

FCM



ESCUELA DE ENFERMERÍA
CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
SEDE: FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TESINA

Tema: “DETECCIÓN PRECOZ DE ÚLCERAS POR
PRESIÓN”

AUTORES:

Choquellampa, Ana

Pinilla, Ximena

Ubeda, Betina

Mendoza, Febrero de 2018

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

Acta de aprobación

Tribunal examinador:

Presidente:

Vocal 1:

Vocal 2:

Integrantes del equipo tutorial:

Profesor/a:

Profesor/a:

Profesor/a:

Trabajo aprobado el día:/...../.....

Resumen

Tema: "Detección Precoz de Ulceras Por Presión"

Autores: Choquellampa Ana- Úbeda Betina-Pinilla Ximena

Lugar: Servicio de Clínica Médica Y Cirugía del Pabellón 8 B del Hospital Español. Mendoza, año 2017

Introducción: Las UPP constituyen uno de los problemas más comunes en la práctica diaria de enfermería, siendo nuestra responsabilidad tanto su prevención como su tratamiento. La estadística, sin confirmar, es de 8 pacientes en 30 días que presentan UPP en sus diferentes estadios. El costo del tratamiento varía según la intervención que se realice al paciente, ya sea desde tratamientos propios de enfermería hasta desbridamientos o una intervención quirúrgica como una escarectomía. Cuando el paciente es socio del hospital es obligación de la misma institución asumir todos los gastos producidos durante el periodo de internación del paciente, en cambio cuando el paciente depende de una obra social estas asumen el gasto. La presencia de UUP se asocia a una estancia hospitalaria prolongada, un incremento de los costos y un aumento de la carga de trabajo de enfermería.

Objetivo: Utilizar esta investigación como un instrumento para los profesionales en donde se logre unificar criterios, aumentar la calidad de los cuidados de enfermería, mejorando la atención y a la vez disminuir los costos de internación convenientes tanto para el hospital como para el paciente y su entorno familiar.

Métodos: es un estudio con diseño de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal

Resultados: Del total de la población en estudio, 29 enfermeros; se determinó que el (100%) conoce algunos de los factores de riesgo relacionados con la aparición de UPP, el (83%) identifica UPP grado I, el (76%) identifica UPP grado II, el (90%) identifica UPP grado III, el personal relacionado con la prevención y cuidados en pacientes con UPP es de (79%), el (59%) refiere que no hay protocolos de prevención y tratamiento de UPP, el (62%) del personal refiere falta de apoyo y motivación por parte de las autoridades del servicio para la actualización de conocimientos sobre UPP. Del total de encuestados, respecto al nivel de formación, existe un (34%) de nivel de grado, un (66%) de nivel profesional.

Conclusiones: La mayoría del personal de enfermería identifica algunos de los distintos factores de riesgo en la aparición de UPP, y además se encuentran relacionados con la prevención y cuidados en pacientes con UPP; a la vez manifiestan que deberían tener más capacitación, además de la presencia de protocolos o reglamentos que optimicen la calidad de atención al paciente.

Recomendaciones: Incentivar al personal enfermero a participar de programas de capacitación y actualización sobre úlceras por presión.

Palabra clave: rol de enfermería-conocimientos y cuidados-capacitación

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a mis padres, por ser mi apoyo incondicional en esta nueva etapa de aprendizaje, al igual que mis hermanos, ya que gracias a ellos nunca me he dado por vencida a pesar de las dificultades. Agradezco a mis seres queridos por estar presentes en todos mis logros y participando en cada uno de ellos.

Ana

Agradezco a mis compañeras, esposo, a mis hijos y a mis padres por todo su apoyo en esta etapa de mi vida, sin ellos no hubiese podido lograr mis metas...

Ximena

Agradezco a mis padres que siempre me apoyaron en mis estudios y me enseñaron que el estudio es la única herramienta que nadie puede sacarte y es fruto del propio esfuerzo. Agradezco a mi esposo por su apoyo incondicional y cariño que es mi energía de cada día. Agradezco a mis hermanos y amigos que siempre han estado presentes en toda mi etapa de estudiante alentándome a seguir adelante.

Betina

PRÓLOGO

Las UPP es una problemática evitable en un 95% de los casos, puede ocasionar situaciones graves en el paciente como la disminución de la calidad de vida, pérdida de su autonomía, independencia y autoestima que se relaciona directamente con la prolongación de la estancia hospitalaria, y en los profesionales de la salud, sobrecarga de trabajo para Enfermería, aumento del gasto sanitario, ser un indicativo negativo de la calidad asistencial, demandas judiciales por baja calidad asistencial entre otros.

Este proyecto pretende ser un instrumento de ayuda para los profesionales de la salud, de forma que puedan unificar criterios tanto en la prevención como en el tratamiento de las UPP, favoreciendo la continuidad de los cuidados en los distintos niveles asistenciales, aumentar la calidad de los cuidados enfermeros, mejorar la atención prestada al paciente y a su entorno familiar y finalmente colaborar con la institución en su administración de recursos materiales y humanos.

INDICE GENERAL

Advertencia.....	pág. II
Acta de aprobación.....	pág. III
Resumen.....	pág. IV
Agradecimientos.....	pág. VI
Prólogo.....	pág. VII

CAPÍTULO I

Introducción.....	pág. 2
Descripción del problema.....	pág. 3
Formulación del problema.....	pág. 5
Objetivos generales y específicos.....	pág. 6
Justificación.....	pág. 7

Marco teórico

Apartado I: Definiciones.....	pág. 8
Apartado II: Clasificación.....	pág. 14
Apartado III: Procedimientos Diagnósticos, prevención y acciones de Enfermería.....	pág. 20

CAPÍTULO II

Diseño metodológico.....	pág. 32
--------------------------	---------

CAPÍTULO III

Análisis y presentación de datos.....	pág. 36
Bibliografía.....	pág. 57
Anexos.....	pág. 58

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla y gráfico N°I.....	pág. 36
Tabla y gráfico N°II.....	pág. 37
Tabla y gráfico N°III.....	pág. 38
Tabla y gráfico N°IV.....	pág. 39
Tabla y gráfico N°V.....	pág. 40
Tabla y gráfico N°VI.....	pág. 41
Tabla y gráfico N°VII.....	pág. 42
Tabla y gráfico N°VIII.....	pág. 43
Tabla y gráfico N°IX.....	pág. 44
Tabla y gráfico N°X.....	pág. 45
Tabla y gráfico N°XI.....	pág. 46
Tabla y gráfico N°XII.....	pág. 47
Tabla y gráfico N°XIII.....	pág. 48
Tabla y gráfico N°XIV.....	pág. 49
Tabla y gráfico N°XV.....	pág. 50
Tabla y gráfico N°XVI.....	pág. 51
Tabla y gráfico N°XVII.....	pág. 52

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Como integrantes del sistema de salud somos conscientes que las Úlceras por presión (UPP), son uno de los desafíos más comunes en la práctica diaria de Enfermería, convirtiéndose en su entera responsabilidad tanto la prevención y detección precoz como su tratamiento. Por lo que también se considera importante que se conozca el entorno del paciente incluyendo su cuidador principal, proporcionarle los conocimientos necesarios para evitar la aparición de las úlceras.

Los autores de la presente investigación debido a su experiencia en el servicio de Clínica médica y Cirugía han observado en el periodo de los últimos dos años el número de pacientes, en su mayoría adultos mayores, que son internados padeciendo UPP (úlceras por presión) en diferentes estadios (I, II, III, IV), o durante su estadía en el hospital comienzan a padecerlas en periodos de internaciones prolongadas.

En este estudio se reflejarán que factores influyen en la detección temprana de upp y si los enfermeros tomados en la muestra están totalmente capacitados para dicha acción.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El presente proyecto de investigación, surge a raíz de la incidencia de UPP (úlceras por presión) en pacientes hospitalizados en el servicio de Clínica Médica del Hospital Español de Mendoza, los cuales en su mayoría son adultos mayores entre 70 y 90 años de edad. Durante su internación se puede valorar la aparición de úlceras y es en ésta instancia donde el profesional de salud se puede plantear en donde está fallando nuestro sistema sanitario, ya que las UPP son un problema de salud pública que abarca diversos ejes y que ocurre dentro de una institución de alta complejidad, con gran prestigio a nivel provincial y que cuenta con disponibilidad de recursos materiales.

Sabemos que las UPP son el resultado de un conjunto de interacciones entre innumerables factores de riesgo, y es ahí donde surge el rol de enfermería, debido a que el 95% de las mismas son evitables y por ello es prioritaria la prevención.

Pero para poder realizar una prevención de forma eficiente y eficaz evitando el desarrollo o evolución de las mismas, se debe preguntar, ¿cuál es la falla?, ¿dónde está el problema?, ¿Se realizan las medidas de prevención en dicho nosocomio?

A través de observaciones realizadas y experiencias vividas en la institución se podría decir que son aplicadas algunas de las medidas de prevención más importantes como la rotación del paciente, no dejar arrugas en las sábanas, evitar humedad en los pliegues de la piel, etc. Pero a pesar de estas actividades, continua la formación de upp.

Después de un largo tiempo de investigación surge el siguiente interrogante: ¿Cómo proceder en la prevención de las UPP?

Como mencionamos anteriormente las UPP se desarrollan mediante la interacción de innumerables factores de riesgos tantos dependientes como independientes de enfermería y es en este punto donde debemos comenzar en la investigación.

Se cree que identificando dichos factores de riesgos y la importancia de los mismos, se podría disminuir la incidencia del desarrollo de UPP.

La presencia de UPP tiene importantes repercusiones tanto a nivel personal y social de los pacientes que las padecen, como socioeconómicas, convirtiéndose así en un problema de salud pública; en primer lugar se considera como problema personal porque se encuentra vulnerada la calidad de vida de los pacientes afectados y de su entorno familiar, ya que comienzan una secuencia de situaciones a las que debe ser sometido el paciente, como por ejemplo la curación de las lesiones, administración de antibióticos, prolongación de la estancia hospitalaria, factores que al articularse entre sí generan una influencia negativa para el paciente y todo su entorno familiar.

La incidencia de UPP es uno de los indicadores de calidad de vida más representativo de los cuidados que presta enfermería. Si a esto le sumamos el elevado costo económico y asistencial que estas alcanzan una vez que se desarrollan, nos planteamos que el papel de la enfermería no sólo se encuentra durante la labor asistencial sino que está en nuestras manos poder crear y usar todas las herramientas disponibles para una mejor prevención, tratamiento y cuidados de las UPP.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Enfermería, realiza la detección precoz de los factores de riesgo que conducen al desarrollo de Úlceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados en Hospital Español de Mendoza, durante el periodo de los meses de Marzo a Octubre del año 2017?

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

- ✓ Objetivo General:
 - ◆ Determinar si los enfermeros/as realizan la detección precoz de los factores de riesgo que conducen al desarrollo de las UPP en pacientes hospitalizados.

- ✓ Objetivos Específicos
 - ◆ Identificar los principales factores predisponentes en el desarrollo de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados.
 - ◆ Evaluar el perfil de los pacientes hospitalizados que han presentado úlceras por presión dentro del servicio de clínica médica.
 - ◆ Conocer las UPP de mayor prevalencia según ubicación anatómica del paciente
 - ◆ Determinar la calidad de los cuidados que prestan los enfermeros/as de acuerdo a protocolos o reglamentos ya establecidos.

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo surge con el propósito de asociar la importancia que tiene el desarrollo de las úlceras por presión (UPP) con la calidad de vida de los pacientes que las padecen. Esto se apoya en las principales tareas de la enfermería, prevención, tratamiento y educación a través del conocimiento de los factores de riesgo.

Generalmente la inmovilidad se considera el factor de riesgo principal para el desarrollo de las UPP, seguido de la edad avanzada, patología de base, peso, etc. Como primera instancia tenemos la detección temprana del desarrollo de las UPP, debido a la rapidez con la que se generan las lesiones en la piel, lo cual conlleva al desarrollo de infecciones, complicando aún más su problema de salud: prolongando la estadía hospitalaria e incrementando los costos de la hospitalización (días-camas, hora enfermera, insumos, etc.) Para obtener una prevención y tratamiento eficaz se debe insistir en que el personal de enfermería tome todas las medidas profilácticas en forma correcta para evitar el desarrollo y avance de las lesiones, siguiendo los mismos criterios y conocimientos. Hoy en día se ha evidenciado, la preocupación por este tema, especialmente porque se conoce que la mayoría de las UPP que presentan los pacientes son evitables si son tratadas siempre en igual forma. La identificación de los factores de riesgo dependientes e independientes de enfermería relacionados a UPP es de utilidad debido a que permitirá contar con información precisa para la gestión de protocolos o planes de atención específicos para la prevención de UPP.

Por esta razón la prevención de las UPP se convierte en un tema de interés para los profesionales de salud, en donde buscamos que se siga un trabajo de forma ordenada y unificada, ya que conociendo la realidad propia, se podrá enfocar mejor los planes de cuidados, de acuerdo a la población y sus necesidades.

MARCO TEÓRICO

APARTADO I

DEFINICIONES

Con el objetivo del estudio de las úlceras por presión y de la responsabilidad del personal de enfermería en su atención podemos valorarlo desde diferentes aristas, si hablamos en términos bibliográficos, se puede remontar a conceptos básicos los cuales se han estudiado a través de la carrera de Enfermería y son la base del profesional.

Sabemos que la piel es el órgano más grande del cuerpo humano y desempeña un papel importante en la protección del organismo, es una barrera que impide el paso de algunos elementos extraños como microorganismos o sustancias nocivas. Está compuesta por tres capas llamadas:

- Epidermis
- Dermis
- Hipodermis.

Cuando existe una lesión en alguna de sus partes (como por ejemplo en una úlcera por decúbito) se puede permitir el paso de estos elementos perjudiciales para la integridad de la misma y del resto del organismo.

La úlcera por presión se define como una lesión de la piel, en donde pueden estar afectadas una, dos o las tres capas que la conforman de acuerdo a la gravedad de la lesión, producida secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulación y hueso.

La principal causa de su formación es como consecuencia de una presión continuada de la piel y sus tejidos subyacentes entre dos planos duros, por un lado tenemos el plano duro esquelético y prominencias óseas fisiológicas o deformantes del paciente y el otro plano duro generalmente externos a él, representado por la cama, silla, calzado u otros objetos. Esta presión desencadena una isquemia local que 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 un eritema cutáneo que si no desaparece la presión se continua con trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración del tejido, independientemente de la posición en la que se encuentre el paciente.

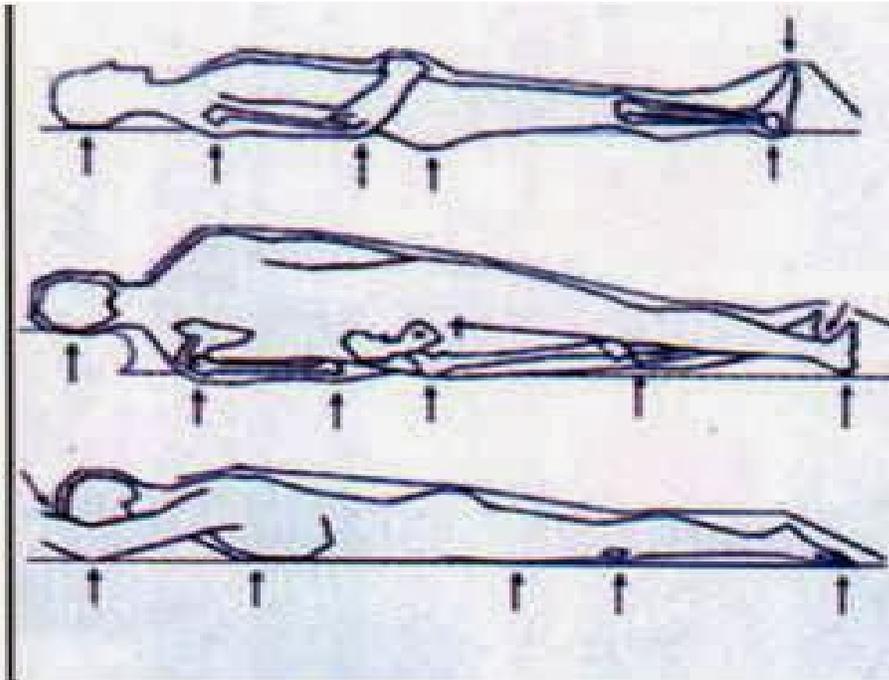


FIGURA 1. PUNTOS DE PRESIÓN MÁS COMUNES

Existen también otras causas como la fricción, la cual es una fuerza paralela a la piel. Por ejemplo se produce fricción en la movilización del paciente hacia arriba de la cama con la sábanas.

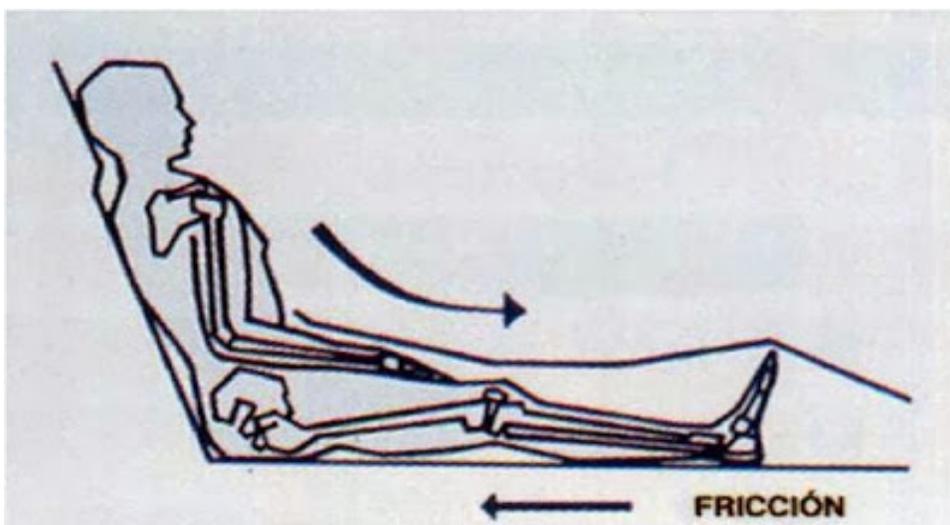


FIGURA 2. FRICCIÓN EN CONTACTO CON SÁBANAS

El cizallamiento es una combinación de dos fuerzas, presión y fricción. Normalmente se produce con un paciente en posición Fowler o Semi Fowler ya que el cuerpo tiende a deslizarse hacia abajo, hacia los pies de la cama.

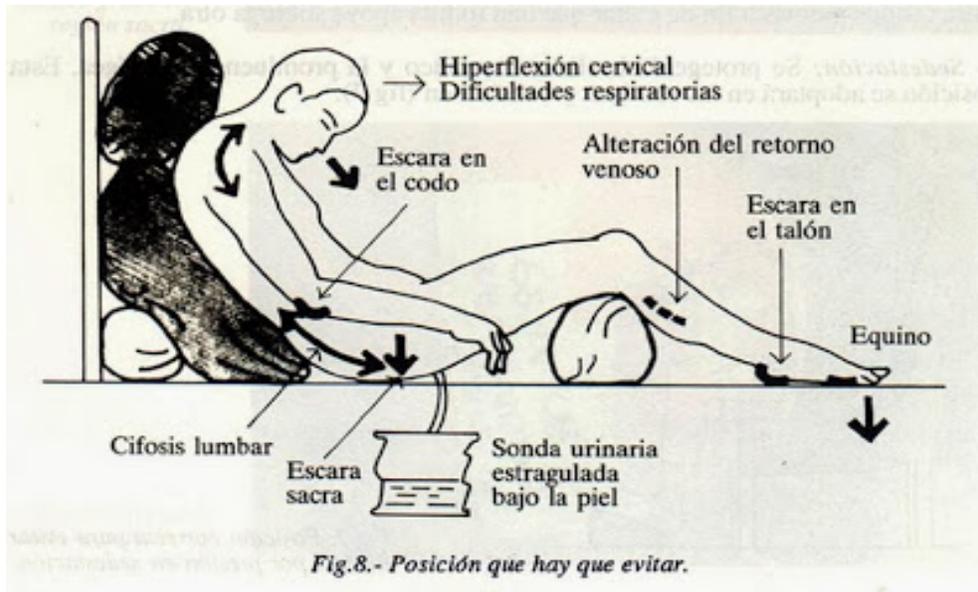


FIGURA 3. DEBE EVITARSE PERIODOS LARGOS EN ESTA POSICIÓN

Conociendo ya las causas que provocan su formación es de gran importancia que el/la enfermero/a sepan estar alertas ante ciertos cuidados, nunca olvidarse de la valoración holística del paciente y su entorno.

Ahora bien, si podemos hablar desde un punto social para el estudio de las upp y la responsabilidad de enfermería incorporamos los valores humanos del personal de salud y cuidadores y en donde se puede observar la dedicación que brindan a los cuidados que deben tener como objetivo principal evitar la formación de upp o su posible evolución.

Podemos decir que los cuidados de enfermería son condicionados por diferentes factores:

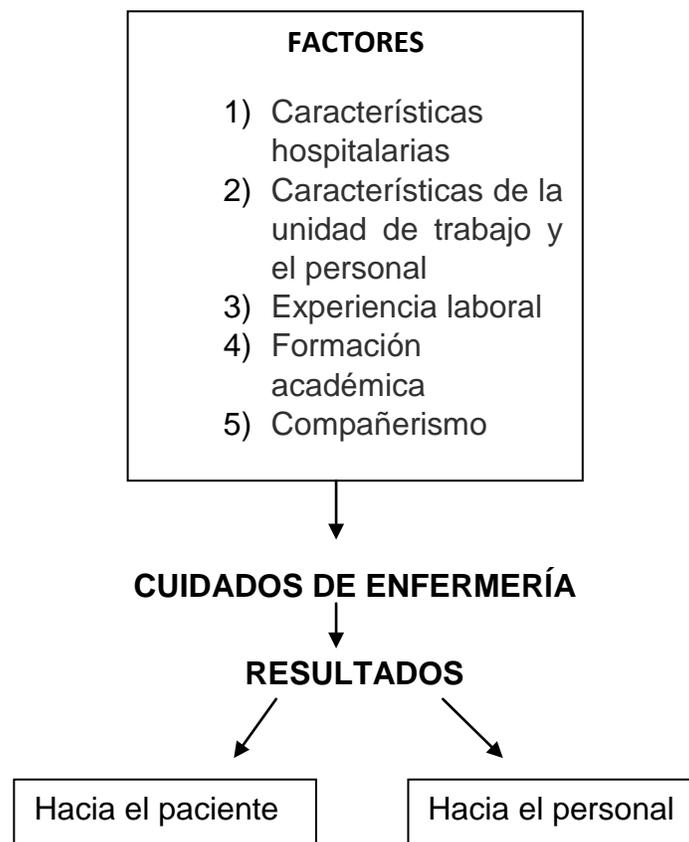
Estos factores que nombramos anteriormente son considerados en una forma más general como los recursos y la comunicación presentes en el servicio de enfermería. En un escenario ideal para la atención de los pacientes se debe contar con recursos materiales necesarios para los tratamientos indicados como medicamentos y suministros, funcionamiento de los equipos utilizados,

infraestructura adecuada, lugar de trabajo cómodo, recurso humano capacitado y especializado en la atención de pacientes con upp, dotación de personal disponible para la demanda de pacientes hospitalizados, con responsabilidad para cumplir con las acciones dependientes e independientes de enfermería y fundamentalmente compañerismo entre el personal, y buena transferencia de información entre los miembros, con los pacientes y la enseñanza a los cuidadores.

Cuando estos aspectos no están disponibles o no apoyan la continuidad de la atención se constituyen en los principales factores de riesgo relacionados con el cuidado del paciente.

De acuerdo a la disponibilidad de estos factores y a través de los cuidados de enfermería se obtienen diferentes resultados que se verán reflejados en la condición del paciente, por ejemplo, el no movilizar a un paciente puede generar como resultado la presencia de úlceras por presión, la ausencia de enseñanza al paciente o su cuidador puede dar lugar a complicaciones y reingresos, en el progreso o retroceso de su lesión, en su grado de satisfacción y en el ambiente laboral.

En resumen podemos graficarlo de la siguiente manera:



CUADRO N°1. Elaborado en base a resultados del presente estudio.

Existe un término que se utiliza para referirse a los cuidados de enfermería que no llegan al objetivo óptimo o ideal, se lo conoce como “cuidado de enfermería perdido”, éste se refiere a cualquier aspecto de la atención que requiera el paciente que se omite o retrasa significativamente (Lic. Valles, 2015). Como ejemplo de un cuidado perdido de enfermería enfocado en nuestro estudio puede ser, el no movilizar a un paciente puede generar como resultado la presencia de úlceras por presión.

El proceso de cuidado se puede dividir en:

- Intervenciones de necesidades individuales

Son aquellas que se realizan al valorar las necesidades del paciente con la finalidad de identificar y priorizar la atención de enfermería; en las cuales se valora la efectividad de los medicamentos, el apoyo emocional al paciente y/o de la familia.

- Planificación del alta y educación del paciente

Se emplean para desarrollar un plan acorde a las necesidades y requerimientos del paciente necesario al alta. Dentro de esta intervención se derivan los elementos de cuidado como enseñanza al paciente sobre los procedimientos y educación al paciente acerca de los planes para su cuidado.

- Intervenciones de cuidado básico

Son incluidos los cuidados de la vida diaria, en los cuales el paciente durante la hospitalización necesita de apoyo para llevarlos a cabo.

- Cuidados con evaluaciones continuas.

Se analizan los resultados de los cuidados realizados para realizar modificaciones en el plan de atención, esto con la finalidad de cubrir las necesidades de atención que requiere el paciente; por lo que es de suma importancia la valoración de los cuidados de enfermería.

Al existir omisiones en el cuidado de acuerdo a las demandas del paciente se pueden generar resultados negativos en el paciente y paralelamente en su entorno.

APARTADO II

CLASIFICACIÓN

Las úlceras por presión suponen un problema de salud que afecta a todos los niveles asistenciales con especial relevancia en el servicio de clínica médica donde a través de este estudio se encontraron niveles altos de prevalencia.

Se clasifican las upp en estadios según las estructuras afectadas de los tejidos. Según que bibliografía se consulte, encontramos diferentes clasificaciones, que pueden ir de 2 a 6 estadios. En este trabajo de investigación emplearemos la de 4 estadios como recomienda el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) de España.

CATEGORIA I

-Eritema no blanqueante

En este estadio la piel se encuentra intacta con eritema no blanqueante de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea.

Características:

- Decoloración de la piel
- Calor
- Edemas
- Endurecimientos o dolor

Las pieles oscuras pueden no presentar una palidez visible.

Otras características: El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La Categoría / Estadio I puede ser difícil de detectar en personas con tonos oscuros de piel. Puede indicar personas "en riesgo" de desarrollar una úlcera por presión.

Ver (FIGURA 1)

CATEGORIA II

-Úlcera de espesor parcial

Se comienza con una pérdida de espesor parcial de la dermis

Características:

- Úlcera abierta poco profunda
- Parte de la herida entre rosado y rojizo, sin esfácelos

También puede presentarse como una ampolla intacta o abierta/rota llena de suero o de suero sanguinolento.

Otras características: Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfácenos o hematomas*. Esta categoría / estadio no debería emplearse para describir desgarros de la piel, quemaduras provocadas por el esparadrapo, dermatitis asociada a la incontinencia, la maceración o la excoiación. *El hematoma sugiere lesión de tejidos profundos.

Ver (FIGURA 2)

CATEGORIA III

-Pérdida total del grosor de la piel

En este estadio nos encontramos con una pérdida completa del grosor del tejido.

Características:

-Grasa subcutánea visible en ciertos casos, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos

-Pueden aparecer esfácenos

-Cavitaciones y tunelizaciones (no siempre)

Otras características: La profundidad de las úlceras por presión de categoría/estadio III varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y las úlceras de categoría/estadio III pueden ser poco profundas. Por el contrario, las zonas con adiposidad significativa pueden desarrollar úlceras por presión de categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.

Ver (FIGURA 3)

CATEGORIA IV

Existe pérdida total del espesor de los tejidos.

Características:

-Hueso, tendón o músculo expuestos

-Pueden aparecer esfácenos o escaras

- Cavitaciones y tunelizaciones (siempre)

Otras características: La profundidad de la úlcera por presión de categoría/estadio IV varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y estas úlceras pueden ser poco profundas.

Las úlceras de categoría/estadio IV pueden extenderse al músculo y/o a las estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo provocar la aparición de una osteomielitis u osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.

Ver (FIGURA 4)

Dentro de este último estadio se puede desglosar una clasificación secundaria en donde se caracterizan el nivel de profundidad de la lesión, estos son los casos más graves con los que nos podemos encontrar.

- ✓ No estadible: profundidad desconocida

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

- ✓ No estadible: sospecha de lesión de tejidos profundos – Profundidad desconocida

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

A continuación mostramos una tabla donde se muestran los cambios fisiológicos y las manifestaciones clínicas por las que transita un paciente, desde que comienza la hiperemia reactiva o eritema no blanqueante (estadio I) como reacción de defensa fisiológica natural hasta la muerte tisular.

En la clasificación que se utiliza, se puede notar que son 5 los niveles que se consideran, en donde el último ya se considera como un estadio irreversible.

ESTADIAJE	CAMBIOS FISIOPATOLOGICOS	LO QUE SE VE O SE SIENTE
Hiperemia reactiva	La sangre vuelve a fluir a los tejidos tras retirar la presión	Enrojecimiento que desaparece cuando se retira la presión
Hiperemia que no palidece	Se interrumpe la microcirculación capilar	Enrojecimiento que permanece y no blanquea al presionar con los dedos
Edema	Los capilares se rompen y dañan los vasos linfáticos	Hinchazón
Necrosis	Muerte celular con destrucción tisular	Decoloración
Úlcera visible	Continúa la muerte celular con destrucción tisular	Herida blanca y esponjosa, apariencia de esfacelo

CUADRO N°2. Úlceras por presión en gerontología, J J Soldevilla. España.

La presión de oclusión capilar es de 20 mmHg²

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

Además de la presión directa, tienen capital influencia en la formación de upp, las fuerzas tangenciales o de cizalla, y la fricción o fuerzas mecánicas paralelas a los tejidos.

Las fuerzas de cizalla se desencadenan cuando el paciente, bien en situación de sedentación o acostado con la cabecera de la cama elevada tiende, por efecto de la gravedad, a desplazarse hacia posiciones más bajas mientras que la piel adherida a la superficie de contacto tiende a sujetarle en las posiciones iniciales. Como resultado tendremos una alteración de la micro circulación en las distintas capas cutáneas, aunque con mayor incidencia sobre el tejido celular subcutáneo, comprometiendo tanto el aporte de oxígeno como de nutrientes a la zona afectada que culminará, si no se corrige, con una necrosis celular. Cuando realizamos cambios posturales sin separar correctamente el cuerpo del enfermo de la superficie de contacto podremos estar potenciando este mecanismo de formación de upp.

La fricción, generalmente ocasionada sobre prominencias óseas y zonas lábiles de la piel, es responsable de la erosión del estrato córneo de la epidermis y, por ende, de la fragilidad de la piel. Estas fuerzas mecánicas son paralelas a los tejidos, frecuentemente de baja intensidad pero que se repiten durante periodos de tiempo prologados, se desencadenan tras actividades de higiene-secado, movilizaciones inadecuadas o lencería especialmente áspera.

APARTADO III

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, PREVENCIÓN Y ACCIONES DE ENFERMERÍA

FACTORES RELACIONADOS CON LA FORMACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las úlceras por presión tienen un origen multicausal; en su formación concurren, con distinto orden de importancia para cada paciente, factores extrínsecos e intrínsecos, siendo su combinación la responsable última de su formación. Véase tabla 1. Todos los factores extrínsecos pueden ser controlados por el cuidador o responsable de los cuidados del paciente. No podemos ser igual de tajantes en la afirmación con aquellos de origen intrínseco.

FACTORES	CONSECUENCIAS
FACTORES EXTRÍNSECOS	
La presión directa, la fricción y la cizalla	Isquemia tisular-Hipoxia-Acidosis-Necrosis
La humedad (incontinencia, exudado de la herida, fluidos de ostomía o sudoración profusa).	El estrato córneo absorbe agua, aumenta de volumen y se reblandece. Rompe la impermeabilidad de la piel y genera una mayor susceptibilidad a traumatismos
Jabones	Afectan al manto hidrolipídico
Soluciones alcohólicas, perfumes	Resecan el estrato córneo y degradan el manto hidrolipídico
Superficies de apoyo	Según la superficie podemos encontrarnos con que potencia, reduce o alivia la presión
Masajes enérgicos	Destrucción capilar
FACTORES INTRÍNSECOS	
La edad	La piel se vuelve más vulnerable
La nutrición	La mala nutrición dificulta la autorregeneración
La medicación	Actúan a distintos niveles: alteración del sistema inmunitario, disminución de la perfusión sanguínea, aumento de fragilidad cutánea...
La percepción sensorial	Eleva el riesgo de presión prolongada
La función cognitiva	Impedirá al paciente cubrir sus necesidades de higiene, alimentación, cambios posturales... o, en su defecto, solicitar ayuda para resolverlos
La movilidad	Eleva el riesgo de presión prolongada
El estado general de salud	Riesgos secundarios a la patología de base

CUADRO N°3. Elaborado en base a resultados del presente estudio.

Escala de Norton

La escala de Norton mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión.

Fue realizada por Doreen Norton en el año 1962. Valora cinco apartados con una escala de gravedad de 1 a 4, cuyos valores son sumados para obtener una puntuación total que estará comprendida entre 5 y 20. Se consideran pacientes de riesgo a aquellos con una valoración baja (a menor puntuación mayor riesgo)

ESCALA DE NORTON MODIFICADA

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

PUNTUACIÓN DE 5 a 9 — RIESGO ALTO.
PUNTUACIÓN DE 10 a 12 — RIESGO MEDIO.
PUNTUACIÓN 13 a 16 — RIESGO BAJO.
PUNTUACIÓN MAYOR de 16 — NO RIESGO

(TABLA N° 1)

Sociedad peruana de medicina preventiva

<http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST254ZI61249&id=61249>

ESCALA DE BRADEN

El único modelo sobre el mecanismo de producción de las UPP que se ha publicado en la literatura internacional es el realizado en 1987 por las Dras. Barbara Braden y Nancy Bergstrom. Aunque dicho modelo identifica diversos factores implicados en el desarrollo de las UPP, hasta el momento, este ha sido el único término empleado para designar tanto aquellas lesiones cuyo mecanismo causal es la presión, como aquellas que responden a etiologías distintas.

PUNTOS	Percepción Sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Fricción/Deslizamiento
1	Completamente limitada	Siempre húmeda	En cama	Inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Muy húmeda	En silla	Muy limitada	Inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasional húmeda	Camina ocasional	Ligeramente limitada	Adecuada	No hay problema
4	Sin limitaciones	Rara vez húmeda	Camina con frecuencia	Sin limitaciones	Excelente	
PUNTAJE						

TABLA N°2

12 o menos: RIESGO ALTO

13-15: RIESGO MEDIO

16 o más: RIESGO BAJO

El tratamiento global de las heridas crónicas se basa principalmente en tres objetivos claves. El primero está encaminado a la atención integral del paciente en base a su **patología de base**, como diabetes, obesidad, etc. El segundo objetivo clave va encaminado a la **causa desencadenante de la lesión** como pueden ser las zonas de presión. El tercer y último objetivo del tratamiento global se trata del **cuidado local de las lesiones**

El tratamiento precoz de las upp acelera la recuperación y disminuye las complicaciones, pero sin duda la mejor terapéutica será la prevención

Debemos considerar que las úlceras por presión representan un importante problema de salud pública de gran repercusión, que entraña numerosos costos y sufrimiento, no solamente en los pacientes afectados, sino también en su entorno familiar.

Por tanto, consideramos como estrategia esencial la transmisión de conocimientos a los cuidadores informales, para que los cuidados prestados por éstos en el domicilio posibiliten la prevención del desarrollo de las UPP y, consecuentemente, una disminución de la prevalencia encontrada.

La preparación de la sesión de educación para la salud está fundamentada en las directrices para la prevención de las UPP, y se organiza en grandes áreas de prevención: alimentación específica, cambios posturales, cuidado de la piel y dispositivos de alivio de la presión.

Pudimos observar que el perfil del paciente que ingresa al pabellón 8B de Clínica médica tiene una edad entre 75 y 100 años, respecto al sexo el 60 %son hombre y el 40% son mujeres; el tiempo de dependencia varía desde 1 a 16 años.

La educación al familiar o cuidador informal se brinda desde la base del estado del paciente y de la observación con respecto a cuánto tiempo está sentado, acostado, con respecto a los cambios posturales, evaluamos si el paciente cambia de posición en la silla, si cambia de posición en la cama de forma independiente. Respecto a qué conocen los cuidadores sobre las UPP, un 50% refiere saber lo que es una UPP, de la misma forma que otro 50% afirma saber cómo prevenir una UPP.

Consideramos conveniente que los familiares o cuidadores de los pacientes conozcan los diferentes estadios de las úlceras por presión, aunque la educación brindada a estos se basa en la prevención, estimamos que su conducta es de prevenir y en caso de que aparezca alguno de los estadios uno o dos podrían actuar para curar esta aparición de UPP y que se produzca una buena evolución

de las mismas. Informándoles que los demás estadios en donde se involucra más tejido serán tratadas y curadas por profesionales de la salud.

Cuidados locales y generales que realiza enfermería

Valoración:

-localización -tamaño-coloración-estadio-piel circundante-signos de infección

Acciones:

.cuidados de la piel, limpieza y curación. Utilizar jabones neutros y evitar el alcohol. Lavado de manos antes y después del contacto con la zona

.reducir al mínimo las presiones directas, utilizar apósitos en la puntos anatómicos de presión. (Ver ANEXOS fig. 8)

.evitar dentro de lo posible fuerzas de fricción y cizallamiento. Colocar en las sabanas lubricantes secos que disminuyan el roce como talco o maicena. Mantener inclinación de 30° como máximo de la cama si es posible para evitar el deslizamiento del cuerpo

.utilización de superficies especiales de manejo de presión (SEMP) estáticas o dinámicas como por ejemplo colchón anti escaras o talonera. (Ver anexos fig.9)

.no hacer masajes en zonas con enrojecimiento (estadio I) ya que producen roturas capilares y por consecuencia evolución de la úlcera.

.enseñanza de la movilidad en cama del paciente si se encuentra consciente o enseñanza al familiar. Cambios posturales cada 2-3hs. Mantener el alineamiento corporal, distribución de peso y equilibrio del paciente.

.

Costos de tratamientos y curación para las UPP

Los costos que conlleva el tratamiento de las UPP varía de acuerdo al estadio de las mismas, ya que para su curación hay que utilizar distintos materiales, los precios de los materiales que se utilizan son

Platsul,crema 30grs.....	\$86
Platsul crema 200grs.....	\$142
Tegaderm 15cm x 20cm.....	\$16
Vendas cambrich 10 cm.....	\$8
Cinta hipoalergénica.....	\$21
Antibiotico crema Mupax.....	\$195
Alginato de calcio 10cm x 10cm...	\$143
Solución fisiológica 100ml.....	\$43
Solución fisiológica 500ml.....	\$31
Clorhexidina acuosa 2%100ml.....	\$32
Gasas 10cm x 10cm.....	\$3,20
Gasas 15cm x 15cm.....	\$5,50
Gasas 20cm x 20cm.....	\$5,60
Apósitos 10cm x 20 cm.....	\$3,90
Apósitos 15cm x 20cm.....	\$9
Guantes estériles, par.....	\$4
Guantes exploratorios x 100 u.....	\$65

Prevención

Puntos clave en su prevención

Valoración del riesgo: La mejor estrategia que podemos elegir contra las upp es la prevención. Algunos autores, Hibbs y Waterlow opinan que el 95% de todas las lesiones por presión es prevenible. Esto supone que para tener éxito en la prevención debemos detectar tempranamente a los pacientes en riesgo y desarrollar las medidas preventivas oportunas para cada uno, por lo que haremos hincapié en la importancia de la valoración del riesgo de desarrollar upp.

Para detectarlo debemos recurrir a la utilización de las Escalas de Valoración del Riesgo para el desarrollo de upp (EVRUPP). Las EVRUPP son instrumentos objetivos que miden el riesgo de un paciente de desarrollar lesiones por presión y facilitan la gestión del material de prevención disponible. A la hora de elegir una escala debemos tener en cuenta que esté validada, cuál es su sensibilidad, especificidad, valor predictivo y variabilidad interobservadores son la escala de Norton, la de Braden y Bergstrom y la EMINA. Una reciente revisión sistemática sobre las EVRUPP concluye que no existe evidencia de que el juicio clínico de las enfermeras, por sí solo, sea capaz de predecir el riesgo de desarrollar upp de todos los pacientes y que la escala de Braden frente a las escalas de Norton y de Waterlow ofrece el mejor balance entre sensibilidad y especificidad y la mejor estimación del riesgo. El riesgo debe ser valorado de forma sistemática: al ingreso tanto en instituciones sanitarias como socio-sanitarias o en los programas de atención domiciliaria, en periodos regulares de tiempo y siempre que aparezcan cambios significativos en el estado de salud del paciente. En el entorno de la atención primaria de salud los cuidadores deben estar familiarizados con los signos de alarma en el desarrollo de las upp. Las puntuaciones obtenidas deben orientar la toma de decisiones y facilitar la optimización de los recursos disponibles. Es pertinente registrar en la historia clínica del paciente la utilización de la EVRUPP, el resultado obtenido, las actividades planificadas y los objetivos alcanzados, lo que permitirá evaluar la efectividad del programa y servirá como salvaguarda legal ante demandas por mala praxis.

La prevención que realiza enfermería en primera instancia debe considerar la identificación de personas con riesgo de desarrollar úlceras por presión, la valoración del paciente a veces puede resultar errónea por:

- 1) Evaluación incorrecta del paciente con riesgo por inmovilización prolongada
- 2) Realizar mala higiene al paciente
- 3) Posicionamiento inadecuado del paciente (paciente mal posicionado, sin los aditamentos necesarios o con cambios de posición sin horario establecido)
- 4) Paciente con inmovilización inadecuada (por cizallamiento o fricción producidos por la inmovilización o por aditamentos adicionales mal situados genere escaras)
- 5) No aplicar sustancias hidratantes o aplicar sustancias inadecuadas durante la higiene del paciente.
- 6) Realización de masajes de forma inadecuada sobre prominencias óseas.
- 7) Falta de valoración permanente de las condiciones de la piel del paciente con alto riesgo de escaras.

Recomendaciones y plan de acción

Según las acciones inseguras y factores contributivos más frecuentes identificados, se recomienda implantar las siguientes acciones, las cuales dependerán de las características particulares de cada institución:

1. **EVALÚE:** Realice una evaluación al ingreso de cada paciente para identificar riesgos de escaras, esta debe tener en cuenta la integralidad de la piel, de la cabeza a los pies y debe combinar el juicio clínico y los instrumentos estandarizados. (puede utilizar la escala de Braden) Esta escala, evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente, de una manera sencilla. Un puntaje menor o igual a 16 implica riesgo de desarrollar úlceras por presión.

2. **CLASIFIQUE:** Según la evaluación el riesgo en que se encuentra cada paciente; riesgo bajo, riesgo moderado o riesgo alto. Esta clasificación la permitirá mantener un control adecuado sobre los pacientes.

3. **IDENTIFIQUE:** Identifique al paciente con este riesgo; puede ser mediante una manilla de color o con un aviso visible en la historia clínica, habitación y en la cama del individuo.

4. APLIQUE MEDIDAS PREVENTIVAS: Teniendo en cuenta esta valoración de riesgo aplique medidas preventivas desde:

- Aporte Nutricional: Tener una valoración por parte de un nutricionista en los casos que sea posible, controlar y registrar la ingesta de alimentos, identificar y corregir carencias nutricionales, estimular la ingesta de líquidos
- Cuidados de la piel: Higiene diaria con agua y jabón neutro realizando un secado minucioso de la piel sin fricción, teniendo especialmente en cuenta los pliegues cutáneos. Observar la integridad de la piel mientras se realiza la higiene, sobre todo las prominencias óseas, puntos de apoyo, zonas expuestas a humedad y presencia de sequedad, excoriaciones, eritemas, maceración, fragilidad, induración, temperatura. Aplicar cremas hidratantes o aceite de almendras procurando su completa absorción. No utilizar ningún tipo de alcoholes No realizar masajes directamente sobre prominencias óseas o zonas Enrojecidas Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad. Control del exceso de humedad. Valorar y tratar los diferentes procesos que pueden originar un exceso de humedad en la piel del paciente: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados de heridas Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas. Cambio de sábanas cada vez que sea necesario.
- Cambios posturales (anexo posicionamiento en supino y sedente) Si el estado del paciente lo permite se realizaran cambios posturales: Cada 2-3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada En periodos de sedestación, se efectuarán movilizaciones horarias. Si el paciente puede realizarlos autónomamente, se le enseñará a hacer cambios posturales o ejercicios isométricos (contracción-relajación de un grupo muscular concreto) cada quince minutos. Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30º) y durante el mínimo tiempo Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones

5. DISPOSITIVOS ADICIONALES: Cuando el paciente es clasificado en riesgo moderado o alto es importante contar con dispositivos adicionales para el manejo de presiones estáticas y dinámicas, como colchonetas y cojines especiales. Identifique de cuales dispone o podría hacerlo la Institución y/o el paciente y como involucrarlos en los cuidados del paciente.

6. REEVALÚE: Por la naturaleza del evento adverso, es imperativa una constante reevaluación de las condiciones del paciente, el seguimiento permanente asegura identificar la evolución del paciente durante su estancia hospitalaria; haga un análisis a los riesgos que usted identifico cuando el paciente ingreso; se han

controlado?, o por el contrario produjeron la escara?Cuál es la condición clínica de las escaras? según la clasificación clínica de escaras si es que las hubiera. (ver anexo)

7. SEÑALE CAMBIOS: Identifique y señale cambios en la evaluación y condición del paciente. Cual ha sido la evolución del paciente frente a la primera evaluación? Verifique si los resultados esperados coinciden con los reales, haga una análisis crítico de los cambios en la condiciones del paciente y comente y registre los cambios de forma oportuna durante la entrega de turno.

8. ELABORE UN PLAN DE REHABILITACIÓN: Elabore un plan que mejore la movilidad y actividad del paciente, que permita controlar la aparición de puntos de presión y deformidades en el paciente. Integre a este plan al equipo de rehabilitación fisioterapeuta y terapeuta ocupacional quienes podrán brindar mayor orientación en el manejo de estos pacientes.

9. EDUQUE: Educación de familiares y responsables directos en el cuidado del paciente, realice planes caseros que permitan a los familiares y cuidadores brindar buenos y adecuados cuidados para prevenir al máximo la aparición de escaras y úlceras de presión cuando el individuo se encuentre fuera del ámbito hospitalario

Cuidados generales

Además de realizar una correcta valoración del riesgo del paciente llevaremos a cabo un control y tratamiento adecuado de los factores predisponentes para la formación de upp. Es necesario desarrollar una especial atención sobre los pacientes crónicos, tanto respecto al seguimiento del cuadro clínico como a los cuidados a realizar, puesto que determinados trastornos entre los que se encuentran los respiratorios, cardiacos, endocrinos y neurológicos, aumentan el riesgo.

El consumo de diversos medicamentos también puede predisponer al paciente a un mayor riesgo de desarrollar upp. Los esteroides inducen una mayor fragilidad cutánea; los simpaticomiméticos y las drogas vasoactivas pueden generar una disminución de la perfusión tisular periférica; los fármacos citotóxicos afectarán al sistema inmunitario; y los sedantes e hipnóticos pueden favorecer el inmovilismo. El consumo de neurolépticos supone dos veces más de riesgo de desarrollar upp en la población anciana.

También debemos asegurar una ingesta adecuada, reconociendo y subsanando los déficits presentes o aportando una dieta equilibrada en calorías, proteínas, minerales y vitaminas acorde a la situación clínica de nuestro paciente. Cuando la nutrición es deficiente se disminuye la capacidad de autorregeneración de la

epidermis, disminuyen las competencias del sistema inmunológico, se reduce la movilidad, aumenta la apatía y la depresión. La desnutrición en las personas mayores puede suponer nueve veces

Que deben tener en cuenta los cuidadores

- Valorar diariamente el estado de la piel; las zonas evaluadas con más atención son: la parte inferior del cuerpo, particularmente los pies y los talones, y las zonas con pliegues cutáneos.
- Hidratar la piel del paciente utilizando cremas adecuadas.
- Cuando verifican la existencia de una zona ruborizada, aplicar cremas
- Efectúan cambios de posición cada hora, realizar estas movilizaciones sin ayuda si se pudiera ,sino pedir ayuda a algún familiar o acompañante
- En cuanto a la dieta diaria de los pacientes respetar horarios y dieta indicada por médico o nutricionista.

CAPÍTULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

- TIPO DE ESTUDIO:
- ✓ Cuantitativo: orienta el estudio de variables susceptibles de medición y análisis estadístico.
- ✓ Transversal: se estudian variables simultáneas en un determinado momento, se hace un corte en el tiempo.
- ✓ Descriptivo: descripción de fenómenos con metodología cuantitativa o cualitativa.
- ÁREA DE ESTUDIO: Servicios de clínica médica y cirugía del hospital español, Godoy cruz Mendoza., en el cual clínica médica cuenta con 18 enfermeros y cirugía con 11 enfermeros en ambos incluidos el jefe de unidad.
- UNIVERSO: Enfermeros que trabajan en servicios de clínica médica y cirugía del hospital español Godoy Cruz, Mendoza.
- POBLACIÓN: 29 enfermeros de los servicios de clínica médica y cirugía del hospital español Mendoza, no se trabaja con muestra ya que la población es reducida.
- UNIDAD DE ANÁLISIS: Cada uno de los enfermeros que trabajan en los servicios de clínica médica y cirugía.
- INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: A través de una encuesta de 10 preguntas de tipo test con varias opciones de respuesta. De ésta manera se pretende valorar con mayor criterio si los enfermeros tienen los conocimientos suficientes para la detección precoz de los factores de riesgos que conllevan a la prevalencia de upp en pacientes hospitalizados.
- ASPECTOS ÉTICOS: El estudio se ha realizado con los datos obtenidos a través de una encuesta de manera anónima del personal de enfermería al que se ha sido informado del motivo de éste estudio. No existe ningún conflicto de intereses y se informa que los datos únicamente serán utilizados en éste trabajo.

Este estudio de tipo cuantitativo con delineamiento descriptivo se compuso por profesionales del equipo de enfermería que actuaban directamente en la asistencia de pacientes adultos mayor con la prevalencia de upp.

Se decidió abordar a todos los enfermeros, ya que existía la viabilidad de recolectar información con el total de sujetos de esa categoría.

VARIABLES EN ESTUDIO

✚ ENFERMEROS (ASPÉCTOS SOCIOLÓGICOS):

- a. SEXO- Femenino/Masculino
- b. EDAD- 21 a 30/ 31 a 40 /41 a 50 / 51 o más.
- c. FORMACIÓN PROFESIONAL- Auxiliar/ Profesional / Universitario.
- d. ANTIGÜEDAD LABORAL- 1 Año o menos / 1 a 5 años/6 a 10 años/ 10 años o más.
- e. ANTIGÜEDAD DE SERVICIO- 1 año o menos/ 1 a 5 años/ 6 a 10 años/ 11 a 15 años/ 16 años o más.
- f. CAPACITACIÓN: A- Hace menos de 5 años / NO

✚ ENFERMEROS (ASPÉCTOS DE CONOCIMIENTO):

1. IDENTIFICAR EL ESTADIO DE GRADO II EN UPP:
 - A. Las lesiones tienen forma de cráter profundo
 - B. Solo se produce afectación de la epidermis
 - C. Se produce solución de continuidad de la piel, vesículas y flictenas
2. IDENTIFICAR EL ESTADIO DE GRADO I EN UPP:
 - A. Solo se produce afectación de la epidermis
 - B. Las lesiones tienen forma de cráter profundo
 - C. Se produce solución de continuidad de la piel, vesículas y flictenas
3. IDENTIFICAR EL ESTADIO DE GRADO III EN UPP:
 - A. Se produce solución de continuidad de la piel, vesículas y flictenas
 - B. Solo se produce afectación de la epidermis
 - C. Las lesiones tienen forma de cráter profundo
4. QUE FACTORES DE RIESGO DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA INFLUYEN EN LA APARICIÓN DE UPP:
 - I. Problemas de inmovilidad del paciente
 - II. Problemas circulatorios del paciente
 - III. Mala nutrición por exceso o por defecto del paciente
 - IV. Incontinencia
 - V. Arrugas de las sábanas de la cama
 - VI. Cantidad de personal por turno
 - VII. Rotación de posiciones
 - VIII. Conocimientos previos sobre upplIII, VI, VII

- A. VIII, I, II
- B. V, VIII, IV
- C. VII, VI, III, I, V

✚ ENFERMEROS (ASPÉCTOS DE LOS CUIDADOS DEL PERSONAL SOBRE EL PACIENTE):

5. ¿APROXIMADAMENTE CON QUE NÚMERO DE PACIENTES QUE PADECEN UPP TRABAJA MENSUALMENTE?:
 - A. 5 a 10
 - B. 11 a 20
 - C. 21 o mas
6. ¿QUÉ NIVEL DE RELACIÓN CONSIDERA ENTRE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LA APARICIÓN PRECOZ DE UPP?
 - A. Muy relacionado
 - B. Poco relacionado
 - C. Sin relación
7. En el servicio ¿CUENTA CON EL MATERIAL ADECUADO PARA LA PREVENCIÓN DE UPP?
 - A. Siempre
 - B. A veces
 - C. Nunca
8. Dentro del servicio ¿EXISTE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE UPP?
 - A. Si
 - B. No
 - C. Nose
9. ¿CONSIDERA QUE EXISTE COMPAÑERISMO ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA?
 - A. Si
 - B. No
10. ¿SE CUENTA CON EL APOYO Y MOTIVACIÓN DE LOS JEFES DE SERVICIO PARA MANTENERSE ACTUALIZADOS EN LOS CONOCIMIENTOS QUE RESPECTAN A UPP?
 - A. Si
 - B. No
11. ¿CONSIDERA QUE EXISTE AUTONOMÍA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA INICIAR ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS EN UPP?
 - A. Si
 - B. No

CAPÍTULO III

RESULTADOS
CONCLUSIONES
DISCUSIÓN
PROPUESTAS

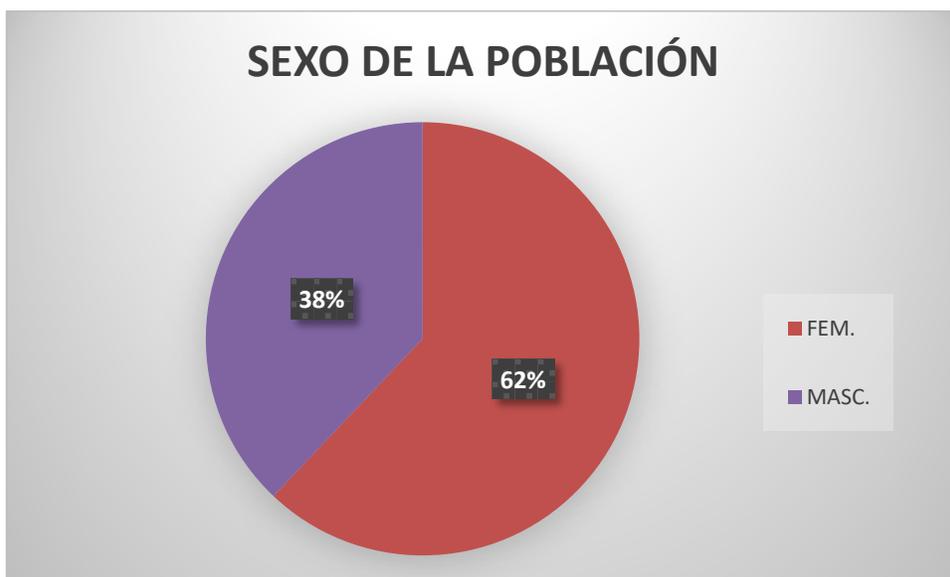
TABLAS Y GRÁFICOS

✚ Tablas y gráficos pertenecientes a encuestas realizadas a enfermeros:

- TABLA N° I: Esta tabla representa el sexo del personal de enfermería del servicio de clínica médica y cirugía del hospital español.

SEXO	FRECUENCIA ABSOLUTA
FEMENINO	18
MÁSCULINO	11
TOTAL	29

GRAFICÓ N° I



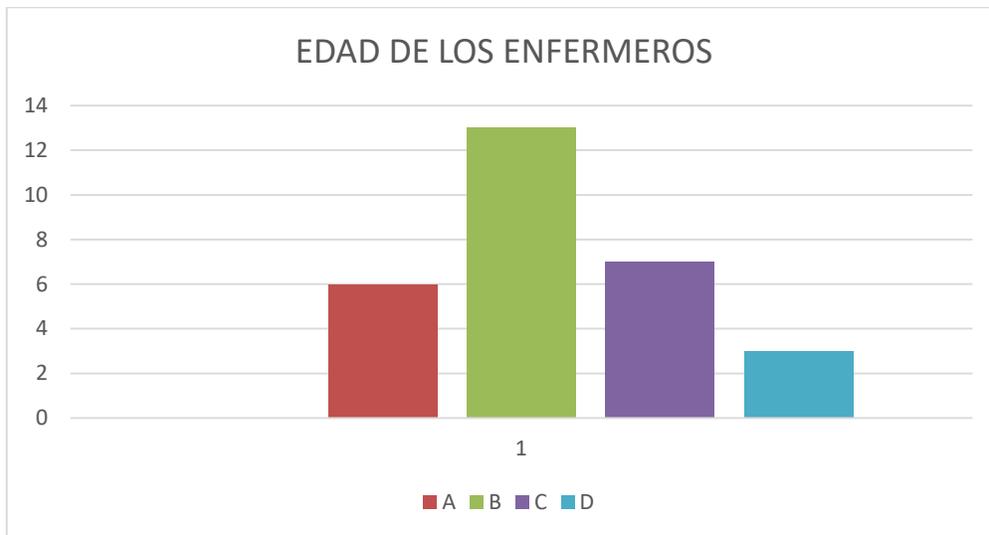
FUENTE: Los datos obtenidos son recabados por medio de encuestas con preguntas cerradas realizadas al personal de enfermería.

A partir de esta gráfica se llega a la conclusión que la gran mayoría del personal encuestado es de sexo femenino, es decir el 62% , esto implica que existen más posibilidades de necesitar 2 enfermeros para movilizar a un paciente, ya que la gran mayoría de los pacientes son dependientes del mismo personal por las distintas patologías que presentan.

- TABLA N° II: Esta tabla representa la edad del personal de enfermería del servicio de clínica médica y cirugía del hospital español.

EDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA
A (21 a 30)	6
B (31 a 40)	13
C (41 a 50)	7
D (51 o mas)	3
TOTAL	29

GRÁFICO N° II



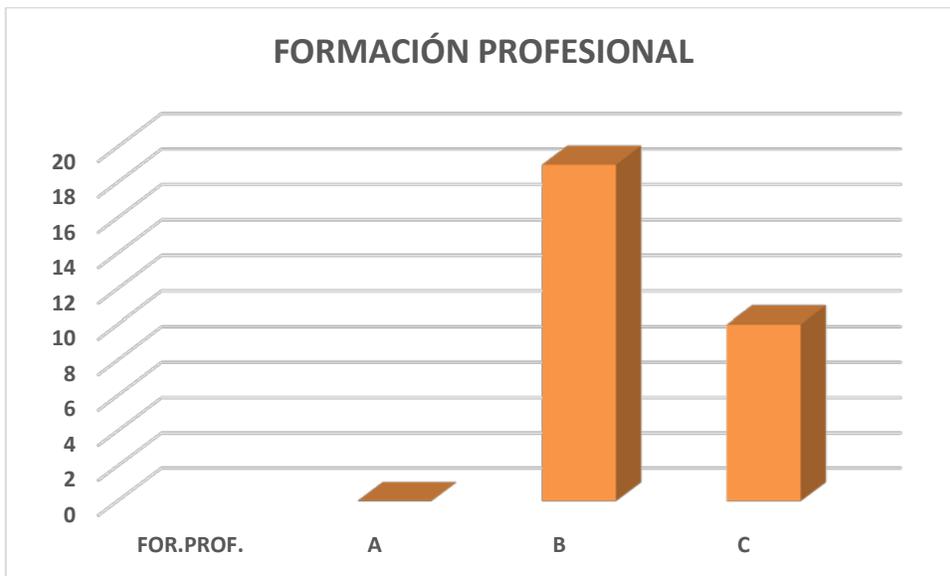
FUENTE: Los datos obtenidos son de elaboración propia recabados por medio de encuestas con preguntas cerradas realizadas al personal de enfermería.

Este gráfico permite visualizar que el servicio de clínica médica y cirugía cuenta con la gran mayoría de su personal, con la edad promedio que van de los 31 a 40 años, lo cual permite evaluar sus conocimientos y conocer sus experiencias en relación a la prevalencia de UPP y estimular a las actualizaciones de los protocolos de prevención.

- TABLA N° III: Esta tabla representa la formación profesional del personal de enfermería del servicio de clínica médica y cirugía del hospital español.

FORMACIÓN PROFESIONAL	FRECUENCIA ABSOLUTA
A (AUXILIAR)	0
B (PROFESIONAL)	19
C (UNIVERSITARIO)	10

GRÁFICO N° III



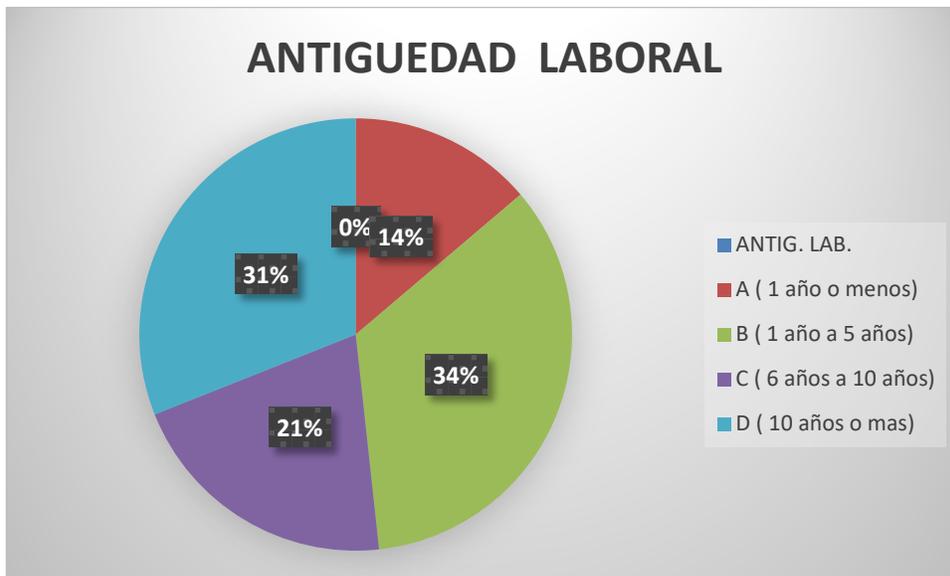
FUENTE: Los datos obtenidos son de elaboración propia recabados por medio de encuestas con preguntas cerradas realizadas al personal de enfermería.

Este gráfico permite apreciar que el mayor porcentaje del personal de enfermería cuenta con una formación de enfermeros profesionales. otra de las conclusiones que se destacan es que es nula la presencia de auxiliares enfermeros.

- TABLA N° IV: Esta tabla representa la antigüedad laboral del personal de enfermería del servicio de clínica médica y cirugía del hospital español.

ANTIG. LABORAL	FRECUENCIA ABSOLUTA
A (1 año o menos)	4
B (1 año a 5 años)	10
C (6 años a 10 años)	6
D (10 años o mas)	9
TOTAL	29

GRÁFICO IV:



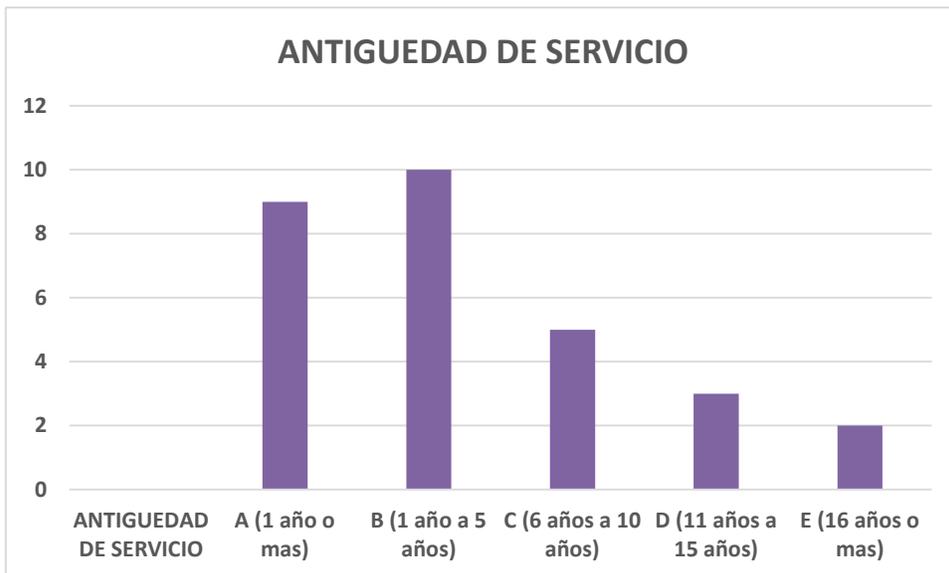
FUENTE: Los datos obtenidos son de elaboración propia recabados por medio de encuestas con preguntas cerradas realizadas al personal de enfermería.

A través de la gráfica se puede observar que el 34% del personal de enfermería es relativamente nuevo lo que permite el alcance de abordar con protocolos de prevención y cuidados en pacientes con UPP, mediante la motivación que este gran número de enfermeros presentan.

- TABLA N° V: Esta tabla representa la antigüedad de servicio del personal de enfermería del servicio de clínica médica y cirugía del hospital español.

ANTIGUEDAD DE SERVICIO	FRECUENCIA ABSOLUTA
A (1 año o mas)	9
B (1 año a 5 años)	10
C (6 años a 10 años)	5
D (11 años a 15 años)	3
E (16 años o mas)	2
TOTAL	29

GRÁFICO N° V



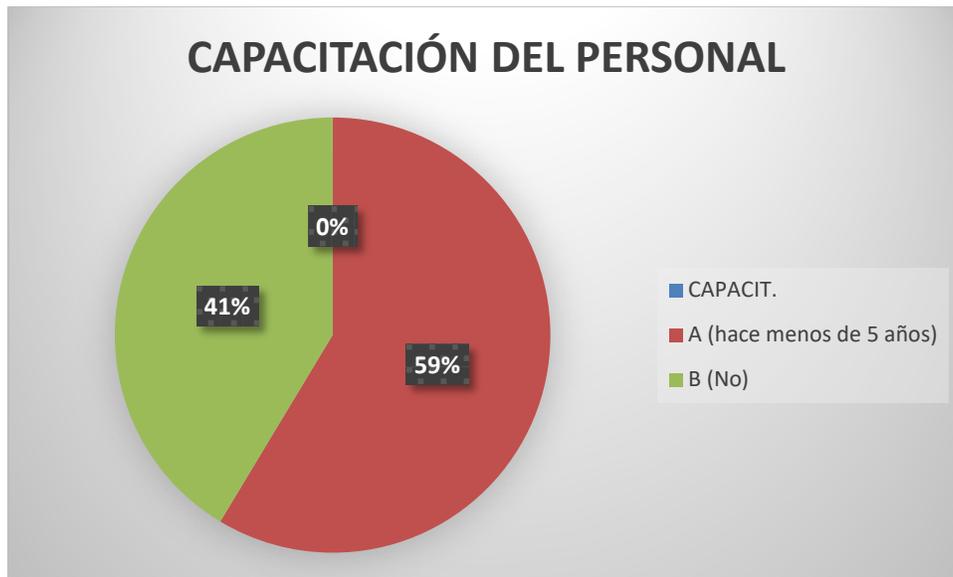
FUENTE: Los datos obtenidos son de elaboración propia recabados por medio de encuestas con preguntas cerradas realizadas al personal de enfermería.

Los datos de la gráfica reflejan la oportunidad que presenta este gran grupo de enfermeros que llevan una antigüedad que van de 1 año a 5 años, permitiendo la rotación del personal por los distintos servicios.

- TABLA N° VI: Esta tabla representa la capacitación del personal de enfermería del servicio de clínica médica y cirugía del hospital español.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL	FRECUENCIA ABSOLUTA
A (hace menos de 5 años)	17
B (No)	12
TOTAL	29

GRÁFICO N° VI



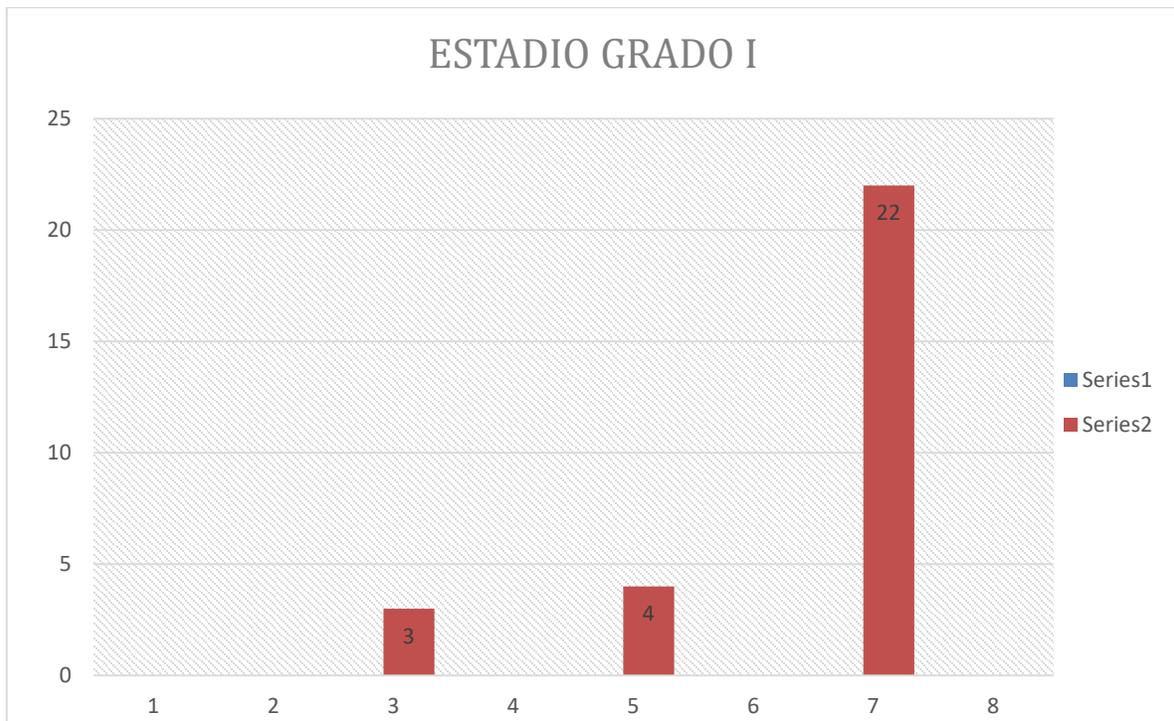
FUENTE: Los datos obtenidos son de elaboración propia recabados por medio de encuestas con preguntas cerradas realizadas al personal de enfermería.

Lo que permite observar la gráfica es que al 59% del personal no se le brinda capacitaciones lo que lleva a un punto de alarma debido a la prevalencia de UPP.

- TABLA N° VII: Esta tabla representa el conocimiento del personal de enfermería del servicio de clínica médica y cirugía del hospital español, en cuanto a la identificación del estadio de grado II en UPP.

IDENTIFICAR EL ESTADIO DE GRADO II EN UPP:	FRECUENCIA ABSOLUTA
A-Las lesiones tienen forma de cráter profundo	3
B-Solo se produce afectación de la epidermis	4
C- Se produce solución de continuidad de la piel, vesículas y flictenas	22
TOTAL	29

GRÁFICO N° VII



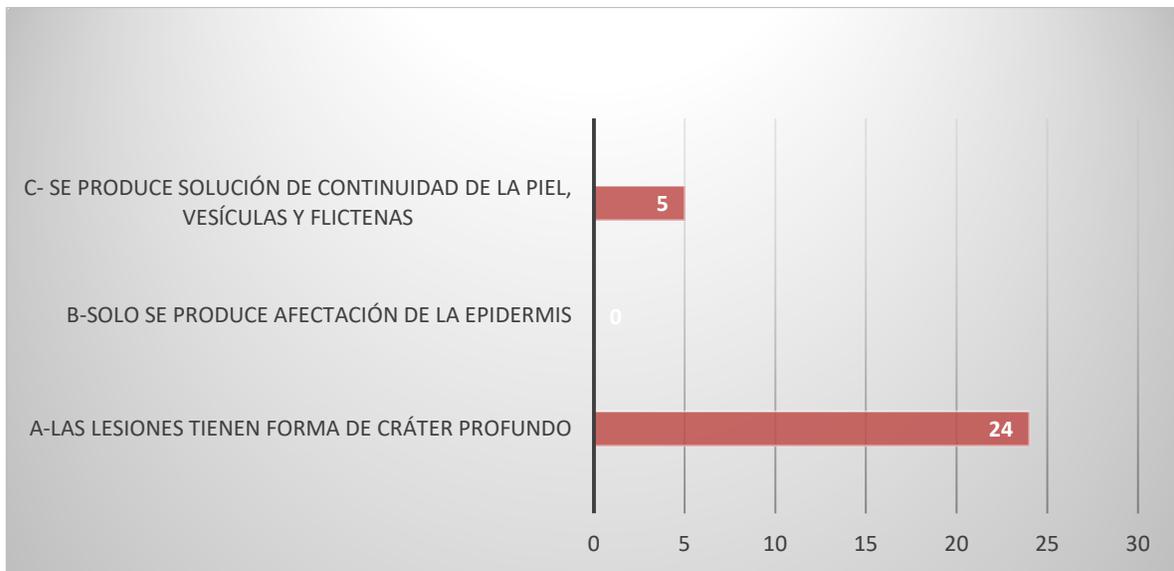
FUENTE: Los datos obtenidos son de elaboración propia recabados por medio de encuestas con preguntas cerradas realizadas al personal de enfermería.

Los datos obtenidos muestran en la gráfica que la gran mayoría del personal de enfermería puede con sus conocimientos identificar el estadio de grado II en UPP.

- TABLA N° VIII: Esta tabla representa el conocimiento del personal de enfermería del servicio de clínica médica y cirugía del hospital español, en cuanto a la identificación del estadio de grado I en UPP.

IDENTIFICAR EL ESTADIO DE GRADO I EN UPP:	FRECUENCIA ABSOLUTA
A- Solo se produce afectación de la epidermis	24
B- Las lesiones tienen forma de cráter profundo	0
C- Se produce solución de continuidad de la piel, vesículas y flictenas	5
TOTAL	29

GRÁFICO N° VIII



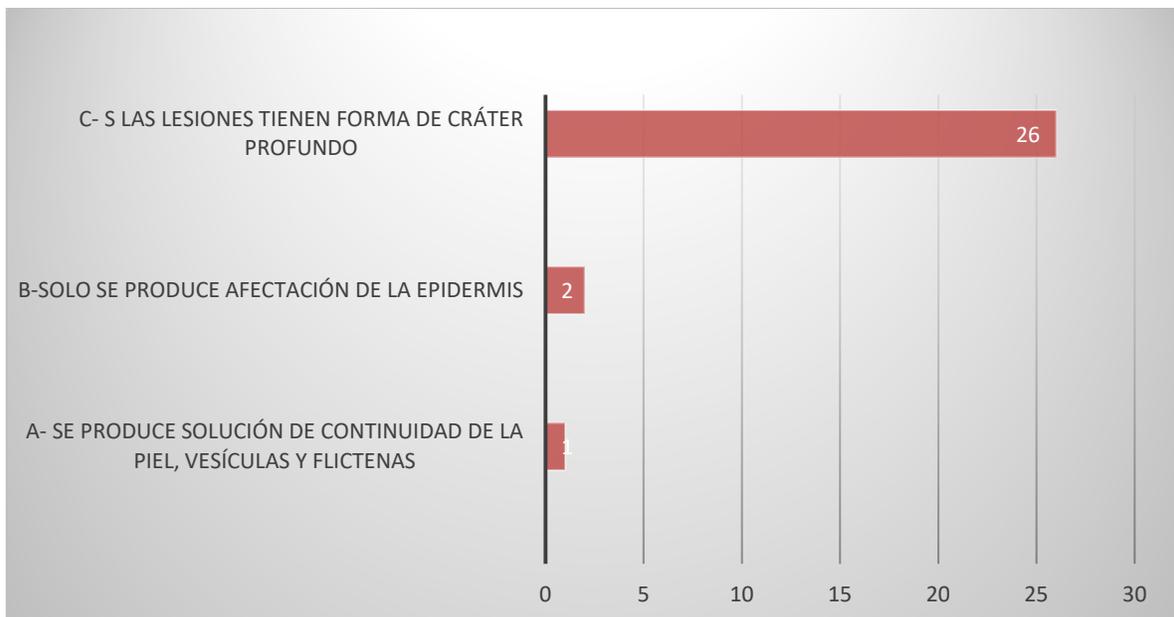
FUENTE: Los datos obtenidos son de elaboración propia recabados por medio de encuestas con preguntas cerradas realizadas al personal de enfermería.

En la gráfica se visualiza que la mayoría del personal de enfermería puede identificar el estadio de grado I en UPP.

- TABLA N° IX: Esta tabla representa el conocimiento del personal de enfermería del servicio de clínica médica y cirugía del hospital español, en cuanto a la identificación del estadio de grado III en UPP.

IDENTIFICAR EL ESTADIO DE GRADO III EN UPP:	FRECUENCIA ABSOLUTA
A- Se produce solución de continuidad de la piel, vesículas y flictenas	1
B- Solo se produce afectación de la epidermis	2
C- Las lesiones tienen forma de cráter profundo	26
TOTAL	29

GRÁFICO N° IX



FUENTE: Los datos obtenidos son de elaboración propia recabados por medio de encuestas con preguntas cerradas realizadas al personal de enfermería.

En la recolección de datos se observó la rápida identificación de este estadio de grado III en UPP, lo cual se evidencia en la gráfica, debido a que la gran mayoría del personal acertó su respuesta.

- TABLA N° X: Esta tabla representa la cantidad aproximada de pacientes con UPP, con que trabaja el personal de enfermería del servicio de clínica médica y cirugía del hospital español mensualmente.

CANTIDAD DE PACIENTES CON UPP	FRECUENCIA ABSOLUTA
A (5 a 10)	17
B (11 a 20)	12
C (21 o más)	0
TOTAL	29

GRÁFICO N° X



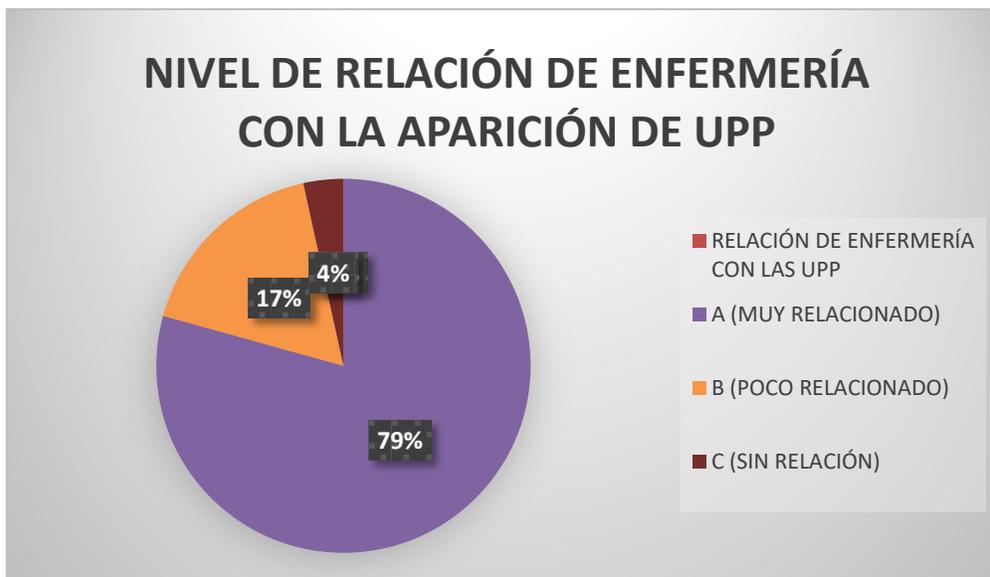
FUENTE: Los datos obtenidos son de elaboración propia recabados por medio de encuestas con preguntas cerradas realizadas al personal de enfermería.

En la gráfica se evidencia que existe una prevalencia de hasta 10 pacientes con presencia de UPP en unos meses en los servicios de clínica médica y cirugía del hospital español.

- TABLA N° XI: Esta tabla representa el nivel de relación del personal de enfermería del servicio de clínica médica y cirugía del hospital español con la prevención de UPP.

RELACIÓN DE ENFERMERÍA CON LAS UPP	FRECUENCIA ABSOLUTA
A (MUY RELACIONADO)	23
B (POCO RELACIONADO)	5
C (SIN RELACIÓN)	1
TOTAL	29

GRÁFICO N° XI



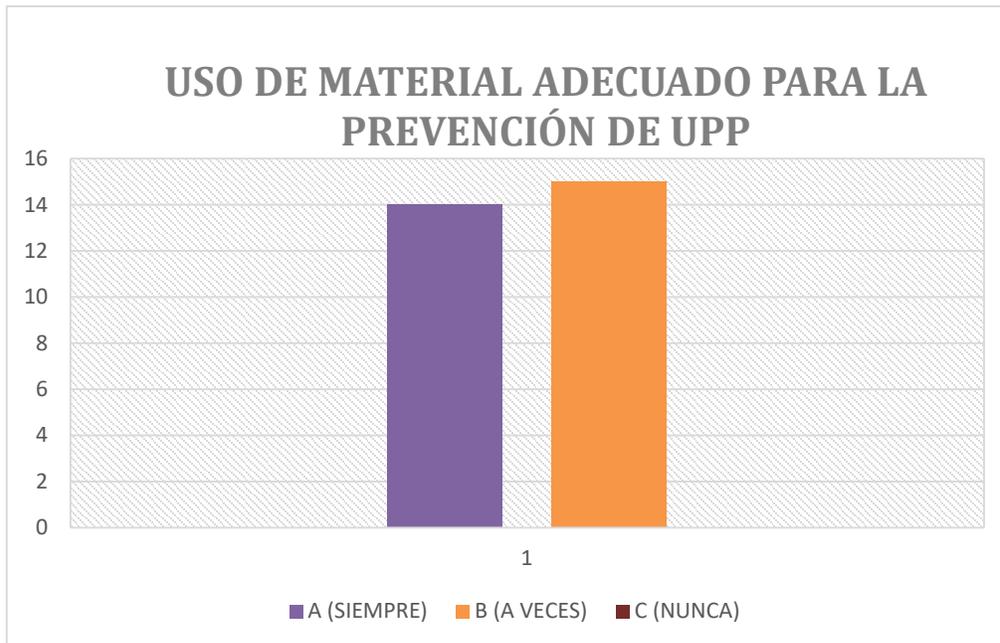
FUENTE: Los datos obtenidos son de elaboración propia recabados por medio de encuestas con preguntas cerradas realizadas al personal de enfermería.

Como se puede observar la gran mayoría del personal de enfermería afirma que están muy relacionados con la prevención y cuidados en pacientes con UPP.

- TABLA N° XII: Esta tabla representa si el personal de enfermería del servicio de clínica médica y cirugía del hospital español, cuenta con el material adecuado para la prevención de UPP.

USO DE MATERIAL PARA LA PREVENCIÓN DE UPP	FRECUENCIA ABSOLUTA
A (SIEMPRE)	14
B (A VECES)	15
C (NUNCA)	0

GRÁFICO N° XII



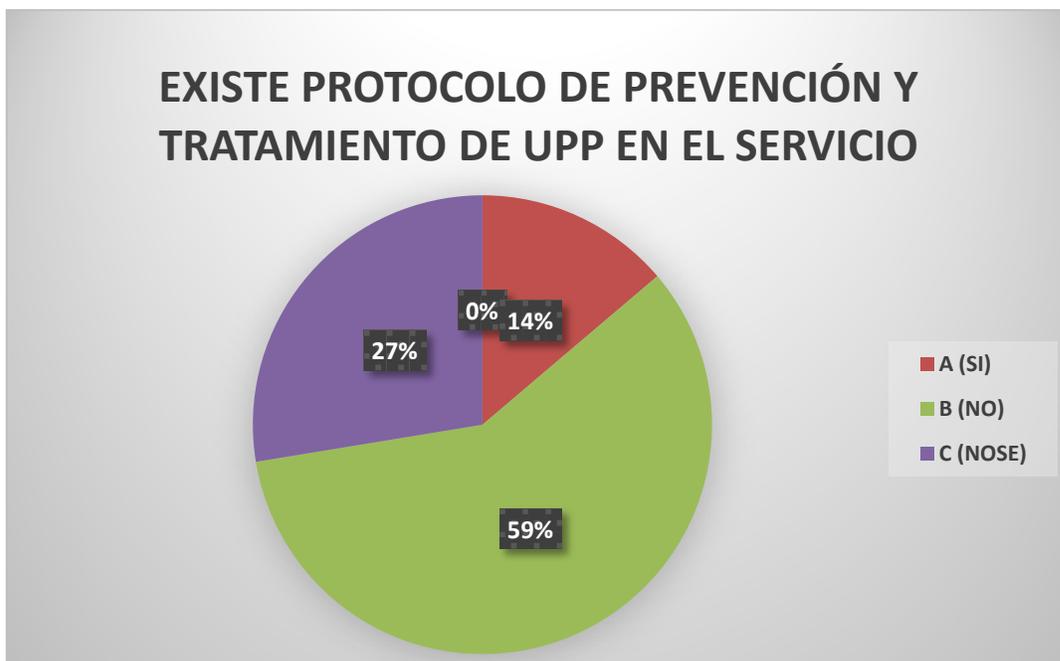
FUENTE: Los datos obtenidos son de elaboración propia recabados por medio de encuestas con preguntas cerradas realizadas al personal de enfermería.

En este gráfico se permite apreciar que la gran parte del personal se encuentra con que solo a veces o casi siempre cuentan con el uso de materiales adecuados para la prevención y cuidados de los pacientes con UPP.

- TABLA N° XIII: Esta tabla representa si el servicio de clínica médica y cirugía del hospital español, cuenta con protocolos de prevención y tratamiento de upp.

EXISTE PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE UPP EN EL SERVICIO	FRECUENCIA ABSOLUTA
A (SI)	4
B (NO)	17
C (NOSE)	8

GRÁFICO N° XIII



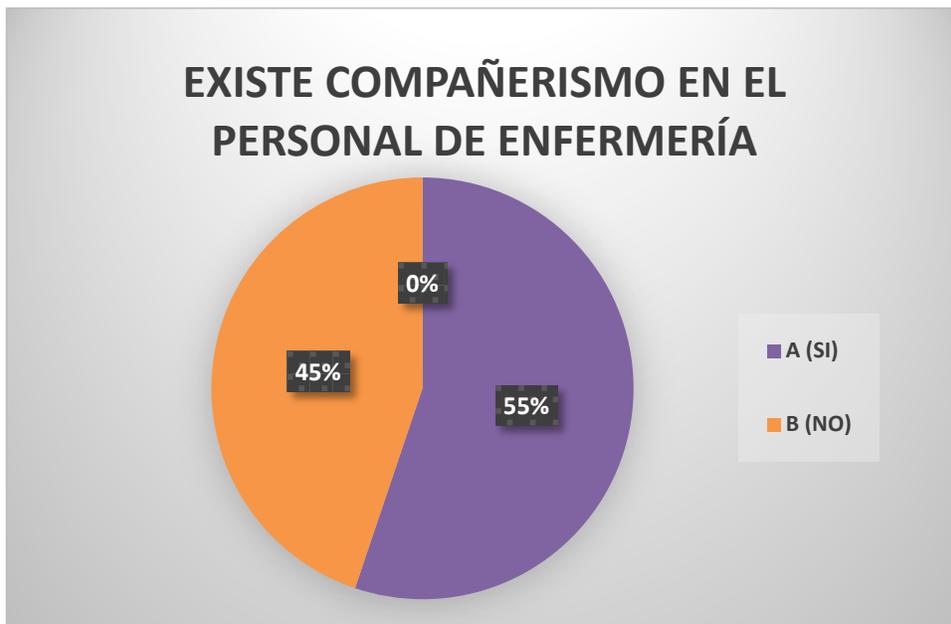
FUENTE: Los datos obtenidos son de elaboración propia recabados por medio de encuestas con preguntas cerradas realizadas al personal de enfermería.

Los datos plasmados en la gráfica revelan, que este servicio de clínica médica y cirugía NO cuentan con protocolos de prevención y tratamiento de UPP.

- TABLA N° XIV: Esta tabla representa si existe compañerismo en el personal de enfermería del servicio de clínica médica y cirugía del hospital español.

EXISTE COMPAÑERISMO EN EL PERSONAL	FRECUENCIA ABSOLUTA
A (SI)	16
B (NO)	13

GRÁFICO N° XIV



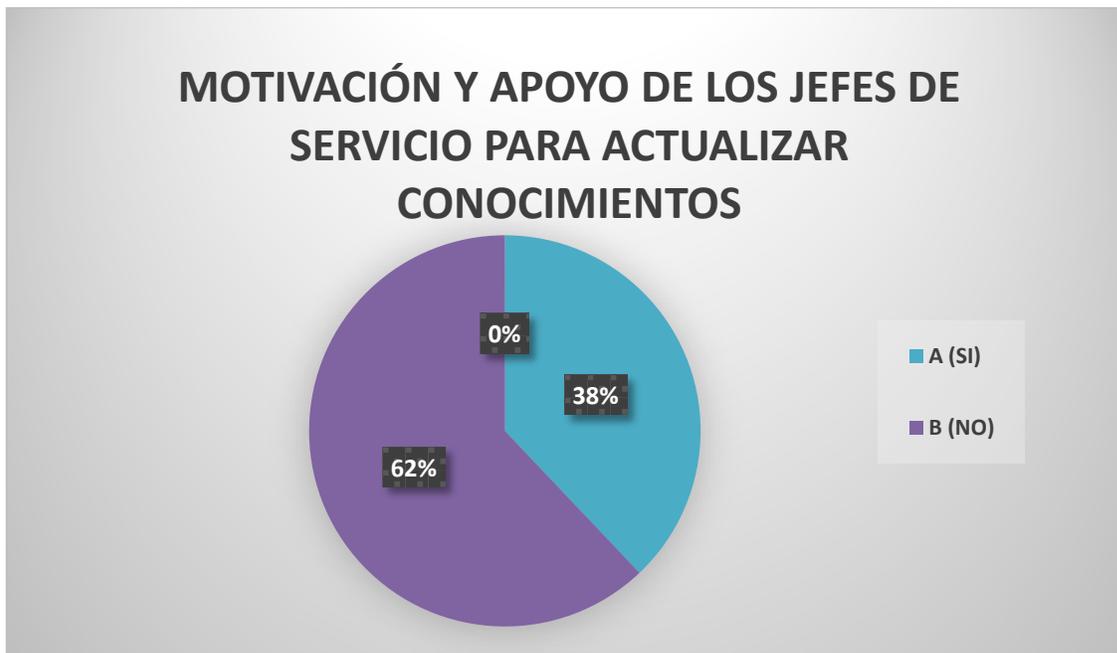
FUENTE: Los datos obtenidos son de elaboración propia recabados por medio de encuestas con preguntas cerradas realizadas al personal de enfermería.

A través de esta gráfica se puede observar que la mayoría del personal de enfermería, está de acuerdo con la existencia de compañerismo en los servicios de clínica médica y cirugía.

- TABLA N° XV: Esta tabla representa si existe apoyo y motivación por parte de los jefes de servicio hacia el personal de enfermería del servicio de clínica médica y cirugía del hospital español, para la actualización de conocimientos sobre UPP.

EXISTE APOYO Y MOTIVACIÓN DEL JEFE DE SERVICIO PARA ACTUALIZAR CONOCIMIENTOS	FRECUENCIA ABSOLUTA
A (SI)	11
B (NO)	18

GRÁFICO N° XV



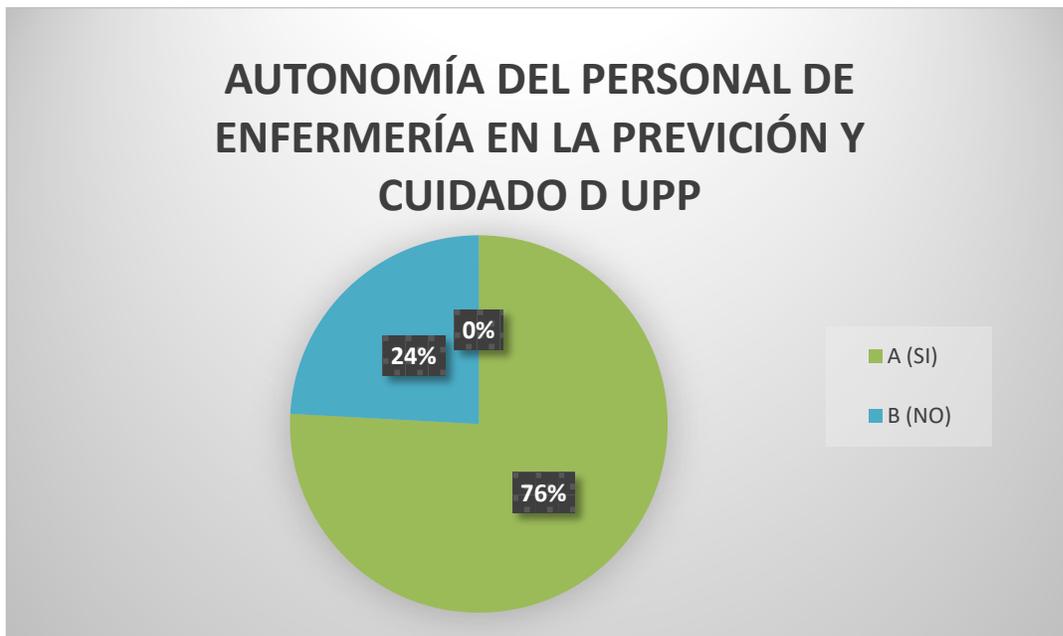
FUENTE: Los datos obtenidos son de elaboración propia recabados por medio de encuestas con preguntas cerradas realizadas al personal de enfermería.

Se observa en la gráfica que el 62% del personal de enfermería está de acuerdo que carecen de apoyo y motivación por parte de los jefes de servicios a la hora de actualizarse con nuevos conocimientos.

- TABLA N° XVI: Esta tabla representa si existe autonomía del personal de enfermería del servicio de clínica médica y cirugía del hospital español, en el accionar de los cuidados y prevención de UPP.

EXISTE AUTONOMÍA DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS EN UPP	FRECUENCIA RELATIVA
A (SI)	22
B (NO)	7

GRÁFICO N° XVI



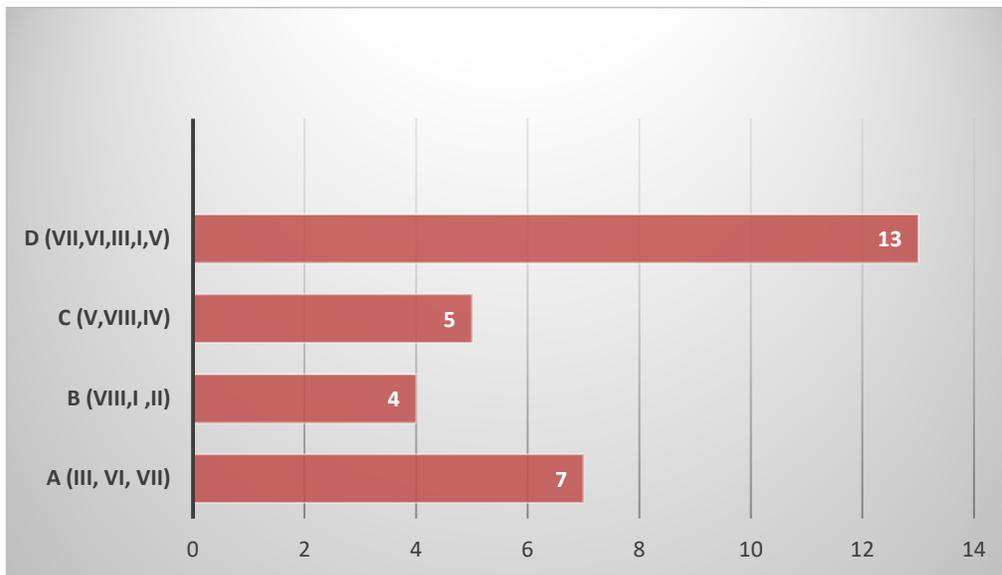
FUENTE: Los datos obtenidos son de elaboración propia recabados por medio de encuestas con preguntas cerradas realizadas al personal de enfermería.

En esta gráfica se observa que hay un 76% del personal que afirma que actúa en los cuidados y medidas de prevención de UPP.

- TABLA N° XVII: Esta tabla representa sobre el conocimiento del personal de enfermería del servicio de clínica médica y cirugía del hospital español, en cuanto a los factores de riesgos en la aparición de UPP.

FACTORES DE RIESGO EN LA APARICIÓN DE UPP	FRECUENCIA ABSOLUTA
A (III, VI, VII)	7
B (VIII,I ,II)	4
C (V,VIII,IV)	5
D (VII,VI,III,I,V)	13

GRÁFICO N° XVII



FUENTE: Los datos obtenidos son de elaboración propia recabados por medio de encuestas con preguntas cerradas realizadas al personal de enfermería.

A partir de este gráfico se puede apreciar que la gran mayoría del personal cuenta con conocimientos suficientes en la detección de factores de riesgos que conllevan a la aparición de UPP.

CONCLUSIÓN

Como se ha mencionado a lo largo del trabajo, la evaluación de conocimientos solamente es útil si sirve para tomar decisiones encaminadas a mejorar nuestra práctica profesional, llevándola a la excelencia. El fin de evaluar los procesos asistenciales y los conocimientos de los profesionales, no es comprobar lo bien o mal que se trabaja y tener un documento con el que demostrarlo. El fin de todo lo que hacemos como enfermeras/os es el bienestar de las personas en todas sus dimensiones.

Es la etapa del proceso de atención de enfermería donde se desarrollan las acciones de enfermería que han sido producto del análisis de los datos obtenidos en la valoración del enfermo y que luego del proceso de planificación se lleva a la práctica para ser realizados

Considerando que el desarrollo de la UPP durante la hospitalización es un importante indicador de la calidad de la asistencia prestada, se espera que sea adoptado un abordaje sistemático de prevención como estrategia para atenuar el problema. El suceso de la prevención de la UPP depende de los conocimientos y habilidades de los profesionales de salud sobre el asunto, principalmente de los miembros del equipo de enfermería que prestan asistencia directa y continua a los pacientes. Entre tanto, es necesario comprender los factores individuales e institucionales que influyen en el conocimiento y el uso de las evidencias por los profesionales de forma que estrategias puedan ser planificadas y utilizadas en las instituciones.

Los resultados obtenidos en este estudio pueden auxiliar a identificar cuáles son las deficiencias en el conocimiento de los miembros del equipo de enfermería y orientar, en el contexto estudiado, la planificación de estrategias para diseminación y adopción de medidas preventivas sobre UPP. El uso de instrumentos de evaluación de riesgos para el desarrollo de UPP, permiten que el enfermero pueda tomar las decisiones correctas, en cuanto a la planificación de las medidas preventivas subsecuentes a ser adoptadas para cada paciente.

A través del presente estudio se evidenció que la mayoría del personal de enfermería identifica algunos de los distintos factores de riesgo en la aparición de UPP, y además se encuentran relacionados con la prevención y cuidados en pacientes con UPP; a la vez manifiestan que deberían tener más capacitación, además de la presencia de protocolos o reglamentos que optimicen la calidad de atención al paciente.

PROPUESTA DE CAMBIOS

Es importante recomendar a las autoridades del Hospital Español, y en especial a los profesionales de enfermería encargado de coordinar y liderar, que:

- ✓ Iniciar procesos de elaboración de protocolos de atención fortalecidos con las herramientas actuales que contamos en enfermería para enfrentar estos problemas muy frecuentes en las instituciones de salud.
- ✓ Plantearse estrategias para incrementar el cumplimiento de las acciones de los profesionales de enfermería y personal de apoyo para contrarrestar estos factores de riesgos como son las inmovilizaciones prolongadas de los pacientes hospitalizados.
- ✓ Difundir el estudio con las profesionales de enfermería del Hospital Español para identificar situaciones en cada una de ellas y redefinir líneas de acción, teniendo en cuenta que el potencial humano es el gran recurso con el cual cuenta el establecimiento de salud para lograr dar salud con cuidados de calidad.
- ✓ Es importante además sugerir la elaboración de registros que permitan documentar y monitorizar la aplicación del proceso de atención de enfermería en el cuidado de pacientes con o en riesgos de presentar UPP.

TABLA MATRIZ

SEXO	EDAD	FOR. PROF.	ANTIG. LAB.	ANTIG. SERV.	CAP.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B	A	B	A	A	A	B	A	A	B	A	B	A	A	B	A
A	B	B	C	B	A	C	A	C	B	A	B	B	A	A	A
A	A	B	B	B	A	A	A	C	B	A	A	C	B	B	A
B	B	B	B	B	NO	C	A	C	B	A	B	B	B	B	A
B	B	C	D	D	A	A	A	C	A	B	A	C	A	B	A
A	B	C	C	B	NO	C	A	C	A	A	B	C	A	B	B
A	B	B	A	A	B	B	C	C	A	A	A	A	A	A	A
B	B	B	D	D	A	C	A	C	A	A	B	B	B	B	A
A	B	C	C	C	A	C	A	C	B	A	A	B	A	A	A
A	B	B	B	B	NO	B	C	C	A	B	B	C	A	A	A
A	B	C	B	B	A	C	A	C	B	A	B	B	A	A	A
A	A	B	A	A	NO	B	C	C	A	B	B	C	B	B	A
A	D	C	D	C	A	C	A	C	A	A	A	B	A	B	A
B	D	C	D	E	A	C	A	C	B	A	A	B	B	B	A
A	C	C	D	B	A	C	A	C	B	A	A	B	B	B	A
B	B	B	C	C	NO	C	A	C	B	A	B	C	B	B	B
A	C	B	D	D	NO	C	A	C	A	A	A	A	A	A	A
A	C	B	B	B	A	C	A	C	A	A	A	B	A	B	A
B	C	C	D	C	A	C	A	C	A	A	A	B	B	A	B
A	B	B	B	A	NO	C	A	C	A	A	A	B	B	B	B
A	A	B	B	B	A	C	A	C	A	B	B	C	B	B	B
A	A	C	A	A	A	C	C	B	B	A	B	B	A	B	A
A	C	B	B	A	NO	C	A	C	A	A	B	B	B	A	A
B	B	B	C	A	NO	C	A	C	B	A	A	A	A	A	A
A	C	B	D	C	A	C	A	C	B	A	A	B	B	B	A
B	A	B	B	A	A	C	A	C	A	C	B	B	B	B	A
B	D	C	D	E	A	C	A	C	A	A	B	C	B	B	A
A	C	B	B	A	NO	C	A	B	A	A	A	B	B	A	B
B	B	B	C	B	NO	A	C	C	A	B	B	B	A	A	B

BIBLIOGRAFÍA

-Maria de Lourdes Eriksen Persson

“Anatomía Humana” Fascículo 1 Generalidades de anatomía humana. Universidad nacional autónoma de México

- YUrlei Maria Agudelo

“Prevenir las úlceras por presión.”Ministerio de protección social. Colombia.

- Complejo hospitalario universitario insular. (2007)

“Guía de Cuidados de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión”
Islas canarias ,España.

-Martínez Cuervo F.(2007)

“Cuidados de la piel y prevención de úlceras por presión en el paciente encamado”. Revista ROL

-Jose felix Martinez lopez . (2008)

“Prevención y tratamiento de úlceras por presión” Ed. Vertice

-www.ministerio de salud.gov.co/bibliotecadigital.com

-José Luis Blanco López (2003)

“Definición y clasificación de las úlceras por presión”. Unidad de Lesionados Medulares Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona, España.

- Josefina Martínez Angulo. 2008

“Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión”.

La Rioja, España.

APÉNDICE Y ANEXOS

FIGURA 4

UPP EN ESTADIO I



FIGURA 5

UPP EN ESTADIO II



FIGURA 6

UPP EN ESTADIO III



FIGURA 7

UPP EN ESTADIO IV



FIGURA 8

COLOCACIÓN DE APÓSITOS PARA EVITAR PRESIÓN

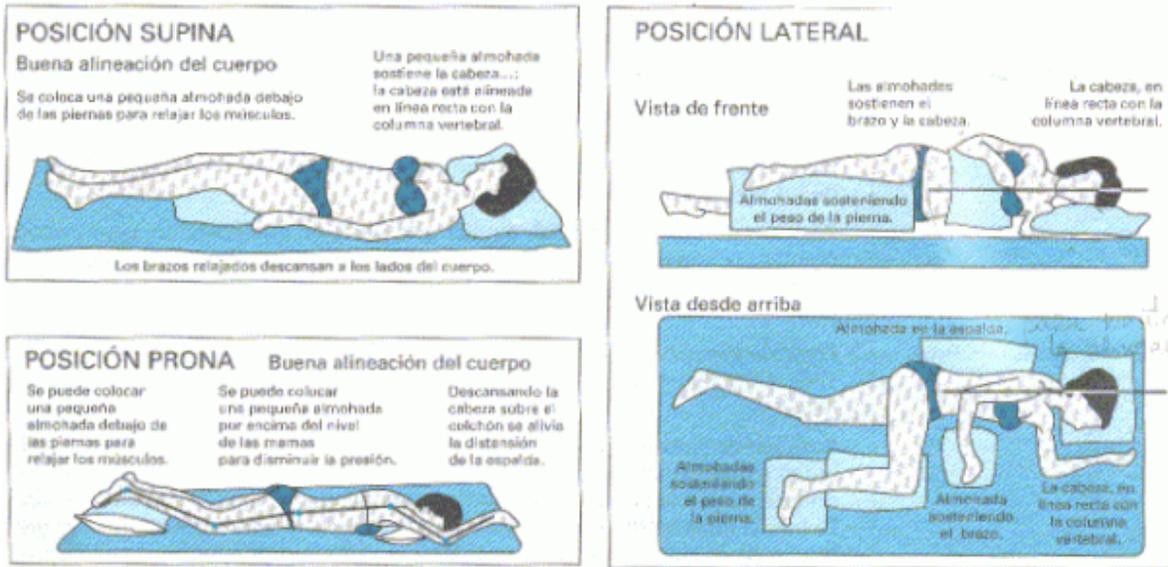


FIGURA 9

COLCHON ANTI ESCARAS Y TALONERA ANTI ESCARA

