15 semanas el gasto de 40 000 USD en tratamiento ¹⁹.

En nuestro país, existe una prevalencia de 11,4% a 16% mientras que en diferentes estudios internacionales la prevalencia varía de 3,8% a 12% y una incidencia a nivel mundial de 0,4% - 38%; siendo mayor en los países en vías de desarrollo, debido probablemente a deficiencias en el sistema sanitario¹⁹. Los indicadores destacan que la proporción de la población de adultos mayores afectados viene aumentando considerablemente en los últimos años. Se estima que para el 2025 existirán más de 100,5 millones adultos mayores afectados en América latina y Caribe, representando en el Perú el 13,3% de la población. Sin embargo otros estudios reportan como variables asociadas no solo la edad, sino también el nivel funcional de dependencia (parcial o total) previo a la hospitalización, deterioro cognitivo moderado y severo, presencia de incontinencia urinaria, riesgo de malnutrición y malnutrición, riesgo moderado o alto según la escala de Norton²⁰.

Cabe también resaltar que a nivel local no se informa el diagnóstico de UPP durante la estancia hospitalaria ni durante el alta, por tanto los hospitales de MINSA no registran datos ni información de la patología, que permita tener idea de la magnitud real del problema y las implicancias para el paciente hospitalizado, por lo que solo se puede evidenciar el problema en el desarrollo de las prácticas hospitalarias realizadas. Respecto al conocimiento sobre el riesgo de UPP; las enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes, en un estudio realizado por Carpio ²¹ reporta que el 61.65% contestaron correctamente e incorrectamente un 38.35%. Actualmente MINSA no emite reportes que muestren datos del comportamiento de las UPP en la población peruana y consecuentemente no es posible medir objetivamente el impacto de las intervenciones que se realizan para su prevención ²².

En el Hospital Regional Docente Las Mercedes escenario donde se llevó a cabo la investigación , específicamente en el servicio Medicina Interna se ha observado que las enfermeras atienden a personas con trastornos de la conciencia y alteraciones del estado general que conlleva al riesgo de UPP y sin embargo en estos ingresos no se utiliza una escala específica de valoración del riesgo de UPP, que muestre qué pacientes son candidatos a desarrollar UPP, generalmente los cambios de posición no están programados, ni registrados en el Kardex ni en las notas de enfermería, por ende afirmamos que el paciente está propenso a desarrollar UPP, en consecuencia se evidencia que las intervenciones de enfermería no están guiadas por un protocolo, no es objetivo o medible y que en los registros no se comprueban las acciones que realiza la enfermera. Sumado a ello que los cuidados a pacientes que ya poseen UPP carecen del seguimiento de protocolos o guías de atención específicas para UPP. Ante esta problemática las investigadoras plantearon las siguientes interrogantes ¿Cuáles son la intervenciones que realiza la enfermera para prevenir UPP?, ¿Utiliza la enfermera una escala de valoración de riesgo específica para evaluar el riesgo de UPP? o ¿Cómo realiza la valoración?

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para prevenir úlceras por presión en pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes, marzo - abril del 2016?

Delimitación de la Investigación

Dada la amplitud del tema de investigación; la presente se centró exclusivamente en determinar las intervenciones de enfermería para prevenir úlceras por presión en pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes sede perteneciente a MINSA, ubicado en Chiclayo.

Abordando a todas las enfermeras (os) que laboran en el servicio de Medicina Interna ; donde se observó, sus actividades y la documentación utilizada en la historia clínica .Esta investigación se llevó a cabo durante los meses de Marzo - Abril 2016.

1.3. Justificación e importancia

Las UPP, más allá de presentarse como un problema puramente físico, son consideradas, además, un problema importante de salud pública, como ha sido demostrado en múltiples investigaciones sobre la prevalencia de las UPP en los distintos niveles de complejidad asistencial²¹. Además la OMS utiliza "La incidencia de las UPP", como uno de sus indicadores, para determinar la calidad asistencial de la red hospitalaria de un país y es responsabilidad primaria del personal de enfermería el evitar este problema en virtud del trabajo ininterrumpido que realiza.

Además la identificación del riesgo es un paso muy importante para prevenir las UPP, pues investigaciones han reportado que del 51,6% de ellas se producen dentro del propio hospital, de los cuales un 95% son evitables. En ese sentido, el compromiso del profesional de enfermería resulta importante pues recae directamente en la responsabilidad de la prevención de esta entidad. Por otro lado, se disminuirán los costos que pudieran ocasionar debido a la prolongación de la estancia hospitalaria o la re hospitalización, mejorando en consecuencia la calidad de vida de los pacientes y cuidadores.

Por lo tanto teniendo en cuenta que no existen muchos estudios en la localidad al respecto, y dado que es un tema que atribuye la responsabilidad directamente a la acción enfermera, y que al mismo tiempo enfermería necesita certificar su atención siendo indispensable realizar estudios de investigación de esta naturaleza.

Por otro lado este estudio beneficiará la atención que brinda la enfermera proporcionándole una visión específica sobre la prevención de riesgo de UPP; así también a los propios pacientes, directamente en la repercusión de su estado de salud física, e indirectamente evitándole gastos agregados a estos. De este mismo modo a la institución, disminuyendo el empleo de recursos y dotándola de

crédito, por el cumplimiento de uno de los principales indicadores de calidad.

Así mismo de gran relevancia para el departamento de enfermería de dicho hospital puesto que este estudio está enmarcado en las intervenciones que realiza la enfermera para la prevención de UPP, siendo un alcance de guías clínicas, protocolos que puedan estandarizarse en beneficio recíproco enfermera paciente y también para futuras investigaciones.

1.4. Limitaciones de la investigación

Durante el proceso de recolección de datos se presentaron factores que mediaron la investigación, ya que la muestra de 23 enfermeras con las que se trabajó, una de ellas manifestó incomodidad durante la aplicación del instrumento, así también en la revisión de la historia clínica; por otro lado por ser un ambiente concurrido tanto por pacientes, familiares y personal de salud es que se tuvo que realizar la recolección de manera sutil para evitar interferir con el desarrollo de las actividades y funciones de estos; el factor tiempo también fue determinante para el proceso de ejecución, así también la recopilación de los datos dependió de los turnos establecidos del personal de enfermería.

1.5. Objetivos de la investigación

Objetivo General

Determinar las intervenciones de enfermería utilizadas para prevenir úlceras por presión en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes en los meses de marzo – abril del 2016.

Objetivos específicos:

Identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión del servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes durante los meses de marzo – abril del 2016.

Identificar las intervenciones directas que utiliza la enfermera para prevenir úlceras por presión en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes en los meses de marzo – abril del 2016.

Identificar las intervenciones indirectas que utiliza la enfermera para prevenir úlceras por presión en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes en los meses de marzo – abril del 2016.

Identificar el tipo de registro de enfermería que evidencian las intervenciones para prevenir úlceras por presión en pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes, en marzo – abril del 2016.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios

A nivel nacional tenemos:

Zúñiga C.²³, en el 2015 con la investigación: Nivel de riesgo y casos incidentes de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina de un Hospital Nacional, cuyo objetivo fue determinar el nivel de riesgo e incidencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Se desarrolló un estudio de tipo descriptivo prospectivo longitudinal de tendencia. Para medir la variable incidencia de úlceras por presión se utilizó la fórmula estadística probabilística. Para determinar el nivel de riesgo y la incidencia de úlceras por presión se aplicó la prueba estadística de X². Y en los resultados se mostró que el nivel de riesgo a úlceras por presión encontrado en la población de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina, fue de Alta a Muy alta y en las dimensiones estado físico, actividad incontinencia reportó un estado regular.

Ascarruz C.²⁴, en el 2014, en su investigación: Valoración del riesgo de úlcera por presión según la escala de Braden en el paciente neurológico cuyo objetivo fue determinar el riesgo de úlceras por presión en el paciente neurológico postrado, mediante la aplicación de la escala Braden en el Servicio de Neurología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el diseño fue de tipo descriptivo de corte transversal y se realizó durante los meses de octubre a diciembre de 2012. Los resultados del estudio mostraron que el mayor porcentaje de pacientes evaluados presentaron riesgo moderado con 49%, riesgo bajo con 31% y alto riesgo con 20%; por lo cual concluyó que la escala Braden, dada su sensibilidad y especificidad, permitió reconocer el nivel de riesgo a úlcera por presión en los pacientes neurológicos.

A nivel internacional tenemos:

Cova A., García C., Sánchez Y.² en el 2010, Barcelona – España. Con la investigación Cuidados de enfermería en la prevención de las úlceras por presión a los pacientes hospitalizados en la UCI, cuyo objetivo fue: Determinar los cuidados que proporciona la enfermera(o) para la prevención de las úlceras por presión a los pacientes hospitalizados en la UCI, del Centro de Especialidades Anzoátegui de Barcelona, Estado Anzoátegui, en primer semestre del 2010. El estudio fue descriptivo y de campo. La población está conformada por 12 enfermeras que laboran en la Unidad de Terapia Intensiva del hospital en referencia. Se aplicó una guía de observación de alternativas SI-No para un total de 25 ítems. La confiabilidad fue dada la Técnica de Kuder-Richardson, obteniéndose un coeficiente de 0,82. Los resultados del estudio permitieron Concluir que los profesionales de Enfermería no aplican en un 100% los cuidados de prevención de las úlceras por presión a los pacientes hospitalizados en la UCI.

Silvestre A.²⁵ en el 2013 en la ciudad de Valencia reporta la investigación: Conocimiento y praxis sobre prevención y tratamiento de úlceras por presión en un departamento de salud, el objetivo fue: Evaluar el conocimiento y posterior aplicación de las recomendaciones de las principales guías de prevención y cuidados en las úlceras por presión del personal de enfermería, auxiliares y estudiantes de enfermería del área de salud del Arnau del Vilanova, Valencia, un estudio descriptivo transversal. Se pudo apreciar que los niveles de conocimiento del personal sobre la prevención de úlceras por presión eran notables, en cambio disminuían en conocimientos sobre el tratamiento. Sobre la praxis, la adecuación de los cuidados prestados apenas llegaba al aceptable en prevención y quedaba por debajo de lo deseable en tratamiento. Se aprecia que existen diferencias de conocimientos entre los servicios para los que se trabaja y que los niveles de formación en ésta materia son insuficientes.

Bavaresco T., Lucena A.²⁶ en el 2012 en Brasil con la investigación: Intervenciones de la Clasificación de Enfermería NIC validadas para pacientes en riesgo de úlcera por presión. El objetivo fue: validar las intervenciones de la

clasificación de enfermería NIC para el diagnóstico Riesgo de Integridad de la Piel Perjudicada en pacientes en riesgo de úlcera por presión (UP). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación (56/2010). Los resultados refieren que se validaron nueve intervenciones como prioritarias ($MP \geq 0,80$), entre ellas Prevención de UP ($MP=0,92$); 22 como sugeridas ($MP >0,50 <0,80$) y 20 fueron descartadas ($MP \leq 0,50$). Se concluye que la prevención de la UP, pasa a través de la implementación de intervenciones específicas y relacionadas a los factores de riesgo al desarrollo de la lesión, con implicaciones a la práctica, enseñanza e investigación de enfermería.

Brunet N. , Kurcgant P. ¹³ , en el 2012 en Brasil reportaron la investigación titulada: Incidencia de las úlceras por presión tras la implementación de un protocolo de prevención, tipo de estudio prospectivo, exploratorio, con abordaje cuantitativo; planteándose como objetivo evaluar la aplicación del protocolo; en la misma se consideraron intervenciones de cómo promover el cambio de decúbito de 2 en 2 horas o más frecuentemente si fuera necesario; mantener colchón neumático en el cauce de los pacientes de riesgo con score de Braden igual o menor de 16; alterar la posición del paciente con cuidado; elevar la cabecera de la cama a lo más hasta 30°.

Otras relacionadas con el manejo de la nutrición, mecánica, dispositivos; limpieza y educación como llevar un soporte nutricional; proteger las áreas de prominencias óseas con almohadas; minimizar la exposición de la piel a la humedad; limpiar la piel siempre que necesario y en intervalos de rutina; evitar uso de agua caliente y excesiva fricción durante el baño; utilizar emoliente suave, inmediatamente, después del baño, para la protección e hidratación de la piel ;evitar el uso de cinta adhesiva sobre piel débil; no masajear áreas con hiperemia; evitar masajear áreas de prominencias huesosas; no hacer uso de acojinas tipo "donuts" o anillo, que podrán aumentar el área de isquemia; observar y considerar la hila postural, la distribución del peso y estabilidad cuando posicione el paciente en silla de ruedas; orientar el paciente y familiares sobre las medidas preventivas de cuidado; a partir de este estudio se revela disminución acentuada de incidencia de UP en la institución después de la implementación de los protocolos de

evaluación de riesgo y de prevención, confirmando que estas herramientas son fundamentales y de impacto en el control de la incidencia de UP, cuando son utilizadas sistemáticamente.

Yuri M., Larcher M., Benedita dos Santos C.²⁷ en el 2010 en Brasil, con la investigación titulada: Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre prevención de la úlcera por presión, tuvo por objetivo describir y analizar el conocimiento de los miembros del equipo de enfermería, se trata de un estudio descriptivo-exploratorio, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución. Se concluye que ambas categorías de profesionales presentan déficits de conocimiento en algunas áreas del tema en referencia. La identificación de las áreas deficientes puede orientar la planificación de estrategias para diseminación y adopción de medidas preventivas por el equipo.

2.2. Estado del arte:

En relación a la temática presentamos el resumen referido a la revisión teórica sobre las UPP haciendo un recorrido histórico, planteado por Pérez Niño .S²⁸:

En el tiempo de los Romanos (año 200a. de C- 700d. de C) destacó el apósito más utilizado para reducir las infecciones, estaba formado por lana y miel. Se utilizó el nitrato de plata para desinfectar el agua y alimentos. Así mismo Celso descubrió los signos de la inflamación de las heridas que eran rubor, tumor, calor y dolor. Además proporciona un método hemostático incruento que consiste en empaquetar la herida con lino humedecido en agua, vino o vinagre.

Claudio Galeno cirujano, documenta que las heridas curaban mejor en ambiente húmedo, por lo que descubre la humedad como medio favorecedor de las heridas con esponjas marinas para absorber y retener líquidos. Posteriormente con los árabes aparecen curaciones mediante pócimas, emplastes, creencias religiosas o dietas, apareciendo farmacias desvinculadas de la medicina y de origen privado, que se encargaban de la preparación de estos productos. Abu al-Qasim Al Zahrawi dio importancia a la limpieza en el tratamiento de las heridas y habla del uso de apósitos secos.

Rufaidah Bint Saad fue la primera enfermera musulmana, encargada de cuidar a los enfermos en las guerras, trataba y curaba sus heridas. Durante el siglo XVI y XVII los cirujanos observaron que las heridas de los soldados estaban infectadas por larvas de la mosca *Lucilia sericata*. Pero fue en 1929 gracias al Dr. Baer quien puso en práctica este tratamiento donde observó un rápido desbridamiento, reducción del número de microorganismos patógenos, disminución del nivel del olor y mejoría del lecho de la herida. Actualmente se suele emplear esta técnica en Estados Unidos, Reino Unido y Alemania debido a la aparición de bacterias resistentes a los antibióticos.

Así surge la terapia larval, consiste en la utilización de larvas estériles criadas en laboratorios para limpiar tejidos necrosados, que no dañan el tejido sano. Por otro lado Cesare Magati en 1616, cirujano italiano se centra en la curación de las heridas y crea una escuela para ello basándose en dos principios: menor manipulación o cambio de apósitos, eso hace que disminuya la probabilidad de lesionar el tejido de granulación; y que los tratamientos deben ser sencillos. Además crea el "Método Magati", consiste en una cura oclusiva porque se piensa que protege la herida de la contaminación ambiental.

A finales del siglo XVIII Pierre Joseph Desault utiliza el desbridamiento como práctica de una incisión más profunda en la herida para explorarla y drenarla; es un concepto que ya introdujo Botallo dos siglos antes y Teodorico en el siglo XIII. En el último tercio del siglo XIX Florence Nightingale en su libro "Notas sobre enfermería", reconoce por primera vez la responsabilidad que tiene la enfermera en cuanto a la prevención de las UPP, ya que se podrían evitar mediante cuidados enfermeros. Pero es en el siglo XX donde se produce el mayor desarrollo en la investigación de la cicatrización de las heridas, ya que se conoce el proceso de cicatrización, los factores que lo favorecen y lo alteran.

En los años 40: George Blaine descubre el alginato obtenido de algas como tratamiento para la cicatrización además de ser un buen antihemorrágico y un

buen absorbente; aunque fue en 1800 como ya se ha descrito anteriormente cuando se comienza a utilizar las algas marinas para curar heridas.

En los años 50 y 60 se cree que era bueno secar las heridas y que formasen costra, pero se ha comprobado que no del todo es beneficioso porque la costra es porosa y no permite mantener una temperatura y humedad adecuada por lo que perjudica la cicatrización.

Prevención: gracias a Guttman en 1953 comienza a aparecer textos sobre la realización de profilaxis en cuanto a cambios posturales con una frecuencia de dos horas tanto durante el día como durante la noche, para redistribuir la presión. Aunque anteriormente Florence Nightingale se refiere al cambio de posición pero sin mencionarlo en sus libros. Consecutivamente Exton-Smith y Sherwin aportaron evidencias de que es necesario realizar cambios posturales para prevenir las UPP.

Escalas y valoración:

Escala de Norton: surge en 1962 (creada por Norton, Mc Laren y Exton-Smith), es la primera escala descrita para valorar el riesgo de desarrollo de UPP. Valora 5 parámetros (estado físico, mental, actividad, movilidad, incontinencia). Es una escala negativa porque a mayor puntuación menor riesgo existe. El punto de corte estaba en 14 puntos pero en el año 1987 se modifica el corte en 16 puntos.

Tratamiento: a finales de los años 50 surgen los hidrogeles o hidropolímeros, formados fundamentalmente por agua y sistemas microcristalinos de polisacáridos y polímeros sintéticos absorbentes, carboximetilcelulosa sódica y alginato. Se utilizan para el desbridamiento autolítico, favorece la granulación, epitelización y controla el exudado.

En 1960 reaparece la plata como antimicrobiano aplicándolo de forma tópica en heridas o úlceras y gracias a ella no existe resistencia bacteriana a distintos antibióticos. En 1962 gracias a George Winter surge el origen de cura húmeda

mediante el uso de películas oclusivas, epitelizaban más rápidamente. Pero un año más tarde se demostró que se curan más rápidamente cuando están cubiertas con una película de polietileno. A partir de esta época comienza el desarrollo de vendajes y apósitos basados en la cura de ambiente húmedo.

En los años 80 las escalas y valoración: Surgen la Escala de Arnell, surge en el año 1983 en EEUU. Valora el riesgo de desarrollar upp mediante 7 ítems (Emina + aspecto de la piel y sensibilidad cutánea). Una puntuación mayor o igual a 12 es que presenta riesgo de desarrollarlas.

Y la Escala de Waterlow, surge en Inglaterra en el año 1985. Valora el riesgo de desarrollar upp mediante 6 subescalas (peso y talla, continencia, aspecto de la piel, movilidad, edad/sexo, apetito) y 4 categorías de otros factores de riesgo (malnutrición tisular, déficit neurológico, cirugía, medicación). Una puntuación mayor de 10 puntos ya indica riesgo y mayor de 20 puntos indica riesgo muy alto. Tratamiento: en 1980 se comienza a fabricar los apósitos estériles de espuma de poliuretano (descubierto en 1937 por Otto Bayer), proporcionan un gran control en el exudado y rápida curación.

En 1986 se comienza a utilizar por primera vez los apósitos en placa de hidrocoloide, son apósitos absorbentes, mantiene humedad la úlcera, proporcionan y aceleran la cicatrización, favorecen el desbridamiento autolítico, ayuda en la formación de tejido de granulación y favorece la epitelización; permitiendo una mayor calidad asistencial y comodidad para el paciente.

En el año 1987 se crearon en varios países Sociedades centradas en las UPP y heridas crónicas formadas por un equipo interdisciplinar. En Estados Unidos surgió la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) y en Europa la European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Anima a la participación a través de materiales educativos, conferencias nacionales e investigación. En el año 1987 en EEUU surge la Escala de Braden, elaborada por Bárbara Braden y Nancy Bergstom. Valora el riesgo de desarrollar UPP mediante 6 parámetros

(percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción/rozamiento), la puntuación menor de 12 puntos presenta un riesgo alto.

En el siglo XXI

Prevención: las intervenciones relacionadas para la prevención de las upp deben ir relacionadas con la valoración clínica y un plan de cuidados, ya que a la hora de realizar el plan de cuidados se determina la necesidad de reducción o alivio de la presión según la valoración global del paciente y no solo según el riesgo del paciente. Muchas guías sobre la prevención de upp determinan la necesidad de realizar una prevención precoz mediante la reducción o alivio de la presión y/o horarios de cambios posturales para los pacientes con un riesgo identificado.

Valoración: un estudio del Royal College of Nursing (2000) y el National Institute for Clinical Excellence (2001) describe que para detectar una úlcera es necesaria una inspección táctil y visual de la zona, ya que el primer signo que aparece es un eritema que no palidece, es decir, un cambio de color, textura y sensación en la superficie de la piel aunque a veces en personas de pigmentación oscura no se detecta, en este caso sería necesario vigilar eritema persistente, hiperemia que no palidece, ampollas y decoloración (zonas azuladas o amoratadas localizadas).

Es importante que las personas que puedan realicen una inspección de su propia piel tras haber recibido la educación adecuada, y en caso de no poder, que utilicen un espejo o que se lo realice otra persona para tener un control.

Escalas:

Escala de Emina, creada por el grupo de enfermería del Instituto Catalán de Salud en el año 2001, elaborado a partir de la escala Nova-4, aunque al principio se llamó escala ICS. Valora el riesgo de desarrollar upp en pacientes hospitalizados mediante 5 parámetros (estado mental, movilidad, humedad r/c incontinencia, nutrición, actividad; la inicial de cada factor de riesgo da nombre a la escala), la puntuación de 8-15 puntos presenta un riesgo alto.

Tratamiento: Durante el año 2002 aparece el Aquacel plata, apósito iónico para prevenir y tratar úlceras y heridas con signos de infección.

En el 2004 surge el primer apósito de espuma con un fármaco antiinflamatorio de ibuprofeno llamado Biatain Ibu. En el 2009 Convated Limited crea un apósito de miel y alginato. En el año 2010 se crea un apósito combinando cuatro productos clásicos de hidrocoloide, hidrofibra con plata y poliuretano, utilizado para prevenir la infección. En el año 2012 surge un estudio para el tratamiento de úlceras y heridas crónicas mediante plasma rico en plaquetas (PRP) autólogo ya que ayuda a la cicatrización porque contiene fibrina y elevadas concentraciones de factores de crecimiento. En este año también se ha publicado un estudio comparativo prospectivo sobre la intervención de membrana amniótica versus gasas salinizada en distintos tipos de heridas, se observó que era un método alternativo seguro, eficaz y barato para el tratamiento de úlceras de mala cicatrización en las piernas sobre todo en países en vías de desarrollo, donde el coste de los apósitos es una preocupación. Actualmente existen membranas amnióticas estériles deshidratadas en láminas de apósito con una caducidad de 5 años a temperatura ambiente.

Otro descubrimiento novedoso también se publica en el año 2012 por Gladys Velazco sobre las propiedades biológicas del quitosano, producido de la desacetilación de la quitina, elemento estructural del exoesqueleto de los crustáceos (gambas, langostas, cangrejos...). Este producto tiene propiedades antibacterianas, es biocompatible y biodegradable, por lo que se pueden crear apósitos para regenerar tejidos. En el año 2014 se realizó un estudio sobre el uso de la miel como tratamiento tópico en heridas agudas y crónicas (úlceras cutáneas), no hay suficientes evidencias científicas para su utilización por lo que actualmente no se utiliza como tratamiento, pero sí que se conoce a partir de los resultados de ensayos que la miel reduce el tiempo de cicatrización en comparación con algunos apósitos convencionales.

Se realizó también un estudio sobre la utilización de la fototerapia en el tratamiento de las UPP para mejorar el tiempo de cicatrización combinándolo con el resto de tratamientos anteriores, pero no existen evidencias científicas para administrar la fototerapia como tratamiento estándar de las UPP; por lo que es aconsejable seguir investigando en este campo.

En el año 2015 ha aparecido un aparato llamado SEM (humedad subepidérmica) escáner utilizado para evaluar el daño tisular y el riesgo de UPP mediante la cantidad de agua libre en el espacio extracelular por debajo de la superficie del tejido. Aunque no existen numerosos estudios que lo apoyen, es una herramienta fiable para evaluar el daño tisular producido por la presión.

2.3. Bases teóricas científicas

La base teóricas para la presente investigación estará basada en la teoría de cuidado de Kristen M. Swanson²⁹ “Cuidado informado para el bienestar de otros”, ya que esta teoría permite, promover el bienestar de otros, a través del cuidado con compromiso y responsabilidad; teniendo en cuenta cinco conceptos que comprenden de manera integral el cuidado brindado a un ser que requiere de apoyo, no solo físico sino también espiritual. Estos aspectos han estado presentes en enfermería pero son opacados por la tecnología, la rutina, la mecanización de los procesos, la inexperiencia y la colaboración ausente de la relación enfermera-paciente.

La teoría desarrolla los siguientes supuestos a fin de conocer cada uno de los elementos:

PERSONA: Define que las personas son seres únicos con particularidades (pensamientos, sentimientos y comportamientos), muchas de éstas, influenciadas por el factor genético (determina las características humanas únicas de cada ser humano), dote espiritual (conecta a la persona con el ser supremo o fuerza que

da guía a la vida) y la capacidad para ejercer su libre voluntad (escoger y tomar decisiones libremente).

Se entiende que las personas son moldeadas y moldean el ambiente donde viven y que dado que la persona tiene libre escogencia, la enfermera debe ser fiel observadora de estos dos aspectos, con el objetivo de no agredir el contexto y voluntad del otro (objeto de cuidado). Por supuesto, no se debe obviar que la categoría "otro", comprende la persona a quien se dirige el cuidado, el grupo objeto de atención, el asunto social a intervenir (otro generalizado) y/o la propia enfermera como cuidado de sí mismo. En donde la enfermera "toma el liderazgo por la abogacía de los derechos humanos, la igualdad del acceso a la asistencia sanitaria y otras causas humanistas".

AMBIENTE: Es cualquier contexto que puede influir o ser influido por la persona u objeto de cuidado. "Los campos de influencia son muchos e incluyen la política, la cultura, lo social, lo biofísico, lo psicológico y lo espiritual". Al examinar la influencia del ambiente se debe tener en cuenta las demandas, las limitaciones y los recursos con los que cuentan los participantes y el ambiente en sí que los rodea. De esta forma se puede concluir que el ambiente puede llegar a influir en la persona o viceversa la persona influir en el ambiente.

SALUD / BIENESTAR: Salud puede ser entendida de múltiples formas, ausencia de enfermedad, capacidad de adaptarse como búsqueda de bienestar, entre otras, pero Enfermería se centra en la manera cómo viven las personas, sea cual sea la condición de enfermedad o bienestar en la que se encuentran, es decir, cuyo objetivo central no es la mejoría de la enfermedad sino ayudar a que las personas recobren o mantengan su nivel óptimo de vivir o bienestar según sus necesidades y ambiente.

Cabe hacer claridad sobre el término bienestar, como la vivencia con un grado de compromiso con la vida y la muerte, vivir las experiencias y llenarse de significado, poder ser en todas las facetas que lo hacen humano: en la espiritualidad, pensamientos, sentimientos, inteligencia, creatividad, capacidad de relacionarse, la sexualidad entre otros más. Así pues, sanar se convierte en el proceso de liberación del dolor interior, establecimiento de significados nuevos, restablecimiento de relaciones y encuentro de una totalidad renovada.

De esta forma salud, enfermedad, desviación y patología son fenómenos que se definen socialmente y por ende están influenciados por valores sociales, ideas políticas, normas culturales y aspectos económicos. En resumen salud / bienestar se entiende como lo que cada persona escoge ser y como vivirlo.

ENFERMERÍA: Es el cuidado informado. Comúnmente las enfermeras dan respuestas a los llamados de cuidado que las personas hacen, lo que clarifica el rol funcional para quienes sirven y brindan cuidado. El cuidado informado de las enfermeras va desde las capacidades prácticas básicas, hasta la experiencia que brinda el amplio conocimiento y el vasto recorrido práctico, que en últimas permite encontrar el equilibrio entre el cuidado que la enfermera debe dar para asegurar el bienestar y lo que la persona le corresponde realizar para aprender a autocuidarse.

En esta teoría de mediano rango se habla de procesos de cuidado y sus dimensiones y se proponen como rasgos comunes las relaciones de cuidado³⁰.

Conocer: es hacer lo posible para entender un evento según el significado que tiene para el otro. Las subdimensiones de este proceso se relacionan con no hacer suposiciones a priori sobre el significado de un evento, centrarse en el cuidado, valoración continua en busca de claves que conduzcan a comprender la realidad del otro, para que finalmente se logre conocer y así mismo comprometerse uno con el otro en el proceso de cuidado. La eficiencia y eficacia

del conocer se amplía mediante conocimiento empírico, estético y ético. Adicionalmente, la enfermera cuenta con una educación en la que además de comprender los problemas biofísicos de sus pacientes, entiende aquellos relacionados con su cultura, espíritu y sentimientos, fenómeno que le permite conocer mejor al otro, objeto de cuidado. Finalmente, es importante que la enfermera tenga un buen conocimiento de sí misma, lo que permitirá identificar los ítems en los que puede ayudar al otro y las capacidades y disposición con las que cuenta para hacerlo.

Estar con: es estar emocionalmente presente para el otro. Comprende las subdimensiones, estar ahí, disponible, comprendiendo cualquier sentimiento, sin llegar a agobiar al que es cuidado. Es más que saber, es compartir la realidad del otro y demostrar que le importa al cuidador y está disponible y lista para compartir con el otro. Es dar tiempo, presencia auténtica, así no sea física, escucha activa y respuestas reflexivas contingentes.

Hacer por: significa hacer por el otro lo que él o ella harían por sí mismos si esto fuera posible. Las subdimensiones comprenden ser confortador, anticiparse, proteger las necesidades del otro, desempeñarse de forma hábil y competente, proteger de daños, de tal forma que preserve la dignidad del otro cuidado. Es ayudar al otro a realizar lo que por sí no puede, pero al mismo tiempo ayudando a que gane independencia tan pronto como sea posible.

Capacitar: significa que se facilita al otro su paso por las transiciones y eventos no familiares. El cuidador que capacita es el que usa su conocimiento experto para el mejoramiento del otro, da tal forma que se encuentre en capacidad de practicar el autocuidado. Las subdimensiones comprenden, informar y explicar, ofrecer apoyo emocional y permitir la expresión de sentimientos, llevar al que se cuida a que enfoque sus preocupaciones, examine alternativas de solución y las valide por medio de la retroalimentación. La meta es asegurar el bienestar de larga duración

del otro y así éste, se encuentre en la capacidad de practicar autocuidado al grado más completo posible.

Mantener la confianza: significa sostener la fé y las capacidades que el otro tiene para sobreponerse a unos eventos o a una transición y enfrentar un futuro con significado. Las subdimensiones comprenden mantener al otro en estima y creer en él, mantener una actitud positiva y de esperanza durante todo el recorrido con los otros. En resumen es conocer, estar con, hacer por y capacitar al otro para que dentro de su contexto elija el camino que más significado le dé a su vida. Es preservar su ideal de vida.

Úlceras por presión:

El panel de expertos europeos en úlceras por presión (EPUAP) propone la siguiente definición “como un área de daño localizado en la piel y en los tejidos subyacentes causado por la presión, fricción, cizalla o una combinación de las mismas”. A finales del año 2009 dos sociedades las más importantes, la NPAUP Norteamérica y la EPAUP europea, acordaron una nueva definición internacional: “una ulcera por presión es una lesión localizada en la piel y /o tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla”³¹.

La explicación etiopatogénica, la realizamos en base a lo planteado por Avilés Martines. M³² refiere que: La principal causa de formación es la presión ejercida y mantenida entre dos planos duros y la tolerancia de los tejidos a ésta. Por un lado tenemos el plano duro esquelético y prominencias óseas del paciente y el otro a plano duro generalmente externos a él, representando por la cama, silla, calzado u otros objetos. Este autor situado hace mención que, en 1958 Kosiak ya destacó la importancia de la presión y el tiempo de exposición de esta. Determinó que las presiones provocan necrosis tisular en poco tiempo y las bajas presiones necesitan de un tiempo de exposición mucho mayor, comprobó que una presión externa de solo 70 mmHg mantenida durante dos horas, podía provocar lesiones isquémicas en todos los tejidos. La presión capilar normal oscila entre 16 y 33 mm

Hg; lo que significa que presiones por encima de 16 mm Hg, producen un colapso de la red capilar.

La isquemia local aumenta la permeabilidad capilar con la consiguiente vasodilatación, extravasación de líquidos e infiltración celular, produciéndose un proceso inflamatorio que origina una hiperemia reactiva, manifestada por eritema cutáneo. Éste es reversible si al retirar la presión desaparece en 30 segundos, restableciéndose la perfusión de los tejidos. Si no desaparece la presión se produce isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración. La presión no es el único factor implicado, sino que actúa junto con otras fuerzas mecánicas externas como son la fricción o rozamiento y el cizallamiento. En su formación se identifican tres tipos de fuerzas: presión, fricción y cizalla.

Presión: 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, sonda, entre otros).

Fricción: Fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. En el paciente encamado o sentado en el roce con las sábanas o superficies rugosas produce fuerzas de fricción, sobre todo en las movilizaciones, al arrastrar al paciente.

Cizallamiento: Combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: posición de fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona). 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.

FACTORES DE RIESGO

La disminución de la resistencia de los tejidos a estas fuerzas puede verse alterada por varias causas; se puede establecer dos grandes grupos de factores predisponentes para las UPP, los factores intrínsecos y extrínsecos ³¹.

Los factores intrínsecos abarca: La condición física: inmovilidad, Percepción sensorial, estado de salud general, edad, medicación, alteraciones nutricionales /deshidratación, afectación de la perfusión tisular, alteraciones respiratorias y circulatorias, diabetes, insuficiencia vasomotora, presión arterial baja, insuficiencia cardíaca, vasoconstricción periférica y alteraciones endoteliales.

Las alteraciones nutricionales: Números estudios han identificado las alteraciones nutricionales como predicción a las UPP. Indicadores nutricionales que habría que evaluar para prevenir la UPP incluyen, la hemoglobina, la anemia, y los niveles de albumina en sangre y el peso.

Los factores que afectan la perfusión y la oxigenación: Resultados de numerosos estudios epidemiológicos que han empleado análisis multivariados indican que varios factores afectan a la perfusión incrementan el riesgo de desarrollar; entre ellos están la diabetes mellitus, inestabilidad cardiovascular, el uso de norepinefrina, la baja tensión arterial y el empleo de oxígeno.

La humedad de la piel: Medidas generales de la humedad de la piel así como la incontinencia urinaria o fecal, aparecen e estudios epidemiológicos como factores relacionados para el desarrollo de las UPP. La presencia de humedad incrementa el riesgo de daño por maceración o por fricción en fuerzas de cizallamiento.

Edad avanzada: La aparición temprana de UPP está muy relacionada con la edad avanzada; no obstante es reconocido que estas UPP afectan individualmente a todas las edades, incluyendo pacientes pediátricos donde prevalece otros factores de riesgo; según estudios detallan que a más incremento de edad aumenta la probabilidad de UPP.

El estado de salud general: Numerosos estudios epidemiológicos han indicado la importancia del estado general de salud como predictor de desarrollo de UPP. Los ejemplos incluyen: grado de dependencia para las actividades de la vida

diaria, situaciones de no reanimación, ventilación mecánica, grado de enfermedades severas, tratamientos quirúrgicos y duración de la estancia.

Estado de la piel: El estado de la piel ha sido identificado como un factor de riesgo para el desarrollo de UPP una piel seca es menos tolerante a la distorsión tisular, y por esta razón más vulnerable a la rotura.

Por otro lado se habla de *factores extrínsecos* cuando mencionamos: La humedad, Sequedad de la piel, Estancia/microclima, Superficie de apoyo, Técnicas manuales sobre la piel: masajes, Perfumes, agentes de limpieza.

LOCALIZACIONES

La localización de las UPP más frecuentes varían en dependencia de la posición habitual del paciente: decúbito prono, lateral, supino o sedestación. El lugar de aparición suele coincidir con la zona de piel sometida mayor presión, generalmente zonas con prominencias o máximo relieve óseo.

Localización de las UPP en decúbito

Decúbito supino: afectados el occipucio, omoplato, codo, sacro, talón

Decúbito lateral: afectados la oreja, hombro, codo, cresta iliaca, trocánteres, rodilla, maléolo interno e externo.

Decúbito prono: afectados parte frontal de la cabeza, costillas, genitales masculinos, rodilla, dedos.

Localización de las UPP en sedestación: afectados en gran parte el occipucio, omoplato, codo, sacro, tuberosidad isquiática.

Otras localizaciones: Lesiones de origen iatrogénico causadas por dispositivos terapéuticos:

Nariz: Por exposición prolongada de la mascarilla de oxígeno

Labios, lengua y encías: Por uso inadecuado de tubos endotraqueales

Meato Urinario: Por tiempo prolongado de sonda vesical

Alas de la Nariz: Por exposición prolongada de SNG

Mucosa Gástrica y Rectal: Por el uso de SNG y rectal
Muñecas y Codos: En personas con sujeción mecánica
Zonas blandas: Por pliegues en las sábanas³³.

CLASIFICACIÓN

Estadio I: Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras puede presentar tonos rojos, azules o morados.

En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometido a presión, puede incluir cambio en uno o más de los siguientes aspectos: Temperatura de la piel (caliente o fría), consistencia de tejidos (edema, induración) Y/o sensaciones (dolor, escozor)

Estadio II; Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas.

Estadio III: Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.

Estadio IV: Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.)

En este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos³³.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Intervención es una palabra usada en la vida cotidiana, sin embargo tiene un distinto sentido en el campo de la salud, se suele tratar el tema de manera extensa e individualizada. En el Diccionario de uso del español, nos dice que intervenir es “participar, tomar parte; actuar junto con otros en cierto asunto, acción o actividad”; y agrega que: “a veces implica oficiosidad y tiene el significado de entrometerse de “tomar cartas en un asunto”³⁴.

Según NIC Las Intervenciones (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto. Se define como una Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”. las intervenciones de enfermería incluyen tanto en cuidados directos como indirectos ,dirigidos a personas ,familia y la comunidad ,como tratamiento puestos en marcha por profesionales de enfermería ,médicos y otros proveedores de cuidados³⁵.

Por lo tanto las Intervenciones de enfermería para la prevención de úlceras por presión son un conjunto de acciones específicas basadas en el cuidado; encaminadas a evitar la aparición y formación de una lesión sobre la piel, incidiendo sobre factores intrínsecos y extrínsecos dirigidas a individuos con riesgo a desarrollarlas.

Intervenciones de enfermería directas

Consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente, comprende acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales, tanto las acciones directas sobre el paciente, como las que sirven de apoyo y asesoramiento en su naturaleza³⁵.

Intervenciones directas de enfermería para la prevención de úlceras por presión: Dentro de ellas están las que describiremos a continuación:

Valoración del paciente mediante una escala del riesgo de úlceras por presión

Evaluación inicial del riesgo de UPP en todos los pacientes se realiza al ingreso a servicios de hospitalización mediante la aplicación de escalas de valoración de riesgo de UPP^{31 36}, dentro se detalla las siguientes:

Escala de Norton: Es la primera Escala de Valoración de Riesgo de UPP descrita en la literatura, y fue desarrollada en 1962 por Norton, McLaren y Exton Smith. En el curso de una investigación sobre pacientes geriátricos.

A partir de esa fecha la Escala de Norton ha alcanzado una importante difusión en todo el mundo. Esta escala considera cinco parámetros: estado mental,

incontinencia, movilidad, actividad y estado físico y es una escala negativa, de forma que una menor puntuación indica mayor riesgo^{33 37}.

Medidas para el control de la presión

Los cambios de posición programados por horario. Esta recomendado realizar los cambios posturales cada 2 a 3 horas de forma continua (las 24 horas) a los pacientes con largos periodos de inmovilidad, siguiendo una rotación individualizada con el fin de mantener la circulación estable en las zonas de mayor riesgo, se debe prevenir el rozamiento continuo o contacto prolongado incluso entre las extremidades del mismo paciente, por lo cual es recomendado usar almohadas o separadores especiales entre las piernas o brazos, en pacientes con inmovilidad limitada. En los cambios de posición se debe tener en cuenta el estado del paciente y la posición en la que este se encuentra ³⁸.

La utilización de superficies especiales de manejo de presión (SEMP) las que se pueden diferenciar en superficies estáticas y dinámicas según el Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP).

Superficies estáticas: Colchonetas-cojines estáticos de aire, colchonetas-cojines de fibras especiales (siliconizadas), colchonetas de espumas especiales, colchones-cojines visco elásticos.

Superficies dinámicas: Colchones-colchonetas-cojines alternantes de aire, colchones-colchonetas alternantes de aire con flujo de aire, camas y colchones de posicionamiento lateral, camas fluidificadas, camas bariátricas, camas que permiten el decúbito y la sedestación.

Alimentación e hidratación.

El estado nutricional del paciente, influye de gran forma en la aparición, evolución y/o complicación de las UPP, es por esto que se debe contar con una valoración del estado nutricional del paciente. Con lo cual se podrá establecer las necesidades nutricionales y ofrecer la dieta más adecuada para el sostenimiento

nutricional del paciente, la cual debe ser adaptada de forma individual, con lo que se espera contribuir a la prevención y facilitar la curación de lesiones ya establecidas ³².

Cuidados de la piel: Lo recomendable es valorar el estado de la piel diariamente para identificar precozmente los signos de lesión causados por la presión, coincidiendo con el aseo e informando del procedimiento a la persona. La presión ejercida por la fuerza de la gravedad del cuerpo en una persona encamada o sentada no es uniforme sobre toda la piel, sino que se concentra y es mayor en aquellas zonas de apoyo donde hay prominencias óseas subyacentes. La inspección de la piel debe estar enfocada hacia dichas prominencias. Nunca ignorar un enrojecimiento sobre una prominencia ósea (talones, sacro) ³¹.

Intervenciones de enfermería indirectas

Es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del paciente o grupos de paciente, estas incluyen acciones dirigidas al ambiente que rodea al paciente y a colaboración interdisciplinaria, asimismo apoyan la eficacia de las intervenciones directas ³⁵.

Dentro de estas intervenciones se mencionan: El manejo de superficies en contacto con el individuo, el manejo de dispositivos, manejo de implementos de aseo ³⁷.

REGISTROS DE ENFERMERÍA³⁹

La comunicación eficaz entre los profesionales de enfermería es vital para la atención al paciente sea óptima. El procedimiento de introducir una entrada en una historia clínica de un paciente se llama registro. Es un documento legal y formal que proporciona pruebas del cuidado del paciente. Aunque las organizaciones sanitarias emplean diversos sistemas y formas de registro, todas las historias clínicas tienen una información similar.

Todas las organizaciones sanitarias tienen normas sobre el registro y comunicación de los datos del paciente y cada profesional de enfermería es responsable de cumplir estos estándares. Las instituciones indican además que intervenciones y valoraciones de enfermería pueden registrarse y cuáles el personal no licenciado. Además, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) exige que el registro de la historia clínica sea oportuno, completo, preciso, confidencial y específico del paciente.

Objetivos de las historias clínicas:

Comunicación: la historia clínica es un vehículo mediante el cual se comunican diferentes profesionales sanitarios que interactúan con un paciente. Esto impide la fragmentación, la repetición y el retraso en la atención al paciente.

Planificación de la atención al paciente: los profesionales sanitarios emplean datos de la historia clínica del paciente para planificar la atención que le proporcionan.; enfermería emplea datos basales y actuales para evaluar la eficacia del plan de asistencia de enfermería.

Auditoria de las instituciones sanitarias: Una auditoria es una revisión de la historia clínica de un paciente con el objetivo de garantizar su calidad. Las agencias acreditadas como la JCAHO pueden revisar la historia clínica del paciente para determinar si una institución sanitaria en particular cumple los estándares establecidos.

Reembolso: el registro también ayuda a recibir los reembolsos del gobierno, para que un centro obtenga una remuneración por la atención médica. La historia clínica de un paciente tiene que contener códigos del grupo relacionado por el diagnóstico (DRG, del inglés diagnosis-related group) correctas y manifestar que ha prestado la atención apropiada., estos están apoyados por un registro preciso y exhaustivo realizado por los profesionales de enfermería. Si para el bienestar

del paciente, es necesaria una atención, tratamiento o permanencia adicionales, a través de la historia clínica pueden justificarse estas necesidades.

Registro legal: la historia clínica del paciente es un documento legal y suele admitirse en un juicio como prueba. Sin embargo, en algunas jurisdicciones, la historia clínica es inadmisibile como prueba cuando el paciente se pone, porque el informe que el paciente da al médico es confidencial. Análisis de la asistencia sanitaria: la información de la historia clínica puede estimular a los planificadores de la asistencia sanitaria a identificar las necesidades de la institución, como los servicios hospitalarios que están saturados y los infrautilizados. Las historias clínicas pueden usarse para establecer los costes de varios servicios y para identificar los servicios que cuestan dinero a la institución y los que generan ingresos.

SISTEMAS DE REGISTRO

Historia clínica orientada a la fuente: Es una historia clínica tradicional, en este tipo de registro, la información sobre un problema en particular se atribuye por todo el registro. la historia narrada es una parte tradicional de la historia clínica orientada a la fuente .Consiste en notas escritas que comprenden el cuidado habitual, las observaciones normales y los problemas del paciente .no hay un orden correcto ni equivocado de la información ,aunque suele emplearse el orden cronológico. Cuando se emplea la historia clínica narrada, es importante organizar la información de forma clara y coherente .una forma de hacerlo es emplear el proceso de enfermería como estructura de trabajo.

Registro orientado al problema: Los datos se organizan por los problemas que tiene el paciente más que por la fuente de información. Los miembros del equipo sanitario contribuyen a la lista de los problemas, el plan de asistencia y las notas del progreso. Se redactan los planes para cada actividad o el posible problema, y se registran notas del progreso. Se redacta los planes para cada actividad o el posible problema, y se registran notas del progreso de cada problema.

Registrado centrado: pretende convertir al paciente sus preocupaciones y fortalezas en el objetivo de la asistencia. Suelen usarse tres columnas para el registro: la fecha y la hora, el objetivo y las notas del progreso. El objetivo puede ser un trastorno, un diagnóstico de enfermería, una conducta, un signo o síntoma y un cambio agudo en el estado del paciente, o una fortaleza del paciente. Las notas de progreso se organizan en (D) datos, (A) acción y (R) respuesta, lo que se denomina DAR. La categoría datos refleja la fase de valoración del proceso de enfermería y consta de las observaciones del estado y conductas del paciente, incluidos los datos procedentes de los diagramas de flujos (constantes vitales, reactividad de la pupila). El profesional de enfermería registra datos subjetivos y objetivos en esta sección. La categoría acción refleja la planificación y la aplicación y comprende acciones de enfermería inmediatas y futuras. También puede incluir cambios en el plan de asistencia. La categoría respuesta refleja la fase de evaluación del proceso de enfermería y describe la respuesta del paciente a cualquier asistencia médica y de enfermería.

El sistema de registro centrado proporciona una perspectiva integral del paciente y de sus necesidades. También ofrece una estructura del proceso de enfermería para las notas del progreso (DAR). Los tres componentes no necesitan registrarse en orden y cada nota no necesita tener las tres categorías. Los diagramas de flujo y listas de comprobación se usan con frecuencia en el historial del paciente para registrar tareas de enfermería y datos de valoración rutinarios.

Registro por excepción: es un sistema de registro el que solo se guardan las observaciones anormales o significativas o las excepciones a la norma. Dentro de ellas está el diagrama de flujos dentro de estos incluyen un registro gráfico, un registro del equilibrio hídrico, un registro de valoración diaria de enfermería, un registro de educación del paciente, un registro de alta del paciente y un registro de valoración cutánea.

La ventaja de este sistema es la eliminación de las notas largas y repetidas y que hace más obvias los cambios en el estado del paciente. Este uso hace que el profesional de enfermería valoró al paciente y determino que respuestas eran normales y anormales.

REGISTRO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

El registro del paciente debe describir el estado del paciente y reflejar todo el espectro del proceso de enfermería. Sea cual sea el sistema de registro usado en una institución, los profesionales de enfermería registran las pruebas del proceso de enfermería en diferentes formas a lo largo del historial clínico.

Valoración de enfermería del ingreso

Cuando el paciente ingresa en la unidad de enfermería, se completa un valoración exhaustiva del ingreso, también denominada base de datos inicial, anamnesis de enfermería o valoración de enfermería, estas formas pueden organizarse en función de los patrones de salud, los sistemas corporales, capacidades funcionales, los problemas y riesgos de salud, el modelo de enfermería o el tipo de marco sanitario. Generalmente se registra valoraciones o revaloraciones en diagrama de flujos o en notas del progreso de enfermería.

Planes de asistencia de enfermería

Según Smith y Dougherty, la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) exige que el registro clínico incluya pruebas de las valoraciones del paciente, los diagnósticos de enfermería o necesidades del paciente, las intervenciones de enfermería, los resultados del paciente y pruebas de un plan de asistencia de enfermería actual. Dependiendo del sistema de registro que se use, el plan de asistencia de enfermería puede estar separado del historial del paciente, registrado en las notas de progreso y otros formularios en el registro del paciente o incorporarse en un plan de asistencia multidisciplinar. Existen dos tipos de planes de asistencia de enfermería: tradicional y

estandarizado. El plan de asistencia tradicional se escribe para cada paciente. El formulario varía entre instituciones en función de las necesidades del paciente y del departamento. La mayoría de los formularios tiene tres columnas: una para los diagnósticos de enfermería, otra para los resultados esperados y una tercera para las intervenciones de enfermería.

Los planes de asistencia estandarizados se elaboraron para ahorrar tiempo de registro. Estos planes pueden basarse en un modelo de práctica de la institución, lo que ayuda a proporcionar una calidad de asistencia de enfermería alta, estos deben ser individualizarlos por el profesional de enfermería con el fin de abordar de manera adecuada las necesidades de cada paciente.

Kardex

Es un método conciso muy usado de organizar y registrar los datos sobre el paciente, que hace accesible con rapidez la información a todos los profesionales sanitarios. El sistema consta de una serie de tarjetas que se mantienen en un índice portátil o en formularios generados por ordenador. En algunas organizaciones es una hoja temporal escrita con lapicero para facilitar un registro de cambios frecuentes en los detalles de la asistencia del paciente. La información en los Kardex puede organizarse en secciones, por ejemplo:

Información pertinente sobre el paciente, como el nombre, el número de habitación, la edad, fecha de ingreso, nombre del médico, diagnóstico y el tipo de intervención quirúrgica y la fecha.

Alergias. Lista de medicamentos, con fecha de la orden y momentos de administración de cada uno, lista de líquidos intravenosos, con las fechas de las infusiones, lista de tratamientos y procedimientos diarios, como irrigaciones, cambio de vendajes, drenaje postural o medida de las constantes vitales, lista de procedimientos diagnósticos ordenados, como radiografías o pruebas de laboratorio

Datos específicos sobre cómo se van a satisfacer las necesidades físicas del paciente, como el tipo de dieta, la ayuda necesaria con la alimentación, los dispositivos para la evacuación, la actividad, necesidades higiénicas y precauciones en cuanto a la seguridad.

Diagramas de flujo

Un diagrama de flujo facilita al profesional de enfermería el registro de los datos de enfermería con rapidez y concisión y proporciona un registro de lectura fácil del estado del paciente en el tiempo.

Registro gráfico: este registro suele indicar la temperatura corporal, el pulso, la frecuencia respiratoria, la presión arterial, y, en algunas instituciones, otros datos clínicos significativos como el día del ingreso o del postoperatorio, disposiciones, el apetito y la actividad

Registro de ingresos y pérdidas: todas las vías de ingreso y pérdida de líquido se miden y registran en este formulario.

Registro de la administración de medicamentos: el diagrama de flujos de medicamentos suelen incluir zonas designadas para la fecha de la orden del medicamento, la fecha de caducidad, el nombre y dosis del medicamento, la frecuencia y vía de administración y la firma del profesional de enfermería.

Registro de la valoración de la piel: una valoración de la piel o de la herida se registra a menudo en un diagrama de flujo. Estos registros pueden incluir categorías relacionadas con el estadio de la lesión cutánea, el drenaje, el olor, información del cultivo y tratamientos.

2.4. Definición de términos básicos

Definición de Términos:

Factores de riesgo: Condición que implica aumentar la probabilidad o posibilidad de que suceda un evento determinado⁴⁰.

Factores extrínsecos o ambientales para las UPP: son factores presentes en el entorno inmediato en el que se mueve el paciente que pueden facilitar la aparición de úlceras por presión o incrementar las consecuencias graves de éstas³⁸.

Factores del paciente o intrínsecos para las UPP: son aquellos factores asociados a la situación personal y clínica del paciente, que pueden determinar un aumento del riesgo de úlceras por presión³⁸.

Escala de valoración de Norton: instrumento que posibilita valorar el riesgo del paciente para tener UPP; incluye cinco aspectos: valoración del estado físico general, estado mental, actividad, movilidad y la valoración de la incontinencia³⁸.

Intervenciones de enfermería: Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente³⁵.

Prevención de úlceras por presión: Es la elaboración de un plan individualizado, que incluye las intervenciones de enfermería para las UPP.

Úlceras por presión(UPP): cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa ,e independiente de la posición³¹.

Riesgo de úlceras por presión: es la presión misma que causa el cierre de los capilares, disminuyendo el aporte de oxígeno a los tejidos. Sin embargo, existen una serie de situaciones o factores de riesgo intrínseco y extrínseco que aumentan la probabilidad de desarrollar úlceras en la situación propicia ³³.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Diseño de investigación.

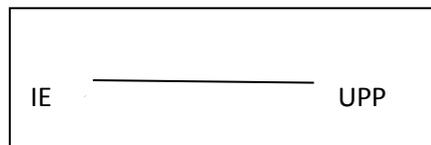
Tipo de investigación

La presente investigación estuvo basada en el paradigma cuantitativo, porque este representa un conjunto de procesos de manera secuencial y probatoria⁴¹. Consiste en utilizar la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y se apoya en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

Diseño de investigación

El presente estudio estuvo enmarcado dentro de una investigación descriptiva simple, es descriptiva simple porque tuvo como objetivo central lograr la descripción o caracterización del evento de estudio dentro de un contexto particular. El diseño es no experimental porque no se realiza manipulación deliberada de las variables. Es decir, observa fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos; busca y especifica propiedades, características y los rasgos importantes de cualquier fenómeno que se someta a un análisis ⁴⁰.

El diseño se esquematizó de la siguiente manera:



Dónde:

IE: Intervenciones de Enfermería

UPP: Ulceras por presión

3.2. Población y muestra

La población es el conjunto de sujetos determinados, estudiados para obtener información correspondiente al caso³². La población estuvo constituida por las 23 enfermeras(os) que laboran en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes, por ser una población pequeña se consideró a la vez como población muestral.

Criterios de inclusión

Enfermeras que laboren en el servicio de Medicina Interna en los turnos mañana y tarde y/o noche que acepte su participación en el estudio.

Anotaciones de Enfermería de los pacientes con riesgo de UPP (para verificar el registro de los cuidados).

Criterios de exclusión

Enfermeras que al momento de la aplicación de los instrumentos estén de licencia o vacaciones.

Enfermeras que no laboren en el servicio de medicina interna.

3.3. Hipótesis

Hipótesis implícita.

3.4. Variables

En la presente investigación la variable de estudio es: **Intervenciones de Enfermería para prevenir UPP**. Definidas: Como el conjunto de acciones de enfermería directas e indirectas dirigidas a evitar que se forme una úlcera por presión.

3.5. Operacionalización de variables:

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica /Instrumento
Intervenciones de Enfermería para prevenir UPP	Intervenciones de enfermería directas	Valoración del Riesgo	Emplea alguna escala para la valoración del riesgo de úlceras por presión.	Lista de Chequeo
			Identifica a los pacientes con bajo, medio o alto riesgo para desarrollar UPP	Rev. Documental
		Registro del Riesgo	Registra en la historia clínica de la persona la valoración del riesgo realizado	Rev. Documental
			Registro de las intervenciones a favor de la prevención	Rev. Documental
			Inspecciona áreas de riesgo como: sacro, tuberosidades isquiáticas, maléolos, calcáneo, región occipital	Lista de Chequeo

Intervenciones de Enfermería para prevenir UPP.	Intervenciones de enfermería directas	Cuidados de la Piel	para detectar edema, eritema, induración.	
			Realiza masajes a la piel sin signos de hiperemia o isquemia.	Lista de Chequeo
			Examina el estado de la piel por turno (integridad y coloración)	Lista de Chequeo
			Moviliza a la persona evitando la fricción y el cizallamiento al menos 1 vez por turno.	Lista de Chequeo
			Evita masajes en la piel que cubre superficies óseas	Lista de Chequeo
			Evita la fricción originada por la fijación de sondas y catéteres	Lista de Chequeo
			Realiza cambio de pañal.	Lista de Chequeo
			Hace la cama con pliegue para los dedos de los pies	Lista de Chequeo

			Mantiene la ropa de cama: limpia, seca y sin arrugas	Lista de Chequeo
	Intervenciones de enfermería directas	Cuidados de la Piel	Seca con cuidado la piel con presencia de sudor.	Lista de Chequeo
			Protege la piel de las zonas de riesgo identificadas con medios de barrera: películas de poliuretano, parches, cavilon,tintura de benjuí, apósito transparente ,alginato o hidrocoloide .	Lista de Chequeo
			Mantiene la piel limpia y seca	Lista de Chequeo
			Aplica cremas humectantes si la piel está seca.	Lista de Chequeo
			Realiza cambios posturales cada 2 ó 3 horas.	Lista de Chequeo

	Intervenciones de enfermería indirectas	Nutrición e Hidratación	Valora el grado de hidratación del paciente a través de piel y mucosas	Lista de Chequeo
		Manejo de la presión	Utiliza cojines y/o cuñas de espuma para eliminar la presión sobre los trocánteres, tobillos y talones	Lista de Chequeo
			En pacientes con movilidad comprometida realiza ejercicios de movilización pasiva de las articulaciones	Lista de Chequeo
			Mantiene al paciente en posición alineada fisiológica	Lista de Chequeo
			El ángulo de inclinación de la cama no es mayor a 30° en posición decúbito lateral para evitar presión en los trocánteres	Lista de Chequeo

		Manejo de la presión	No usa flotadores ni cojines en forma de rodete.	Lista de Chequeo
			Educa al paciente para que realice cambio de posición cada 2 o 3 horas.	Lista de Chequeo
			Educa al familiar para que realice cambio de posición al menos 1 vez cada 2 a 3 horas.	Lista de Chequeo

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Abordaje metodológico

En el desarrollo del presente trabajo de investigación se hizo uso del método inductivo definido como el proceso que parte del estudio de casos particulares para llegar a conclusiones o leyes universales que explican un fenómeno así también el método deductivo que consiste en obtener conclusiones particulares a partir de leyes universales⁴¹, de esta manera se analizó la realidad y los resultados encontrados se contrastaron con la teoría existente relacionada a la variable de estudio.

3.6.2. Técnicas de recolección de datos

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos fueron:

La observación: La cual consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis³⁵. Para la presente investigación se procedió a realizar la observación de las intervenciones de enfermería para prevenir UPP en los pacientes detectados con algún riesgo de padecerlas.

El Análisis Documental: Consiste en describir un documento en sus partes esenciales para su posterior identificación y recuperación³⁵, por lo cual en este estudio se revisó la historia clínica u otro tipo de registro que la enfermera utilizó para anotar sus intervenciones.

3.6.3. Instrumentos de recolección de datos

En el presente estudio se utilizó como instrumentos de recolección de datos: La lista de chequeo “Intervenciones de Enfermería para la prevención de úlceras por presión” (Anexo N° 1), la ficha de registro de intervenciones de enfermería (Anexo N° 2), y la escala de Norton (Anexo N° 3).

Esta lista de chequeo es utilizada por el área de medicina interna de ESSALUD la cual ha sido validada para determinar las intervenciones que la enfermera realiza para la prevención de UPP, sin embargo ha sido modificada y validada por las autoras, denominada “cumplimiento de guía de cuidados para la prevención de UPP (Anexo 1). La lista consistió en 25 ítems en los que se evaluó las siguientes dimensiones: valoración, registro, cuidados de la piel, manejo de la presión, nutrición e hidratación.

Además se elaboró una ficha de identificación del tipo de registro de intervenciones de enfermería para prevención de las UPP en la que se buscó plasmar si se evidenció el registro de las intervenciones de Enfermería.

Estos dos instrumentos fueron sometidos a validación de expertos 2 especialistas en el área Lic. Mg. Rosa Rodríguez Villalobos especialista en cuidados geriátricos y Lic. Mg. Rocío Uchofen especialista en UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos, 1 especialista en investigación Lic. Mg. Aurora Violeta Zapata Correa.

Este proceso nos permitió ajustar ambos instrumentos para que cumplan su cometido. Se procedió también con la realización de la prueba piloto, realizada a 5 enfermeras y con la respectiva revisión de las historias clínicas de acuerdo a nuestros criterios de inclusión e exclusión. Esta misma fue validada por la Lic.Msc. Estadista Betsy Pamela Arrunátegui Huamán quien mediante el análisis Kuder–Richardson (KR–20) otorgó la confiabilidad de 0.996, considerándose así como un instrumento con excelente confiabilidad.

ESCALA DE NORTON MODIFICADA³⁹

La escala de Norton nos permitió determinar el riesgo del paciente para tener UPP y saber con quiénes y en qué momento realizar las observaciones sobre las intervenciones de enfermería para la prevención de UPP.

Es un instrumento que posibilita valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión; su objetivo se centra en la detección del citado riesgo para establecer un plan de cuidados preventivos. Se trata de una escala

ordinal que incluye cinco aspectos entre los cuales están: Valoración del Estado Físico General, Valoración del Estado Mental, Valoración de la Actividad, Valoración de la Movilidad, Valoración de la Incontinencia.

Cada uno de los aspectos se valora en cuatro categorías con una puntuación que va desde 1 a 4, siendo "1" el que corresponde a un mayor deterioro y "4" el que corresponde a un menor deterioro. La puntuación que se puede obtener oscila entre "5" (máximo riesgo) y "20" (mínimo riesgo). Se considera que una puntuación por debajo de "14" supone una situación de riesgo.

La clasificación de riesgo según la escala sería: Índice de 5 a 11, muy alto riesgo, índice de 12 a 14, riesgo evidente, índice > 14, riesgo mínimo/no riesgo.

Se consideran personas con riesgo:

Las que tienen parálisis cerebral o lesión medular debido a su extensa pérdida de función sensorial y motora.

Las que tienen una disminución del nivel de conciencia por cualquier causa, dado que las percepciones normales que estimulan los cambios de postura están reducidas o ausentes; deficiencia del estado nutricional o dieta insuficiente de aporte proteico; mayores de 85 años, debido a la mayor frecuencia de problemas de movilidad, incontinencia, delgadez y disminución de la capacidad del sistema circulatorio; pacientes encamados o en silla de ruedas especialmente si dependen de los demás para moverse.

3.7. Procedimiento para la recolección de datos

Para poder llevar a cabo la recolección de los datos se procedió en primer lugar a solicitar el permiso a la coordinación de investigación del Hospital Regional Docente las Mercedes para la ejecución de este estudio; con el documento de aprobación se procedió a coordinar con la jefa de enfermería sobre el proceso de ejecución de la investigación, además se hizo firmar el consentimiento informado a cada profesional enfermero (Anexo N°6).

La recolección de los datos se efectuó por las mañanas, tardes y/o noches considerando además los criterios de inclusión y exclusión. En el primer contacto con el paciente se valoró el riesgo para UPP a través de la escala de Norton, se hizo un seguimiento de 3 días como mínimo y las intervenciones se registraron en la lista de chequeo elaborada por las investigadoras. Estratégicamente se preguntó al paciente o al familiar sobre las intervenciones que realizaba la enfermera, como el masaje de la piel, educación para el cambio de posición, entre otros, con el fin de verificar su cumplimiento. Al finalizar cada turno se aplicó la ficha de identificación del registro de intervenciones de UPP.

3.8. Análisis estadístico e interpretación de los datos

Para el análisis se utilizó el software estadístico SPSS versión 21 el que nos permitió realizar el análisis y tratamiento de los datos.

Se empleó estadística descriptiva como el análisis de frecuencia.

3.9. Principios éticos

Durante el desarrollo de la investigación se puso en práctica la ética y el rigor científico expuestos en el Informe Belmont ⁴² ⁴³ donde se formulan los tres principios cuyo respeto garantiza una investigación moralmente correcta.

Así tenemos:

El principio de beneficencia persigue maximizar los beneficios y minimizar los daños, por tanto los participantes en una investigación o sus representantes deben conocer los riesgos y los beneficios que lograrán con su participación en los ensayos clínicos; se alcanzó que los riesgos sean mínimos asociados a los máximos beneficios que se consiguió. En el presente estudio se cumplió este principio, ya que antes de aplicar el instrumento se hizo de conocimiento la finalidad de la investigación.

El principio de justicia con la investigación científica, podemos aseverar que lo justo se identifica con lo bueno y lo correcto: Es esperado, por tanto, en este

contexto que todas las personas sean beneficiadas con los resultados de la investigación, que la misma se realice realmente en los grupos que se requiere investigar y que sólo se utilicen las poblaciones vulnerables cuando en éstas sean beneficiosas las consecuencias. La investigación cumplió con este principio pues se hizo partícipe a toda la población considerando los criterios de inclusión y exclusión.

El principio de no maleficencia “es de cumplimiento obligatorio y por lo tanto primordial ante cualquier tipo de información o de consentimiento”; pretende no dañar al paciente, lo que obligó moralmente a las investigadoras a buscar los menores riesgos posibles para los sujetos implicados en el estudio.

El principio de autonomía establece que en el ámbito de la investigación la prioridad es la toma de decisiones de los valores, criterios y preferencias de los sujetos de estudio. Su aplicación consistió en ofrecer a los sujetos la información suficiente para tomar una decisión razonada acerca de los posibles beneficios y costos de su participación sin ningún tipo de abuso, mediante el consentimiento informado (Anexo N°6). En esta investigación se firmó un consentimiento informado por parte de los participantes que voluntariamente accedieron a participar en el estudio respetando su principio de autonomía.

3.10. Criterio de rigor científico:

Objetividad

Para asegurar la objetividad del estudio se verificó la validez y confiabilidad de los elementos que se utilizó, para ello se recurrió al juicio de expertos que dieron fe de la pertinencia de los criterios utilizados en los instrumentos, y una muestra piloto para determinar posteriormente su confiabilidad.

Consistencia teórica

En este aspecto se ve asegurado con la aplicación de los planteamientos teóricos de Kristen M. Swanson “Cuidado informado para el bienestar de otros”, ya que esta teoría permite, promover el bienestar de otros, a través del cuidado con compromiso y responsabilidad; con la revisión de los antecedentes de la investigación obtenidos de fuentes confiables respetándose los derechos del autor utilizándose para ello las normas de Vancouver.

Auditabilidad

Para asegurar este criterio las investigadoras detallaron el procedimiento para recolección y procesamiento de la información de tal forma que otras investigadoras puedan seguir la misma trayectoria.

Coherencia Metodológica

La coherencia Metodológica, se dio por la correspondencia entre los distintos componentes del Diseño del proyecto de investigación, es decir: Objeto de estudio, problema, objetivos, diseño metodológico, instrumentos que se deben corresponder también con el informe de investigación.³⁸ Para la presente investigación el objeto de estudio, trata de una variable, las intervenciones de enfermería para la prevención de úlceras por presión, la que se midió, acorde a ello el diseño escogido es de tipo descriptivo, puesto que no hay manipulación de variables.

En otras palabras es hablar de la correspondencia, armonía, compatibilidad de lo que se planificó con los resultados alcanzados.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se hace referencia a la presentación y análisis de los resultados de la investigación obtenidos de datos, recolectados a través del instrumento realizado para tal fin.

4.1. Resultados

Tabla 1

Riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo-Perú. Marzo – Abril, 2016.

RIESGO	n	%
Muy alto	13	56
Evidente	10	44
Mínimo	0	0
Total	23	100

Fuente: Escala de Norton aplicado a los pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo-Perú. Marzo – Abril, 2016

Interpretación: En la tabla N° 1 se muestra que el servicio de medicina interna un 56% presenta riesgo muy alto de desarrollar UPP.

Tabla 2

Enfermeras que realizan intervenciones directas para prevenir úlceras por presión en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo- Perú. Marzo – Abril, 2016.

INTERVENCIONES DIRECTAS	SI		NO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Valoración de riesgo	23	100	0	0	23	100
Registro del riesgo	15	65	8	35	23	100
Nutrición e hidratación	22	96	1	4	23	100
Cuidados de la piel	6	26	17	74	23	100

Fuente: Lista de chequeo para el cumplimiento de los cuidados en la prevención de las úlceras por presión aplicado al cuerpo enfermero del Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo- Perú. Marzo- Abril – 2016.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 2 se muestra que la mayoría de las enfermeras realizan intervenciones directas para prevenir las UPP, así tenemos que el 100% de ellas emplean alguna escala para la valoración del riesgo de UPP. El 65% de las enfermeras hacen uso del registro de riesgo. En relación a la Nutrición e Hidratación, el 96% de las enfermeras valora el grado de hidratación del paciente a través de piel y mucosas. Para los cuidados de la piel tenemos, el 74% de las enfermeras no lo aplican y el 26% si lo realizan.

Tabla 3

Enfermeras que realizan intervenciones indirectas para prevenir úlceras por presión en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo. Marzo – Abril, 2016.

INTERVENCIONES INDIRECTAS – MANEJO DE LA PRESIÓN	n	%
Si	6	26
No	17	74
Total	23	100

Fuente: Lista de chequeo para el cumplimiento de los cuidados en la prevención de las úlceras por presión aplicado al cuerpo enfermero del Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo- Perú. Marzo- Abril – 2016

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 4 se presentan los resultados respecto a las intervenciones indirectas, donde el 70% de enfermeras mantiene al paciente en posición alineada fisiológica, por otro lado se evidencian un alto porcentaje de intervenciones que no las cumplen.

Tabla 4

Identificar el tipo de registro de enfermería que evidencian las intervenciones para prevenir úlceras por presión en pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes, en marzo – abril del 2016.

TIPO DE REGISTRO	n	%
Nota de enfermería	4	17
Kardex	0	0
Otro	19	83
TOTAL	23	100

Fuente: Lista de registro de intervenciones de enfermería del cuerpo enfermero del Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo- Perú. Marzo- Abril – 2016

INTERPRETACIÓN:

Solo el 17% de enfermeras utiliza el registro denominado nota de enfermería, mientras que el 83% de ellas utilizan otro tipo de registro de intervenciones entre ellas resalta la hoja de valoración, por otro lado ninguna de las enfermeras hacen uso del Kardex.

4.2. Discusión de resultados

El servicio de Medicina Interna es una unidad donde el paciente atendido es en su mayoría polipatológico y con alto riesgo de agudización de su estado de salud, lo que genera que su estancia sea prolongada, y en consecuencia aumente el riesgo de complicaciones, entre ellas las úlceras por presión; de allí que el profesional de enfermería deba brindar cuidados especializados para procurar el bienestar del paciente.

La presente investigación se desarrolló con una muestra de 23 enfermeras para determinar las intervenciones que realizan con el fin de prevenir úlceras por presión en pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente Las Mercedes.

Así tenemos que en relación a la identificación del riesgo que tiene un paciente para sufrir una UPP en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes durante los meses de marzo-abril de 2016: La valoración con la escala de Norton (tabla N°1) arrojó como resultado que un 56% de pacientes tenían riesgo muy alto y el 44% riesgo evidente; esto se explica en gran parte ya que los pacientes en estudio tenían en su mayoría una edad mayor de 60 años con grado de dependencia III y pluripatológico, es decir se trata del manejo de un paciente complejo, de tal forma estas características hacen que el nivel de riesgo por UPP aumente como lo menciona la National Pressure Ulcer Advisory Panel, donde refiere que estas lesiones de la piel y/o tejido subyacente, por lo general en una prominencia ósea, producto de la presión y/o una presión combinada con fricción resultan además por la existencia de otros factores, asociados.⁵¹

Estos resultados no coinciden con lo encontrado en otros estudios como el de Zúñiga C.²³ que reporta solo un 18.54% de los sujetos que participaron tenían riesgo muy alto y el 67.55% riesgo alto de padecer UPP en el Hospital Arzobispo Loayza en una población de 151 pacientes con déficit de movimiento y la alteración de conciencia, alteración en el control de esfínteres y alteración de la

nutrición, que son características que influyen en la aparición de UPP y además son algunas de las tipologías que posee la población del Servicio de Medicina Interna del HRDLM en estudio. También Ascarruz C. que reporta solo un 20% de pacientes con alto riesgo de UPP en el servicio de neurología del Hospital Rebagliati, sin embargo estos estudios emplearon la Escala de Braden para identificar el riesgo de UPP.

Siendo las UPP consideradas un problema a nivel mundial, que causan fuerte impacto social y económico, comprometiendo la calidad de vida de la población, aumentando las tasas de morbi-mortalidad y los costes hospitalarios, como se han descrito que son una de las complicaciones más costosas y debilitantes físicamente en el siglo 20, además de ser consideradas el tercer trastorno más caro después del cáncer y las enfermedades cardiovasculares, sin embargo es una situación evitable ⁴¹. Esta importante característica señala a la enfermera como la principal responsable del cuidado preventivo, acción que debe ir acompañando cada intervención que esta realice, ya que la prevención es uno de los pilares básicos para enfermería.

Como lo señala Swason en su teoría, dentro del proceso de cuidado el hacer por significa anticiparse, proteger las necesidades del otro, desempeñarse en forma hábil y competente y proteger de daños, de tal forma que preserve la dignidad de la persona cuidada; es aquí donde la enfermera en forma hábil y competente realiza la valoración del riesgo de UPP, anticipándose a los daños, mediante la aplicación de intervenciones directas e indirectas; ya que estas resultan menos costosas y más eficaces que el tratamiento, encaminadas a aplicar todas las medidas preventivas necesarias, basadas en la evidencia y con los recursos disponibles.

Así se muestran en la tabla N° 02 (anexo 8) sobre las intervenciones directas para prevenir UPP, el 100% de enfermeras realizan la valoración del riesgo para la

aparición de UPP. Esta valoración se efectúa a todos los pacientes de reciente ingreso al servicio, mediante la aplicación de la escala Norton que es la única

utilizada en el servicio; este es un instrumento que posibilita valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar UPP; su objetivo se centra en la detección del citado riesgo para establecer un plan de cuidados preventivos. Se trata de una escala ordinal que incluye cinco aspectos: valoración del estado físico general, del estado mental, de la actividad, de la movilidad, y de la incontinencia. Cada uno de los aspectos se valora en cuatro categorías con una puntuación que va desde 1 a 4, siendo "1" el que corresponde a un mayor deterioro y "4" el que corresponde a un menor deterioro. La puntuación que se puede obtener oscila entre "5" (máximo riesgo) y "20" (mínimo riesgo). Se considera que una puntuación por debajo de "14" supone una situación de riesgo. La clasificación de riesgo según la escala sería: índice de 5 a 11, muy alto riesgo, índice de 12 a 14, riesgo evidente, índice > 14, riesgo mínimo/no riesgo³¹.

Esta valoración que lleva consigo la identificación de los pacientes con riesgo para desarrollar UPP, muestran que un 87% de enfermeras realizan esta actividad al ingreso del paciente; lo que hace notar esta inicial valoración una intervención temprana, siendo esencial para las personas con riesgo de presentarlas, ya que desde allí se reduce la incidencia de las úlceras y el cuidado será preventivo⁴⁸. Resulta ser paradójico, que si bien es cierto se hace la valoración del riesgo; solamente el 44% de ellas realizan el registro respectivo en la historia clínica, tal como se aprecia en esta misma tabla, lo que causa consternación, porque los registros de enfermería son un componente primordial, ya que contienen datos significativos del paciente relacionados con su salud y enfermedad, observaciones, consideraciones, diagnósticos de enfermería, que son relevantes en situaciones médico-legales, frente a las cuales es indispensable su realización que, idealmente, debe ser legible y oportuno⁴⁹. Esta omisión es un problema también de otros escenarios como en la investigación de Hernández y Cañón⁴², la cual afirma que es por esta falencia en el registro, que la determinación de la

incidencia y la prevalencia es difícil, lo que impide la generalización de los datos disponibles.

Dentro del último indicador en relación a los cuidados de la piel Tabla N°2 (anexo 9) el 74% de enfermeras no cumplen con estas intervenciones en promedio. Como lo corrobora Cova A. García¹ quien refiere que un 67% de enfermeras no realizan acciones para la prevención de UPP, El 74% de las enfermeras examina el estado de la piel por turno. Según Kozier, B y Col (2009) examinar es un

proceso que implica la utilización de diferentes métodos que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse, diferenciar entre signos e inferencias. De tal manera que la examinación de la humedad en zonas de riesgo en la piel, enrojecimiento en las prominencias óseas, y el estado de hidratación, permite abarcar la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones que debe ser de carácter constante. Así también un 70% cumple en evitar masajes en la piel que cubre superficies óseas, esta acción es importante porque no efectuar masajes sobre las prominencias óseas, previenen ocasionar daños adicionales y no previenen la aparición de lesiones.

Así también un 70% cumple en evitar masajes en la piel que cubre superficies óseas, esta acción es importante porque no efectuar masajes sobre las prominencias óseas, previenen ocasionar daños adicionales y no previenen la aparición de lesiones^{31,34 y35}.

El 56 % de las enfermeras evita la fricción originada por la fijación de sondas y catéteres, el resultado de esta es una acción favorable porque reduce el riesgo de lesión puesto que la fricción es la tercera fuerza mecánica que se produce cuando dos superficies se frotan mutuamente, lo cual suele ocasionar la eliminación de capas superficiales de la piel, estos daños son el resultado de maniobras de elevación incorrecta, por ello todo agente que elimine este contacto reduce el riesgo de desarrollarlas. Otra de las intervenciones de enfermería es

que un 74% mantienen la ropa de cama: limpia, seca y sin arrugas , como podemos apreciar la realización este cuidado influye mucho en la reducción de la aparición de las UPP porque él no realizarlas ,estas fuerzas contribuyen a ablandar los tejidos⁴⁸.

Sin embargo se dejan de lado otras intervenciones como: el cambio de pañal que se cumple en un 39%, esto hace referencia según guías de práctica clínica ,un alto riesgo de su aparición , porque la piel mojada es frágil y más susceptible a lesiones de fricción y desgarramiento ,especialmente cuando no se realiza paulatinamente la limpieza , por lo cual es más susceptible a irritarse y a las

erupciones e infecciosas⁴⁸; por otro lado hacer la cama con pliegue para los dedos de los pies las enfermeras lo realizan en un 4% esta intervención tiene un grado de evidencia bajo por lo que no es muy relevante su cumplimiento.

Así mismo, en cuanto a proteger la piel con medios de barrera se evidencia solo un 4%, esta intervención no realizada, aumenta el riesgo porque el uso de barreras protectoras permite crear un plano de aislamiento entre la superficie y el área del paciente, o entre área y área, amortiguando los mecanismos de afección; sumando a estos hallazgos en cuanto a la aplicación de cremas humectantes solo un 9%, esta intervención fueron realizadas por las enfermeras lo que conllevan a un factor de riesgo para el desarrollo de UPP, ya que la hidratación adecuada de la capa cornea protege de lesiones mecánicas de la piel, mientras la deshidratación de la piel deriva en una menor flexibilidad; pero si la piel está gravemente seca puede degenerar fisuras y grietas; debido a ello se debe aplicar crema hidratante en zonas secas de la piel, prestando atención a no frotar ni masajear las zonas de prominencias óseas, puesto que el mantenimiento de las condiciones del entorno, como la humedad relativa y la temperatura, minimiza la incidencia de la piel seca⁵¹.

Otra intervención de enfermería es el cambio postural cada 2 ó 3 horas, solo se cumple un 13 %, resultado que llama mucho la atención debido que los cambios posturales, son elementos importantes de los cuidados ,porque reducen la presión y permiten la perfusión adecuada de los tejidos, de tal manera que minimiza el riesgo⁴⁸.Deducimos entonces que no existe protocolización de los cuidados, desde allí podríamos afirmar que las enfermeras del servicio de Medicina Interna establecen prioridad para el tratamiento motivo de hospitalización del paciente dejando de lado la prevención de las UPP, sin embargo, sus cuidados no se ajustan a los estándares proporcionados por entidades a nivel internacional menos están basados en la evidencia científica actual ⁴². Este hecho es preocupante, teniendo en cuenta que esta información es de fácil acceso pues existen esfuerzos a nivel mundial para unificar criterios y garantizar una práctica segura para el paciente y el personal de salud ⁴⁵. Se considera que la enfermera

es un agente activo en el proceso de atención al paciente y sus necesidades, y debe aprovechar el conocimiento actualizado para la prevención de las UPP.

Con respecto a la tabla N°03 presenta las intervenciones indirectas, donde muestra que el 74% de enfermeras no las realizan en promedio, haciendo hincapié (anexo 10) muestran que las enfermeras que mantienen al paciente en posición alineada fisiológica representan el 70%, acción que es de beneficio para el propio usuario porque esta práctica generan perfusión normal de los tejidos⁴⁸,sin embargo se dejan de lado otras intervenciones como: el uso de Superficies especiales de manejo de presión (SEMP)un 22%, lo que amerita una evaluación del por qué no se realiza pues es probable que no se cuente con insumos y/o material , o falta de capacitación constante para poner en práctica esta y otras intervenciones que son dejadas de lado por el profesional de salud.

Existen un conjunto de intervenciones que son denominadas iatrogénicas ⁴⁷ y que han sido consideradas en el estudio, ocurre que en estas intervenciones existe un componente histórico tradicional en su práctica, “siempre se ha hecho así”, que

entraña una notable dificultad para su erradicación. Pero dada su naturaleza favorecen la formación de UPP. Así tenemos que en las Tablas N° 02 y 03 podemos evidenciar que estas prácticas de naturaleza iatrogénica aún son practicadas por las enfermeras del servicio de Medicina Interna, por ejemplo: No utilizar rodetes ni flotadores como superficie de asiento, se cumple sólo en un 30%, lo que significa que el 70% si lo hace. No elevar el cabecero de la cama más de 30°, practicada sólo por el 44%, No masajear las prominencias óseas practicada por el 70% de enfermeras, pero un 30% si lo realiza; No arrastrar a la persona sobre la cama al recolocar lo cumplen el 48%. Como podemos deducir hay personal de enfermería que si realiza estas prácticas impacto de los cuidados del personal de enfermería o personal técnico que realiza acciones a favor de la prevención.

En ese sentido es necesaria la actualización del personal para que se pueda optimizar el cuidado brindado y se unifiquen las acciones que se tomarían en pro

de la prevención de las UPP. Además de hacer partícipe al familiar en la prevención pues solo el 17% se dedica a la educación al familiar y paciente, lo que podría explicar el alto riesgo de desarrollar UPP en el servicio. Pues educando al familiar se tiene un gran aliado para el cuidado, cuando este es educado, como lo sustenta Swason en una de sus dimensiones, capacitar implica informar y explicar, donde en cuidador que es capacitado usa su conocimiento para la mejora del autocuidado, esta meta permite asegurar el bienestar de larga duración al grado más completo posible²⁹.

Los resultados finales (Tabla N° 4) sobre identificación del tipo de registro de las intervenciones de enfermería para la prevención de UPP ponen en evidencia que solamente en 17% de ellas emplea notas de enfermería, ninguna hace uso de Kardex, sin embargo el 83% utiliza otro tipo de registro (formato de valoración según patrón de necesidades). Estos resultados son preocupantes puesto que no evidencian las acciones en beneficio del paciente, el registro de las actividades de

enfermería es un instrumento de comunicación entre los miembros el equipo de salud, que debe describir el estado del paciente y reflejar todo el espectro del proceso de enfermería. Por tanto es información que debe estar detallado en todos los registros de actividades de enfermería.⁵⁰

Así se constatan en el estudio realizado por Farfán G. donde se describió las características de los registros de Enfermería estableciéndose que en relación al cumplimiento de las características mínimas ético legales y de calidad, continúan presentado falencias en su estructura lo cual afecta significativamente la continuidad del cuidado a los pacientes y la comunicación en el equipo de salud. Llamó la atención la existencia de indicadores de cumplimiento de registro contenidos en protocolos de Enfermería, que relacionan el adecuado cumplimiento de los registros con el porcentaje de glosas que la institución recibe, relacionadas con el inadecuado cumplimiento del registro, lo que demuestra que se ha venido perdiendo el sentido del registro como evidencia del cuidado y herramienta para construcción de conocimiento en profesión.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

En relación a la población de estudio podemos concluir que:

1. Las UPP son un problema de salud inminente en el servicio de Medicina Interna del HRDLM pues el riesgo de padecerlas es un 100% (56% de pacientes tenían riesgo muy alto y el 44% riesgo evidente) de acuerdo a la valoración de riesgo realizada a través de la escala Norton.
2. Las intervenciones directas para prevenir úlceras por presión, más del 50% de las enfermeras realizan dichas acciones, siendo los cuidados de la piel realizados con menor frecuencia (26%), predisponen a los pacientes a sufrir de UPP.
3. Las intervenciones indirectas en su mayoría (74%) son las que no se realizan, ninguna de ellas realizan ejercicios de movilización pasiva y el 83% no educan a la familia para que realice cambios de posición siendo esta dimensión (capacitar) según Swason importante para facilitar la continuidad de los cuidados desde el hospital a casa.
4. Respecto al tipo de registro que utiliza la enfermera para prevenir UPP solo el 17% de ellas realiza notas de enfermería y ninguna hacen uso de KARDEX; mientras que el 83% emplea el formato de valoración por necesidades.

6.2. Recomendaciones

Al personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del HRDLM:

1. Implementar el uso correcto de una escala de valoración para prevenir el riesgo UPP en sus intervenciones diarias.
2. Establecer cronogramas de capacitación del personal de Enfermería para brindar cuidados óptimos para la prevención de UPP además de procurar su estandarización a través de protocolos de actuación.
3. Involucrar al familiar y paciente de manera activa en la prevención de úlceras por presión sumado a ello preparar al familiar a través de capacitación para su intervención de manera eficaz
4. Fomentar la utilización de todos los tipos de registro de enfermería para brindar un cuidado continuo, seguro y de calidad.

Referencias Bibliográficas:

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevención de Úlceras por presión. Guía de Referencia rápida. 2009. Disponible en: <http://www.epuap.org/>
2. Cova, A. Garcia, C. Sanchez, Y. Cuidados de enfermería en la prevención de las úlceras por presión a los pacientes hospitalizados en la uci, del centro de especialidades Anzoátegui de Barcelona estado Anzoátegui, en el primer semestre del 2010.
3. Campos K., Castellanos A. Riesgo a padecer úlceras por presión en pacientes del servicio de medicina, Hospital Ruiz Y Paez, Julio-Septiembre 2009.
4. Zabala J. Prevención de las úlceras por presión como derecho universal. Revista Enfermería 2013; 36 (2): 33.
5. Ulceras.net, Úlceras por presión: epidemiología 2015. Disponible en: <http://www.ulceras.net/monograficos/86/96/ulceras-por-presion-epidemiologia.html>
6. Mancini Bautista P, Oyanguren Rubio R. Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados, Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo. 2014.

7. Carpio Delgado L, Pesantes Huamán J, Nivel de conocimiento en seguridad del paciente en las enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Rev. Tzhoecoen VOL. 5, Chiclayo. 2012.
8. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study Vanderwee K. MA, Clark M., Dealey C., Gunningberg L. and Defloor T. Pressure ulcers: Epidemiology published online: 12 DEC 2006. Available in:
9. European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevención de Úlceras por presión. Guía de Referencia rápida. 2009. Disponible en: <http://www.epuap.org/>
10. Franco Parras.D, Costos de las estrategias para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión en pacientes adultos institucionalizados. Revisión de la literatura, Bogotá D.C., 2013.
11. Campos .K, Castellanos Rodríguez .A, Riesgo a padecer úlceras por presión en pacientes del servicio de medicina, Hospital Ruiz Y Paez, Bolívar 2010.
12. Flores I, De la Cruz S, Ortega, Hernández S, Cabrera M. Prevalencia de úlceras por presión en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2010; 18(1-2): 13 -17.

13. Brunet Rogenski N; Kurcgant P, Incidencia de las úlceras por presión tras la implementación de un protocolo de prevención. Edición vol.20 no.2 San Pablo, Brasil. 2012.
14. Bautista Montaña .I, Bocanegra Vargas .L, Prevalencia y factores asociados de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna, neurología y cuidados intensivos de una institución prestadora de salud de III nivel. Bogotá. 2009.
15. Valero Cárdenas H, Parra D, Rey Gómez R, Camargo Figuera F, Prevalencia de úlcera por presión en una institución de salud, Colombia 2011.
16. Restrepo Medrano J, Liliana Escobar C, Cadavid, Andrea Muñoz V, Lina M, Propuesta de atención al paciente con úlceras por presión (UPP) a través del proceso de atención de enfermería (PAE), MEDICINA U.P.B. 2013.
17. Preventing in-facility pressure ulcers as a patient safety strategy: A systematic review. Sullivan N., Schoelles K.M. Annals of Internal Medicine (2013) 158:5 PART 2 (410-416). Date of Publication: 5 Mar 2013.
18. LabianoTurrillas J ,Larrea Leoz B,Vázquez Calatayud M, Juan deaburre Pedro arena B, Irruarizaga A, Morillo Cabezas E, Estudio de prevalencia de úlceras por presión en la Clínica Universidad de Navarra, 2013.

19. Mancini Bautista P, Oyanguren Rubio R. Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados, Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo. 2014.
20. CEPAL. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América latina y el Caribe. Características sociodemográficas y socioeconómicas de la personas de edad en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL; 2009.
21. Carpio Delgado L, Pesantes Huamán J, Nivel de conocimiento en seguridad del paciente en las enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Rev. Tzhoecoen VOL. 5, Chiclayo. 2012.
22. MINSALUD, Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” Colombia 2008. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.
23. Zuñiga Castro C, Espinoza Cáceres N , Fernandez Pacheco M . Nivel de riesgo y casos incidentes de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina de un Hospital Nacional. Universidad Peruana Cayetano Heredia 2015. Acceso en línea: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2566>.
24. Ascarruz Vargas C, Tapia Estrada D, Tito Pacheco E , Vaiz Bonifaz R, Valoración del riesgo de ulcera por presión según la escala de Braden en el paciente neurológico, Lima 2014 Disponible en <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2119>

25. Sánchez Martínez A, Conocimiento y praxis sobre prevención y tratamiento de úlceras por presión en un departamento de salud. Vilanova –Valencia 2013.
26. Bavaresco Taline, Lucena A, Intervenciones de la Clasificación de Enfermería NIC validadas para pacientes en riesgo de Úlcera por Presión, Rev. Latino-Am. Enfermagem, Brasil 2012.
27. Miyazaki M, Caliri M, Santos C. Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre prevención de la úlcera por presión. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov.-dec. 2010 [acceso en: 21.9.15] 18(6):[09 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_22.pdf.
28. Pérez Niño S. Evolución en el Tratamiento de las úlceras por presión. Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería .2014.
29. Marriner Tomey. Modelos y Teorías de Enfermería. Elsevier España: 8ta edición. 2014.
30. Raile Alligood M. Modelos y Teorías en enfermería .Elsevier.8va edición .España 2015.pag 670-679.
31. Hernández E. Evaluación de las guías de práctica clínica españolas sobre úlceras por presión en cuanto a su calidad, grado de evidencia de sus recomendaciones y su aplicación en los medios asistenciales. España 2012.

32. Avilés Martínez M, Sánchez Lorente M. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012.
33. Gonzales J, Rodríguez D, Reyes L, Tapias S. Prevalencia de las úlceras por presión y la aplicación de la escala de Braden en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel en la ciudad de Cartagena durante el año. 2011. Colombia .2011.
34. Montero M. El Concepto de Intervención Social desde una Perspectiva Psicológico Comunitaria. México .2012. Fecha de acceso:14-09-15, disponible en: www.revistas.unam.mx/index.php/mecedupaz/article/download/30702/28480
35. Closkey D, Gloria M, Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).4ta Ed. Mosby. Madrid – España.2012 pág. consultadas (23; 691)
36. Cañón Abuchar H ,Adarve Balcazar M; Castaño Duque A. Prevención de las úlceras por presión en personas adultas hospitalizadas. Guías ACOFAEN. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0028.php>
37. Valoración integral del adulto mayor a partir de escalas de medición. disponible en: <http://edu-fisica.com/Revista-9/Valoracion-adulto.pdf>. Revista EDU-FISICA .Grupo de Investigación Edufisica. Disponible en: <http://www.edu-fisica.com/>. Acceso el 2 de Noviembre de 2015.

38. Morera Niño D. Efectividad de los apósitos hidrocélulares en la prevención de úlceras por presión en paciente con riesgo a desarrollarlas. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad De Enfermería. Bogotá D.C.2010 [Tesis Internet]. Disponible en:
<http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/9788/1/tesis12-7.pdf>.
Acceso el 2 de Noviembre de 2015.
39. Berman A., Snyder Shirlee J., Koziar B., Erb G. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA Conceptos, proceso y prácticas, 8° Edición, Madrid – España, 2009.
40. Marín S, et al. Prácticas seguras para la prevención y reducción de riesgo de úlceras por presión. Es salud. Lima-Peru.2013.
41. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. 5ta edición. Mexico. McGRAW.2010.
42. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión a Nivel Intrahospitalario, México: Secretaría de Salud; 2009. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
43. Universidad Nacional Autónoma De México. Principios Éticos Para La Investigación En La Eneo. Mayo2013. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/novedades/ENEOUNAMprincipioseticosinvestigacion.pdf>.
44. El Informe Belmont. Principios Y Guías Éticos Para La Protección De Los Sujetos Humanos De Investigación Comisión Nacional Para La Protección De Los Sujetos Humanos De Investigación Biomédica Y Del Comportamiento U.S.A. Abril 18 De 1979.

45. A. Tzuc-Guardia, E. Vega-Morales, L. Collí-Novelo. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico Enfermería Universitaria, Volume 12, Issue 4, Pages 204-211 <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.10.004>
46. Stein EA, dos Santos, José Luís Guedes, Pestana AL, Guerra ST, Prochnow AG, Erdmann AL. Nurses' actions in care management for the prevention of pressure ulcers in intensive care .unit/ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva. Acciones de los enfermeros en la gerencia del cuidado para la prevención de úlceras por presión en una unidad de terapia intensiva. Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online 2012 Jul;4(3):2605-2612.
47. Alves AGP, Borges JWP, Brito MdA. Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa/Assessment of risk for pressure ulcers in intensive care units: an integrative review/Evaluación del riesgo para las úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos: una revisión integradora. Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online 2014 Apr;6(2):793-804.
48. Renata Virginia González-Consuegra, Julián Daniel Hernández-Martínez, Gustavo David Matiz-Vera, Lizeth Xiomara Guzmán-Carrillo. Plan de atención integral de enfermería para el cuidado de personas con úlceras por presión. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.46595>.

49. Silveira SLP, da Silva G,Roberta Freitas, Moura ECC, Rangel EML, de Sousa, Jairo Edielson,Rodrigues Barbosa. PRESSURE ULCERS ASSESSMENT through the pressure ulcer scale for healing application (push)/avaliação das úlceras por pressão por meio da aplicação da escala pressure ulcer scale for healing (push)/evaluación de las úlceras por presión por medio de la aplicación de la escala pressure ulcer scale for healing (push). Revista de pesquisa, cuidado é fundamental online 2013 apr;5(2):3847-3855.

50. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. 2012.http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf

51. National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de La Rioja. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja; 2009.

52. Registered Nurses Association of OntarioNursing best practice Guidelines,Progragama .Guía de buenas prácticas en enfermería, valoración del riesgo y prevención de las ulceras por presión,2011. http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/D0025_UlcerasPresion_spp_01052015.pdf

53. Revista biomédica revisada por pares. Importancia de los registros de enfermería:chile,2004://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Mayo2004/2793ht.

54. Sierra M.Guzmán, Métodos Generales. Universidad Autónoma de Hidalgo.
Enero - Junio 2012

ANEXOS



Anexo N° 1

UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – ESCUELA DE ENFERMERÍA

LISTA DE CHEQUEO “CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS EN EL PACIENTE CON LESIONES POR PRESIÓN”



ION”

Código:

Peso:

Talla:

IMC

		Día 1				Día 02				Día 03				Día 04				Día 05			
		Riesgo:																Riesgo:			
A	VALORACIÓN	M	T	N	Obs	M	T	N	Obs	M	T	N	Obs	M	T	N	Obs	M	T	N	Obs
1	Emplea alguna escala para la valoración del riesgo de úlceras por presión.																				
B	REGISTRO																				
2	Identifica a los pacientes con bajo, medio o alto riesgo para desarrollar UPP																				
3	Registra en la historia clínica de la persona la valoración del riesgo realizado																				
C	CUIDADOS DE LA PIEL																				
4	Inspecciona áreas de riesgo como:																				

	posición cada 2 a 3 horas																			
24	Educa al familiar para que realice cambios de posición al menos 1 vez cada 2 a 3 horas.																			
E	NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN																			
25	Valora en grado de hidratación del paciente a través de piel y mucosas.																			

Leyenda	
Intervención que realiza	✓
Intervención que no realiza	x



Anexo N° 2



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – ESCUELA DE ENFERMERÍA
FICHA DE REGISTRO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Código:

REGISTRO	Día 1	Observaciones	Día 2	Observaciones	Día 3	Observaciones	Día 4	Observaciones	Día 5	Observaciones
NOTAS DE ENFERMERÍA										
KARDEX										
OTROS										

Observaciones Adición:

Anexo N° 3

ESCALA DE NORTON

ESTADO FISICO	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	SCORE
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO	INMOVIL	ENCAMADO	DOBLE	1

Valoración: Igual o inferior a 14 puntos = paciente de riesgo

Anexo N° 4

MATRIZ DE COHERENCIA METODOLOGICA		
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para prevenir úlceras por presión en pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes, enero del 2016?	
OBJETO DE ESTUDIO	Intervenciones de Enfermería para la prevención de úlceras por presión	
OBJETIVO GENERAL	Determinar las intervenciones de enfermería para prevenir úlceras por presión en pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes, en enero del 2016.	
OBJETIVO ESPECIFICO 2	OBJETIVO ESPECIFICO 3	OBJETIVO ESPECIFICO 4
Identificar las intervenciones directas que utiliza la enfermera para prevenir úlceras por presión en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes en los meses de enero-	Identificar las intervenciones indirectas que utiliza la enfermera para prevenir úlceras por presión en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las	Identificar el tipo de registro de enfermería que evidencian las intervenciones para prevenir úlceras por presión en pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes, en marzo – abril del 2016.

febrero de 2016	Mercedes en los meses de enero-febrero de 2016	
HIPOTESIS	En la presente investigación se ha decidido no plantear hipótesis por motivo de ser una investigación de tipo descriptivo transversal.	
DISEÑO /TRAYECTORIA DE INVESTIGACION	TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS	INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS
Descriptivo simple	Técnica de observación Técnica Análisis Documental	Lista de chequeo Matriz de Análisis Documental

ANEXO N° 5

VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS EN LA INVESTIGACION CUANTITATIVA		
INSTRUMENTO	Guía de observación y Guía de análisis documental	
VAERIBLE	Intervenciones de Enfermería para prevenir de úlceras por presión	
DIMENSIONES	INDICADORES	ENUNCIADO
Intervenciones directas	Valoración del Riesgo	<p>Emplea alguna escala para la valoración del riesgo de úlceras por presión.</p> <p>Identifica a los pacientes con bajo, medio o alto riesgo para desarrollar UPP.</p>
	Registro del Riesgo	<p>Registra en la historia clínica de la persona la valoración del riesgo realizado</p> <p>Registro de las intervenciones a favor de la prevención</p>
	Cuidados de la Piel	<p>Inspecciona áreas de riesgo como: sacro, tuberosidades isquiáticas, maléolos, calcáneo, región occipital para detectar edema, eritema, induración.</p>

	<p>Cuidados de la Piel</p>	<p>Realiza masajes a la piel sin signos de hiperemia o isquemia</p> <p>Examina el estado de la piel por turno (integridad y coloración)</p> <p>Moviliza a la persona evitando la fricción y el cizallamiento 1 vez por turno.</p> <p>Evita masajes en la piel que cubre superficies óseas.</p> <p>Evita la fricción originada por la fijación de sondas y catéteres.</p> <p>Realiza cambio de pañal.</p> <p>Hace la cama con pliegue para los dedos de los pies.</p> <p>Mantiene la ropa de cama: limpia, seca y sin arrugas.</p> <p>Realiza cambio de apósitos, o gasas de drenajes para evitar la humedad que predispone al desarrollo de úlceras por presión.</p> <p>Seca con cuidado la piel con presencia de sudor.</p> <p>Protege la piel de las zonas de riesgo identificadas con medios de</p>
--	----------------------------	--

	Nutrición e Hidratación	<p>barrera: películas de poliuretano, parches, cavilon, tintura de tintura de benjuí, tegader.</p> <p>Mantiene la piel limpia y seca</p> <p>Aplica cremas humectantes si la piel está seca.</p> <p>Realiza cambios posturales cada 2 ó 3 horas.</p> <p>Valora el grado de hidratación del paciente a través de piel y mucosas.</p> <p>Utiliza cojines y/o cuñas de espuma para eliminar la presión sobre los trocánteres, tobillos y talones</p> <p>En pacientes con movilidad comprometida realiza ejercicios de movilización pasiva de las articulaciones.</p> <p>Mantiene al paciente en posición alineada fisiológica</p> <p>El ángulo de inclinación de la cama no es mayor a 30° en posición decúbito lateral para evitar presión en los trocánteres.</p>
--	-------------------------	---

	Manejo de la presión	<p>No usa flotadores ni cojines en forma de dona.</p> <p>Educa al paciente para que realice cambio de posición cada 2 ó 3 horas.</p> <p>Educa al familiar para que realice cambio de posición cada 15 minutos o al menos 1 vez cada hora.</p>
--	----------------------	---



Anexo N°6



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado (a) con DNI _____

Declaro haber sido informado de manera clara, precisa y oportuna de los fines que busca la presente investigación titulada Intervenciones de enfermería para prevenir úlceras por presión en pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes. Marzo - Abril, 2016, que tiene como objetivo principal Determinar las intervenciones de enfermería más frecuentes para prevenir úlceras por presión en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del HRDLM , asumiendo que la información solo será tratada por las investigadoras y su asesora, quienes garantizan que mi privacidad será custodiada.

Los datos obtenidos de mi participación serán fielmente copiados por las investigadoras, además procesadas en secreto y estricta confidencia respetando mi intimidad.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo la libertad de retirar mi participación en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere algún perjuicio.

Por último declaro que después de las aclaraciones convenientemente realizadas consiento participar de la presente investigación

Chiclayo.....de..... del 2015

USUARIO (A) PARTICIPANTE

Firma de las investigadoras

Anexo N°7

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD KUDER–RICHARDSON (KR–20) PARA ITEMS CON ALTERNATIVAS DICOTÓMICAS

Lista de chequeo “Cumplimiento de los cuidados en la prevención de las úlceras por presión”

	ITEMS																										
SUJETO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	TOTALES	
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	18	
TRC	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	42	
P	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.25	0.25	0.5	0.5	0.25	0.25	0.5	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.2	
Q	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.75	0.75	0.5	0.5	0.75	0.75	0.5	0.75	0.75	0.75	0.75	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.8	
P*Q	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.19	0.19	0.25	0.25	0.19	0.19	0.25	0.19	0.19	0.19	0.19	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.16	
S(P*Q)	5.66																										
VT	123.67																										
KR-20	0.996																										

INTERPRETACIÓN: Considerando el instrumento de recolección de datos de tipo dicotómico con respuesta M y T (1) – M ó T (0), se determinó el análisis de confiabilidad mediante el coeficiente Kuder–Richardson (KR–20), obteniendo una confiabilidad de 0.996.

Considerándose así como un instrumento con EXCELENTE CONFIABILIDAD.

ANEXO 8

Tabla 2

Enfermeras que realizan intervenciones directas para prevenir úlceras por presión en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo- Perú. Marzo – Abril, 2016.

INDICADORES	INTERVENCIONES	CUMPLIMIENTO				TOTAL	
		SI		NO		n	%
		n	%	n	%	n	%
VALORACIÓN DE RIESGO	Emplea una escala para valorar el riesgo	23	100	0	0	23	100
REGISTRO DEL RIESGO	Identifica a los pacientes con riesgo para desarrollar UPP	20	87	3	13	23	100
	Registra en la historia clínica la valoración del riesgo realizado	10	44	13	56	23	100
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	Valora el grado de hidratación del paciente	22	96	1	4	23	100

Fuente: Lista de chequeo para el cumplimiento de los cuidados en la prevención de las úlceras por presión aplicado al cuerpo enfermero del Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo- Perú. Marzo- Abril – 2016.

ANEXO 9

Tabla 3. Enfermeras que realizan intervenciones directas para prevenir úlceras por presión en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo- Perú. Marzo – Abril, 2016.

INDICADORES	INTERVENCIONES	CUMPLIMIENTO				TOTAL	
		SI		NO		n	%
		n	%	n	%	n	%
	Inspección a áreas de riesgo	10	44	13	56	23	100
	Realiza masajes a la piel sin signos de hiperemia o isquemia	1	4	22	96	23	100
	Examina el estado de la piel por turno	17	74	6	26	23	100
	Moviliza a la persona evitando la fricción	11	48	12	52	23	100
	Evita masajes en la piel que cubre superficies óseas	16	70	7	30	23	100
	Evita la fricción originada por la fijación de sondas y catéteres.	13	56	10	44	23	100
CUIDADOS DE LA PIEL	Realiza cambio de pañal.	9	39	14	61	23	100
	Hace la cama con pliegue para los dedos de los pies.	1	4	22	96	23	100
	Mantiene la ropa de cama: limpia, seca y sin arrugas	17	74	6	26	23	100
	Seca con cuidado la piel con presencia de sudor	1	4	22	96	23	100
	Protege la piel de las zonas de riesgo identificadas con medios de barrera	1	4	22	96	23	100
	Mantiene la piel limpia y seca	17	74	6	26	23	100
	Aplica cremas humectantes si la piel está seca	2	9	21	91	23	100
	Realiza cambios posturales cada 2 ó 3 horas	3	13	20	87	23	100

Fuente: Lista de chequeo para el cumplimiento de los cuidados en la prevención de las úlceras por presión aplicado al cuerpo enfermero del Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo- Perú. Marzo- Abril – 2016.

ANEXO 10

Tabla 3

Enfermeras que realizan intervenciones indirectas para prevenir úlceras por presión en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo. Marzo – Abril, 2016.

INDICADORES	INTERVENCIONES	CUMPLIMIENTO				TOTAL	
		SI		NO		n	%
		n	%	n	%	n	%
MANEJO DE LA PRESIÓN	Utiliza cojines y/o cuñas de espuma para eliminar la presión sobre los trocánteres, tobillos y talones	5	22	18	78	23	100
	En pacientes con movilidad comprometida realiza ejercicios de movilización pasiva de las articulaciones	0	0	23	100	23	100
	Mantiene al paciente en posición alineada fisiológica	16	70	7	30	23	100
	El ángulo de inclinación de la cama no es mayor a 30°	10	44	13	56	23	100
	No usa flotadores ni cojines en forma de dona	7	30	16	70	23	100
	Educa al paciente para que realice cambio de posición cada 2 a 3 horas	4	17	19	83	23	100
	Educa al familiar para que realice cambio de posición cada 2 a 3 horas	4	17	19	83	23	100

Fuente: Lista de chequeo para el cumplimiento de los cuidados en la prevención de las úlceras por presión aplicado al cuerpo enfermero del Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo- Perú. Marzo- Abril – 2016