

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN  
ESCUELA DE POSGRADO**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**“EFICACIA DE LA VALORACION DEL RIESGO EN LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA DEL SERVICIO 10 “C”. HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2016.”**

**Para optar el título de segunda especialidad profesional de:**

**Enfermería en Gestión de los Servicios de Salud**

**Autora:**

**Lic.Enf. LUZ VIOLETA BASTIDAS QUISPE**

**Docente Revisor:**

**Mg. Lola Máxima CHIRRE INOCENTE**

**CERRO DE PASCO – PERÚ 2019**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN  
ESCUELA DE POSGRADO**



**“EFICACIA DE LA VALORACIÓN DEL RIESGO EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA DEL SERVICIO 10 “C”. HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2016.”**

**Sustentado y Aprobado ante los miembros del Jurado:**

**Dra. Lucy Rosario LEÓN MUCHA  
PRESIDENTE**

**Dra. Elsa Ruth MONTERO JARA  
JURADO**

**Mg. Samuel Eusebio ROJAS CHIPANA  
JURADO**

### **DEDICATORIA:**

A mis padres (QEPD) por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, a mi esposo ROUMEL por su incondicional apoyo a mis hijas GALA, ADRIA y ROMINA por ser la fuente de mi esfuerzo y el motor de mi vida.

A mis hermanos por estar conmigo en todo momento con sus oraciones, consejos y palabras de aliento y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

## **RECONOCIMIENTO**

Mi gratitud por siempre a Dios por bendecirme y guiarme a lo largo de esta vida.

A mis docentes de la Segunda Especialidad Profesional por su valiosa dirección y apoyo en este proyecto de tesis y llegar a la conclusión del mismo.

A mi querida familia que de forma incondicional entendieron mis ausencias y que a pesar de la distancia siempre estuvieron a mi lado siguiendo mi proceso

A todos ustedes mi mayor reconocimiento y gratitud.

## **RESUMEN**

El proyecto tiene como objetivo determinar la eficacia de la valoración del riesgo en la prevención de úlceras por presión en pacientes de Medicina Interna del Servicio 10 "C", del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2016; Metodología: descriptivo correlacional, inductivo y analítico; se estudiará en una muestra intencionada de 40 pacientes en el Servicio de Medicina Interna 10 "C", se utilizará como instrumento la ficha de recolección de datos, y como técnica el análisis documental. Para procesar los datos se utilizará el programa SPSS 21 y los resultados se presentarán en tablas y gráficos respectivamente.

**PALABRAS CLAVES:** Eficacia, valoración, riesgo, prevención de úlceras por presión.

## SUMMARY

The objective of the project is to determine the efficacy of risk assessment in the prevention of pressure ulcers in Internal Medicine patients of the 10 "C" Service, of the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital, 2016; Methodology: descriptive correlational, inductive and analytical; it will be studied in an intentional sample of 40 patients in the Internal Medicine Service 10 "C", the data collection card will be used as an instrument, and the documentary analysis will be used as a technique. To process the data, the SPSS 21 program will be used and the results will be presented in tables and graphs respectively.

**KEY WORDS:** Efficacy, assessment, risk, prevention of ulcers

## INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
I. DATOS GENERALES	11
1.1. Título del proyecto	11
1.2. Tesista	11
1.3. Duración del proyecto	11
II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
2.1. Identificación y Planteamiento del problema	12
2.2. Delimitación de la investigación	14
2.3. Formulación del problema	15
2.3.1. Problema principal	15
2.3.2. Problemas específicos	15
2.4. Formulación del Objetivos	15
2.4.1. Objetivos General	15
2.4.2. Objetivos Específicos	16
2.5. Justificación de la investigación	16
2.6. Limitaciones de la investigación	17
III. MARCO TEÓRICO	18
3.1. Antecedentes de Estudio	18
3.2. Bases teóricas – científicas	22
3.3. Definición de términos básicos	59
3.4. Formulación de Hipótesis	61
3.4.1. Hipótesis General	61
3.4.2. Hipótesis Específicas	61

3.5.	Identificación e variables	62
3.6.	Definición operacional de variables e indicadores	62
IV.	METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	65
4.1.	Tipo de investigación	65
4.2.	Métodos de investigación	65
4.3.	Diseño de investigación	65
4.4.	Población y muestra	66
4.5.	Técnicas e instrumento de recolección de datos	66
4.6.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	67
4.7.	Tratamiento de Estadístico	67
V.	ADMINISTRACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	68
5.1.	Presupuesto	68
5.2.	Cronograma	69
VI.	BIBLIOGRAFÍA	70
Anexos		
Ficha de recolección de datos		
Matriz de consistencia		

## INTRODUCCIÓN

Cuando nuestro quehacer profesional es la provisión de un servicio que involucra el cuidado y mantenimiento de la vida en todas sus etapas y condiciones, obliga al proveedor del mismo, garantizar conocimientos, actitudes y prácticas que minimicen riesgos y aborden con calidez, calidad y eficiencia los cuidados necesarios para controlar daños. Las úlceras por presión (UPP) constituyen uno de los problemas más comunes en la práctica diaria de Enfermería, siendo nuestra responsabilidad tanto su prevención como el tratamiento. Es frecuente que basemos nuestras actuaciones en la práctica acumulada con los años, pero sin estar validada de forma científica. Nuestro reto es trabajar de forma sistematizada, por ello utilizar una herramienta para la predicción del riesgo de la úlcera por presión evitaría esta complicación en los pacientes, disminuiría la estancia hospitalaria, sobrecarga laboral, los costos, pérdida de la autonomía, independencia y autoestima del paciente. (1)

Un estudio reciente de la prevalencia de las UPP realizado por el departamento de enfermería del HNERM indica que las Úlceras por

Presión son la primera complicación intrahospitalaria y muestra que la tasa de incidencia de desarrollo de una nueva úlcera por presión es de 7,7% y la población con mayor riesgo son pacientes mayores de 70 años, sector creciente de nuestra población, por lo que se debe esperar un aumento de su incidencia. (2)

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto se diseña este proyecto de investigación con el objetivo de determinar la eficacia de la valoración del riesgo en la prevención de úlceras por presión en pacientes de Medicina Interna del Servicio 10" C" del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre octubre y diciembre del 2016.

## **I.DATOS GENERALES**

### **1.1. Título del proyecto:**

**“EFICACIA DE LA VALORACIÓN DEL RIESGO EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA DEL SERVICIO 10 “C”. HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2016.”**

### **1.2. Tesista:**

Lic.Enf. LUZ VIOLETA BASTIDAS QUISPE

### **1.3. Duración del proyecto:**

Octubre-Diciembre 2016

## **II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **2.1. Identificación y Planteamiento del problema**

La valoración del riesgo de úlceras por presión es el primer paso que debe realizar la/el profesional de enfermería para identificar a los pacientes que potencialmente pueden desarrollar esta complicación a través de las escalas de valoración en forma objetiva y diseñar el plan de intervención para prevenirlas. Las úlceras por presión constituyen un problema común en el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas, con movilidad limitada, con importante morbi-mortalidad y elevada repercusión económica y social. Cuando aparece una úlcera por presión en estos enfermos puede ser índice de que existe un agravamiento de su enfermedad primitiva y primará la mala evolución y una curación más difícil, de ahí la importancia extrema que representa la prevención de la formación de las úlceras por presión. (3)

Las úlceras por presión no son clasificadas como diagnóstico médico al ingreso y egreso de los pacientes debido a que no se encuentran dentro de los códigos de ingreso y egreso según patologías que

manejan los médicos. Esta situación dificulta la obtención de datos estadísticos que permitan estimar la prevalencia e incidencia de las úlceras por presión en el Servicio de Medicina Interna y conocer la real magnitud de este problema. No obstante, estos datos pueden ser obtenidos a través de los registros de Enfermería. Las úlceras por presión son dolorosas y pueden poner en peligro la vida del paciente. Prolongan el tiempo de convalecencia en hospitales o en los centros de cuidado y aumentan el costo. La prevención es la máxima prioridad y las úlceras por presión profundas casi siempre pueden prevenirse con una intensiva atención al paciente.

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema de salud, consumo de recursos e incluso de responsabilidad legal; además lo más importante es que el 95% de las úlceras por presión (UPP) son evitables y por ello es prioritaria la prevención basada fundamentalmente en métodos que cuantifican factores de riesgo y que ayudan a predecir la afectación de los tejidos. La prevención, es una estrategia a seguir para disminuir la incidencia y mejorar la coordinación entre todos los niveles asistenciales, la formación y concientización de los profesionales; la actualización de material; asesoramiento a los familiares entre otros. Para evitar y prevenir la prevención de las úlceras por presión influyen factores como: la calidad de la atención sanitaria, la disminución de riesgos evitables, la optimización de recursos tanto humanos como materiales, así mismo, pasar de experiencias individuales a contextos más generales e integrados en aspectos como la valoración del riesgo de desarrolla

úlceras por presión a través de protocolos estandarizados basados en una correcta teoría de prevención y tratamiento de estas. Las úlceras por presión se pueden y se deben prevenir. Es necesario en primer lugar Identificar a todas las personas con factores de riesgo: inmovilización, mala nutrición, incontinencia fecal y urinaria y disminución del grado de conciencia. Pensando en que pueden aparecer las úlceras. (4).

En el servicio de Medicina Interna 10 "C" la valoración del riesgo de úlceras por presión se realiza a través de la escala de Norton la cual se aplica a todo paciente que ingresa al servicio y periódicamente durante su estancia hospitalaria.

Sobre la base de lo mencionado, surge la necesidad de realizar este estudio con el objeto de evaluar la eficacia de la evaluación del riesgo en la prevención de úlceras por presión en pacientes de Medicina Interna del servicio 10 "C" del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, aplicando un plan de prevención como una de las alertas de seguridad de la institución y así disminuir el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

## **2.2. Delimitación de la investigación**

El presente estudio de investigación se llevará a cabo en el Servicio de Medicina Interna del Servicio 10 "C" del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSALUD, ubicado geográficamente en el Distrito de Jesús María.

Durante los meses de octubre – diciembre, 2016.

### **2.3. Formulación del problema**

#### **2.3.1. Problema principal:**

¿Cuál es la eficacia de la valoración del riesgo en la prevención de úlceras por presión en pacientes de Medicina Interna del Servicio 10 “C”, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2016?

#### **2.3.2. Problemas específicos:**

¿Cómo es la valoración del riesgo al momento del ingreso del paciente de Medicina Interna del Servicio 10 “C”, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2016?

¿Cómo es la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Servicio 10 “C”, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2016?

### **2.4. Formulación del Objetivos**

#### **2.4.1. Objetivo General:**

Determinar la eficacia de la valoración del riesgo en la prevención de úlceras por presión en pacientes de Medicina Interna del Servicio 10 “C”, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2016.

#### **2.4.2. Objetivos Específicos:**

- Identificar el riesgo de úlceras por presión al momento del ingreso del paciente de Medicina Interna del Servicio 10 "C", del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2016.
- Evaluar la prevención de úlceras por presión para disminuir el número y la gravedad de estas lesiones en un grupo de pacientes adultos usuarios del Servicio de Medicina Interna del Servicio 10 "C", del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, durante el período de dos meses 2016.

## **2.5. Justificación de la investigación**

Destacar la importancia de la prevención de úlceras por presión mediante la revisión de la eficacia de la valoración de riesgo; estos tiempos en que la ciencia y la tecnología avanzó los resultados que se esperan es evidenciar cuan valioso es la realización de la prevención de úlceras por presión.

Se cuenta con la facilidad para ejecutar las actividades programadas y lograr los resultados esperados. Así como con material y el recurso económico que pueda demandar el trabajo de investigación.

En el contexto hospitalario, los datos de un reciente estudio epidemiológico realizado en China, en 12 hospitales de agudos con unos 40,000 pacientes muestran una baja prevalencia de úlceras por presión (1,28 %). Este valor es inferior a los países europeos y norteamericanos. Los autores proponen como explicación la menor edad de los pacientes y el hecho de la ausencia de unidades de larga estancia en la muestra

aunque también es posible la influencia de factores étnicos, así como diferencias metodológicas en la valoración de la úlcera por presión. En un estudio de 25 hospitales europeos, de una prevalencia de 18,1 %, con un 27 % de úlcera por presión adquiridas en el hospital, pero con diferencias entre países del norte (entre el 18 % y el 23 % en Irlanda, Suecia y Reino Unido) sur de Europa (8,3 – 12,5% en Italia y Portugal). Los valores en España son similares a estos países del sur. En Alemania, los resultados agrupados de siete cortes de prevalencia en hospitales dan un 10,2 %, con una tendencia a la baja. La prevalencia es más elevada en países como Canadá donde en 13 hospitales se obtuvo una PM del 22,9 % con un 79,3 % de las lesiones adquiridas en el propio hospital, México con un 17 % o un 10 % en Brasil. (5)

## **2.6. Limitaciones de la investigación**

El presente trabajo de investigación no presenta limitaciones para realizar el presente trabajo de investigación.

### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. Antecedentes de Estudio**

**A. Marcela Gemita Carrillo González** “Aplicación protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, servicio de medicina interna, Hospital base Osorno, octubre - diciembre 2004”. Se realizó el estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, experimental y prospectivo. Para llevar a cabo esta investigación, se utilizó un protocolo de atención para pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión - ya validado en otros países - basado en la evidencia científica; adaptándolo a la realidad y los recursos tanto económicos como humanos existentes en el Servicio de Medicina Interna del H.B.O. Además de considerar los fundamentos científicos, el protocolo debe considerar los fundamentos de la teoría es por esto que además en el protocolo que se propone para prevenir las úlceras por presión se aplica la teoría del déficit de autocuidado de Orem, debido al carácter integral que ésta posee. Para desarrollar este estudio se formaron dos grupos, los cuales a su vez se dividieron en tres subgrupos iguales, con variables ya establecidas como sexo: femenino; patología: limitación crónica del flujo aéreo y grado de autovalencia, esta última variable, de acuerdo a la escala Nova 5 de valoración de riesgo de úlceras por

presión, que se encuentra en el protocolo. Al primer grupo de control no se le aplicó el protocolo de atención, sólo las medidas que normalmente se llevan cabo en el servicio y, el segundo grupo de estudio a quienes – previo consentimiento informado- se les aplicó el protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión. Este estudio tuvo una duración de dos meses, tiempo en el cual se pudo observar que en el grupo control, conformado por veinte personas, nueve de ellas desarrollaron algún estadio de úlceras por presión lo que equivale al 45% del total de integrantes, mientras que en el grupo de estudio, conformado por veintiún personas, tres de ellas desarrollaron algún estadio de úlceras por presión lo que equivale al 14% del total de integrantes. Se pudo observar que los pacientes del grupo de estudio en que hubo desarrollo de úlceras por presión pertenecían al subgrupo III, los cuales eran altamente dependientes con un promedio de 17,1 días de hospitalización. En éste, una paciente desarrolló el estadio I, en que sólo hubo enrojecimiento sacro, sin pérdida de integridad de la piel y dos pacientes desarrollaron el estadio II, en que hubo pérdida del grosor de la piel que afectó la epidermis y dermis, ambas potencialmente curables con las medidas adoptadas para tratamientos que existen en el protocolo de atención.(6)

**B. María de la Luz Lago González** “Valoración del riesgo de úlceras por presión en una Unidad de geriatría”, La Coruña; 2012. El objetivo principal del estudio es conocer el riesgo de úlceras por presión en una Unidad de geriatría, siguiendo la escala Braden, relacionarlo con los principales diagnósticos de enfermería encontrados y visualizar dicho

riesgo con las variables de carácter demográfico y de carácter clínico. Como objetivos secundarios se persigue conocer qué ítems de la escala de Braden predominan en la valoración del riesgo total de los pacientes estudiados y la prevalencia e incidencia de úlceras por presión en el período de estudio. El diseño de esta investigación corresponde a un estudio descriptivo prospectivo. Una vez realizado, podemos constatar que más de la mitad de los pacientes que ingresaron presentó riesgo de desarrollo de úlceras por presión y que éste aumentó con la edad y con las patologías médicas relacionadas con el déficit o alteración de la movilidad. (7)

**C. Ingrid Esperanza, Bautista Montaña; Laura Alejandra, Bocanegra Vargas,** “Prevalencia y factores asociados de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna, Neurología, y Cuidados Intensivos de una Institución Prestadora de Salud de III nivel de la ciudad de Bogotá en el año 2009”. El estudio es de tipo observacional descriptivo de corte transversal, dado que se hizo una observación de la realidad sin intervenir en ella. En cada paciente se hizo una medición de la presencia o no de UPP, durante el mes de noviembre del 2009, periodo en el que se recolectó la información de la muestra. Para este estudio se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. El tamaño de la muestra se decidió sobre el número de camas de cada servicio seleccionado, haciendo un total de 95 camas. El estudio se realizó con 61 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, llegando a las siguientes conclusiones: Durante el mes de noviembre del 2009 la prevalencia fue de 18%, discriminado por

servicios, la prevalencia en la Unidad de Cuidados Intensivos es de 31.25% y de Medicina interna es de 17.64%. Las úlceras por presión encontradas en los dos servicios se caracterizaron de la siguiente manera: La localización más frecuente fue en talón con un 33.33% y zona sacra con un 28.57%. El 42.9% de las UPP presentaban un tejido integro de la piel, seguido por un 33.3% de tejido esfacelado. Encontrando que la mayoría de las UPP (85.71%) no presentaban ningún tipo de secreción. Es de gran importancia resaltar que la mayoría de las UPP se encontraron en estadio I y II con un 42.9% respectivamente.

Los factores de riesgo intrínsecos que se relacionan con la presencia de UPP fueron la edad mayor de 60 años, sexo masculino, patologías cardíacas e hipertensión arterial, desnutrición, hipoalbuminemia, anemia, con alteración del estado de conciencia con actividad restringida a la cama, con una movilidad muy limitada, uso de pañal, con requerimiento de oxígeno suplementario. Como factor extrínseco fue la humedad, referente tanto a la cama como a la ropa del paciente y la exposición constante de la piel del paciente por sudoración, orina u otras sustancias. (8)

**D. Dulce Moscoso Otero**, “Valoración del riesgo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados y su relación con los diagnósticos de enfermería, España, 2010”. Se realizó este estudio con el objetivo de valorar el riesgo de úlceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados en unidades de medicina interna y su relación con los

diagnósticos de Enfermería. Metodología: Estudio observacional descriptivo de prevalencia. La población de estudio fueron los pacientes ingresados en las Unidades de Medicina Interna a lo largo del mes de Enero del 2010, el criterio seguido para la inclusión en el estudio fue que existiese registro de la valoración del riesgo de aparición de UPP a través de la EVRUPP Braden. Valoración mediante aplicativo informático de la escala Braden junto con 3 diagnósticos enfermeros. Análisis descriptivo de los datos. Resultados: El diagnóstico más prevalente fue el de autocuidado y “Riesgo de Afectación de la Integridad de la Piel” Conclusiones: Los diagnósticos de Déficit de Autocuidado se presentan con mayor frecuencia en pacientes con y sin riesgo de UPP. La presencia del diagnóstico de enfermería “Riesgo de Afectación de la Integridad de la Piel” podría considerarse como indicador adecuado de valoración.(9)

### **3.2. Bases teóricas – científicas**

#### **3.2.1 EFICACIA DE LA VALORACIÓN DEL RIESGO EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

Las úlceras constituyen un serio problema con una trascendencia socioeconómica importante ya que su desarrollo da lugar a un gran deterioro de la calidad de vida en los pacientes y en sus familiares por un lado, pero también ocasionan una sobrecarga asistencial, un aumento de costes a los servicios de salud, así como una alta dispensación de productos farmacéuticos.

Las causas que desencadenan la aparición de estas lesiones pueden ser, en la mayoría de los casos, detectadas con antelación; el identificar los factores de riesgo es fundamental para aplicar las medidas preventivas, ya que una vez que aparece la úlcera, el problema es de complicado manejo.

Las úlceras por presión son lesiones isquémicas, es decir, por falta de irrigación sanguínea, que provocan la muerte de tejidos y posterior necrosis, comenzando en la piel. En general se producen en sitios donde existen prominencias de los huesos, que al comprimir la zona de apoyo entre éste y el resto de cuerpo situado superficialmente provocan la disminución o la suspensión del flujo de sangre, con el consiguiente daño a los tejidos. Dichos sitios pueden ser sometidos a presión intensa durante un período corto o a presión menos intensa, durante un tiempo más prolongado, siendo ambas alternativas potencialmente dañinas para la piel.

Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios. (10).

### **3.2.2. EVITAR EL DESARROLLO DE EFECTOS ADVERSOS:**

**ÚLCERAS POR PRESIÓN:** En la actualidad se acepta que, en la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión, debe involucrarse a todos los profesionales de la salud. Las úlceras por presión, NO son responsabilidad exclusiva del personal de enfermería.

Para lograr la participación de los profesionales de la salud, en la prevención, de las úlceras por presión, fue necesario, modificar la información que tenían al respecto, haciendo hincapié, en que el 95% de las lesiones son prevenibles, y que su aparición, es el resultado de fracaso, en la calidad asistencial. Esta conciencia renovada, respecto a las úlceras por presión dio lugar a varias iniciativas de prevención. En algunos estados de la unión americana, como New Jersey, se exige a las instituciones de salud, la declaración obligatoria de las úlceras por presión, ya que se les considera, un efecto adverso prevenible, una “complicación que nunca debe presentarse”. Por lo que crearon algunas comisiones, para dar respuesta a esta problemática.

En la elaboración de sus recomendaciones para la prevención de las úlceras por presión, el IHI Institute for Health Care Improvement (Instituto para la Mejora de la Atención a la Salud), en el estado de Massachusetts, en 2004, valoró dos expedientes, en los que se consiguieron muy buenos resultados, al respecto; el de la New Jersey Hospital Association NJHA, y la del Sistema Ascensión Health, en San Louis, Montana. En New Jersey, bajo el lema “Sin úlceras”, se desarrollaron una serie de programas educativos, con el objetivo de modificar la cultura institucional, en relación a las úlceras por presión, al vigilar en el paciente, factores de riesgo como; la nutrición, el estado de hidratación, la piel, la deambulacion precoz y/o los cambios posturales, la elevación de los talones, la recolocación del paciente sin arrastre, el control de la incontinencia, la valoración repetida del riesgo y el uso de superficies adecuadas de apoyo, lo que se llevó a cabo, en hospitales,

residencias para enfermos crónicos, sistemas de atención domiciliaria y centros de rehabilitación, de 125 entidades. La información se entregó por correo electrónico, y se trabajó en conjunto, con especialistas en el tema. El objetivo fue la reducción de la incidencia de las úlceras por presión, en un 25% en un año. Se analizaron los resultados obtenidos, después de 20 meses de la aplicación de las mejoras en la calidad de la atención y los logros fueron publicados en el New York Times; hubo una reducción del 70%, en la incidencia de las úlceras por presión, y una disminución del 30% en la prevalencia (es más fácil prevenir la aparición de dichas lesiones, que curarlas).

Ascensión Health, es en los Estados Unidos de Norteamérica, el programa de asistencia benéfico de mayor envergadura. Mantiene 70 hospitales para enfermos agudos, residencias para enfermos crónicos y hospitales de rehabilitación, en 20 estados de la unión americana y en el distrito de Columbia. Este sistema asistencial selecciono, la prevención de las úlceras por presión, como uno de sus objetivos, en su iniciativa de mejorar la calidad asistencial, iniciada en 2004. Como medidas preventivas, para evitar la aparición de las úlceras por presión, se vigiló; la selección adecuada de aditamentos anti -presión, la recolocación del paciente sin arrastre, el control de la incontinencia, y la nutrición. Los resultados obtenidos fueron los siguientes; una incidencia del 1.4% por cada 1000 pacientes/día. En 6 hospitales del sistema NO se reportó ningún caso nuevo de úlceras por presión, en el transcurso de un año. La mayoría de las úlceras por presión que se desarrollaron,

correspondieron a los Estadios I y II. NO se reportó ninguna lesión en Estado III o IV.

Lo que demuestra que realmente es posible, la reducción en la incidencia y prevalencia de las úlceras por presión, mediante la aplicación fiable de las directrices basadas en la evidencia, relativas a dicha prevención. La prevención de las úlceras por presión, es un problema muy viejo, cuya solución eficaz se viene persiguiendo desde hace siglos, lo que es posible lograr mediante el establecimiento de programas adecuados.

### **3.2.3. ETIOPATOGENIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**

Las úlceras por presión son heridas causadas, por una presión elevada y sostenida, sobre las prominencias óseas, que conduce a la isquemia y necrosis de la piel, y de los tejidos subyacentes. La presión, es una fuerza que actúa perpendicularmente a la piel, como consecuencia de la gravedad. La presión ejercida, sobre las prominencias óseas, debe de ser mayor, que la presión hidrostática normal de los capilares, que oscila entre los 16 y los 32 mm de Hg. Toda presión que exceda estas cifras, compromete el flujo sanguíneo, y lleva implícito el riesgo de desarrollar, úlceras por presión.

Kosiac, en 1959 demostró, que la aplicación de una presión externa, de 70 mm de Hg, sobre las prominencias óseas, durante una hora, era suficiente, para producir, necrosis de los tejidos y ulceración. Las presiones, en el colchón, de una cama de hospital, medidas bajo las

prominencias óseas, oscilan entre los 100 y los 150 mm de Hg., en una silla de ruedas, dichas presiones se elevan a 300 mm Hg, o más, lo que resulta suficiente para llevar la tensión de oxígeno transcutáneo a cero.

La elevación transitoria de la presión, sobre las prominencias óseas, provoca hiperemia reactiva, y eritema pasajero en la piel, que desaparecen, al cesar la presión. Al iniciarse la isquemia, se incrementa el flujo sanguíneo, la vasodilatación refleja, que provoca la hiperemia reactiva, se desencadena para tratar de cubrir las necesidades de O<sub>2</sub> y nutrientes de los tejidos.

La exposición de los tejidos, a una presión elevada y sostenida, induce a isquemia, vasodilatación refleja y aumento de la presión intersticial, la oclusión y obstrucción (microtrombos), de los vasos sanguíneos y linfáticos, provoca extravasación de líquidos; fuga de plasma, proteínas, sangre y células, al espacio intersticial, con lo que aparecen edema y hemorragia a dicho nivel y se aumenta la distancia de difusión, entre los elementos celulares y los capilares (se inicia el sufrimiento tisular). En este momento, además, se forman gran cantidad de radicales libres. Clínicamente, esto se manifiesta, como eritema permanente en la piel, que no palidece a la presión.

El aporte de cantidades adecuadas de oxígeno y nutrientes a las células, permiten su adecuado funcionamiento. La isquemia celular y la restricción en el aporte de nutrientes, provocan alteraciones metabólicas. Cuando el aporte de oxígeno y nutrientes a la célula, se hallan comprometidos, se activa la respiración anaeróbica, que no usa al

oxígeno como sustrato para producir energía. La cantidad de energía que se produce, para la supervivencia celular, es insuficiente y llega a agotarse, provocando alteraciones metabólicas y en las membranas celulares, se incrementa la permeabilidad de la membrana citoplasmática, y fallan las bombas de protones, ingresa a la célula Na, Ca, y H<sub>2</sub>O, y se expulsan K, y Mg., la célula se hincha, se desintegran las membranas lisosomales, dando lugar a la liberación de enzimas digestivas, que destruyen las membranas intracelulares, y la membrana citoplasmática, los radicales libres también intervienen en su desintegración. Clínicamente sobrevienen la necrosis y la pérdida tisular, lo que se manifiesta, por la aparición de las úlceras por presión, y el socavamiento, de las mismas. En este momento, es común, que se instalen microorganismos en los tejidos lesionados y se infecten las lesiones. El daño tisular se inicia, en los tejidos profundos, y posteriormente, se extiende de forma ascendente hasta la dermis y la epidermis. La lesión tisular profunda, se produce en primer lugar, en el músculo y en el tejido celular subcutáneo, debido a que ambos, muestran una pobre tolerancia a la disminución del flujo sanguíneo. Incluso, se han observado cambios irreversibles en el músculo, después de la exposición de una a dos horas, de presión, finalmente, la lesión alcanza la dermis y la epidermis.

#### **3.2.4. FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN:**

Los factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión, se clasifican en; extrínsecos e intrínsecos; los factores extrínsecos, son los

relacionados con el medio ambiente, los factores intrínsecos, son aquellos que se relacionan con el huésped.

**a.- FACTORES EXTRÍNSECOS:** Dentro de los factores extrínsecos implicados, en el desarrollo de las úlceras por presión, se encuentran las fuerzas tangenciales, que son; la fricción y el deslizamiento y/o cizallamiento. La fricción, es una fuerza externa que actúa paralelamente a la piel del paciente, produciendo roce por movimiento de tracción o arrastre, se presenta cuando se recoloca al enfermo en el centro de la cama, al jalarlo de los hombros. El deslizamiento o cizallamiento, también es una fuerza externa, que combina los efectos de la presión con la fricción, se presenta cuando el paciente se encuentra, casi – sentado, en un ángulo de 45 a 60 grados, y el paciente tiende a deslizarse hacia los pies de la cama. Conlleva un mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión, debido a que provoca presión y fricción directas en el sacro y en los talones del paciente.

La inmovilidad impuesta, resultado de algunas indicaciones terapéuticas, como pueden ser; la ventilación mecánica asistida, cirugías prolongadas, férulas, vías venosas y sujeciones, entre otras, favorecen el desarrollo de las úlceras por presión. Algunos fármacos, como los sedantes también favorecen la inmovilidad. Los jabones irritantes, las lociones y cremas perfumadas que contengan alcohol, lesionan el manto ácido de la piel, que la protege del daño y las infecciones, favoreciendo el desarrollo de lesiones cutáneas, que pueden evolucionar, y dar lugar a la formación de las úlceras por presión. Condiciones ambientales

inadecuadas, como el exceso de humedad y la temperatura elevada, la sudoración excesiva, deshidrata la piel, la reseca y la vuelve quebradiza. Las superficies de apoyo, en las que se encuentra acostado o sentado el paciente. Los masajes sobre la piel, y sobre todo, sobre las prominencias óseas, favorecen el desarrollo de las úlceras por presión.

**b.- FACTORES INTRÍNSECOS:** Otro factor significativo, para el desarrollo de las úlceras por presión, es la humedad, debido a que macera los tejidos, y predispone a erosiones y úlceras cutáneas. La incontinencia urinaria y fecal, también complican la evolución de las úlceras por presión. La humedad proveniente del paciente, por sudoración excesiva, drenaje quirúrgico, vómito e incontinencia o la humedad proveniente de la ropa del paciente o de la ropa de cama, favorecen la maceración de la piel, por efecto irritativo directo. La incontinencia urinaria y fecal, se presentan con mayor frecuencia, en las personas de edad avanzada, lo que predispone a este grupo de edad, a un mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión. Los cambios estructurales y fisiológicos propios del envejecimiento, que se presentan en la piel, predisponen a los ancianos a desarrollar úlceras por presión, que precisarán de más tiempo, para lograr su cicatrización. Con la edad, la piel se adelgaza, y se vuelve frágil. El grosor de la dermis, disminuye 20%, y la renovación de la epidermis se reduce en un 50%. La piel adelgazada proporciona menos protección, y es más propensa a las infecciones. Al disminuir, la cantidad de vasos sanguíneos de la dermis, llegan menos nutrientes a la piel, y se elimina menor cantidad de productos de desecho, esto debilita aún más la piel. Disminuye también

la producción de colágeno, que es la principal proteína estructural del organismo, él que llega a producirse, es espeso y poco flexible, volviendo la piel rígida, y susceptible a desgarros. Las papilas, que unen la dermis con la epidermis se aplanan, disminuyendo la adhesividad entre las dos capas de la piel, lo que la hace susceptible a lesiones por fricción o cizallamiento. Disminuye el número de células de Langerhans, lo que disminuye la respuesta inmune cutánea. Disminuye el número de corpúsculos de Pacini y Meissner, disminuyendo la sensibilidad cutánea. Disminuye la actividad de las glándulas sebáceas, y por lo tanto la producción de sebo, alterándose el manto ácido. La grasa corporal, se redistribuye, acumulándose en el abdomen y las caderas, de manera que las áreas de la piel, que se encuentran sobre las prominencias óseas, se adelgazan, disminuyendo la protección en los tejidos subyacentes. Disminuye la actividad de las glándulas sudoríparas, la piel se reseca, se rompe o se agrieta fácilmente, estas lesiones pueden convertirse en vía de entrada, de microorganismos y causar lesiones cutáneas mayores.

Lindam (1961), en un estudio realizado en pacientes geriátricos, contó los movimientos nocturnos espontáneos de los pacientes, usando un dispositivo de recuento, adherido al colchón, y obtuvo los siguientes resultados; ningún paciente que efectuó más de 50 movimientos espontáneos, durante la noche, desarrollo úlceras por presión. Las úlceras por presión se desarrollaron en 90% de los pacientes que realizaron menos de 20 movimientos espontáneos, durante la noche. Con el envejecimiento, se reduce la capacidad de percepción del tacto y

la presión, con lo que disminuye la capacidad de discernir, sí son necesarios los cambios de posición, lo que eleva el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Algunas enfermedades y trastornos crónicos, pueden intensificar la inmovilidad, en los ancianos, en mayor o menor grado que otros, únicamente mencionaremos algunos de los más frecuentes; la Fracturas; Coxofemoral, Trastornos Reumáticos; la Osteoartritis, la Artritis Reumatoide, la Artritis Gotosa, la Osteomielitis, la Poli mialgia Reumática, las Metástasis Óseas, incluso sin que se acompañen de fracturas, los Problemas Podológicos, Trastornos de origen cardiovascular; Insuficiencia Cardíaca, Cardiopatía Isquémica, Hipotensión, Arterioesclerosis. Trastornos Respiratorios; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Insuficiencia Respiratoria Restrictiva. Trastornos Neurológicos, Enfermedad de Parkinson, Accidente Vascular Cerebral, Esclerosis Múltiple, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Estupor, Coma, Neuropatías. Déficits Motores; Paresias, Parálisis. Trastornos Mentales y Sensoriales; Demencias, Depresión. Causas de Debilidad Generalizada; Desnutrición. Debido a la inmovilidad que producen, son factores determinantes, en la formación y desarrollo de las úlceras por presión.

Los trastornos nutricionales, por déficit o por exceso, son un factor de riesgo para el desarrollo de las úlceras por presión. El ácido ascórbico interviene, en la síntesis de colágeno, su deficiencia evita que se forme, lo que agudiza la fragilidad de los vasos sanguíneos, comprometiendo,

la llegada de oxígeno y nutrientes a la piel, adelgazándola y debilitándola. Además, con la falta de colágeno, la piel se vuelve menos flexible, y esto, favorece, el daño por fricción o cizallamiento. La deficiencia de colágeno, también retrasa la epitelización de las heridas, y alarga el tiempo de cicatrización de las mismas. La hipoalbuminemia, provoca edema intersticial, e incrementa la distancia de difusión entre los elementos celulares y capilares, disminuye la cantidad de nutrientes y oxígeno que llegan a los tejidos, lo que conduce a hipoxia o isquemia, lo que también, representa un factor de riesgo para el desarrollo de las úlceras por presión. La hipoproteinemia, provoca balance nitrogenado negativo y reducción de la masa corporal, y se estimula el proceso destructivo, que conlleva al desarrollo de las úlceras por presión. El Zinc (Zn), mineral esencial para el organismo, participa en la síntesis de proteínas, su carencia provoca que no se sintetice colágeno, además, estimula la formación de neutrófilos y favorece la actividad de los mismos, la falta de zinc, se expresa, en aumento de la susceptibilidad a la infección, y en una cicatrización retardada. El Magnesio (Mg), es imprescindible para la asimilación, del ácido ascórbico, su deficiencia, acarrea todos los trastornos, relacionados con la carencia del mismo. El Hierro, forma parte del grupo Hem, de la hemoglobina, y se une al oxígeno de manera reversible, para que este, sea distribuido en todo el organismo, lo que es básico, para lograr una buena oxigenación, su carencia, desencadena hipoxia, que es un factor determinante en el desarrollo de las úlceras por presión. El Ácido Fólico, ó Vitamina B9, es necesario para la formación de proteínas estructurales y hemoglobina,

su deficiencia condiciona la pérdida estructural, retrasa la reparación estructural de los tejidos, y provoca hipoxia de los mismos. Con la deshidratación disminuye la elasticidad de la piel, dando lugar a lesiones por fricción o cizallamiento. El tejido adiposo, en pequeña cantidad, protege la piel, y las prominencias óseas contra la presión, en los pacientes obesos, conforme se incrementa la cantidad de tejido adiposo, disminuye su vascularización, lo que lo vuelve más susceptible al daño por isquemia. Además, con la obesidad, es difícil que se afronten los bordes de las heridas, y tardan más en cicatrizar. La caquexia, es un estado de desnutrición extrema, común en pacientes con problemas oncológicos o en etapa terminal, se pierde el tejido adiposo, y se presenta carencia de todos los elementos antes mencionados, lo que representa un riesgo elevado de desarrollar úlceras por presión.

La diabetes mellitus produce daño vascular, al lesionar al endotelio, compromete la circulación, El alcoholismo crónico, en los pacientes, provoca desnutrición crónica y carencias vitamínicas, lo que representa un factor de riesgo para el desarrollo de las úlceras por presión. Otro factor asociado, con el desarrollo de las úlceras por presión, es el tabaquismo crónico, que se asocia a trastornos cardiovasculares, y respiratorios, que condicionan hipoxia y/o isquemia, en los tejidos del organismo. La arterioesclerosis, provoca estenosis de las arterias, que puede progresar hasta la oclusión del vaso, impidiendo el flujo de sangre en las arterias, lo que condiciona hipoxia e isquemia de los tejidos. El estado de choque, produce isquemia cutánea y muscular, la circulación se ve muy reducida, la presión sobre las prominencias óseas, agrava

más la isquemia y favorece el desarrollo de úlceras por presión. La fiebre incrementa hasta en un 50%, el metabolismo normal de los tejidos y eleva el requerimiento de nutrientes y O<sub>2</sub>, por lo que los tejidos se vuelven más vulnerables a la presión. La lesión medular predispone a la aparición de úlceras por presión, debido a que el paciente permanece sentado, en una silla de ruedas, durante períodos prolongados de tiempo, por lo que se elevan las fuerzas tangenciales de presión y fricción sobre el sacro del paciente, favoreciendo que las úlceras por presión, se desarrollen y mantengan por largo tiempo, además se eleva el riesgo de recidivas.

La inmovilidad impuesta, resultado de algunas indicaciones terapéuticas, como pueden ser; la ventilación mecánica asistida, cirugías prolongadas, férulas, vías venosas y sujeciones, entre otras, favorecen el desarrollo de las úlceras por presión. Algunos fármacos, como los sedantes también favorecen la inmovilidad, los corticoides, los anti - inflamatorios, los citostáticos y los anticoagulantes retrasan la cicatrización. Los jabones irritantes, las lociones y cremas perfumadas que contengan alcohol, lesionan el manto ácido de la piel, que la protege del daño y las infecciones, favoreciendo el desarrollo de lesiones cutáneas, que pueden evolucionar, y dar lugar a la formación de las úlceras por presión. (11)

### **3.2.5. ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN:**

Las Escalas de Valoración de Riesgo de desarrollar Úlceras por Presión constituyen una sencilla y objetiva herramienta metodológica, que permite, valorar a los pacientes, y tomar decisiones, superando al propio juicio clínico. Su uso sistemático aumenta la calidad de los cuidados que se otorgan a los pacientes con riesgo de desarrollar Úlceras por Presión, y a aquellos, que ya las han desarrollado. Como norma general, se deben aplicar, a todos los pacientes, que ingresan a una institución de salud, residencias para ancianos, asilos y en el domicilio del paciente, en la primera entrevista, procediendo a confirmar o descartar el riesgo. En aquellos pacientes, que ya presentan la lesión, nos permiten aplicar, el tratamiento adecuado, y las medidas de prevención necesarias, para limitar el daño. En aquellos pacientes que no las han desarrollado, nos permiten la aplicación de medidas de prevención, para evitar su aparición. Los pacientes sin riesgo deberán evaluarse cada semana. Se debe poner especial interés en aquellos pacientes que sufrirán una intervención quirúrgica de más de 10 horas de duración, en los pacientes que presenten isquemia de cualquier tipo, hipotensión, disminución de la movilidad, pérdida sensorial, anemia, períodos prolongados de hipertermia, y a los que se les realicen pruebas diagnósticas que obliguen al reposo en cama más de 24 horas, y los que sufran cambios en las condiciones de su estado y su entorno. Aunque las Escalas de Valoración de Riesgo de desarrollar Úlceras por Presión marquen un riesgo bajo de desarrollar úlceras por presión, el riesgo existe, y se deben aplicar las medidas de prevención adecuadas para evitar su desarrollo, es mejor, la prevención en un paciente de bajo riesgo, que,

tener que curar una úlcera por presión, en que los costes y el sufrimiento del paciente se incrementan impresionantemente. Una Escala de Valoración de Riesgo de desarrollar Úlceras por Presión, IDEAL, es aquella, que se caracteriza por tener; Alta Sensibilidad, al identificar correctamente a los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión. Alta, Especificidad al identificar correctamente a aquellos pacientes que no tienen riesgo de desarrollar las úlceras por presión. Buen Valor Predictivo positivo, al permitir con seguridad comprobar su eficacia. Fácil de Aplicar, al no requerir de personal especializado para su aplicación, Aplicable en diferentes contextos asistenciales (hospitales, asilos, residencias para ancianos, el domicilio del paciente) al no requerir de material especial para su aplicación. Validada, todas las escalas de valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión, son sometidas a un proceso de validación adecuado, para cuantificar de forma adecuada y significativa su efectividad. Universalidad.

**a.- Objetivos de la aplicación de las Escalas de Valoración de Riesgo de desarrollar Úlceras por Presión:**

a.1. Identificar de forma precoz a los pacientes que tienen riesgo de desarrollar Úlceras por Presión, en base a la presencia de factores de riesgo.

a.2. Proporcionar un criterio objetivo para la aplicación de medidas preventivas en función de un nivel de riesgo.

a.3. Clasificar a los pacientes en función del grado de riesgo con fines epidemiológicos y/o de efectividad.

a.4. Asegura la asignación eficiente y efectiva de recursos preventivos limitados.

a.5. Sirve de soporte para la toma de decisiones clínicas.

a.6. Permite el ajuste de casos, en función del riesgo en estudios epidemiológicos.

a.7. Facilita el desarrollo de protocolos de valoración de riesgo.

a.8. Sirven como prueba en caso de litigios.

### **ESCALA DE DOREEN – NORTON PARA VALORAR EL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN**

	Condición Física	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4	Buena	Orientado	Deambula	Total	Control
3	Regular	Apático	Deambula con ayuda	Disminuida	Ocasional
2	Pobre	Confuso	Cama/Silla	Muy limitada	Urinaria o Fecal
1	Muy mala	Inconsciente	Encamado	Inmóvil	Urinaria y Fecal

#### **EVALUACIÓN DE DOREEN-NORTON**

**5 – 9 =RIESGO MUY ALTO**

**10 – 12 = RIESGO ALTO**

**13 – 14 = RIESGO MEDIO**

**MÁS DE 14 PUNTOS = RIESGO MÍNIMO**

**20 PUNTOS = SIN RIESGO**

Las Escalas de Valoración de Riesgo de Desarrollar Úlceras por Presión, facilitan la identificación de personas en peligro de desarrollar dichas lesiones y permiten la aplicación de intervenciones preventivas apropiadas. La aplicación adecuada y oportuna de las medidas de prevención, es fundamental, para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

### **3.2.6. VALORACIÓN NUTRICIONAL**

Se lleva a cabo, con la finalidad de asegurar, que el paciente reciba los nutrientes necesarios, para evitar el desarrollo de las úlceras por presión y favorecer su cicatrización. Se debe tomar en cuenta, que la presencia, de una úlcera por presión, es un indicador absoluto, de desnutrición, algunos autores afirman, que el estadio de la úlcera por presión, es inversamente proporcional a la gravedad del déficit nutricional, sobretodo, sí el déficit nutricional, se caracteriza por carencia de proteínas. Se debe realizar, una escala de valoración nutricional, como la Mini Evaluación Nutricional MNA, que nos indique cuáles son las causas de malnutrición en el anciano. Para lograr un balance nitrogenado positivo, en el anciano, se recomienda, el siguiente, aporte nutricional: 30 a 35 calorías por kilogramo/peso/día. 1.25 a 2.0 gramos de proteínas por kilogramo de peso por día. Vitamina C 100 a 300 miligramos por día. Sulfato de Zinc 220 miligramos dos veces al día. Hierro. Ácido Fólico. Vitamina B12. Aporte hídrico 30 mililitros por kilogramo de peso por día. Tomando en

cuenta, que generalmente los ancianos necesitan más aporte proteico que los jóvenes. Siendo necesaria la monitorización, repetida de los valores de albúmina sérica, proteínas totales y linfocitos totales, indicadores específicos de desnutrición. Se debe tomar en cuenta, que la deshidratación, produce falsos aumentos en los valores de laboratorio, los valores después de haber hidratado al paciente son más confiables. Un anciano, puede tener su estado nutricional comprometido, bastante antes, de que aparezcan los signos físicos de desnutrición.

La pérdida de peso, considerada el indicio fundamental del deterioro nutricional, es generalmente, un signo que aparece tardíamente. Los signos clínicos de desnutrición crónica, como son, la disminución de la turgencia de la piel, la sequedad y la descamación de la misma, incrementan el riesgo de desarrollar úlceras por presión y condicionan a lesiones dérmicas por fricción y cizallamiento. Un especialista, deberá calcular los requerimientos nutricionales del enfermo, y determinar si la ingesta de nutrientes, es suficiente para satisfacer sus necesidades corporales, debe realizarse una valoración nutricional incluso si los ancianos presentan una apariencia sana, para detectar precozmente los problemas de desnutrición, y otorgar, al paciente los nutrientes necesarios para evitar el desarrollo de las úlceras por presión y favorecer su cicatrización.

### **3.2.7. VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)**

La “Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)” de USA, define que el riesgo de padecer UPP, se ha de medir con una herramienta que permita cuantificar la importancia del riesgo. Si el sistema de prevención y estudio está suficientemente desarrollado aportará, además, una indicación de cuál es la actuación correcta ante ella; cuales son las acciones oportunas para corregir esta y que tipo de material es el indicado para realizar la prevención o la cura.

Tras estudiar diversas escalas -Norton, Nova 5, Gosnell, Norton Modificada, Braden-Bergstrom y sus modificaciones, hemos decidido utilizar la escala **Norton**, para valorar el riesgo de padecer úlceras por presión.

Los motivos que nos han conducido a la adopción de esta escala son varios:

- Claridad en la presentación de los ítems de la escala (pensamos que es menos susceptible de subjetividad por parte del evaluador).
- Sencillez en la presentación de las opciones planteadas –nada, poco, bastante y todo- (creemos que no exige un esfuerzo adicional de adaptación debido a un vocabulario muy específico).
- Oportunidad (pues aun no siendo la más difundida en la actualidad, la autoridad científica de los que la emplean, avala suficientemente su uso.

#### **A.- VALORACION DEL RIESGO.**

- Considere a todos los pacientes potenciales de riesgo.

- Elija y utilice un método de valoración de riesgo.

- Identifique los factores de riesgo.

- Registre sus actividades y resultados. Evalúe.

### **A.1. ESCALA NORTON**

Esta herramienta de valoración se utilizará en las primeras 24 horas desde el ingreso del paciente, para evaluar el riesgo de padecer UPP. (En toda población de riesgo, características anteriormente mencionadas en marco conceptual).

El resultado de la valoración se registrará en la Hoja de Valoración de Enfermería al ingreso y de resultar valorado como de riesgo o presenta úlceras por presión se abrirá una Hoja de valoración y Registro de UPP, que se incluirá en la historia clínica del paciente y que será adosada a la hoja de Planificación de Atención de Enfermería. La valoración según la escala Norton se desarrolla de acuerdo a cinco aspectos considerados:

- Estado físico general
- Estado mental.
- Actividad.
- Movilidad.
- Incontinencia.

## ESCALA NORTON

A	B	C	D	E
Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
Bueno 4	Alerta 4	Total 4	Ambulante 4	Ninguna 4
Mediano 3	Apático 3	Disminuida 3	Camina con ayuda 3	Ocasional 3
Regular 2	Confuso x 2	Muy Limitada 2	Sentada 2	Urinaria o Fecal 2
Muy Malo 1	Estupor – Comatoso 1	Inmóvil 1	Encamado 1	Urinaria + Fecal 1

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

PUNTOS	RIESGO
De 11 a 4 puntos	Alto
De 12 a 14 puntos	Evidente riesgo de úlceras en posible formación.
De 15 a 20 puntos	Bajo

### A.2. DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS UTILIZADOS EN LA ESCALA NORTON

#### ESTADO FÍSICO GENERAL

BUENO: Nutrición: persona que realiza 4 comidas diarias, de manera balanceada, 2.000

Kcal. I.M.C: 20 – 25. 12 Líquidos: 1.500 – 2.000cc. al día ( 8 – 10 vasos).

Temperatura corporal: 36 a 37° C Hidratación: persona con peso mantenido, mucosas húmedas rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo.

**MEDIANO:** Nutrición: persona que realiza 3 comidas diarias. Relativamente balanceada, 2.000 Kcal. I.M.C.: 20 – 25. Líquidos: 1.000 – 1.500cc. al día (5 – 7 vasos). T° corporal: 37 a 37,5°C. Hidratación: Persona con llene capilar lento y recuperación del pliegue cutáneo lento.

**REGULAR:** Nutrición: persona que realiza solo 2 comidas diarias. Toma la mitad del menú, poco balanceada, 1.000 Kcal. I.M.C. >50. Líquidos: 500 – 1.000cc. al día (3 – 4vasos). T° corporal: 37,5 a 38°C. Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.

**MUY MALO:** Nutrición: persona que realiza solo 1 comida diaria, menos de 1.000 Kcal. I.M.C. >50. Líquidos: < 500cc. al día (< 3 vasos). T° corporal: más de 38° C o menos de 35,5° C. Hidratación: edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Presencia de pliegue cutáneo.

## **ESTADO MENTAL**

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

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

**APÁTICO:** Alertado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso. Reacciona con dificultad ante estímulos y permanece orientado. Obedece órdenes sencillas. Posible desorientación en el tiempo y

respuesta verbal lenta, vacilante. Valoración: Dar instrucciones al paciente como tocar con la mano la punta de la nariz.

CONFUSO: Inquieto, agresivo, irritable, dormido. Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos. Cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo. Si no hay estímulos fuertes se vuelve a dormir. Intermitentemente

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

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

## **ACTIVIDAD**

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

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

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

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

## **MOVILIDAD**

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

**CAMINA CON AYUDA:** La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo.

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

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

## **INCONTINENCIA**

**NINGUNA:** Control de ambos esfínteres, Implantación de sonda vesical y control del esfínter anal.

**OCASIONAL:** No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24h.

**URINARIA O FECAL:** No controla uno de los esfínteres permanentemente, Colocación adecuada de un colector con atención a fugas, pinzamientos y puntos de fijación.

**URINARIA Y FECAL:** No controla ninguno de sus esfínteres.

### **A.3.- REEVALUACIÓN DEL RIESGO DE UPP**

La reevaluación de los pacientes con riesgo de desarrollar UPP se realizará con la periodicidad siguiente.

#### **NORTON**

<b>RIESGO DE UPP</b>	<b>REEVALUACION EN DIAS</b>
5 – 11 PUNTOS = ALTO RIESGO	1
12 – 14 PUNTOS = RIESGO MODERADO	3
15 – 20 PUNTOS) = BAJO RIESGO	5

No obstante, cuando se produzca un cambio de situación del paciente, se procederá igualmente a la reevaluación.

Los cambios de situación del riesgo de UPP se agrupan bajo los siguientes epígrafes:

- Isquemia de cualquier origen.
- Intervención quirúrgica prolongada (>10 horas).
- Pérdida de sensibilidad o movilidad de cualquier origen.
- Hipotensión prolongada.
- Pruebas diagnósticas o terapéuticas que supongan reposo en cama de más de 24 horas. (13)

### **3.2.8. DIRECTRICES GENERALES SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

#### **a.- MEDIDAS PREVENTIVAS DE LAS UPP**

Teniendo en cuenta que todos los pacientes son potenciales de riesgo, se aplicarán las medidas preventivas a aquellos que según la escala Norton tengan cualquier riesgo de UPP.

Valorar el riesgo de padecer UPP, aplicando la escala al ingreso, sin superar las primeras 24 horas.

Las medidas más habituales de prevención de úlceras por presión según refieren algunos autores (Dueñas, 2004; Ascardoso, 2002, Verdugo, 2002) son:

## **b.- CUIDADOS ESPECÍFICOS EN LA PREVENCIÓN DE UPP**

### **d.1. Cuidados de la Piel**

- Examine el estado de la piel a diario.
- Mantenga la piel del paciente en todo momento limpia y seca.
- Utilice jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
- Lave la piel con agua tibia, aclare y realice un secado meticuloso sin fricción, haciendo especial hincapié en las zonas de pliegues..
- No utilice sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, colonias, etc.)
- Aplique cremas hidratantes, procurando su completa absorción.
- Preferentemente se utilizará lencería de tejidos naturales.

-Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán servirse de apósitos protectores (poliuretano, hidrocoloides)

- No realizar masajes sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas.

- Si el paciente presenta incontinencia:

- Reeducación de esfínteres.
- Usar pañales absorbentes, colectores, etc.
- Cambiar inmediatamente el pañal húmedo.
- Empleo de Nistatina **óxido de Zinc**, para proteger las zonas expuestas a la humedad.

Para reducir la fricción, **usar apósitos protectores** (poliuretanos, hidrocoloides, hidropoliméricos.), en zonas de prominencias óseas y levantar al enfermo sin arrastrar.

## **d.2. MOVILIZACIÓN**

- Elabore un plan de rehabilitación que mejore la movilidad y actividad del paciente.

- Realice cambios posturales: Cada 2-3 horas a los pacientes encamados, según el riesgo de padecer UPP, siguiendo una rotación programada e individualizada, utilizando como el reloj de cambios posturales para prevención de úlceras por presión:

En períodos de sedestación se efectuarán movilizaciones cada hora, si puede realizarlo autónomamente, enséñele a moverse cada quince o treinta minutos, según patología y estado del paciente.

- Mantenga el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.

- Evite el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.

- Evite el arrastre. Realice las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.

- En decúbito lateral, no sobrepase los 30 grados, ya que se ha demostrado una relación directa entre mayor ángulo de la cama y mayor frecuencia de aparición de UPP.

- Si fuera necesario, eleve la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.

- No utilice flotadores. Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.

- Use dispositivos que mitiguen al máximo las zonas de presión: colchones, cojines, almohadas, protecciones locales (taloneras, coderas). Sólo es un material complementario. Preparar un plan de rehabilitación que mejore la actividad y movilidad del paciente.

#### **d.2.1. POSICIONES**

Para aliviar y eliminar la compresión de los puntos de apoyo, es imprescindible realizar cambios posturales, manteniendo lo más correcta

posible la alineación del cuerpo y estudiando detenidamente la forma de reducir los efectos de la presión prolongada sobre las prominencias óseas.

#### - **DECÚBITO SUPINO**

Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

- Una debajo de la cabeza.
- Una debajo de los gemelos.
- Una manteniendo la posición de la planta del pie.
- Una bajo cada brazo (opcional).

#### **No se debe producir presión sobre:**

- Talones, coxis, sacro, escápulas y codos.

#### **PRECAUCIONES**

- Mantener la cabeza, con la cara hacia arriba, en una posición neutra y recta de forma que se encuentre en alineación con el resto del cuerpo; apoyar las rodillas en posición ligeramente flexionada -evitando la hiperextensión-, codos estirados y manos en ligera flexión.
- Las piernas deben quedar ligeramente separadas.
- Si la cabecera de la cama debe de elevarse, debe de procurarse de que no exceda de 30°

- Evitar la rotación del trocánter.
- Evitar la flexión plantar del pie.

### **- DECÚBITO LATERAL**

Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

- Una debajo de la cabeza.
- Una apoyando la espalda.
- Una separando las rodillas y otra el maléolo externo de la pierna inferior.
- Una debajo del brazo superior.

### **No se debe producir presión sobre:**

- Orejas, escápulas, costillas, crestas ilíacas, trocánteres, gemelos, tibias y maléolos.

### **PRECAUCIONES**

- La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45 hasta 60 grados.
- Las piernas quedarán en ligera flexión con la pierna situada en contacto con la cama ligeramente atrasada con respecto a la otra.
- Los pies formando ángulo recto con la pierna.

- Si la cabeza de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30°.
- En pacientes que pueden levantarse al sillón o realizar algún movimiento en la cama, se deberá ayudar y animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros necesarios que faciliten su movilización.
- Es importante que estén sentados correctamente.
- Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

#### **- POSICIÓN SENTADA**

Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

- Una detrás de la cabeza.
- Una debajo de cada brazo.

Una debajo de los pies.

**No se debe producir presión sobre:**

Omóplatos, sacro y tuberosidades isquiáticas.

#### **PRECAUCIONES**

- La espalda quedará cómodamente apoyada contra una superficie firme.
- No se permitirá la situación inestable del tórax.

#### **e.- NUTRICIÓN**

- Controlar la ingesta de alimentos, ya sea por vía oral u enteral.

- Estimular la ingesta de líquidos, por vía oral, según el siguiente horario 07-10-13-15-19-21, de acuerdo al aporte hídrico calculado para cada paciente, tomando en cuenta además, patología de base e indicación Médica.

Estimular la ingesta de líquido a pacientes con nutrición enteral, administrando agua por sonda Nasogástrica o sonda Nasoyeyunal posterior a ADN o papilla, además de lo indicado en la Hoja de planeamiento del Cuidado de Enfermería, de acuerdo al aporte hídrico calculado para cada paciente, tomando en cuenta además la patología de base e Indicación Médica.

Proporcionar:

- Aporte hídrico de 30 cc/kg de peso/día.
- Calorías 30-35 Kcal/kg de peso/día.
- Proteínas 1.25-1.50 gr/kg de peso/día.

#### **f. CONTENIDOS EDUCATIVOS A ENTREGAR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE A FAMILIA Y/O CUIDADORES**

##### **¿Qué es una Úlcera por Presión?**

Se define como la lesión que se produce en la piel producto del roce entre las prominencias óseas del paciente y/o por la presión prolongada entre el cuerpo del paciente y una superficie externa (cama).

Esta lesión de la piel puede ir desde un simple enrojecimiento de la piel, hasta el compromiso de tejidos blandos (piel- músculos) y huesos, siendo ésta última herida muy difícil de tratar.

### **¿Dónde se localizan las úlceras por presión (escaras)?**

En las zonas de prominencias óseas, es decir, dónde se palpan más fácilmente los huesos.

En general son aquellas zonas que se encuentran expuestas a mucho roce con la cama y que poseen la piel delgada estas son:

- Cabeza
- Codos
- Omóplatos
- Zona sacra (cola)
- Talones

### **¿Qué se debe observar para prevenir la aparición de escaras?**

- Piel roja o enrojecida: se puede observar como una zona más colorada que el resto de la piel.
- Piel con alguna pequeña erosión o pelada en alguna zona del cuerpo.
- Piel o zona más calurosa, con más temperatura, la que se siente al tocarla.

### **¿Cómo prevenir la aparición de las úlceras por presión?**

- Realizar la higiene de la piel diaria con agua y jabón neutro, enjuagar y secar bien.
- Observar la integridad de la piel (ausencia de heridas) diariamente mientras se realiza la higiene.
- Lubricar la piel con crema tras el baño, sobre todo en prominencias óseas (zonas de mayor riesgo), para mantener la hidratación de la piel evitando así que se reseque y se erosione.
- No masajear áreas enrojecidas de la piel, ya que se podría producir una lesión más profunda.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Asegurar una hidratación (ingesta de líquidos) y alimentación adecuada del enfermo.
- Si el paciente no controla esfínteres:
  - a) Proteger con pañales absorbentes.
  - b) Cambiar inmediatamente el pañal húmedo.
  - c) Cambiar de posición al paciente que no se puede movilizar en cama, por lo menos cada 4 horas, si este puede moverse bien sin ayuda, estimular el cambio de posición.
- Si va a lateralizar al paciente. coloque un cojín entre las rodillas para evitar el roce entre ambas.
- Levantar al sillón o silla siempre que el estado del paciente lo permita. Cuando se ha formado una úlcera sobre las superficies de asiento, deberá evitarse que permanezca sentado.

- Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán protegerse las prominencias óseas con vendas o telas suaves de algodón que eviten que la zona propensa a formar escaras quede en contacto la ropa de cama.
- El colchón anti escaras, no evitará por si sólo la aparición de úlceras por presión.

## **EVALUACIÓN DEL PROCESO**

Los requisitos establecidos para la evaluación de los cuidados ofrecidos serán:

- Se ha aplicado la escala Norton al ingreso.
- Se ha aplicado la escala Norton al menos a los 7 días de la última valoración del riesgo.
- Se ha aplicado la escala Norton ante la ocurrencia de “cambio relevante”.
- Se ha registrado la valoración del entorno.
- Están registrados los cambios posturales.
- Está anotada la ingesta de alimentos en las 24 horas.
- Se ha registrado el resultado de la valoración de la lesión al ingreso.

Todos los aspectos descritos anteriormente serán evaluados mediante revisión de las incidencias recogidas en la Hoja de registro para UPP.

Se realizará así mismo la evaluación de determinadas normas de actuación mediante observación directa. Se propone a las unidades el sistema de autoevaluación, considerándose los siguientes requisitos:

- Se ha utilizado crema hidratante según plan de enfermería, tras el baño.
  
- Utiliza guantes para la limpieza y cura.
  
- Monta campo estéril para la limpieza y cura de la herida.
  
- No se ha utilizado para la limpieza antiséptico local.
  
- No se realiza cura oclusiva, en caso de infección.
  
- Se ha tomado frotis en caso de observar signos de infección.

### **CUIDADOS GENERALES.**

Tratar aquellos procesos que puedan incidir en el desarrollo de las úlceras por presión:

- Alteraciones Respiratorias
  
- Alteraciones Circulatorias
  
- Alteraciones Metabólicas
  
- Identificar y corregir los diferentes déficits nutricionales (calorías, proteínas, vitaminas y minerales).
  
- Asegurar un estado de hidratación adecuado.

## **EDUCACION:**

-Valore la capacidad del paciente para participar en su programa de prevención.

-Desarrolle un programa de educación para prevenir úlceras por presión que sea:

- Organizado, estructurado y comprensible.
- Dirigida a todos los niveles: pacientes, familia, cuidadores, gestores, y,
- Que incluyan mecanismos de evaluación sobre la eficiencia.
- Debe fomentarse el uso de tablas o registros de valoración que analizan los factores que contribuyen a su formación y que nos permitan identificar a los pacientes con riesgo, sobre los que establecer guías de prevención.
- El uso de esta tabla u otras similares, debe ser el primer paso en la PREVENCIÓN.
- Deben ser cómodas, no complicadas, que incluyan el máximo número de factores de riesgo.
- Las debe elegir el equipo asistencial, y este debe regular su uso, al ingreso o primer contacto con el paciente y después en los plazos que establezca el equipo.

## **FASE DE DESARROLLO:**

### **APLICACIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN.- mediante:**

- Aplicación de guía de atención para la prevención y control de UPP.

- Educación al paciente y familia.
- Determinar nivel de conocimientos del cuidador.
- Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente y familia.
- Provisión de recursos humanos, material médico, insumos y equipos para la prevención.

### 3.2.9. La Eficacia:

La eficacia de una acción está dada por el grado en que se cumplieron los objetivos previstos en su diseño. Usualmente se recurre a una forma de planificación como marco lógico, en la cual se establece la jerarquía de objetivos: general, inmediatos, específicos, metas y actividades. Para cada uno de los objetivos previstos se analiza la eficacia de la acción que es evaluada, obteniendo un índice general de eficacia mediante una ponderación de cada uno de los índices por objeto evaluado.

El análisis completa la evaluación de impacto ya que permite conocer:

- Si el impacto fue conseguido (eficacia)
- Si el impacto generado justifica el costo de la acción (eficiencia)

### 3.3. Definición de términos básicos

**Eficacia de la valoración del riesgo:** La identificación de los pacientes de riesgo, a través de las escalas y los cuidados apropiados que puedan instaurarse precozmente., evitará la

aparición de Upp.

**Seguridad del paciente:** Es la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud, a través del uso de mejores prácticas que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.

**Evento Adverso en Salud:** Todo accidente o suceso reportado que ha causado daño al paciente. El accidente puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela al momento del alta, una lesión o la muerte; esta directamente ligado a la atención del paciente y no al proceso de la enfermedad o a sus condiciones propias.

**Cuidado:** Capacidad de asistir, guardar, conservar, recelar o preocuparse por algo o alguien. Integra la dimensión humana, científica y técnica en el cuidado del usuario, mostrando actitud de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor.

**Úlcera por Presión (UPP):** Cualquier área de daño en la piel y tejido adyacente causada por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición.

**Riesgo de úlceras por presión:** Es la presión misma que causa el cierre de los capilares, disminuyendo el aporte de oxígeno a los tejidos.

**Escala de valoración:** Son instrumentos validados, que se utilizan como complemento del juicio clínico.

**Factores de Riesgo:** Elemento o condición que implica aumentar la probabilidad o posibilidad de que suceda un evento determinado.

**Factores de Riesgo Extrínsecos o ambientales:** Son factores presentes en el entorno inmediato en el que se mueve el paciente, pueden facilitar las UPP o incrementar las consecuencias graves de estas.

**Factores de riesgo intrínsecos o del paciente:** Son aquellos factores asociados a la situación personal de salud del paciente, que pueden determinar un aumento del riesgo de Úlceras por Presión.

### **3.4. Formulación de Hipótesis**

#### **3.4.1. Hipótesis General**

La valoración del riesgo es eficaz en la prevención de úlceras por presión en pacientes de Medicina Interna del Servicio 10 "C", del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2016

#### **3.4.2. Hipótesis Específicas**

- La valoración del riesgo al momento del ingreso del paciente de Medicina Interna es eficaz en el Servicio 10 "C", del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2016.
- La prevención de úlceras por presión es adecuada en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Servicio 10 "C", del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2016.

### 3.5. Identificación de variables

#### Variable Independiente:

- Eficacia de la valoración.

#### Variable Dependiente:

- Prevención de úlceras por presión

### 3.6. Definición operacional de variables e indicadores

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>DEPENDIENTE</b>  Prevención de úlceras por presión	Cuidados de la piel	Examen diario Mantener la piel limpia y seca en todo momento especialmente las zonas de pliegue. Al lavar la piel no fricciona. No utilizar alcohol. Aplica cremas hidratantes. Utiliza apósitos protectores. Evita masajes en prominencias óseas o zonas enrojecidas. Si hay incontinencia: reeducar los esfínteres, usar pañales absorbentes, colectores, cambiar inmediatamente el pañal húmedo. Empleo de nistatina óxido de zinc, para proteger las zonas expuestas a la humedad.

	<p>Movilización</p>	<p>Elaborar un plan de rehabilitación que mejore la movilidad y actividad del paciente.  Realizar cambios posturales cada 2-3 horas a pacientes encamados.  En períodos de sedentación se efectuará movilización cada 15 minutos.  Mantener el alineamiento corporal, la distribución de peso y el equilibrio.  Evitar contacto directo de las prominencias óseas.  Evite arrastre, realice las movilizaciones reduciendo las fuerzas.  En decúbito lateral no sobrepase los 30 grados.  No utilizar flotadores, mantener la cama limpia y seca y sin arrugas.  Use dispositivos que mitiguen al máximo las zonas de presión: colchones, cojines, almohadas, protectores locales (talonerías, coderas).</p>
	<p>Posiciones</p>	<p>Decúbito supino  Posición sentada  Decúbito lateral</p>
	<p>Nutrición</p>	<p>Controlar la ingesta de alimentos.  Estimular la ingesta de líquidos cada 2 horas según balance hídrico.  Cuidado de la sonda si tuviera.</p>
	<p>Educación</p>	<p>Educar sobre cuidados de la piel y</p>

		<p>prominencias óseas.  Higiene de la piel.  Lubricar la piel.  Proteger con pañales.  Colchón antiescaras</p>
<p><b>I  NDEPENDIENTE</b></p> <p>Eficacia de la  valoración de  riesgo.</p>	<p>Estado físico</p> <p>Estado mental</p> <p>Actividad</p> <p>Movilidad</p> <p>Incontinencia</p>	<p>Bueno  Mediano  Regular  Muy malo</p> <p>Alerta  Apático  Confuso  Estuporoso/comatoso</p> <p>Total  Disminuida  Muy limitada  Inmóvil</p> <p>Ambulante  Camina con ayuda  Sentado  Encamado</p> <p>Ninguna  Ocasional  Urinaria o fecal  Urinaria y fecal</p>

## IV. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

### 4.1. Tipo de investigación:

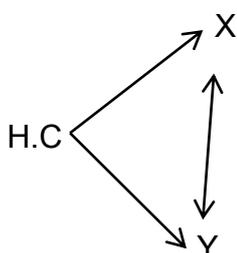
El estudio a realizar es una Investigación aplicada porque se utilizará el marco teórico existente de úlcera por presión.

### 4.2. Métodos de investigación:

Inductivo, Analítico, y descriptivo apoyado con el auxiliar estadístico e inferencial.

### 4.3. Diseño de investigación:

Descriptivo-Correlacional.



DESCRIPCIÓN: Posiciones

M= Historias clínicas de pacientes.

X= Eficacia de la valoración de riesgo.

Y= Prevención de úlceras por presión.

O1=Observación

↕ = Correlación

#### **4.4. Población y muestra**

La población en estudio estará constituida por pacientes adultos usuarios del Servicio de Medicina Interna 10 "C" del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Considerando 40 pacientes según datos histórico.

#### **4.5. Técnicas e instrumento de recolección de datos:**

##### **Análisis Documental**

Los datos se recolectarán a través de la revisión de las historias clínicas sobre la valoración de riesgo de úlceras por presión; e informes de supervisión sobre prevención de úlceras por presión.

##### **Instrumento:**

##### **Ficha de recolección de datos:**

Se aplicará un instrumento previamente diseñado, para recolectar datos de la valoración de riesgo de úlceras por presión.

#### **4.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos:**

Los datos se procesaran con el programa SPSS 21 y se presentará en gráficos y la interpretación respectiva.

#### **4.7. Tratamiento de Estadístico:**

Para probar la hipótesis se hará uso de la Estadística Inferencial mediante la prueba no paramétrica de Ji cuadrada.

**V. ADMINISTRACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

CODIGO	RECURSOS	COSTO
1	REMUNERACIONES	
1.1	Asistencia Técnica	2000.00
1.2	Secretaria	300.00
2	BIENES	
2.1	Materiales de escritorio	500.00
2.2	Materiales PAD	100.00
2.3	Software	300.00
2.4	Apoyo para la recolección de datos	500.00
3	SERVICIOS	
3.1	Tipeo, impresiones, internet y empastado	1500.00
3.2	Movilidad	200.00
3.3	Comunicación	100.00
SUBTOTAL		5500.00
Imprevistos		300.00
TOTAL		5800.00

## 5.2. Cronograma

ACTIVIDAD	2016						2017	
	J	A	S	O	N	D	E	F
Elaboración y aprobación del proyecto	X	X	X	X	X			
Revisión y aprobación por los Jurados						X	X	
Sustentación del proyecto de investigación.								X
Difusión de la investigación								X

## VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Alicante y cols. Eficacia de las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión. Escala de Warelow. British Medical Journal; octubre, 2002.
2. Departamento de Enfermería. Investigó: “Prevalencia de las úlceras por presión como complicación intrahospitalaria” en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Perú; 2012.
3. Aravena, Roberto. Úlceras por decúbito. Evaluación de riesgo según la Escala de Norton. Santiago de Chile, 2004.
4. Ascardoso, Javier. Que son las úlceras por presión y prevención. España. 2014.
5. Pancorbo Hidalgo, Pedro L. y otros; investigaron “La Epidemiología de las úlceras por presión en España e 2013”. 4° estudio nacional de prevalencia.
6. Carrillo González Marcela Gemita, “Aplicación protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, servicio de medicina interna, Hospital base Osorno, octubre - diciembre 2004”
7. Lago González María de la Luz, “Valoración del riesgo de úlceras por presión en una Unidad de geriatría”, La Coruña, 2012.
8. Bautista Montaña Ingrid Esperanza; Bocanegra Vargas Laura Alejandra, “Prevalencia y factores asociados de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna, Neurología, y Cuidados Intensivos de una Institución Prestadora de Salud de III nivel de la ciudad de Bogotá en el año 2009”

9. Moscoso Otero Dulce, "Valoración del riesgo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados y su relación con los diagnósticos de enfermería, España, 2010".
10. Dueñas, José. Cuidados de Enfermería en las Úlceras por Presión; México, 2004.
11. Soldevilla Agrede J. Las úlceras por úlceras por presión, causas, factores, Chile, 2012.
12. Blumel MJE, Tirado GK, Schiele MC, Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en pacientes inmovilizados. España, 2011.
13. Chigne O, Varela L, Aplicación de la Escala de Norton para evaluar el riesgo de úlcera por presión en pacientes adultos mayores hospitalizados, McGrawHill, México, 2012.
14. Ayora, Pilar. Protocolo de cuidados en úlceras por presión. Barcelona. 2010

## **ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Objetivos: Recolectar datos referentes a la valoración de las úlceras por presión el Servicio de Medicina Interna 10 "C" del Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2016.

1.- N° de Historia Clínica:

2.- Edad:

3.- Sexo:

M            ( )

F            ( )

4.- Peso:

5.- Grado de dependencia:

a). II        ( )

b). III      ( )

c). IV      ( )

6.- Criterios a valorar: (Escala de Norton)

<b>CRITERIOS VALORADOS</b>	<b>Horario de Valoración</b>			
	7.00 am	9.00 am	11.00 am	1.00 pm
Estado físico	Bueno ( ) Mediano ( ) Regular ( ) Muy malo ( )	Bueno ( ) Mediano ( ) Regular ( ) Muy malo ( )	Bueno ( ) Mediano ( ) Regular ( ) Muy malo ( )	Bueno ( ) Mediano ( ) Regular ( ) Muy malo ( )
Estado mental	Alerta Apático Confuso Estuporoso Comatoso	Alerta Apático Confuso Estuporoso Comatoso	Alerta Apático Confuso Estuporoso Comatoso	Alerta Apático Confuso Estuporoso Comatoso
Actividad	Total ( ) Disminuida Muy ( ) limitada ( ) Inmovil ( )	Total ( ) Disminuida Muy ( ) Limitada ( ) Inmovil ( )	Total ( ) Disminuida ( ) Muy limitada Inmovil ( )	Total ( ) Disminuida Muy ( ) Limitada ( ) Inmovil ( )
Movilidad	Ambulante( )	Ambulante( )	Ambulante( )	Ambulante( )

	Camina con ayuda ( ) Sentado ( ) Encamado()			
Incontinencia	Ninguna ( ) Ocasional ( ) Urinaria o fecal ( ) Urinaria y fecal ( )	Ninguna ( ) Ocasional ( ) Urinaria o fecal ( ) Urinaria y fecal ( )	Ninguna ( ) Ocasional ( ) Urinaria o fecal ( ) Urinaria y fecal ( )	Ninguna ( ) Ocasional ( ) Urinaria o fecal ( ) Urinaria y fecal ( )

## ANEXO 2

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
<p>Problema principal</p> <p>¿Cuál es la eficacia de la valoración del riesgo en la prevención de úlceras por presión en pacientes de Medicina Interna del Servicio 10 “C”, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2016</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la eficacia de la valoración del riesgo en la prevención de úlceras por presión en pacientes de Medicina Interna del Servicio 10 “C”, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2016.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>La valoración del riesgo es eficaz en la prevención de úlceras por presión en pacientes de Medicina Interna del Servicio 10 “C”, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2016</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>¿Cómo es la valoración del riesgo al momento del ingreso del paciente de Medicina Interna del Servicio 10 “C”, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins? 2016?</p> <p>¿Cómo es la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Servicio 10 “C”, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2016?.</p>	<p>Objetivo Específico</p> <p>- Valorar el riesgo de úlceras por presión al momento del ingreso del paciente de Medicina Interna del Servicio 10 “C”, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2016.</p> <p>- Evaluar la prevención de úlceras por presión para disminuir el número y la gravedad de estas lesiones en un grupo de pacientes adultos usuarios del Servicio de Medicina Interna del Servicio 10</p>	<p>Hipótesis Específica</p> <p>La valoración del riesgo al momento del ingreso del paciente de Medicina Interna es eficaz en el Servicio 10 “C”, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2016.</p> <p>La prevención de úlceras por presión es adecuada en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Servicio 10 “C”, del Hospital Nacional Edgardo</p>

	"C", del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, durante el período de dos meses 2016.	Rebagliati Martins, 2016.
--	--	---------------------------