

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**II SEMINARIO DE GRADUACIÓN**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:**

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS  
POR PRESIÓN ASOCIADOS A FACTORES DE RIESGO EN  
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA  
INTERNA.”**

Requisito previo para optar por el título de Licenciada en Enfermería

**Autora:** Pesantes Masabanda Verónica Elizabeth

**Tutor:** Lic. Mg. Sisalema Narcisa

**Ambato – Ecuador**

**Enero 2012**

## APROBACIÓN DE TUTOR

En calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el Tema:

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN ASOCIADOS A FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.”**, de Verónica Elizabeth Pesantes Masabanda, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato; considero que dicho informe de investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del Jurado Examinador designado por el Honorable Consejo Directivo.

Ambato, 13 de junio de 2012

LA TUTORA

.....  
Lic. Narcisa Sisalema

C. C. 1802573962

## AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: “**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN ASOCIADOS A FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.**”, como también los contenidos, las ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este Trabajo de Grado.

Ambato, julio de 2012

LA AUTORA

---

Verónica Elizabeth Pesantes Masabanda

C. C. 1803898749

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación según las normas de la institución.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de ésta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, 13 de junio de 2012

LA AUTORA

---

Verónica Elizabeth Pesantes Masabanda

## APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los Miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN ASOCIADOS A FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.”**, de Verónica Elizabeth Pesantes Masabanda, estudiante de la Carrera de Enfermería

Ambato, Julio del 2012

Para constancia firman

.....  
Dr. Carlos Aldáz      Lic. Tannia Santacruz Abril      Lic. Nelly Reina Ibarra

## **DEDICATORIA**

Con todo mi amor a Dios por la vida, por la salud y mi trabajo; a mis padres, esposo por su apoyo incondicional por verme salir adelante; a mi hijo por la fuerza que me inspira para mi superación personal y profesional.

Verónica

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a todos y cada uno de los Docentes de la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería por los conocimientos impartidos que sin lugar a dudas ha sido la base para desempeñarme como un ente positivo para la sociedad.

Un agradecimiento muy especial para la Lic. Mg. Narcisa Sisalema por su acertada dirección en la elaboración del presente trabajo.

Verónica Pesantes

## ÍNDICE GENERAL

Portada-----	i
Aprobación del Tutor-----	ii
Autoría de la Tesis-----	iii
Derechos de Autor-----	iv
Aprobación del Tribunal de Grado-----	v
Dedicatoria-----	vi
Agradecimiento-----	vii
Índice General-----	viii
Índice de Tablas-----	xii
Índice de Figuras-----	xiii
Resumen Ejecutivo-----	xiv
Summary-----	xv
Introducción-----	1

### CAPÍTULO I

#### EL PROBLEMA

1.1 Tema-----	2
1.2 Planteamiento del problema-----	2
1.2.1 Contextualización-----	2
1.2.1.1 Contextualización Macro-----	2
1.2.1.2 Contextualizaciones Meso-----	4
1.2.1.3 Contextualizaciones Micro-----	6
1.2.2 Análisis Crítico-----	7
1.2.2.1 Relación causa-efecto-----	7
1.2.3 Prognosis-----	9
1.2.4 Formulación del problema-----	9
1.2.5 Interrogantes-----	9
1.2.6 Delimitación del objeto de investigación-----	10
1.3 Justificación-----	10
1.4 Objetivos-----	12



1.4.1 General-----	12
1.4.2 Específico-----	12

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

2.1 Antecedentes Investigativos-----	13
2.2 Fundamentación Filosófica-----	13
2.3 Fundamentación Legal-----	15
2.4 Categorías Fundamentales-----	16
2.5 Fundamentación Científica-----	17
2.5.1 Protocolo de Atención de Enfermería-----	17
2.5.1.1 Definición-----	17
2.5.1.2 Características-----	17
2.5.1.3 Estructura-----	18
2.5.1.4 Proceso-----	18
2.5.1.5 Resultado-----	18
2.5.1.6 Estructura-----	18
2.5.1.7 Norma del proceso-----	20
2.5.1.8 Diagrama del proceso-----	20
2.5.2 Etiopatogenia de las úlceras por presión-----	20
2.5.2.1 Definición-----	20
2.5.2.2 Etiopatogenia-----	21
2.5.2.3 Clasificación y Localización-----	23
2.5.3 Valoración del riesgo de úlceras por presión-----	26
2.5.3.1 Escala de Norton Modificada-----	28
2.5.3.2 Escala de Arnell-----	29
2.5.3.3 Escala NOVA 5-----	30
2.5.3.4 Escala EMINA-----	33
2.5.3.5 Escala de Waterlow-----	34
2.5.4 Intervención de Enfermería en Pacientes con UPP-----	35
2.5.4.1 Cuidados de la piel-----	37
2.5.4.2 Exceso de humedad-----	39

2.5.4.3	Nutrición e ingesta de líquidos-----	40
2.5.4.4	Manejo de la presión-----	42
2.5.5	Factores de riesgo en pacientes hospitalizados-----	48
2.5.6	Patologías asociadas a Úlceras por Presión-----	53
2.5.7	Riesgo de Infecciones Nosocomiales-----	54
2.5.8	El Servicio de Medicina Interna-----	55
2.5.8.1	Misión-----	56
2.5.8.2	Visión-----	56
2.5.8.3	Valores-----	56
2.5.8.4	Descripción de la unidad-----	56
2.5.8.5	Estructura Orgánica-----	57
2.5.8.6	Asistencia de Enfermería para lograr el bienestar del paciente	57
2.5.8.7	Derivadas de la función administrativa-----	62
2.5.8.8	Derivadas de la función docente-----	63
2.5.8.9	Derivadas de la función administrativa-----	66
2.6	Hipótesis-----	67
2.7	Señalamiento de variables-----	67
2.7.1	Variable Independiente-----	67
2.7.2	Variable Dependiente-----	67

### **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

3.1	Modalidad Básica de la Investigación-----	68
3.2	Modalidad de Investigación-----	68
3.3	Nivel de Tipo de Investigación-----	68
3.4	Población y Muestra-----	70
3.5	Tamaño de la Muestra-----	70
3.6	Operacionalización de Variables-----	70
3.7	Plan de Recolección de la Información-----	75
3.8	Plan de procesamiento de la Información-----	76

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

4.1 Encuesta aplicada al personal de enfermería Servicio de Medicina Interna del HPDA-----	77
4.2 Observación directa -----	89
4.3 Verificación de la Hipótesis-----	91
4.3.1 Planteamiento de la Hipótesis-----	91
4.3.2 Nivel de significación-----	91
4.3.3 Estadístico de prueba-----	92
4.3.4 Resolución de la fórmula-----	94
4.3.5 Regla de decisión-----	94
4.3.6 Conclusión de la hipótesis-----	95

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones-----	96
5.2 Recomendaciones-----	97

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

6.1 Datos Informativos-----	98
6.2 Antecedentes-----	99
6.3 Justificación-----	99
6.4 Objetivos-----	100
6.5 Análisis de Factibilidad-----	100
6.6 Presupuesto-----	101
6.7 Fundamentación Científica-----	101
6.8 Modelo Operativo-----	121
6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta-----	122
6.10 Evaluación-----	122
6.11 Administración de la Propuesta-----	122
Bibliografía-----	123
Anexos	

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1	Estadios de úlceras por presión-----	23
Tabla N°2	Escala de Arnell-----	29
Tabla N°3	Escala EMINA-----	33
Tabla N°4	Intervención de enfermería en UPP-----	36
Tabla N°5	Ácidos grasos hiperoxigenados-----	39
Tabla N°6	Factores de riesgo-----	49
Tabla N°7	Patologías asociadas a úlceras por presión-----	53
Tabla N°8	Operacionalización variable independiente-----	71
Tabla N°9	Operacionalización variable dependiente-----	73
Tabla N°10	Plan de recolección de la información-----	75
Tabla N°11	Pregunta N°1-----	77
Tabla N°12	Pregunta N°2-----	78
Tabla N°13	Pregunta N°3-----	79
Tabla N°14	Pregunta N°4-----	80
Tabla N°15	Pregunta N°5-----	81
Tabla N°16	Pregunta N°6-----	82
Tabla N°17	Pregunta N°7-----	83
Tabla N°18	Pregunta N°8-----	84
Tabla N°19	Pregunta N°9-----	85
Tabla N°20	Pregunta N°10-----	86
Tabla N°21	Pregunta N°11-----	87
Tabla N°22	Pregunta N°12-----	88
Tabla N°23	Ficha de Observación directa-----	89
Tabla N°24	Respuestas observadas-----	93
Tabla N°25	Respuestas esperadas-----	93
Tabla N°26	Cálculo del Chi-Cuadrado-----	94
Tabla N°27	Presupuesto propuesta-----	101
Tabla N°28	Modelo Operativo-----	121

## ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. N°1	Árbol de Problemas-----	8
Fig. N°2	Red de Categorías fundamentales-----	16
Fig. N°3	Posición fowler-----	22
Fig. N°4	Zonas de presión en decúbito dorsal-----	25
Fig. N°5	Zonas de presión en decúbito lateral-----	25
Fig. N°6	Zonas de presión en decúbito prono-----	26
Fig. N°7	Escala de Norton Modificada-----	28
Fig. N°8	Posición decúbito supino-----	44
Fig. N°9	Posición dorsal-----	44
Fig. N°10	Posición lateral-----	45
Fig. N°11	Posición sedestación-----	45
Fig. N°12	Protección local-----	46
Fig. N°13	Las UPP es más frecuente en hombre o mujeres-----	77
Fig. N°14	Tiene relación la edad-----	78
Fig. N°15	Patologías más propensas para desarrollar UPP-----	79
Fig. N°16	Lugar de aparición de UPP-----	80
Fig. N°17	Existen suficientes insumos-----	81
	La encamación e inmovilidad son factores de riesgo	
Fig. N°18	asociados UPP-----	82
Fig. N°19	Realiza valoración y medidas de riesgo de desarrollar UPP	83
Fig. N°20	Cuidados de enfermería en los primeros signos de UPP----	84
Fig. N°21	Cuidados luego de I. Q. por UPP-----	85
Fig. N°22	Cuenta el S. M. I de protocolos de C. E. por UPP-----	86
Fig. N°23	Conoce escalas de UPP-----	87
Fig. N°24	Charlas escalas de valoración de UPP-----	88
Fig. N°25	Campana de Gauss-----	95

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**CENTRO DE ESTUDIOS PARA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN ASOCIADOS A FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA”.**

**Autor:** Verónica Elizabeth Pesantes Masabanda

**Tutor:** Lic. Mg. Narcisa Sisalema

**Fecha:** Ambato, 13 de Junio del 2012

El objetivo general de este estudio fue Identificar los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión asociados a factores de riesgo en pacientes hospitalizados para mejorar la calidad de atención en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato.

Mediante la investigación bibliográfica y documental se pudo sustentar los factores de riesgo de desarrollar y escalas más utilizadas en la prevención de úlceras por presión y a través de la técnica de la encuesta se obtuvo datos que nos ayudaron a verificar la hipótesis planteada y a determinar los cuidados de enfermería que se debe brindar a los pacientes internos los cuales son insuficientes debido a la falta de un protocolo de cuidados de enfermería para la valoración y prevención de úlceras por presión; ante esta evidencia se propuso elaborar un protocolo como una necesidad para la toma de decisiones en pacientes encamados que se encuentran ingresados en el Servicios de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato.

Descriptores: Úlceras por presión, cuidados de enfermería, protocolo, desnutrición, Diabetes, Neumonías, problemas circulatorios, inmovilidad, factores de riesgo, escalas

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
STUDY CENTER FOR NURSING DEGREE**

**“NURSING INTERVENTION IN PATIENTS WITH PRESSURE  
ULCERS ASSOCIATED RISK FACTORS IN INPATIENT Internal  
Medicine”.**

Author: Veronica Elizabeth Pesantes Masabanda

Tutor: Lic. Mg. Narcisa Sisalema

Date: Ambato, Juny 13, 2012

The overall objective of this study was to identify nursing care for patients with pressure ulcers associated risk factors in hospitalized patients to improve the quality of care in the Internal Medicine Department of Provincial Teaching Hospital Ambato.

Through literature and documentary research could support the development of risk factors and scales used in the prevention of pressure ulcers through the technique of the survey data was obtained helped us to verify the hypothesis and determine care nursing should be provided to inpatients which are insufficient due to lack of a nursing protocol for the assessment and prevention of pressure ulcers, this evidence was proposed to develop a protocol as a necessity for decision making in bedridden patients who are admitted to the Internal Medicine Teaching Hospital Provincial Ambato.

Descriptors: pressure ulcers, nursing care, protocol, malnutrition, diabetes, pneumonia, circulatory problems, immobility, risk factors, scales

## INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión constituyen uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de enfermería siendo un gran reto y una gran responsabilidad tanto en prevención como en tratamiento por la autonomía de actuación que se nos brinda.

El presente trabajo de investigación consta de seis Capítulos desarrollados de la siguiente manera:

El Problema, se realiza una contextualización y planteamiento del problema a investigar y se fija los objetivos generales y específicos de estudio.

El Marco Teórico en el que se realiza una recopilación bibliográfica y documental acorde a las variables del tema de estudio.

La Metodología de la Investigación donde se indica el enfoque cuali-cuantitativo que se dio al trabajo investigativo, el método de investigación de campo permitió la aplicación de la técnica de la encuesta a la población de estudio para la recolección de datos.

El Análisis e Interpretación de resultados en el que luego de haber tabulado y procesado los resultados obtenidos se realizaron tablas y gráficos estadísticos para interpretar con objetividad los resultados obtenidos.

Las Conclusiones y Recomendaciones y la Propuesta que constituye el desarrollo de una alternativa de solución al problema investigado. Se espera que el presente trabajo sirva de apoyo y consulta a las profesionales en enfermería y demás estudiantes de la salud que buscan en la capacitación el enriquecimiento personal y profesional.



# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 TEMA:**

Intervención de Enfermería en pacientes con úlceras por presión asociados a factores de riesgo en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna.

### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.2.1 Contextualización**

##### **1.2.1.1 Contextualización Macro**

Las úlceras por presión han constituido un serio problema que ha afectado principalmente a las personas que deben permanecer encamadas durante periodos largos de tiempo, como consecuencia de traumas o enfermedades.

Existen evidencias de que esta complicación era conocida desde épocas muy antiguas. En una de las momias egipcias, se encontraron rastros de piel animal cubriendo las áreas que correspondían a úlceras por presión, como por ejemplo: trocánter y región sacra.

En la actualidad a nivel mundial, se encuentran pocos registros sobre la problemática de las úlceras por presión, y en cuanto a la prevención de las mismas, según Cañón, H. y otros (1998), estudios realizados en Europa, Sur África y Canadá permiten establecer que de 3 a 11% de las personas hospitalizadas desarrollan úlceras por presión.

Este mismo autor señala que en la literatura norteamericana se encontró que la incidencia de personas con úlceras por presión es de 8.5%. En centros médicos para veteranos es de 7.4% y en las casas de enfermería 23.9 %. La prevalencia de las personas con úlceras por presión en el medio hospitalario puede llegar hasta un 45 % en los enfermos crónicos y por encima del 9% de todas las personas hospitalizadas, constituyéndose en un problema de salud no solo en personas en estados crónicos sino también en personas en estados agudos.

Según Flemming K, (2008), en el Reino Unido, las úlceras por presión se registraron de un 5% a 32% de pacientes ingresados en un hospital general de distrito (la tasa exacta depende de la combinación de casos) y en un 4% al 7% de pacientes en ámbitos comunitarios. En Costa Rica, de acuerdo a la Comisión Nacional para la Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión (2007) no existen registros de incidencia y prevalencia de úlceras por presión a nivel nacional, sin embargo los costos implicados en el manejo de estas es elevado.

Por otro lado según Yanguas, J. Leturia, F y Leturia, M. (2008), durante los últimos años se está viviendo un proceso de transición demográfica en las sociedades occidentales, con un aumento vertiginoso del número de personas mayores de 65 años y en particular de mayores de 80 años.

Este tipo de úlceras provocan sufrimiento y contribuyen a aumentar considerablemente la morbi- mortalidad de las personas afectadas. Es por ello, que la prevención constituye un aspecto de importancia; ésta busca evitar la presión prolongada y realizar una inspección de las áreas susceptibles como rutina.

Sellek, A (2007) refiere que aunque una persona de cualquier edad desarrolla úlceras por presión si no cambia de posición con frecuencia, en los adultos mayores incrementan este riesgo por cambios de la piel relacionados a la edad, incluyendo pérdida de humedad, de grasa subcutánea e incremento en la fragilidad.

Hoy en día, las úlceras por presión constituyen un importante problema de salud pública, por sus repercusiones en diferentes ámbitos, tales como el nivel de salud de quienes las padecen, la calidad de vida de los usuarios y sus entornos, el consumo de recursos para el sistema de salud, en situaciones muchas veces evitables. La mayoría de las úlceras por presión pueden prevenirse, 95% son evitables

El profesional de enfermería tiene una función primordial en la promoción de la salud, la cual es la estrategia que le permite buscar un estado de salud óptimo para una determinada población, en donde la educación en salud tiene un papel fundamental. La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

#### **1.2.1.2 Contextualización Meso**

La aparición de úlceras por presión es un proceso que se halla íntimamente relacionado con los cuidados de enfermería proporcionados al paciente en las unidades de medicina interna en los hospitales del Ecuador. No hay duda de que cuanto mayor sea la calidad y extensión de dichos cuidados, tanto menor será la incidencia de las úlceras por presión. En este contexto, cuidar a un paciente con úlceras por presión comporta no sólo un incremento del tiempo requerido en la atención sanitaria, sino un consiguiente aumento de la carga de trabajo. Por otra parte, cabe remarcar que cuando un

paciente desarrolla una úlcera por presión, se incrementa su predisposición a padecer diversos trastornos derivados de ella, como dolor, infecciones y deterioro físico. Todo ello repercute a su vez en una serie de factores de índole diversa (personal, familiar, sanitario, etc.),

Según el estudio realizado por la Dra. Gloria Tuyupanta Revelo, CONADIS (2008), Las escaras o úlceras de presión, son lesiones que se presentan en la piel y tejidos profundos, producidas por el apoyo prolongado de la piel contra zonas óseas. Se presentan preferentemente en los puntos de apoyo del cuerpo o de mayor presión como son los glúteos, región cercana al cóccix, talones, hombros, rodillas. Afectan a las personas que permanecen inmóviles en la cama por tiempo prolongado y en posición boca arriba o que presentan incontinencia fecal y urinaria. También pueden presentarse en personas de la tercera edad, personas con diabetes, arterioesclerosis, enfermedades terminales, des-nutrición, obesidad, entre otros. Las úlceras por presión son causadas por una falta de irrigación sanguínea en una zona, ocasionando laceración de la piel como resultado de la presión prolongada sobre prominencias óseas o cartilaginosas.

Estas úlceras, si no son tratadas a tiempo, pueden provocar necrosis (destrucción de los tejidos, gangrena) secreciones purulentas, mal olor, lesiones óseas e incomodidad general en los pacientes. Las escaras tienen consecuencias epidemiológicas graves, se asocian con cuadros de infección y necrosis importante. El costo económico del tratamiento de las escaras es muy elevado y de largo tiempo. La localización más frecuente, en relación a las zonas de presión son:- 65% en el área pélvica.- 30% en las extremidades inferiores y superiores.- 5% en otras zonas como el occipital (región posterior de la cabeza), escápulas (espalda), nariz (cuando lleva sonda

nasogástricas), etc. El primer signo de alarma es el eritema o enrojecimiento de la zona.

Las úlceras por presión pueden y deben evitarse con buenos cuidados de enfermería, dentro de un plan general que incluye el trabajo multidisciplinario del médico, enfermera, paciente y familia. Hay que buscar el tratamiento ideal para cada tipo de úlcera y en muchos casos, utilizar diferentes tratamientos, según se observe la evolución. Lo importante es realizar las consultas respectivas en unidades de salud en forma oportuna.

### **1.2.1.3 Contextualización Micro**

Con base a los estudios realizados, se reconoce que pacientes hospitalizados ingresan y/o desarrollan úlceras durante la estancia hospitalaria, que estas representan un importante problema para los pacientes y para las instituciones, pues en el Servicio de Medicina Interna, según la investigación de campo realizada, no existen protocolos institucionales de intervenciones preventivas de úlceras por presión, sin embargo; por esta razón no se conocen datos del comportamiento de las úlceras por presión en los pacientes internados en el Hospital Provincial Docente Ambato.

Como medida de aseo diario, al ingreso del paciente en Medicina Interna, se solicita cremas humectantes, shampoo y jabón; en este sentido y al haber insuficientes insumos hospitalarios, se hace imposible para la enfermera dar una atención oportuna cuando se detecta los primeros signos de úlceras por presión en los pacientes porque no se dispone de colchones antiescaras y soluciones para curaciones a pacientes que ingresan ya escarados.

De acuerdo a estadística, durante el primer semestre del año 2011, se atendieron a 50 pacientes por accidentes cerebro vasculares, 61 pacientes por neumonías y 92 pacientes por complicaciones de diabetes; sumando un total de 203 pacientes. De ellos, existió un promedio de 8% de pacientes con úlceras por presión siendo más prevalente en paciente entre los 65 a 80 años; debido a que en éstas personas existe mayor riesgo debido a la pérdida de humedad de la piel, pacientes que por su condición de salud, pasan mucho tiempo encamados y no cambian de posición por lo tanto la piel de las áreas sacra y talón se vuelven más frágiles.

## **1.2.2 Análisis crítico**

### **1.2.2.1 Relación causa - efecto**

La intervención de enfermería en pacientes con úlceras de presión se encuentra limitada debido a la falta de insumos para el tratamiento de pacientes internados en el servicio de Medicina Interna que ingresan ya escarados o que en su estancia hospitalaria se escaran, al no existir un protocolo para manejo de pacientes con úlceras por presión, la enfermera no puede valorar el grado de riesgo de desarrollar úlceras por presión de manera efectiva y fiable.

Existe falta de aseo en el Servicio de Medicina Interna que junto con el incontrolado ingreso de familiares de los internos con comida y bebidas no autorizadas en horas de visita genera un ambiente muy cerrado, de aire asfixiante que junto con los olores de los medicamento y comida es la mezcla perfecta para infecciones nosocomiales no solo de internos sino también de las visitas que tocan todo sin precaución alguna. Existen internos inmunodeprimidos con estadías prolongadas, esta condición afecta el riesgo de úlceras por presión. La falta de movilidad, y sensibilidad es un factor predominante para desarrollar fácilmente escaras en mal estado que terminan en intervenciones quirúrgicas, o incluso llegando a la muerte.

### 1.2.2.1 Árbol de Problemas

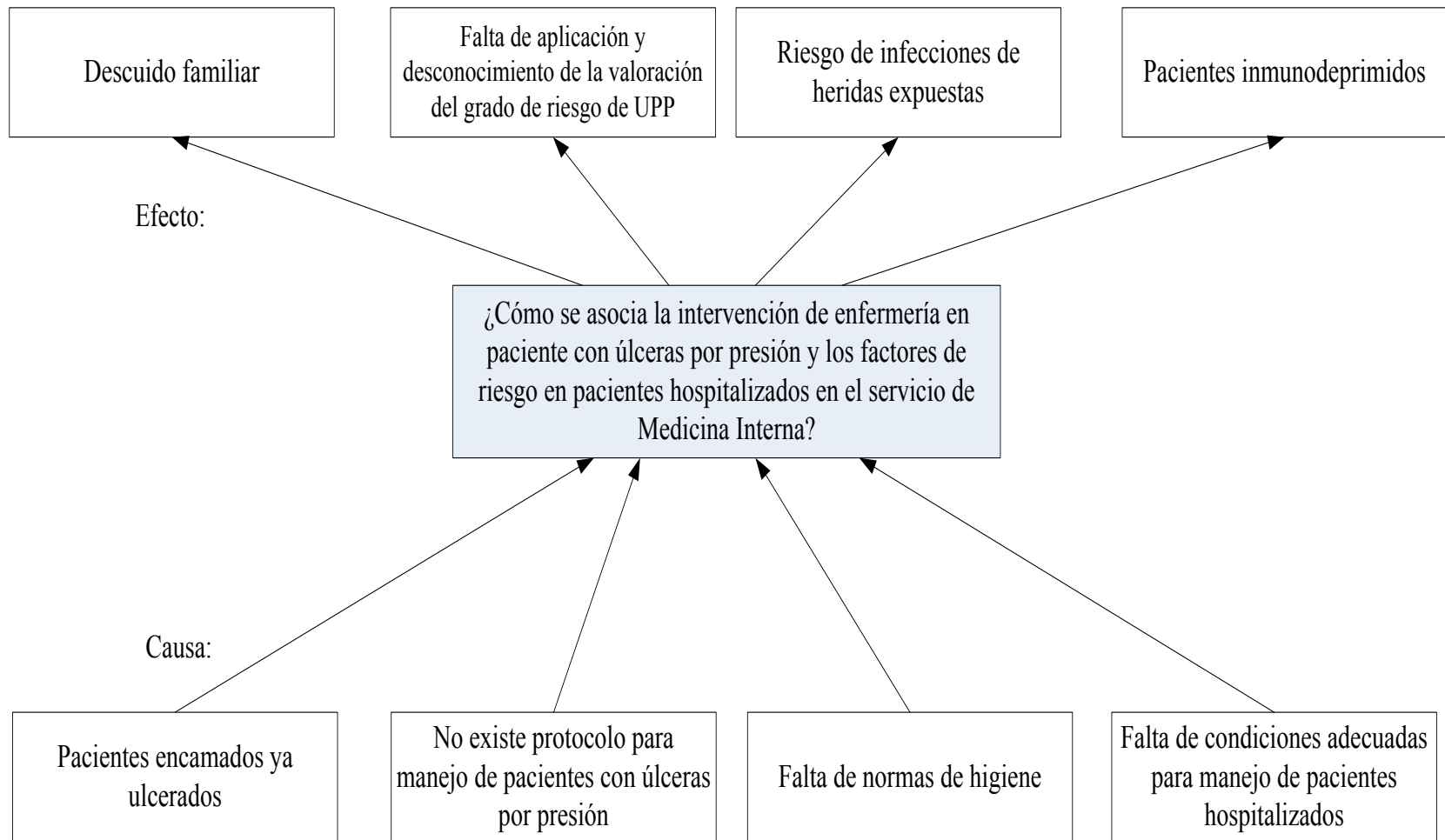


Fig. Nº: Nº1 Árbol de Problemas  
Realizado por: Verónica Pesantes

### **1.2.3 Prognosis**

De no darse solución a la intervención de enfermería en pacientes con úlceras por presión asociados a los factores de riesgo en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna se elevará el riesgo de desarrollar úlceras por presión y, los internos que ya están escarados corren el riesgo de gangrenarse y agravar su cuadro clínico, no por la patología por la que ingresó, sino por complicaciones en las úlceras por presión. En el servicio de Medicina Interna existe baja inmunidad por lo tanto los internos están expuestos a permanecer inmunodeprimidos, situación que deteriora su cuadro de salud, llevándolos a extremos que comprometan su vida y su pronta recuperación, con la preocupación de familiares y de la casa salud que elevaría aún más los costes hospitalarios.

### **1.2.4 Formulación del problema**

¿Cómo se asocia la intervención de enfermería en pacientes con úlceras por presión y los factores de riesgo de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna?

### **1.2.5 Interrogantes**

1. ¿Se valora a los pacientes el grado de riesgo de desarrollar úlceras por presión?
2. ¿Existen suficientes insumos para brindar cuidados de enfermería acorde a las necesidades del paciente?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo para que se produzcan las úlceras por presión?



4. ¿En qué patologías son más propensas a aparecer las úlceras por presión?
5. ¿Existen tipos y grados de úlceras por presión?
6. ¿Existe un protocolo o manual para manejo de pacientes con úlceras por presión?

#### **1.2.6 Delimitación del objeto de investigación**

- Delimitación Espacial.- La investigación se llevará a cabo en el Servicio de Medicina interna del HPDA.
- Delimitación Temporal.- Este problema será estudiado en el Periodo de enero a junio del 2011.
- Delimitación de contexto.-
  - Campo: Enfermería
  - Área: Medicina interna
  - Objeto de estudio: Intervención de enfermería en pacientes con úlceras por presión

#### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Las úlceras por presión constituyen uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de enfermería siendo un gran reto y una gran responsabilidad tanto en prevención como en tratamiento de pacientes internos en el Servicio de Medicina Interna ya ulcerados.

La presente investigación es importante porque de la intervención de enfermería, depende la buena evolución y resolución de las úlceras

por presión, además de ser un indicador claro de calidad asistencial tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalario porque agravan seriamente el estado general del paciente por aumento de riesgo de infección y complicaciones metabólicas.

Es de interés terapéutico porque pueden deteriorar y complicar un tratamiento integral, prolongar la estancia hospitalaria. Suponen una sobrecarga de trabajo para la enfermería, ocasionar pérdida de autonomía, independencia y autoestima.

Es factible de realización porque se cuenta con el apoyo de la líder de enfermería del Servicio de Medicina Interna quien facilitará el ingreso al servicio para la investigación de campo y la toma de datos que permitan conocer la realidad del problema y proponer alternativas de solución en beneficio de los pacientes que se encuentran hospitalizados, de sus familias y equipo de salud que labora en el área.

Al no haber un registro de cuidados que debe proporcionar la enfermera para su intervención oportuna de forma racional y sistemática, que individualice y cubra las necesidades del paciente propenso a úlceras por presión o ya escarado, no permite el conocimiento del estado del paciente en cada momento del proceso de hospitalización; siendo necesario dotar al servicio de un protocolo de intervención de enfermería para pacientes con úlceras por presión.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 GENERAL**

Identificar los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión asociados a factores de riesgo en pacientes hospitalizados para mejorar la calidad de atención en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato.

### **1.4.2 ESPECÍFICOS**

- Determinar los cuidados de enfermería que se brinda a los pacientes con úlceras por presión en el Servicio de Medicina Interna
- Analizar cuáles son los factores de riesgo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.
- Proponer un protocolo de cuidados de enfermería para prevenir y controlar las úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

Se ha investigado en los archivos de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Ambato donde se pudo determinar que existe un trabajo investigativo relacionado al presente tema.

Gavilanes Vargas Gloria Herlinda, en su trabajo de investigación “Úlceras por presión y su incidencia en pacientes inmovilizados que ingresaron al servicio de medicina interna del HPDA en el período de septiembre a diciembre 2003”, llegó a las siguientes conclusiones:

- Las úlceras por presión se pueden evitar mediante unas buenos cuidados de enfermería y con la colaboración de todo el personal de salud
- Se debe buscar el tratamiento más adecuado y observando la evolución y tipo de úlcera.
- El personal de enfermería del Servicio de Medicina Interna no cuenta con fuentes bibliográficas necesarias sobre cuidados de úlceras por presión
- No hay una buena colaboración de los familiares con estos pacientes por falta de recursos económicos, no compran todo lo necesario para su pronta recuperación.

#### **2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

Si la ciencia utiliza la investigación para la producción de nuevos conocimientos, teorías, a su vez la investigación es precedida por enfoques paradigmáticos, es decir, se aplica igual en la disciplina de

enfermería que, desde sus fundamentos teóricos y de su práctica, necesita continuar en el camino de construcción de investigación desde cualquiera de las visiones o paradigmas. En la evolución histórica de investigación en enfermería, Polit y Hunter (2000) registran su aparición en 1859 con los apuntes de enfermería de Florence Nightingale, quien colectó y analizó datos sobre factores ambientales que favorecen el medio físico y emocional.

Se registró el cambio de orientación en la investigación; se crea conciencia de generar base científica para la práctica de enfermería. En esta década enfermería parece no ser ajena al paradigma cuantitativo, pues las investigaciones responden más al método científico preestablecido; por otra parte se tiene el convencimiento que desde la teoría se genera bases científicas para la práctica, mas hoy existe el convencimiento que desde la práctica también se sientan bases para el conocimiento y transformación de la misma. Según el objeto de investigación los temas que investigaba la enfermera podían ser abordados desde ambas perspectivas.

Enfermería no ha sido ajena a los momentos histórico-sociales y culturales por los cuales se han generado los paradigmas cualitativo/cuantitativo; sin embargo, de acuerdo a los temas investigados por enfermeras, podrían ser abordados desde cualquiera de los paradigmas.

En enfermería, su objeto disciplinar es el cuidado, el cual se realiza en seres humanos quienes, como tales son dinámicos, cambiantes y únicos, por lo tanto no están sujetos necesariamente a un proceso ordenado por etapas, más sí, a través de procesos sistematizados, que le permitan en primer término comprender, interpretar y explicar un fenómeno. El objetivo de la investigación en enfermería debe estar por encima del dilema de los paradigmas, es comprender los

fenómenos que existen, que están allí, que influyen en las interacciones del cuidado, para apoyar intervenciones favorables a la vida misma. El enfoque de la investigación en enfermería debe salir de las necesidades y desde la concepción del saber de la disciplina, siempre orientados por el objeto de investigación y la visión del investigador.

### **2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

Esta investigación tiene el soporte legal en artículos, reglamentos y leyes promulgadas por la Constitución de la República del Ecuador

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional

## 2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

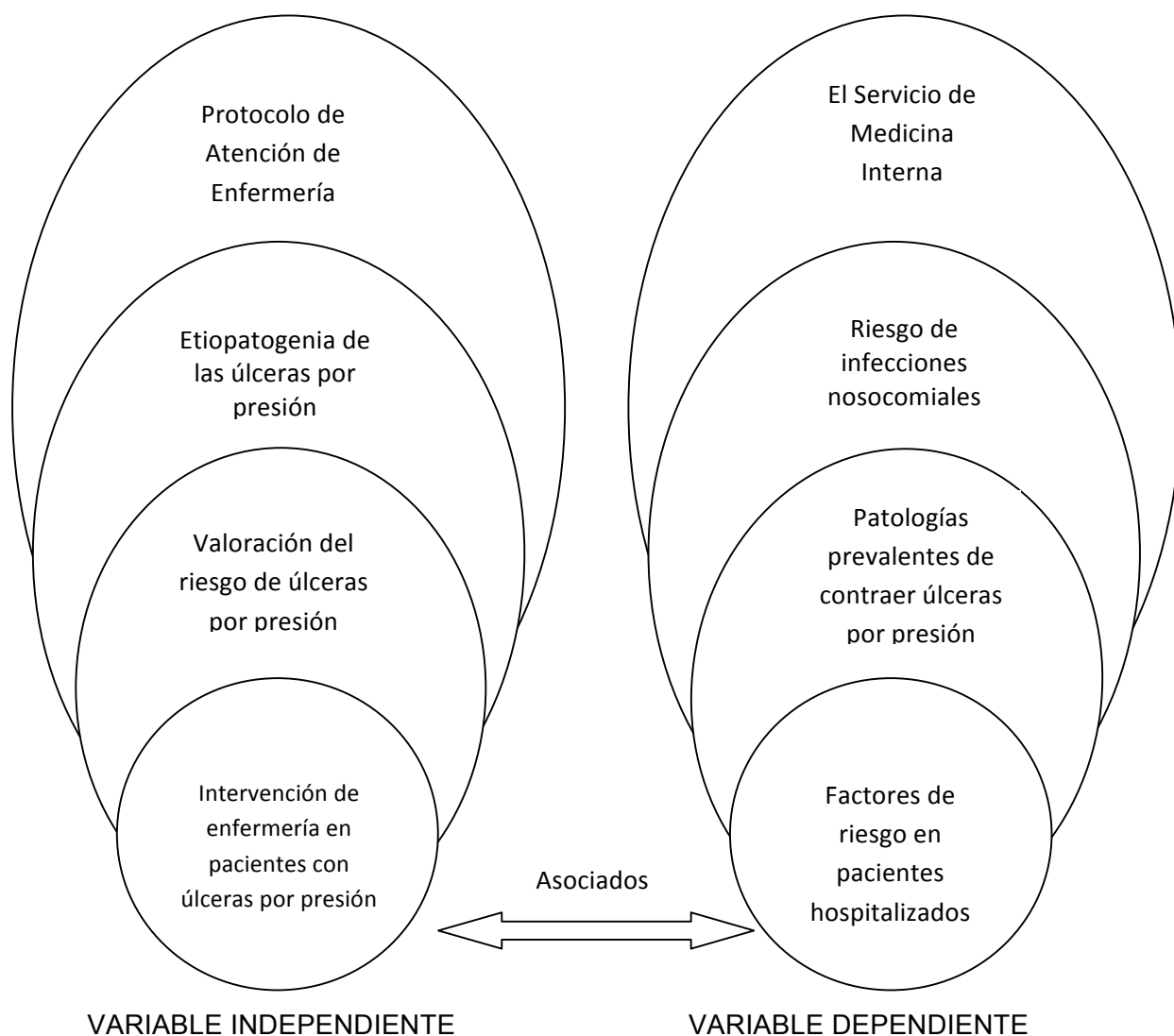


Fig. N°: N° 2: Red de categorías fundamentales  
Elaborado por: Verónica Pesantes

## **2.5 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA**

### **2.5.1 PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

#### **2.5.1.1 Definición**

Un Protocolo en Enfermería es el conjunto de actuaciones que sirven como estrategia para unificar criterios y acordar de forma conjunta el abordaje de diferentes técnicas, terapias y/o problemas de enfermería, basados en la evidencia científica más reciente. Además, permite su utilización como prototipo de media a la hora de evaluar la actuación protocolizada desde el mismo protocolo, es decir, aporta criterios de cumplimiento propios, así como posibles tomas de decisiones.

#### **2.5.1.2 Características**

Para que los Protocolos puedan ser considerados de calidad deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Ser ordenados.
- Precisos.
- Detallados.
- Simples.
- Escritos.
- Utilicen un formato único.

Describen actuaciones ordenadas en el tiempo con la finalidad de cubrir todo el proceso necesario para una determinada actividad en la que intervenga el personal de enfermería, pudiendo esta actividad pertenecer al área de conocimiento propia, o de colaboración con otros profesionales.

Al confeccionar un Protocolo debe recogerse de forma resumida y ordenada el conjunto de datos, tareas y actividades a realizar y no sólo las de la técnica concreta.



- Los Protocolos nos proporcionan directrices para la toma de decisiones.
- Deben estar redactados por los profesionales que las utilizarán.
- Su finalidad es verificar criterios de actuación ante un mismo proceso, evitando actuaciones repetitivas.

Para su elaboración deberán considerarse los componentes básicos de la calidad, tanto percibida como científico-técnica, pudiendo hacerlo a tres niveles:

#### **2.5.1.3 Estructura**

Definiendo los recursos necesarios esenciales que deben estar presentes para que el profesional pueda llevar a cabo sus actuaciones. En ocasiones, este nivel quedará representado por el descrito en los procedimientos generales o específicos utilizados en su desarrollo y que deberán estar citados en el texto.

#### **2.5.1.4 Proceso**

Describiendo qué, cómo y cuándo deben realizarse las actividades a los pacientes.

#### **2.5.1.5 Resultado**

Definiendo el cambio esperado o la conducta a observar en el estado de salud, nivel de independencia en los cuidados y su entorno mediante los cuidados de enfermería, así como el grado de satisfacción del paciente.

#### **2.5.1.6 Estructura**

Para la elaboración del documento se considera necesario la cumplimentación de, al menos, los siguientes apartados:

- **Título:**

Suficientemente descriptivo y excluyente.

- **Código:**

Alfanumérico.

- **Población diana:**

Segmento poblacional al que va dirigido, pudiendo detallar su impacto frecuencia de uso.

- **Descripción de la situación clínica:**

Donde de forma superficial se podrá realizar una descripción conceptual del problema, situación terapéutica o técnica diagnóstica y que servirá para colocarnos en situación.

- **Problemas del paciente:**

En forma de diagnósticos de enfermería o etiquetas diagnósticas.

- **Objetivos a conseguir en el paciente:**

Orientado desde el punto de vista de cuidados, representa los resultados esperados en el paciente, prueba o situación diagnóstica o terapéutica.

- **Intervenciones de enfermería:**

Donde se detallarán de forma lógica, cronológica y ordenada cada una de las acciones, procedimientos, etc., que se realizarán al paciente, o el desarrollo de un proceso técnico determinado, donde se especificará la temporalización de las acciones concretas, pautas, frecuencia, etc., y la posible toma de decisiones, explicitando los criterios que deberán cumplirse para ello.

- **Observaciones:**

Se consideran como los puntos de interés, recordatorios o de ampliación de la situación de cuidados. No son necesarios aunque sí convenientes. No son evaluables.

- **Evidencia científica:**

Representa la aportación bibliográfica en la que se fundamenta la propia Guía, y deberá ser suficientemente explícita y pertinente para asegurar la calidad científico-técnica de los cuidados proporcionados. Deberá ser lo suficientemente exhaustiva como para asegurar que lo que hemos planificado es lo mejor que se puede hacer para esa situación y está científicamente demostrado.

Deberá ser citada de acuerdo a las normas para las publicaciones biomédicas, siendo preferibles las basadas en revisiones sistemáticas disponibles.

#### **2.5.1.7 Norma del proceso**

Conjunto de normas que deberán cumplirse durante la dinámica de aplicación del protocolo, condiciones indispensables para el desarrollo eficiente de mismo.

#### **2.5.1.8 Diagrama de proceso**

Puede expresarse de forma gráfica como un diagrama de flujo el dinamismo del proceso, especificando las acciones, requerimientos, documentos y actores dentro del mismo, mediante símbolos internacionalmente aceptados.

Como complemento podrán anexarse los procedimientos completos que han sido citados en el texto, con el fin de que sirvan de instrumento bibliográfico y de referencia para el profesional, el neófito o para la actualización sistemática de los profesionales.

### **2.5.2 ETIOPATOGENIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**

#### **2.5.2.1 Definición**

Se define úlceras por presión como toda lesión de la piel originada por una presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea, o por la

fricción, cizalla o combinación de las mismas, causando una isquemia que provoca degeneración de dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso músculo y hueso.

La aparición de úlceras por presión es un proceso íntimamente ligado a los cuidados proporcionados por las profesionales de Enfermería, es el estamento sanitario más implicado y con más experiencia en este problema, constituyendo un área de cuidados específica tanto en lo que se refiere a su prevención, valoración o curación.

### **2.5.2.2 Etiopatogenia**

La principal causa de su 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 plano duro generalmente externos a él, representado por la cama, silla, calzado u otros objetos.

En 1958 Kosiak ya destacó la importancia de la presión y el tiempo de exposición de ésta. 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 sólo 70 mm Hg. mantenida durante dos horas, podía provocar lesiones isquémicas en todos los tejidos.

La presión capilar normal oscila entre 16 y 33mm Hg., lo que significa que presiones por encima de 16mm 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 un eritema cutáneo.

Éste es reversible si al retirar la presión desaparece, 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.

**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, sondas, etc.).

**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.

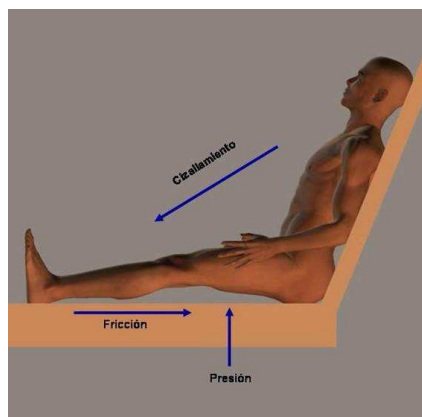


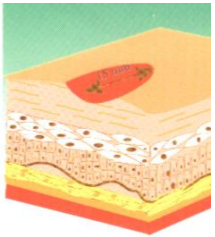
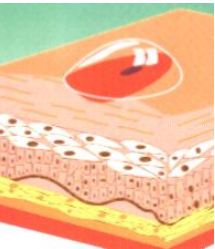
Fig. N°: N°3: posición fowler

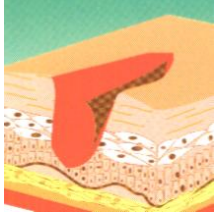

Así, por tanto, en la formación de las úlceras por presión se identifican 3 tipos de fuerzas: presión, fricción y cizalla.

### 2.5.2.3 Clasificación y Localización

En la evolución de las úlceras por presión pueden diferenciarse varios estadios. Desde este punto de vista la clasificación más aceptada es la propuesta por la Agencia para Programas e Investigación de los Cuidados de Salud de Estados Unidos (Agency for Health Care Policy and Research, AHCPH), basada en la clasificación original de Byrne y Feld, que diferencia cuatro estadios.

Tabla N°1: Estadios de úlceras por presión

ESTADIO	SIGNOS	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
-	Preúlceras . Epidermis intacta , adherente y eritema que desaparece al aliviar la presión	Apósitos transparentes Apósitos hidrocoloides Apósitos de poliuretano	Prevención y protección de la zona enrojecida .
	Epidermis intacta y adherente. Posible existencia de edema y/o eritema que disminuirá si se presiona y que tiene más de 15 mm. de diámetro	Apósitos hidrocoloides Apósitos hidrogeles Apósitos de espuma	Absorben los exudados. Ambiente húmedo.
	Equimosis cardenal en el tejido o en una ampolla o coloración oscura debajo de la piel de más de 5mm de diámetro. También una ampolla clara de más de 15 mm. de diámetro .	Apósitos hidrocoloides Pasta o gránulos hidrocoloides Hidrogeles	Permiten rellenar la cavidad absorbiendo mejor el exudado

	<p>Úlceras superficiales abiertas , posibles lesiones en la dermis e hipodermis , pero coloraciones oscuras de más de 5 mm de diámetro</p>	<p>Desbridamiento quirurgico. Enzimas : estreptoquinasa y estreptodornasa Dextranómero Yodocadexómero Apósitos hidrocoloides</p>	<p>Activan la fibrinolisis Eliminan los exudados y las bacteria por acción capilar.</p>
	<p>Úlcera por presión profunda y con exposición de víscera , hueso o tendón</p>	<p>Cirugía Dextranómero Yodocadexómero</p>	<p>Curas cada 24 horas</p>

El estadiaje correcto requiere la retirada previa de tejidos necróticos. La identificación del estadio es crucial para establecer la necesidad de vigilancia y cuidados preventivos. Debe prestarse especial atención a los pacientes con yesos, dispositivos ortopédicos y medias de compresión, vigilando la aparición de lesiones próximas o subyacentes a los mismos.

Resumiendo, las úlceras por presión, habitualmente se localizan en las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo. Las áreas de más riesgo serían la región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas.

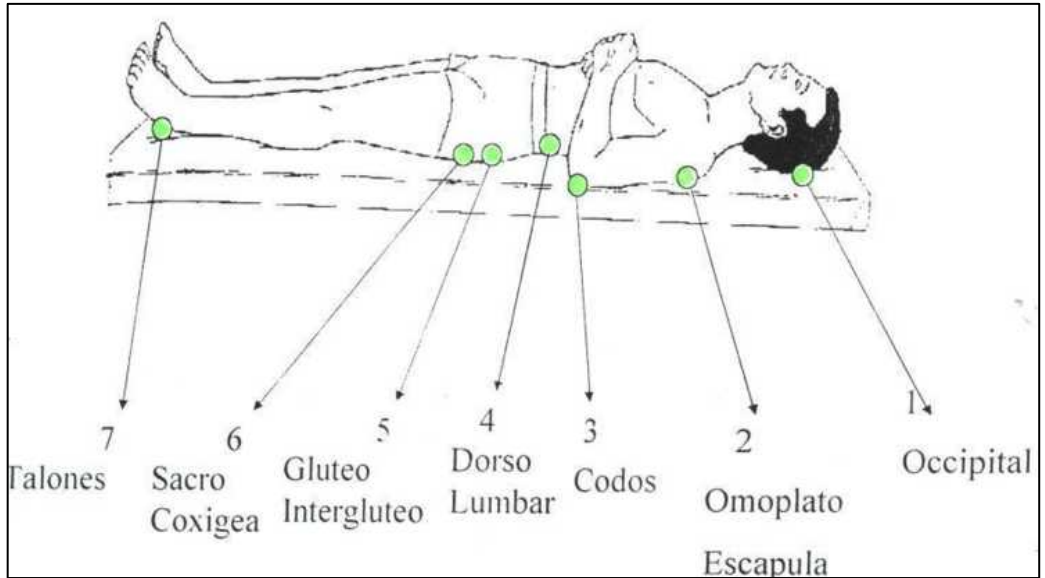


Fig. Nº: 4: zonas de presión en decúbito dorsal

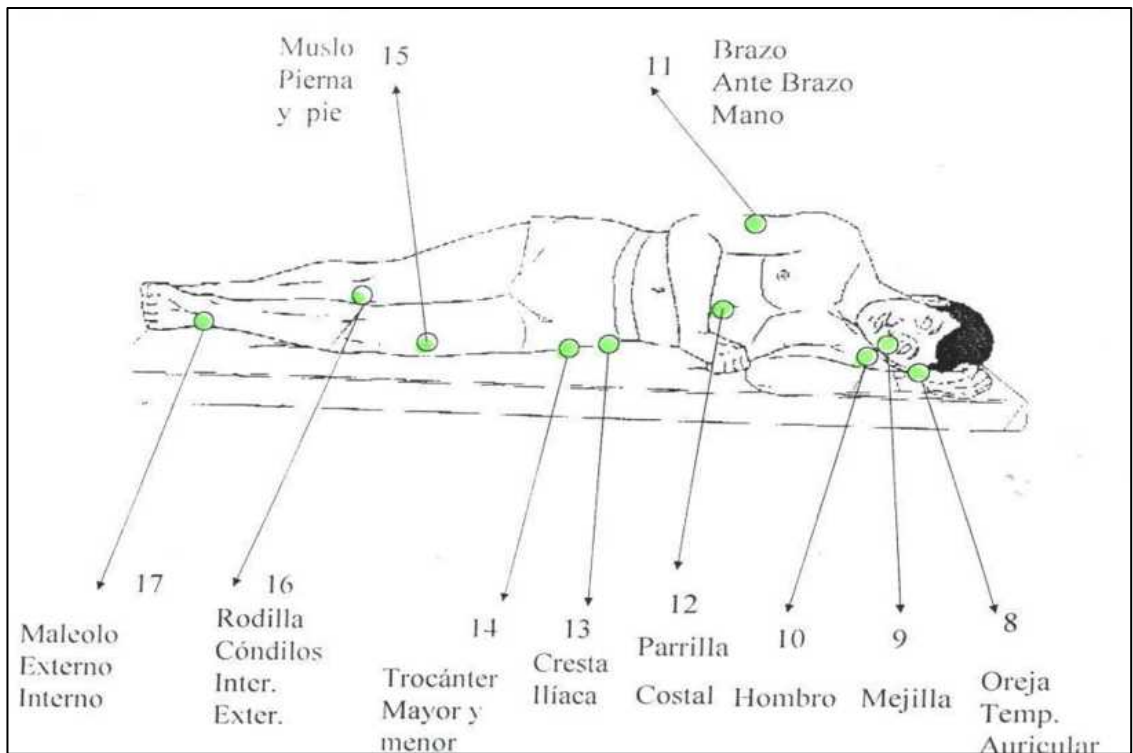


Fig. Nº:5: zonas de presión en decúbito lateral



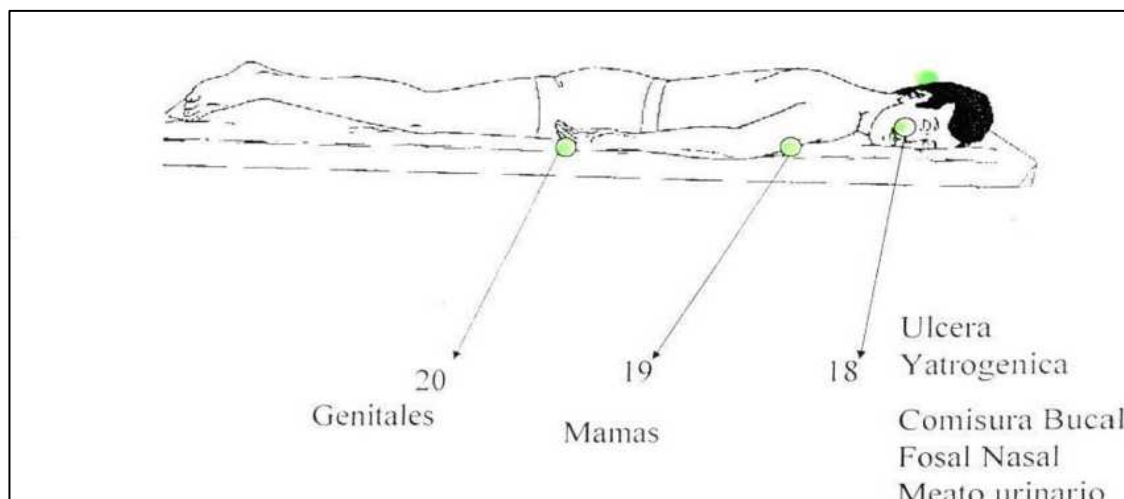


Fig. N°: 6: zonas de presión en decúbito prono

Las zonas de riesgo de aparición de una úlcera por presión varía según la posición que adopte el paciente. También se puede presentar entre los pliegues de la piel en personas obesas. Apareciendo entonces: debajo de las mamas, debajo de las nalgas, entre otros.

### 2.5.3 VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

La identificación de los pacientes que potencialmente pueden padecer este problema a través de la valoración de los factores de riesgo de ulceración es el primer paso para la puesta en práctica de los cuidados de prevención.

Una escala de valoración del riesgo de UPP es una herramienta de cribaje diseñada para ayudar a identificar a los pacientes que pueden desarrollar una UPP.

Las escalas de valoración del riesgo de presentar upp (escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión) constituyen un instrumento objetivo para valorar y poder tomar decisiones, estando por encima del propio juicio clínico.

Su uso sistemático aumentará la calidad de los cuidados que prestamos al enfermo.

Como norma general deberemos considerar a todos los pacientes que ingresan en nuestras unidades como de riesgo de padecer ulcera por presión, procediendo a confirmar o descartar este riesgo con la aplicación de una escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión.

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

Si el paciente no tiene riesgo, reevaluar semanalmente y especialmente si sufre intervención quirúrgica mayor a 10 horas, isquemia por cualquier causa, hipotensión, disminución de la movilidad, anemia, pruebas diagnósticas que requieran reposo durante al menos 24 horas o cambio en las condiciones del estado del paciente y su entorno.

La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) indica que las escalas son un complemento al juicio clínico y no deben usarse de manera aislada, por lo que es a pesar de determinar un riesgo bajo, nuestra experiencia nos lo indica, deberán considerarse como de riesgo. Es preferible aplicar medidas de prevención a algún paciente sin riesgo que luego curar una ulcera ya que los costes son mayores.

La adopción de una escala por parte de los profesionales se basará en una valoración y argumentación científica que tenga en cuenta, los requisitos que debe exigirse a una escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión ideal, estos son:

- SENSIBILIDAD, concepto que define sus características para identificar adecuadamente a los pacientes que tienen la enfermedad entre todos los que tienen riesgo.

- ESPECIFICIDAD, que definirá si identifica a los pacientes que no tienen la enfermedad entre los que no tienen riesgo.

- VALOR PREDICTIVO, definido de forma positivo, en cuántos pacientes detectados con riesgo entre el total que las desarrollan y como negativo, en cuántos pacientes sin upp, que fueron definidos como sin riesgo entre el total de lo que las han desarrollado.

Características de la escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión ideal:

- Alta sensibilidad
- Alta especificidad
- Buen Valor predictivo
- Facilidad de Uso
- Aplicable en diferentes contextos asistenciales

### 2.5.3.1 Escala de Norton Modificada

- Fue desarrollada por Doreen Norton y colaboradores en el año 1962.
- Valora 6 apartados con una escala de gravedad de 1 a 4.
- La puntuación máxima es de 20 puntos, i la mínima de 5 puntos.
- A menor puntuación mayor riesgo.

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
	APÁTICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

Fig. N°: 7: Escala de Norton Modificada

### Clasificación de riesgo:

Puntuación de 5 a 9----- riesgo muy alto.

Puntuación de 10 a 12----- riesgo alto

Puntuación 13 a 14 ----- riesgo medio.

Puntuación mayor de 14 ----- riesgo mínimo/ no riesgo.

### 2.5.3.2 Escala de ARNELL

Tabla N°2: Escala de Arnell

VARIABLE	0	1	2	3
<b>Estado mental</b>	Despierto y orientado.	Desorientado	Letárgico.	Comatoso.
<b>Incontinencia (se dobla la puntuación).</b>	No	Ocasional, nocturno o por stress	Urinaria (solamente)	Urinaria e intestinal
<b>Actividad (se dobla la puntuación)</b>	Se levanta de la cama sin problemas.	Camina con ayuda.	Se sienta con ayuda	Postrado en cama.
<b>Movilidad (se dobla la puntuación)</b>	Completa	Limitación ligera (ej. Paciente artrósico con articulaciones rígidas).	Limitación importante (parapléjico)	Inmóvil (tetrapléjico o comatoso).
<b>Nutrición</b>	Come de forma satisfactoria	Ocasionalmente rechaza la comida o deja cantidades considerables. (Se le debe de animar a ingerir líquidos).	No suele tomar ninguna comida completa. Deshidratado Ingesta mínima de líquidos.	No come.
<b>Aspecto de la piel</b>	Buena	Área Enrojecida	Pérdida de continuidad de la piel a nivel de úlcera grado I	Edema con fóvea. Discontinuidad de la piel ulcerada, grado II
<b>Sensibilidad cutánea</b>	Presente	Disminuida	Ausente en extremidades	Ausente.

Fig. N°: 8: Escala de Arnell

El riesgo de úlcera por decúbito aparece con puntuaciones iguales o mayores de 12

### 2.5.3.3 Escala NOVA 5

- **Estado mental:**
  - **Paciente consciente o alerta:** Es aquel paciente que está orientado y consciente. Puede realizar autocuidados en la prevención del riesgo.
  - **Paciente desorientado:** Es aquel que tiene disminuida la orientación en el tiempo y/o en el espacio. Puede estar apático. No puede realizar autocuidados por sí mismo de prevención del riesgo, necesita nuestra ayuda.
  - **Paciente letárgico:** Es aquel paciente que no está orientado en el tiempo ni en el espacio. No responde a órdenes verbales pero puede responder a algún estímulo.
  - **Paciente inconsciente o comatoso:** Es aquel paciente que tiene pérdida de conciencia y de sensibilidad. No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado.
  
- **Incontinencia:**
  - **Paciente continente:** Es aquel paciente que tiene control de esfínteres. Puede ser portador de sondaje vesical permanente.
  - **Paciente con incontinencia ocasional:** Es aquel que tiene el reflejo de cualquiera de los esfínteres disminuido o alterado. Puede llevar un colector urinario.
  - **Paciente con incontinencia urinaria o fecal:** Es aquel paciente que no tiene control del esfínter vesical o fecal y en caso de incontinencia urinaria no lleva sondaje vesical ni dispositivo colector.
  - **Paciente con incontinencia urinaria y fecal:** Es aquel paciente que no tiene control de ningún esfínter.
  
- **Movilidad:**
  - **Paciente con movilidad completa:** Es aquel paciente que tiene un grado de autonomía total. El tiempo de inmovilidad se ajusta al mínimo necesario.

- **Paciente con limitación ligera en la movilidad:** ES aquel paciente que tiene una ligera limitación que induce a un aumento del tiempo de inmovilidad por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sondaje nasogástrico, férulas, yesos, etc.). No necesita ayuda para cambiar de posición.
- **Paciente con limitación importante de la movilidad:** Es aquel paciente que tiene una limitación importante tanto por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sondas nasogástrica, etc.) como por causas propias (AVC., amputación de miembros inferiores sin prótesis, paroplejias, etc.) , que le produce un aumento del tiempo de inmovilidad. Siempre necesita ayuda para cambiar de posición.
- **Paciente inmóvil o encamado 24 horas:** Es aquel paciente que tiene disminuida al máximo su movilidad y siempre necesita ayuda de agentes externos para moverse. Es completamente dependiente.
  
- **Nutrición:**
  - **Paciente con nutrición correcta:** Es aquel que tiene un buen estado nutricional e hídrico, entendido éste como el volumen y tolerancia de la dieta. Tiene cubiertas las necesidades mínimas diarias y no tiene deficiencias nutricionales anteriores conocidas.
  - **Paciente con nutrición ocasionalmente incompleta:** Es aquel paciente en el que el volumen o la tolerancia de su nutrición diaria son ocasionalmente deficitarias. Tiene una constitución física que demuestra exceso o defecto de peso. Puede ser por: dejar ocasionalmente parte de la dieta oral (platos proteicos) o presentar alguna intolerancia a la nutrición enteral o parenteral.
  - **Paciente con nutrición incompleta:** Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y tiene deficiencias anteriores conocidas (hipovitaminosis, hipoproteinemia, etc.). Puede presentar sobrepeso, caquexia o

normopeso. Puede ser por : dejar diariamente parte de la dieta oral (platos proteicos); tener un aporte deficiente de líquidos enterales o parenterales (tanto si es por prescripción como por inapetencia); por intolerancia digestiva crónica mantenida (diarrea o vómitos).

- **Paciente sin ingesta oral:** No tiene ingesta oral por cualquier causa. Es aquel paciente que no tienen cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y/o además tiene desnutrición previa comprobada y/o pérdida importante de peso. Puede ser también por no tener ingesta oral, enteral ni parenteral por cualquier causa más de 72 horas.
  
- **Actividad:**
  - **Paciente que deambula:** Tiene deambulación autónoma y actividad completa.
  - **Paciente que deambula con ayuda:** Tiene alguna limitación para la deambulación y algunas veces necesita ayuda externa para deambular (soporte humano, bastones, muletas, etc.).
  - **Paciente que siempre precisa ayuda:** No puede deambular (silla de ruedas o andadores). Siempre necesita ayuda externa y de medios auxiliares para deambular.
  - **Paciente encamado:** No puede deambular. Está encamado las 24 horas. Puede tener periodos cortos de sedestación.

Según la puntuación obtenida de la aplicación de la escala se obtienen 4 categorías de riesgo:

- 0 puntos.....sin riesgo.
- De 1 a 4 puntos.....riesgo bajo.
- De 5 a 8 puntos.....riesgo medio.
- De 9 a 15 puntos.....riesgo alto.

### 2.5.3.4 Escala EMINA

Tabla N°3: Escala EMINA

	Estado mental	Movilidad	Humedad R/C Incontinencia	Nutrición	Actividad
<b>0</b>	Orientado Paciente orientado y consciente	Completa Autonomía completa para cambiar de posición en la cama o en la silla	No Tiene control de esfínteres o lleva sonda vesical permanente, o no tiene control de esfínter anal pero no ha defecado en 24 horas	Correcta Toma la dieta completa, nutrición enteral o parenteral adecuada. Puede estar en ayunas hasta 3 días por prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o con dieta sin aporte proteico. Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio	Deambula Autonomía completa para caminar
<b>1</b>	Desorientado o apático o pasivo Apático o pasivo o desorientado en el tiempo y en el espacio. (Capaz de responder a órdenes sencillas)	Ligeramente limitada Puede necesitar ayuda para cambiar de posición o reposo absoluto por prescripción médica	Urinaria o fecal ocasional Tiene incontinencia urinaria o fecal ocasional, o lleva colector urinario o cateterismo intermitente, o tratamiento evacuador controlado	Ocasionalmente incompleta Ocasionalmente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio.	Deambula con ayuda Deambula con ayuda ocasional (bastones, muletas, soporte humano, etc.)
<b>2</b>	Letárgico o hipercinético Letárgico (no responde órdenes) o hipercinético por agresividad o irritabilidad	Limitación importante Siempre necesita ayuda para cambiar de posición	Urinaria o fecal habitual Tiene incontinencia urinaria o fecal, o tratamiento evacuador no controlado	Incompleta Diariamente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio	Siempre precisa ayuda Deambula siempre con ayuda (bastones, soporte humano, etc.)
<b>3</b>	Comatoso Inconsciente. No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado	Inmóvil No se mueve en la cama ni en la silla	Urinaria y fecal Tiene ambas incontinencias o incontinencia fecal con deposiciones diarreicas frecuentes	No ingesta Oral, ni enteral, ni parenteral superior a 3 días y/o desnutrición previa. Albúmina y proteínas con valores inferiores a los estándares de laboratorio	No deambula Paciente que no deambula. Reposo absoluto

Sin riesgo: 0;  
Riesgo bajo: 1-3;  
Riesgo medio: 4-7;  
Riesgo alto: 8-15



### **2.5.3.5 Escala de WATERLOW**

#### **Criterios de puntuación:**

Relación peso/talla: 0 media, 1 superior a la media, 2 obeso, 3 inferior a la media.

Tipo de piel y aspecto visual de las áreas de riesgo: 0 sana, 1 fina, 1 seca, 1 edematosa, 1 fría y húmeda, 2 color alterado, 3 lesionada.

Sexo/edad: 1 varón, 2 mujer, 1 14-49 años, 2 50-64 años, 3 65-74 años, 4 75-80 años, 5 más de 81 años.

Continencia: 0 completa, sondaje vesical, 1 incontinencia ocasional, 2 sonda vesical/incontinencia fecal, 3 doble incontinencia.

Movilidad: 0 completa, 1 inquieto, 2 apático, 3 restringida, 4 inerte, 5 en silla

Apetito: 0 normal, 1 escaso/sonda nasogástrica, 2 líquidos i.v., 3.

anorexia/dieta absoluta

#### **Riesgos especiales:**

**Malnutrición tisular:** 8 estado terminal/caquexia, 5 insuficiencia cardíaca, 6 enfermedad vascular periférica, 2 anemia, 1 fumador

**Déficit neurológico:** 5 diabetes, paraplejia, ACV.

**Cirugía:** 5 cirugía ortopédica por debajo de la cintura, 5 más de 2 horas en mesa de quirófano.

**Medicación:** 4 esteroides, citotóxicos, antiinflamatorios en altas dosis

**Puntuación:** más de 10 puntos, en riesgo; más de 16 puntos, alto riesgo; más de 20 puntos, muy alto riesgo.

#### **2.5.4 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN**

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Según los estadios, la intervención de enfermería en pacientes con úlceras por presión es el siguiente:

Tabla N°4 Intervención de enfermería en úlceras por presión

<b>FASE DE LIMPIEZA</b>	
<b>GRADO I</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Limpieza con Suero Fisiológico a chorro</li> <li>2. Protección con Mephentol o Varihesive Extrafino</li> <li>3. Eliminación de la presión</li> </ol>
<b>GRADOS II/III/IV</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Limpieza con Suero Fisiológico a chorro</li> <li>2. DESBRIDAMIENTO: (*) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>NECROSIS SECA (placa necrótica dura)</i></li> <li>- Irujol + Apósito gasas húmedas c/24 h.</li> <li>- Intrasite + Apósito gasas ó Varihesive Gel Control c/24 ó 48 h. [cuadricular la escara con bisturí y valorar desbridamiento]</li> <li>▪ <i>NECROSIS HÚMEDA (placa blanda)</i></li> <li>- 1º Desbridamiento con bisturí (valorar si precisa analgesia previa)</li> <li>- 2º Intrasite + Apósito de gasas ó Varihesive Gel Control c/24 ó 48 h.</li> <li>▪ <i>ESFACELOS</i></li> <li>- Irujol + Apósito gasas húmedas ó Varihesive Gel Control</li> <li>- Intrasite + Apósito Gasa ó Varihesive Gel Control</li> </ul> </li> <li>3. Protección de la piel perilesional con pasta lassaróanticongestiva (**)</li> <li>4. Apósito oclusivo + almohadilla si precisa</li> </ol>
<b>SITUACIONES ESPECIALES</b>	
<b>INFECCIÓN Grados II/III/IV</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavado con Suero Fisiológico a chorro ó Metronidazol</li> <li>2. Desbridamiento del tejido desvitalizado (*)</li> <li>3. Aplicación de Flammazine pomada + TulgrasumAnt. + Apósitos gasas c/12 ó 24 h.</li> <li>4. Protección de la zona y de la piel perilesionada (**)</li> </ol>

<b>CAVITACIÓN Grados II/III/IV</b>	<p>Dependiendo de la cantidad de exudado...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Escaso: Intrasite + Apósito Varihesive Gel Control c/24 h.</li> <li>○ Abundante: SeasorbSoft + Apósito gasas ó Varihesive Gel Control c/24 h.</li> </ul>
<b>TUNELIZACIÓN Grados II/III/IV</b>	Cintas de SeasorbSoft + Apósito gasas ó Varihesive Gel Control c/24 h.
<b>OLOR</b>	Lavado con Metronidazol + Malla de carbón activado en la cura
<b>FASE DE CURACIÓN</b>	
<b>GRANULACIÓN</b>	<p>Dependiendo de la cantidad de exudado...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Escaso: Intrasite + Apósito gasa ó Varihesive Gel Control c/24 ó 48 h.</li> <li>○ Moderado: Apósito Varihesive Gel Control c/24 ó 48 h.</li> <li>○ Abundante: SeasorbSoft + Apósito gasas ó Varihesive Gel Control c/24 ó 48 h.</li> </ul>
<b>EPITELIZACIÓN</b>	Apósito Varihesive Extrafino en zonas de mayor presión o en relieves óseos

#### 2.5.4.1 Cuidados de la piel

- Examinar el estado de la piel diariamente (C), haciendo mayor hincapién:
- Prominencias óseas (sacro, talones, caderas, tobillos, codos etc.) y puntos de apoyo según la posición del paciente
- Zonas expuestas a humedad (por incontinencia, transpiración, estomas, secreciones, drenajes etc.)
- Presencia de sequedad, eritema, maceración etc.

- Zonas en contacto con dispositivos terapéuticos (sondas vesicales, nasogástricas, gafas de oxígeno)

Inspeccionar la piel tras procedimientos prolongados que implican una reducción de la movilidad y en los que el paciente está sobre una superficie de apoyo dura (por ejemplo un examen radiológico de larga duración).

- La higiene es un aspecto fundamental que va a estar relacionado con la imagen y la autoestima
- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca.
- Fomentar la participación del enfermo en su higiene diaria de acuerdo a sus posibilidades.
- Lavado con agua tibia y jabón de potencial irritativo bajo para no alterar el Ph ácido de la piel.
- Es muy importante un buen secado sin fricción sobre todo en los pliegues, entre los dedos, debajo de las mamas, axilas...
- Realizar el aseo tantas veces como lo precise el paciente, especialmente si está sudoroso o presenta incontinencia.
- Hidratar la piel con aceites o cremas procurando su completa absorción.
- No utilizar sustancias irritantes (alcoholes, colonia) ni secantes como el talco.
- El cambio de ropa de cama se realizará moviendo al enfermo pero sin arrastrarlo.
- La sábana encimera, colcha y mantas deben quedar huecas evitando la presión en zonas de riesgo.
- Utilizar lencería de tejidos naturales
- NO aplicar masaje en zonas enrojecidas ni sobre prominencias óseas.

- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en las zonas de riesgo o ante la aparición de eritema no blanqueante (A) (15) extendiendo el producto hasta su total absorción sin masajear.

Tabla N°5: Ácidos grasos hiperoxigenados

<b>ÁCIDOS GRASOS HIPOXIGENADOS (AGHO)</b>	
COMPOSICIÓN:	Ácidos grasos esenciales (linoléico, linolénico, palmítico y esteárico).
PRESENTACIÓN:	Solución tópica en spray
PROPIEDADES:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mejora la hidratación de la piel y evita la sequedad cutánea, aumentando su resistencia al rozamiento.</li> <li>▪ Mantiene el nivel de oxigenación de los tejidos de apoyo, aumentando la microcirculación sanguínea y evitando la isquemia tisular.</li> <li>▪ Impulsa la renovación celular dérmica</li> </ul>
INDICACIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevención de las úlceras por presión</li> <li>▪ Tratamiento de las úlceras por presión de estadio I</li> </ul>
CONTRA-INDICACIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibilidad a alguno de sus componentes</li> </ul>
MODO DE EMPLEO	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aplicar sobre la piel íntegra</li> <li>▪ Realizar una o dos pulverizaciones sobre la zona a tratar</li> <li>▪ Extender el producto con las yemas de los dedos hasta su total absorción</li> <li>▪ Repetir la operación 2 o 3 veces al día</li> </ul>

#### **5.4.4.2 Exceso de humedad**

Debemos valorar y tratar los diferentes procesos que pueden originar un exceso de humedad en la piel: sudoración profusa, drenajes, exudado de heridas, incontinencia etc.

Exceso de sudoración: Cambiar la ropa todas las veces que se precise.

Control de drenajes: usar dispositivos adecuados como bolsas de colostomía, redones, etc.

Control del exceso de exudado: aplicar apósitos con capacidad de absorción.

Incontinencia: aumenta el riesgo de aparición de lesiones por presión

La piel se vuelve vulnerable debido a la humedad y/o irritación química de la orina o heces. Esto puede alterar la barrera protectora de la piel, haciéndola frágil y aumentando la probabilidad de lesiones.

Existen lesiones por incontinencia que en ocasiones se confunden con úlceras por presión, y otras veces van asociadas a éstas. Las diferencias entre ambas es que las lesiones por incontinencia tienen apariencia purpúrea más que rojiza, pueden estar edematosas, maceradas y/o excoriadas siendo muy improbable que aparezca en prominencias óseas (en este caso es probable que sean de etiología mixta) El paciente puede presentar incontinencia fecal, urinaria o mixta.

**a) Actuación frente a la incontinencia:**

- Reeducación del esfínter.
- Cambiar el pañal en cuanto esté mojado.
- Lavado, aclarado y secado de la piel en cada cambio de pañal.
- Valorar la colocación de colector de orina y si es necesario una sonda vesical (comentar con facultativo).
- Para la incontinencia fecal existen en el mercado bolsas y tapones.

En las zonas de la piel que inevitablemente queden expuestas a humedad excesiva y continuada, aplicar cremas a base de zinc o productos barrera no irritantes, como son las películas cutáneas.

**5.4.4.3 Nutrición e ingesta de líquidos**

La desnutrición es un factor de riesgo importante para la formación de las úlceras por presión.

Para valorar si el paciente está correctamente nutrido e hidratado, pueden ser útiles una serie de indicadores:

- Nivel de albúmina  $\geq 3.5$
- Recuento linfocitario total  $\geq 1800$
- Peso  $< 80\%$  del ideal

Se debe garantizar un aporte nutricional e hídrico completo para disminuir el riesgo de ÚLCERAS POR PRESIÓN. El paciente debe seguir una dieta equilibrada, ajustada a sus necesidades, en función de la edad, género, actividad física que realiza, estado fisiológico y patológico y los deseos del individuo, aportando todos los nutrientes necesarios sin carencias ni excesos.

Se recomienda de forma general una ingesta de:

Calorías: 30-35 Kcal./Kg-/DIA (según género)  
PROTEÍNAS: 1'25-1'50 gr./Kg./DÍA  
APORTE HÍDRICO: 30cc/kg/día

Hay que controlar y registrar la ingesta de alimentos y líquidos de todos los pacientes, haciendo especial hincapié en aquellos que presenten un NORTON inferior a 14.

El paciente con alto riesgo de desarrollar ÚLCERAS POR PRESIÓN requiere una dieta

hiperprotéica e hipercalórica y en caso de que presente alguna úlcera por presión se precisa del aporte de nutrientes que faciliten el proceso de cicatrización

(Vitaminas, minerales, grasas, aminoácidos – albúmina y arginina-)

Si con la dieta habitual no se consigue una nutrición adecuada se pueden administrar suplementos nutricionales hiperprotéicos.



#### **5.4.4.4 Manejo de la presión**

Un correcto manejo de la presión disminuye la aparición de úlceras por presión, por lo que consideraremos los siguientes puntos:

- a) La movilización.
- b) Los cambios posturales.
- c) Posiciones terapéuticas.
- d) Protecciones locales.
- e) Superficies especiales para el manejo de la presión.

##### **a) Movilización.**

Deberemos elaborar un plan de cuidados que favorezca la movilidad y actividad del paciente.

- En la cama proporcionaremos dispositivos como el trapecio, barandillalateral etc. para facilitar el movimiento independiente.
- Para facilitar las movilizaciones y los cambios posturales, se deberá colocar perfectamente estirada una entremetida o sábana travesera bajo el paciente, evitando así arrastrar al enfermo en la cama.
- Informar de la importancia que tiene sobre la circulación la realización de ejercicios activos y pasivos.
- Si el paciente lleva tubos, drenajes, sondas etc. fijarlos de modo que no interfieran en los movimientos.
- Si se precisa, utilizar grúa para los traslados cama-sillón.
- Levantar al sillón en cuanto sea posible aumentando gradualmente el tiempo de sedestación.
- Proporcionar dispositivos para la deambulaci3n.

## **b) Cambios posturales**

Permiten evitar o aligerar la presión prolongadas en pacientes conmovilidad limitada, estos cambios deben ser más frecuentes a mayor peso del individuo.

- En pacientes encamados cambios cada 2-3h siguiendo una rotación programada e individualizada, según el riesgo y las características del paciente. Esta frecuencia vendrá determinada por los resultados de inspección de la piel y las necesidades individuales.
- Durante la noche coordinaremos el cambio postural con otras actividades (cambio de pañal, medicación) respetando en lo posible el descanso del paciente. Es aconsejable que no superen las 4 horas.
- En lo posible hacer coincidir los cambios posturales con el momento de mayor acción de algún analgésico pautado
- En periodos de sedestación se efectuarán movilizaciones horarias
- y no permanecerá más de 2h.
- Favorecer la autonomía en las movilizaciones. Enseñar al paciente a moverse (si puede hacerlo) cada 15 minutos haciendo cambios de postura y/o pulsiones (ejercicios de contracción y relajación).
- Evitar presión en la zona lesionada, lo tendremos en cuenta a la hora de programar la rotación. Si la lesión fuera en zona sacra se evitará la sedestación o se mantendrá el mínimo tiempo posible.
- Mantener la alineación corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
- Evitar fricciones y arrastres en las movilizaciones.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí y elevar talones para eliminar la presión sobre los mismos.
- Elevar la cama máximo 30° y durante el mínimo tiempo posible.
- En decúbito lateral no debe superarse los 30°, para evitar apoyarse sobre los trocánteres, y elevar la zona de los pies máximo 20°. Porello se recomiendan decúbitos laterales parciales
- Es aconsejable tener un sistema rotatorio de cambios de postura.

### c) Posiciones terapéuticas

**Decúbito supino:** colocar almohadas debajo de la cabeza, de la cintura, de las piernas, una apoyando la planta del pie y dos opcionales debajo de los brazos. Deben quedar libres de presión los talones, glúteos y zona sacro-coxígea, escápulas y codos. Las piernas ligeramenteseparadas, los pies y las manos en posición funcional y evitar la rotación del trocánter la prevención y tratamiento de las úlceras sacro-coxígeas y trocantéreas y está contraindicada en pacientes con lesiones torácicas, cardiacas y con respiración asistida.



Fig. N°: N°8: Posición decúbito supino

Las almohadas se colocarán debajo de la cabeza, abdomen, muslos, piernas y opcional debajo de los brazos. Deben quedar libres de presión la cresta ilíaca, rodillas y primer dedo de los pies. El tórax debe quedar libre para respirar con comodidad.

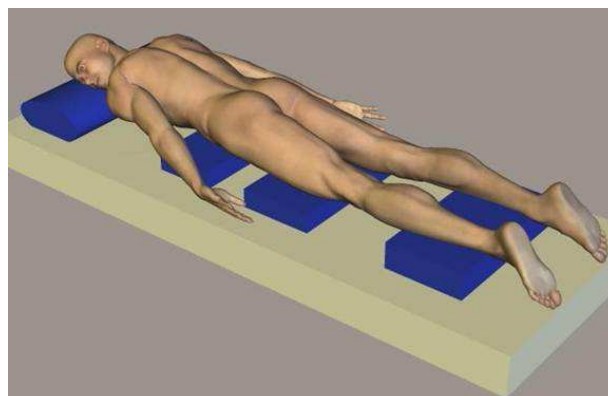


Fig. N°: 9: Posición dorsal

**Decúbito lateral:** colocar una almohada debajo de la cabeza, una apoyando la espalda y una entre las piernas. Precauciones: la espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45-60°, las piernas en ligera flexión, los pies en ángulo recto con la pierna. Los pies y las manos estarán en posición funcional.

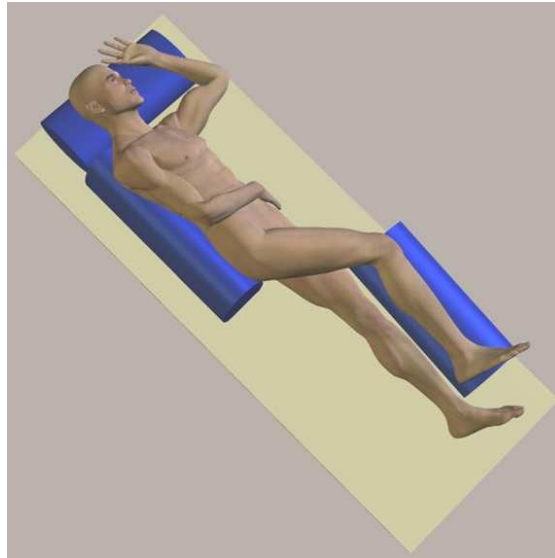


Fig. N°: 10: Posición lateral

**Sedestación (sentado):** sentarse correctamente, con la espalda recta. Se colocarán almohadas detrás de la cabeza, espalda, debajo de cada brazo, y pies.

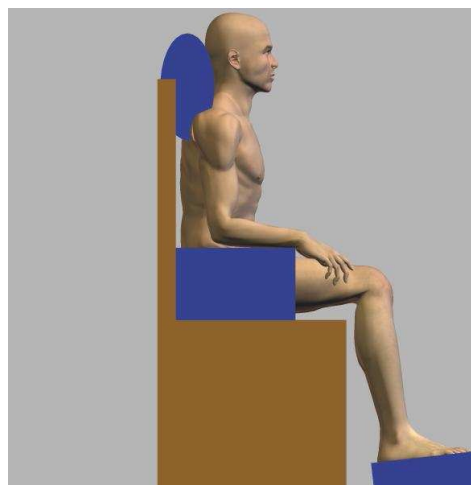


Fig. N°: 11: Posición sedestación

#### **d) Protección local.**

Se llevará a cabo en las zonas más vulnerables al roce y la presión: zona sacra, trocánteres, occipital, codos y talones.

Los talones son especialmente vulnerables debido a su estructura anatómica, por el efecto de la inmovilidad de las EEII y por soportar niveles de presión continua. Para reducir las posibles lesiones en las prominencias usar apósitos de protección hidrocoloides (para reducir la fricción) y espumas de poliuretano.



Fig. N°: 12: Protección local

En codos y talones NO utilizar vendajes almohadillados, se recomienda el uso de taloneras y coderas de espuma de poliuretano sujetas con malla no compresiva que permitan la inspección de la zona que se deberá realizar diariamente. Contraindicados los vendajes de crepé. Merecen especial vigilancia las lesiones de origen iatrogénico.

#### **e) Superficies especiales de apoyo.**

Son superficies diseñadas especialmente para el manejo de la presión, reduciéndola o aliviándola: camas, colchones, colchonetas, cojines de asiento. Los individuos “en riesgo” no deberán ser colocados encima de colchones convencionales. Podemos clasificar las SEMP en estáticas, que reducen la presión y endinámicas, que eliminan la presión.

**f) Educación sanitaria.**

Una correcta educación sanitaria favorece la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Los programas educativos para la prevención de úlceras por presión deben ser impartidos y dirigidos a proveedores de cuidados de salud, pacientes, familias y cuidadores.

**g) Prevención y tratamiento de úlceras por presión**

Los programas de educación sanitaria deben ser estructurados y adaptados a las características del paciente (previa valoración de sus capacidades).

Elaborar guías de recomendaciones para el autocuidado con la implicación del paciente y de la familia en todo el proceso, ambos deben ser informados de la importancia y las repercusiones de una úlcera por presión, no solo para el propio paciente, sino también para el Sistema Sanitario.

Deben conocer: qué son las úlceras por presión, dónde y en quién aparecen, factores de riesgo, cómo evitarlas o minimizarlas. Enseñarles a inspeccionar la piel, los cambios y cuidados de ésta, métodos de alivio de presión, señales de alarma, adaptado a sus necesidades y recursos.

Informarles sobre la importancia de una buena alimentación, cómo mantener una posición anatómica correcta y la realización de los cambios posturales.

El objetivo es que los pacientes y sus familias sean sujetos activos en la prevención y tratamiento de este tipo de lesiones para lograr una mayor independencia en el mantenimiento y/ o mejora de su propia calidad de vida.

## 2.5.5 FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

**Humedad:** Cuando la piel presenta humedad, existe más riesgo de formación de úlceras. La humedad reduce la resistencia de la piel a otros factores físicos, tales como la presión o las fuerzas de cizallamiento.

La humedad puede proceder de: Drenaje de una herida, transpiración, sistema de humidificación de Oxígeno, vómitos y de incontinencia. El tiempo prolongado de exposición a la humedad aumenta el riesgo a úlceras por presión.

**Nutrición Deficiente:** Aumenta el riesgo de aparición de úlceras por presión. Debido a que los pacientes con una baja nutrición presentan atrofia muscular y reducción del tejido subcutáneo, por ende los efectos de la presión se ven aumentados. El riesgo que desencadena una nutrición deficiente está relacionado con:

**Edema:** Esta relacionado con el desbalance de líquidos y electrolitos, ya que desencadena una migración de líquido extracelular a los tejidos produciéndose el edema. El riego sanguíneo al tejido edematoso se ve reducido.

**Anemia:** La presencia de anemia aumenta el riesgo de úlceras por presión porque los menores valores de Hb, ocasionan una disminución de la cantidad de oxígeno en sangre y por consecuente a los tejidos.

Existen otros factores relacionados con el sexo, edad, patología subyacente y condiciones de heridas. Otras condiciones que predisponen las úlceras por presión:

**Infección:** El paciente con infección suele tener fiebre, alterando el metabolismo, haciendo que un tejido hipóxico sea más susceptible a

lesiones. Además un episodio febril, produce diaforesis contribuyendo a una humedad excesiva.

**Alteración de la circulación periférica:** Al disminuir la circulación periférica, el tejido se vuelve hipóxico y más susceptible a las lesiones isquémicas. Esto se da en pacientes con problemas vasculares, shock o con farmacoterapia vasopresora.

**Obesidad:** La vascularización del tejido adiposo es escasa , por lo que los tejidos adiposos y subyacentes son más susceptibles a los daños isquémicos.

**Caquexia:** El paciente caquéxico a perdido el tejido adiposo necesario para proteger las prominencias óseas de la presión.

Tabla N°6: factores de riesgo

FACTORES INTRÍNSECOS	FACTORES EXTRÍNSECOS
Condición física: Inmovilidad	Perfumes, agentes de limpieza
Alteraciones de la eliminación (urinaria y/o fecal)	Humedad
Alteraciones respiratorias	Estancia
Diabetes	Superficie de apoyo
Edad	Sondaje: vesical nasogástrico. Fijaciones, férulas
Malnutrición/deshidratación	Intervenciones quirúrgicas, con duración superior a tres horas, pueden provocar LPP
Factores psicológicos	Fármacos (AINES, corticoides, inmunosupresores, Citotóxicos)
Trastornos sensoriales	Deterioro de la propia imagen del individuo en la enfermedad
Trastornos inmunológicos	La falta de educación sanitaria a los pacientes
Insuficiencia vasomotora	La falta de criterios unificados en la planificación de las curas por parte del equipo asistencial
Insuficiencia cardiaca	La falta o mala utilización del material de prevención, tanto del básico como del complementario
TA baja	Entorno socioeconómico
Vasoconstricción periférica	
Alteraciones endoteliales	
Anemia	
Septicemia	
Trastornos neurológicos	



Otros factores que contribuyen a la aparición de úlceras:

Son factores que contribuyen a la producción de úlceras y que pueden agruparse en estos cinco grandes grupos:

**Fisiopatológicos:**

- Como consecuencia de diferentes problemas de salud.
- Lesiones Cutáneas: Edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
- Trastorno en el Transporte de Oxígeno: Trastornos vasculares periféricos, éxtasis venoso, trastornos cardiopulmonares.
- Deficiencias Nutricionales (por defecto o por exceso): Delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemias, deshidratación.
- Trastornos inmunológicos: Cáncer, infección.
- Alteración del Estado de Conciencia: Estupor, confusión, coma.
- Deficiencias Motoras: Paresia, parálisis.
- Deficiencias Sensoriales: Pérdida de la sensación dolorosa.
- Alteración de la Eliminación (urinaria/intestinal): Incontinencia urinaria e intestinal.

**Derivados del Tratamiento:**

- Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.
- Inmovilidad Impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas: Dispositivos/aparatos como escayolas, tracciones, respiradores.
- Tratamientos o Fármacos que tienen acción inmunopresora: Radioterapia, corticoides, citostáticos.
- Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos: Sondaje vesical, nasogástrico.

**Situacionales:**

Resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos, etc.

-Inmovilidad: relacionada con dolor, fatiga, estrés.....

-Arrugas en ropa de cama, camisón, pijama, objetos de roce, etc.

### **Del Desarrollo:**

Relacionados con el proceso de maduración.

-Niños Lactantes: rash por el pañal...

-Ancianos: Pérdida de la elasticidad de la piel, piel seca, movilidad restringida.

### **Del Entorno:**

- Deterioro de la propia imagen del individuo en la enfermedad.
- La falta de educación sanitaria a los pacientes.
- La falta de criterios unificados en la planificación de las curas por parte del equipo asistencial.
- La falta o mala utilización del material de prevención, tanto del básico como del complementario.
- La desmotivación profesional por la falta de formación y/o información específica.
- La sobrecarga de trabajo del profesional.
- Intervenciones quirúrgicas, con duración superior a tres horas, pueden provocar úlceras por presión.
- Inmovilizaciones postoperatorias.
- Ingresos prolongados en UCI

### **Complicaciones:**

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

- Las UP pueden ser extremadamente dolorosas, especialmente durante su manipulación (curas, desbridamiento, cambios de posición

o de ropas). Una analgesia eficaz y el control de la fuente del dolor mejoran el estado general y facilita la movilidad y la cooperación en los cuidados.

- La anemia será con frecuencia de origen multifactorial: hemorragia local en el desbridamiento, anemia debida a trastornos crónicos, y derivada de extracciones múltiples.
- La infección dificulta la curación de la herida y es una complicación habitual que puede llegar a ser grave: osteomielitis, bacteriemia y celulitis. Se debe sospechar en toda úlcera que llega a fascia profunda o en aquellas que no afectan a fascia pero que presentan signos clínicos de infección: inflamación, aumento de exudado, de dolor o de tamaño.
- No debe olvidarse la vacunación antitetánica en UP que alcanzan la fascia, por estar descrita mayor sensibilidad a sobreinfección por *Clostridium tetani*. Asimismo en pacientes portadores de cardiopatías con riesgo de endocarditis, debe hacerse profilaxis, al realizar manipulaciones locales importantes (biopsias, desbridamientos).
- Otras complicaciones sistémicas potenciales son: amiloidosis, endocarditis, formación de hueso heterotópico, infestación por parásitos, fístula uretro-perineal, pseudoaneurismas, artritis séptica, tractos fistulosos o absceso, carcinoma de células escamosas en la UP y complicaciones derivadas del tratamiento tópico (toxicidad por yodo, pérdida de audición tras neomicina tópica y gentamicina sistémica).
- Las complicaciones secundarias son fundamentalmente: pérdida de calidad de vida y aumento de morbimortalidad derivada de una mayor estancia hospitalaria, retraso en la recuperación y rehabilitación, infecciones nosocomiales o yatrogenia.

## 2.5.6 PATOLOGÍAS ASOCIADAS A ÚLCERAS POR PRESIÓN

Los datos revisados refieren que en residencias asistidas alrededor del 9.5% de los pacientes hospitalizados presentan úlceras de decúbito al mes del ingreso, llegando hasta un 20% a los dos años de estancia en las mismas.

Las alteraciones fisiológicas que se producen en la piel del paciente encamado, junto con factores nutricionales, incontinencia, alteraciones gastrointestinales, cardiovasculares, músculoesqueléticas, etc., hacen que se produzcan úlceras por decúbito y que aparezcan con extraordinaria frecuencia en paciente encamados o inmovilizados y cuando la piel es sometida a una hiperpresión continuada.

Tabla N°7 Patologías asociadas a úlceras por presión

Tipos	Localización habitual	síntomas	Morfología	Exploración física	Enfermedades asociadas
Por presión	Sacro, piel sobre las tuberosidades isquiáticas y trocánteres, talón	Su origen se debe a una compresión excesiva y prolongada sobre los tejidos. Percepción del dolor en función de enfermedad subyacente	Según estadio: eritema, ampolla, abrasión profunda hasta hepidermis pudiendo llegar a planos profundos	Pigmentación roja-marrón periúlceras. Pérdida parcial o total del grosos de la piel	Diabetes mellitus, estado psíquico deteriorado, alteraciones circulatorias. Enfermedades respiratorias

La falta de higiene, las incontinencias y la deficiente alimentación e hidratación, entre otros factores, facilitan la aparición de estas úlceras. El tamaño y la gravedad de estas úlceras, sobre todo en el sacro, hace que

muchas veces sean irreversibles y originen la muerte por infección y sepsis.

El estado de nutrición de los pacientes encamados es el resultado de un conjunto de factores que lo condicionan.

Entre ellos destaca el nivel de nutrición mantenido a lo largo de la vida, las alteraciones metabólicas y alimentarias, las enfermedades agudas y crónicas, la edad, el deterioro de las capacidades funcionales del paciente encamado, la polimedicación y la situación socioeconómica.

La malnutrición es un proceso patológico de gran complejidad, que por sí solo es un factor de morbilidad, de mala calidad de vida. y sus consecuencias son muy graves: alteración del estado inmunitario, agravamiento de los procesos infecciosos, complicación de las enfermedades existentes de forma previa, aparición de úlceras por presión y, en general, aumento de la morbilidad. Tomado de: Artículos Científicos. Enfermería integral. Prevalencia de úlceras por presión en instituciones geriátricas. Versión online: <http://www.enfervalencia.org/ei/70/articulos-cientificos/06.%20PREVALENCIA.pdf>

### **2.5.7 RIESGO DE INFECCIONES NOSOCOMIALES**

Las infecciones nosocomiales son un problema en todos los hospitales por el aumento de la morbilidad y la mortalidad en los pacientes ingresados por otras patologías.

En los últimos tiempos el problema de las infecciones nosocomiales se ha visto aumentado debido a los nuevos avances en la medicina: mayor porcentaje de pacientes inmunodeprimidos, mayor frecuencia de manipulaciones y procedimientos agresivos, aumento del consumo de antimicrobianos de amplio espectro con la aparición de bacterias multirresistentes y detección frecuente de brotes epidémicos.

Estos datos impulsan a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a recomendar que se instauren Programas de control de infección nosocomial en los hospitales de todo el mundo.

A su vez, en los hospitales se han creado Servicios de Enfermedades Infecciosas, que trabajan en colaboración con los Servicios de Medicina Interna y de Microbiología Clínica; los Servicios de Microbiología han experimentado una revolución en las técnicas que utilizan en la detección y tratamiento de los microorganismos multirresistentes y en el control de la infección hospitalaria, muchos Servicios de Medicina Intensiva han promovido sistemas de vigilancia de la infección nosocomial, y se ha implantado el trabajo de Enfermería especializada en el Control de la Infección.

Con todos estos elementos todos los hospitales pueden crear una Comisión de Infecciones nosocomiales y un Equipo de Control de las Infección nosocomial que se dediquen, exclusivamente a ello.

### **2.5.8 EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

El servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato brinda atención desde el año 1.974, año desde el cual se estandarizó a nivel nacional la historia clínica única a nivel de país. La Enfermera en el Servicio de Medicina Interna aporta una atención integral al enfermo adulto de carácter preferentemente hospitalario.

Se encuentra ubicado en el segundo piso del bloque principal, cuenta con médicos especialistas en; neurología, cardiología, endocrinología, psiquiatría, gastroenterología y medicina general, quienes atienden a pacientes distribuidos en 77 camas y divididos en dos bloques: clínica hombres y mujeres.

### **2.5.8.1 Misión**

La Unidad de enfermería de medicina interna, tiene como **Misión** proporcionar una atención óptima a los pacientes ingresados en la misma y satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de Cuidados de enfermería especializados, con la máxima calidad y seguridad basados una atención integral, a través de acciones de apoyo en la enfermedad y la muerte, de protección y fomento de la salud, y ayuda en la reincorporación del individuo a la sociedad.

### **2.5.8.2 Visión**

La **Visión**es proporcionar una atención y cuidados dentro del ámbito hospitalario, adaptando la provisión de cuidados a las necesidades de la población, desarrollando nuevas competencias profesionales mediante la formación continuada.

### **2.5.8.3 Valores**

Los **Valores**de esta Unidad y en línea con los Hospital son:

- Orientación de cuidados al usuario.
- Compromiso con una gestión de calidad total.
- Colaboración y apoyo con otras Unidades y niveles de atención.
- Compromiso con el desarrollo y cultura de seguridad.
- Trabajo en equipo

### **2.5.8.4 Descripción de la unidad**

La Unidad de Medicina Interna se encuentra situada en el segundo piso del bloque principal del Hospital Provincial Docente Ambato.

Se compone de 77 camas repartidos en dos sección: hombres y mujeres; en el pabellón de ingreso a la sala general de medicina interna existen 6 salas de aislamiento por cada sección.

El Control de enfermería está situado en la mitad de cada sección de medicina interna.

**Anexos:**

- Cuarto de la medicación
- Despacho de la supervisora
- Cuarto de sucio
- Lencería
- Trabajo Social
- Sub Dirección

**2.5.8.5 Estructura orgánica**

**Enfermeras:**

- 20 enfermeras
- 1 supervisora

**Auxiliares de enfermería:**

- 6 Auxiliares de enfermería

**Personal no sanitario:**

- 1 celador fijo por la mañana y el resto del día localizados.
- 1 limpiadora fija por la mañana y el resto del día localizada.
- 1 nutricionista de cocina.

**2.5.8.6 ASISTENCIA DE ENFERMERÍA para lograr el bienestar del paciente.**

- Valorar las necesidades físicas del paciente a partir de los datos clínicos, registros de enfermería, e información recibida (cambios de turno).
- Planificar la asistencia de enfermería estableciendo prioridades.

Establecer el plan de cuidados puntualmente



- Realizar todos los cuidados de enfermería encaminados a satisfacer las necesidades físicas del paciente.

Realizar terapéutica medicamentosa según prescripción facultativa (tópica, enteral, parenteral)

- Procedimiento de reparto de la medicación
  - Procedimiento de administración de la medicación por las vías: intradérmica, intramuscular, intravenosa, subcutánea, oral y rectal.
- 
- Cumplir las normas de funcionamiento de la unidad
  - Ejecutar aquellas técnicas de diagnóstico y/o tratamiento
    - Procedimiento de implantación de venoclisis (catéteres cortos)
    - Procedimiento de cateterización de vías venosas centrales (catéter de tambor, DRUM, etc.)
    - Procedimiento de cuidados de los catéteres venosos.
    - Procedimiento de restauración de perfusión ante un catéter obstruido
    - Procedimiento de transfusión sanguínea y hemoderivados según hematología.
    - Procedimiento para la realización de los E.C.G.
  - Curas, práctica y cuidados de las escaras
  - Sondajes; procedimiento y cuidados
    - Procedimiento y cuidados del sondaje vesical
  - Procedimiento y cuidados del sondaje nasogástrico
  - Procedimiento y cuidados del sondaje rectal

Control de alimentación y dietas de los pacientes

- Procedimiento de nutrición enteral
- Procedimiento de nutrición parenteral

Colaborar en todas las técnicas de diagnóstico y/o tratamiento que sea preciso

- Procedimiento de punción abdominal: Paracentesis
- Procedimiento de punción torácica: Toracocentesis
- Procedimiento de punción espinal
  
- Colaborar o supervisar el aseo e higiene del paciente siendo, los enfermos encamados graves, responsabilidad directa del enfermero/a
  - Procedimiento de higiene diaria del paciente encamado
  
- Identificar signos y síntomas de alteración de las funciones biológicas
- Controlar, registrar e interpretar los signos vitales
  - Procedimiento de toma de constantes: Frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, Tensión arterial y temperatura
  - Procedimiento de medición de Presión Venosa Central
  - Procedimiento de medición de balances
  
- Realizar, procurar y vigilar las movilizaciones y alineaciones funcionales
  - Procedimiento de prevención de las úlceras por presión. Cambios posturales

Ayudar al enfermo en sus necesidades de oxigenación

- Procedimiento de aspiración endotraqueal
- Procedimiento de Fisioterapia respiratoria
- Procedimiento de oxigenoterapia
  
- Facilitar y procurar el descanso y el sueño a los pacientes.
  - Control de visitas y familiares
  
- Actuar en situaciones de urgencia
  - Procedimiento de reanimación cardio-respiratoria
  - Procedimiento de convulsión

Preparar al paciente de acuerdo con las normas establecidas para:

- Exploraciones: dietas específicas, enemas de limpieza.
- Traslados: Procedimiento de traslados de un paciente a otrocentro o unidad

Extracción de muestras y tramitar su envío al laboratoriocorrespondiente

- Procedimiento de hemocultivos
- Procedimiento de toma de muestras de sangre arterial ovenosa
- Procedimiento de toma de muestras de exudados (faríngeos,óticos, uretrales, vaginales, etc.)

Acompañar a enfermos que requieren atención de enfermería entrasladosintra o extrahospitalarios

Participar activamente en la visita médica a los pacientes, informando alfacultativo responsable, de las incidencias habidas en los pacientes(posibles alergias, dificultades para la administración de medicamentos,etc.) Se deberán establecer acuerdos previos entre la Supervisión deEnfermería y la Jefatura del Servicio en cuanto a horarios y organizacióndel trabajo.

Colaborar en la elaboración de los estándares de calidad.

Realizar todos los cuidados de enfermería encaminados a satisfacer lasnecesidades psíquicas y sociales del paciente y su familia,proporcionando seguridad y fomento de la autoestima

- Facilitar la comunicación del paciente con su familia y núcleosocial
- Recibir al paciente a su ingreso

Procedimiento de admisión del paciente en lasUnidades del Hospital

- Entrevistarse con el paciente a fin de favorecer el diálogo y la comunicación con él
- Informar al paciente de todo lo relacionado con el medio hospitalario: horario de visitas, entorno de la habitación, etc.
- Colaborar en la información del paciente y su familia sobre exploraciones, intervenciones, situación del paciente, expectativas futuras, etc. todo ello en un marco abierto y “ademanda” del paciente de forma que le proporcione ayuda y seguridad
- Canalizar las necesidades psíquicas, sociales y espirituales detectadas en el paciente y cuya ejecución corresponde a otros profesionales.
- Mantener y vigilar el secreto profesional
- Ayudar a bien morir, creando alrededor del paciente, la atmósfera necesaria para su tranquilidad y mantenimiento de su dignidad
- Dar asistencia post-mortem, apoyando la intimidad, duelo y decisiones de la familia

#### Procedimiento de éxitus

- Evaluar las tareas realizadas
- Seguimiento de protocolos
- Contrastar los resultados con los objetivos
- Proponer mejoras o alternativas

#### Actividades de Relación: Interrelacionarse con el resto del equipo, Con los compañeros

- En los cambios de turno. Para recibir y dar información ORAL Y POR ESCRITO, de la situación de los pacientes, que le permitirá avanzar en la valoración y planificación de los cuidados
- Con el equipo

- Con el fin de lograr la coordinación que permita unos cuidados eficaces. Estas reuniones tendrán una periodicidad aproximada de 3-4 meses
- Participar en las actividades generales de enfermería que se realicen en el Hospital
- Acudir a todas las reuniones inherentes a su cargo

#### **2.5.8.7 Derivadas de la función administrativa**

- Asegurar que los servicios de enfermería se realicen de forma sistematizada, racional y ordenada, respondiendo a las necesidades reales y haciendo un uso adecuado de los recursos
- Participar en las actividades de planificación, organización y control, encaminadas a conseguir los objetivos del Hospital, mediante el logro de los objetivos específicos de la Unidad.
  - Registrar todas las actividades por turno
  - Asignar el trabajo de enfermería por pacientes
  - Cumplimentar las hojas de observación y evolución de enfermería, registrando valoraciones, objetivos y planes de cuidados
  - Evaluación de los resultados obtenidos
  - Custodiar y ordenar la HISTORIA del paciente
  - Programar turnos y libranzas semestralmente

#### **Colaborar en la organización y control del equipo material**

- Realizar un correcto uso del aparataje y materiales de la Unidad
- Revisar el aparataje y material antes y después de ser utilizado
- Colaborar en el correcto mantenimiento de aparatos y material

- Por ausencia o delegación de la Supervisión realizará funciones como pedidos a farmacia y almacén así como los trámites necesarios para el alta o traslado del paciente

#### **2.5.8.8 Derivadas de la función docente**

- Realizar todas las actividades necesarias, apoyadas en su propia formación para alcanzar el óptimo nivel profesional
- Educar/enseñar al paciente y su familia a fin de fomentar y promover la salud
  - Dieta equilibrada
  - Hábitos de higiene
  - Riesgos de auto-prescripción
  - Hábitos perjudiciales y sus consecuencias
- Enseñar al paciente y a su familia a adaptarse positivamente a la enfermedad y/o sus secuelas, para favorecer su autoestima
  - Explicar cuál ha sido el proceso de su incapacidad
  - Fomentar que el paciente y su familia estimulen el resto de las capacidades que no han sido afectadas
  - Informar al paciente y su familia sobre los recursos sociales que pueden brindarles apoyo, las prestaciones a que tienen derecho, o canalizar las gestiones para que otros profesionales los cubran.

Educar a la familia para que colabore en la recuperación del paciente y en su reinserción en el medio familiar y social

- Conseguir que la familia entienda y acepte los cambios que pueden presentarse en el papel que desempeña el paciente en el núcleo familiar
- Conseguir que la familia estimule al paciente para que realice sus autocuidados

- Favorecer que la familia, a pesar de las limitaciones del enfermo, lo considere como un miembro útil a la sociedad

Planifica, dirige, organiza, controla y evalúa las actividades de enfermería de su Unidad

Planificar los cuidados de enfermería

- Asignar a los pacientes previa VALORACIÓN de los mismos, y a través de la información recibida y de los datos recogidos en el cambio de turno.
- Distribuir las cargas de trabajo de acuerdo a los cuidados requeridos por cada paciente y la formación y adiestramiento de las personas que tienen que ejecutarlos
- Verificar que las tareas se realizan de acuerdo a los protocolos establecidos

Relación con el paciente y familiares, para fomentar su seguridad

- Facilitará el diálogo y la comunicación tanto del paciente como de los familiares mediante entrevistas con ellos.
- Recogerá sugerencias, quejas o reclamaciones y las canalizará donde corresponda
- Informará/orientará a los pacientes y familiares sobre posibles intervenciones, exploraciones etc. , así como de todas las alternativas que puedan ayudarle en su proceso de salud

Canalizar la información de carácter asistencial

- Pasar visita con el médico y la enfermera responsable, siempre y cuando exista un acuerdo previo entre la Jefatura del Servicio y la supervisión de la Unidad en cuanto a horarios y organización del trabajo
- Realizar y promover el cambio de turno

- Informar a la Dirección de Enfermería de la marcha en incidencias en su Unidad
- Guardar y hacer respetar el Secreto Profesional entre TODO el personal que pasa por la Unidad

#### Organizar los registros

- Controlar los ingresos
- Coordinar los traslados tanto de la Unidad como a otros centros hospitalarios
- Complimentar y registrar las altas
- Controlar las analíticas y pruebas complementarias
- Registrar las prescripciones facultativas
- Registrar entradas y salidas de los estupefacientes

#### Controlar y evaluar los registros de Enfermería

- Verificar que los registros de la valoración, planes de cuidados y ejecución de los mismos, se han realizado correctamente

#### Controlar los estupefacientes y medicamentos

- Solicitar el stock adecuado
- Verificar que las existencias coinciden con las salidas, en la dotación inicial y justificar la no coincidencia
- Verificar que las salidas coinciden con las prescripciones de los facultativos

#### Evaluar las tareas realizadas

- Realizar/colaborar en el seguimiento de los protocolos
- Promover/colaborar en la elaboración de los estándares de calidad
- Contrastar los resultados con los objetivos planteados
- Promover mejoras o alternativas



Realizar todas aquellas actividades encaminadas a conseguir los objetivos del Hospital, a través del logro de los objetivos específicos de su Unidad

- Promover entre su personal un ambiente participativo
- Plantear y negociar objetivos
- Verificar y evaluar el cumplimiento de los objetivos planteados

#### **2.5.8.9 Derivadas de la función administrativa**

- Planificar, organizar, dirigir, controlar y evaluar al equipo humano y material, asegurando una adecuada utilización de los mismos
- Identificar, fundamentar y solicitar las necesidades de recursos humanos
  - Estudio de cargas de trabajo
  - Adecuar el personal de acuerdo a las cargas de trabajo
  - Cronología de tareas
- Dirige la marcha diaria de la Unidad
  - Elabora el calendario laboral
  - Realiza las modificaciones necesarias en el planning (bajas, permisos, etc.)
  - Verifica el cumplimiento de la jornada laboral (Puntualidad)
  - Comprueba, informa y tramita las solicitudes de permisos (con y sin sueldo), debidamente cumplimentados
- Canaliza la información
  - Informa a su personal sobre normas y procedimientos. Manual de procedimiento administrativo
  - Informa a la Dirección de todas aquellas sugerencias, propuestas o quejas planteadas por su personal

Evalúa el desempeño de su personal

- Evalúa a su personal en tiempo y forma, según el procedimiento descrito
- Detectará desviaciones
- Propondrá soluciones

## **2.6 HIPÓTESIS**

La intervención de enfermería en pacientes con úlceras por presión se asocia a factores de riesgo en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna.

## **2.7 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES**

### **2.7.1 Variable Independiente**

Intervención de Enfermería en pacientes con úlceras por presión

### **2.7.2 Variable Dependiente**

Factores de riesgo en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación será de un nivel cuali-cuantitativo. Es cualitativo porque investiga la intervención de enfermería en pacientes con úlceras por presión, si esta intervención es buena o mala, si se aplican o no escalas de valoración de riesgo de úlceras.

Es cuantitativo porque identifica los factores de riesgo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Provincial Docente Ambato.

#### **3.2. MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **De Campo**

La presente investigación tendrá especialmente la modalidad de campo, puesto que se realiza el estudio del problema en el lugar que se producen los acontecimientos, es decir en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato.

##### **Bibliográfica – Documental**

Porque se utilizó información de libros, revistas, folletos e internet de información relacionada al tema de estudio para la elaboración del marco teórico.

#### **3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo, investigativo, se identifica con él:

**Método Científico**, a través de la percepción del problema, planteamiento, formulación de la Hipótesis, elección de técnicas e instrumentos para la recolección de datos, información, análisis y conclusiones.

**Método Inductivo – Deductivo.** Destaca su importancia en la observación, para la obtención del conocimiento, planteamiento de hipótesis y teorías para generalizar resultados, permitiendo analizar casos particulares, a partir de los cuales se extraen conclusiones de carácter general. Parte de verdades previamente establecida como principio general, para luego aplicarlo a casos individuales y comprobar su validez.

**Método Analítico.** Consiste en la desmembración de un todo, en sus elementos para observar su naturaleza, peculiaridades y relaciones. El análisis implica ir de lo concreto a lo abstracto, a través de varias etapas como: la observación, la descripción, el examen crítico, la descomposición del fenómeno, la enumeración de las partes, la ordenación y clasificación, como para definitivo de la investigación, que conduce a establecer al fenómeno como un todo.

**Método Descriptivo,** Este método se caracteriza globalmente con el objeto de la investigación. Describe el desarrollo o evolución del objeto de estudio y las relaciones de éste con otros objetos, las partes, categorías o clases que componen el universo de estudio y las relaciones que se dan entre el objeto de estudio con otros.

El diseño descriptivo, abarca las características y utilización de resultados como base para la planeación o proyección con la hipótesis y variables. Se basa en el propósito de dar a conocer una información, un fenómeno, depurando las apreciaciones subjetivas.

Las cualidades de este método son: la objetividad, claridad, precisión, coherencia lógica y referencia.

### **3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población involucrada corresponde 15 enfermeras que laboran en el Servicio de Medicina Interna del HPDA.

### **3.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Tomándose en cuenta que la población involucrada en la presente investigación es menor al tratamiento de muestreo, no se ha aplicado la Fórmula del Muestreo, pues el grado de precisión deseada, alcanza el 100%, cumpliéndose con el Objetivo de involucramiento de toda la población intervenida.

### **3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Operacionalizar una variable es el procedimiento por medio del cual se pasa del plano abstracto de la investigación a un plano concreto, transformando la variable a categorías, las categorías a indicadores, los indicadores a ítems para facilitar la recolección de la información por medio de un proceso de deducción lógica. Todo esto para verificar o comprobar la hipótesis.

### 3.6.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES: Variable Independiente: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

Tabla N°8 Operacionalización Variable Independiente

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas e Instrumentos
<p><b>Intervención de Enfermería en Pacientes con úlceras por presión</b> Es "cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para mejorar la salud del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valoración</li> <li>▪ Diagnóstico</li> <li>▪ Planificación</li> <li>▪ Ejecución</li> <li>▪ Evaluación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuidado de la piel</li> <li>▪ Exceso de humedad</li> <li>▪ Nutrición e ingesta de líquidos</li> <li>▪ Manejo de la presión</li> <li>• Movilización</li> <li>• Cambios posturales</li> <li>• Posiciones terapéuticas</li> <li>• Protecciones locales</li> <li>• Superficies especiales para el manejo de la presión</li> </ul>	<p>¿Las úlceras por presión son más frecuentes en hombres o mujeres?</p> <p>¿Tienen relación con la edad?</p> <p>¿Conoce usted las escalas de valoración del riesgo de úlceras por presión?</p>	<p>Encuesta</p> <p>Observación directa</p> <p>Cuestionario</p> <p>Ficha de observación directa</p>
<p><b>Escalas de Valoración</b> La valoración del riesgo es un aspecto clave en la prevención, la valoración del riesgo es la identificación de los individuos que necesitan medidas de prevención y la identificación de los factores específicos que los ponen en</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Escala de Norton</li> <li>▪ Escala de Arnell</li> <li>▪ Escala Nova 5</li> <li>▪ Escala Emina</li> <li>▪ Escala Waterlow</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibilidad</li> <li>▪ Especificidad</li> <li>▪ Valor predictivo</li> </ul>	<p>¿Cuenta el servicio de Medicina Interna con un protocolo de cuidados de enfermería a pacientes con úlceras por presión?</p>	

<p>situación de riesgo.</p> <p><b>Etiopatogenia de las úlceras por presión:</b> Isquemia que provoca degeneración de dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso músculo y hueso.</p> <p><b>Protocolo de atención de Enfermería:</b> Es el conjunto de actuaciones que sirven como estrategia para unificar criterios y acordar de forma conjunta el abordaje de diferentes técnicas, terapias y/o problemas de enfermería, basados en la evidencia científica más reciente.</p>	<p>Estadíos de las úlceras por presión</p> <p>Estructura</p> <p>Procesos</p> <p>Resultado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presión</li> <li>▪ Fricción</li> <li>▪ Cizallamiento</li> <li>▪ Clasificación y localización</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Título</li> <li>▪ Código</li> <li>▪ Población diana</li> <li>▪ Descripción de la situación clínica</li> <li>▪ Problemas del paciente</li> <li>▪ Intervenciones de enfermería</li> <li>▪ Observaciones</li> <li>▪ Evidencia científica</li> </ul>	<p>¿Existen suficientes insumos para brindar cuidados de enfermería acorde a las necesidades del paciente?</p>	
---	---	---	--	--

Elaborado por: Verónica Pesantes

Tabla N°9 Operacionalización Variable Dependiente: Factores de riesgo en pacientes hospitalizados

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas e Instrumentos
<p><b>Factores de riesgo en pacientes hospitalizados</b> Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad dentro de una casa de salud</p> <p><b>Patologías prevalentes de contraer úlceras por presión</b> Enfermedades que inciden en el desarrollo de úlceras por presión</p> <p><b>Riesgo de infecciones nosocomiales</b> Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Factores intrínsecos</li> <li>▪ Factores extrínsecos</li>   <li>▪ Diabetes</li> <li>▪ Estados psíquico deteriorado</li> <li>▪ Alteraciones circulatorias</li> <li>▪ Enfermedades respiratorias</li>   <li>▪ Mayor porcentaje de pacientes inmunodeprimid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Humedad</li> <li>▪ Nutrición deficiente</li> <li>▪ Edema</li> <li>▪ Infección</li> <li>▪ Alteración de la circulación periférica</li> <li>▪ Obesidad</li> <li>▪ Caquexia</li>   <li>▪ Úlceras decúbito</li> <li>▪ Úlceras de talón</li>   <li>▪ Aumento del consumo de antimicrobianos de amplio espectro</li> </ul>	<p>¿Con qué frecuencia se dan úlceras por presión en este servicio?</p> <p>¿Cuáles son las patologías más propensas para que el paciente desarrolle úlceras por presión?</p> <p>¿Cuál es el lugar más frecuente de aparición de úlceras por presión?</p> <p>¿Realiza evaluación y medidas de riesgo desarrollar úlceras por presión al paciente encamado en el Servicio de Medicina Interna?</p> <p>¿Los factores que</p>	<p>Encuesta</p> <p>Observación directa</p> <p>Cuestionario</p> <p>Ficha de observación directa</p>



<p>distinta de esa infección</p> <p><b>El servicio de Medicina Interna</b> son servicios hospitalarios básicos que se integran en los hospitales de todos los niveles. Su intervención queda condicionada por el tamaño del hospital y el área que atiende, clasificándose así en básicos, de referencia o de alta tecnología.</p>	<p>os</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mayor porcentaje de procedimientos agresivos</li> <li>▪ Misión</li> <li>▪ Visión</li> <li>▪ Descripción de la unidad</li> <li>▪ Estructura orgánica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asistencia de enfermería para lograr el bienestar del paciente</li> <li>▪ Derivadas de la función administrativa</li> <li>▪ Derivadas de la función docente</li> </ul>	<p>se asocian a la aparición de úlceras por presión son la encamación prolongada y la inmovilidad?</p>	
--	---	---	--	--

Elaborado por: Verónica Pesantes

### 3.7 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El plan de recolección contempla estrategias metodológicas requeridas por los objetivos e hipótesis de investigación, de acuerdo con el enfoque escogido.

Para concretar la descripción del plan de recolección conviene contestar a las siguientes preguntas:

Tabla N°10: Plan de recolección de la información

<b>PREGUNTAS BÁSICAS</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>
¿Para qué?	Para conocer cómo se asocia la intervención de enfermería y los factores de riesgo en pacientes con úlceras por presión
¿De qué personas u objetos?	Pacientes internos del Servicio de Medicina Interna del HPDA
¿Sobre qué aspectos?	Intervención de enfermería Factores de riesgo de úlceras por presión Patologías prevalentes para la aparición de úlceras por presión
¿A Quiénes?	Al personal de Enfermería
¿Quién?	La investigadora Verónica Pesantes
¿Cuándo?	De enero a Junio de 2011
¿Dónde?	Servicio de Medicina Interna
¿Cuántas veces?	Una sola vez
¿Cómo? ¿Qué técnicas de recolección?	Encuesta Observación directa
¿Con qué?	Cuestionario Ficha de observación directa

### **3.8 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.**

Una vez aplicadas las técnicas de: Observación Directa, y encuesta; Ordenación y Tabulación de resultados, se pasó al cálculo estadístico porcentual, para la respectiva representación gráfica, análisis e interpretación de datos; formulación de Conclusiones y Recomendaciones.

El plan de procesamiento requiere de los siguientes pasos:

- Revisión crítica de la información recopilada
- Clasificación de datos
- Codificación
- Tabulación de datos
- Presentación de datos:
  - En forma escrita, tabular y gráfica

Los Cuadros Estadísticos, corresponden a los siguientes indicadores:

- Índice de úlceras por presión en el servicio de medicina interna
- Lugar más frecuente
- Relación con la edad
- Relación con la patología

El análisis de los resultados estadísticos determinará la intervención de enfermería en pacientes con úlceras por presión asociados a factores de riesgo en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del HPDA

Conclusiones y recomendaciones.- Se presentará las conclusiones a las que se ha llegado luego del análisis de datos y las recomendaciones correspondientes. Presentación del informe final de la investigación.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Encuesta aplicada al personal profesional de enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Ambato

Cuestionario

##### 1. Las úlceras por presión es más frecuente en hombre o mujeres?

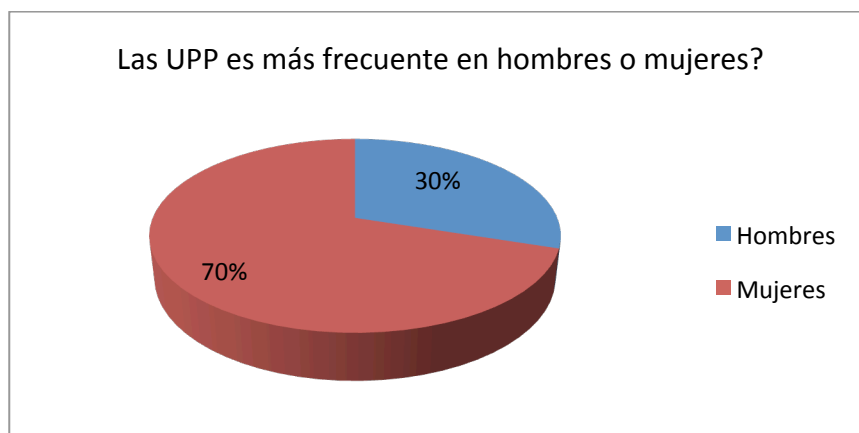
Tabla N°11

RESPUESTA	fa	Fr
Hombres	6	30%
Mujeres	14	70%
<b>TOTAL:</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Verónica Pesantes

Fig. N°13



#### Análisis e Interpretación de Resultados

De las 20 enfermeras encuestadas en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato y que constituyen el 100%, el 70% indica que las úlceras por presión son más frecuentes en mujeres mientras que un 30% indica en hombres.

Las úlceras por presión son más frecuentes en mujeres hospitalizadas en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato.

Ya que este grupo refleja la alta prevalencia de la inmovilidad de los débiles.

## 2. Tiene relación la edad?

Tabla N°12

RESPUESTA	fa	fr
Si	16	30%
No	4	70%
<b>TOTAL:</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Verónica Pesantes

Fig. N°14:



### Análisis e Interpretación de Resultados

Del 100% de las enfermeras encuestadas, el 80% indican que si se relaciona la aparición de las úlceras por presión con la edad, mientras que un 20% indica que no.

Las úlceras por presión si tienen relación con la edad y con el sexo. Las personas mayores disminuyen, en general, sus periodos de movilidad. Puede aparecer la denominada xerosis senil, en la que la piel sufre un adelgazamiento epidérmico disminuyendo la colagenaza dérmica y la elasticidad.

**3. Cuáles son las patologías más propensa para que el paciente desarrolle úlceras por presión?**

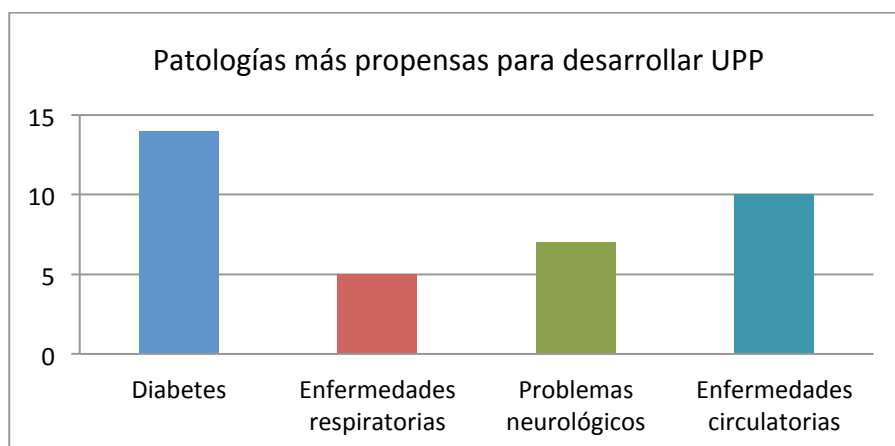
Tabla N°13

<b>RESPUESTA</b>	<b>Fa</b>
Diabetes	14
Enfermedades respiratorias	5
Problemas neurológicos	7
Enfermedades circulatorias	10

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Verónica Pesantes

Fig. N°15:



**Análisis e Interpretación de Resultados**

Del 100% de las enfermeras encuestadas, indican que la patología más propensa para que el paciente desarrolle úlceras por presión son: diabetes, enfermedades circulatorias, problemas neurológicos y enfermedades respiratorias.

Las patologías propensas a desarrollar úlceras por presión es la diabetes, que en edades avanzadas afecta el flujo sanguíneo y ocurre un daño en la piel, aumentando el riesgo de daño de tejidos sobre todo de los miembros inferiores, imposibilitando la movilidad del pacientes que debe permanecer encamado y por su relación directa con las complicaciones vasculares y neuropáticas.

4. ¿Cuál es el lugar más frecuente de aparición de úlceras por presión?

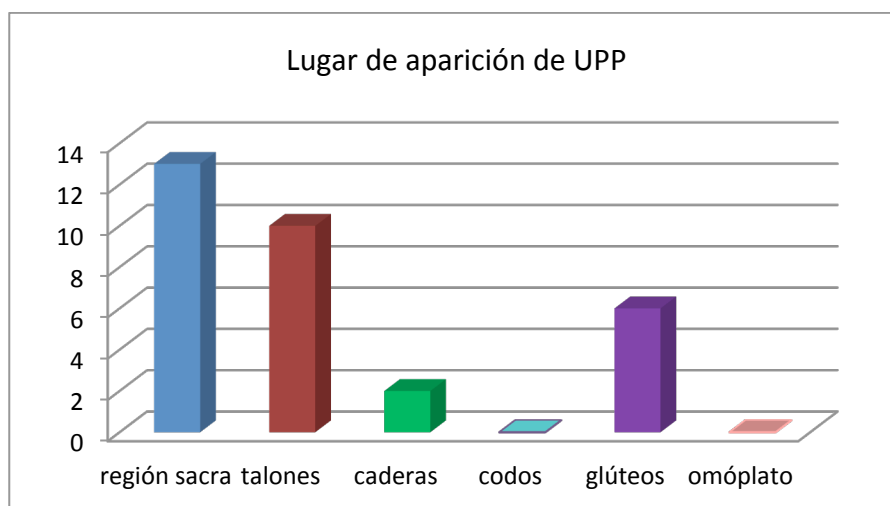
Tabla N°14

RESPUESTA	Fa
región sacra	13
talones	10
caderas	2
codos	0
glúteos	6
omóplato	0

Fuente: Encuesta

Elaborado por: VerónicaPesantes

Fig. N°16:



### Análisis e Interpretación de Resultados

El lugar más frecuente para la aparición de úlceras por presión es la región sacra y los talones, en menor proporción están los glúteos y caderas.

La región sacra, talones y glúteos son los lugares más propensos a la aparición de úlceras por presión debido a que en éstas zonas existen mayor prominencia ósea que presiona el tejido sobre una superficie generando irritación o ulceración en la piel.

5. ¿Existen suficientes insumos para brindar cuidados de enfermería acorde a las necesidades del paciente?

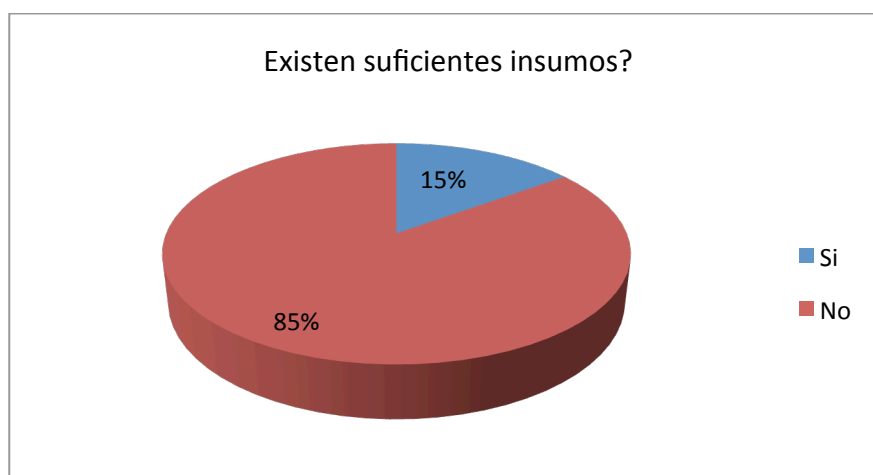
Tabla N°15

RESPUESTA	fa	Fr
Si	3	15%
No	17	85%
<b>TOTAL:</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborado por: VerónicaPesantes

Fig. N°17:



### Análisis e Interpretación de Resultados

De las 20 enfermeras encuestadas y que constituyen el 100%, el 85% señalan que no existen suficientes insumos para brindar cuidados de enfermería acorde a las necesidades del paciente con úlceras por presión mientras que un 15% indican que si.

El Servicio de Medicina Interna del HPDA no dispone de insumos suficientes para atender a pacientes ulcerados, cuando se presentan casos se debe recurrir a los familiares para que suministren lo necesario en caso de requerirlo.

El elevado coste económico y asistencial que estas conllevan nos hacen plantearnos que el papel de la enfermería no solo se encuentra durante la labor asistencial sino que está en nuestras manos el poder crear y usar todas las herramientas disponibles para una mejor prevención y tratamiento de las U.P.P.



6. ¿Los factores que se asocian a la aparición de úlceras por presión son la encamación prolongada y la inmovilidad?

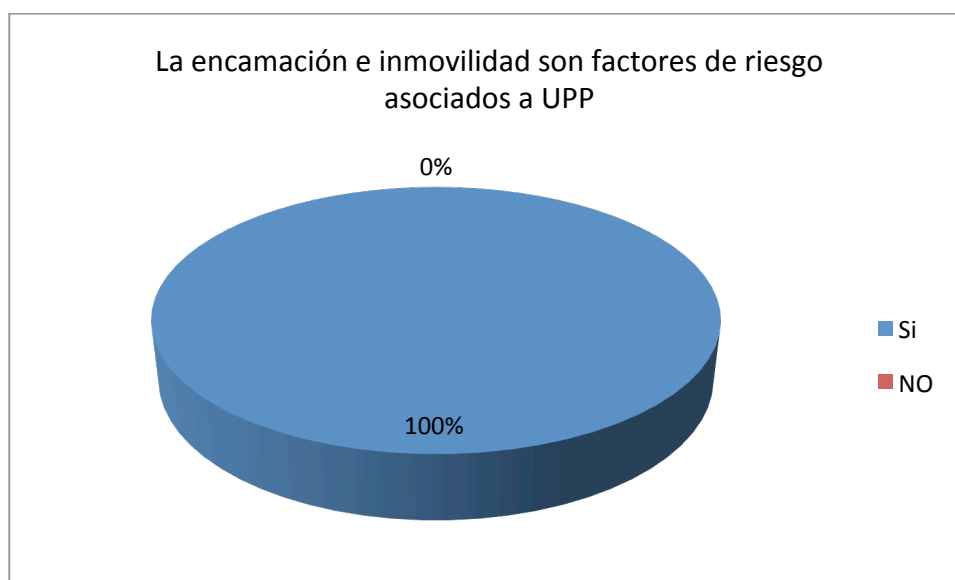
Tabla N°16

RESPUESTA	fa	fr
Si	20	100%
No	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Verónica Pesantes

Fig. N°18:



### Análisis e Interpretación de Resultados

El 100% de las enfermeras encuestadas indican que los factores asociados a la aparición de úlceras por presión son la encamación prolongada, y la inmovilidad.

La encamación prolongada a causa de enfermedades que inmovilizan al paciente son los principales factores a la aparición de úlceras. La inmovilidad y la encamación prolongada en uno de los mas importantes factores del huésped que contribuye al desarrollo de úlceras por presión

**7. Realiza valoración y medidas de riesgo de desarrollar úlceras por presión al paciente encamado en el Servicio de Medicina Interna?**

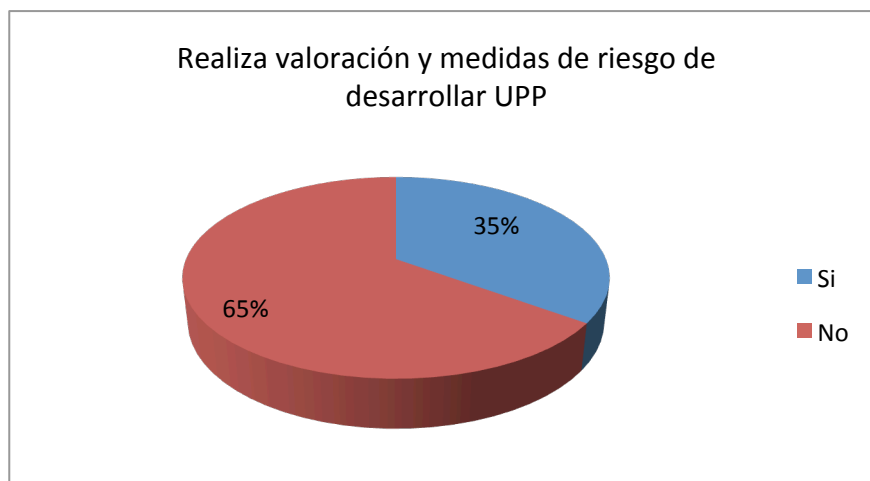
Tabla N°17

<b>RESPUESTA</b>	<b>fa</b>	<b>fr</b>
Si	7	35%
No	13	65%
<b>TOTAL:</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Verónica Pesantes

Fig.N°19:



**Análisis e Interpretación de Resultados**

De las 20 enfermeras encuestadas y que constituyen el 100%, el 65% señalan que no se realiza valoración y medidas de riesgo de desarrollar úlceras por presión mientras que un 35% indican que si.

La falta de valoración a pacientes para desarrollar úlceras por presión se debe a la inexistencia de protocolos de valoración y medidas de riesgo en pacientes internados en el Servicio de Medicina Interna del HPDA.

**8. Qué cuidados de enfermería da al paciente en los primeros signos de aparición de úlceras por presión?**

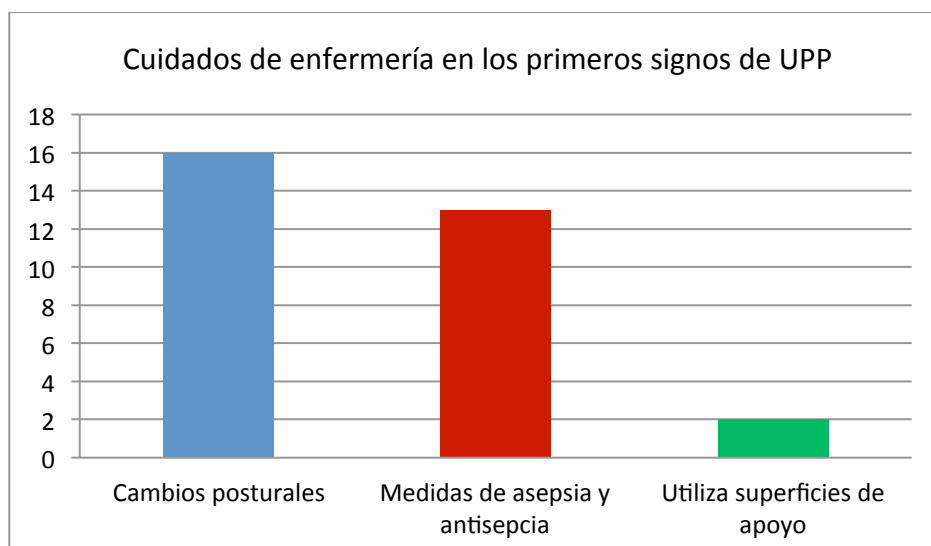
Tabla N°18

<b>RESPUESTA</b>	<b>fa</b>
Cambios posturales	16
Medidas de asepsia y antisepsia	13
Utiliza superficies de apoyo	2

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Verónica Pesantes

Fig. N°20:



**Análisis e Interpretación de Resultados**

Los cuidados de enfermería que se da al paciente ante los primeros signos de úlceras por presión son los cambios posturales, tomar medidas de asepsia y antisepsia y utilizar superficies de apoyo que ayude al paciente encamado a mejorar su movilidad y circulación de esas zonas afectadas por presión.

**9. ¿Qué cuidados se brinda luego de una intervención quirúrgica por UPP?**

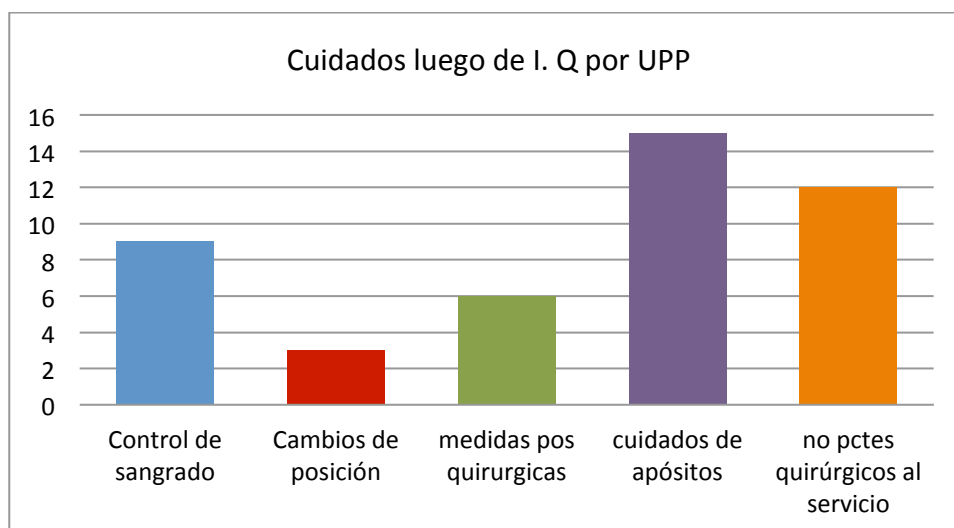
Tabla N°19

<b>RESPUESTA</b>	<b>fa</b>
Control de sangrado	9
Cambios de posición	3
medidas pos quirúrgicas	6
cuidados de apósitos	15
nopctes. quirúrgicos al servicio	12

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Verónica Pesantes

Fig. N°21:



**Análisis e Interpretación de Resultados**

En el Servicio de Medicina Interna del HPDA no ingresan pacientes quirúrgico, pero de ser el caso, y luego de una intervención quirúrgica los cuidados de enfermería serían: cuidados de apósitos, control de sangrado, cambios de posición y tomar todas las medidas pos quirúrgicas que se requieren en éstos casos.

**10. Cuenta el servicio de Medicina Interna con protocolo de cuidados de enfermería a pacientes con úlceras por presión?**

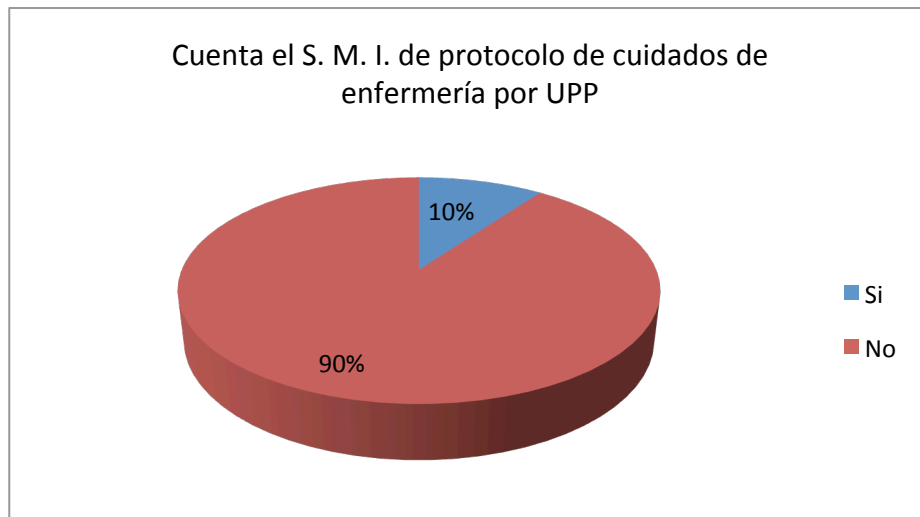
Tabla N°20

<b>RESPUESTA</b>	<b>fa</b>	<b>fr</b>
Si	2	10%
No	18	90%
<b>TOTAL:</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Verónica Pesantes

Fig. N°22:



**Análisis e Interpretación de Resultados**

De las 20 enfermeras encuestadas y que constituyen el 100%, el 90% que no existe un protocolo de cuidados de enfermería para úlceras por presión lo cual se ratifica en la pregunta N°7 donde se señala que no se valora al paciente debido a la inexistencia de protocolos de cuidados de enfermería para pacientes por úlcera por presión.

**11. Conoce usted las escalas de valoración del riesgo de úlceras por presión?**

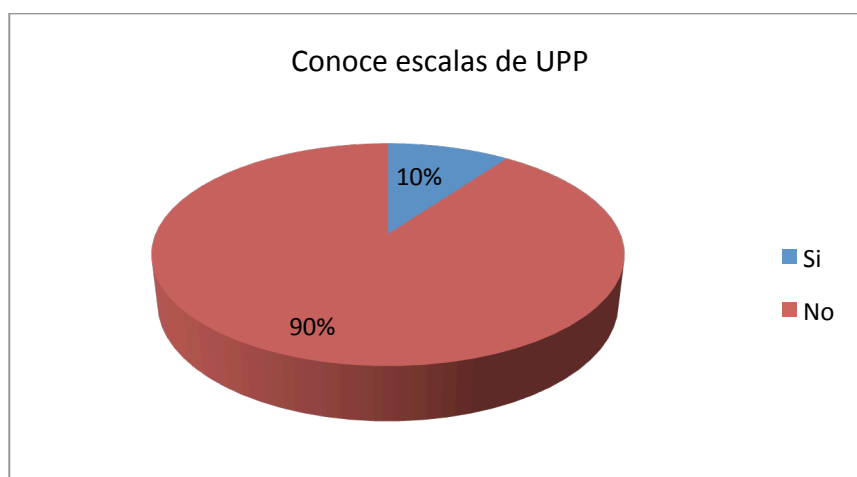
Tabla N°21

<b>RESPUESTA</b>	<b>fa</b>	<b>fr</b>
Si	2	10%
No	18	90%
<b>TOTAL:</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Verónica Pesantes

Fig. N°23:



### **Análisis e Interpretación de Resultados**

De las 20 enfermeras encuestadas y que constituyen el 100%, el 90% afirma que no conocen las escalas de valoración de úlceras por presión mientras que un 10% indican que si.

El desconocimiento de las escalas de valoración de úlceras por presión se relaciona con la falta de aplicación de valoración y riesgo de úlceras por presión que no se realiza a pacientes que ingresan al servicio de medicina interna y la falta de protocolos de úlceras por presión.

**12. Estaría de acuerdo usted en recibir una charla sobre la escala de valoración de riesgo de UPP?**

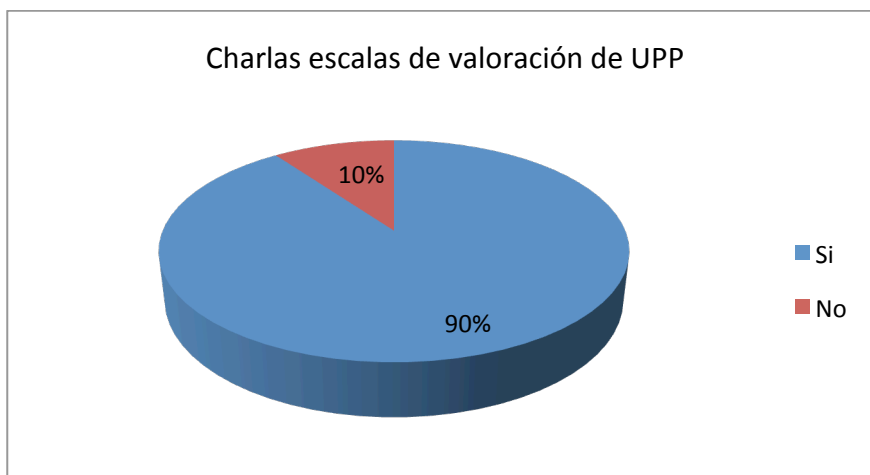
Tabla N°22

<b>RESPUESTA</b>	<b>fa</b>	<b>fr</b>
Si	18	90%
No	2	10%
<b>TOTAL:</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Verónica Pesantes

Fig. N°24:



**Análisis e Interpretación de Resultados**

De las 20 enfermeras encuestadas y que constituyen el 100%, el 90% si está de acuerdo en recibir charlas sobre escalas de valoración de riesgo de úlceras de presión mientras que un 10% no.

El conocimiento de escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión es necesario en el servicio de medicina interna debido a la existencia de pacientes inmovilizados y con encamación prolongada; siendo éstos factores más prevalentes para el desarrollo de úlceras a presión: por lo tanto la mayoría de enfermeras si están de acuerdo en recibir charlas de capacitación sobre las escalas de valoración de UPP.

## 4.2 Observación directa realizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato.

Tabla N°23: Observación directa

		SI	NO
1	¿El servicio de Medicina Interna cuenta con un protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con úlceras por presión ?		1)
2	¿Se realiza una evaluación de medidas de riesgo al paciente para desarrollar úlceras a presión?		2)
3	¿Es la enfermera la encargada de curar al paciente que tiene úlcera por presión?		3)
4	¿La enfermera toma medidas de asepsia y antisepsia con el paciente escarado?	1)	
5	¿La enfermera actúa inmediatamente cuando se presentan factores de riesgo para desarrollar UPP?		4)
6	¿Existen suficientes insumos para brindar cuidados de enfermería acorde a las necesidades del paciente?		5)
7	¿La diabetes, enfermedades respiratorias, circulatorias y problemas neurológicos son las patologías asociadas a las ÚPP?	6)	
8	¿El ambiente del Servicio de M. I es propicio para contraer infecciones nosocomiales?	7)	
9	¿Se aísla al paciente con UPP?	8)	
10	¿Existen pacientes con riesgo de UPP?	9)	

Fuente: Servicio de Medicina Interna del HPDA

Elaborado por: Verónica Pesantes

### Análisis e interpretación.

El servicio de Medicina Interna al momento registra una paciente con úlceras por presión, en el servicio de mujeres y tiene una edad promedio



de ochenta años, la patología que presenta es úlcera por presión debido a inmovilidad por la edad.

De acuerdo a la observación directa realizada, el servicio de medicina interna no cuenta con un protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con úlceras por presión por lo tanto no se realiza una valoración de riesgo mediante escalas, la auxiliar de enfermería es la encargada del aseo del paciente encamado o inmovilizado que presenta úlceras por presión.

El ambiente hospitalario que tiene el servicio de medicina interna constituye un riesgo muy grande de contraer infecciones nosocomiales existentes en esta área por la gran cantidad de internos de las más diversas patologías y presencia de familiares sin las medidas mínimas indispensables de asepsia.

Una vez detectado un paciente con úlceras por presión se procede a su asilamiento como medida de prevención del paciente y de los demás.

No se dispone de suficientes insumos para realizar las curaciones debidas y las veces necesarias para recuperar pronto al paciente con úlceras por presión; el servicio adolece no solo de espacio físico adecuado para estos casos sino también de personal para una mejor atención.

### 4.3 Verificación de la Hipótesis

La intervención de enfermería en pacientes con úlceras por presión se asocia a factores de riesgo en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna.

#### 4.3.1. Planteamiento de las hipótesis

##### a) Modelo Lógico

**H0**=La intervención de enfermería en pacientes con úlceras por presión **NO** se asocia a factores de riesgo en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna.

**H1**=La intervención de enfermería en pacientes con úlceras por presión **se** asocia a factores de riesgo en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna.

##### b) Modelo matemático

**Hipótesis nula H0**= Respuestas observadas = Respuestas Esperadas

**Hipótesis alternativa H1**=Respuestas observadas  $\neq$  Respuestas esperadas.

#### 4.3.2. Nivel de significación

La probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es falsa es de 5%, es decir, el nivel de confianza es del 95%.

### 4.3.3. Estadístico de prueba

Para la verificación de la hipótesis se toma la fórmula del Chi cuadrado, se utilizó la encuesta como técnica de investigación, escogiendo dos preguntas de la misma:

**Pregunta 6:** ¿Los factores que se asocian a la aparición de úlceras por presión son la encamación prolongada y la inmovilidad?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	100%
No	0	0%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Pregunta 7:** ¿Realiza valoración y medidas de riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes encamados en el Servicio de Medicina Interna?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	35%
No	13	65%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

De las dos preguntas se obtuvo la siguiente tabla:

Tabla N° 24: Respuestas observadas

ASPECTOS	ALTERNATIVAS		TOTAL
	SI	NO	
¿Los factores que se asocian a la aparición de úlceras por presión son la encamación prolongada y la inmovilidad?	20	0	20
¿Realiza valoración y medidas de riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes encamados en el Servicio de Medicina Interna?	7	13	20
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>13</b>	<b>40</b>

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Verónica Pesantes

Tabla N° 25: Respuestas esperadas

	FO	FE
<b>si</b>	20	13,5
<b>no</b>	0	6,5
<b>si</b>	7	13,5
<b>no</b>	13	6,5

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Verónica Pesantes

### Fórmula

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

$X^2$  = Valor a calcularse de Chi-cuadrado

$\Sigma$  = Sumatoria

**O** = Respuestas observadas de la investigación

**E** = Respuestas esperadas o calculadas

#### 4.3.4. Resolución de la fórmula

Tabla N° 26: Calculo del Chi-Cuadrado

	FO	FE	FO - FE	(FO - FE) <sup>2</sup>	(FO - FE) <sup>2</sup>
					FE
si	20	13,5	6,5	42,25	3,13
no	0	6,5	-6,5	42,25	6,50
si	7	13,5	-6,5	42,25	3,13
no	13	6,5	6,5	42,25	6,50
				<b>X<sup>2</sup> =</b>	<b>19,26</b>

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Verónica Castro

#### 4.3.5. Regla de decisión

Si  $X_{2c} > X_{2t}$  rechazo  $H_0$  y acepto  $H_1$

#### Grados de libertad

$$gl = (c-1) (h-1)$$

gl = grados de libertad

c = Columnas de la tabla

h = Filas o hileras de la tabla

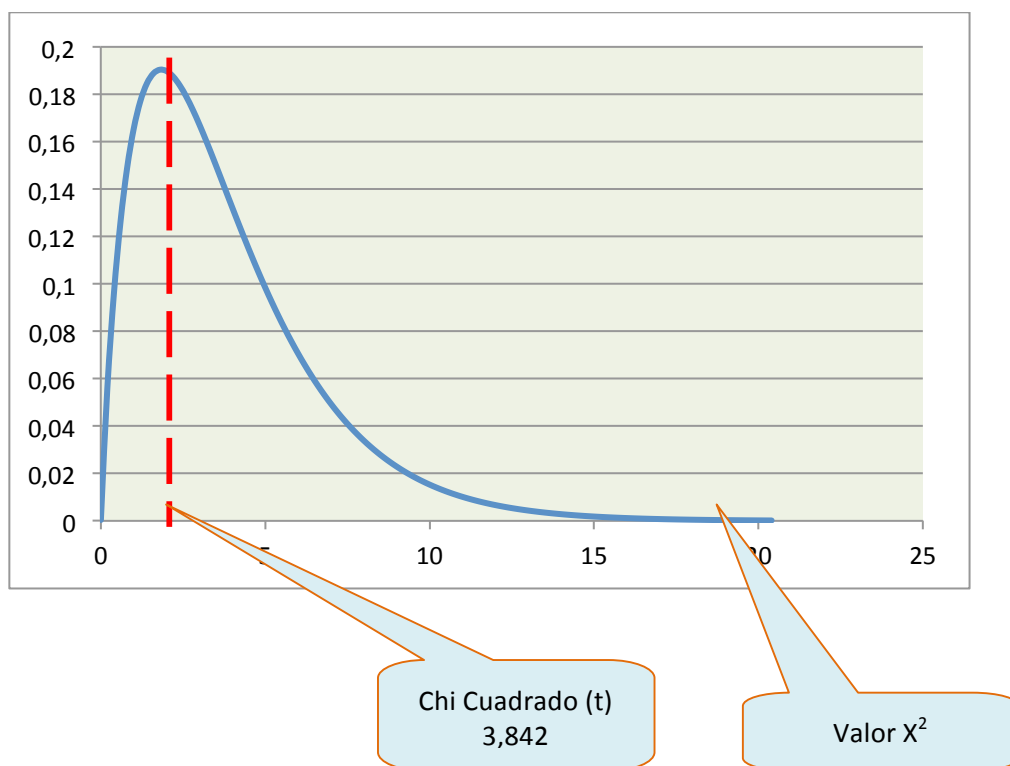
$$gl = (2-1) (2-1)$$

$$gl = 1*1$$

$$gl = 1$$

Con un nivel de significación de 5% y 1 grados de libertad  $X_{2t} = 3,841$

Fig. N° 25: Campana de Gauss



**Elaborado por:** Verónica Pesantes

#### 4.3.6. Conclusión de la hipótesis

El valor de  $X^2_c = 19,26 > X^2_t = 3,841$  y de conformidad a lo establecido en la regla de decisión, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, es decir, se confirma que la intervención de enfermería en pacientes con úlceras por presión se asocia a factores de riesgo en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1.- CONCLUSIONES**

Los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato son el aislamiento inmediato ante los primeros signos de aparición de úlceras por presión y cambios posturales cada dos horas, además de tomar medidas de asepsia y antisepsia en y durante las curaciones que se realizan diariamente.

Los factores de riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados son la encamación prolongada y la inmovilidad.

Las úlceras por presión es una situación grave que persiste en el ambiente hospitalario y sobre todo en el servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato, debido a la afluencia de pacientes de patologías diversas y familiares que ingresan sin las debidas precauciones.

Las personas de la tercera edad del sexo femenino son la población más propensa para desarrollar úlceras por presión, ya sea por enfermedad o por varios factores propias de la edad.

La diabetes es una enfermedad multifactorial que se relaciona en mayor porcentaje a contraer úlceras por presión por ser más susceptible y de difícil recuperación a la cicatrización de estas heridas.

La región sacra es el sitio donde se desarrolla con más frecuencia las úlceras por presión, siendo el factor más predominante la inmovilidad y la encamación prolongada.

En el servicio de medicina interna no se realiza valoración por medio de escalas en los pacientes con riesgo de úlceras por presión por no existir un protocolo que le permita al personal de enfermería aplicar cuidados no para curar sino para prevención de dicha enfermedad.

## **5.2.-RECOMENDACIONES**

Concientizar ya sea al personal que labora en el hospital y a la comunidad en general sobre esta patología para evitar la aparición de las úlceras por presión

Educar principalmente a los pacientes que padecen diabetes por ser vulnerables a desarrollar úlceras por presión.

Educar a los familiares de los pacientes que desarrollan úlceras por presión sobre cuidados de asepsia, antisepsia y cambios posturales que deben tener los pacientes, debido a la deficiente atención o abandono por parte de sus familiares en sus domicilios y hospitales, para una pronta recuperación.

Proponer un protocolo al personal de enfermería para valoración de riesgo de úlceras por presión que le permita aplicar cuidados en la prevención de úlceras por presión.



## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

**TEMA: PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO.**

#### **6.1 DATOS INFORMATIVOS**

**1) Institución Ejecutora**

Universidad Técnica de Ambato  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Carrera de Enfermería

**2) Beneficiarios**

Pacientes internados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato

**3) Ubicación**

El Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato, se encuentra ubicado en la Av. Pasteur y Unidad Nacional de la Ciudad de Ambato, Provincial de Tungurahua.

**4) Tiempo estimado para la ejecución**

Inicio: 4 de Junio del 2012 Fin: 29 de Junio del 2012

**5) Equipo técnico responsable**

Lic. Mg. Narcisa Sisalema y la Investigadora

**6) Costo: \$320,00**

## **6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA**

En los servicios de medicina interna es probablemente, es donde existe "menos cultura de prevención" ya que, en la mayoría de casos, la enfermera, además de lidiar con exceso de pacientes y familiares, desconoce la existencia del problema en el servicio, así como la escala de valoración de riesgo de prevención de úlceras por presión, desconoce también la clasificación de las lesiones y el tratamiento básico a seguir aparte del aislamiento elemental al que es sometido el paciente ya ulcerado.

Tampoco a todos los niveles, se considera la prevención como función de la enfermera de medicina interna, pese a la magnitud del problema potencial de infecciones nosocomiales tienden a empeorar la situación de pacientes con alto riesgo de desarrollar úlceras por presión.

## **6.3 JUSTIFICACIÓN**

La presente propuesta se justifica debido a la falta de un protocolo de valoración y prevención de úlceras por presión, tendiente a estandarizar los cuidados de enfermería relacionados con la prevención de úlceras por presión en el servicio de medicina interna del Hospital Provincial Docente Ambato.

Es de gran importancia para el personal de enfermería aplicar cuidados de prevención al paciente hospitalizado, por ser una área de gran afluencia de pacientes con diversas patologías como los accidentes cerebro vasculares, neumonías, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, influenza con otras manifestaciones respiratorias y diabetes mellitus que requieren encamación prolongada, generando un ambiente ideal para el desarrollo de úlceras por presión, para de este modo evitar el aumento en

gastos por servicios de salud que se genera con el desarrollo de infecciones nosocomiales.

## **6.4 OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Establecer la aplicación de un protocolo de valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión utilizando la escala de Norton en el usuario hospitalizado en el servicios de medicina interna del Hospital Provincial Docente Ambato.

### **Objetivos Específicos**

- 1) Valorar el grado de riesgo de desarrollar U.P.P. de una manera efectivay fiable.
- 2) Identificar y describir correctamente los estadíos de las U.P.P.
- 3) Registrar y protocolizar todas las actividades de enfermería encaminadas a la prevención, localización y tratamiento de las U.P.P.

## **6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD**

La presente propuesta es factible de realización porque en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato no se cuenta con un Protocolo de valoración y prevención de úlceras por presión por lo tanto es indispensable que este servicio cuente con un protocolo de valoración y prevención de úlceras por presión ya que existen pacientes encamados propensos a desarrollar úlceras por presión.

## 6.6 PRESUPUESTO

Tabla N°27: Presupuesto propuesta

DESCRIPCIÓN	V/TOTAL
Materiales de escritorio	\$ 20,00
Material bibliográfico	\$ 150,00
Xerox copias	\$ 50,00
Transcripciones	\$ 50,00
Anillados	\$ 15,00
Empastado	\$ 20,00
Imprevistos	\$ 15,00
<b>TOTAL:</b>	<b>\$ 320,00</b>

Elaborado por: Verónica Pesantes

## 6.7 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

### PROTOCOLO

En la práctica clínica diaria, los profesionales de la salud se encuentran con la necesidad de tomar decisiones constantemente. Normalmente, estas decisiones parten de los conocimientos aprendidos durante el ciclo formativo, de indicaciones de otros profesionales o de la propia experiencia, así la aplicación de protocolos, estandariza las actividades relacionadas con los diagnósticos y los problemas de los pacientes, de una manera genérica para, posteriormente, adaptarlas a cada paciente de tal forma que se puedan planificar, gestionar y realizar un seguimiento de las mismas, permitiendo a su vez, la evaluación de la actividad realizada.

Los objetivos del protocolo son:

1. Orientar en la toma de decisiones clínicas correctas. Ante las variaciones de indicaciones médicas y quirúrgicas dentro de la práctica clínica, es útil que exista una directriz que ayude a consensuar y sistematizar los procesos y a que las variaciones inapropiadas en las actuaciones médicas y de Enfermería se minimicen.
2. Mejorar la calidad de la práctica clínica, tomando como definición de calidad de la asistencia sanitaria como el “grado de excelencia de las actividades sanitarias en relación con el nivel actual de conocimientos y de desarrollo tecnológico”.
3. Promover la adecuada utilización de las tecnologías sanitarias, las cuales no han sido evaluadas con rigor en sus aspectos de efectividad y eficiencia.
4. Guiar en la priorización de la distribución de recursos sanitarios, en un intento de ser más eficientes en el uso de los mismos.
5. Proporcionar una mayor protección legal a los profesionales sanitarios frente a reclamaciones sobre la práctica asistencial.

### **Conceptos básicos**

A continuación se identifican algunos de los conceptos básicos utilizados en el desarrollo de la protocolización de actividades de Enfermería.

**Plan de cuidados:** conjunto de actividades estandarizadas a aplicar a los pacientes en base a su patología y a los problemas de salud asociados.

**Protocolo:** conjunto de actividades a realizar relacionadas con un determinado problema o una determinada actividad asistencial, que se aplican por igual a todos o a un grupo de pacientes.

**Procedimiento:** explicación o método sobre cómo se realiza un conjunto de actividades.

**Características:** Estudiaremos en este apartado las características básicas de un buen protocolo y su significado para la evaluación:

1. Validez: cuando el protocolo es llevado a la práctica, el seguimiento de sus recomendaciones consigue los resultados esperados. El análisis de la validez implica que se considere sistemáticamente la evidencia científica de los datos existentes en la literatura, y una relación precisa entre dicha evidencia y la fortaleza de las recomendaciones del protocolo.
2. Fiabilidad y Reproducibilidad: Fiabilidad: con la misma evidencia científica y métodos de desarrollo del protocolo, otro grupo de expertos produciría las mismas recomendaciones. Reproducibilidad: en circunstancias clínicas semejantes, el protocolo es interpretado y aplicado de la misma manera por distintos profesionales.
3. Aplicabilidad clínica: Los grupos de pacientes a los que es aplicable un protocolo deben estar bien identificados, y que sus recomendaciones sean aplicables en la práctica cotidiana.
4. Flexibilidad: Deben especificarse las excepciones conocidas y esperadas, en las que las recomendaciones no son aplicables.
5. Claridad: El lenguaje utilizado no debe ser ambiguo, cada término debe definirse con precisión y deben utilizarse modos de presentación lógicos y fáciles de seguir. EVITAR la utilización de siglas no definidas previamente.
6. Proceso multidisciplinario: El proceso de elaboración de los protocolos debe incluir la participación de los grupos a quienes afecta.
7. Revisión explícita / planificada: Los protocolos deben incluir información de cuándo deben ser revisados para determinar la introducción de modificaciones, según nuevas evidencias clínicas o cambios en los consensos profesionales.
8. Documentación: Los procedimientos seguidos en el desarrollo de los protocolos, los participantes implicados, la evidencia utilizada, las

asunciones y razonamientos aceptados, y los métodos analíticos empleados deben ser meticulosamente documentados y escritos.

7. Las cuatro primeras características están en relación al contenido del protocolo y las cuatro últimas a su elaboración.

### **Construcción: fases y desarrollo**

El proceso de protocolización, una vez definido el tema a realizar su guía práctica, consta de los siguientes pasos:

1. Fase de Preparación: concluye cuando se tiene una estructura definida y un conjunto amplio de conocimientos sobre el tema a protocolizar.
2. Fase de Elaboración: consiste en redactar un documento con todos los datos y conocimientos recogidos anteriormente. Obtendremos entonces un documento provisional del protocolo.
3. Fase de Análisis Crítico: someteremos a ese documento a la discusión y crítica de los profesionales (y usuarios si procede) a los que afectará, tras los cual modificaremos el documento de forma definitiva hasta adaptarlo a este análisis.
4. Fase de difusión e Implantación.
5. Fase de Evaluación

### **Conclusiones**

Podemos resumir diciendo que el uso de protocolos o guías de práctica clínica:

- Mejora la calidad en la asistencia sanitaria.
- Reduce el número de procedimientos innecesarios en la atención sanitaria.
- Disminuye la variabilidad en la práctica clínica, unificando criterios de actuación entre los profesionales.

- Ayuda a los pacientes a estar mejor informados en la asistencia sanitaria.
- Reduce notoriamente costes en el gasto sanitario.
- Proporciona estimable información a los investigadores y expertos en las lagunas del conocimiento científico que merecen atención e investigación.

## ÚLCERAS POR PRESIÓN

Se define la **ÚLCERA POR PRESIÓN** como toda lesión de la piel producida cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, uno las prominencias óseas del propio paciente y otro, una superficie externa.

### **Mecanismos que provocan la aparición de úlceras por presión:**

- **Presión:** es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 6 -32 mm. De Hg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia y si no se alivia, necrosis de los mismos.
- **Fricción:** es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.
- **Fuerza externa de pinzamiento vascular:** combina los efectos de presión y fricción. Ejemplo: posición Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.



## **Factores que contribuyen a la producción de UPP**

Pueden agruparse en estos cinco grandes grupos:

### **Fisiopatológicos:**

Como consecuencia de diferentes problemas de salud.

- Lesiones Cutáneas: Edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
- Trastorno en el Transporte de Oxígeno: Trastornos vasculares periféricos, éstasis venoso, trastornos cardiopulmonares.
- Deficiencias Nutricionales (por defecto o por exceso): Delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemias, deshidratación.
- Trastornos inmunológicos: Cáncer, infección.
- Alteración del Estado de Conciencia: Estupor, confusión, coma.
- Deficiencias Motoras: Paresia, parálisis.
- Deficiencias Sensoriales: Pérdida de la sensación dolorosa...
- Alteración de la Eliminación (urinaria/intestinal): Incontinencia urinaria e intestinal.

### **Derivados del Tratamiento**

Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.

- Inmovilidad Impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas: Dispositivos/aparatos como escayolas, tracciones, respiradores.
- Tratamientos o Fármacos que tienen acción inmunopresora: Radioterapia, corticoides, citostáticos
- Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos: Sondaje vesical, nasogástrico.

### **Situacionales:**

Resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos, etc.

- Inmovilidad: relacionada con dolor, fatiga, estrés.....
- Arrugas en ropa de cama, camisón, pijama, objetos de roce, etc.

### **Del Desarrollo:**

Relacionados con el proceso de maduración.

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

### **Del Entorno:**

- Deterioro de la propia imagen del individuo en la enfermedad.
- La falta de educación sanitaria a los pacientes.
- La falta de criterios unificados en la planificación de las curas por parte del equipo asistencial.
- La falta o mala utilización del material de prevención, tanto del básico como del complementario.
- La desmotivación profesional por la falta de formación y/o información específica.
- La sobrecarga de trabajo del profesional.
- Intervenciones quirúrgicas, con duración superior a tres horas, pueden provocar upp.
- Inmovilizaciones postoperatorias.
- Ingresos prolongados en UCI.

## ESCALA DE NORTON PARA VALORAR EL RIESGO DE DESARROLLAR ULCERAS POR PRESION.

Es una herramienta metodológica que identifica a los pacientes en Riesgo de padecer una herida por presión, permitiendo de forma unificada la toma de decisiones, objetivos y actuaciones, favoreciendo la no variabilidad en la práctica enfermera ante este problema. Para la valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea optamos por la escala Norton. La Escala de valoración de Norton Modificada por el INSALUD, es una de las escalas más utilizadas y validadas científicamente en el Sistema Nacional de Salud.

Estado Físico General	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentad	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

### CLASIFICACIÓN DE RIESGO:

- Puntuación de 5 a 9..... Riesgo muy alto.
- Puntuación de 10 a 12..... Riesgo alto.
- Puntuación de 13 a 14..... Riesgo medio.
- Puntuación mayor de 14..... Riesgo mínimo / No riesgo.

## **Descripción de las variables utilizadas en la escala de Norton modificada**

### **Estado físico general**

#### **Bueno**

- Nutrición: persona que realiza 4 comidas diarias, tomando todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas y 2.000 Kcal. I.M.C.3: 20 – 25.
- Líquidos: 1.500 – 2.000cc. Al día ( 8 – 10 vasos).
- Temperatura corporal: 36 – 37 °C.
- Hidratación: persona con el peso mantenido, mucosas húmedas rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo.

#### **Mediano**

- Nutrición: persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones de proteínas al día y 2.000 Kcal. I.M.C.: 20 – 25.
- Líquidos: 1.000 – 1.500cc. al día (5 – 7 vasos).
- T<sup>a</sup> corporal: 37°C – 37,5°C.
- Hidratación: Persona con relleno capilar lento y recuperación del pliegue cutáneo lento.

#### **Regular**

- Nutrición: persona que realiza 2 comidas diarias. Toma la mitad del menú, una media de 2 raciones de proteínas al día y 1.000 Kcal. I.M.C. >50.
- Líquidos: 500 – 1.000cc. al día (3 – 4 vasos).
- T<sup>a</sup> corporal: 37,5°C – 38°C.

- Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.

### **Muy malo**

- Nutrición: persona que realiza 1 comida diaria. Toma un tercio del menú, una media de 1 ración de proteínas al día y menos de 1.000 Kcal. I.M.C. >50.
- Líquidos: < 500cc. al día (< 3 vasos).
- T<sup>a</sup> corporal: más de 38°C o menos de 35,5°C.
- Hidratación: edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.
- Presencia de pliegue cutáneo.

### **Estado mental**

#### **Alerta**

- Paciente orientado en tiempo, espacio y lugar.
- Responde adecuadamente a estímulos visuales, auditivos y táctiles.
- Comprende la información.

**Valoración:** Solicitar al paciente que diga nombre, fecha, lugar y hora.

#### **Apático**

- Alertado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso.
- Reacciona con dificultad ante estímulos y permanece orientado.
- Obedece órdenes sencillas.
- Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante.

**Valoración:** Dar instrucciones al paciente como tocar con la mano la punta de la nariz.

### **Confuso**

- Inquieto, agresivo, irritable, dormido.
- Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos.
- Cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo.
- Si no hay estímulos fuertes se vuelve a dormir.
- Intermitentemente desorientado en tiempo, lugar y/o persona.

**Valoración:** Pellizcar la piel, pinchar con una aguja.

### **Estuporoso / Comatoso**

- Desorientado en tiempo, lugar y persona.
- Despierta solo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal / Ausencia total de respuesta, incluso la refleja.
- Nunca está totalmente despierto.

**Valoración:** Presionar el tendón de Aquiles, comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.

### **Actividad**

#### **Total**

- Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla.

#### **Disminuida**

- Inicia movimientos con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener algunos de ellos.

#### **Muy limitada**

- Solo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar todos los movimientos.

### **Inmóvil**

- Es incapaz de cambiar de postura por si mismo, mantener la posición corporal o sustentarla.

### **Movilidad**

#### **Ambulante**

- Independiente total.
- Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo o lleve prótesis.

#### **Camina con ayuda**

- La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo.

#### **Sentado**

- La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón.
- La persona precisa ayuda humana y /o mecánica.

#### **Encamado**

- Dependiente para todos sus movimientos.
- Precisa ayuda humana para conseguir cualquier objetivo (comer, asearse).

### **Incontinencia**

#### **Ninguna**

- Control de ambos esfínteres.
- Implantación de sonda vesical y control del esfínter anal.

#### **Ocasional**

- No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24h.


### **Urinaria o fecal**

- No controla uno de los esfínteres permanentemente.
- Colocación adecuada de un colector con atención a fugas, pinzamientos y puntos de fijación.

### **Urinaria Y Fecal**

- No controla ninguno de sus esfínteres.



 Ministerio de Salud Pública	<b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>	<b>Fecha:</b>
		<b>Página: 1/7</b>
		<b>Vigencia: 2012-2013</b>
<b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO</b>		

## INSTRUMENTO DE VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Servicio:** Medicina Interna **Nº HCL:** \_\_\_\_\_


**Nombre:** \_\_\_\_\_

### Escala de Norton

Estado Físico General	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentad	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

### Puntuación:

- De 5 a 11 : muy alto riesgo
  - De 12 a 14: riesgo evidente
  - $\geq$  15 riesgo mínimo / no riesgo
- Puntaje al ingreso: \_\_\_\_\_  
 Puntaje al 7º día: \_\_\_\_\_  
 Puntaje al 14º día: \_\_\_\_\_  
 Puntaje al 21º día: \_\_\_\_\_  
 Puntaje al 28º día: \_\_\_\_\_

 Ministerio de Salud Pública	<b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>	<b>Fecha:</b>
		<b>Página:2/7</b>
		<b>Vigencia: 2012-2013</b>
<b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO</b>		

### ESTADARIZACIÓN DE LOS CIUDADOS TÉCNICAS PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN

- 1) La enfermera indica con lápiz azul la inicial del estamento que debe realizar el cuidado y el horario planificado.
- 2) Quien realice el cuidado registrará con lápiz rojo una V en celda correspondiente
- 3) Esta hoja permanecerá por 24 horas a los pies de la cama del usuario y se adjuntará a su ficha cuando se planifiquen nuevos cuidados, los que vendrán registrados en otra hoja.

Actividad	IE	Horario Técnica realizada												
<b>Horario</b>														
<b>Higiene de la piel</b>														
Examen diario de la piel.														
Mantener piel limpia y seca														
Mantener ropa de cama limpia, seca, sin arrugas.														
Aplicar pañales sin comprimir.														
<b>Movilización</b>														
Cambio postural, lateral derecho/izquierdo, supino, prono														
Asegurar una correcta posición fowler y semifowler.														
Fomentar deambulación, si es preciso con ayuda.														
<b>Dispositivos protectores</b>														
Colchón antiescaras														
Cojines, almohadas (liberar codos y talones)														
<b>Nutrición</b>														
Asegurar nutrición adecuada (solicitar evaluación por nutricionista a usuarios con puntaje ≤ 14)														
Alimentación asistida														

#### REGISTROS

IE: INDICACION DE ENFERMERÍA CON x AZUL

T: técnico paramédico en celda correspondiente de horario

A: auxiliar de servicio en celda correspondiente de horario

<p>Ministerio de Salud Pública</p>	<b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN</b>	Fecha:
		Página: 3/7
		Vigencia: 2012-2013
<b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO</b>		

### CAMBIOS POSTURALES

POSICIÓN	ZONAS DE PROTECCIÓN
DECÚBITO SUPINO	Occipital, omóplatos, codos, sacro, coxis y talones
DECÚBITO PRONO	Fronte, ojos, orejas, pómulos, pectorales, genitales masculinos, rodillas y dedos.
DECÚBITO LATERAL	Orejas, escápulas, costillas, crestas iliacas, trocánteres, gemelos, tibias y maléolos
SENTADA	Omóplatos, sacros y tuberosidades isquiáticas. Realizar cambios posturales cada 1 hora

#### Posición Decúbito Prono

##### POSICIÓN PRONA Buena alineación del cuerpo

Se puede colocar una pequeña almohada debajo de las piernas para relajar los músculos.

Se puede colocar una pequeña almohada por encima del nivel de las mamas para disminuir la presión.

Descansando la cabeza sobre el colchón se alivia la distensión de la espalda.



#### Posición Decúbito Supino

##### Buena alineación del cuerpo

Se coloca una pequeña almohada debajo de las piernas para relajar los músculos.

Una pequeña almohada sostiene la cabeza...: la cabeza está alineada en línea recta con la columna vertebral.



Los brazos relajados descansan a los lados del cuerpo.


**SERVICIO DE MEDICINA INTERNA  
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**

**Posición Decúbito Lateral**



**Posición Sentada**



 Ministerio de Salud Pública	<b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>	Fecha:
		Página: 5/7
		Vigencia: 2012-2013
<b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO</b>		


Fecha: \_\_\_\_\_ Enfermera Supervisora: \_\_\_\_\_

### PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

HORA	CAMBIO DE POSICION
02	LADO DERECHO
04	ESPALDA
06	LADO IZQUIERDO
08	LADO DERECHO
10	ESPALDA
12	LADO IZQUIERDO
14	LADO DERECHO
16	ESPALDA
18	LADO IZQUIERDO
20	LADO DERECHO
22	ESPALDA
00	LADO IZQUIERDO

**IMPORTANTE:**

- Cambiar la posición cada 2 horas
- Lubricar la piel con crema o vaselina líquida
- Mantener la piel limpia y seca
- Dejar libre las prominencias óseas

 Ministerio de Salud Pública	<b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN</b>	<b>Fecha:</b>
		<b>Página: 6/7</b>
		<b>Vigencia: 2012-2013</b>
<b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO</b>		

### CLASIFICACIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN

Clasificación de la Agency for Health Care Policy and Research, AHCPH, basada en la clasificación original de Byrne y Feld, que diferencia cuatro estadios.

**Estadio I:**

Eritema que no palidece tras presión. Piel intacta (en pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración y calor local).

**Estadio II:**

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial

**Estadio III:**

Pérdida total de grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla. La úlcera aparece como un cráter profundo y puede haber socavamiento en el tejido adyacente.

**Estadio IV:**

Pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). También puede asociarse a socavamiento y tractos fistulosos en el tejido adyacente.

Es estadiaje correcto requiere la retirada previa de tejidos necróticos. La identificación de estadio I es crucial para establecer la necesidad de vigilancia y cuidados preventivos. Debe prestarse especial atención a los pacientes con yesos, dispositivos ortopédicos y medias de compresión, vigilando la aparición de lesiones próximas o subyacentes a los mismos.

 Ministerio de Salud Pública	<b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN</b>	<b>Fecha:</b>
		<b>Página: 7/7</b>
		<b>Vigencia: 2012-2013</b>
<b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO</b>		

### ALGORITMO DE PREVENCIÓN

En función del riesgo del paciente de sufrir U.P.P. podemos utilizar las siguientes medidas de prevención siguiendo estas pautas:

PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	Puntuación de riesgo ESCALA NORTON 14-16	Puntuación de riesgo ESCALA NORTON 12-13	Puntuación de riesgo ESCALA NORTON 5-11	PROCEDIMIENTO GENERAL
<b>HIGIENE CORPORAL</b>	DIARIO/DEMANDA	DIARIO/DEMANDA	DIARIO/DEMANDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar y tratar incontinencia.</li> <li>• No masajear prominencias óseas.</li> <li>• Corregir déficit de nutrición.</li> <li>• Evitar colocar al paciente directamente sobre el trocánter femoral, cuando se encuentre en decúbito lateral.</li> <li>• Registrar actividades.</li> </ul>
<b>VIGILANCIA PUNTOS DE PRESIÓN. PROTECCIÓN DE LA PIEL</b>	ÁC. GRASOS HIPEROXIGENADOS C/24H.	ÁC. GRASOS HIPEROXIGENAD. C/12H.	ÁC. GRASOS HIPEROXIGENAD. C/8-12H.	
<b>SUPERFICIES PARA EL ALIVIO DE LA PRESIÓN</b>	SISTEMAS ESTÁTICOS O COLCHONETA DE AIRE ALTERNANTE	COLCHÓN DE AIRE ALTERNANTE DE CELDAS GRANDES	COLCHÓN DE AIRE ALTERNANTE DE ALTAS PRESTACIONES	
<b>PROTECCIÓN DE TALONES Y CODOS</b>	SI PROCEDE, AP. HIDROCELULAR NO ADHESIVO DE TALÓN	APÓSITO HIDROCELULAR NO ADHESIVO DE TALÓN	APÓSITO HIDROCELULAR NO ADHESIVO DE TALÓN	
<b>SEDESTACIÓN: SI LO PERMITE PATOLOGÍA</b>	4H. MÁXIMO + COJÍN ESTÁTICO	4 H. MÁXIMO + COJÍN ESTÁTICO-ALTERNANTE	2 H. MÁXIMO + COJÍN ALTERNANTE	
<b>CONTROL ALIMENTACIÓN</b>	C/24 H.	C/TOMA PERFIL NUTRICIONAL	C/TOMA PERFIL NUTRICIONAL	
<b>CAMBIOS POSTURALES</b>	C/TURNO	C/ 4 H. 9-12-17-21-1-5 ROTATORIO	C/ 4 H. 9-13-17-21-1-5 ROTATORIO	
<b>MEDICIÓN DE RIESGO</b>	C/ 3 DIAS	DIARIO	DIARIO	
<b>VIGILANCIA ESPECIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ZONA DE INSERCIÓN S.N.G.</li> <li>• POSICIÓN S. VESICAL</li> <li>• MASCARILLA Y GAFAS OXÍGENO: PUNTOS DE PRESIÓN</li> <li>• SUJECIONES MECÁNICAS</li> </ul>			

## 6.8 MODELO OPERATIVO

Tabla N°28: Modelo Operativo

FASES DEL MODELO	Objetivo General de las Fases	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLES
<b>FASE 1</b> Escala de Norton y Puntuación	Definir la Escala de Norton como instrumento estandarizado para valoración de úlceras por presión	Establecer la escala de NORTON y su puntuación	Escala de Norton	1 día	Investigadora Tutora
<b>FASE 2</b> Estandarización y registros	Registrar las actividades de enfermería según puntuación de protocolo	Registro de cuidado y horario planificado	Horario planificado	1 día	Investigadora Tutora
<b>FASE 3</b> <b>Cambios posturales</b>	Determinar las posiciones y zonas de cuidado	De acuerdo a protocolo realizar cambios posturales sugeridos de acuerdo a estandarización y puntuación	Almohadas Sábanas	1 día	Investigadora Tutora
<b>FASE 4</b> <b>Algoritmo de prevención</b>	Prevenir úlceras por presión	Utilizar medidas de prevención de acuerdo a puntuación según Escala de Norton	Pautas de medidas de riesgo	1 día	Investigadora Tutora

Elaborado por: Verónica Pesantes



## **6.9 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA**

La aplicación de la propuesta en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato permitirá que el paciente sea atendido aplicando las normas y procedimiento establecidos en el Protocolo de Valoración y Prevención de Úlceras por Presión y demás procedimientos que conlleven a la estabilización del paciente encamado.

## **6.10 EVALUACIÓN**

### **DIAGNÓSTICA**

Para su ejecución se evidenció la falta de un protocolo de valoración y prevención de úlceras por presión en el paciente encamado en el Servicio de Medicina Interna.

### **FORMATIVA**

Comprende la medición del desempeño del personal de enfermería desde el punto de vista de la optimización de competencias y responsabilidades.

### **SUMATIVA**

De ejecutarse la propuesta, las autoridades podrán verificar el desempeño del personal que integra el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato a través del instrumento de evaluación trimestral.

## **6.11 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA**

La presente propuesta estará administrada por la Líder del Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato

## **BIBLIOGRAFÍA**

Blanco López JL, Revisión Unidad de Lesionados Medulares Hospitals Valld'Hebron.

Blasco Gil S, Carrasco Bonilla y otros. Protocolo de prevención de ÚLCERAS POR PRESIÓN consensuado en la CCAA. 2008.

Canet Bolado C; y otros Manual de prevención y tratamiento de las úlceras por presión del Hospital Universitario "Marques de Valdecilla". 2003.

Cuello Arazo T, Girón Jorcano G, Laita Zarca MC, Marco Navarro MJ, Torres A, Sánchez Marín P. Protocolo de prevención de ÚLCERAS POR PRESIÓN subcomisión HCU Lozano Blesa –Zaragoza.

Díaz Mendi. Ana Rosa Manual de prevención y cuidados locales de úlceras por presión .Servicio cántabro de salud. 1ª edición. Marzo 2005

DOC.I GNEAUPP (Grupo nacional para el estudio y asesoramiento de las úlceras por presión y heridas crónicas). Directrices generales sobre prevención de las úlceras por presión. Logroño 2003.

Dueñas José Raúl. Cuidados de Enfermería en las Úlceras por Presión. Página realizada por Fuentes Diplomado Universitario en Enfermería. 2009.

Fernández FC, Garrido AM, Santo TPM, Serrano PMD. Enfermería Fundamental.

Felgueras MA, Domínguez Maeso A. Guía para el manejo de: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Deterioro de la integridad cutánea, Deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras

García Fernández FP, Carrascosa García MI, Bellido Vallejo JC, Rodríguez Torres MC, Casa Maldonado F, Laguna Parras JM, Mármol

García González F, Gago Fornells M. Atención integral de las heridas crónicas. Cuidados de la piel perilesional. GNEAUPP (Grupo nacional para el estudio y asesoramiento de las úlceras por presión y heridas crónicas) 2004.

García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Torra i Bou J.E. Serie cuidados avanzados: Úlceras por presión en paciente crítico.

García M-CC, Sellan SMC. Fundamentos teóricos y metodológicos de enfermería.

Herrero Narváez E, Ordoño Martínez C. Superficies especiales para el manejo de la presión, factor determinante en la disminución de úlceras por presión en atención domiciliaria. 2004.

Joanna Briggs Institute, Lesiones por presión. Primera parte: prevención de lesiones por presión, Best Practice. 1997;1(1):1-6

Malia Gámez R y otros. Impacto de la dotación de un parque de superficies especiales para el manejo de la presión en la epidemiología de úlceras por presión de una unidad de cuidados intensivos.

Marzo Castillejo M, Viana Zuliaga, C. Calidad de la evidencia y grado de recomendación. Guías clínicas 2007; 5 supl 1-6.

Molino Castillo. Elvira. Formación Alcalá. Septiembre 2003. - Actuaciones de Enfermería ante las úlceras y heridas. U.P.P. Actualización y puesta al día. 2003

Pan Corbo Hidalgo PL, García Fernández FP, López Medina IM<sup>a</sup>, López Ortega J. Protocolos y documentación de los cuidados de prevención y tratamiento de las úlceras por presión: análisis de la situación en Andalucía. Gerokomos 2005; 16 (4): 219-28.

Protocolo de prevención y cuidados de úlceras por presión. Junta de Andalucía. 2004

Rodríguez M, Almozara R, Gracia F, Ribera J; Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar, 2003.

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud. Junta de Andalucía. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de la úlceras por presión. 2008.

Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Rueda López J, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J, Mayán Santos JM, et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005

Soldevilla Agreda J. Javier. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel.

Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F (eds.). Actas del V Simposio nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas. Oviedo: GNEAUPP; 2004.

## FOLLETOS Y REVISTAS

De-Parayuelo VS, López E, Gines P, Herrera E, Simon. MJPrevención de úlceras por presión con un apósito hidrocoloide extrafino. Hospital Universitario San Carlos, Madrid, España.1995. Volume 5. Issue 6. p. 243-9 (14 ref). ID CN-00520640.

García Fernández. F P, Pancorbo Hidalgo P L, Verdu Soriano J, Soldevilla Agreda J J, Rodríguez Palma M, Gago Fornells M, Martínez Cuervo F, Rueda Lopez J, . Eficiencia de los productos para el tratamiento úlceras de presión: una revisión sistemática con meta-análisis.Gerokomos 2007;18(1) :36-48.

Torra i Bou JE, Rueda López J, Camaño G, Herrero Narváez E, Blanco Blanco J, Martínez-Esparza EH, Aneas Alcántara J, Verdi Soriano J. Úlceras por presión en los talones. Estudio comparativo entre el vendaje protector de talones y un apósito hidrocélular con forma especial para los talones. Revista de enfermería (Barcelona, Spain). May 2002. Volumen 25. Issue5. P. 50-6. ISSN CN-00457902.

Quesada Ramos, Cristina. ¿Úlceras por presión en niños?. Index Enferm, Mar 2008, vol.17, no.1, p.75-75. ISSN 1132-1296.

Quesada C, Iruretagoyena ML, Gonzalez RM, Hernandez JM, Ruiz de Ocenda MJ, Garitano B, Olalde C, Sanchez R, Zurutuza T, Nuno C, Saiz ME, Perez MA, Cantalapiedra R, Herce D, San Sebastian JA, Arteche B, Abad B, Lopez de la Serna MJ, Salazar B, Lopez A, Validación de una escala de valoración del riesgo de úlceras por presión en los niños hospitalizados: Instituto Vasco de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Departamento de Salud del Gobierno Vasco (OSTEBA) 2009. Instituto Vasco de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Departamento de Salud del Gobierno Vasco (OSTEBA)

## **LINKOGRAFÍA**

<http://www.bvs.org.ec/>

<http://cochrane.bireme.br/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=ULCE RAS%20and%20POR%20and%20PRESION&lang=es>

[www.terra.es/personal/duenas/10.html](http://www.terra.es/personal/duenas/10.html).

<http://www.CENDEISS.sa.cr/cursos/tercera.pdf>

<http://www.cochrane.org/reviewa/es/ab001275 .htm>

[http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/778/778\\_07605.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/778/778_07605.pdf)

**ANEXOS**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ENCUESTA AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL  
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**Objetivo:**

Identificar los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión asociados a factores de riesgo en pacientes hospitalizados para mejorar la calidad de atención en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato.

**Instructivo:**

- Marque con una **X** en el paréntesis de la alternativa que usted eligió

Questionario

- 1) Las úlceras a presión es más frecuente en hombre o mujeres?  
Hombres ( )  
Mujeres ( )
- 2) Tiene relación la edad?  
Si ( ) No ( )
- 3) Cuáles son las patologías más propensa para que el paciente desarrolle úlceras a presión?  
Diabetes ( )  
Enfermedades respiratorias ( )  
Problemas neurológicos ( )  
Enfermedades circulatorias ( )
- 4) ¿Cuál es el lugar más frecuente de aparición de úlceras por presión?  
Región sacra ( ) Codos ( )  
Talones ( ) Glúteos ( )  
Caderas ( ) Omóplato ( )
- 5) ¿Existen suficientes insumos para brindar cuidados de enfermería acorde a las necesidades del paciente?  
Si ( ) No ( )
- 6) ¿Cuál es el factor que se asocia a la aparición de úlceras por presión?  
Humedad ( ) Incontinencia ( )  
Encamación prolongada ( ) Inmovilidad ( )  
Alteración de la circulación( )



- 7) Realiza valoración y medidas de riesgo de desarrollar úlceras por presión al paciente encamado en el Servicio de Medicina Interna?  
Si ( ) No ( )
- 8) Qué cuidados de enfermería da al paciente en los primeros signos de aparición de úlceras por presión?  
Cambios posturales cada 2 horas ( )  
Toma medidas de asepsia y antisepsia en las curaciones ( )  
Utiliza superficies especiales de apoyo ( )
- 9) ¿Qué cuidados se brinda luego de una intervención quirúrgica por UPP?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 10) Cuenta el servicio de Medicina Interna con protocolo de cuidados de enfermería a pacientes con úlceras a presión?  
Si ( ) No ( )
- 11) Conoce usted las escalas de valoración del riesgo de úlceras por presión?  
Si ( ) No ( )
- 12) Estaría de acuerdo usted en recibir una charla sobre la escala de valoración de riesgo de UPP?  
Si ( ) No ( )

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN