

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS
POR DECÚBITO EN PACIENTES DIABÉTICOS MAYORES DE 60 AÑOS
HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA I DEL HOSPITAL
“DR. RAÚL LEONI”. SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR**

Tutor:

Lic. Doris Méndez

Autoras:

**Barrios, Heidy
González, Isaura
Macuare, Laura**

Ciudad Guayana, Abril 2005

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS
POR DECÚBITO EN PACIENTES DIABÉTICOS MAYORES DE 60 AÑOS
HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA I DEL HOSPITAL
“DR. RAÚL LEONI”. SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR**

**(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial
para optar al Título de Licenciada en Enfermería)**

Tutor:

Lic. Doris Méndez

Autoras:

**Barrios, Heidy
C.I. 13.163.034
González, Isaura
C.I. 8.791.284
Macuare, Laura
C.I. 12.131.432**

Ciudad Guayana, Abril 2005

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado titulado: **Participación de la enfermera en la prevención de úlceras por decúbito en pacientes diabéticos mayores de 60 años hospitalizados en la unidad de medicina i del Hospital “Dr. Raúl Leoni”.** San Félix – Estado Bolívar, presentado por las TSU **Barrios Heidy C.I. 13.163.034, González Isaura C.I. 8.791.284, Macuare Laura C.I. 12.131.432**, para optar al Título de Licenciado en Enfermería, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de a los del mes de de 2005.

Lic. Doris Méndez

C.I.

APROBACIÓN DEL JURADO

En atención a lo dispuesto en los reglamentos de la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, quienes suscriben profesores designados como Jurado del Trabajo Especial de Grado titulado: **Participación de la enfermera en la prevención de úlceras por decúbito en pacientes diabéticos mayores de 60 años hospitalizados en la unidad de medicina i del Hospital “Dr. Raúl Leoni”. San Félix – Estado Bolívar**, presentado por las TSU **Barrios Heidy C.I. 13.163.034, González Isaura C.I. 8.791.284, Macuare Laura C.I. 12.131.432**, como requisito parcial para optar al título de Licenciada en Enfermería, deciden su

En a los días del mes de de 2005.

Va sin enmienda.

C.I.

Tutor

C.I.

C.I.

C.I.

DEDICATORIA

Primeramente gracias a Dios Todopoderoso por habernos dado vida y salud.

A nuestros padres por darnos su ayuda, apoyo y confianza.

A nuestros hijos por su comprensión y solidaridad.

A nuestros compañeros de clase y trabajo por compartir estos momentos.

A nuestra tutora, licenciada Doris Méndez de Alfaro, por su paciencia y constancia.

A nuestras profesoras por su invaluable labor y esfuerzo por su granito de arena para hacer posible este logro.

Y a todas aquellas personas que nos brindaron su ayuda.

Heidy – Isaura – Laura

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios Todopoderoso por darnos fortaleza en lograr esta meta.

A nuestros padres por habernos apoyado en culminar nuestros estudios, tan importantes para nuestra vida profesional.

A nuestros hijos por su apoyo y comprensión y por ser fuente inspiradora para culminar nuestra meta.

A nuestra tutora, licenciada Doris Méndez de Alfaro, por su paciencia y constancia.

Y a todas aquellas personas que de alguna u otra forma participaron en forma directa o indirecta en la culminación de nuestro trabajo de grado.

Las autoras

ÍNDICE DEL CONTENIDO

	Pág.
APROBACIÓN DEL TUTOR	iii
APROBACIÓN DEL JURADO	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO.	vi
LISTA DE CUADROS.	x
LISTA DE GRÁFICOS.	xi
RESUMEN.	xii
INTRODUCCIÓN.	1
 CAPITULO I. EL PROBLEMA	
Planteamiento del problema.	3
Objetivos de la investigación.	8
Objetivo general.	9
Objetivos específicos.	9
Justificación.	9
 CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	
Antecedentes de la investigación.	11
Bases teóricas.	14
Sistema de variable.	46
Operacionalización de variable.	47
Definición de términos.	48

CAPITULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño de la investigación.	50
Tipo de estudio.	51
Población y muestra.	52
. . .	
Método e instrumento para la recolección de datos.	52
Procedimiento para la validación del instrumento.	53
. . .	
Procedimiento para la recolección de datos.	53
Tabulación y análisis de los datos.	54

CAPITULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Presentación y análisis de los resultados.	55
.	

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.	70
Recomendaciones.	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
.	
ANEXOS.	75
. . .	

Instrumento de recolección de datos

LISTA DE CUADROS

Cuadro	Pág.
1. Datos demográficos referidos al nivel académico del elemento muestral. Unidad de medicina I. Hospital “Dr. Raúl Leoni” de San Félix – Estado Bolívar. Tercer trimestre del año 2004.	56
2. Datos demográficos referidos al tiempo de servicio del elemento muestral. Unidad de medicina I. Hospital “Dr. Raúl Leoni” de San Félix – Estado Bolívar. Tercer trimestre del año 2004.	58
3. Datos demográficos referidos a la actualización sobre diabetología del elemento muestral. Unidad de medicina I. Hospital “Dr. Raúl Leoni” de San Félix – Estado Bolívar. Tercer trimestre del año 2004.	60
4. Distribución de los resultados según la valoración del paciente diabético que realiza la enfermera(o). Unidad de medicina I. Hospital “Dr. Raúl Leoni”. San Félix – Estado Bolívar. Tercer trimestre del año 2004.	62
5. Distribución de los resultados según la valoración del paciente diabético que realiza la enfermera(o). Unidad de medicina I. Hospital “Dr. Raúl Leoni”. San Félix – Estado Bolívar. Tercer trimestre del año 2004.	64
6. Distribución de los resultados según la ejecución de las actividades que realiza al paciente diabético la enfermera(o). Unidad de medicina I. Hospital “Dr. Raúl Leoni”. San Félix – Estado Bolívar. Tercer trimestre del año 2004.	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico	Pág.
1. Datos demográficos referidos al nivel académico del elemento muestral. Unidad de medicina I. Hospital “Dr. Raúl Leoni” de San Félix – Estado Bolívar. Tercer trimestre del año 2004.	57
2. Datos demográficos referidos al tiempo de servicio del elemento muestral. Unidad de medicina I. Hospital “Dr. Raúl Leoni” de San Félix – Estado Bolívar. Tercer trimestre del año 2004.	59
3. Datos demográficos referidos a la actualización sobre diabetología del elemento muestral. Unidad de medicina I. Hospital “Dr. Raúl Leoni” de San Félix – Estado Bolívar. Tercer trimestre del año 2004.	61
4. Distribución de los resultados según la valoración del paciente diabético que realiza la enfermera(o). Unidad de medicina I. Hospital “Dr. Raúl Leoni”. San Félix – Estado Bolívar. Tercer trimestre del año 2004.	63
5. Distribución de los resultados según la valoración del paciente diabético que realiza la enfermera(o). Unidad de medicina I. Hospital “Dr. Raúl Leoni”. San Félix – Estado Bolívar. Tercer trimestre del año 2004.	67
6. Distribución de los resultados según la ejecución de las actividades que realiza al paciente diabético la enfermera(o). Unidad de medicina I. Hospital “Dr. Raúl Leoni”. San Félix – Estado Bolívar. Tercer trimestre del año 2004.	69

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Participación de la enfermera en la prevención de úlceras por decúbito en pacientes diabéticos mayores de 60 años hospitalizados en la unidad de medicina I del Hospital “Dr. Raúl Leoni”. San Félix – Estado Bolívar

**Autoras: Barrios, Heidy
González, Isaura
Macuare, Laura
Tutor: Lic. Doris Méndez
Año: 2005**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la participación de la enfermera(o) en la prevención de las úlceras por decúbito en pacientes diabéticos mayores de 60 años de edad hospitalizados en la unidad de medicina I del Hospital “Dr. Raúl Leoni”, San Félix, Estado Bolívar, en su dimensión: cuidados de enfermería. La investigación se adapta al diseño no experimental de campo, de tipo descriptivo, transversal. La población estuvo conformada por doce (12) enfermeras(os) de atención directa que laboran en la unidad objeto de estudio. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos; una matriz de análisis adaptada de la escala de Norton, y una guía de observación, la cual constó de treinta (30) ítems relacionados con la variable en estudio en escala Lickert: siempre, algunas veces y nunca. La validez se realizó mediante el juicio de expertos. Para el análisis de los datos se aplicó la estadística descriptiva. Los resultados evidenciaron que la participación de la enfermera(o) en la prevención de úlceras por decúbito, en la valoración del enfermo diabético, indaga factores de riesgo en un 67% y registra los datos de valoración en un 33%. En cuanto a la ejecución de las actividades de enfermería al enfermo diabético se evidenció que se cumple en un 50% siempre, en un 42% algunas veces y en un 8% nunca; a tal efecto, se considera necesario potenciar la práctica de enfermería en relación a la atención del enfermo diabético.

INTRODUCCIÓN

La relación directa que existe con cada paciente es compleja y en la práctica se debe estudiar cómo tratar a cada uno, personalizando la relación y nunca generalizando. Este aspecto define la necesidad de realizar un procedimiento determinado, así como el alcance del mismo en el plan de cuidados y tratamiento del paciente, lo que va a permitir a la enfermera(o) dar solidez a los conocimientos teóricos y prácticos que se utilizan en el cuidado de las personas sanas o enfermas.

El déficit de líquido corporal desencadena una serie de problemas, sobre todo en pacientes ancianos y niños. Las personas de edad avanzada presentan deshidratación y poca movilización, lo que puede producir úlceras por decúbito en zonas prominentes de poca musculatura, debido a las posiciones prolongadas y el no poder cambiar de postura por sí solos. La educación adecuada al paciente y la ejecución de procedimientos evitará complicaciones y contribuirá de manera muy directa en su cura o mejoría.

Por las razones mencionadas, la investigación propuesta es de gran importancia debido a que la misma determinará la participación de la enfermera(o) en la prevención de úlceras por decúbito en pacientes

diabéticos de 60 años en adelante hospitalizados en la unidad de medicina I en el Hospital “Dr. Raúl Leoni” de San Félix, Estado Bolívar.

El proyecto de investigación se estructura en cinco capítulos. El primer capítulo, el problema, presenta el planteamiento del problema, objetivos general y específicos y justificación.

El segundo capítulo, marco teórico, contiene los antecedentes, las bases teóricas, el sistema de variable, la operacionalización de variable y la definición de términos.

El tercer capítulo describe el diseño metodológico, diseño de la investigación, tipo de estudio, población, muestra, método e instrumentos para la recolección de datos, confiabilidad, procedimiento para la recolección de datos, tabulación y técnica de los datos.

El cuarto capítulo corresponde al análisis de los resultados, el cual consta de la presentación de los resultados, análisis interpretativo de los datos.

El quinto capítulo contiene las conclusiones y recomendaciones que se dieron después de analizar la información recolectada. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

En este capítulo se presenta el planteamiento del problema, objetivos y justificación de la investigación.

Planteamiento del Problema

La práctica profesional de enfermería tiene como objetivo fundamental brindar cuidados de calidad individualizados y libres de riesgos a los pacientes que los requieran. Dentro de este contexto, Phaneuf, M. (1993) expone:

La práctica de los cuidados de enfermería supone la adquisición de gran número de conocimientos y habilidades esenciales para poder suministrar unos cuidados de calidad... Los más fundamentales constituyen un conjunto de elementos en los que se basa el ejercicio de la profesión. (p.2)

Conviene destacar al respecto, que el personal de enfermería debe tener amplios conocimientos técnicos y científicos, así como también habilidades y destrezas que le permitan brindar cuidados con eficacia,

eficiencia y calidez a los pacientes que demanden acciones enmarcadas en los niveles de prevención.

Tomando en cuenta la definición de Andrade, S. (1997), las úlceras por presión son: ..."trastornos consistentes en destrucción tisular a causa de deficiencia constante en el riego sanguíneo de los tejidos subyacentes a una protuberancia, o sea sujeta a presión prolongada contra un objeto, tal como cama, vendajes, enyesado o férula" (p.19). De la cita anterior se deduce, que las úlceras por decúbito surgen de la deficiencia en el riego sanguíneo de los tejidos por largos periodos de inmovilización en que permanecen los pacientes, como en el caso de los ancianos hospitalizados en las unidades clínicas de medicina. En consecuencia, la participación de la enfermera(o) para prevenir su aparición debe estar orientada hacia la ejecución de cuidados y aplicación de técnicas en correspondencia con la susceptibilidad de cada paciente.

Dentro de este marco es oportuno señalar, la definición de enfermería en términos funcionales que plantea Henderson, V., citada por Marriner, A. y Raile, M. (1999):

La única función de la enfermera(o) consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyan a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila) que llevaría a cabo sin ayuda sin contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le

facilite la consecución de la independencia lo más rápidamente posible. (p.102)

La referencia anterior permite argumentar que la función de la enfermera(o) es ayudar a los pacientes a realizar sus cuidados y proporcionarles la información que necesitan para alcanzar su independencia, por lo tanto, cuando el profesional de enfermería ofrece cuidados a los ancianos (mayores de sesenta años) debe considerar su envejecimiento fisiológico, evaluando los cambios que afectan su funcionamiento y los aspectos externos de su organismo, de tal manera que debe aplicar medidas para prevenir el deterioro de la integridad de la piel, entre ellas úlceras por decúbito, cuando los pacientes se encuentran hospitalizados.

En Colombia, según Canaval, G. y Tobo, N. (2000), el 55% de los casos de úlceras por presión se presenta en el grupo etáreo de 50 a 74 años, lo que confirma la susceptibilidad a las lesiones por la disminución paulatina en el tejido celular subcutáneo, la flexibilidad y la elasticidad de la piel (p.15). De la cita se deduce, que la enfermera(o) cuando ofrece cuidados a personas mayores de cincuenta y cinco años de edad que deben permanecer en cama por tiempo prolongada debe aplicar las medidas para prevenir la aparición de úlceras por decúbito.

Al respecto, Kron, T., citada por Castillo, M. y Piña, E. (1996) plantea:

La función de la enfermera(o) es emplear los procedimientos de enfermería que incluyen obtener información y valorar el estado del paciente, lo que le lleva a establecer el diagnóstico de enfermería. Después debe planificar el cuidado del paciente y llevar a cabo el plan previsto. Finalmente, debe evaluar la eficacia del tratamiento de enfermería administrativa. (p.134)

De acuerdo con la cita anterior cabe decir, que en la prevención de las úlceras por decúbito la enfermera(o) debe realizar la valoración física del anciano a fin de identificar precozmente los enrojecimientos en las zonas susceptibles de formación de lesiones para luego planificar las acciones específicas para evitar la aparición de las úlceras.

En San Félix, Estado Bolívar, específicamente el Hospital “Dr. Raúl Leoni”, se cuenta con una unidad clínica de medicina que tiene una capacidad instalada de treinta y cuatro (34) camas y que en su mayoría se encuentran ocupadas por ancianos. Según cifras obtenidas en el Departamento de Registros Médicos y Estadísticos, en el año 2004 han estado hospitalizados 134 ancianos, de los cuales el 13% presentaba úlceras por decúbito, presumiéndose que esto es debido a la falta de movilización.

Cabe señalar, que es fundamental la participación de la enfermera(o) en la promoción de la salud en los ancianos que están bajo sus cuidados, así

como también en la prevención de complicaciones que pudieran presentarse por sus mismas condiciones físicas y psicológicas, donde el profesional de enfermería tiene el reto de brindar bienestar al anciano, identificando las necesidades prioritarias a fin de incrementar su independencia en cuanto a la movilidad, nutrición y cuidados de la piel, para ello debe ejecutar sus funciones independientes direccionadas a prevenir el deterioro de la integridad cutánea.

En este contexto, en la unidad clínica de medicina del Hospital “Dr. Raúl Leoni” se ha observado que son escasas las actividades que realiza la enfermera(o) cuando asiste a los ancianos hospitalizados, ya que no se evalúa su percepción cognitiva, así mismo no se supervisa la dieta que ingieren y tampoco se promueve el uso de cremas hidratantes para fortalecer la piel de estos pacientes.

Al considerar que un porcentaje considerable de pacientes gerontes han presentado úlceras por decúbito, se hace necesario profundizar en las causas que las ocasionan, y el cuidado de enfermería debe ofrecer alternativas para evitar la incidencia sobre esa situación de salud. Conviene destacar al respecto, que la enfermera(o) cuando ofrece cuidados al anciano hospitalizado debe prevenir, o al menos minimizar, los efectos que pudieran aparecer como consecuencia de los largos periodos de hospitalización en la integridad de la piel.

En este sentido, el profesional de enfermería en la prevención de la aparición de las úlceras por decúbito debe ayudar a los ancianos en la realización de los cambios de posición, en la higiene personal, utilizando dispositivos especiales en los puntos de apoyo susceptibles o prominentes a fin de disminuir el número de casos, ofreciéndole a la comunidad un cuidado integral de calidad.

De lo antes expuesto surgen las siguientes interrogantes:

¿Realiza la enfermera(o) la valoración física para identificar las zonas susceptibles de lesiones?

¿Cómo realiza la enfermera(o) los cuidados dirigidos a prevenir las úlceras por decúbito?

¿Utiliza la enfermera(o) dispositivos especiales para prevenir las úlceras por decúbito?

Para dar respuesta a estas interrogantes se formula el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la participación de la enfermera(o) en la prevención de las úlceras por decúbito en los pacientes diabéticos mayores de 60 años hospitalizados en la unidad clínica de medicina I del Hospital “Dr. Raúl Leoni” de San Félix, Estado Bolívar, segundo semestre del año 2004?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar la participación de la enfermera(o) en la prevención de las úlceras por decúbito en pacientes diabéticos mayores de 60 años hospitalizados en la unidad clínica de medicina I del Hospital “Dr. Raúl Leoni” de San Félix, Estado Bolívar, segundo semestre del año 2004, en su dimensión cuidados de enfermería.

Objetivos Específicos

- Identificar los cuidados de enfermería en base a las actividades de valoración que realiza la enfermera(o) al paciente diabético.
- Identificar los cuidados de enfermería en base a las actividades ejecutadas por la enfermera(o) al paciente diabético.

Justificación

Los cuidados de enfermería que se ofrecen al anciano hospitalizado deben estar dirigidos hacia la integración de la prevención, curación y rehabilitación, por ello el profesional de enfermería debe brindar una atención eficaz, con calidad y libre de riesgos a fin de evitar el deterioro de

la integridad de la piel en estos pacientes. En tal sentido, debe mantener la piel seca, bien hidratada, programar los cambios de posición y proporcionar los suplementos alimentarios en aquellos que lo requieran; por consiguiente, el profesional de enfermería debe cumplir con sus funciones independientes.

Desde esta perspectiva, esta investigación se justifica en el contexto teórico porque se aplicarán conceptos relacionados con las funciones independientes de la enfermera(o) y la prevención del deterioro de la integridad cutánea, así como también teoría y modelos que fundamentan los cuidados de enfermería en ancianos hospitalizados y de esa forma ampliar los conocimientos que conducen a mejorar el desempeño profesional.

De igual manera se pretende que la investigación se constituya en una fuente de apoyo a otras investigaciones relacionadas con la temática en estudio.

Metodológicamente, se aplicarán técnicas y métodos de investigación elaborando el instrumento para recolectar la información con el propósito de obtener resultados confiables y válidos en esta investigación.

En el contexto práctico esta investigación se justifica porque al determinar la participación de la enfermera(o) en la prevención de úlceras

por decúbito en ancianos hospitalizados se pretende mejorar la actuación del profesional de enfermería cuando ejecuta sus funciones independientes para cumplir los cuidados en estos pacientes, y de esa manera estos se beneficiarán porque se reducirán los factores que desencadenan las complicaciones, disminuyendo su estadía hospitalaria.

A la vez se pretende que sirva de motivación a las enfermeras(os) para ampliar el conocimiento a través de la investigación y del uso apropiado de los resultados de la misma.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se describe el marco teórico que sustenta este estudio, el mismo comprende los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, las bases legales, la variable, su operacionalización y la definición de términos.

Antecedentes de la Investigación

En este trabajo se presentan algunos antecedentes relacionados con el tema en estudio.

Cabe destacar, el estudio realizado por Pérez, T.; Rivas, D. y Sandoval, I. (2000) titulado: “Acciones de enfermería en pacientes que presentan úlceras por decúbito en el servicio de medicina I de Hospital “Dr. Raúl Leoni” de San Félix, Estado Bolívar, en el primer trimestre el año 2000. El objetivo de esta investigación fue determinar las acciones de enfermería que se cumplen en ancianos que presentan úlceras por decúbito. Se describe como un estudio de campo bajo un enfoque descriptivo. El instrumento utilizado fue el cuestionario con alternativa

de una sola respuesta, el cual fue aplicado a la totalidad de la población (once enfermeras) por ser finita.

Al analizar los datos encontrados, los investigadores señalan que el personal de enfermería tiene los suficientes conocimientos acerca de la patología, pero no cumple a cabalidad con la valoración del paciente, ya que no aplica el proceso de atención de enfermería, por lo que recomiendan la implementación de un programa de educación en servicio con el propósito de mejorar la práctica de enfermería.

Se evidencia que este trabajo está estrechamente relacionado con el estudio en referencia puesto que se investiga las acciones de enfermería que se cumplen en los ancianos que presentan úlceras por decúbito.

Gallart, E. y Fuentelsazb, C (2000) realizaron en el Hospital General Vall D'Hebron, Barcelona-España un estudio experimental para comprobar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión en paciente ingresados. Su objetivo fue identificar las diferencias en la incidencia de úlceras por presión en los enfermos a los que se realiza prevención con aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados y a los que no se les aplica. Estudiaron 192 pacientes que ingresaron al centro sin úlceras por presión y que tenían la movilidad y

actividad alterada. Al grupo control le realizaron la prevención habitual por las úlceras. Al grupo experimental le aplicaron ácidos grasos hiperoxigenados. La incidencia de úlceras por presión en el grupo control fue del 35% (intervalo de confianza del 95%, 27–47%), y en el grupo experimental del 19% (IC del 95%, 12–29%), siendo esta diferencia estadísticamente significativamente ($\chi^2 = 6,8$; $gl = 1$; $p = 0,007$). La incidencia de úlceras por presión es menor en el grupo experimental, lo que significa que los ácidos grasos hiperoxigenados son útiles para prevenir el desarrollo de este tipo de úlceras.

Este trabajo es compatible con el tema expuesto, ya que aparte de establecer la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de úlceras por presión en los pacientes ingresados en el hospital, se observa el interés de enfermería por dar cuidados de alta calidad.

Cabe señalar un estudio realizado por Troy, J.; Boffeli, DPM; Fachas (2002) en el Regions Hospital, St Paul titulado: "Nuevo informe de investigación en *journal of foot and ankle surgery*". Las anomalías de la estructura ósea y los trastornos de la biomecánica del pie y el tobillo en los enfermos diabéticos constituyen factores de riesgo de desarrollo de úlceras serias en la región del dedo gordo, detectando

ciertos problemas biomecánicos, tales como escasa movilidad del tobillo en los pacientes diabéticos con neuropatía, complicación común de esa enfermedad que causa pérdida de las sensaciones en los pies.

Este estudio con relación al tema en estudio, evidencia los factores de riesgo de desarrollo de úlceras serias en los enfermos diabéticos.

Bases Teóricas

Participación de la Enfermera(o) en la Prevención de Úlceras por Decúbito

La finalidad de los cuidados de enfermería consiste en ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades con el propósito de alcanzar un mayor bienestar y, en consecuencia, conducirlos a recuperar su independencia en la ejecución de sus propios cuidados; por ello, la enfermera(o) debe poseer conocimientos y desarrollar habilidades que le permitan ofrecer una atención con calidad. Dentro de este marco, Phaneuf, M. (1993) dice: "...la práctica de los cuidados de enfermería supone la adquisición de gran número de conocimientos y habilidades esenciales para poder suministrar unos cuidados de calidad" (p.2).

La percepción de los mayores de su estado de salud no debe entenderse como que casi la mitad de ese colectivo, que indica que su salud es buena o muy buena, no presenta ninguna enfermedad. El

concepto de anciano sano implica que la persona mayor es capaz de mantener un equilibrio con el medio que le permite estar funcionalmente activo a pesar de las numerosas modificaciones que lleva consigo el proceso de envejecimiento. Al respecto, file://as\Temal1Elpacientegeriatrico.htm (2002) refiere:

El envejecimiento físico y el patológico. El envejecimiento se convierte en un proceso patológico cuando la presencia de enfermedad, aguda o crónica, dificulta o impide la adaptación física, psicológica y social de la persona mayor al medio que le rodea, provocando situaciones de pérdida de autonomía o de tal dependencia. Lo fundamental del proceso de envejecer es la disminución de la capacidad de adaptación y de reserva que tiene la persona mayor, de manera que cualquier situación que suponga una sobrecarga física, psicológica y/o social podría provocarle un desequilibrio, haciéndose presente la enfermedad. (p.2)

Es por lo que se debe concientizar a los adultos mayores de las consecuencias de las enfermedades, aunque hay algunos que son capaces de adaptarse a los procesos crónicos que padecen y disfrutar de suficiente autonomía para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

La edad por sí sola no define la vejez, ni tampoco al paciente geriátrico. El envejecimiento fisiológico comienza mucho antes de los 65 años de edad, lo determinante es la capacidad de respuesta ante las situaciones que comportan una agresión, como la presencia de enfermedad. De esta forma, una persona mucho antes de llegar a la sexagenaria podría considerarse un paciente geriátrico como consecuencia de un envejecimiento patológico y, por el contrario, un anciano de edad avanzada en el que la adaptabilidad y la capacidad de respuesta están conservadas eficazmente, difícilmente puede ser considerado

como tal. (File://as\Tema11Elpacientegeriatrico.htm (2002, p.6)

El proceso de envejecimiento trae consigo el aumento del riesgo de enfermar en los seres humanos, a tal punto que las patologías inhabilitan al enfermo para el desarrollo autónomo de sus procesos funcionales, teniendo como uno de esos riesgos la diabetes y sus consecuencias, cuando asociada a otros factores pueden hacer que el anciano esté recluido en una cama con la posibilidad de aparición de las úlceras por decúbito, entre otros fenómenos de salud-enfermedad.

En tal sentido, la enfermera(o) que ofrece cuidados al anciano diabético debe ampliar sus conocimientos con respecto al envejecimiento en el ser humano y las diferentes maneras de manifestarse ese proceso biológico, a fin de aplicar las acciones que ayuden a prevenir las úlceras por decúbito. Al respecto, Marcano Pasquier, R. (2002) refiere:

Las úlceras por presión, úlceras por decúbito o escaras son lesiones serias y frecuentes que ocurren entre pacientes inmóviles y debilitados. Estas lesiones son áreas localizadas de necrosis (muerte) de la piel y los tejidos que se encuentran por debajo de ella que tienden a ocurrir cuando dichos tejidos son comprimidos entre una prominencia ósea y una superficie externa como el colchón de la cama, silla o sillón donde se apoye el cuerpo por un prolongado periodo de tiempo (p.1).

Como puede verse, las úlceras por decúbito son lesiones que se producen en la piel generalmente por compresión de una prominencia ósea del cuerpo durante el contacto con un objeto externo que pudiera ser

una silla, un colchón, entre otros; de tal manera, que la enfermera(o) cuando ofrece cuidados a los ancianos diabéticos debe evaluar la superficie corporal de estos, y más aún en los sitios de presión que pudieran sugerir la aparición de éstas úlceras y aplicar las acciones para prevenirlas.

Por su parte, Potter, P. y Perry, A. (2003) dicen:

Una úlcera por presión es un área localizada de necrosis (muerte) tisular que tiende a producirse cuando el tejido blando queda comprimido entre una prominencia ósea y una superficie externa durante un periodo prolongado. Las intervenciones de cuidados enfermeros dirigidas a la prevención, valoración y tratamiento de las úlceras por presión deben basarse en la investigación. (p.1.582)

Refieren los autores que las úlceras por presión son ocasionadas por presiones prolongadas y que la participación de la enfermera(o) en la prevención de las mismas debe fundamentarse en la investigación, por lo tanto, el profesional debe valorar los factores de riesgo a fin de evitar la aparición de las úlceras, de tal manera que debe aplicar los conocimientos básicos que le permitan ejecutar los cuidados que el paciente diabético requiere para prevenir las lesiones en la piel.

En relación con esto, Long, B.; Phipps, W. y Cassmeyer, V. (1999) señalan:

La capacidad para planear y llevar a cabo el cuidado de enfermería, monitorizar la condición del paciente y realizar tratamientos de manera eficaz requiere de los conocimientos básicos, no sólo de las personas y de los factores relacionados con su salud, sino también sobre los trastornos fisiopatológicos. (p.7)

En efecto, la enfermera(o) que brinda cuidados al anciano diabético debe tener amplios conocimientos sobre los cambios que se producen en la piel producto del envejecimiento, así como también de la fisiopatología de la diabetes, y los efectos que ésta ocasiona sobre el proceso de curación de las lesiones de piel, lo que conlleva a aplicar acciones para prevenir la aparición de las úlceras por presión en estos pacientes.

Conviene señalar, que la enfermera(o) que asiste al anciano diabético hospitalizado debe valorar la piel en busca de signos que pudieran considerarse de alarma en estos pacientes a fin de contribuir con sus acciones a disminuir el riesgo de presentar úlceras por decúbito; en consecuencia, debe buscar áreas eritematosas de la piel que blanquean, aparición de ampollas, entre otros signos, para impedir que las úlceras se hagan presentes en los ancianos diabéticos.

Dentro de este marco, es oportuno destacar que la enfermera(o) ejecuta cuidados que están orientados a prevenir la aparición de las úlceras por decúbito, por ello debe planificar las acciones de tal manera que conlleve a mejorar las condiciones generales del anciano diabético, corrigiendo los

trastornos metabólicos, nutricionales y de oxigenación, ayudándolo a moverse con frecuencia, evitando la humedad y motivándolo a la ambulación.

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad que padecen muchas personas y cuya frecuencia se ha visto incrementada en los últimos años.

<URL><http://www.alu.vaes/j/jq/13/index.htm>, refiere:

Se produce por un déficit total o parcial de insulina. La insulina es una hormona que actúa a modo de llave, facilitando la entrada de la glucosa circulante dentro de las células, posibilitando su metabolización, normalizando su nivel y manteniéndolo, de esta manera, en valores próximos a 70/100 mm/dl, que son los valores considerados normales para la glucemia. (p.2)

Evidentemente, lo expuesto es factor patológico que presentan los ancianos y se vuelven susceptibles, por lo que aumenta la capacidad de complicaciones cuando se hace manifiesta la enfermedad, como es el aporte de la insulina, dando signos y síntomas tales como poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, astenia y acetona, por lo que es importante educar a la población tanto jóvenes como adultos y ancianos, esto permitirá un tratamiento oportuno.

Es oportuno señalar la definición de diabetes mellitus por Océano/Centrum (www.oceano.com):

La diabetes mellitus o diabetes sacarina es una enfermedad crónica debido a una producción inadecuada de la insulina que elaboran las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas, a un defecto de la acción o mala utilización de la hormona en los tejidos orgánicos, o a ambas circunstancias, con lo que resulta con metabolismo inadecuado de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, cuyo principal indicador es la hiperglucemia. (p.296)

La American Diabetes Association (ADA) publicó la clasificación de la diabetes dado que la etiología de esta enfermedad es poco conocida, se la calificó según su necesidad de tratamiento; los dos tipos principales son el tipo I, diabetes juvenil, diabetes mellitus insulino-dependiente (DMID) y el tipo II, diabetes de adulto o diabetes mellitus no insulino-dependiente (DMNID). (Ocean/Centrum, p.296).

En este orden de ideas, Phaneuf, M. (1998) dice: "...la enfermera(o) debe enfocar sus actividades como un todo en el que se integran los cuidados preventivos, los curativos y los de rehabilitación" (p.8). En efecto, la profesional debe cumplir con cuidados que requiere el anciano diabético a fin de prevenir la aparición de úlceras por decúbito. Sin duda, que dichos cuidados deben estar orientados a obtener el bienestar, por lo tanto, las intervenciones deben prevenir una eventual complicación, de allí que la enfermera(o) consciente del estado de salud del paciente y de los problemas que pudieran generarse con la aparición de lesiones en la piel, debe ejecutar acciones que eviten o prevengan su aparición.

Desde esta perspectiva, la variable participación de la enfermera(o) en la prevención de las úlceras por decúbito en ancianos diabéticos se define operacionalmente como los cuidados de enfermería realizados a los ancianos diabéticos hospitalizados para favorecer su autonomía y evitar la aparición de úlceras por decúbito.

Cuidados de Enfermería

La atención de la salud de los ancianos debe orientarse a mantener su nivel funcional óptimo en concordancia con su edad, así como también evitar los problemas de salud que contribuyan al deterioro de su calidad de vida. De tal manera, que el personal de enfermería debe ejecutar acciones de prevención para ayudar a los ancianos diabéticos hospitalizados en la disminución de los riesgos que puedan generar complicaciones.

Cabe destacar, que D'Angelo, G. (1996) define cuidados como: "...la acción que realiza la enfermera(o) diligentemente para prevenir en el anciano las úlceras por decúbito a través del proceso de enfermería" (p.339). En concordancia con el autor citado, los cuidados de enfermería están referidos a todas aquellas acciones que ejecuta la enfermera(o) para prevenir en el anciano diabético el deterioro de la integridad cutánea y, en consecuencia, evitar la aparición de úlceras por decúbito.

Para Potter, P. y Perry, A. (2003): "...el cuidado hace que las enfermeras(os) detecten cuáles son las intervenciones que tienen éxito y este compromiso es el que guía la selección de cuidados futuros" (p.106). A través del cuidado las enfermeras(os) aplican las acciones que contribuyan a evitar la aparición de las úlceras por presión en los ancianos diabéticos y en ese sentido se pueden establecer los cuidados que dichos pacientes van a necesitar en un futuro.

Por su parte, Phaneuf, M. (1993) refiere: "...los cuidados de enfermería suponen la adquisición de gran número de conocimientos y habilidades esenciales para poder suministrar unos cuidados de calidad" (p.2). En tal sentido, conviene decir que en la práctica profesional de enfermería es fundamental la capacidad técnica y las habilidades que desarrolle la enfermera(o) para garantizar la calidad de los cuidados, de allí que en la atención que ofrece al anciano diabético debe ser capaz de aplicar sus funciones para prevenir complicaciones que contribuyan a desmejorar su calidad de vida.

En este sentido, Henderson, V., citada por Phaneuf, M. (1998) plantea que el rol esencial de la enfermera(o) es la suplencia y: "...consiste en asistir a la persona que no puede satisfacer por sí misma sus necesidades y ayudarla a recuperar su independencia y autonomía

frente a sus necesidades” (p.11). Se puede argumentar, que el objetivo de los cuidados de enfermería es ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades a fin de lograr su bienestar e independencia, de modo que la enfermera(o) que asiste al anciano diabético debe valorar su grado de dependencia para que realice por sí mismo las funciones del cuidado de la salud que conlleven a alcanzar un nivel funcional de acuerdo con su edad.

En los cuidados de enfermería la enfermera(o) asume su autonomía profesional por medio de la puesta en práctica de las funciones profesionales.

Por su parte, Long, B.; Phipps, W.; Cassmeyer, V. (1999) refieren que las acciones de enfermería pueden dividirse en dos tipos: independientes e interdependientes, y que las acciones de enfermería independientes: "...son aquellas que la enfermera(o) lleva a cabo después del análisis de la información relacionada con los aspectos de salud de los pacientes que son susceptibles de intervención de enfermería” (p.7).

Otra definición de las funciones independientes señalan, según Iyer, P.; Taptich, B. y Bernocchi-Losey, D., citados por Castillo, M. y Piña, E. (1996), que: "...son aquellas actividades que se consideran están dentro del ámbito del diagnóstico y tratamiento” (p.141).

De los señalamientos anteriores se deduce, que las funciones independientes de la enfermera(o) están relacionadas con su autonomía profesional, por lo tanto, cuando asiste al anciano diabético ejecuta la valoración de sus necesidades interferidas con el propósito de planificar las intervenciones de enfermería y satisfacer sus carencias para lograr su bienestar, mediante el fomento de su independencia y la prevención del deterioro de la integridad cutánea. En tal sentido, es necesaria la valoración de los patrones funcionales relacionados con eliminación, movilidad, nutrición, así como también identificar las necesidades de estar limpio y aseado.

En función de los cuidados de enfermería, estos estarán enmarcados en la valoración y ejecución de acciones como medio de prestar un cuidado de calidad.

Valoración

Para realizar la valoración del anciano diabético es necesario que la enfermera(o) interaccione activamente con él; en tal sentido debe valorar los cambios fisiológicos y psicológicos, examinar la piel a diario y ver sus características: color, textura, vascularización, humedad y temperatura. Esta exploración será más minuciosa en pacientes

diabéticos o con trastornos circulatorios, para ello debe disponer de tiempo suficiente para que dicha valoración sea exhaustiva.

En tal sentido, debe valorar su **estado mental**; al respecto, Potter, P. y Perry, A. (2003) refieren:

La valoración del estado mental es un componente importante de cualquier valoración de una función sensorial... Es especialmente valiosa si la enfermera(o) sospecha cualquier privación o sobrecarga sensorial... La enfermera(o) observará el aspecto físico y la conducta del cliente, medirá su capacidad de percepción y valorará el estado emocional del cliente. (p.1.665)

Conviene decir, que la valoración del estado mental permite a la enfermera(o) detectar la capacidad que tiene el anciano diabético para percibir las orientaciones que ésta le ofrece para evitar la aparición de los signos de alarma que conduzcan a las úlceras por presión, para ello debe considerar los cambios que produce el envejecimiento.

En relación con esto, Saura, S. y Sanguesa, M. (2000) expresan:

Se pueden destacar problemas de cognición como cierta dificultad para la memoria reciente, cierto grado de lentitud psicomotora, descenso en el tiempo de reacción simple, alteración en el modo de resolver problemas, deficiencia en la producción y un aumento de la prudencia. (p.383)

Como puede verse, en el anciano ocurren cambios en la esfera mental que interfieren en la ejecución de las actividades normales de su

vida diaria, que a medida que avanza la edad se va produciendo un deterioro de la salud, un incremento de las enfermedades crónicas y una mayor demanda de la asistencia hospitalaria. Todos estos procesos son atribuidos al proceso de envejecimiento, especialmente en ancianos de edad avanzada; los cuadros confuncionales agudos son muy frecuentes en los ancianos enfermos y, en muchas ocasiones, son debidos a un cambio de estancia o ingreso en el hospital.

En cuanto a la **movilidad**, ésta constituye una fuente para la valoración; en este contexto, tal como lo señala

El movimiento es un componente esencial de la vida del hombre, pues todos sus sistemas corporales funcionan con mayor eficacia cuando está activo. El anciano inmovilizado es considerado un paciente de alto riesgo, por ello la capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del anciano y su calidad de vida. (p.)

El anciano que lleva un tipo de vida autónoma y activa con la realización regular de ejercicio tiene disminuido estadísticamente su riesgo de mortalidad. Los mayores que han hecho ejercicio desde siempre envejecen mejor y presentan menor incapacidad funcional. Según diversos estudios la población que realiza menos ejercicio físico son los ancianos muy mayores y de sexo femenino. (www.google.co.ve).

Es necesario estimular al anciano a mantenerse activo y proponerle que asista a clubes de ancianos o centros de día, si es posible. Además, es importante permitir el anciano que realice o participe todo lo que

pueda en las actividades de la vida diaria y a su propio ritmo. Hay que evitar la sobreprotección por parte del cuidador, haciendo por él las tareas más rápidas y mejor, ya que así se acelera el grado de dependencia.

Según lo señala la fuente antes mencionada:

Existen dos grupos de personas en riesgos de síndrome de inmovilidad: el anciano sedentario, que es aquel que no ha incorporado en su actividad de vida cotidiana un ejercicio físico vigoroso, de clara repercusión en el consumo energético; y el anciano frágil (desde la perspectiva de la movilidad), que es aquel que ha limitado sus actividades extras, aunque mantiene un nivel adecuado para vivir en comunidad; tiene una reserva funcional apenas suficiente y una fuerza, resistencia y flexibilidad muscular escasas; suelen coexistir en él diversos síndromes geriátricos. (p.3)

A este respecto, la enfermera(o) debe evaluar periódicamente las capacidades funcionales en estos dos grupos de ancianos, así como en aquellos que han sido recientemente dados de alta en un hospital.

El valorar la **integridad de la piel**, a este respecto al anciano se le debe examinar la piel a diario y ver sus características: color, textura, turgencia, vascularización, humedad y temperatura; esta exploración será más minuciosa en pacientes diabéticos o con trastornos circulatorios; en la inspección se deben observar, además, los pliegues cutáneos.

Tal como lo señala Dugas, G. (2000): "...la piel sana, sin alteraciones, es la primera línea de defensa del cuerpo contra infecciones

y lesiones de los tejidos subyacentes” (p.505). Si se considera que en el enfermo y, particularmente, en el diabético la resistencia a las infecciones está disminuida, se explica la amenaza que significan las infecciones por cualquier agente patógeno.

La enfermera(o) al valorar las condiciones de la piel identifica los riesgos presentes y puede actuar tempranamente para evitar daños mayores al enfermo, ya que no sólo identifica la condición de la piel sino que evidencia si el enfermo es capaz de asumir su autocuidado; al respecto Dugas (2000) expresa que la enfermera(o) durante la valoración: "...considera las capacidades motoras del enfermo. ¿Puede encargarse de su higiene personal? ¿Necesita ayuda para ello?" (p.511).

En función del cuidado del enfermo diabético, resulta fundamental ese cuidado en una profunda observación de las condiciones de la piel y en un interrogatorio dirigido hacia la obtención de información sobre hábitos higiénicos del enfermo, para luego plantearse la ayuda que sea necesaria.

Con respecto a la **deambulaci3n**, el ser humano necesita realizar actividades que le permitan el desplazamiento, m1s a1n cuando se encuentra enfermo y que tiene que mantenerse encamado. En tal sentido,

se han comprobado los riesgos del reposo en cama prolongado y los beneficios de la ambulación temprana para prevenir complicaciones y lograr la recuperación del enfermo (Dugas, B., 2000, p.443).

La enfermera(o) en su actividad de valoración del enfermo debe hacer sus observaciones sobre cómo responde el enfermo en función de su desplazamiento o movimientos, partiendo del hecho de que un cuerpo activo favorece el buen funcionamiento de todos los sistemas del cuerpo. Junto a la observación, la enfermera(o) debe interrogar al enfermo para conocer su actitud frente al desplazamiento y establecer el grado de ayuda que éste requiere.

Con respecto al anciano diabético, la **incontinencia** es una de las alteraciones más frecuentes; la enfermera(o) debe considerar lo señalado por Fernández, T. (2000):

La eliminación urinaria puede estar aumentada o disminuida. Cuando aparece alterada de forma crónica, lo habitual es que haya un aumento (poliuria, como en la diabetes), disminución (oliguria o anuria), supondrá siempre un problema grave de salud generalmente de carácter agudo. (p.401)

De lo anterior se puede decir, que en el anciano diabético ocurre esta alteración de salud interfiriendo en su cuidado, de allí que la

enfermera(o) preste atención a cualquier manifestación de la alteración del control de la eliminación de orina.

Considerando que la incontinencia es la pérdida involuntaria de orina y/o heces, asociada con incapacidad para ir al retrete o utilizar sus sustitutos, en el tiempo necesario, debido al deterioro de las funciones físicas o cognitivas, la falta de motivación a la existencia de otras barreras, así como lo señala <file:///as/Tema11Elpacientegeriatrico.htm> (2000):

La incontinencia puede ser consecuencia de un déficit de la inhibición cortical, como ocurre en la enfermedad cerebrovascular o indeterminadas enfermedades degenerativas; un aumento de la excitabilidad del reflejo vesical, debido a trastornos irritativos locales de la vejiga como el aumento de la presión intraabdominal; una retención urinaria por hipertrofia de próstata, etc. (p.13)

De lo antes expuesto, estas situaciones son consecuencias del proceso de envejecimiento, estas repercusiones de la incontinencia son significativas y pueden afectar al anciano tanto en su esfera biológica: pérdida de la integridad cutánea a nivel perianal, infecciones, etc., como también en la esfera psicológica y social, pérdida de la autoestima y aislamiento social.

Con relación al **estado nutricional**, se debe considerar lo señalado por Long, B.; Phipps, W.; Cassmeyer, V. (1999):

Los factores relacionados con la dieta están asociados con cinco de las diez causas principales de muerte en los adultos, tomando en cuenta los objetivos dietéticos específicos: 1) Reducir el número de adultos con sobrepeso; 2) Reducir el consumo de grasas; 3) Disminuir el consumo de sal. (p.)

En cuanto a la dieta, los ancianos tienen muchas inquietudes ya que es un factor predisponente que debe tomarse en cuenta durante la estadía de éstos en el centro hospitalario. De igual manera, corregir los déficit nutricionales, si los hubiera, aportando mayores cantidades de proteínas, vitaminas y minerales, así como mantener una buena hidratación.

El aporte de nutrientes, el tratamiento de patologías secundarias a alteraciones nutricionales y el carácter de placer y bienestar, a veces social y grupal, deben ser los objetivos principales de una correcta nutrición en los ancianos, ya que con la edad disminuye su gasto energético al perder parte de la masa muscular activa, su metabolismo basal y su actividad física. La alimentación oral se complica en ocasiones por problemas de dentición y masticación, pérdida de gusto y olfato, enlentecimiento de la movilidad y absorción en el tubo digestivo, reducción de la síntesis cutánea de vitamina D, intolerancia a la lactosa, etc.; por lo que es importante aconsejar a los ancianos sobre la alimentación.

La enfermera(o) debe valorar el estado nutricional de los ancianos diabéticos hospitalizados como un medio para tomar decisiones al respecto, ya sea desde la vigilancia del consumo de los alimentos según su dieta, hasta el control del peso corporal.

La **circulación** es otro de los aspectos que debe ser valorado en el anciano diabético; en este sentido, la enfermera(o) debe orientarlo ya que las lesiones pueden ser muy graves debido a que los problemas de circulación que tiene el diabético favorecen las infecciones y evitan la cicatrización de la heridas; de igual modo, según lo señala www.binasss.sa.cr/poblacion/diabetes.htm - 11k (2005):

Puede desarrollar daños en sus nervios, los cuales producen pérdida de sensación de dolor y no permiten darse cuenta que hay un problema que necesita ser tratado. En algunos casos, cuando pequeñas lesiones que no han sido atendidas se complican, puede amputarse la zona afectada, que frecuentemente son los dedos de los pies y otras veces el pie o toda la pierna.

Por esto, la enfermera(o) debe orientar al paciente diabético sobre el cuidado de los pies y de la circulación en general

Conviene decir, que la valoración del estado del individuo en cuanto a los métodos de curación, le permite a la enfermera(o) controlar la capacidad y estimular una buena cicatrización en los tejidos. Hoy día, existen numerosos tipos de apósitos en el mercado, y éstos pueden ser clasificados,

según presentación, por su composición y características, o por la función a ejercer en la herida. Por su forma de presentación se podrían subdividir en laminas, adhesivas o no, cintas, películas, polvos, apósitos impregnados, gránulos y geles. Por la función que ejercen: relleno de cavidades, absorbentes de exudado, barrera, bactericidas, desodorizantes, desbridantes o cicatrizantes.

Hoy día, muchos apósitos modernos para heridas son productos multifuncionales, ya que pueden promover a la vez desbridamiento, cicatrización en ambiente húmedo, confort local, gestión de exudado y función barrera.

La elección del tratamiento local en una úlcera o herida se hará en base a unos criterios que se deben evaluar previamente, como son: a) El estado general del individuo, la patología base o proceso que originó la lesión, antecedentes personales, alergias, entorno en el que se realiza el tratamiento y disponibilidades de material; b) El aspecto de la lesión en cuanto a tamaño, localización, signos de infección, exudado, olor, estado de la piel perilesional, tipo de tejido que presente el lecho, bordes, profundidad, edemas, dolor, productos utilizados previamente, antigüedad y evolución desde su aparición.

En cuanto a los profesionales de enfermería, al aplicar los métodos de curación que existen en la actualidad para este tipo de lesiones, la cura tradicional se realiza con gasa estéril más antisépticos/pomadas, también llamada como “cura seca” (<http://www.gneaupp.org/>) (p.6)

En cuanto a la **temperatura**, la temperatura corporal está regulada por el hipotálamo. Las neuronas de la región preóptica del hipotálamo anterior y las del hipotálamo posterior reciben dos clases de señales, una de los nervios periféricos correspondientes a los receptores del calor y el frío, y otra que marca la temperatura de la sangre que baña la región. Según Harrison (1998): "...la fiebre es la elevación de la temperatura corporal por encima de los límites circadianos normales como consecuencia de un cambio ocurrido en el centro termorregulador situado en la región anterior del hipotálamo” (p.97).

Ejecución de actividades

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

En tal sentido, Dugas, B. (2000) expresa que: "...al ejecutar la acción de enfermería, la enfermera(o) puede proporcionar atención directa a un paciente o participar en actividades indirectas que contribuyan a esos cuidados" (p.79). Es así que constituye el momento de traducir el pensamiento analítico en acciones prácticas; la enfermera(o), suministrando cuidados específicos al enfermo diabético para controlar y proteger sus activos de salud en función de recuperar el potencial funcional del enfermo.

Las actividades a realizar demandan de la enfermera(o) la demostración de sus competencias para asistir al enfermo diabético en sus necesidades interferidas. En este orden de ideas, Dugas, B. (2000) señala que: "...durante el proceso de ejecución del plan de asistencia se hacen reevaluaciones de una manera constante, a medida que se recopila nueva información y se valora el progreso del paciente hacia el logro de los resultados esperados" (p.81). Esta expresión del quehacer fundamental de la enfermera(o) permite que ambos, enfermera(o)-enfermo avancen hacia el objetivo que se han trazado en el plan asistencial y sintiendo que el progreso forma parte del compromiso por recuperar la salud.

Es la ejecución de actividades que propicie estilos de vida saludables, la práctica habitual de ejercicio físico, una correcta nutrición,

el aprovechamiento del ocio y tiempo libre y la evitación de hábitos perjudiciales como son el tabaco y el alcohol. Dentro de las medidas para mejorar la calidad de vida del anciano se incluye el mantenimiento de la actividad intelectual, que mejora la función cognitiva; también reduce la ansiedad y los cuadros depresivos y mantiene una actitud positiva con alegría y curiosidad.

La **movilización** es otra de las actividades que debe realizar la enfermera(o) al paciente diabético. En este sentido, el anciano debe realizar actividades recreativas, espirituales, así como exteriorizar sus emociones, sentimientos y opiniones en un medio receptivo. A este respecto, Long, B.; Phipps, W.; Cassmeyer, V. (1999) plantean:

Los ejercicios de amplitud de movimientos activos y pasivos son tan importantes para los ancianos... debido a que la movilidad de las articulaciones es más limitada en los ancianos... La actividad progresiva, como la deambulacion temprana después del ingreso y los ejercicios progresivos son aspectos esenciales del cuidado de enfermería que ayudan a mantener el funcionamiento y la independencia. (p.59)

De acuerdo con la referencia anterior, la enfermera(o) debe planificar los ejercicios activos y pasivos desde el ingreso del anciano, ya que con ello promueve la movilización y, por consiguiente, se logra prevenir las consecuencias que ocasiona en las articulaciones de los

ancianos diabéticos la inmovilidad. La mejor medida preventiva es mantener el grado de movilidad, como lo señalan los autores.

Diversos estudios coinciden en señalar que el ejercicio y en general la actividad física contribuyen a prevenir las complicaciones; los beneficios del ejercicio no disminuyen con la edad, así se produce un aumento de la capacidad cardiovascular, de la musculatura y de la densidad ósea, disminuye la ansiedad, la hostilidad y los síntomas depresivos y favorece la socialización.

Por su parte, uno de los primeros cambios que ocurren en el anciano tiene que ver con la movilización, para lo cual la enfermera(o) debe planificar acciones destinadas a evitar los problemas que pudieran ocasionarse. En este sentido, Fernández, T. (2000) refiere:

La actividad y la movilidad son aspectos sumamente individuales y dependen en gran medida de los hábitos adquiridos a lo largo de la vida y de la importancia que el individuo otorgue a la actividad física como medio para obtener salud. (p.402)

A este respecto, la enfermera(o) debe tomar medidas o acciones para que el anciano pueda moverse y ser independiente, de allí la importancia de hacer énfasis en la observación como herramienta de trabajo.

En este sentido, como lo señala www.google.co.ve:

El ejercicio físico regular estimula la producción de calor corporal. El exceso de calor se combate con la reducción del ejercicio. El cambio de temperatura según la hora del día influye en el anciano, la temperatura más alta se suele dar a última hora de la tarde y la más baja entre las tres y las cinco horas, ya que el sueño hace disminuir el metabolismo. Estas variaciones van desde 1,1 a 1,6° C. Realizar revisiones periódicas del estado físico, ajustando de forma individualizada el tipo de ejercicios y actividades que puede realizar. Así, hay que tener en cuenta la frecuente pluripatología a nivel cardiovascular y músculo-esquelética. (p.2)

De lo señalado se puede decir, que se debe establecer con el anciano unos objetivos mínimos de actividades dependiendo de su capacidad funcional, de igual forma prestar atención al correcto aprendizaje de las técnicas, evaluar la motivación del anciano ya que la capacidad de disfrute y el entretenimiento constituyen el mejor factor de adhesión al ejercicio, por tanto, debe adaptarse a los gustos individuales.

Es oportuno destacar que la movilización y cambios posturales, según Niepomniszcze, J. (2002):

En pacientes que no puedan colaborar en los cambios posturales, es importante realizar un plan de movilización cada dos horas, siguiendo un ritmo de rotación determinado. El paciente nunca será arrastrado en la cama para hacer el cambio ya que ello podría producirle una úlcera por roce. Los cambios posturales se deben realizar las 24 horas del día, valorando si es conveniente hacerlos también por la noche. (p.)

Por su parte, como lo reseña Niepomniszcze, J. (2002):

Se debe elaborar un plan de rehabilitación que haga mejorar la movilidad del paciente, si es posible hacerle participar en su higiene de acuerdo a sus limitaciones. Así mismo, mantener el alineamiento corporal y la distribución del peso. Si la cabecera de la cama tiene que estar elevada, no debe pasar de los 30°, no manteniendo esta postura durante mucho tiempo. Como complemento se pueden utilizar colchones (de agua, de silicona, de espuma y de presión de aire alternante), cojines, almohadas, borreguitos, antiescaras, protecciones locales para talones y codos, etc. (p.)

Hay que tener en cuenta que nunca sustituyen a la movilización. Se utilizan para amortiguar la presión del cuerpo sobre la superficie de apoyo.

Cuando el paciente esté sentado se efectuarán movilizaciones cada hora. Si él mismo puede colaborar habrá que enseñarle para que se movilice cada quince minutos. Es conveniente favorecer la deambulación progresiva, siempre que sea posible, así como tratar aquellos procesos que puedan influir en la evolución de las úlceras por presión: respiratorios, circulatorios y metabólicos.

Para fomentar la movilidad se requiere en ocasiones un considerable esfuerzo para vencer, no sólo la propia inercia sino también la del paciente y los cuidadores. Así mismo, la actitud del personal sanitario ante este problema se encuentra que muy pocas veces queda reflejada en la historia clínica y ni médicos ni enfermeras(os) son capaces de definir el grado de inmovilidad de sus pacientes, ya que el inmovilismo, como uno de los grandes síndromes geriátricos y al igual que los restantes,

deben ser llevados de forma interdisciplinaria, lo que requiere de prevención, detención y aplicación de un gran programa terapéutico integral.

El deterioro de la movilidad física es el estado en el que el individuo experimenta una limitación de su capacidad de movimiento físico independiente, es el problema más frecuente experimentado por los ancianos ingresados en instalaciones. La recuperación de la movilidad debe constituir un proyecto de colaboración con el equipo de salud; para que el anciano tenga éxito son necesarias la programación adecuada, la progresión paso a paso, la paciencia y la alabanza.

Con relación a la **higiene y confort**, Niepomnische, J. (2002) refiere:

Cuando el paciente se eche de lado en la cama no debe apoyarse directamente sobre el hueso de la cadera. Además de la almohada de la cabeza, es conveniente colocar una almohada entre sus rodillas para separarlas y aliviar la presión. Se pondrá otra almohada apoyando la espalda formando un ángulo de 45° a 60°. Las piernas quedarán en ligera flexión y formando un ángulo recto con los pies. Cuando el paciente esté acostado sobre su espalda deberá mantener sus talones levantados, para lo cual se colocará un cojín de espuma o una almohada debajo de sus piernas. Hay que evitar que los tobillos se toquen entre sí. No deben someterse a presión las zonas de riesgo ni las zonas con prominencias óseas. Puede utilizarse materia textil de apoyo como almohadas de varios tamaños, taloneras y coderas. (p.)

La higiene es de gran importancia para la prevención de úlceras por decúbito, a este respecto

<http://www.alfinal.com/consultoría/escaras.html>, señala que se debe:

- Examinar la piel a diario, sus características: color, textura, turgencia, vascularización, humedad y temperatura. Esta exploración será más minuciosa en pacientes diabéticos o con trastornos circulatorios.
- Mantener la piel del paciente limpia y seca, prestando mucha atención a los pliegues cutáneos.
- El lavado higiénico debe realizarse con agua tibia y jabón o gel que tenga un pH neutro (pH de 5) para que elimine por arrastre mecánico los restos de sudor y secreciones, sin alterara su manto ácido natural.
- Realizar el lavado tantas veces como sea necesario, en función de las necesidades del paciente (sudoración intensa, obesidad, incontinencia, etc.).
- No proceder al lavado destapando completamente al paciente, sino que se deberán ir tapando aquellas zonas que ya se hubieran lavado.
- Primero se lavará la cara con nariz, oídos y boca. Después el tórax y los miembros superiores, pasando a continuación al abdomen y los

miembros inferiores. Por últimos los genitales. Después se coloca al paciente en decúbito lateral para proceder al lavado de espalda.

- No utilizar sobre la piel alcoholes o colonias. En todo caso, se podrá utilizar sólo alcohol alcanforado para conseguir una vasodilatación que facilitará la afluencia de sangre a los tejidos.
- Utilizar después una crema hidratante o emoliente, procurando que se absorba completamente.
- Se pueden realizar masajes para activar la circulación y favorecer la relajación. Se deben realizar moviendo suavemente la piel y el tejido subcutáneo pero nunca sobre las prominencias óseas (p.1).

En relación a la **nutrición**, ésta juega un papel relevante en el abordaje holístico de la cicatrización de las heridas. Un buen soporte nutricional no sólo favorece la cicatrización de las úlceras por presión sino que también puede evitar lo aparición de éstas. Una parte importante de la cicatrización de éstas es local y ocurre incluso con disfunciones nutricionales, aunque la comunidad científica admite que una situación nutricional deficiente produce un retraso o imposibilidad de la cicatrización total de las lesiones y favorece la aparición de nuevas.

Las necesidades nutricionales de un paciente con úlceras por presión están aumentadas, la dieta deberá garantizar el aporte como mínimo de calorías (30-35 Kcal x Kg.peso/día), proteínas (1,25–1,5 gr./Kg.peso/día), (pudiendo ser necesario el aumento hasta un máximo de 2gr./Kg. peso/día); minerales como el zinc, hierro y cobre; vitaminas tales como la C, A y complejo B; aporte hídrico (1 cc. agua x Kcal.día) (30 cc agua/día x Kg.peso).

En tal sentido, la enfermera(o) debe vigilar la ingesta de alimentos en este tipo de pacientes para prevenir la aparición de úlceras por decúbito, ya que el estado nutricional deficiente retrasa la cicatrización de las mismas, impidiendo la mejoría del paciente, por lo que debe ser constante la observación de la dieta y el consumo de la misma.

El mantenimiento del **cuidado de la piel** es una importante actividad independiente de enfermería. Los profesionales de enfermería deben realizar intervenciones planificadas y constantes, y medidas de cuidado de la piel para prevenir las abrasiones y las subsiguientes lesiones tisulares. El deterioro de la integridad cutánea generalmente no es un problema para las personas sanas, pero es una amenaza para las personas de edad avanzada y para los pacientes que tienen una movilidad limitada.

De igual modo, se debe mantener la piel del paciente limpia y seca, prestando mucha atención a los pliegues cutáneos. El lavado higiénico debe realizarse con agua tibia y jabón o gel que tenga un pH neutro (pH de 5) para que elimine por arrastre mecánico los restos de sudor y secreciones, sin alterar su manto ácido natural. El lavado se deberá realizar tantas veces como sea necesario, en función de las necesidades del paciente (sudoración intensa, obesidad, incontinencia, etc.).

Cuando se realice el lavado al paciente no deberá cubrirse completamente, sino que se deberán cubrir aquellas zonas que ya se hubieran lavado. Primero se lavará la cara, nariz, oídos y boca. Después el tórax y los miembros superiores, pasando a continuación al abdomen y a los miembros inferiores. Por último, los genitales. Después se coloca al paciente en decúbito lateral para proceder al lavado de espalda. No se debe utilizar sobre la piel alcoholes o colonias. En todo caso, se podrá utilizar sólo alcohol alcanforado para conseguir una vasodilatación que facilitará la afluencia de sangre a los tejidos. Utilizar después una crema hidratante o emoliente, procurando que se absorba completamente. (Ruiperez, C. y Llorente, D., 1999, p.138).

Una vez aseado el paciente, se pueden realizar masajes para activar la circulación y favorecer la relajación. Se deben realizar moviendo

suavemente la piel y el tejido subcutáneo pero nunca sobre las prominencias óseas. Por su parte, al cambiar la ropa de la cama hay que fijarse en no dejar pliegues en la sábana ya que podrían producir úlceras. El resto de la ropa no debe hacer presión sobre el cuerpo del paciente. Se procurará utilizar lencería de tejidos naturales. En caso de incontinencia, tratar ésta y si no es posible prestar especial atención al cuidado de sondas, colectores, etc., procurar que estos no ejerzan presión sobre la piel.

En función de al **orientación para el autocuidado** que la enfermera(o) debe cumplir, se toma en cuenta el modelo de autocuidado de Dorothea Orem. Esta autora, citada por Marriner, A. y Raile, M. (1999), destaca que la actividad de autocuidado: "...se describe como la compleja capacidad adquirida por las personas jóvenes y maduras para conocer y satisfacer de forma continua sus necesidades y llevar a cabo una acción deliberada e intencionada para regular su funcionamiento y desarrollo individual" (p.178). De esta manera, por autocuidado Orem entiende las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud.

Orem, D. sostiene como objetivos enfermeros: "...cuidar y ayudar al cliente a alcanzar un autocuidado total" (p.96). Como estructura de la

práctica: "...teoría de déficit de autocuidado, el cuidado enfermero se convierte en necesario cuando el cliente es incapaz de satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas, de desarrollo o sociales" (p.96).

Hay varios tipos de autocuidados. Los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo: alimento, oxígeno, agua, reposo. Los que provienen de las necesidades específicas que se plantean en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, embarazo, vejez. Los que resultan de las desviaciones del estado de salud, es decir, cuando se produce una enfermedad que hace preciso se realicen determinadas acciones para enfrentarse a ella o a sus consecuencias.

El autocuidado son acciones conscientes que los individuos aprenden y que se realizan de acuerdo con los patrones socioculturales de la comunidad a la que pertenece. Por ejemplo, la necesidad de alimentación se cubre de diversas maneras según las distintas culturas. El autocuidado es indispensable para la vida y si falta, se produce enfermedad y muerte.

La enfermera(o) actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Orem propone se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera(o) hacia el enfermo/paciente, y son:

Actuar en el lugar de la persona, por ejemplo, en el caso anciano diabético hospitalizado. Ayudar u orientar a la persona ayudada, por ejemplo, en el caso de las recomendaciones sanitarias a los ancianos diabéticos hospitalizados al los cuales se les previenen las úlceras por presión. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar ayudarlo a cambiar de posición en la cama o en la silla donde se encuentre postrado. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo, las medidas de higiene de su cuerpo y del ambiente que le rodea. Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo, la educación a un paciente anciano diabético en cuanto a su higiene personal y a la dieta que debe consumir, si sus fuerzas se lo permiten. (p.)

De acuerdo con las necesidades del enfermo/paciente estos métodos de asistencia de enfermería pueden presentarse según tres sistemas:

a) El sistema de compensación parcial: En este tipo de asistencia, enfermo y enfermera(o) intervienen para llevar a cabo el autocuidado, dependiendo del grado de intervención de ambos en la situación de la salud del enfermo, es decir, de sus limitaciones físicas y psíquicas.

b) El sistema de compensación total: En este tipo de asistencia la enfermera(o) debe realizar las acciones precisas en el lugar del enfermo. Este es el caso de un paciente anciano diabético hospitalizado con propensión a sufrir de úlceras por decúbito.

c) El sistema de apoyo educativo: En este sistema la enfermera(o) ayuda al enfermo a través de la orientación, consejo y enseñanza de las

medidas necesarias para que él sea capaz de realizar su autocuidado en la medida de sus posibilidades.

Sistema de Variable

Variable:

Participación de la enfermera(o) en la prevención de las úlceras por decúbito en ancianos diabéticos.

Definición conceptual. Las úlceras por presión (úlceras por decúbito, úlceras de piel) son lesiones cutáneas que se producen como consecuencia de una falta de irrigación sanguínea y de una irritación de la piel que recubre una prominencia ósea, en las zonas en las que ésta ha estado presionada por una cama, silla de ruedas, molde, férula u otro objeto rígido durante un período prolongado. (Manual Merck de Información Médica, 1998).

Definición operacional. Se refiere a los cuidados de enfermería realizados a los ancianos diabéticos hospitalizados para favorecer su autonomía y evitar la aparición de úlceras por decúbito.

Operacionalización de variables

Variable: Participación de la enfermera(o) en la prevención de las úlceras por decúbito en ancianos diabéticos.
Definición Son los cuidados de enfermería realizados a los ancianos diabéticos hospitalizados para favorecer su autonomía y evitar la aparición de úlceras por decúbito.
operacional:

Dimensión	Indicadores	Subindicadores	Ítems
Cuidados de enfermería	Valoración	Identificación de riesgo:	
Se refiere a las acciones que realiza la enfermera(o) cuando cumple sus funciones independientes en el anciano diabético para prevenir las úlceras por decúbito, relacionado con la valoración y la ejecución de actividades.	Se refiere a las acciones que realiza la enfermera(o) al anciano diabético para identificar el potencial de riesgo de úlceras por decúbito, a través de:	<ul style="list-style-type: none"> – Estado mental – Movilidad – Integridad de la piel – Deambulación – Incontinencia – Estado nutricional – Circulación – Temperatura 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 – 6 7 – 8 – 9 10 11
	Ejecución de actividades	<ul style="list-style-type: none"> – Movilización – Higiene y confort – Nutrición – Cuidado de la piel – Orientación para el autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> 12-13-14 15-16-17 18-19 20-21-22-23 24-25-26-27-28-29 30

Definición de Términos

Crónico. Prolongado, que perdura, opuesto a lo agudo. La palabra no implica nada acerca de la gravedad del trastorno.

Decúbito. Posición acostada.

Diabetes mellitus. Trastorno caracterizado por una hiperglucemia debida a la deficiencia o reducción del efecto de la insulina.

Enfermera(o). Persona titulada responsable de la atención de enfermería en la promoción, conservación o restablecimiento de la salud del individuo, familia y comunidad.

Hiperglucemia. Exceso de glucosa en la sangre, indicativo normalmente de diabetes mellitus.

Hipoxia. Tensión reducida e inadecuada de oxígeno arterial, que se caracteriza por cianosis, taquicardia, hipertensión, etc.

Necrosis. Muerte de una porción del tejido consecutivo a enfermedad o lesión.

Patología. Ciencia que trata de la causa y naturaleza de las enfermedades.

Sepsis. Infección. Contaminación.

Úlcera. Destrucción de la membrana mucosa o la piel debido a cualquier causa que produzca un cráter o hueca.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

En este capítulo se describen las estrategias implementadas para la ejecución de la investigación, la cual está conformada por el diseño de la investigación, el tipo de estudio, población y muestra, métodos e instrumentos para la recolección de datos, validez y confiabilidad, procedimiento para la recolección de datos, tabulación y técnica de análisis, utilizándose la escala de Beaden para predecir el riesgo de úlceras por presión (p.839); mientras la escala de Norton trata de la valoración de las zonas de riesgo por presión (sistema de puntuación) (p.839); siendo estas específicas para medir los riesgos.

Diseño de la Investigación

Este proyecto de investigación está enmarcado en el diseño de investigación no experimental, que según Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (1999) podría definirse como: "...la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables" (p.267). En efecto, en este trabajo se estudia la variable como se da en la realidad, sin la intervención de los investigadores.

De igual forma, es un estudio de campo; en este sentido, Sabino, C. (2000) refiere que: "...se basa en informaciones y datos primarios obtenidos directamente de la realidad" (p.97). En concordancia con el autor citado se deduce, que en los estudios de campo los datos se recogen en el mismo sitio donde ocurren los hechos, de allí que la información fue obtenida en la fuente primaria, que son ancianos diabéticos.

Tipo de Estudio

Este proyecto de investigación se corresponde con el tipo descriptivo. En este sentido, Pineda, E. Alvarado, E. y Canales, F., (1994) señalan que: "...es la base y punto inicial de los otros tipos y son aquellos que están dirigidos a determinar cómo es o cómo está la situación de las variables que se estudian" (p.82). Desde esta perspectiva, en este trabajo se pretende determinar la participación de la enfermera(o) en la prevención de las úlceras por decúbito en ancianos hospitalizados en la unidad clínica de medicina del Hospital "Dr. Raúl Leoni".

Del mismo modo, es transversal. Al respecto, Pineda, E. Alvarado, E. y Canales, F., (1994) señalan que un estudio es transversal: "...cuando se estudian las variables simultáneamente en determinado momento" (p.81). De tal manera, que la información es recolectada en un tiempo único, sin importar el presente o el pasado.

Población y Muestra

Según Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (1999) la población: "...es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones" (p.204). De acuerdo con este criterio, se considera como población en la investigación propuesta doce (12) enfermeras(os) que laboran en la unidad clínica de medicina del Hospital "Dr. Raúl Leoni" en los diferentes turnos.

En virtud de que la población objeto de este estudio es limitada en tamaño, o sea es finita, no se consideró posible la muestra, a tal efecto se tomó la población en su totalidad para la aplicación del instrumento.

Método e Instrumento para la Recolección de Datos

Para la recolección de datos el investigador debe seleccionar un método. En este sentido, Pineda, E. Alvarado, E. y Canales, F. (1994) se refieren: "...al medio o camino a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos" (p.125).

De acuerdo con este referencia, se aplicó una guía de observación, que para Pineda, E.; Alvarado, E. de; y Canales, F. (op.cit.) es una: "...forma sistemática, estructurada, regulada o controlada, en la que se dispone de un instrumento (...) estructurado para medir la variable" (p.128). La guía de

observación contiene treinta (30) ítems en una escala de tres alternativas: siempre, algunas veces, nunca.

También se diseñó una matriz de análisis, con alternativas de indaga, registra y no registra. El diseño de la matriz de análisis se fundamentó en las escalas de Norton y Beaden.

Procedimiento para la Validación del Instrumento

Para la validez de los instrumentos se procedió al juicio de expertos, quienes dieron sus observaciones al respecto, las cuales fueron discutidas y consideradas.

Procedimiento para la Recolección de Datos

- Para proceder a recolectar los datos se inició informando al nivel directivo y de enfermería sobre el objetivo de la investigación, solicitando la autorización para su ejecución.
- Posteriormente, se informó a las enfermeras(os) sobre el objetivo del estudio y se les solicitó su colaboración.
- Una vez que se cumplió con los pasos antes mencionados, se procedió a recoger la información bajo las siguientes condiciones:
 - Se realizaron tres observaciones a cada unidad muestral (enfermeras) por turnos de trabajo, donde se aplicó el siguiente criterio: en el

caso de que en las tres observaciones siempre lo hacía lo ubicaba en la alternativa siempre, y entre una y dos veces se consideraba la alternativa algunas veces, y si no cumplía la actividad en tres oportunidades se consideraba en la alternativa nunca.

- En relación a la matriz de análisis se consideraba la alternativa indaga en el caso de que la enfermera(o) preguntara a los enfermos sobre los tópicos que se evaluaban, así como también si usara la palpación.
- Se consideró la alternativa “registra” en caso de que hiciera las anotaciones en la historia clínica; “no registra” en caso de no haber evidencia escrita de los aspectos evaluados.
- Los datos fueron recolectados con un intervalo de una semana entre cada observación a las enfermeras(os).

Tabulación y Análisis de los Datos

Para la tabulación de los datos se elaboró una matriz de doble entrada donde se colocaron los datos obtenidos en los instrumentos de recolección de datos. Luego se aplicó la estadística descriptiva ubicando los datos en frecuencias y porcentajes; finalmente se presentaron en cuadros y gráficos promediados.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este capítulo hace referencia a los resultados obtenidos de la guía de observación aplicada para determinar la participación de la enfermera(o) en la prevención de las úlceras por decúbito, así mismo se describe el análisis e interpretación de los resultados en función de los objetivos planteados.

4.1. Presentación de los resultados

El análisis de los datos recopilados con la aplicación del instrumento se realizó a través de la estadística descriptiva, en frecuencia relativa y porcentual, se elaboraron cuadros y gráficos estadísticos en función de la variable; considerando además la dimensión e indicadores previamente formulados. Asimismo, la interpretación de la información destacando los datos de mayor relevancia en cada uno de los ítems; y, posteriormente, se relacionó la información con los basamentos teóricos recopilados.

CUADRO N° 1

**DATOS DEMOGRÁFICOS REFERIDOS AL NIVEL ACADÉMICO DEL ELEMENTO
MUESTRAL. UNIDAD DE MEDICINA I. HOSPITAL “DR. RAÚL LEONI”
DE SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR. TERCER
TRIMESTRE DEL AÑO 2004.**

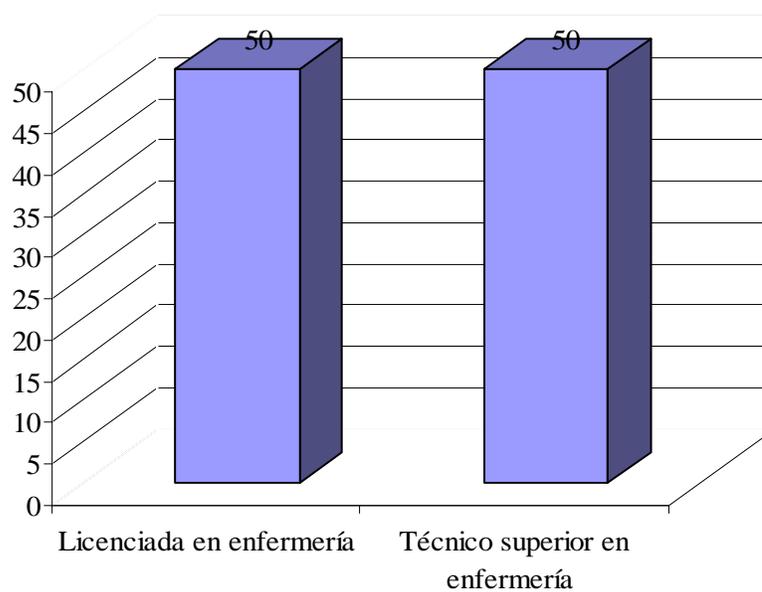
Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Licenciada en enfermería	6	50
Técnico superior en enfermería	6	50
TOTAL	12	100%

Fuente: Instrumento aplicado.

En el cuadro se puede observar que el personal de enfermería en la unidad clínica de medicina I tiene un nivel académico superior, lo que representa una garantía de la calidad del cuidado.

GRÁFICO 1

DATOS DEMOGRÁFICOS REFERIDOS AL NIVEL ACADÉMICO DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD DE MEDICINA I. HOSPITAL “DR. RAÚL LEONI” DE SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR. TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2004.



Fuente: Cuadro N° 1

CUADRO N° 2

DATOS DEMOGRÁFICOS REFERIDOS AL TIEMPO DE SERVICIO DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD DE MEDICINA I. HOSPITAL “DR. RAÚL LEONI” DE SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR. TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2004.

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Menos de seis años	3	25
Más de seis años	9	75
TOTAL	12	100%

Fuente: Instrumento aplicado.

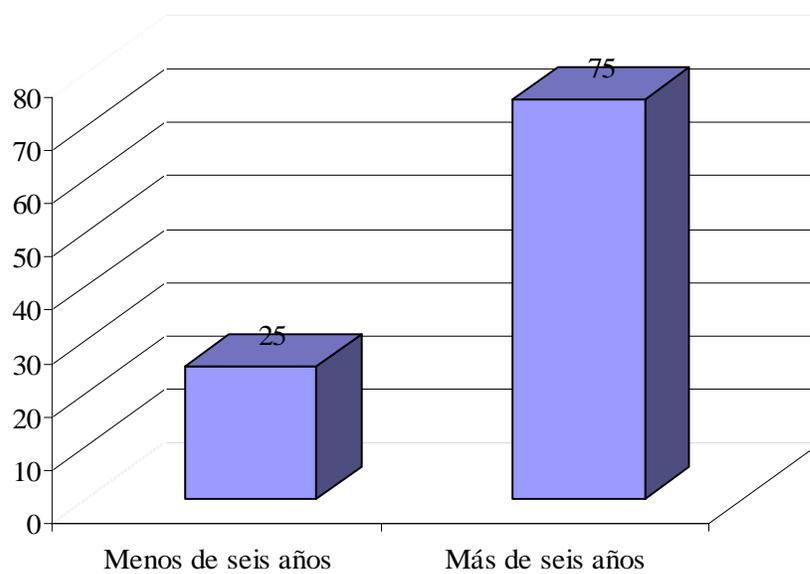
En el cuadro se observa que un 75% de las enfermeras(os) tiene más de seis años en el establecimiento de salud y un 25% tiene menos de seis años en el hospital.

En tal sentido se puede señalar que los años de permanencia en un establecimiento de salud afianzan sentimientos de pertenencia a la organización, además de poseer información sobre la funcionalidad de la misma, cultura, valores, entre otras.

Los resultados permiten entonces reconocer que las enfermeras(os) tienen conocimiento sobre la organización, sus objetivos, metas, cultura, procedimientos y otros elementos funcionales que dinamizan el trabajo.

GRÁFICO 2

DATOS DEMOGRÁFICOS REFERIDOS AL TIEMPO DE SERVICIO DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD DE MEDICINA I. HOSPITAL “DR. RAÚL LEONI” DE SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR. TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2004.



Fuente: Cuadro N° 2

CUADRO N° 3

DATOS DEMOGRÁFICOS REFERIDOS A LA ACTUALIZACIÓN SOBRE

DIABETOLOGÍA DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD DE MEDICINA I.

HOSPITAL

“DR. RAÚL LEONI” DE SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR.

TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2004.

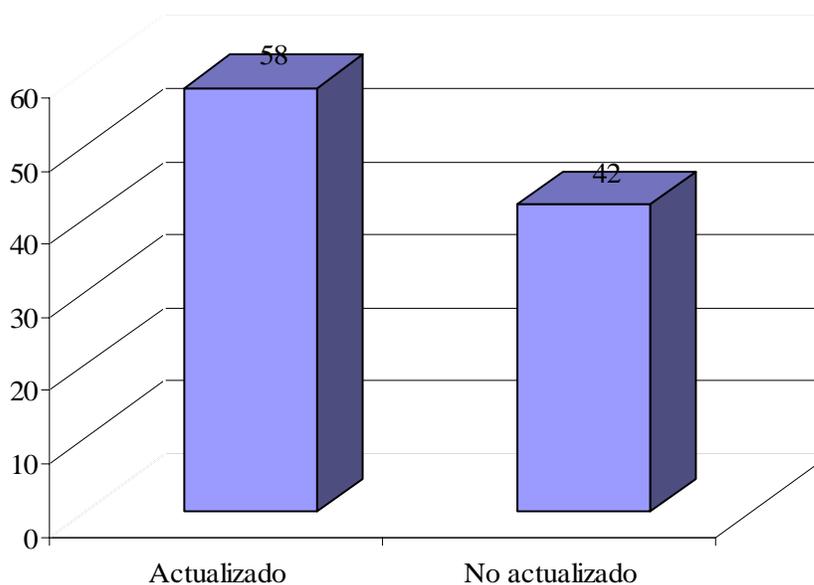
Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Actualizado	7	58
No actualizado	5	42
TOTAL	12	100%

Fuente: Instrumento aplicado.

En el cuadro se puede observar que el 58% del personal de enfermería está actualizado en los cursos y talleres de diabetología, los cuales se aplican a pacientes diabéticos, observando que las enfermeras(os) realizan planes de atención para mejorar las necesidades del enfermo.

GRÁFICO 3

**DATOS DEMOGRÁFICOS REFERIDOS A LA ACTUALIZACIÓN SOBRE
DIABETOLOGÍA DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD DE MEDICINA I.
HOSPITAL
“DR. RAÚL LEONI” DE SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR.
TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2004.**



Fuente: Cuadro N° 3

CUADRO N° 4

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE
DIABÉTICO QUE REALIZA LA ENFERMERA(O). UNIDAD DE MEDICINA I.
HOSPITAL “DR. RAÚL LEONI”. SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR.
TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2004.**

Subindicadores	Indaga		No indaga		Totales	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Estado mental	9	75	3	25	12	100
Movilidad	7	58	5	42	12	100
Integridad de la piel	9	75	3	25	12	100
Actividad	8	67	4	33	12	100
Incontinencia	8	67	4	33	12	100
Estado nutricional	7	58	5	42	12	100
Circulación	9	75	3	25	12	100
Temperatura	6	50	6	50	12	100
	8	67	4	33	12	100

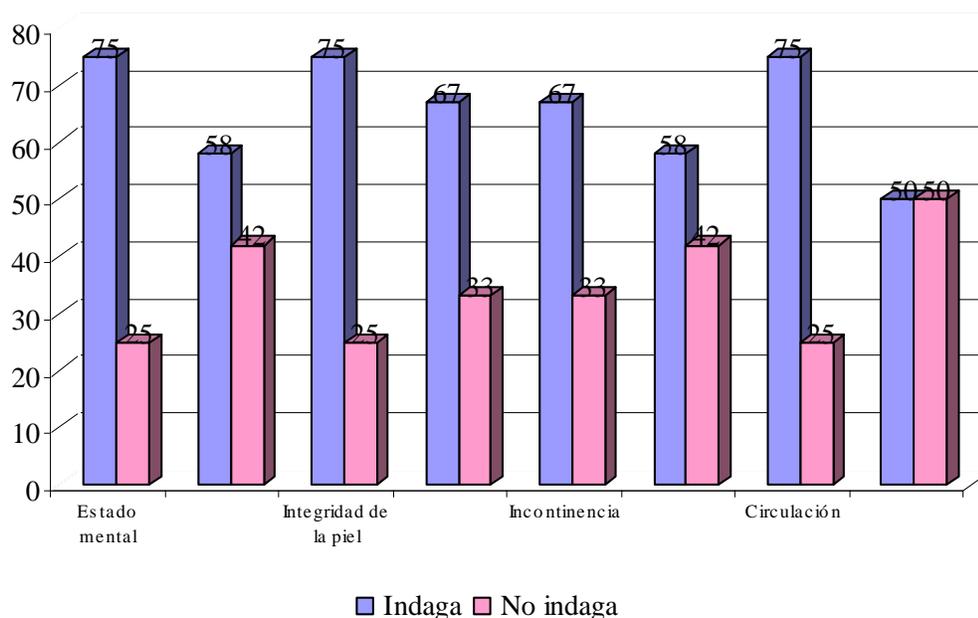
Fuente: Instrumento aplicado.

El cuadro indica que en la valoración del paciente diabético en cuanto al estado mental del enfermo, un 75% hizo las indagaciones al respecto; en la movilidad un 58% de las enfermeras(os) lo cumple; las indagaciones sobre la integridad de la piel lo cumple un 75%; sobre la actividad desarrollada por el enfermo se observa que un 67% de las enfermeras(os) lo cumple.

Con relación a la indagación en cuanto a la incontinencia, un 67% de las enfermeras(os) lo cumple; para el estado nutricional sólo un 58% cumple esta parte de las actividades; en cuanto a la indagación sobre los aspectos del sistema circulatorio un 75% de las enfermeras(os) lo cumple y un 50% indaga sobre los aspectos de la temperatura corporal.

GRÁFICO 4

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE
DIABÉTICO QUE REALIZA LA ENFERMERA(O). UNIDAD DE MEDICINA I.
HOSPITAL “DR. RAÚL LEONI”. SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR.
TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2004.**



Fuente: Cuadro N° 4

En tal sentido se puede indicar, que las enfermeras(os) cumplen con las indagaciones que le permiten identificar el riesgo que tiene el paciente diabético hospitalizado en una escala que oscila entre 50 y 75%, cuando su cumplimiento debe estar en un porcentaje cercano al 100%.

CUADRO N° 5

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE
DIABÉTICO QUE REALIZA LA ENFERMERA(O). UNIDAD DE MEDICINA I.
HOSPITAL “DR. RAÚL LEONI”. SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR.
TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2004.**

Subindicadores	Registra		No registra		Totales	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Estado mental	5	42	7	58	12	100
Movilidad	3	25	9	75	12	100
Integridad de la piel	5	42	7	58	12	100
Actividad	4	33	8	67	12	100
Incontinencia	4	33	8	67	12	100
Estado nutricional	3	25	9	75	12	100
Circulación	5	42	7	58	12	100
Temperatura	2	17	10	83	12	100
	4	33	8	67	12	100

Fuente: Instrumento aplicado.

En el cuadro se evidencia que las enfermeras(os) al evaluar el estado mental del enfermo diabético registran la información en un 42% y que un 58% no registra la información.

En tal sentido se puede señalar, que las enfermeras(os) al no registrar esta información incumplen con la normativa sobre el registro para mantener informadas a todas las enfermeras(os) de los diferentes turnos; así como también se pierde la oportunidad de basar los planes de atención

sobre la identificación de las necesidades del enfermo. En este sentido, Potter, P. y Perry, A. (2003) señalan que la valoración del estado mental es un componente importante de cualquier valoración de una función sensorial.

En cuanto a la movilidad, un 75% de las enfermeras(os) no cumple con el registro de esta actividad. Por lo que respecta, Long, B.; Phipps, W.; Cassmeyer, V. (1999) señalan que la actividad progresiva, como la deambulaci3n temprana despu3s del ingreso y los ejercicios progresivos son aspectos esenciales del cuidado de enfermer3a que ayudan a mantener el funcionamiento y la independencia.

Con respecto a la integridad de la piel, un 58% de la muestra observada no registra esta actividad tan importante para llevar un control de la piel, ya que es sumamente importante la exploraci3n minuciosa de la misma en pacientes diab3ticos, la cual debe estar lo m3s limpia y seca posible, prestando mucha atenci3n a los pliegues cut3neos.

Sobre la actividad, s3lo un 33% de las enfermeras(os) la registra, observ3ndose que un porcentaje significativo (67%) no la registra, por lo que es necesario orientar a este personal sobre la significancia que tiene para el paciente diab3tico que cumpla con la ejecuci3n de actividades recreativas y espirituales; en este sentido, Long, B.; Phipps, W. y

Cassmeyer, V. (1999) señalan que los ejercicios de amplitud de movimientos activos y pasivos son tan importantes para los ancianos debido a que la movilidad de las articulaciones es más limitada en los ancianos.

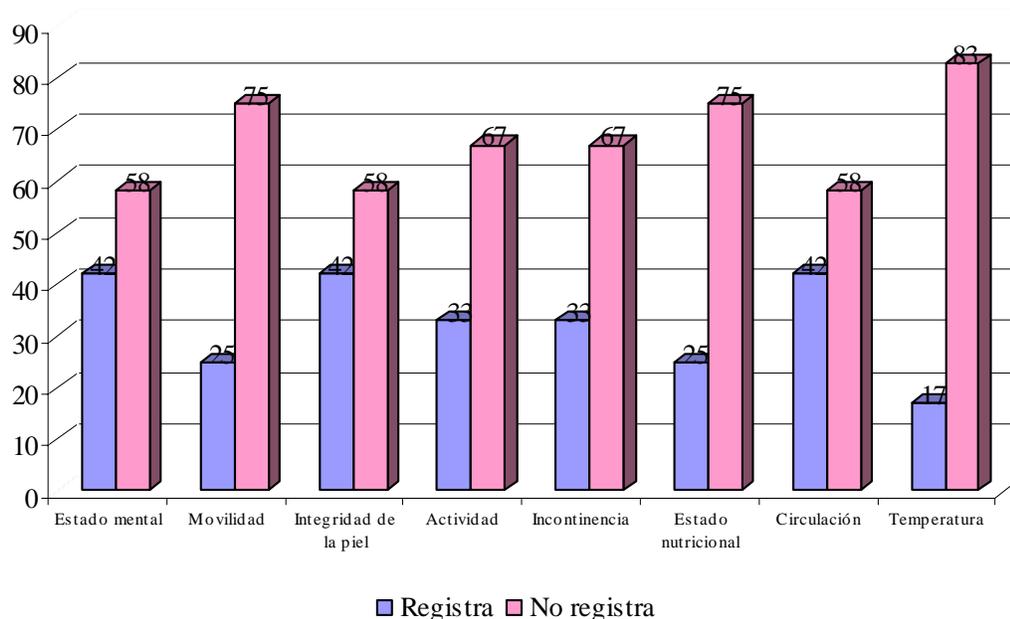
En relación con la incontinencia, un 67% de la muestra observada no cumple con el registro de esta actividad. En este sentido, Fernández, T. (2000) señala que la eliminación urinaria puede estar aumentada o disminuida, por lo que es necesario que el personal de enfermería registre de forma regular esta alteración con el fin de que las enfermeras(os) de otros turnos tengan dicha información y puedan prestar la atención debida al paciente.

Respecto al estado nutricional se observa que un 75% de las enfermeras(os) no registra esta actividad tan necesaria para llevar un control de la ingesta de alimentos de los pacientes diabéticos; en este sentido, Long, B.; Phipps, W.; Cassmeyer, V. (1999) refieren que se deben tomar en cuenta los siguientes objetivos dietéticos específicos: reducir el número de adultos con sobrepeso, reducir el consumo de grasas y disminuir el consumo de sal.

De acuerdo a la circulación, el 58% de la muestra observada no registra esta actividad; de igual modo, un 83% no registra la temperatura

GRÁFICO 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO QUE REALIZA LA ENFERMERA(O). UNIDAD DE MEDICINA I. HOSPITAL “DR. RAÚL LEONI”. SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR. TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2004.



Fuente: Cuadro N° 5

del paciente diabético hospitalizado; de esta manera la enfermera(o) incumple con la valoración de estas dos actividades tan importantes, por lo que debe disponer del tiempo necesario para registrar tanto la circulación como la temperatura del enfermo.

CUADRO N° 6

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA AL PACIENTE DIABÉTICO LA ENFERMERA(O). UNIDAD DE MEDICINA I. HOSPITAL “DR. RAÚL LEONI”. SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR. TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2004.

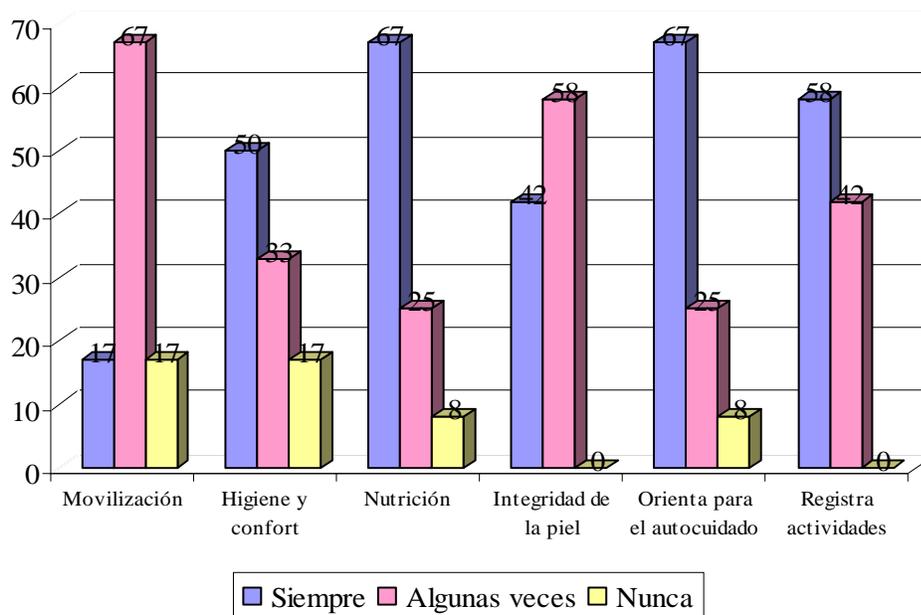
Subindicadores	Siempre		Algunas veces		Nunca		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Movilización	2	17	8	67	2	17	12	100
Higiene y confort	6	50	4	33	2	17	12	100
Nutrición	8	67	3	25	1	8	12	100
Integridad de la piel	5	42	7	58	0	0	12	100
Orienta para el autocuidado	8	67	3	25	1	8	12	100
Registra actividades	7	58	5	42	0	0	12	100
TOTAL	6	50	5	42	1	8	12	100

Fuente: Instrumento aplicado.

En el cuadro se puede observar con relación a la ejecución de las actividades que realiza la enfermera(o) al paciente diabético, que un 67% algunas veces realiza movimiento al paciente; un 50% siempre cumple con la higiene y confort; un 67% siempre cumple con la nutrición; un 58% algunas veces realiza la actividad del cuidado de la integridad de la piel; un 67% siempre orienta para el autocuidado y un 58% siempre registra las actividades realizadas, y por debajo de un 50% se encuentra el resto de las otras actividades como el cuidado de la integridad de la piel y la movilización, lo que indica que hay debilidades de las actividades en la prevención de úlceras por decúbito, y tal como lo señala Henderson, V., citada por Phaneuf, M. (1998), el rol esencial de la enfermera(o) es la suplencia y: "...consiste en asistir a la persona que no puede satisfacer por

GRÁFICO 6

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA AL PACIENTE DIABÉTICO LA ENFERMERA(O). UNIDAD DE MEDICINA I. HOSPITAL “DR. RAÚL LEONI”. SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR. TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2004.



Fuente: Cuadro N° 7

sí misma sus necesidades y ayudarla a recuperar su independencia y autonomía frente a sus necesidades” (p.11). De tal manera con ello la importancia que es cumplir la ejecución, lo que hace pensar el riesgo en que se encuentra el paciente diabético en presentar úlceras por decúbito.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación se concluyen las siguientes conclusiones y recomendaciones.

5.1. Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos, se debe utilizar el potencial de las enfermeras(os) en cuanto a que cuentan con suficientes años de servicio en el establecimiento de salud y muestran interés por mejorar la calidad de atención, además de contar la unidad clínica de medicina con el nivel académico universitario (técnicos superiores y licenciadas(os) en enfermería), lo que se traduce en la calidad del cuidado del enfermo.

En cuanto a las actividades independientes de valoración se pudo evidenciar, que la enfermera(o) indaga sobre los aspectos de salud de los pacientes ancianos diabéticos, en un 67%, lo cual indica un mediano porcentaje de rendimiento; y realiza los registros sobre esos datos que indaga, en un 33%, reflejando con ello un bajo rendimiento.

Con respecto a las actividades independientes de ejecución de actividades de enfermería en la prevención de úlceras por decúbito, los resultados evidencian que las enfermeras(os) cumplen, en un 50% siempre, en un 42% algunas veces, y en un 8% incumplen, lo cual demuestra un mediano rendimiento en estas actividades; sin embargo, existen condiciones favorables para elevar el cumplimiento.

5.2. Recomendaciones

- Presentar los resultados a la gerencia de enfermería y enfermeras(os) involucradas en el estudio a fin de que reconozcan la situación en que se ejerce enfermería en la unidad clínica.
- Plantearse estrategias para incrementar el cumplimiento de las acciones, en un trabajo de participación de la gerencia y las enfermeras(os) de la unidad de medicina del hospital.
- Redefinir el trabajo del personal de enfermería a fin de enriquecer los cargos y que esas actividades sean motivantes para el personal.
- Replicar el estudio en otras áreas clínicas para identificar situaciones en cada una de ellas y redefinir líneas de acción, teniendo en cuenta que el potencial humano es el gran recurso con el cual cuenta el establecimiento de salud para lograr dar salud con cuidados de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, S. (1997). **Manual práctico de enfermería. Cuidados intensivos.** Interamericana, C.A. Bogotá – Colombia.
- CANAVAL, G. y TOBO, N. (2000). **Lesiones cutáneas por presión.** Hospital del Valle. Cali. Colombia.
- CASTILLO, Marbelis; PIÑA, Elizabeth (1996). **Módulo atención integral I.** Segunda versión. Escuela Experimental de Enfermería. UCV. Caracas.
- DUGAS, Beverly (2000). **Tratado de enfermería práctica.** Cuarta edición. Editorial Interamericana McGraw-Hill. México, D.F.
- Enfermería y salud en el anciano. Disponible en:
http://www.google.co.ve/search?q=cache:qKm3ZLwRMFwJ:www.enfermeriaconexion.com/%2520comunitaria1.htm+%22ejecucion+de+actividades%22+anciano+&hl=es&lr=lang_es.
- <file://as\Tema11Elpacientegeriatrico.htm> (2002).
- GALLART, E. y FUENTEELSAZB, C (2000). **Efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión en paciente ingresados.** Hospital General Vall D’Hebron, Barcelona–España.
- HARRISON (1998). **Principios de medicina interna.** Catorceava edición.
- HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos; BAPTISTA, Pilar (1999). **Metodología de la investigación.** Segunda edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. México.
- <http://www.alu.vaes/j/jq/13/index.htm>.
- LONG, Bárbara; PHIPPS, Wilma y CASSMEYER, Virginia (1999). **Enfermería médico quirúrgica, un enfoque del proceso de enfermería.** Tomo I Tercera edición. Editorial Harcourt Brace. España.

Manual Merck de Información Médica (1998). Disponible en: http://64.233.167.104/search?q=cache:t22UvF0pqCEJ:www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_18/seccion_18_197.html+%22%C3%BAlceras+por+dec%C3%BAbito+&hl=es&lr=lang_es.

MARCANO PASQUIER, R. (2002). Úlceras por presión, úlceras por decúbito o escaras. Disponible: http://www.medicoadomicilio.com.ve/escaras/escaras_main.htm.

MARRINER-TOMEY, Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha (1999). **Modelos y teorías en enfermería**. Cuarta edición. Editorial Harcourt Brace. España.

MOSBY (1996). **Diccionario de Medicina**. Cuarta edición. Grupo Océano Editorial, S.A. Barcelona–España.

NIEPOMNISZCZE, José (2002). Prevención de las úlceras por presión o escaras. Disponible: <http://www.alfinal.com/consultoria/escaras.html>

Océano/Centrum (www.oceano.com).

Otros factores de riesgo. Disponible en: <http://www.ulceras.net/clasific.htm> (2003).

PÉREZ, T.; RIVAS, D. y SANDOVAL, Ilvia (2000). **Acciones de enfermería en pacientes que presentan úlceras por decúbito en el servicio de medicina I de Hospital “Dr. Raúl Leoni” de San Félix en el primer trimestre el año 2000**. Estado Bolívar. Trabajo Especial de Grado. Colegio Universitario de los Teques “Cecilio Acosta”. Estado Miranda.

PHANEUF, Margot (1993). **Cuidados de enfermería y el proceso de atención de enfermería**. Primera edición. Editorial Interamericana McGraw-Hill. España.

PHANEUF, Margot (1998). **La planificación de los cuidados de enfermería**. Editorial Interamericana McGraw-Hill. España.

PINEDA, Evelia; ALVARADO, Eva de; y CANALES, Francisca (1994). **Metodología de la investigación.** Manual para el desarrollo de personal de salud. Segunda edición. OMS/OPS. Imprenta Universitaria. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

RUIPEREZ, C. y LLORENTE, D. (1999). **Manual práctico de enfermeras auxiliares y cuidados el anciano.** Editorial McGraw-Hill Interamericana. Bogotá – Colombia.

SABINO, C. (2000) **El proceso de investigación.** Editorial Panapo de Venezuela, C.A. Nueva edición actualizada. Caracas - Venezuela.

Síndrome de inmovilidad en el anciano. Disponible en:
http://www.google.co.ve/search?q=cache:P0zcSicWtwMJ:web.usal.es/~acardoso/temas/inmovilidad.html+%22estado+f%C3%ADsico%22+anciano+&hl=es&lr=lang_es.

TROY, J.; BOFFELI, DPM; FACHAS (2002). **Nuevo informe de investigación en journal of foot and ankle surgery.** Regions Hospital, St Paul

A N E X O S

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

INSTRUMENTO N° 1

**MATRIZ DE ANÁLISIS PARA MEDIR LA VARIABLE PARTICIPACIÓN DE
LA ENFERMERA(O) EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR DECÚBITO
EN PACIENTES DIABÉTICOS MAYORES DE 60 AÑOS**

Autoras:

Barrios, Heidy

González, Isaura

Macuare, Laura

N° _____

Ciudad Guayana, Marzo 2005-05-30

PRESENTACIÓN

El presente instrumento de recolección de datos: matriz de análisis, está diseñado para recolectar in., sobre la participación de la enfermera(o) en la prevención de las úlceras por decúbito en pacientes diabéticos mayores de 60 años de edad. Será aplicada por los investigadores en la unidad clínica de medicina I, considerando si la enfermera(o) indaga por cualquier medio, para establecer las necesidades del enfermo en relación con el riesgo de aparición de úlceras por decúbito, así como si realiza el registro en la historia clínica las condiciones encontradas durante la valoración.

El investigador debe hacer sus registros con la mayor objetividad posible.

INSTRUCCIONES

Los investigadores recolectarán los datos en la unidad clínica seleccionada.

Las observaciones deberán ser realizadas sin que la unidad muestral se sienta observada directamente.

El investigador hará las observaciones con la mayor objetividad para seleccionar la alternativa que se ajuste a la realidad.

Parte I. Datos demográficos

1. Nivel académico

 Licenciada en Enfermería Técnico Superior Universitario en Enfermería

2. Tiempo de servicio

 De 1 a 6 años De 6 y más años

3. ¿Ha asistido a eventos de actualización en diabetología en los últimos dos años?

 Sí No

Parte II. Matriz de análisis

El profesional de enfermería para realizar cuidados al enfermo establece:	Indaga	Registra	No registra
1. El estado mental del enfermo en el grado de ubicación, tiempo y espacio.			
2. La capacidad de movimiento corporal.			
3. Las condiciones de humedad que tiene la piel del enfermo.			
4. La capacidad de deambulación que tiene el enfermo.			
5. Las condiciones del esfínter vesical.			
6. Las condiciones del esfínter anal.			
7. El peso corporal del enfermo.			
8. El estado nutricional del enfermo.			
9. El comportamiento del enfermo en relación al consumo de la dieta.			
10. Las características del relleno capilar.			
11. El grado de temperatura corporal.			

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

INSTRUMENTO N° 2

**GUÍA DE OBSERVACIÓN SOBRE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE
LA ENFERMERA(O) EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR DECÚBITO**

Autoras:

Barrios, Heidy

González, Isaura

Macuare, Laura

N° _____

Ciudad Guayana, 2005

PRESENTACIÓN

El presente instrumento de recolección de datos: guía de observación, fue diseñado para la recolección y observación de datos sobre la participación de la enfermera(o) en la prevención de las úlceras por decúbito en pacientes diabéticos mayores de 60 años de edad.

Fue aplicada por los investigadores en la unidad clínica de medicina I, lo que permitió observar si la enfermera(o) ejecuta las actividades que cubrirán las necesidades del enfermo en relación con el riesgo de aparición de úlceras por decúbito, las veces que lo realiza y si es permanente el cuidado del mismo.

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Parte II. Ejecución de actividades

El profesional de enfermería en la ejecución del cuidado del enfermo diabético realiza:	Siempre	Algunas veces	Nunca
12. Ejercicios pasivos en miembros superiores.			
13. Ejercicios pasivos en miembros inferiores			
14. Cambios de posición cada hora a pacientes encamados.			
15. Baño en cama diario según necesidad.			
16. La ayuda necesaria para que se realice el aseo bucal.			
17. El tendido de la ropa de cama evitando pliegues.			
18. La ayuda necesaria para que ingiera los alimentos.			
19. La supervisión del tipo de dieta que ingiere.			
20. La aplicación de cremas hidratantes en la piel.			
21. Masajes en las zonas susceptibles de lesiones.			
22. Los cuidados para mantener secas las zonas susceptibles de lesiones.			
23. La aplicación de dispositivos especiales en los puntos de apoyo (talones, codos, región sacra).			
24. La orientación sobre los alimentos que debe ingerir.			
25. La orientación en relación al cumplimiento del tratamiento indicado.			
26. La orientación en relación al cuidado de la piel.			
27. La orientación en relación al cuidado de las uñas.			
28. La orientación sobre el uso de calzados.			
29. La orientación sobre el uso de ropa holgada.			
30. Los registros de las actividades realizadas al enfermo.			

**PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS
OR DECÚBITO EN PACIENTES DIABÉTICOS MAYORES DE 60 AÑOS
HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA I DEL HOSPITAL
“DR. RAÚL LEONI”. SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR**