

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA JUAN MISAEL SARACHO
SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTINUA
DIRECCIÓN DE POSGRADO
POSGRADO EN SALUD**



TESIS DE POSGRADO

**FACTORES INFLUYENTES EN ULCERAS POR PRESIÓN EN
PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL JAPONES, ENERO
A SEPTIEMBRE 2019**

AUTOR: Marlene Flores Quispe

Estado plurinacional de Bolivia – Santa Cruz

Gestión 2020

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA JUAN MISAEL SARACHO
SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTINUA
DIRECCIÓN DE POSGRADO
POSGRADO EN SALUD**



TESIS DE POSGRADO

**FACTORES INFLUYENTES EN ULCERAS POR PRESIÓN EN
PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL JAPONES,
ENERO A SEPTIEMBRE 2019**

AUTOR: Marlene Flores Quispe

Trabajo de investigación presentado a consideración de la universidad autónoma Juan Misael Saracho, como requisito para obtención del título de Master en Médico Quirúrgico

Estado plurinacional de Bolivia – Santa Cruz

Gestión 2020

APROBADO:

TRIBUNAL:

MSc.

MSc.

MSc.

POSGRADO EN SALUD

LUGAR Y FECHA: _____

El tribunal calificador del presente trabajo, no se solidariza con la forma, términos, modos y expresiones vertidos en el mismo, siendo esta responsabilidad del autor(a).

DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios el creador de los cielos y la tierra, que me dio la vida y me ayudo en esta etapa de proceso, en la preparación de mi trabajo de tesis.

A mi padre Andrés Flores que ha estado apoyándome en el proceso de mi formación.

A mi madre Eleuteria Quispe que me cuida y me da su apoyo en todo tiempo.

A mis maestros, docentes que nos imparten sus conocimientos.

A mis amigos que han compartido todo este tiempo conmigo, apoyándonos en todo momento para culminar nuestros estudios.

AGRADECIMIENTO

El presente estudio de tesis le agradezco primeramente a Dios por haberme permitido culminar mis estudios dándome la inteligencia, sabiduría, la perseverancia y ayudándome en todo el proceso de aprendizaje y el desarrollo de mis estudios.

Agradezco a mis docentes por la paciencia, la enseñanza, guiarme y brindarme sus conocimientos.

A mis padres que en todo momento me estuvieron apoyando, dándome su amor, y sobre todo la fuerza para continuar y culminar de esta manera mis estudios, cumpliendo mis sueños de ser una profesional con muchos valores.

INDICE

1.1. Introducción	1
1.2. Antecedentes	1
1.2.1. Contexto nacional	1
1.2.2. Contexto internacional	3
1.2.3. Aspecto local	5
1.3. Descripción de la Situación Problemática	5
1.4. Planteamiento del Problema	7
1.4.1. Preguntas de investigación	7
1.5. Objetivo	8
1.5.1. Objetivo general	8
1.5.2. Objetivos específicos	8
1.6. Justificación	9
1.7. Viabilidad	10
1.8. Delimitación de la investigación	10
1.8.1. Espacial	10
1.8.2. Temporal	11
1.8.3. Sustantiva	11
CAPITULO II	12
2. MARCO TEÓRICO	12
2.1. Definición	12
2.2. Clasificación	12
2.3. Etiología	13
2.4. Factores de riesgo	15
2.5. Prevalencia	16
2.6. Localización	17
2.7. Prevención	17
2.7.1. Escalas de valoración	18
2.7.2. Cuidados de la piel	20
2.7.3. Manejo de la presión	24
2.7.4. Nutrición	28
2.8. Tratamiento	28

2.9. Control del tejido no viable.....	32
2.10. Prevención y abordaje de las lesiones infectadas.	34
2.11. Control del exudado.....	35
2.12. Estimulación de la cicatrización.....	37
2.13. Plan de cuidados enfermero: taxonomías NANDA/NOC/NIC.....	38
2.13.1. Pasos del proceso enfermero:	39
2.14. Complicaciones potenciales.	50
2.15. Cuidados de Enfermería.	52
2.15.1. Según aspectos legales.	53
2.15.2. Funciones de enfermería.	53
2.15.3. Funciones dependientes de enfermería.	53
2.15.4. Funciones independientes de enfermería.....	53
2.15.5. Funciones interdependientes.....	54
2.16. Marco contextual	54
2.17. Hipótesis	55
CAPITULO III.....	56
3. DISEÑO METODOLÓGICO	56
3.1. Tipo de estudio.	56
3.2. Población y muestra.....	56
3.2.1. Población	56
3.2.2. Muestra.	57
3.3. Unidad de análisis (Material y técnicas)	57
3.3.1. Instrumentos	57
3.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	57
3.5. Operacionalización	58
3.6. Procedimientos para recolección de datos.	63
3.7. Procesamiento y análisis de datos.	63
3.8. Consideraciones éticas	64
CAPITULO IV	65
4. Resultados	65
4.1. Análisis de los Resultados.....	65
CAPITULO V	86

5. Conclusiones y Recomendaciones	86
5.1. Conclusiones	86
5.2. Recomendaciones	87
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	88
Anexos	91

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico N° 1	65
Gráfico N° 2	66
Gráfico N° 3	67
Gráfico N° 4	69
Gráfico N° 5	70
Gráfico N° 6	71
Gráfico N° 7	72
Gráfico N° 8	73
Gráfico N° 9	74
Gráfico N° 10	75
Gráfico N° 11	76
Gráfico N° 12	77
Gráfico N° 13	78
Gráfico N° 14	79
Gráfico N° 15	80
Gráfico N° 16	81
Gráfico N° 17	82
Gráfico N° 18	83
Gráfico N° 19	84
Gráfico N° 20	85

Índice de Cuadros

Cuadro N° 1	65
Cuadro N° 2	66
Cuadro N° 3	67
Cuadro N° 4	68
Cuadro N° 1	70
Cuadro N° 6	71
Cuadro N° 7	72
Cuadro N° 8	73
Cuadro N° 9	74
Cuadro N° 10	75
Cuadro N° 11	76
Cuadro N° 12	77
Cuadro N° 13	78
Cuadro N° 14	79
Cuadro N° 15	80
Cuadro N° 16	81
Cuadro N° 17	82
Cuadro N° 18	83
Cuadro N° 19	84
Cuadro N° 20	85

GLOSARIO DE TERMINOS

- UPP: ulcera por presión
- NPUAP : National Pressure Ulcer Advisory European
- EPUAP : Pressure Ulcer Advisory Panel
- Necrosis: muerte de las células y los tejidos de una zona determinada de un organismo vivo
- Catabolito: producto de desecho del metabolismo, que se elimina por alguna de las vías de excreción.
- Epidermis: capa exterior de la piel, avascular, situada sobre la dermis que consta de cinco capas.
- Dermis: capa de tejido conjuntivo situada debajo de la epidermis y que, con esta forma la piel.
- Cizalla. - es la fuerza ejercida por unidad de área en paralelo al plano de interés; la fuerza de cizalla distorsiona la piel y tejidos blandos subyacentes, ocasionando al sujeto un desgarro interno de los tejidos.
- Fricción. - Es la fuerza tangencial, en la misma dirección y sentido opuesto, que se opone al movimiento de la superficie de la piel sobre otra superficie (cama, silla); se asocia al rozamiento superficial en la epidermis y la dermis. No es causa directa de la etiología de las UPP, su importancia se asocia principalmente a su contribución en la producción de cizallamiento. (34)

RESUMEN.

La investigación se realizó en el hospital japonés cuyo objetivo fue determinar los factores influyentes en las úlceras por presión en pacientes del servicio de cirugía

La metodología aplicada fue participativa a través del método de una relación personal con el paciente obteniendo información a través de un cuestionario.

Los principales resultados fueron que la mayoría de los pacientes son de la tercera edad y más aún que requieren ayuda para moverse, el estado de conciencia letárgico que requieren uso de pañal.

Las conclusiones son que los pacientes por las condiciones en las que se encuentran requieren ser movilizados y no se los moviliza a la mayoría, no utilizan colchones de agua o aire y la mayoría tienen dependencia del uso de pañal.

Cambio de postura que a la mayoría se le cambia pocas veces, situación que influye como un factor en las úlceras por presión también el cambio de sábanas para evitar la humedad a la mayoría se le cambia cada 2 días.

La valoración de la piel por enfermería a la mayoría no se le realiza solo a veces. la utilización de los colchones con agua o aire la mayoría no utiliza por que no se cuenta.

Las recomendaciones más importantes son que se requiere de más personal para la movilización de los pacientes, lo cual se debe coordinar con administración para su contratación.

Se recomienda evaluación, seguimiento y capacitación de los cuidados para evitar las complicaciones relacionados con las úlceras por presión.

Palabra clave:

Cuidados de enfermería, movilización, úlceras por presión.

CAPITULO I

1.1. Introducción

El presente estudio se realiza porque se ha percibido que los pacientes internados en el servicio de Cirugía, donde realizamos el estudio presentan varios factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión, entre los cuales están: dificultad para la movilidad, encamamiento por periodos de tiempo prolongados, enfermedades circulatorias o neurológicas, incontinencia urinaria o fecal, por lo tanto, están expuestos a situaciones que afectan la piel.

Por ello se ha definido la importancia de determinar los factores influyentes en úlceras por presión en pacientes del servicio de cirugía, hospital japonés, enero a septiembre 2019.

El propósito de la investigación es enfocar la atención de calidad con el mejoramiento de los cuidados de enfermería, logrando el bienestar integral de los pacientes considerando en las condiciones que esta el paciente.

El propósito del trabajo de investigación es enfocar a una atención integral del paciente contribuyendo las condiciones de su estado de salud, evitando complicaciones en alteración de la piel como las úlceras por presión que permiten más días de estadía en el hospital significando la alteración costo beneficio.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Contexto nacional

La incidencia de las úlceras por presión (UPP) en las unidades de cuidados intensivos (UCI) continúa siendo elevada. A pesar de la cantidad de recursos invertidos, continuamos sufriendo este grave problema de salud. (1) Soldevilla

El trabajo del Dr. Yepes y colaboradores en 150 pacientes de una UCI en Bolivia indica un 26,7% de incidencia de UPP de grado II o superior. Esta

elevada cifra es recientemente confirmada por otros autores, como Nijs y colaboradores que en 2008 publican una incidencia del 20,1% de UPP grado II o superior en una muestra de 520 enfermos de una UCI médico-quirúrgica. En la última década se han publicado estudios epidemiológicos con resultados contradictorios, aunque mayoritariamente las incidencias señaladas son altas, con cifras que oscilan entre el 1,9% y el 29,5%. Las discrepancias entre estas cifras pueden ser consecuencia de la comparación entre muestras muy diferentes, y es evidente que el paciente crítico presenta una mayor susceptibilidad al desarrollo de UPP debido a la frecuente inmovilidad y a la exposición a múltiples factores de riesgo asociados con la enfermedad, tales como edad elevada, prolongadas estancias en UCI, alteraciones hemodinámicas y del intercambio gaseoso, etc. Ante estas elevadas cifras, la reducción de la incidencia es un objetivo prioritario. (2)Yepez

“El hombre y la mujer han tenido que convivir desde sus orígenes con las heridas. Los barberos, antecesores de los profesionales de enfermería, y los cirujanos ya cuidaban de las heridas, basándose en las plantas medicinales”.

La úlcera por presión es una lesión que se localiza en la piel y tejido subyacente, normalmente está situada sobre prominencias óseas, causada por la presión y el cizallamiento.

Son un problema de salud, tanto en las instituciones sanitarias como en el medio domiciliario. Tienen un gran impacto sobre las personas, deteriorando tanto su bienestar físico como psíquico, agravando la enfermedad, disminuyendo su calidad de vida y la de sus cuidadores.

Las úlceras aparecen sobre todo en pacientes que tienen movilidad reducida: ancianos, aquellos con enfermedades graves agudas y que requieren un ingreso en unidades de cuidados intensivos, así como los que presenten lesiones medulares.

Las manifestaciones de estas lesiones dérmicas agravaban el estado general de las personas, ya que pueden provocar una infección local o sistémica, aumentando el tiempo de hospitalización, la dependencia hacia sus cuidadores y el coste sanitario o incluso la muerte

Se considera que el cuidado de las úlceras por presión es responsabilidad de los profesionales sanitarios, siendo los enfermeros y enfermeras los encargados de la prevención y tratamiento.

Generalmente, es uno de los problemas más habituales con los que se encuentran en su práctica diaria.

Debido a esto, se puede decir que es un fenómeno de mucho interés para la investigación enfermera, ya que son un indicador de mala calidad asistencial.

1.2.2. Contexto internacional

En España según el último estudio realizado en 2013 por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión y heridas Crónicas (GNEAUPP), las cifras de prevalencia han aumentado en los tres niveles asistenciales: a nivel hospitalario, a nivel de la atención primaria y en la atención socio sanitaria, donde el aumento alcanza niveles alarmantes.

Pero las úlceras por presión no son un fenómeno nuevo. Se han hecho presentes en el ser humano desde sus orígenes, ininterrumpidamente a lo largo de todo este tiempo desde que una persona quedó postrada e inmóvil por su enfermedad o por la ancianidad más debilitante.

El prisma de su cuidado ha variado desde la prehistoria hasta la actualidad, en clara sintonía con la condición de la persona que las sufría y siempre tildado por el desprestigio de las heridas de evolución crónica.

Una pequeña revisión histórica sobre los procedimientos y materiales utilizados por el ser humano para cuidar y tratar estas lesiones, quizá podamos iniciarla documentalmente en la civilización egipcia.

En diversas ocasiones se hallan en los papiros médicos egipcios referencias a los cuidados de la piel y de las úlceras de diversa etiología. En el papiro de Smith se citan numerosos casos de úlceras en el pecho. Además de las descripciones anotadas en los papiros médicos, la paleo patología ha permitido el estudio de lesiones del tiempo de los faraones en los restos bien conservados de las momias, como el de una sacerdotisa de Amón, que vivió durante la XXI Dinastía, que presentaba vestigios de grandes escaras en nalgas y espalda. Sus embalsamadores habían intentado maquillarlas durante el proceso de momificación recurriendo a una fina piel de gacela. Muy bien pudieran tratarse de úlceras por presión después de un largo periodo de encamamiento. (3)Nijs

El cirujano holandés Fabricius Hildanus describía a finales del siglo XVI, por primera vez de manera explícita, las características clínicas de las úlceras por presión. Identificó factores naturales externos y sobrenaturales internos como causas, así como una interrupción en el aporte de “pneuma”, sangre y nutrientes

En Francia, Ambrose Paré en esa misma época, fue famoso por sus tratamientos de las heridas de guerra. Derivadas de éstas, aludió al tratamiento de las úlceras por presión con directrices perfectamente equiparables a las mejores de las actuales: tratamiento de las enfermedades subyacentes, nutrición sana, alivio de la presión, apoyo psicológico, y eventualmente, tratamiento quirúrgico y apósitos.

En el último tercio de este mismo siglo XIX, Florence Nightingale, considerada iniciadora de la enfermería moderna, en su libro Notas sobre Enfermería reconoce de forma inequívoca la responsabilidad de las enfermeras en la prevención de UPP, manteniendo que éstas podían ser prevenidas mediante unos buenos cuidados de enfermería.

Apostilla con la severidad manifiesta de sus escritos: “si un paciente tiene frío o fiebre, o está máreasdo, o tiene una escara, la culpa, generalmente, no es de la enfermedad, sino de la enfermería”.

Este trabajo ha sido elegido debido a la prevalencia de las UPP en los pacientes adultos y así también jóvenes que han cursado una situación crítica de salud, en el hospital japonés.

Con el objetivo de determinar los factores influyentes en las úlceras por presión en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Universitario Japonés de enero a septiembre 2019.

1.2.3. Aspecto local

Actualmente el hospital japonés como institución de salud de tercer nivel, atiende pacientes complejos con muchas patologías de base. Contribuyendo esto al desarrollo de las úlceras por presión.

Según el estudio realizado 1134 pacientes que corresponden al 100% que ingresaron al servicio de cirugía de enero a septiembre, 60 pacientes que corresponden al 5.3% desarrollaron algún grado de úlceras por presión.

1.3. Descripción de la Situación Problemática

El presente estudio se realiza porque se ha percibido que los pacientes internados en el servicio de Cirugía, donde realizamos el estudio presentan varios factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión, entre los cuales están: dificultad para la movilidad, encamamiento por periodos de tiempo prolongados, enfermedades circulatorias o neurológicas, incontinencia urinaria o fecal, por lo tanto, están expuestos a situaciones que afectan la piel.

Las úlceras por presión es una de las complicaciones más frecuentes que se ven a diario en el servicio de cirugía y el resto de los servicios del Hospital

Japonés. Haciendo esto que el paciente Internado alargue su estadía Hospitalaria.

“Las úlceras de larga evolución constituyen un extenso e importante tipo de patologías. Su tratamiento es considerado en general como una práctica inferior, una tarea poco agradecida y escasamente gloriosa, donde mucho trabajo cuesta y escaso honor se otorga”

En el hipotético caso que se presente la úlcera tendrá repercusiones en la salud, en la calidad de vida, tanto en lo económico y en lo familiar, pues inicia una secuencia de situaciones desagradables como lo son las curaciones de la herida y tratamiento farmacológico a las que debe ser sometidos los pacientes. Las úlceras por presión, por lo general son detectadas en revisiones de rutina que realiza el personal de enfermería o quien esté al cuidado del adulto, estas lesiones en la piel representan un problema de salud para el paciente, los cuidadores, sistema de salud e establecimientos de tercer nivel.

Con frecuencia pasan desapercibidas dado que no se realiza una adecuada valoración del estado de la piel, ya sea por temor de moverlo, evitar despertarlo o invadir la privacidad durante el baño. Por otro lado, se ha observado que el personal de enfermería ya sea auxiliar o profesional tiene dificultades para la valoración del riesgo de úlceras por presión, pues no aplican escalas ya estandarizadas y validadas que faciliten la identificación del riesgo, por el desconocimiento y la falta de capacitación, por lo tanto, es un factor que afecta negativamente al momento de detectar factores de riesgo y prevenir ulceraciones en los pacientes internados.

La úlcera por presión es una complicación habitual en los pacientes hospitalizados y frecuentemente suele presentarse en enfermos graves y con estancias largas.

Existe una mayor incidencia debido a una serie de factores que aumentan el riesgo de aparición de las mismas (gravedad del paciente, drogas utilizadas,

deterioro del nivel de conciencia, estado hemodinámico, inmovilidad, acumulo de líquido en el tercer espacio, etc.)

En los últimos años se observó que, en el servicio, se ha incrementado el número de pacientes internados, presentando úlceras por presión en diferentes estadios.

Como problema de salud repercuten en diferentes instancias:

- En primer lugar, afecta a los pacientes.
- En segundo lugar, repercute en los entornos familiares y cuidadores no profesionales del paciente.
- En tercer lugar, sobre los sistemas de salud aumentando considerablemente el costo del tratamiento.
- En cuarto lugar, sobre los profesionales de enfermería, porque además de aumentar sus cargas de trabajo considerablemente, en cada vez más instituciones son un indicador, a veces casi único, de la calidad de los cuidados de enfermería

1.4. Planteamiento del Problema.

¿Cuáles son los factores influyentes en úlceras por presión en pacientes del servicio de cirugía, en el Hospital Japonés, enero a septiembre 2019?

1.4.1. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características generales de los pacientes?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo, su localización y métodos de prevención de las úlceras por presión?
- ¿Cuál es el proceso de cuidados, que desarrolla el personal de enfermería relacionado con las úlceras por presión según los pacientes internados?

1.5. Objetivo

1.5.1. Objetivo general.

Determinar los factores los factores influyentes en úlceras por presión en pacientes del servicio de cirugía, Hospital Japonés, enero a septiembre 2019.

1.5.2. Objetivos específicos.

- ✓ Identificar las características generales de los pacientes según edad, sexo, estado civil, procedencia, grado de instrucción, servicio y días de internación.
- ✓ Identificar los factores de riesgo del paciente, según su estado nutricional, características de la piel, estado mental, capacidad de movilización, incontinencia, área del cuerpo con úlceras por presión, condición del colchón.
- ✓ Especificar los cuidados de enfermería relacionados con las úlceras por presión, según cambios posturales, cambios de sábanas y cuidados de la piel.

1.6. Justificación

En el hospital japonés, Las úlceras por presión (UPP) son un problema de salud que durante mucho tiempo ha pasado desapercibido, suponen un empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes, dificultando su recuperación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe sobre la salud en el mundo del año 2010 destaca la promoción y la protección de la salud como aspectos esenciales para el bienestar humano y para lograr un desarrollo socio económico sostenido. Teniendo en cuenta esa premisa y en el caso de las UPP se hace necesario contar con estrategias que favorezcan su prevención.

En Estados Unidos se calcula que aproximadamente un millón de personas hospitalizadas o que viven en residencias son diagnosticadas de úlceras por presión y cerca de 60.000 mueren como consecuencia de complicaciones por ellas.

Como datos de prevalencia a nivel europeo destacar un estudio piloto publicado en 2006 en el que participaron 5.947 pacientes (25 hospitales), en éste se obtuvo que el 18,1% de los pacientes (1.078) tenían una o más de una UPP y sólo el 9,7% del total de pacientes que necesitaban prevención, recibieron una atención preventiva integral en este ámbito.

En un último estudio realizado en Madrid a nivel nacional en el año 2009, de prevalencia, se reportaron 508 registros de UPP, de éstos 256 procedían de Atención Especializada, disponiendo de información de 625 pacientes.

La prevalencia media de UPP en este ámbito fue de un 7,2% Estos datos revelan que las medidas de prevención actuales deben ser revisadas para disminuir la variabilidad en el cuidado basándonos en la mejor evidencia disponible.

Además, es importante destacar que todas las medidas encaminadas a la prevención supondrían un ahorro para el Sistema Nacional de Salud (5% del gasto sanitario anual).

Por todo lo dicho anteriormente se ha creado un grupo de trabajo en Atención Especializada con profesionales de Enfermería de toda la Comunidad de Madrid, cuya finalidad es la elaboración de un protocolo de trabajo que proponga pautas para la prevención de UPP en pacientes hospitalizados, buscando siempre el beneficio de los pacientes y la excelencia en el cuidado enfermero.

A través de esta tesis se propone mejorar la calidad de atención de pacientes con UPP y a los con riesgo de desarrollarla, reducir la incidencia de la misma, reforzando el nivel de conocimiento del personal de enfermería a través de la implementación de guías para detectar los riesgos y a través de capacitaciones continuas.

1.7. Viabilidad

En el desarrollo de la investigación se presentaron las siguientes limitaciones:

Los resultados obtenidos en la presente investigación no se podrán generalizar en otras poblaciones de estudio. Existe poca información actualizada y sistematizada en el Hospital Japonés sobre el tema de investigación.

1.8. Delimitación de la investigación

1.8.1. Espacial

El trabajo de investigación se llevará a cabo en el servicio de cirugía del Hospital Universitario Japonés ubicado en el tercer anillo avenida Japón

1.8.2. Temporal

El trabajo de investigación se llevará a cabo en el periodo de enero a septiembre del 2019.

1.8.3. Sustantiva

El trabajo de investigación pretende determinar los factores que influyen en el desarrollo de úlceras por presión en relación al cuidado, sexo, edad, localización y prevención.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Definición

Según la National Pressure Ulcer Advisory (NPUAP) y la European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) se puede definir la úlcera por presión como “una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general en una prominencia ósea, como resultado de las presiones, la presión en combinación con la cizalla. Un número de factores contribuyentes o factores de confusión también se asocian con las úlceras por presión importancia de estos factores todavía no se han dilucidado”. (5) J.T Patological

2.2. Clasificación

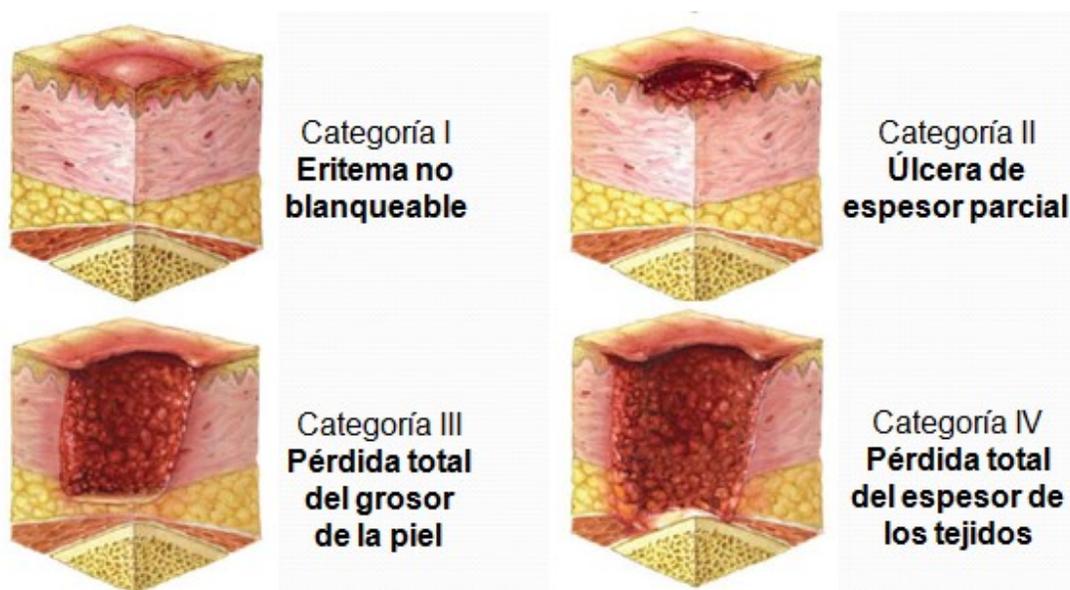
Las UPP generalmente se agrupan en cuatro estadios. Para poder desarrollarlas de una manera objetiva se ha usado el sistema de clasificación de la NPUAP y la EPUAP. (6)Jean

- ✓ Categoría I: Eritema no blanqueable.
Este tipo de úlcera se localiza en la capa más superficial de la piel, la epidermis. Se puede observar un eritema cutáneo no blanqueable al presionar. Esta lesión puede ir acompañada de sensaciones de dolor intenso o escozor, consistencia del tejido (edema o induración) y cambios en la temperatura de la piel (frío o calor)
- ✓ Categoría II: Úlcera de espesor parcial
Esta lesión se caracteriza por la pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis y dermis superficial. Se caracteriza porque la zona eritematosa puede ir acompañada de edema, vesícula y ampolla. Es una úlcera superficial que tiene un aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial
- ✓ Categoría III: Pérdida total del grosor de la piel

Pérdida completa del grosor de la piel. Conlleva lesión o necrosis del tejido subcutáneo. Los esfacelos pueden estar presentes. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones.

- ✓ Categoría IV: Pérdida total del espesor de los tejidos

Pérdida total del espesor del grosor de la piel que afecta a los huesos, músculos y estructuras de sostén como, por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación. Esta herida puede presentar esfacelos o escaras e incluir cavitaciones y tunelizaciones



Además de estos cuatro grados, debemos tener en cuenta que hay dos categorías adicionales en Estados Unidos que son aceptadas únicamente por la NPUAP

2.3. Etiología.

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano. Está formada por tres capas, las cuales son: la epidermis, la dermis y la hipodermis. La principal función que tienen es la de proteger de agresiones externas, las cuales pueden dañar la piel. Las úlceras por presión se deben a la consecuencia de la presión externa mantenida, por el cual se produce un problema vascular al provocar

un cambio en el riego sanguíneo normal de esa zona. Además, hay otros factores relacionados con la persona y el ambiente.

Generalmente, la presión capilar normal fluctúa entre 32 mm Hg en el espacio arterial capilar y 16 mm Hg en el espacio venoso capilar. Si se superan estas cifras en un área localizada y durante un tiempo continuo, se produce una isquemia, que si se mantiene en un tiempo prolongado produce muerte celular. Como consecuencia de esto, el organismo desencadena una respuesta orgánica con la que intenta compensar la falta de oxigenación. Esta respuesta es una vasodilatación de los vasos sanguíneos que lleva a la acumulación de catabolitos tóxicos en los tejidos y a la manifestación de edema, eritema o erosión en la zona expuesta a la presión. (7)F.N Notas de enfermería

La falta de oxigenación ocasionará una muerte irreversible de las células cutáneas con la formación de necrosis. Hay que tener en cuenta que cuando la presión se alivia, la piel se vuelve de manera rápida de color rojo como consecuencia de una respuesta fisiológica denominada hiperemia reactiva. Para la formación de las UPP debemos tener en cuenta tres tipos de fuerzas:

- ✓ Presión: la presión es una fuerza que actúa de forma perpendicular sobre las prominencias óseas y la piel. Se debe a la propia gravedad del cuerpo, la cual comprime dos planos entre sí; uno será la piel de la persona y otro externo al paciente (cama, sonda). (8)Soldevilla
- ✓ Fricción: la fricción la podemos definir como una fuerza tangencial que se ejerce por parte de un objeto externo sobre la piel, lo cual puede producir roces en la piel como consecuencia de los movimientos del paciente. Debido a estos movimientos se puede originar un aumento de la temperatura local, lo que puede originar ampollas y la posible destrucción de la epidermis.
- ✓ Cizallamiento: el cizallamiento es la combinación de la presión y la fricción. Esta fuerza puede ser ejercida de forma paralela sobre el paciente sobre un plano duro o de manera tangencial. Puede ocasionar

desgarro interno de los tejidos, debido a que distorsiona la piel y los tejidos blandos subyacentes.

- ✓ Humedad: ocasionadas por la exposición a la humedad que esté en contacto directo con la piel y mucosas.

2.4. Factores de riesgo.

Aunque sabemos que una de las principales causas de las UPP es la presión, existen más factores que favorecen su aparición, por lo que se puede decir que las UPP son un problema multicausal que reduce la capacidad del paciente para cambiar su posición, con el fin de reducir la presión que ejerce su cuerpo con otra superficie.

Es muy importante identificar los factores de riesgo, ya que así se podrá reconocer a los pacientes que tengan mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Los factores de riesgo se agrupan en factores intrínsecos y factores extrínsecos.

- ✓ Factores intrínsecos: asociados a problemas de salud del paciente:
 - ✚ Inmovilidad.
 - ✚ Edad avanzada. Sobre todo, pacientes mayores de 65 años, que tienen mayor riesgo de padecerlas.
 - ✚ Trastornos nutricionales: delgadez, obesidad (IMC>30), menor aporte de vitaminas, dieta pobre en proteínas, déficit hídrico.
 - ✚ Enfermedades neurológicas: pérdida de sensibilidad y alteración motora. - Trastornos que disminuyan la aportación de oxígeno.
 - ✚ Trastornos de la piel: edema, falta de elasticidad y sequedad de la piel.
- ✓ Factores extrínsecos: son los que están asociados al entorno del paciente:
 - ✚ Fuerzas de fricción, cizallamiento y fricción.

- ✚ Humedad.
- ✚ Fármacos: como inmunosupresores (radioterapia, corticoides y citostáticos), sedantes como (benzodiacepinas), inotrópicos (noradrenalina, dopamina, etc.).
- ✚ Superficies de apoyo inapropiadas.
- ✚ Sondajes.
- ✚ Falta de educación sanitaria.
- ✚ Mala praxis por parte de los profesionales. (9) francisco P

2.5. Prevalencia.

Las UPP son un importante problema para la salud, tanto para quienes las sufren como para el sistema sanitario (incrementan la carga de trabajo de los profesionales de enfermería, lo que repercute en la calidad asistencial de los pacientes). Hablando económicamente en nuestro país, el coste anual del tratamiento se estima que ronda los 435 y 612 millones de euros (entre profesionales, materiales y aumento del tiempo de las estancias en hospitales y centros sociosanitarios). Lo cual supone el 5% del gasto sanitario anual en sanidad.

En España, se han llevado a cabo 4 estudios de prevalencia de UPP en los años 2001, 2005, 2009 y 2013 por parte del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Aun así, nos encontramos con el problema de que no ha sido lo suficientemente estudiado

Según el último estudio de la GNEAUPP, la prevalencia en adultos en los hospitales se sitúa entre 7% y el 8,5%, en la atención sociosanitaria llega a situarse entre 12% y el 14%, en atención primaria está en el 8% y en atención domiciliaria está en 9%. Estos datos nos indican que ha habido un incremento de la prevalencia de las UPP en los últimos años.

En cuanto al tipo de úlcera más frecuente, según el 3º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, podemos observar que el más frecuente es la de estadio II. (10)Suddart

Por último, un dato revelador nos indica que las mujeres tienden a sufrir más UPP que los hombres, sobre todo en los hospitales de media y larga estancia, las residencias y la atención domiciliaria. Según la revisión bibliográfica, esto se debe a que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que la de los hombres. Otro dato de importante relevancia es que la unidad donde más UPP hay dentro de un hospital es la unidad de cuidados intensivos, ya que son más vulnerables debido a su inestabilidad hemodinámica y los procedimientos terapéuticos a los que son sometidos

2.6. Localización.

La localización más frecuente de las UPP, son las zonas de apoyo del cuerpo. A continuación, se explican las zonas más expuestas, dependiendo de la posición del paciente:

- ✓ Decúbito supino: Occipital, escápulas, codos, sacro, coxis, talones, dedos de los pies.
- ✓ Decúbito lateral: Pabellón auricular, escapulas, costillas, trocánter, crestas ilíacas, cóndilos, tibias, maléolos tibiales, dedos y dorso del pie.
- ✓ Decúbito prono: Frente, pómulos, pabellón auricular, pechos, crestas ilíacas, pubis, genitales (en varones), rodillas y dedos de los pies.
- ✓ Sedestación: Occipital, escápulas, huecos poplíteos y talones.

2.7. Prevención.

Como ya hemos dicho, las UPP son uno de los problemas más frecuentes con los que se encuentran los profesionales de enfermería en su práctica diaria. Así, la enfermería asume una gran responsabilidad tanto en su prevención como en su tratamiento. Además, sabemos que la aparición de este tipo de lesiones tiene un efecto muy negativo en la salud del paciente agravando su

estado general debido al aumento de riesgo de infección y a la aparición de complicaciones metabólicas que aumentan el tiempo de estancia hospitalaria, lo que señala un indicador negativo de calidad asistencial. (11) Gonzalez

La prevención de este tipo de lesiones se debe basar en cinco pilares fundamentales, los cuales son:

1. Realización de una valoración sistemática y objetiva para identificar a los pacientes que presenten riesgo de desarrollar UPP.
2. Cuidados de la piel.
3. Manejo de las presiones.
4. Registro de actividades de cuidado por parte de los profesionales.
5. Formación de los profesionales y cuidadores para reducir la incidencia.

2.7.1. Escalas de valoración.

la valoración del riesgo es uno de los aspectos más importantes para la prevención de las UPP. Para ello, existen varios tipos de escalas de valoración de riesgo de padecer úlceras por presión (EVRUPP), las cuales son herramientas muy eficaces e imprescindibles en la práctica de los profesionales de enfermería, ya que permiten hacer una evaluación cuidadosa, constituyendo una herramienta objetiva para valorar el riesgo y poder tomar decisiones, estableciendo un plan de cuidados preventivo. (12) Brunet

Este tipo de escalas deben cumplir los siguientes requisitos

- ✓ Validez.
- ✓ Fiabilidad.
- ✓ Alta sensibilidad y especificidad.
- ✓ Buen valor predictivo.
- ✓ Fácil de usar.
- ✓ Que sus criterios estén bien definidos.

Todas las escalas con las que nos encontramos establecen, de acuerdo a una puntuación, la probabilidad de desarrollar una UPP en función de una serie de parámetros que son considerados factores de riesgo.

Existen 22 tipos de EVRUPP, las cuales no están todas validadas.

En este trabajo se hace un repaso de las siguientes escalas de valoración de riesgo de desarrollar UPP, todas ellas validadas. (13)Gonzales

- ✓ **Escala Norton:** Esta fue la primera EVRUPP que se desarrolló. Fue escrita por Norton, McLaren y Exton-Smith en 1962, modificada en 1987 por Norton. Esta escala se basa en cinco parámetros: estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico. Es una escala negativa, ya que el paciente que tenga menos puntuación tendrá mayor riesgo. Siendo ≤ 16 riesgo moderado y ≤ 12 riesgo alto.
- ✓ **Escala Emina:** Fue realizada y validada por un grupo de enfermería que pertenece al Instituto Catalán de Salud para el seguimiento de las UPP. Esta escala se basa en 5 factores de riesgo: estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad. Estos ítems son puntuados de 0 a 3 cada uno de ellos. Siendo >1 riesgo bajo, >4 riesgo moderado y >8 riesgo alto.
- ✓ **Escala Waterlow:** Esta escala se creó en 1985 en Inglaterra, después de que se realizará un estudio de prevalencia que determinó que la escala Norton no identificaba a todos los pacientes que presentaban UPPS finalmente. Esta escala se basa en 6 sub escalas: relación peso/estatura (IMC), evaluación visual de la piel en áreas de riesgo, sexo/edad, movilidad, continencia y apetito, más otras cuatro categorías que puntúan unos factores de riesgo especiales: malnutrición tisular, déficit neurológico, cirugía y medicación. En esta escala, cuanto mayor puntuación más riesgo tendrá la persona de padecer una UPP, siendo ≤ 10 puntos: en riesgo, ≤ 16 puntos: alto riesgo, ≤ 20 puntos: muy alto riesgo.

- ✓ **Escala Braden:** Esta escala fue realizada en Estados Unidos en el año 1985 por Barbara Braden y Nancy Bergstrom, en el que realizaron un proyecto de investigación, en el cual detectaron que la escala Norton presentaba algunas limitaciones. Esta escala es una de las más usadas en la actualidad y está formada por 6 subescalas, las cuales son: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas. En esta escala cuanto menor sea la puntuación mayor será el riesgo de lesión, siendo ≤ 16 puntos: riesgo bajo, ≤ 14 puntos: riesgo moderado, ≤ 12 puntos: riesgo alto. (14)J. Pablo
- ✓ **Escala Cubbin Jackson:** Esta escala es específica para pacientes críticos, además es una escala difícil de usar debido a su complejidad. Está formada por 10 parámetros en total, los cuales se puntúan de uno a cuatro: edad, peso, estado de la piel, estado mental, movilidad, estado hemodinámico, respiración, nutrición, incontinencia e higiene. Los pacientes que tengan una puntuación ≤ 24 presentaran riesgo de sufrir este tipo de lesiones.

2.7.2. Cuidados de la piel.

El cuidado de la piel es una de las estrategias para la prevención de las úlceras bien sean producidas por presión (UPP) o por humedad (UPH).

✓ **Valoración de la piel.**

Es necesario realizar la valoración de la piel diariamente de una manera sistemática para ver su estado e identificar los síntomas que nos puedan indicar algún tipo de lesión causada por la presión, cizalla, roce fricción o la humedad. Todos los profesionales de enfermería que tengan que realizar la valoración deberán estar correctamente formados para poder distinguir las lesiones que sean originadas debido a la presión, cizalla, roce-fricción y a la humedad. A través de esta formación, los profesionales podrán tener

conocimientos sobre los estadios de los eritemas, sus localizaciones y sus especiales características, como, por ejemplo; sus respuestas al blanqueamiento, el calor, el edema y su induración.

Como ya hemos dicho, la valoración se deberá hacer de manera regular, haciendo un especial hincapié en:

- ✚ En zonas de apoyo donde se encuentran prominencias óseas como el sacro, caderas, tobillos, codos, talones, etc. Esto se debe a que la presión que se ejerce debido a la gravedad del cuerpo no es uniforme en toda la piel, sino que se concentra en estas zonas anatómicas
- ✚ En zonas donde la humedad se encuentra más presente, ya sea causada por una incontinencia, estomas, drenajes, etc. Habrá que vigilar minuciosamente la zona perianal y perigenital, pliegues cutáneos, zonas periestomales, etc. (15)Aburto
- ✚ Zonas en contacto con dispositivos terapéuticos como son las sondas vesicales, nasogástricas, gafas nasales, tubos respiradores, catéteres, etc.
- ✚ Zonas en las que haya presencia de alteraciones en la piel como pueden ser la sequedad, maceraciones, descamaciones o eritemas, etc.
- ✚ Zonas donde haya fuerzas tangenciales superficiales, como son el roce-fricción, o profundas, como son la cizalla. Habrá que tener especial cuidado con pacientes encamados o sentados en sillones o sillas que sean movilizados, en zonas como los omoplatos, glúteos, espalda, etc.

Además, se deben tener en cuenta los siguientes signos:

- ✚ Enrojecimiento: Nunca se deberá ignorar un enrojecimiento. Si éste se encuentra sobre una prominencia ósea se tendrá que realizar la prueba del blanqueamiento para ver si se trata de una lesión de estadio I. Esta

prueba trata de aplicar una fuerza con el dedo, para ver si la superficie que está roja se blanquea, lo que indicará que no hay presencia de daño tisular. Hay que saber que, en personas de raza negra, la valoración es más difícil, por lo que se tendrán que tener en cuenta la presencia de otros tonos de color (azul o morado).

- ✚ Dolor: Indicar al paciente que nos identifique cualquier zona donde (haya) presencia de dolor.
- ✚ Cambios en la temperatura: Se tendrá que hacer una valoración de la temperatura de la piel, comparando la temperatura con la misma localización anatómica de la zona opuesto del cuerpo, mediante la palpación con el dorso de la mano (sin guantes), comprobando si hay un aumento o descenso de la temperatura. (16)Carbajal
- ✚ La induración y el edema: Hay que tener en cuenta los que sean mayores de >15mm de diámetro, y que la piel esté tersa y brillante

✓ **Cuidados de la piel.**

Según la bibliografía revisada, los cuidados de la piel serán los siguientes:

- ✚ Limpieza y cuidados de la piel.
 - Se deben utilizar jabones neutros y agua tibia que tengan bajo potencial irritativo sobre el pH ácido de la de la piel
 - Mantener la piel del paciente limpia y seca.
 - Fomentar la participación del paciente en su higiene diaria en medida de sus posibilidades.
 - Secar al paciente sin hacer fricción, especialmente en los pliegues.
 - Se deberá realizar la higiene tantas veces sean necesarias, sobre todo en pacientes sudorosos o que presente incontinencia.
 - Mejorar la oxigenación tisular mediante el uso de aceites o ácidos grasos hiperoxigenados, ya que facilitan la hidratación de la piel sana

sometida a la presión. También favorecen la circulación y refuerzan la resistencia de la piel. Se debe procurar que se absorban completamente.

- No se tiene que utilizar sustancias que sean irritantes (alcohol o colonia).
- Cambios de sábanas moviendo al enfermo sin que haya que arrastrarle.
- La ropa de la cama debe quedar hueca sin que ejerza ningún tipo de presión.
- Se debe utilizar lencería de tejidos naturales.
- Proteger la piel de agresiones externas, como son las producidas por el uso de catéteres, tubos de oxígeno, collarines cervicales, sondas vesicales, etc. Se deberá emplear apósitos protectores.

(17)Jose V.S

Manejo del exceso de humedad: Hay que valorar y tratar las diferentes causas que originen el exceso de humedad en la piel del paciente.

El objetivo fundamental del tratamiento será mantener la piel bien hidratada, evitando el exceso de humedad.

Las causas de exceso de humedad son la sudoración profusa, drenajes, exudado de heridas, incontinencias, entre otras.

Los cuidados específicos son.

- Para el exceso de sudoración se deberá cambiar la ropa tantas veces sean necesarias.
- Para el control de los drenajes se deben usar dispositivos óptimos, ya sean bolsas de colostomía, redones, etc.
- Para controlar el exceso de exudado, se deben utilizar apósitos que tengan capacidad de absorción.

- La incontinencia aumenta el riesgo de que aparezcan UPP. La piel en contacto con la humedad se vuelve más vulnerable, ya que se irrita debido a los agentes químicos de la orina o heces. Para controlar la humedad originada por la humedad se deberá:
- Reeducar el esfínter.
- Cambiar los pañales nada más se encuentren mojados.
- Lavar, aclarar y secar la piel en contacto con el pañal.
- Valoración de colocación de una sonda vesical.
- Aplicación de películas cutáneas.

2.7.3. Manejo de la presión.

El manejo adecuado de la presión contribuye a reducir el riesgo de desarrollar úlceras por presión. (18)Heredias

Para reducir los efectos negativos de la presión como causa principal de la UPP, la GNEAUPP recomienda tener en cuenta cuatro elementos.

1. Movilización.
2. Cambios posturales.
3. Protección local.
4. Utilización de superficies especiales de manejo de la presión (SEMP).

Estas cuatro medidas no deben ser aplicadas de manera aislada. No vale realizar cambios posturales únicamente, de deben complementar con el resto de medidas. De acuerdo a esto, se deben poner en conjunto las cuatro medidas para que tengan un efecto preventivo en la aparición de la UPP.

- ✓ Movilización.
Es necesaria la implantación de un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y actividad del paciente

- ✚ Se deberá proporcionar al paciente dispositivos que faciliten el movimiento independiente de la persona como bastones, barandillas, etc.
- ✚ Colocar la sábana entremetida totalmente estirada para realizar movilizaciones y los cambios posturales.
- ✚ Informar al paciente de la importancia de realizar ejercicios pasivos y activos.
- ✚ Si el paciente tiene tubos, drenajes, sondas, etc. Se deberá fijar correctamente para que no molesten en los movimientos.
- ✚ Utilizar una grúa para los traslados cama-sillón, si es necesario.
- ✚ Si hay potencial para mejorar la movilidad física, se deberá iniciar la rehabilitación con los fisioterapeutas

✓ Cambios posturales.

Los cambios posturales permiten reducir la duración de las fuerzas de presión sobre las zonas más vulnerables del paciente con movilidad reducida. La frecuencia con la que se deberían hacer no está clara, pero se recomienda cada dos a seis horas y siendo más frecuentes en personas que tengan mayor peso. Según la GNEAU PP “los cambios posturales son tan necesarios como insuficientes”.

Existen muchos factores que condicionan su efectividad.

- ✚ Dificultad para su realización.
- ✚ Utilización de posiciones iatrogénicas.
- ✚ Realización de una manera no correcta, aumentando las lesiones por roce-fricción o cizalla.
- ✚ Dificultad para su realización debido a sus patologías de base que imposibilitan su realización.

Normalmente, los cambios posturales deben alternarse entre varias posiciones anatómicas, las cuales son (19) Soliz

- ✚ Decúbito supino: donde se tendrá que colocar almohadas debajo de la cabeza, de la cintura, de las piernas, una apoyando la planta de los pies y dos opcionales debajo de los brazos, quedando libres de la presión los talones (reforzado con taloneras), los glúteos y la zona sacro coxígea, escapulas y codos.
 - ✚ Decúbito prono: esta postura se utiliza para la prevención y tratamiento de las úlceras sacro coxígeas y trocántereas. Hay que tener en cuenta que esta posición está contraindicada en pacientes con lesiones torácicas, cardiacas y con respiración asistida. Colocaremos las almohadas debajo de la cabeza, abdomen, muslos y piernas.
 - ✚ Decúbito lateral: se tendrá que colocar una almohada debajo de la cabeza, otra apoyando la espalda y una entre las piernas. Es importante no sobrepasar los 30° de laterización.
 - ✚ Sedestación: el paciente se debe sentar correctamente, con la espalda recta. Habrá que colocar almohadas detrás de la cabeza, espalda, debajo de cada brazo y pies. Por último, es muy importante registrar la pauta de cambios posturales, especificando su frecuencia y la posición adoptada. También es importante formar a los cuidadores sobre los cambios posturales, debido a que son agentes importantes para la prevenir las UPP.
- (20)HPLP

✓ Protección local.

Se tendrá que llevar a cabo en las zonas del cuerpo que sean más vulnerables al roce y la presión, como son el sacro, trocánteres, occipital, codos y talones. Para ello se podrán utilizar apósitos con capacidad para la reducción de la presión en estas zonas anatómicas.

Estos apósitos tienen que haber demostrado su eficacia, como por ejemplo los que están formados por espumas de poliuretano, que puedan utilizarse solas o bien asociadas a otros materiales como la silicona. Se debe tener en cuenta que estos tipos de apósitos deben permitir la vigilancia diaria de la zona, por lo que no se deben utilizar vendajes. (21)Valero

En los casos que la presión sea producida por la utilización de dispositivos terapéuticos se podrá utilizar ácidos hiperoxigenados y apósitos que permitan el manejo de la presión

✓ Superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP).

Las SEMP se pueden definir como cualquier superficie o dispositivo especializado, donde el paciente pueda apoyar una parte o todo el cuerpo, permitiendo posicionar a la persona en las posiciones de decúbito supino, prono o en sedestación. Su configuración física debe presentar propiedades que redistribuyan el peso, lo que permitirá reducir o aliviar la presión. También pueden presentar otras funciones terapéuticas, como son la de reducir el efecto de la cizalla, el calor, la humedad y aumentar el confort de personas que presenten una movilidad reducida. (22)Da Silva

Clasificación de las SEMP

SEMP estáticas: estas superficies aumentan el área de contacto con la persona. Cuanto mayor sea la superficie de contacto menor será la presión que se tenga que soportar cada punto del cuerpo. Reducen la humedad, la presión y rozamiento.

SEMP dinámicas: estas superficies permiten variar de manera alterna la presión en los puntos de contacto. A la hora de tener que elegir una

SEMP, se tendrá que tener en cuenta dos características: el nivel de riesgo que presente el paciente y la gravedad de la UPP . (23) Galvan

2.7.4. Nutrición.

De acuerdo a la bibliografía revisada, hay una estrecha relación entre la malnutrición y la formación de UPP, ya que la protección sobre las prominencias óseas se ve reducida debido a la pérdida de tejido graso y muscular. Como consecuencia de esto, se deberá proporcionar un soporte nutricional a estos pacientes, lo que disminuirá el riesgo de sufrir UPP y, además, ayudará al proceso de cicatrización.

El aporte hídrico es fundamental para la prevención, lo cual mantendrá la piel hidratada y tendrá menos riesgo de quebrarse. (24)Pancorbo

La principal diferencia entre una piel seca y otra deshidratada es que la piel seca carece de componentes grasos, mientras que la piel deshidratada de lo que carece es de agua, por otra parte, la piel seca y piel deshidratada presentan síntomas diferentes.

En cuanto al método de alimentación, la administración oral será la primera opción, pero en caso de que no sea posible se podrá utilizar la alimentación enteral y parenteral. También se podrá recurrir a la suplementación de nutrientes que faciliten el proceso de cicatrización, como son: vitaminas, minerales, grasas, aminoácidos (albúmina y arginina). Por último, para el paciente que se encuentre en alto riesgo de desarrollar UPP se necesitará una dieta hipercalórica e hiperproteica

2.8. Tratamiento.

Los cuidados y tratamientos de las UPP deben afrontarse de una manera multidisciplinar.

Los objetivos de los tratamientos se resumen en

- ✓ Disminuir el tiempo de cicatrización.
- ✓ Evitar las posibles complicaciones.
- ✓ Mejorar la eficiencia de los tratamientos. (25)Melleiro

✚ Valoración de la lesión.

En primer lugar, se debe hacer una valoración periódica, por lo menos una vez a la semana, del estado de la piel y estadio en el que se encuentra la UPP.

Al realizar la valoración se tendrá en cuenta

- Localización de la lesión. Hay que registrar la zona anatómica donde se encuentre la UPP (sacro, talón, maléolo).
- Estadio de la lesión
- Dimensiones de la UPP. Se tendrá que realizar una medición en centímetros de la longitud de la herida.
- Tipo de tejido que se pueda encontrar en el lecho de la herida, el cual puede ser:
 1. Tejido necrótico: diferenciado por ser de color negro o marrón oscuro y estar adherido al lecho o a los bordes de la úlcera
 2. Esfacelo: tejido de origen fibrinoso de color amarillento verdoso.
 3. Tejido de granulación: tejido de color rojo o rosáceo, el cual es brillante y húmedo.
 4. Tejido epitelial: tejido nuevo de color rojo brillante. o Cicatrizado.
- Forma de la lesión: Circular, ovalada, herradura e irregular
- Secreción: Escasa, moderada, profusa, hemorrágica, purulenta y serosa.
- Existencia de tunelizaciones o fistulas.

- Presencia de infección. Así, se tendrá que valorar el calor de los tejidos circundantes, tipo y la cantidad de exudado, la existencia de crepitaciones, bordes inflamados y/o mal olor.
- Dolor. Al tratarse de un síntoma subjetivo, su medición se realizará mediante el uso de una escala de valoración.
- Antigüedad de la lesión.
- Estado de la piel perilesional. Así mismo, podremos encontrarla íntegra, lacerada, macerada, edematosa o con presencia de celulitis.

✚ Tipos de curas.

Existen dos tipos de curas para las UPP, se describen a continuación.

- Cura seca: trata de preservar la herida limpia y seca para intentar impedir que aparezcan infecciones. Este tipo de cura se usa poco en la actualidad ya que aumenta el tiempo de cicatrización, reduce la temperatura en el lecho de la herida, elimina la humedad y produce una costra que dificulta la aparición de nuevos tejidos.
- Cura húmeda: intenta mantener la herida húmeda y caliente, lo cual estimula el proceso de cicatrización. Otro de los beneficios de este tipo de cura es la disminución del riesgo de infección, debido al pH más ácido generado por un aumento del aporte de oxígeno y nutrientes en la herida. Como consecuencia se reduce el tiempo de cicatrización y el dolor asociado. Para la correcta realización de este tipo de cura se deberá mantener el lecho de la herida húmeda y la piel perilesional seca.

✚ Cuidados locales de las UPP

En la actualidad los profesionales sanitarios disponen de una herramienta que ha permitido lograr grandes avances en el tratamiento de las heridas

producidas por la presión. Se trata del concepto “Preparación del lecho de las heridas” que fue desarrollado por Vicent Falanga y Gary Sibbald y se define como “una forma de tratamiento global de las heridas, que acelera la cicatrización endógena o facilita la eficacia de otras medidas terapéuticas” (26)Salud. OMD

Este concepto está formado por cuatro componentes que son agrupados en el acrónimo TIME

- T: Control del tejido no viable.
- I: Control de la inflamación y la infección.
- M: Control del exudado.
- E: Estimulación de los bordes epiteliales.

Los cuatro componentes de este esquema brindan unos patrones a los profesionales sanitarios, mediante las cuales pueden aplicar el conocimiento científico para elaborar estrategias que aumenten las condiciones de cicatrización de las UPP, y además ofreciendo otras ventajas, como la reducción del coste económico de los servicios sanitarios.

El objetivo de este esquema es reducir el edema, el exudado, la carga bacteriana y otros factores que aumenten el tiempo de cicatrización.

1. Limpieza de la herida.

El lavado de las UPP es muy importante, aunque a veces no se le da la importancia necesaria. Se debe saber que con una limpieza adecuada se pueden retirar microorganismos y tejido necrótico que se encuentren en el lecho de la lesión.

Para realizar esta limpieza de manera adecuada se utilizará suero fisiológico, agua destilada o agua potable de grifo antes que los antisépticos, ya que con estos últimos se puede retrasar el tiempo de cicatrización y crear sensibilidades. De modo que los antisépticos sólo

se utilizarán cuando sea necesario realizar un desbridamiento cortante o haya evidencia de una carga alta de bacteriana

Para un correcto lavado de la herida se deben seguir las siguientes recomendaciones:

- Todas las curas se iniciarán siempre con una limpieza de la piel lesionada y la piel perilesional.
- Utilizar suero fisiológico, agua destilada o agua de grifo.
- Usar la menor fuerza mecánica posible y dejar un tiempo para que se pueda secar.
- Habrá que usar una presión de lavado entre 1 a 4 Kg/cm² para que la limpieza sea efectiva.
- No utilizar antisépticos locales como son la povidona yodada, clorhexidina, etc. ya que son productos agresivos con unos altos niveles de toxicidad contra los granulocitos, monocitos, fibroblastos y tejido de granulación.
- Si el paciente tiene más de una UPP y una de ellas presenta infección, la cura de esta misma se dejará en último lugar.

2.9. Control del tejido no viable.

En este tipo de heridas crónicas es normal encontrarse con tejido necrótico, el cual es un obstáculo en el proceso de cicatrización.

Así mismo, con la eliminación de este tejido necrosado se consigue modificar el ambiente de la herida, lo que puede favorecer la curación de la UPP. El desbridamiento es la técnica que logra la eliminación del tejido necrótico .

(27)Salgado

Hay distintos tipos de desbridamiento, su elección dependerá del paciente y de las características de la herida. Normalmente son métodos compatibles

entre sí y su combinación está recomendada ya que hace más eficaz y rápido el proceso.

Los tipos de desbridamiento son

- Desbridamiento cortante: es aquel que es realizado a pie de cama, eliminando de forma parcial o total el tejido necrótico. Se puede realizar en varias sesiones y hasta que se alcance el nivel de tejido viable. Se debe realizar con material estéril, respetando las medidas generales de asepsia, ya que es una fase donde hay proliferación bacteriana.
- Desbridamiento quirúrgico: este tipo de desbridamiento se realiza por personal especializado en quirófano y en una sola sesión bajo anestesia. Se realiza en UPP que sean gruesas, muy adherentes, tejido necrótico de lesiones extensas, profundas, localizaciones especiales y/o con signos de celulitis o sepsis.
- Desbridamiento químico enzimático: para este tipo de desbridamiento se utilizan enzimas exógenas como son la colagenasa, la estreptoquinasa, tripsina, papaína urea o quimiotripsina que funcionan de manera conjunta con enzimas endógenas degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina, eliminando los puentes de fibras colágenas que adhieren el tejido necrótico al lecho y paredes de la herida.

La colagenasa fomenta el desbridamiento y el crecimiento del tejido de granulación. La enzima que se utiliza de manera general es la colagenasa obtenida del *Clostridium histolyticum*.

Desbridamiento autolítico: este tipo de desbridamiento se basa en la aplicación de productos de cura húmeda que den al tejido las condiciones adecuadas de temperatura y humedad. De esta manera se pone en marcha el proceso natural de autólisis, mediante el cual los fagocitos que hay en la lesión, junto con los macrófagos y enzimas

proteolíticas, separan los tejidos necróticos, al mismo tiempo que estimulan la granulación de tejido nuevo.

Es la menos traumática, más indolora y selectiva, debido a que no afecta a los tejidos sanos. Este método se elige cuando se descartan otros métodos y es muy útil si se emplea en combinación con el desbridamiento cortante y enzimático.

- Desbridamiento mecánico: en la actualidad está en desuso, debido a que son técnicas no selectivas, ya que afectan a cualquier tejido y además, son traumáticas para el paciente.
- Desbridamiento osmótico: este tipo de desbridamiento se puede conseguir mediante el intercambio de fluidos de distinta densidad, a través de la aplicación de soluciones hiperosmolares. Es un tipo de desbridamiento selectivo. El principal inconveniente es que requiere cambios de apósitos cada 12 a 24 horas.
- Larval: este método de desbridamiento no está comercializado en nuestro país y además se encuentra con muchas barreras culturales. Consiste en la aplicación de larvas de moscas (*Lucilla Sericatta*). Estas larvas aumentan el crecimiento de tejido granular y también la angiogénesis. (28)Chile SdGyGd

2.10. Prevención y abordaje de las lesiones infectadas.

Todas las UPP están contaminadas por bacterias, lo cual no quiere decir que se encuentren infectadas. Se tendrá que tener en cuenta los siguientes conceptos:

- Herida contaminada: en la que se encuentran bacterias en la superficie de la herida y que no retrasan el tiempo de cicatrización.
- Herida colonizada: presencia de gérmenes bacterias que se multiplican y no causan infección.

- Herida infectada: cuando en las lesiones hay invasión y multiplicación de bacterias que causan daño tisular y retrasan la cicatrización. Para el control de la infección se deberá tener en cuenta.
- Evitar el contacto de la herida con sustancias corporales como pueden ser la orina o heces del paciente.
- Se deberá realizar lavado de manos y utilizar siempre guantes estériles, cambiándolos antes de entrar en contacto con otros pacientes.
- En los pacientes que tengan más de una UPP, dejar para último lugar la que se encuentre contaminada.
- Es necesario que todo el material se encuentre esterilizado antes de proceder a realizar un desbridamiento quirúrgico.
- Los pacientes que se encuentren con bacteriemia, sepsis o celulitis avanzada se utilizarán antibióticos sistémicos, siempre bajo prescripción médica.
- Respetar las normativas de cada institución para la eliminación de residuos contaminados.

2.11. Control del exudado.

El exudado se puede definir como el líquido que sale de la herida. Normalmente el exudado se considera que es malo. Este concepto es erróneo, ya que tiene una serie de funciones que ayudan a la cicatrización de la herida. (29)JAC

- Evita que se seque el lecho de la herida.
- Facilita la migración de células regeneradoras de tejidos.
- Proporciona nutrientes esenciales para el metabolismo celular.
- Facilita la difusión de factores inmunitarios y de crecimiento.

- Facilita la autólisis, que es la separación de tejido desvitalizado o lesionado.

A pesar de que el exudado tiene funciones que ayudan al proceso de cicatrización, se debe valorar el grado de humedad de la lesión, ya que un exceso puede provocar irritación química y hacer que la piel perilesional se vuelva más frágil, reduciendo su función protectora y aumentando el tiempo de cicatrización.

Por ello, se debe hacer una valoración del tipo de exudado que se encuentra en la herida

- Exudado seroso: se considera un exudado normal. Es de color amarillento o ambarino.
- Exudado purulento: este tipo de exudado puede ser de color turbio, lechoso o purulento. Puede indicar la presencia de fibrina (respuesta a la inflamación) o infección con presencia de leucocitos y bacterias.
- Exudado sanguinolento o hemorrágico: este exudado indica lesión en un capilar y es de color rojo o rosáceo.
- Exudado verdoso: este tipo de exudado indica infección bacteriana.
- Exudado amarillento o marronoso: exudado que puede tener la presencia de esfacelos o material procedente de una fístula entérica o urinaria.
- Exudado gris o azulado: este tipo de exudado se puede originar debido al uso de apósitos que contengan plata. Cuando el exudado haya sido valorado, se pasará a la elección del producto de cura. En el caso de que vaya a realizarse una cura húmeda, los apósitos son la principal opción.

Según la bibliografía revisada, la cura en ambiente húmedo tiene mayor efectividad clínica y rentabilidad que la cura seca.

Los objetivos principales en el manejo de la humedad de la lesión son:

- Aumentar la humedad de la herida.
- Mantener la humedad de la herida.
- Reducir la humedad en la herida.

El apósito que se elija en el momento de realizar la cura deberá cumplir las siguientes condiciones.

- Ayudar a proteger la herida de las agresiones externas, tanto las físicas, químicas y bacterianas.
- Conservar la humedad de la lesión.
- Ayudar a controlar el exudado.
- Manejarlo de una manera fácil y cómoda, tanto para el paciente como para el sanitario.
- Ayudar a mantener la temperatura de la lesión.
- Al retirarse no dejará ningún resto difícil de eliminar.
- No lesionara la piel perilesional.
- Precisaré pocos cambios.
- Coste efectividad adecuado.

2.12. Estimulación de la cicatrización.

Se puede definir al proceso de cicatrización como “un conjunto de fenómenos fisiológicos, mediante los cuales, el cuerpo reemplaza los tejidos destruidos por otros de nueva formación, así como su funcionalidad”.

Hay dos tipos de cicatrización.

- Por primera intención: son lesiones en las que se juntan sus bordes mediante la utilización de algún tipo de sutura o fijación.
- Por segunda intención: se utiliza en heridas que son muy profundas y no es posible utilizar suturas para acercar sus bordes.

Todas las UPP cicatrizarán por segunda intención.

Es importante saber que el proceso de cicatrización puede durar periodos de tiempo prolongados como días, meses e incluso años, todo depende de la situación de cada lesión, ya que es un proceso multifactorial que dependerá de la edad, fármacos, malnutrición, otras patologías, entorno socio familiar y tratamiento incorrecto de la herida

La cicatrización pasará por las siguientes fases

- Fase exudativa: en esta fase se produce la coagulación, inflamación y limpieza de la herida. El objetivo principal de esta fase es la de eliminar tejidos desvitalizados y combatir contra la infección.
- Fase de granulación: en esta fase se produce la reconstrucción vascular, que permite el aporte de nutrientes y oxígeno a los nuevos tejidos, que irán reemplazando al tejido original que se encuentra destruido.
- Fase de epitelización: el tejido granular va teniendo más consistencia, transformándose en tejido cicatricial. En este proceso las células epidermales se reconstituyen a través de la mitosis y la migración celular de los bordes de la lesión.
- Fase de maduración: es la fase más larga y el objetivo principal de los sanitarios es proteger la cicatriz de agresiones químicas y físicas.

2.13. Plan de cuidados enfermero: taxonomías NANDA/NOC/NIC.

Proceso enfermero: Según Alfaro-LeFevre el proceso enfermero se puede definir como “un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente.

Es sistemático porque consta de cinco pasos durante los que se lleva a cabo acciones deliberadas para lograr la máxima eficiencia y conseguir a largo plazo resultados beneficiosos” (30)Rodriguez

2.13.1. Pasos del proceso enfermero:

- ✓ Valoración: es el primer paso en la recopilación de información de salud del paciente. La valoración consta de la recogida de datos a través de una entrevista donde se recogerá la información aportada por el paciente y familiares, exploración física y pruebas diagnósticas.
- ✓ Diagnóstico: en este paso el personal de enfermería analiza los datos obtenidos a través de la valoración. Con los datos obtenidos podrá formular uno o varios diagnósticos de enfermería.
- ✓ Planificación: el enfermero desarrollará el plan de cuidados formulando las intervenciones para lograr los objetivos.
- ✓ Ejecución: el personal de enfermería ejecutará las intervenciones que hayan sido formuladas en el plan de cuidados.
- ✓ Evaluación: el personal de enfermería valorará el progreso del paciente hasta llegar a los objetivos planteados.

✚ Valoración de enfermería.

El modelo de enfermería que se ha utilizado como referencia en esta revisión bibliográfica ha sido el modelo expuesto por Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades básicas de la persona, que son las siguientes:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar por todas las vías corporales.
- Moverse y mantener posturas adecuadas.
- Dormir y descansar.
- Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

- Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
- Ocuparse en de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- Participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

De acuerdo a la bibliografía revisada, la aparición de UPP se valora en la necesidad “mantener la higiene corporal y la integridad de la piel”. Así mismo, hay otras necesidades que pueden estar relacionadas con la aparición y evolución de estas lesiones como son “moverse y mantener posturas adecuadas”, “comer y beber adecuadamente” y “eliminar por todas las vías corporales”, que también deben ser valoradas.

Diagnósticos de enfermería (DE).

Los diagnósticos enfermeros propuestos están basados en la revisión de guías de práctica clínica y planes de cuidados publicados en relación al abordaje de las UPP con metodología enfermera. Se formulan según la taxonomía II de NANDAI.

A continuación, se presentan los diagnósticos enfermeros descritos en la bibliografía para la prevención y cuidado de las UPP, identificados tras la valoración de la persona.

- 00035-Riesgo de lesión. Vulnerable a sufrir una lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona, que puede comprometer la salud.

Riesgo de lesión manifestado por:

1. Alteración sensorial.
2. Hipoxia tisular.
3. Malnutrición.
4. Edades extremas.

- 00047- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Vulnerable a una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud.

Riesgo de lesión manifestado por:

1. Factor mecánico (fuerzas de presión, fricción, cizallamiento y sujeciones).
2. Hidratación.
3. Humedad.
4. Nutrición inadecuada.
5. Presión sobre una prominencia ósea.

- 00046-Deterioro de la integridad cutánea. Alteración de la epidermis y/o de la dermis.

Relacionado con:

1. Factor mecánico (fuerzas de presión, fricción, cizallamiento y sujeciones).
2. Hidratación.
3. Humedad.
4. Nutrición inadecuada.
5. Presión sobre una prominencia ósea.

Características definitorias:

1. Alteración de la integridad de la piel.
 2. Materias extrañas que perforan la piel.
- 00044-Deterioro de la integridad tisular. Lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento.

Relacionado con:

1. Factor mecánico (fuerzas de presión, fricción, cizallamiento y sujeciones).
2. Deterioro de la circulación.
3. Deterioro de la movilidad.
4. Humedad.
5. Edades extremas.

Características definitorias:

1. Destrucción tisular.
 2. Lesión tisular
- 00091-Deterioro de la movilidad en la cama. Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama.

Relacionado con:

1. Alteración de la función cognitiva.
2. Deterioro musculoesquelético.
3. Deterioro neuromuscular.

Características definitorias:

1. Deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama.
 2. Deterioro de la habilidad para pasar de la posición sentada con las piernas estiradas.
- 00204-Perfusión tisular periférica ineficaz. Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud.

Relacionado con:

1. Conocimiento insuficiente de los factores agravantes.

Características definitorias:

1. Alteración de la función motora.
 2. Alteración de las características de la piel.
- 00249-Riesgo de úlcera por presión. Vulnerable a una lesión localizada de la piel y/o capas inferiores del tejido epitelial, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la presión combinada con cizallamiento.

Riesgo de lesión manifestado por:

1. Agentes farmacológicos.
2. Alteración de la función cognitiva y en la sensibilidad.
3. Déficit de autocuidados.
4. Deterioro de la circulación.
5. Disminución de la oxigenación tisular, de la perfusión tisular y de la movilidad.
6. Nutrición inadecuada.
7. Presión sobre prominencia ósea.

- 00004-Riesgo de infección. Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.

Riesgo de lesión manifestado por:

1. Alteración de la integridad de la piel.
2. Aumento de la exposición a patógenos ambientales.

✚ Resultados esperados (NOC).

La Nursing Outcomes Classification (NOC) define un resultado como un estado, conducta o apreciación particular o social en respuesta a una intervención enfermera. (31)

A continuación de haber propuesto los diagnósticos de enfermería, se presenta una relación de resultados esperados relacionados con los diagnósticos enfermeros formulados en el plan de cuidados:

1103-Curación de la herida: por segunda intención.

Magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta.

- Indicadores:
 1. Granulación.
 2. Formación de cicatriz.
 3. Disminución del tamaño de la herida.

1101-Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Integridad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

- Indicadores:
 1. Pigmentación anormal.
 2. Perfusión tisular.
 3. Integridad de la piel.

1902-Control del riesgo. Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.

- Indicadores:
 1. Controla los factores de riesgo ambientales.
 2. Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.
 3. Identifica los factores de riesgo.

0204-Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.

- Indicadores:
 1. Úlceras por presión.
 2. Estado nutricional.
 3. Tono muscular.

1908-Detección del riesgo. Acciones personales para identificar las amenazas contra la salud personal.

- Indicadores:
 1. Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos.
 2. Identifica los posibles riesgos para la salud.
 3. Controla los cambios en el estado general de salud.

0203-Posición corporal: auto iniciada. Acciones personales para cambiar independientemente de posición corporal con o sin dispositivo de ayuda.

- Indicadores:
 1. Se mueve de decúbito prono a supino.
 2. Se mueve de tumbado a sentado.
 3. Se mueve de sentado a ponerse de pie.

1004-Estado nutricional. Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas.

- Indicadores:
 1. Ingestión de nutrientes.
 2. Hidratación.

0208-Movilidad. Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.

- Indicadores:
 1. Movimiento muscular.
 2. Movimiento articular.

0602-Hidratación. Agua adecuada en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.

- Indicadores:
 1. Turgencia cutánea.
 2. Perfusión tisular.

Intervenciones de enfermería (NIC).

La Nursing Interventions Classification (NIC) es una clasificación global y estandarizada de todas las intervenciones que llevan a cabo los profesionales de enfermería, y con las que se intenta ayudar a los pacientes a llegar a un resultado esperado.

Las intervenciones se definen como cualquier tratamiento que esté basado en los juicios y conocimientos clínicos de los enfermeros para ayudar a conseguir los resultados esperados.

A continuación, se desarrollan las intervenciones que están relacionadas con el cuidado de las UPP y sus actividades correspondientes:

3590-Vigilancia de la piel. Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas.

- Actividades:
 1. Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema, drenaje, infección, erupciones, excesiva sequedad o humedad, presión o fricción en la piel y mucosas.
 2. Utilizar una herramienta de evaluación para identificar el riesgo.
 3. Vigilar color y temperatura de la piel.
 4. Observar si hay zonas de decoloración y pérdida de integridad.
 5. Anotar los cambios en la piel.
 6. Instaurar medidas para evitar mayor deterioro.

3500-Manejo de presiones. Minimizar la presión sobre las partes corporales.

- Actividades:
 1. Aplicar protectores de talones.
 2. Comprobar movilidad y actividad del paciente.
 3. Utilizar dispositivos para mantener prominencias óseas libres de presión.
 4. Mantener piel limpia y seca.
 5. Aplicar cremas hidratantes específicas, preferiblemente hidrosolubles y procurar su completa absorción.
 6. Movilizar al paciente según sus necesidades.
 7. Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en zonas sometidas a presión, roce o cizallamiento y se extenderán suavemente, sin masajear.

3540-Prevención de úlceras por presión. Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.

- Actividades:
 1. Utilizar una herramienta de valoración del riesgo.
 2. Registrar el estado de la piel y luego eliminar humedad excesiva.
 3. Valorar estrechamente cualquier zona enrojecida.
 4. Aplicar barreras de protección.
 5. Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión cuando se cambia de posición al paciente.
 6. Controlar movilidad y actividad.
 7. Asegurar una nutrición adecuada.

0840-Cambio de posición. Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico.

- Actividades:
 1. Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
 2. Poner en posición que facilite la ventilación/perfusión.
 3. Evitar posiciones que aumenten el dolor.
 4. Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente.

3520-Cuidados de las úlceras por presión. Facilitar la curación de úlceras por presión.

- Actividades:
 1. Describir características de la úlcera a intervalos regulares incluyendo tamaño, estadio, presencia de exudado, tipo de tejido.
 2. Controlar color, temperatura, edema, humedad y aspecto de la piel circundante.

3. Desbridar la úlcera, si es necesario.
4. Limpiar la úlcera con solución no tóxica, en movimientos circulares, desde el centro.
5. Aplicar apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda.
6. Aplicar vendajes, medicación y pomadas, si procede.
7. Cambiar posición cada 1-2 horas.
8. Observar signos y síntomas de infección.
9. Utilizar colchones espaciales, según corresponda.
10. Asegurar la ingesta dietética adecuada.

0740-Cuidados del paciente encamado. Fomento de la comodidad y la seguridad, así como prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.

- Actividades:
 1. Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.
 2. Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.
 3. Vigilar el estado de la piel.
 4. Cambiar de posición al paciente según li indique el estado de la piel.

6550-Protección contra las infecciones. Prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo.

- Actividades:
 - 1 Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
 - 2 Observar la vulnerabilidad del paciente.

- 3 Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.
- 4 Obtener muestras para el cultivo, si es necesario.

2.14. Complicaciones potenciales.

Este tipo de lesiones pueden tener unas complicaciones potenciales que pueden derivar de la naturaleza de la lesión o de la mala praxis en el manejo de las mismas.

Según las diferentes guías clínicas revisadas las complicaciones potenciales más frecuentes que pueden tener las UPP son las siguientes

- ✓ Dolor.
- ✓ Celulitis.
- ✓ Osteomielitis.
- ✓ Sepsis.

En el caso de las complicaciones potenciales nuestro objetivo será la prevención y la detección precoz del problema.

De acuerdo con la taxonomía NIC, las siguientes intervenciones serían pertinentes en nuestro plan de cuidados:

1400-Manejo del dolor. Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

- Actividades:
 1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, duración, frecuencia, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
 2. Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas) que faciliten el alivio del dolor, según corresponda.

3. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

2210-Administración de analgésicos. Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

- Actividades:
 1. Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
 2. Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
 3. Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
 4. Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno.
 5. Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales.

6680-Monitorización de signos vitales. Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

- Actividades:
 1. Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
 2. Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos y monitorizar si hay cianosis central y periférica.
 3. Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.

3480-Monitorización de las extremidades inferiores. Recogida, análisis y uso de los datos del paciente para clasificar el riesgo y prevenir lesiones en las extremidades inferiores.

- Actividades:
 - 1, Preguntar si se han observado cambios en los pies y los antecedentes actuales o previos de úlceras en el pie o amputación.
 - 2.Examinar si en el pie hay signos de presión.
 3. Determinar el estado de movilidad y el tiempo de relleno capilar.

2.15. Cuidados de Enfermería.

En el ámbito de la enfermería el cuidado es el aspecto primordial. Esta profesión es elegida por un grupo de personas con un objetivo en común, brindar un servicio a la sociedad, mediante conocimientos teóricos y prácticos, que se actualizan permanentemente por medio de la investigación. Se establece una relación entre personas, que incluye enfermeros y pacientes. En esta relación se presentan dos tipos de persona; una que tiene los conocimientos (enfermera) y otra que necesita la educación de esta (paciente). La enfermería está dada por la comunicación eficaz y precisa, ya que en algunos momentos no es fácil para el paciente comprender y aceptar un mensaje no deseado. La enfermera debe planificar y evaluar acciones en función de las necesidades del paciente. La enfermería tiene como única función ayudar a las personas, enfermas o sanas, en situaciones que contribuyan a su salud, enfermedad, recuperación, o morir dignamente. La enfermera debe realizar las actividades que la persona realizaría, si pudiera tuviera la fuerza voluntad o conocimientos necesarios. En este trabajo se intentara profundizar en los conocimientos y cumplimiento de la responsabilidad de enfermería ante la prevención, educación y curación de úlceras por presión en los servicios de clínica médica y cirugía. (32) Cuervo

2.15.1. Según aspectos legales.

Solo desde la ignorancia e irresponsabilidad podría negarse la importancia que tienen las úlceras por presión como problema sanitario. Increíblemente hay una incidencia elevada de úlceras por presión teniendo en cuenta que la aparición de estas lesiones es evitable mediante la aplicación y educación de medidas preventivas en las instituciones y en el hogar. Aún más grave es la falta de un tratamiento adecuado cuando estas lesiones han aparecido por situaciones diferentes (falta de personal en el piso, sobrecarga de trabajo en el personal, desinterés de los familiares por aprender y colaborar con los enfermeros). Es evidente que la falta de una prevención o de un tratamiento adecuado de las úlceras por presión tienen una serie de consecuencias de diferentes índole y gran importancia: en primer lugar para las personas que las sufren; en segundo lugar para los profesionales, las instituciones sanitarias, y finalmente para las áreas tanto sanitarias, económicas y legales, en sentido de que es susceptible de reclamaciones y demandas judiciales.

2.15.2. Funciones de enfermería.

Estas funciones pueden ser dependiente, independientes, e interdependientes

2.15.3. Funciones dependientes de enfermería.

Son aquellas funciones que realiza la enfermera por indicación de otro profesional de la salud, principalmente el médico.

2.15.4. Funciones independientes de enfermería.

Son aquellas funciones que la enfermera realiza sin necesidad de tener una indicación médica son funciones para la cual la enfermera está capacitada y autorizada.

2.15.5. Funciones interdependientes.

Son aquellas funciones que el personal de enfermería realiza en colaboración con el resto del equipo de salud, en cualquier medio donde desempeñe su trabajo la enfermera combina funciones independientes y dependientes. Se establecen las funciones de enfermería como:

1. Asistencial • Atención primaria • Atención hospitalaria • Especializada • Servicio de urgencia
2. Docente
3. Administrativa
4. Investigación Educación a familiares y cuidadores: La educación a los familiares de pacientes con UPP es responsabilidad de enfermería, la enfermera deberá evaluar el grado de conocimiento de la persona a cargo del paciente y dará las pautas para el cuidado; ej. Humedad de la piel, enrojecimiento de una zona, movilización horaria del paciente, etc. (33) Sanchez

2.16. Marco contextual

El hospital japonés es reconocido en toda Bolivia por el alto nivel médico científico alcanzado, contando en la actualidad, entre otros, con un servicio de emergentología donde se forman profesionales en esa disciplina, y un destacado centro de toxicología que es referente del sector privado y público de Santa Cruz.

Así mismo, es reconocido por el trato humanitario a los pacientes.

Sin embargo, el importante número de personas que se acerca buscando atención médica, sobrepasa las posibilidades de atención y, sobre todo de internación.

En la actualidad, el Hospital Japonés es de tercer nivel, atiende a la población de la red este y norte de Santa Cruz.

Esta área comprende a casi la mitad de la población total de la ciudad.

El hospital universitario japonés actualmente cuenta con 200 camas y

7 departamentos:

- ✓ Emergencia
- ✓ Consulta externa
- ✓ Pediatría
- ✓ Ginecología
- ✓ Medicina interna (UCI, cardiología y nefrología)
- ✓ Terapia 1 y 2
- ✓ Cirugía

Este último cuenta con 50 camas disponibles. Entre ellas 2 salas de aislamiento y dos salas sépticas.

Con 43 personal de enfermería entre auxiliares y licenciadas incluida la jefa del servicio.

2.17. Hipótesis

La edad avanzada, desnutridos, alteración de la conciencia influyen en el desarrollo y complicación de las úlceras por presión en los pacientes del servicio de cirugía del hospital universitario japonés

CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

Enfoque del estudio: es **cuantitativo** y aplicado por que el problema surge de la practica social en la que los factores influyentes como la falta de cuidados ocasionan ulceras

Y **cuantitativo** por que se consideran números y se graficaran los resultados según las variables

3.1. Tipo de estudio.

En el presente trabajo se aplica la Investigación

- ✓ **Descriptiva:** porque reseña rasgos y cualidades del objeto de estudio, esto se obtendrá a través de entrevistas aplicadas a los pacientes internados con ulceras de presión para obtener los datos sobre los cuidados que desarrolla el personal de enfermería.
- ✓ **Prospectivo:** el estudio es prospectivo por que se consideró información y datos del paciente con ulceras por presión internado
- ✓ **Transversal:** porque la obtención de datos se realiza en un momento dado y en un lugar determinado

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Pacientes internados en el servicio de cirugía del Hospital Japonés durante Enero a Septiembre según datos estadísticos que ingresaron un total de 1134 pacientes aproximadamente que ingresaron al servicio de Cirugía

3.2.2. Muestra.

Tipo de muestreo: muestreo no probabilístico por conveniencia.

El tamaño de la muestra es de 60 pacientes que corresponden al 5.3% del total del universo considerando solo a los pacientes que tienen úlceras por presión del servicio de cirugía, Hospital Japonés

3.3. Unidad de análisis (Material y técnicas)

3.3.1. Instrumentos

Se diseñó un cuestionario a los pacientes de 20 a 80 años de edad del servicio de cirugía del Hospital Japonés

3.3.2. Técnicas

Se realizó una entrevista a los pacientes con úlceras por presión para evaluar el grado de conocimiento y calidad de atención que reciben por parte del personal de enfermería.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión.

En el presente trabajo incluirá:

- ✓ Los pacientes de 20 a 80 años de edad del servicio Cirugía del Hospital Japonés.
- ✓ Los pacientes según sexo.
- ✓ Los familiares de los pacientes internados con úlceras de presión.

En el presente trabajo se excluirá:

- ✓ Los pacientes internados sin úlceras de presión según edad del servicio Cirugía del Hospital Japonés.
- ✓ Los pacientes sin úlceras de presión en el servicio de cirugía

3.5. Operacionalización

- ✓ **Objetivo 1.** Identificar las características generales de los pacientes según edad, sexo, estado civil, procedencia, grado de instrucción, servicio y días de internación.

Variable	Tipo de variable	definición	Escala	indicador
Edad	Cuantitativo	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menor de 20 años ✓ 20 a 29 años ✓ 30 a 39 años ✓ 40 a 49 años ✓ Más de 50 años 	Frecuencia de la edad cumplida paciente y %
Sexo	cualitativo	Es determinado por los cromosomas xx y xy	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Masculino ✓ Femenino 	Frecuencia del sexo del paciente y %
Estado civil		Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ soltero (a) ✓ unión libre ✓ casado(a) ✓ divorciado(a) ✓ viudo (a) 	Frecuencia del estado civil del paciente y %
Procedencia	cualitativo	origen de algo o el principio de donde nace o deriva la persona	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La Paz ✓ Oruro ✓ Cochabamba ✓ Sucre ✓ Tarija ✓ Potosí ✓ Pando ✓ Beni ✓ Santa cruz 	Procedencia u origen del paciente y %

Grado de instrucción	Cuantitativo	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso. Sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Primaria ✓ Secundaria ✓ Técnico ✓ Universitario ✓ Ninguno 	Grado de instrucción del paciente y %
Servicio	cualitativo	conjunto de servicios médicos especializados reagrupados en un hospital	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cirugía ✓ Medicina interna ✓ Ginecología ✓ Terapia intensiva ✓ Unidad de cuidados intermedios (UCI) ✓ Emergencia ✓ Otra institución de salud 	servicio en el que se desarrolló la UPP paciente y %
Días de internación	cuantitativo	Determina los días de hospitalización del paciente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menos de 5 días ✓ De 6 a 15 días ✓ De 16 a 29 días ✓ Más de 30 días 	Frecuencia de los días de internación del paciente y %

Objetivo 2. Identificar los factores de riesgo, según su estado nutricional, características de la piel, estado mental, capacidad de movilización, incontinencia, área del cuerpo con ulcera por presión, condición del colchón.

Variable	Tipo de variable	Definición	Escala	Indicador
Estado nutricional	Cualitativo	Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Peso normal ✓ Sobrepeso ✓ Desnutrición ✓ ninguno 	Frecuencia del estado nutricional, paciente y %
Características de la piel	Cualitativo	La piel es el órgano más grande del cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ hidratada ✓ Semi hidratada ✓ Deshidratada 	Frecuencia de la hidratación de la piel del paciente y %
Estado de consciencia	Cualitativo	Es aquel en que se encuentran activas las funciones neurocognitivas superiores. El estado de consciencia determina la percepción y el conocimiento del mundo psíquico individual y del mundo que nos rodea.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ consciente ✓ letárgico ✓ estupor 	Frecuencia Estado de consciencia del paciente y %
Capacidad de movilización	Cualitativo	Capacidad de cambiar, mantener o sustentar posiciones corporales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solo ✓ Con ayuda. 	Frecuencia de la movilización del paciente y %
Uso de pañal	Cualitativo	Un pañal es una prenda absorbente usada para higienizar y evitar la contaminación del entorno a causa de los	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No ✓ A veces 	Frecuencia del uso de pañal por los acientes y %

		desperdicios de un organismo. Suelen usarlo bebés y adultos que aún no tienen o han perdido la capacidad de controlar sus desechos (orina y/o heces).		
Área del cuerpo con úlceras por presión	Cualitativo	Sustantivo que se utiliza para describir a una extensión importante de superficie	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Glúteos (sacro) ✓ Talones de los pies ✓ Tobillo ✓ Glúteos y talones ✓ Talones y tobillos ✓ Todos 	Frecuencia del Área del cuerpo con úlceras por presión del, paciente y %
Condición del colchón	Cualitativo	Naturaleza o conjunto de características propias y definitorias de un ser o de un conjunto de seres	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nuevo ✓ Semi nuevo ✓ Viejo ✓ Demasiado viejo (roto con agujeros) 	Condición del colchón, paciente y %

Objetivo 3. Especificar los cuidados de enfermería relacionados con las úlceras por presión, según cambios posturales, cambios de sábanas y cuidados de la piel.

Variable	Tipo de variable	Definición	Escala		Indicador
Cambios posturales	Cualitativo	modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado	✓ Si ✓ No ✓ A veces		Frecuencia de cambios de postura del paciente y %
Cambios de sábanas	Cuantitativo	Conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería para mantener la cama del paciente encamado en condiciones de higiene y seguridad.	✓ Por turno ✓ Una sola vez al día ✓ En caso necesario ✓ Cada 2 días ✓ Mas ✓ nunca		Frecuencia de los cambios de sábanas paciente y %
Cuidados de la piel	Cualitativo	La piel es el órgano más grande del cuerpo. Ésta protege al organismo de factores externos como bacterias, sustancias químicas y temperatura.	✓ Valoración de la piel a diario	✓ Si ✓ No ✓ A veces	Frecuencia de la valoración de la piel del paciente y %
			✓ Aplicación de cremas, aceites o vaselina	✓ Si ✓ No ✓ A veces	Frecuencia de la aplicación de cremas aceites o vaselina en el paciente y %
			✓ Aplicación de barreras de protección en prominencias óseas como colocación de cojines, guantes con agua, ect	✓ Si ✓ No ✓ A veces	Frecuencia de la aplicación de barreras de protección en el paciente y %
			✓ Utiliza colchón de agua o aire	✓ Si ✓ No	Frecuencia del uso de colchón de agua o aire en el paciente y %

3.6. Procedimientos para recolección de datos.

El estudio se realizó haciendo el trámite administrativo mediante la solicitud de una carta a la jefa de enfermería y del servicio de Cirugía con el fin de obtener la autorización respectiva.

Luego se realizó la coordinación con la Jefa del Departamento de Cirugía para establecer el cronograma del inicio de la recolección de datos.

La recolección de datos se realizó mediante visita a los pacientes, explicando los objetivos y los fines del estudio a realizar y garantizándoles la confidencialidad de los datos. Previa aceptación del consentimiento informado, se tomaron los datos generales y se procedió a la encuesta. El tiempo de la encuesta fue aproximadamente de 10 a 15 minutos por cada usuario, al término del trabajo de recolección se procedió al análisis de los datos obtenidos.

3.7. Procesamiento y análisis de datos.

Una vez recolectada la información de datos, de acuerdo con los ítems planteados según objetivos trazados en la presente investigación, se procedió al ordenamiento y a la creación de una base de datos a partir de las encuestas. Para el procesamiento de los datos se pasó a sistematizar haciendo uso del software estadístico IBM SPSS versión 23, con el cual obtuvimos tablas, gráficos, parámetros o medidas que sirvieron para describir la variable en estudio. Una vez procesada la información, se analizó e interpretó cada tabla y gráfico que se obtuvo por cada variable estudiada, realizándose un análisis porcentual para saber la calidad de atención brindada a los pacientes por parte del profesional de enfermería.

Una vez tabulados los datos, fueron procesados, y discutidos teniendo en cuenta las bases teóricas de la presente investigación.

3.8. Consideraciones éticas

Para la ejecución de la presente investigación se contó con la autorización del Hospital Universitario Japonés. El estudio se desarrolló en base a los principios éticos, para obtener la autorización de los integrantes se utilizó el consentimiento informado, que es la manifestación voluntaria, libre y racional, realizada por el participante de una investigación.

CAPITULO IV

4. Resultados

4.1. Análisis de los Resultados

Cuadro N° 1

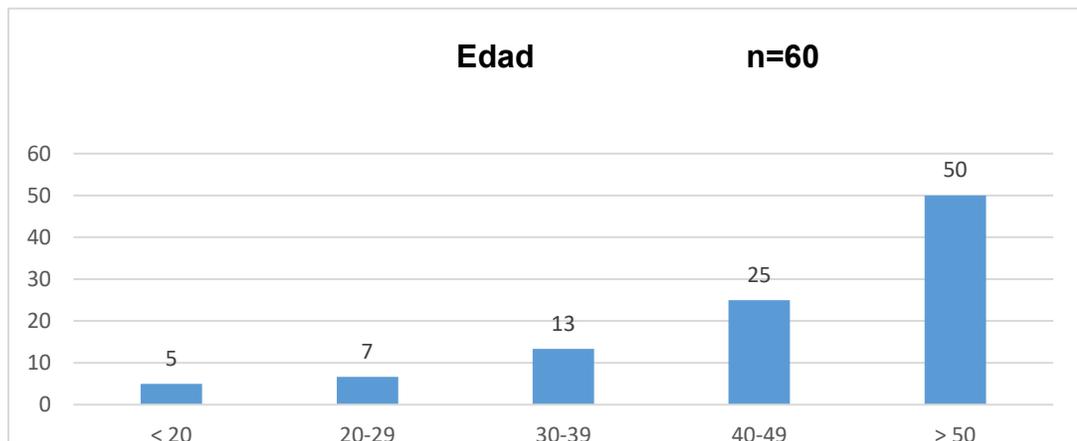
**Edad de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía,
Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019**

Edad	Número	Porcentaje
< 20	3	5%
20-29	4	7%
30-39	8	13%
40-49	15	25%
> 50	30	50%
Total	60	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 1

**Edad de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía,
Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019**



Fuente: cuadro 1

- **Interpretación:** al observar el gráfico #1, los datos muestran que la mayoría corresponden a pacientes mayores de 50 años siendo un total de 30 equivalente al 50 %. En segundo lugar, los pacientes de 40 a 49 años considerando que son el 25% y luego un 13 % de 30 a 39 años y un 7% de 20 a 29 años y finalmente un 5% de menores de 20 años.

Cuadro N° 2

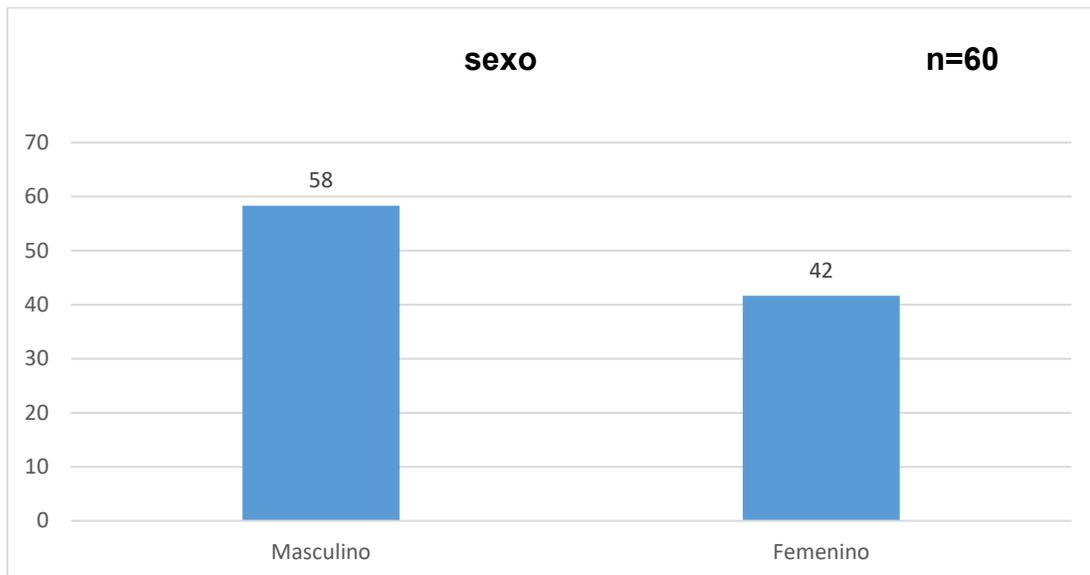
**Sexo de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía,
Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019**

Sexo	Número	Porcentaje
Masculino	35	58
Femenino	25	42
Total	60	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 2

**Sexo de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía,
Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019**



Fuente: Gráfico 2

- **Interpretación:** la gráfica # 2 muestra que el 58% de los pacientes son de sexo masculino en un total de 35 y de sexo femenino un 42% que corresponden a 25 pacientes

Cuadro N° 3

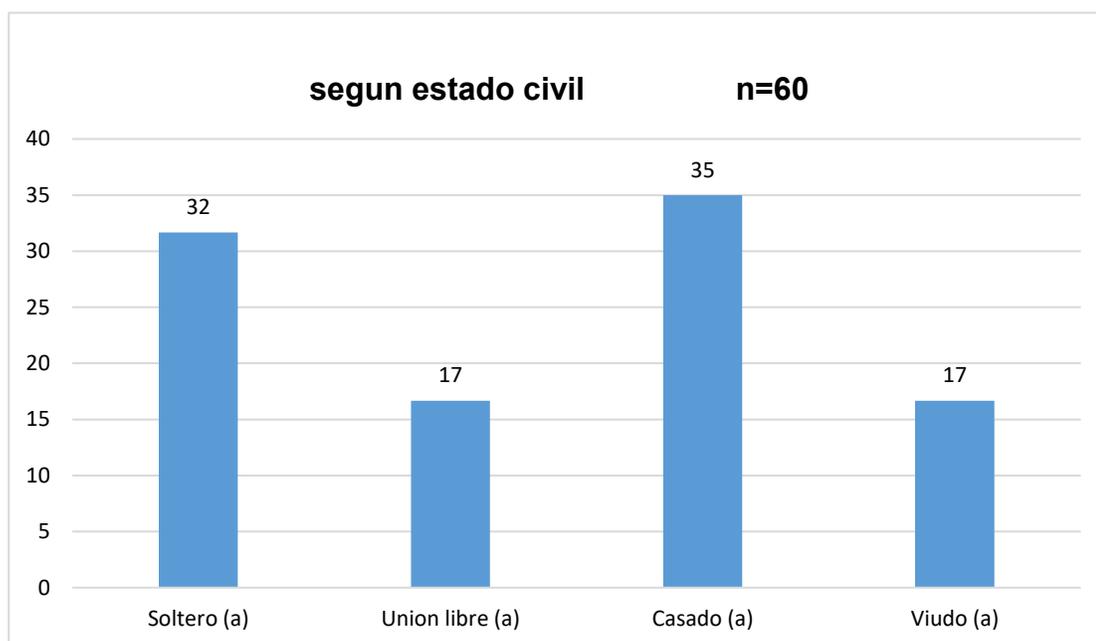
Estado civil de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019

Estado civil	Número	Porcentaje
Soltero (a)	19	32
Unión libre (a)	10	17
Casado (a)	21	35
Viudo (a)	10	17
Total	60	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 3

Estado civil de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019



Fuente: Gráfico 3

- **Interpretación:** Al observar la gráfica # 3 21 pacientes son casados corresponden al 35% y 19 pacientes son solteros (as) que corresponde a un 32% y unión libre 10 pacientes que es 17% y así mismo 17% son viudos.

Cuadro N° 4

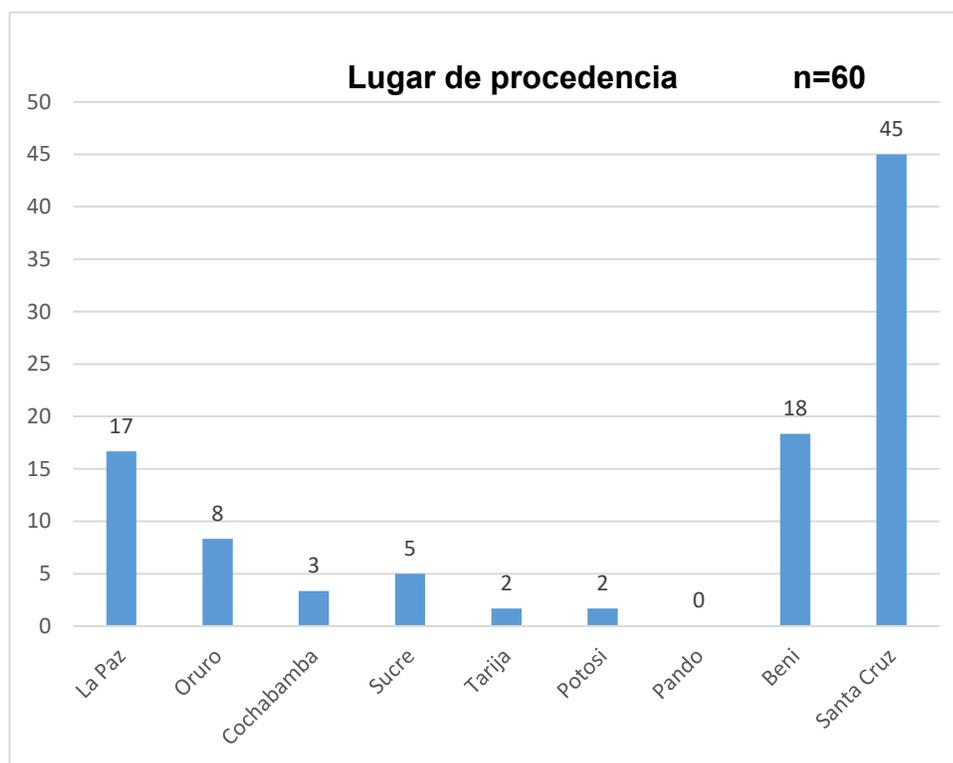
Lugar de procedencia de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019

Procedencia	Número	Porcentaje
La Paz	10	17
Oruro	5	8
Cochabamba	2	3
Sucre	3	5
Tarija	1	2
Potosí	1	2
Pando	0	0
Beni	11	18
Santa Cruz	27	45
Total	60	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 4

Lugar de procedencia de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019



Fuente: Gráfico 4

- **Interpretación:** Los datos que se observan en el gráfico # 4 relacionados con el lugar de procedencia la mayoría son el departamento de Santa Cruz en un total de 45 que significa 45% y un 18% proceden de Beni representa a 18 pacientes, y un 17% que equivale a 17 pacientes son de La Paz, el 8% son de Oruro que equivale a 8 pacientes y en un porcentaje mínimo con el 3% que equivalen a 3 pacientes que son de Cochabamba y por ultimo con el 2% que corresponden a 2 pacientes son de Tarija y de igual manera 2 es de Potosí

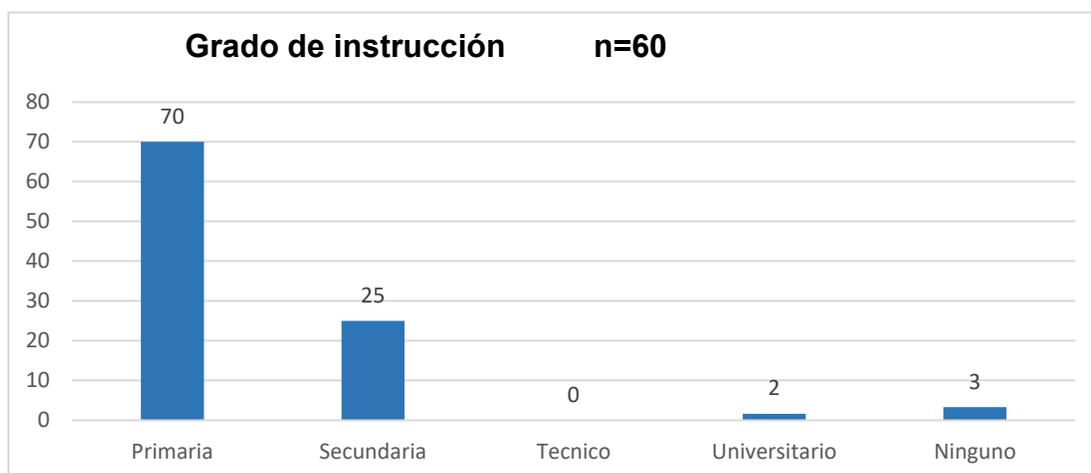
Cuadro N° 5

Grado de instrucción de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019

Grado de instrucción	Número	Porcentaje
Primaria	42	70
Secundaria	15	25
Técnico	0	0
Universitario	1	2
Ninguno	2	3
Total	60	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 5



Fuente: Gráfico 5

- **Interpretación:** Al observar el gráfico # 5 los datos relacionados con el grado de instrucción solo llegaron a primaria en un 70% que significa 42 pacientes y 15 pacientes es un 25% a nivel secundario y solo 1 universitario y 2 pacientes que no lograron estudiar.

Cuadro N° 6

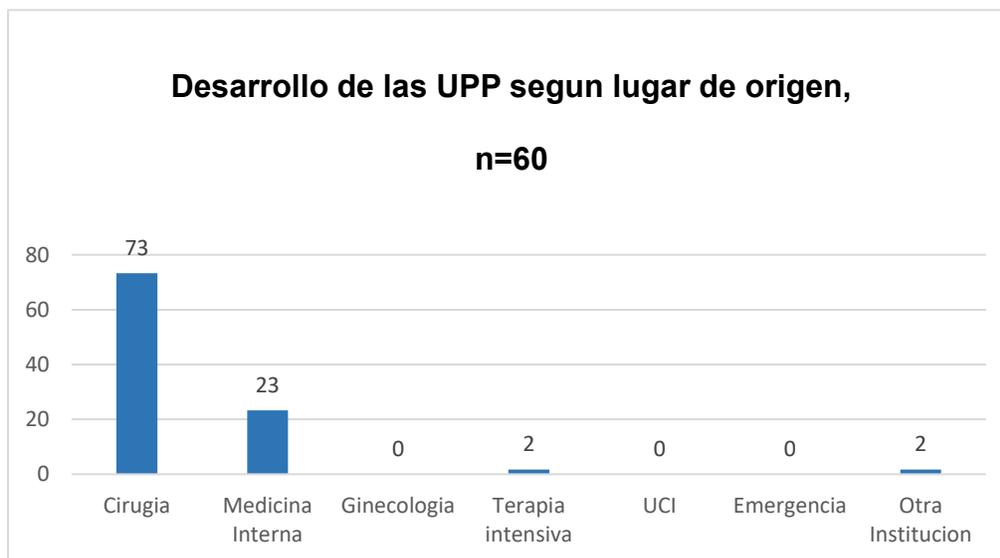
Servicio de origen de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019

Servicio	Número	Porcentaje
Cirugía	44	73
Medicina Interna	14	23
Ginecología	0	0
Terapia intensiva	1	2
UCI	0	0
Emergencia	0	0
Otra Institución	1	2
Total	60	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 6

Servicio de origen de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019



Fuente: Gráfico 6

- **Interpretación:** La información que se tiene del gráfico # 6 relacionados con el servicio de donde proceden, es internación a cirugía 73% que significa 44 pacientes y 14 son transferidos de medicina interna que significa 23% y de terapia intensiva 1 paciente y de otra institución 1 paciente.

Cuadro N° 7

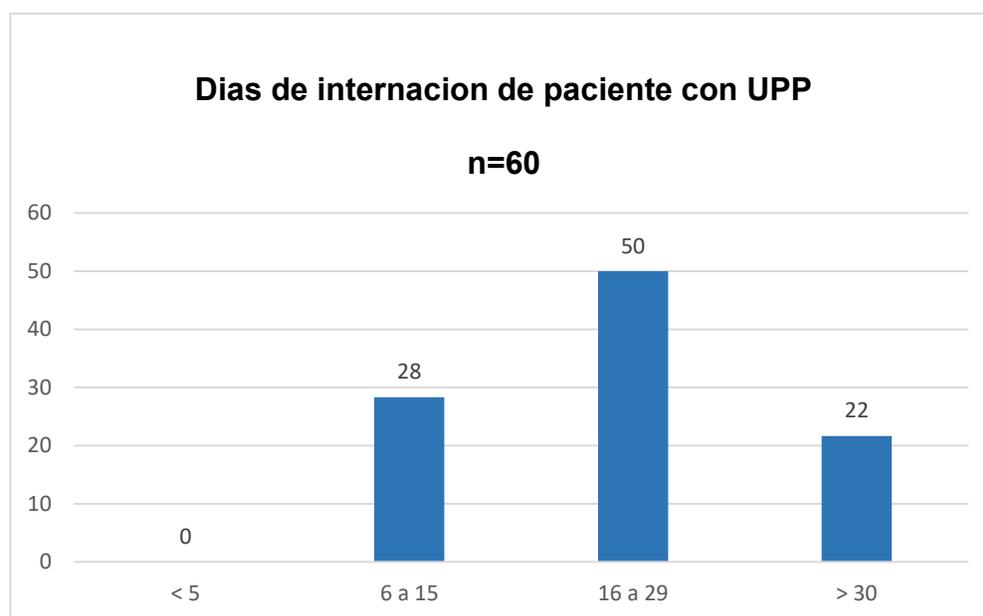
Días de internación de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019

Días de internación	Número	Porcentaje
< 5	0	0
6 a 15	17	28
16 a 29	30	50
> 30	13	22
Total	60	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 7

Días de internación de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019



Fuente: Gráfico 7

Interpretación: Al observar el gráfico # 7 los datos relacionados con los días de internación del paciente la mayoría en un total de 30 pacientes que significa el 50% están de 16 a 29 días, de 6 a 15 días 17 pacientes que corresponden a 28% y más de 30 días 13 pacientes equivalente a 22%.

Cuadro N° 8

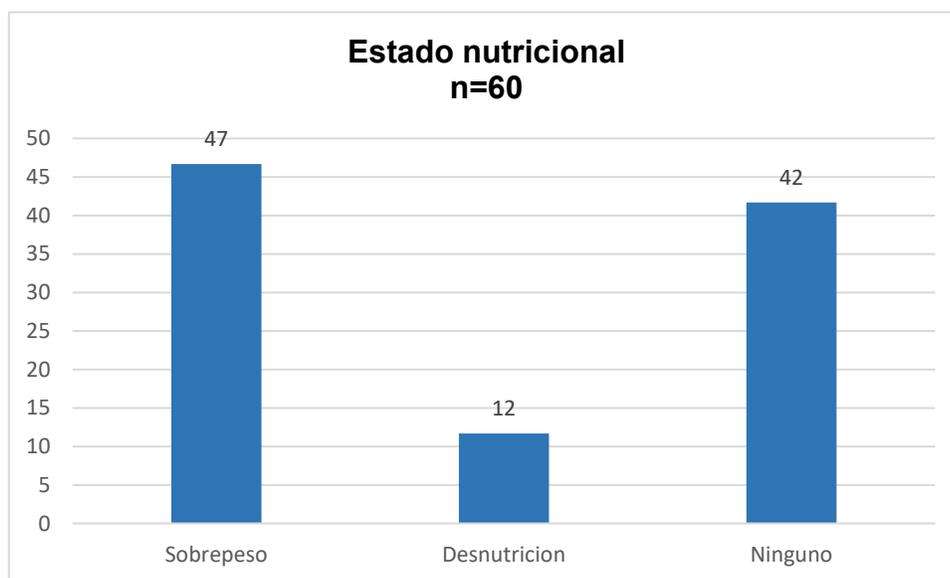
Estado nutricional de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019

Estado nutricional	Número	Porcentaje
Sobrepeso	28	47
Desnutrición	7	12
Ninguno	25	42
Total	60	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 8

Estado nutricional de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019



Fuente: Gráfico 8

Interpretación: En el gráfico # 8 tiene como resultado del estado nutricional del paciente, a pesar de ser un mínimo de 7 pacientes que equivale al 12% tienen desnutrición y 47% que corresponde a 28 pacientes tienen sobre peso, los resultados demuestran el descuido de su alimentación y son factores influyentes en su estado nutricional.

Cuadro N° 9

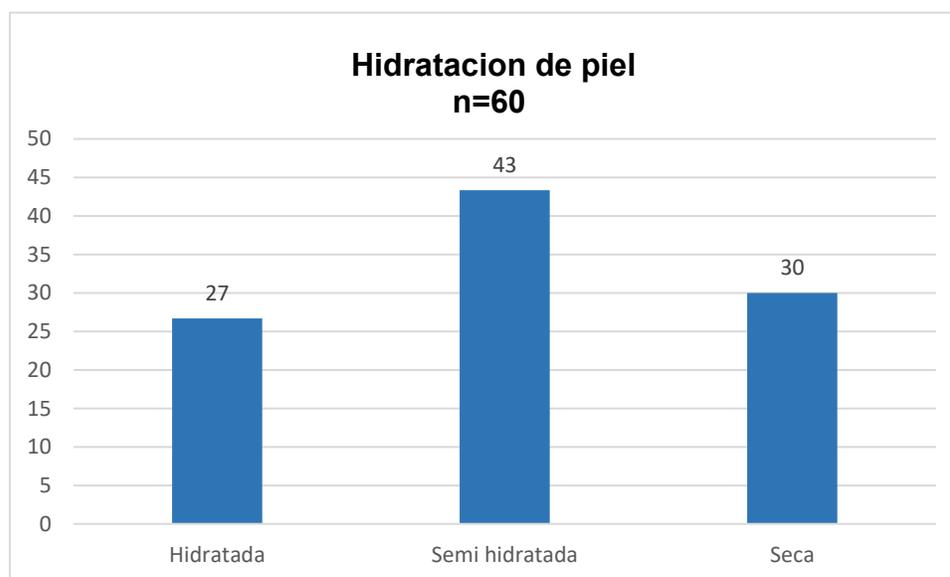
Hidratación de la piel de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019

Hidratación de Piel	Número	Porcentaje
Hidratada	16	27
Semi hidratada	26	43
Deshidratada	18	30
Total	60	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 9

Hidratación de la piel de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019



Fuente: Gráfico 9

- **Interpretación:** Al observar la gráfica # 9 relacionado con la hidratación de la piel se observan 18 pacientes que significan 30% indican deshidratación factor influyente en la situación de salud y 26 pacientes que significan 43% es semihidratada y solo 16 pacientes corresponden al 27% es hidratada

Cuadro N° 10

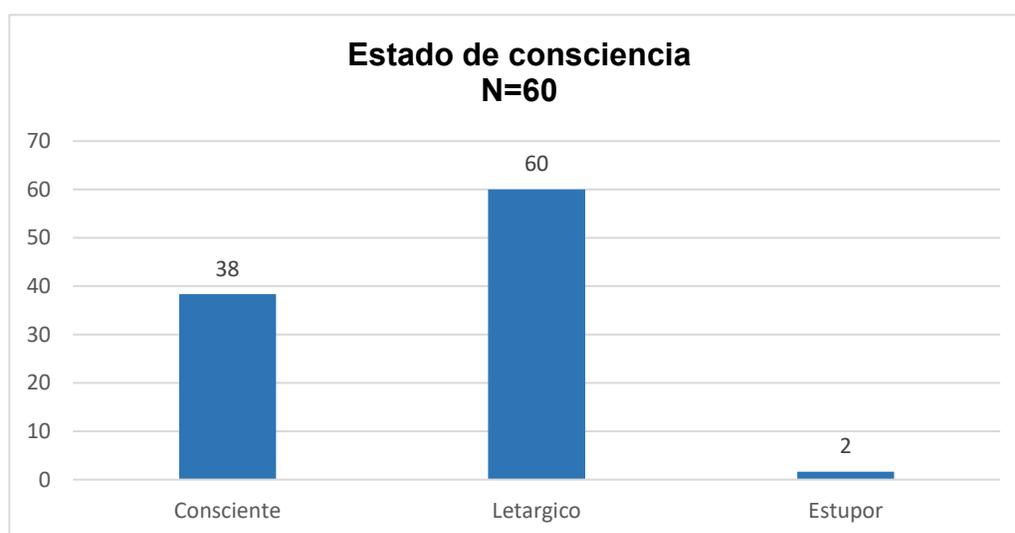
Estado de consciencia de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019

Estado de consciencia	Número	Porcentaje
Consciente	23	38
Letárgico	36	60
Estupor	1	2
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 10

Estado de consciencia de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019



Fuente: Gráfico 10

- **Interpretación:** Los datos de la gráfica # 10 relacionados con el estado de consciencia el 60% que corresponden a 36 pacientes están en estado letárgico y un paciente en estado de estupor, factor influyente contribuyendo al problema de la úlcera y solo 23 pacientes conscientes que corresponden al 38%.

Cuadro N° 11

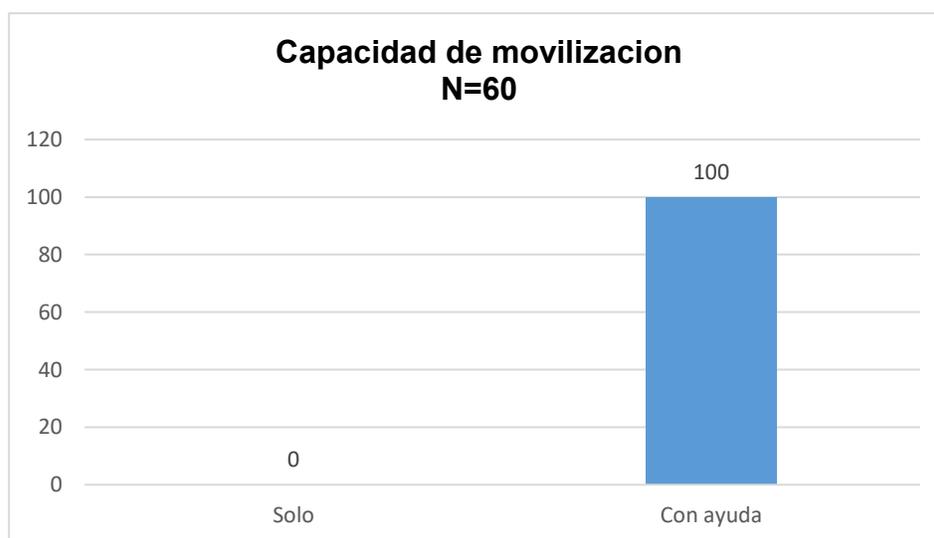
Capacidad de movilización de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019

Se moviliza	Número	Porcentaje
Solo	0	0
Con ayuda	60	100
Total	60	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 11

Capacidad de movilización de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019



Fuente: Gráfico 11

- **Interpretación:** El gráfico # 11 relacionado con la capacidad de movilización de los pacientes se observa que 60 pacientes siendo el 100% se movilizan con ayuda siendo un factor influyente para la iniciación de úlceras por presión.

Cuadro N° 12

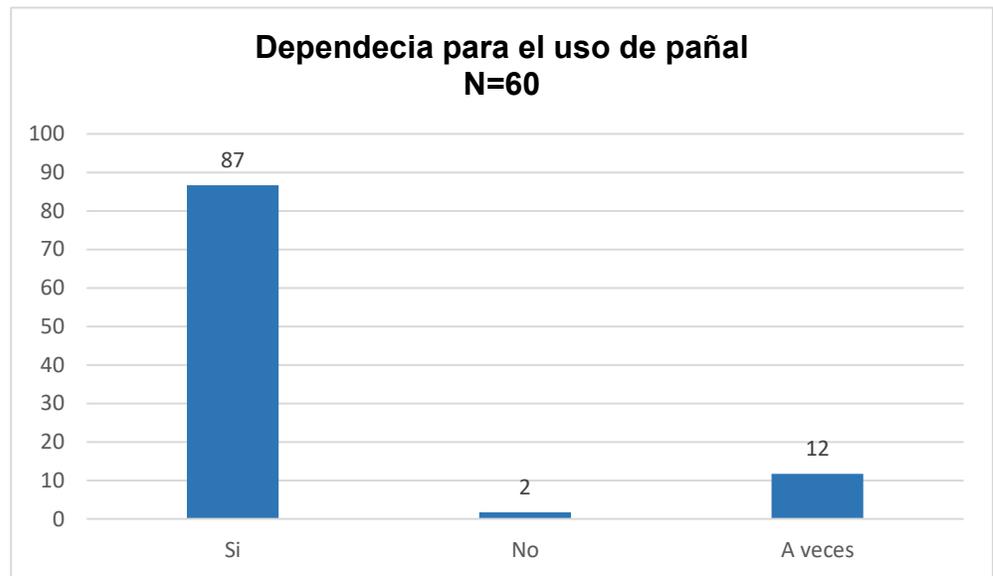
Uso de pañales de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019

Uso de pañal	Número	Porcentaje
Si	52	87
No	1	2
A veces	7	12
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 12

Uso de pañal de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019



Fuente: Gráfico 12

- **Interpretación:** Al observar el gráfico # 12, el 87 % de los pacientes que corresponden a 52 tienen la necesidad de utilizar pañales, factor influyente en la necesidad de mejorar los cuidados en el control del pañal y 7 pacientes utilizan pañales a veces.

Cuadro N° 13

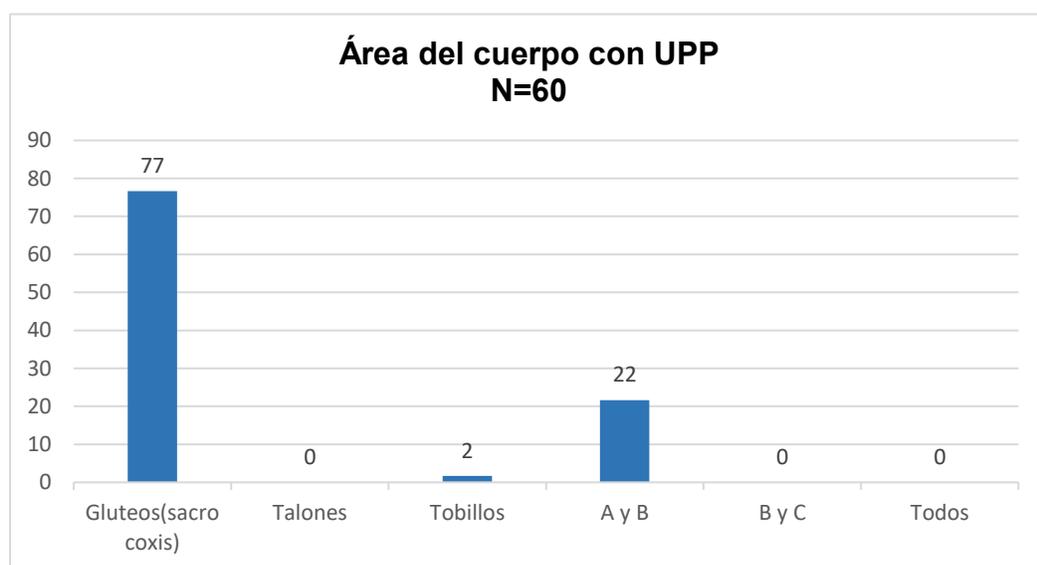
Área del cuerpo de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019

Área con UPP	Número	Porcentaje
Gluteos(sacro coxis)	46	77
Talones	0	0
Tobillos	1	2
Glúteos y talones	13	22
Talones y tobillos	0	0
Todos	0	0
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 13

Área del cuerpo de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019



Fuente: Gráfico 13

- **Interpretación:** La información de los datos en el gráfico # 13 se relaciona con el área del cuerpo que tiene la úlceras por presión 77% que significa 46 pacientes presentan en el área del glúteo sacro coxis y 13 pacientes presentan en el glúteo y talones.

Cuadro N° 14

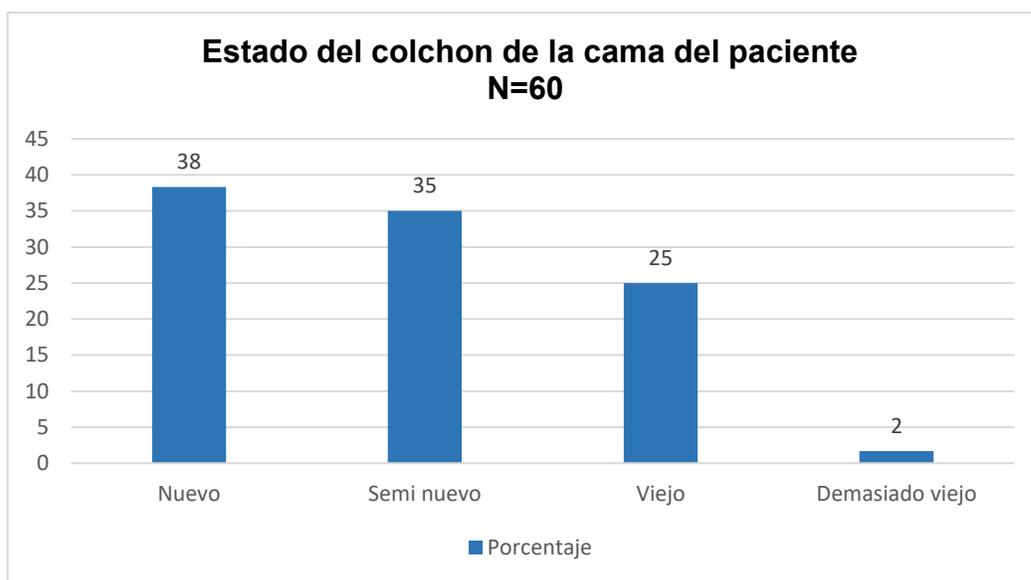
Estado de colchón de la cama de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019

Estado del Colchón	Número	Porcentaje
Nuevo	23	38
Semi nuevo	21	35
Viejo	15	25
Demasiado viejo	1	2
Total	60	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 14

Estado de colchón de la cama de los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019



Fuente: cuadro 14

- **Interpretación:** El gráfico # 14 tiene como datos relacionados con el estado del colchón que utilizan los pacientes, 23 pacientes tienen los colchones nuevos , 21 colchones semi nuevos y 15 colchones son viejos , factor influyente para la úlcera por presión en los pacientes.

Cuadro N° 15

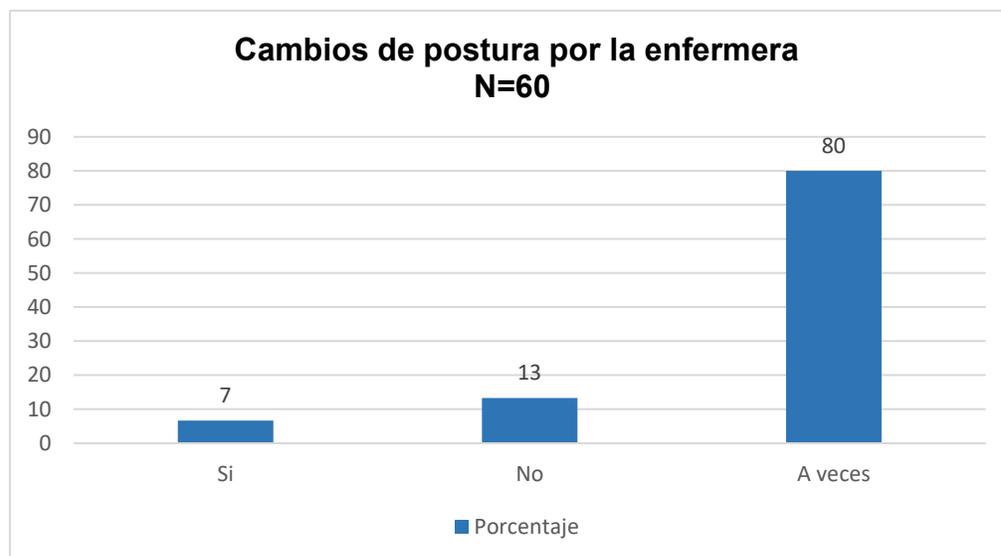
Cambios de postura por enfermería a los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019

Cambios de postura por enfermera	Número	Porcentaje
Si	4	7
No	8	13
A veces	48	80
Total	60	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 15

Cambios de postura por enfermería a los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019



Fuente: Gráfico 15

- **Interpretación:** Los resultados en el gráfico # 15 relacionados con los cambios posturales por enfermería 8 pacientes que equivale al 13% se realiza y 48 pacientes que corresponden al 80% se realiza a veces y solo a 4 pacientes si se les cambia de postura, información que debe ser considerada y analizada como un factor influyente en la úlcera por presión

Cuadro N° 16

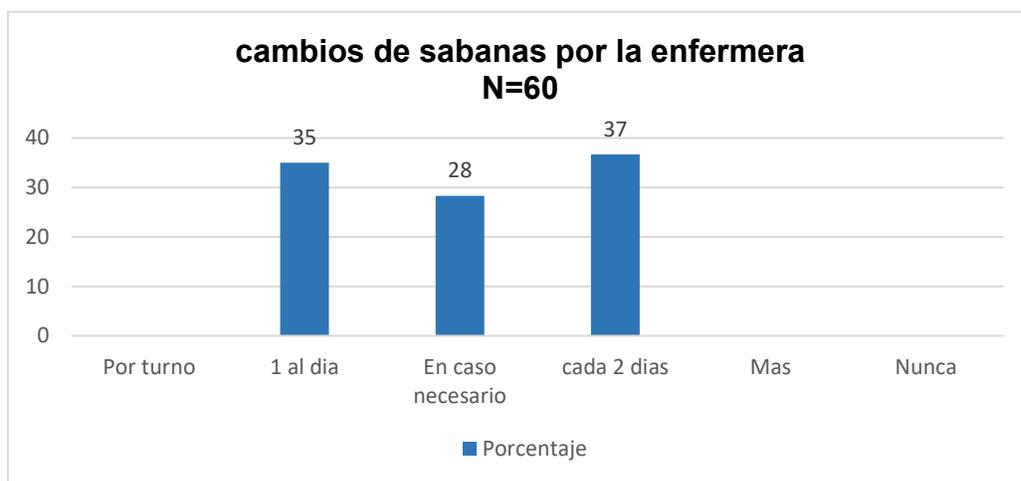
Cambios de sabanas por enfermería al paciente con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019

Cambio de sabanas	Número	Porcentaje
Por turno	0	0
1 al día	21	35
En caso necesario	17	28
cada 2 días	22	37
Mas	0	0
Nunca	0	0
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 16

Cambios de sabanas por enfermería al paciente con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019



Fuente: Gráfico 16

- **Interpretación:** Al observar el gráfico número # 16 los cambios de sabanas se realizan cada 2 días a 22 pacientes que corresponde al 37% y el cambio de cada día a 21 pacientes que equivales al 35% y un 28 % que equivale a 17 pacientes el cambio es en caso necesario, este cuidado es necesario para mantener bien extendida la cama y no húmeda.

Cuadro N° 17

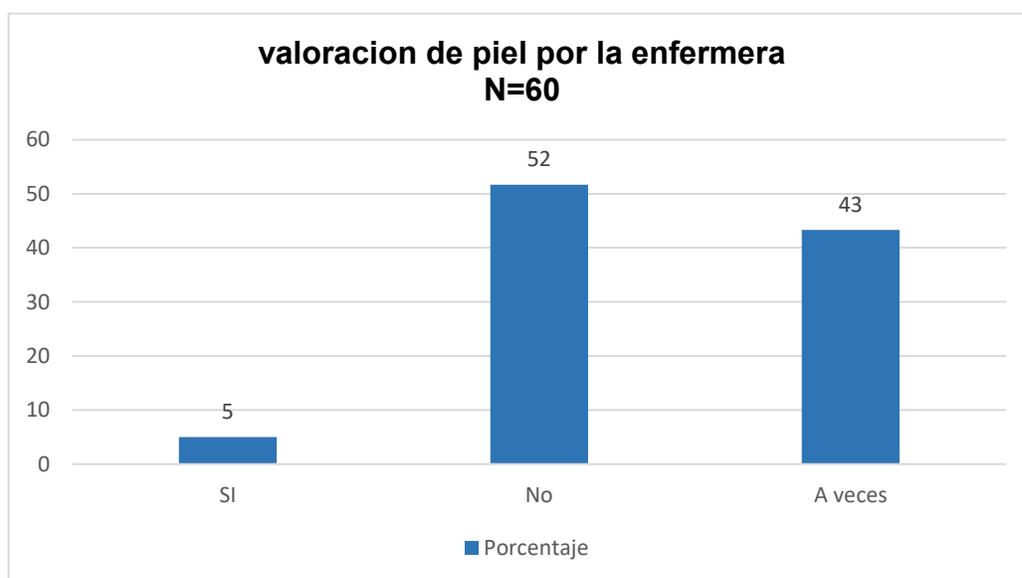
Valoración de piel por la enfermera al paciente con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019

Valoración de piel por la enfermera	Número	Porcentaje
SI	3	5
No	31	52
A veces	26	43
Total	60	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 17

Valoración de piel por la enfermera al paciente con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019



Fuente: cuadro 17

- **Interpretación:** Al observar el gráfico # 17 la valoración de la piel por enfermería no realiza a 31 pacientes que equivale a 52% y a veces se realiza a 26 pacientes que corresponde a 43 % y a 3 pacientes si realiza siendo un aspecto que debe ser considerado por los cuidados de enfermería.

Cuadro N° 18

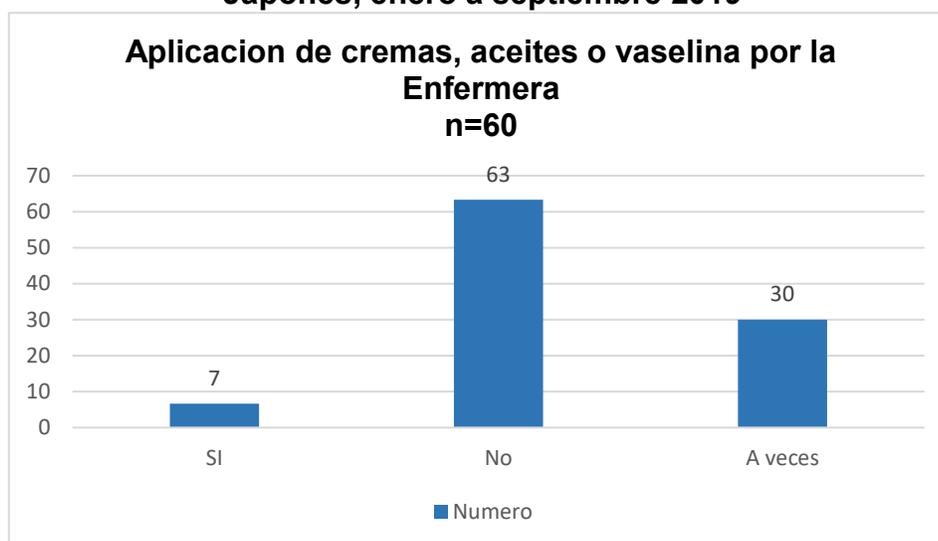
Aplicación de cremas, aceites o vaselina por enfermería a los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019

Enfermera aplicación de cremas/ aceites	Número	Porcentaje
SI	4	7
No	38	63
A veces	18	30
Total	60	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 18

Aplicación de cremas, aceites o vaselina por enfermería a los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019



Fuente: cuadro 18

- **Interpretación:** La información del gráfico # 18 en relación a la aplicación de cremas, aceites o vaselina por enfermería a los pacientes no se aplica a 38 pacientes que equivale al 63% y a veces se aplica a 18 pacientes que corresponde 30% y solo a 4 pacientes se aplica las cremas preventivas.

Cuadro N° 19

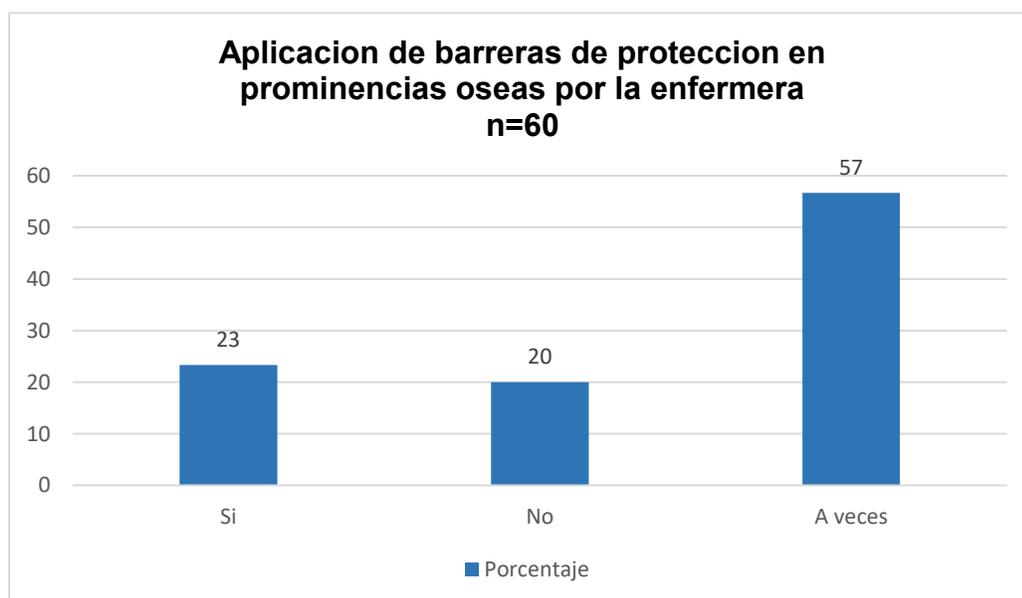
Aplicación de barreras de protección por enfermería a los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019

Aplicación de barreras de protección por enfermería	Número	Porcentaje
Si	14	23
No	12	20
A veces	34	57
Total	60	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 19

Aplicación de barreras de protección por enfermería a los pacientes con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019



Fuente: Gráfico 19

- **Interpretación:** Al observar el gráfico # 19 la aplicación de barreras de protección por enfermería, se aplica a veces a 34 pacientes que equivale a 57% y se aplica a 14 pacientes que significa 23% y no se aplica a 12 pacientes que equivale al 20%.

Cuadro N° 20

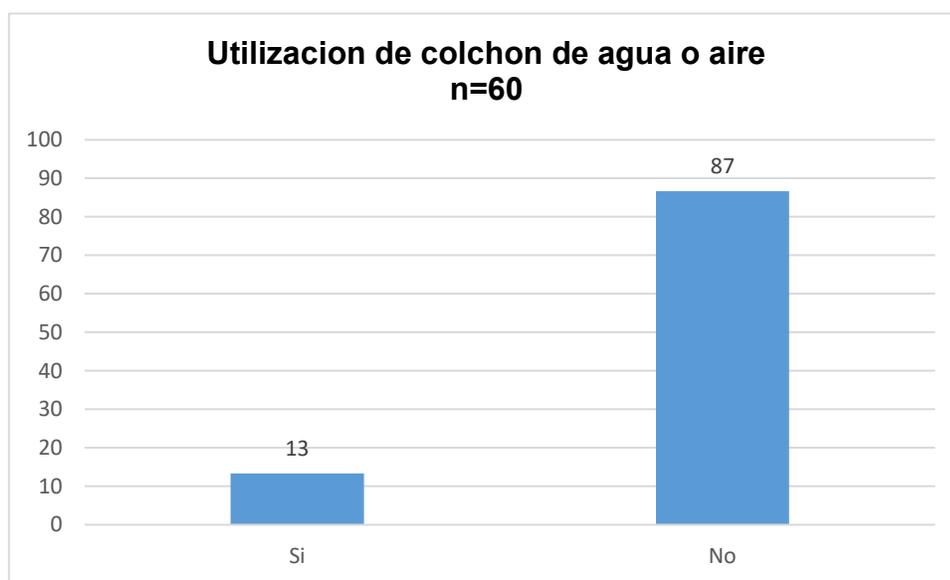
Utilización de colchón de agua o aire por el paciente con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019

Utiliza colchón de agua o aire	Número	Porcentaje
Si	8	13
No	52	87
Total	60	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 20

Utilización de colchón de agua o aire por el paciente con úlceras por presión, servicio de Cirugía, Hospital Universitario Japonés, enero a septiembre 2019



Fuente: Gráfico 20

- **Interpretación:** Los datos que se observan en el gráfico # 20 no se utiliza colchón de agua o aire en 52 pacientes que equivale a 87% y si se utiliza en 8 pacientes equivalente al 13%.

CAPITULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

Según el objetivo # 1 la mayoría de los pacientes son mayores de 50 años y así también los de 40 a 49 años y son de sexo masculino. Y el estado civil la mayoría son casados y una minoría solteros

La procedencia de los pacientes la mayoría son de santa cruz y solo tienen el grado de instrucción primaria y un mínimo ninguna formación.

Según el objetivo # 2 la conclusión según el estado nutricional la mayoría tiene sobre peso y una minoría son desnutridos, y en relación a la hidratación de la piel la mayoría tienen la piel semi hidratada y la minoría lo tienen deshidratada.

En relación al estado de consciencia la mayoría son letárgicos y la capacidad de movilización en su totalidad necesitan ayuda, siendo un factor influyente para las úlceras por presión sino se realiza los cuidados de enfermería, así también la mayoría utiliza pañal que se debe tener cuidado para evitar la humedad en la piel.

Otro aspecto es a considerar, que en la mayoría de los pacientes el área afectada con úlceras por presión son los glúteos.

Las conclusiones del tercer objetivo relacionados con un aspecto importante es que es fundamental el cambio de postura, que a la mayoría solo se le cambia a veces, situación que influye como un factor en las úlceras por presión, también el cambio de sábanas para evitar la humedad, a la mayoría se le cambia cada 2 días.

La valoración de la piel por enfermería a la mayoría no se le realiza, solo a veces, así mismo a la mayoría no se le aplica las cremas, aceites o vaselinas solo a la minoría como medida de prevención.

Las barreras de protección aplicadas por enfermería en las prominencias óseas a la mayoría se le aplica a veces y a la minoría si se le aplica. La utilización de los colchones con agua o aire la mayoría no utiliza por que no se cuenta.

5.2. Recomendaciones

Se sugiere que la jefatura de enfermería conjuntamente con administración se planifique a través del POA la necesidad de dotación de colchones de aire o con agua para los pacientes que requieren y así evitar complicaciones en los pacientes internados y de esta manera la disminución de las lesiones provocadas.

Se sugiere a la jefatura de enfermería realizar el seguimiento y evaluación de los cuidados de enfermería para planificar estrategias de cursos de actualización, así mismo considerando las necesidades tanto del personal como de los pacientes, para los cuidados que reciban los pacientes contribuyendo a mejorar las condiciones de los mismos.

Se sugiere a las autoridades la importancia de contar con un personal de apoyo y que colabore con enfermería para la realización de los cambios posturales y contribuir al costo beneficio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Soldevilla Agreda JJ TiBJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España. España; 1999.
2. Yepes D MFLWPE. Incidencia y factores de riesgo asociados a la presencia de úlceras por presión en enfermos críticos. medellin; 2009.
3. Nijs N TADTBKMKVDBG. Incidence and risk factors for pressure ulcers in the intensive care unit. J ; 2008.
4. RD F. Early history of wound treatment. J R Soc Med. british; 1982.
5. J. T. Patological Changes in Mummies. Proc R Soc Med.; 2009.
6. J. L. Historical Perspective on Pressure Ulcers: The Decubitus Ominosus of Jean-Martin Charcot.; 2005.
7. F N. Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es. Barcelona: ; 2016.
8. Soldevilla–Agreda JGF. Comisiones de Úlceras por Presión Serie. Documento de Posicionamiento ; 2012.
9. Francisco Pedro G F PBFMEPMRJRJLSJV. Incontinencia y Úlceras por Presión ; 2006.
10. Suddart By. Valoración de la función renal y urinaria. Enfermería Medico quirúrgica. IX ed.; 2002.
11. González-Consuegra Renata Virginia CMDMMTPAMVGD. Prevalencia de úlceras por presión en Colombia Colombia; 2014.
12. Brunet-Rogenski Noemi KP. Incidencia de las úlceras por presión tras la implementación de un protocolo de prevención. latinoamerica; 2012.

13. González Méndez I. Incidencia y factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del hospital universitario virgen del rocío Sevilla; 2016.
14. Juan Pablo HV CPAMDF. Urostomias: revisión de conceptos 22-para su ubicación y adecuado manejo chile; 2012.
15. Aburto T MA. Manejo Integral de Úlcera por Presión. Santiago; 2016.
16. Carbajal RJ LA. Efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento del cuidador primario en la prevención de las úlceras por presión en los servicios de medicina de un Hospital Nacional Cayetano; 2015.
17. JoséVS. Epidemiología prevención y tratamiento de las úlceras por presión España; 2017.
18. Heridas FINd. Manejo Integral de la Úlcera por Presión. Santiago; 2016.
19. Solís M. Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas. Santiago; 2016.
20. H PLP. Estimación del coste económico de la prevención de úlceras por presión en una unidad hospitalaria España; 2016.
21. Valero Cárdenas Haddiannah PDIRGRCFFA. Prevalencia de úlcera por presión en una institución de salud. ; 2017.
22. Da Silva Cardoso JR BLACJFCJMFL. Prevalence of pressure ulcers in a Brazilian hospital: results of a cross-sectional study. Ostomy Wound Manage.; 2010.
23. Galvan-Martinez IL NLRLdLFASJFVMGE. prevalence of pressure ulcers in three second level hospitals in Mexico Mexico; 2012.

24. Pancorbo-Hidalgo Pedro L. GFFP, TiBJEVSJSAJJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España España; 2013.
25. Melleiro Marta María TDMBCMBAPAKP. Indicadores de prevalencia de la atención de la salud y la comunicación de la atención de la salud en los hospitales de São Paulo; 2015.
26. Salud. OMdl. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Ginebra; 2015.
27. Salgado A,GF&RI. Manual de Geriatria. Barcelona; 2002.
28. Chile SdGyGd. Deterioro muscular en el adulto mayor Chile; 2016.
29. JA C. Presentación de enfermedades en el adulto mayor. Lima; 2000.
30. Rodríguez TT,VPL,OSJ,&CH. Estancia hospitalaria y mortalidad en adultos mayores hospitalizados en un hospital general de Lima Metropolitana Lima; 2008.
31. Chávez H. Síndromes geriátricos II Peru Cayetano; 2000.
32. Cuervo FM. Úlceras por presión: Una problemática prevenible.; 2000.
33. Sánchez JJ. Protocolo para la prevención y manejo de Mexico; 2002.

Anexos

Anexo Nro. 2

Santa Cruz, 03 de enero del 2019

PARA. Dr. Víctor Hugo Zambrana
DIRECTOR DEL HOSPITAL JAPONES.
VIA. Lic. Sarah Sossa Osinaga
JEFE a.i DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
DE. Lic. Marlene Flores Quispe
ENFERMERA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA

Presente. -

Ref.: SOLICITUD DE COLABORACION Y AUTORIZACION PARA EL PROCESOS DE ELABORACION DE TESIS DE MAESTRIA EN MEDICO QUIRURGICO.

De nuestra mayor consideración:

Reciban un cordial saludo y éxito en las funciones que desempeñan en bien de la población.

Mediante la presente doy a conocer a sus autoridades que mi persona **Lic. Marlene Flores Quispe**, me encuentro cursando la Maestría en médico quirúrgico de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, donde estamos en el proceso de elaboración de la tesis, para lo cual pido a sus autoridades, la autorización y aceptación para recolectar información y aplicación de una encuesta a los pacientes que desarrollaron úlceras por presión, dicha información servirá para mejorar la calidad de atención a los pacientes de nuestro servicio y hospital.

Agradeciéndoles por sus predisposiciones prestas me despido, con las consideraciones del caso.



[Signature]
Lic. Marlene Flores Q.
LIC. ENFERMERIA
M.P. 5-670
Dpto. Cirugía M.U.J.



Lic. Marlene Flores Quispe
Licenciada en enfermería del servicio de cirugía
Hospital Japonés

[Signature]
Lic. Sarah Sossa Osinaga
ENFERMERA JEFE a.i.
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
MAT. PROF. 5-309
HOSPITAL JAPONES

Anexo Nro. 3

CUESTIONARIO DIRIGIDO A PACIENTES

1. Edad

- a) Menor de 20 años
- b) 20 a 29 años
- c) 30 a 39 años
- d) 40 a 49 años
- e) De 50 y más años

2. Sexo

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Estado civil

- a) Soltero (a)
- b) Unión libre
- c) Casado (a)
- d) Viudo (a)

4. Lugar de procedencia

- a) La Paz
- b) Oruro
- c) Cochabamba
- d) Sucre
- e) Tarija
- f) Potosí
- g) Pando
- h) Beni
- i) Santa cruz

5. Grado de instrucción

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Técnico
- d) Universitario
- e) Ninguno

6. Servicio en que se desarrolló la UPP
- a) Cirugía
 - b) Medicina interna
 - c) Ginecología
 - d) Terapia intensiva
 - e) Unidad de cuidados intermedios (UCI)
 - f) Emergencia
 - g) Otra institución de salud
7. ¿cuantos Días de internación lleva en el servicio de cirugía?
- a) Menos de 5 días
 - b) De 6 a 15 días
 - c) De 16 a 29 días
 - d) Más de 30 días
8. estado nutricional
- a) Sobre peso
 - b) Desnutrición
 - c) ninguno
9. Características de la piel
- a) Hidratada
 - b) Semi hidratada
 - c) Deshidratada
10. Estado de consciencia
- a) consciente
 - b) Letárgico
 - c) Estupor
11. se moviliza
- a) Solo (a)
 - b) Con ayuda
12. Usa pañal?
- a) Si
 - b) No
 - c) A veces

13. Área de su cuerpo con UPP
- a) Glúteos (sacro y coxis)
 - b) Talones de los pies
 - c) Tobillos
 - d) Glúteos (sacro y coxis) y talones
 - e) Talones y tobillos
 - f) Todos
14. Estado del colchón de su cama
- a) Nuevo
 - b) Semi nuevo
 - c) Viejo
 - d) Demasiado viejo (roto con agujeros)
15. La enfermera le realiza cambios de posición?
- a) Si
 - b) No
 - c) A veces
16. Cambio de sábanas por la enfermera
- a) Por turno
 - b) Una sola vez al día
 - c) En caso necesario
 - d) Cada 2 días
 - e) Mas
 - f) nunca
17. La enfermera realiza valoración de su piel a diario?
- a) Si
 - b) No
 - c) A veces
18. La enfermera le aplica cremas, aceites o vaselina en el cuerpo?
- a) Si
 - b) No

c) A veces

19. ¿La enfermera le aplica barreras de protección en prominencias óseas como colocación de cojines, guantes con agua, almohadilla o rodete?

a) Si

b) No

c) A veces

20. ¿Se encuentra utilizando colchón de agua o aire?

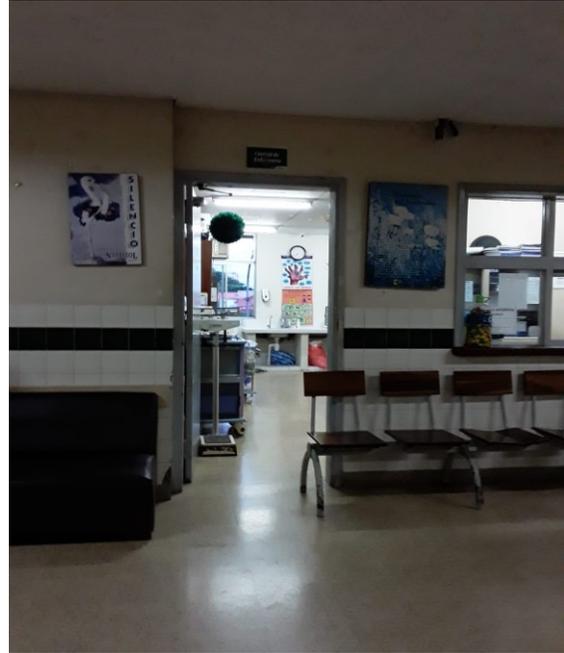
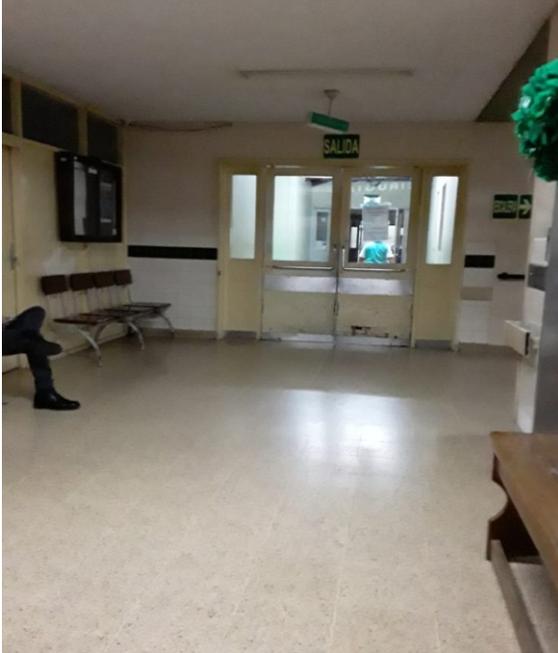
a) Si

b) No

c) A veces

Anexo Nro. 4

Central de Enfermeria



Bloque 1



Bloque 2

