

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA



**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS
POR PRESIÓN A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI, DEL
CENTRO DE ESPECIALIDADES ANZOÁTEGUI DE BARCELONA ESTADO
ANZOÁTEGUI, EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2010.**

(Trabajo Presentado como Requisito Parcial para Optar al Título de Licenciado en Enfermería)

Tutor: Reinaldo Zambrano

INTEGRANTES:

Cova, Adriana

C.I: 12.271.718

Garcia, Carla

C.I: 17.050.061

Sanchez, Yraida

C.I: 18.475.438

PUERTO LA CRUZ, MAYO 2010

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA



FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS
POR PRESIÓN A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI, DEL
CENTRO DE ESPECIALIDADES ANZOÁTEGUI DE BARCELONA ESTADO
ANZOÁTEGUI, EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2010.**

(Trabajo Presentado como Requisito Parcial para Optar al Título de Licenciado en Enfermería)

Tutor: Reinaldo Zambrano

INTEGRANTES:

Cova, Adriana
C.I: 12.271.718
Garcia, Carla
C.I: 17.050.061
Sanchez, Yraida
C.I: 18.475.438

PUERTO LA CRUZ, MAYO 2010

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del T.E.G. presentado por las T.S.U Cova, Adriana C.I. No.12.271.718, Garcia, Carla C.I. No.17.050.061, y Sanchez, Yraida C.I. No.18.475.438, para optar por el título DE LICENCIADO EN ENFERMERIA, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Caracas, a los 30 días del mes de Noviembre de 2010

C.I. No. _____

DEDICATORIA

Este trabajo especial de grado lo dedico primeramente a Dios Todopoderoso quien ha sido mi guía en toda mi vida y carrera.

A mis padres por darme la vida y la crianza en principios y valores, por enseñarme a esforzarme cada día para alcanzar la meta que me trace en la vida. A ustedes dedico mi tesis.

A mi esposo quien ha compartido sus días, por comprenderme y darme el apoyo que he necesitado para llegar a la meta. Gracias por tu comprensión y amor.

A mis hijos esos regalos que Dios me dio, y por quienes me esfuerzo cada día. Los amo mis tesoros.

Adriana Cova.....

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo amor y cariño a mi Dios altísimo por ser mi ayudador y guía.

A mis padres con todo mi amor y cariño por ser los seres que me dieron la vida y por estar a mi lado en todo momento, gracias por todo mamá, papá, por apoyarme en mi carrera y por creer en mí. Aunque en la vida hemos pasado por momentos difíciles siempre el amor y la comprensión han sido los triunfadores.

A mi esposo por su grande amor y porque siempre ha permanecido a mi lado apoyándome y motivándome a seguir adelante.

A mi tutor Reinaldo Zambrano, por tenerme la paciencia necesaria para guiarme a realizar mi tesis.

A la Lcda. Carmen Rojas quien con sus conocimientos aportados permitió que realizáramos este trabajo, y quien a pesar de sus múltiples ocupaciones dispuso de su tiempo para ayudarnos.

Carla García.....

DEDICATORIA

Este trabajo realizado con mucho esfuerzo lo dedico: A mi Señor, Jesús, quien me dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminarlo.

A mi esposo, quien me brindó su amor, su cariño, su estímulo y su apoyo constante. Su cariño, comprensión y paciente espera para que pudiera terminar el grado, son evidencia de su gran amor. ¡Gracias!

A mi adorado hijo, quien llego en el tiempo oportuno y me motivó aun mas a seguir adelante ¡Gracias, mi muñeco de chocolate!

A los que nunca dudaron que lograría este triunfo aunque ya no estén a mi lado:
A mis padres quienes me enseñaron desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas. Mi triunfo es el de ustedes, ¡los amo!

Yraida Sánchez.....

AGRADECIMIENTO

Primeramente damos infinitamente gracias a Dios, por habernos dado fuerza y valor para terminar estos estudios.

Agradecemos también la confianza y el apoyo de nuestros padres y familiares, porque han contribuido positivamente para llevar a cabo esta difícil jornada.

A nuestros esposos por su apoyo incondicional.

A todos los profesores que nos impartieron enseñanza y nos asesoraron, porque cada uno, con sus valiosas aportaciones, nos ayudaron a crecer como persona y como profesionales.

Un agradecimiento muy especial, al Centro de Especialidades Anzoátegui, por habernos proporcionado valiosa información para realizar nuestro trabajo de tesis.

A nuestro tutor Reinaldo Zambrano por tenernos la paciencia necesaria para guiarnos a realizar nuestra tesis. Por su comprensión y cariño y por la gran calidad humana que demostró con una actitud de respeto.

A la Lcda. Carmen Rojas por ofrecernos su mano amiga, y guiarnos.

Finalmente, agradecemos a nuestros compañeros de grupo, especialmente a aquellos que nos brindaron cariño, comprensión y apoyo, dándonos con ello, momentos muy gratos.

Adriana, Carla, y Yraida.....

INDICE GENERAL

P.P.

LISTA DE CUADROS	ix
LISTA DE GRÁFICOS	x
RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	01
CAPÍTULO I – El Problema	
Planteamiento del Problema.....	03
Objetivos.....	07
Justificación.....	08
CAPÍTULO II – Marco Teórico	
Antecedentes.....	10
Bases Teóricas.....	12
Bases legales.....	25
Sistema de Variables.....	27
Definición de Términos Básicos.....	29
CAPÍTULO III – Marco Metodológico	
Tipo de Estudio.....	31
Población y Muestra.....	31
Método e Instrumento de Recolección de Datos.....	31
Validez.....	32
Confiabilidad.....	32
Procedimiento de Recolección de Datos.....	32
Técnicas de Análisis.....	33
CAPÍTULO IV	
Presentación y Análisis de los Resultados.....	34
CAPITULO V	
Conclusiones y Recomendaciones.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS.....	57

LISTA DE CUADROS

Nº		Pág.
1	Distribución absoluta y porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador: ACCIONES DE HIGIENE CORPORAL. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.....	35
2	Distribución absoluta y porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador: ACCIONES DIRIGIDAS A LA MOVILIZACIÓN DEL ENFERMO. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.....	38
3	Distribución absoluta y porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador: ACCIONES DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA PIEL. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.....	41
4	Distribución absoluta y porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador: ACCIONES DE ESTIMULACIÓN DE LA CIRCULACIÓN CUTÁNEA. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.....	44
5	Distribución absoluta y porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador: ACCIONES PARA PROTEGER DE PRESIÓN. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.....	47
6	Distribución absoluta y porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador: ACCIONES DIRIGIDAS AL CAMBIO DE CAMA. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.....	50

LISTA DE GRÁFICOS

Nº		Pág.
1	Distribución porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador: ACCIONES DE HIGIENE CORPORAL. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.....	36
2	Distribución porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador: ACCIONES DIRIGIDAS A LA MOVILIZACIÓN DEL ENFERMO. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.....	39
3	Distribución porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador: ACCIONES DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA PIEL. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.....	42
4	Distribución porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador: ACCIONES DE ESTIMULACIÓN DE LA CIRCULACIÓN CUTÁNEA. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.....	45
5	Distribución porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador: ACCIONES PARA PROTEGER DE PRESIÓN. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.....	48
6	Distribución porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador: ACCIONES DIRIGIDAS AL CAMBIO DE CAMA. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.....	51



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS
POR PRESIÓN A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI, DEL
CENTRO DE ESPECIALIDADES ANZOÁTEGUI DE BARCELONA ESTADO
ANZOÁTEGUI, EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2010**

Autores: Cova; Adriana, Garcia,
Carla, y Sanchez, Yraida
Tutor: Reinaldo Zambrano
Año: 2010

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo: Determinar los cuidados que proporciona la enfermera(o) para la prevención de las úlceras por presión a los pacientes hospitalizados en la UCI, del Centro de Especialidades Anzoátegui de Barcelona, Estado Anzoátegui, en primer semestre del 2010. El estudio fue descriptivo y de campo. La población está conformada por 12 enfermeras que laboran en la Unidad de Terapia Intensiva del hospital en referencia. Se aplicó una guía de observación de alternativas SI-No para un total de 25 ítems. La confiabilidad fue dada la Técnica de Kuder-Richardson, obteniéndose un coeficiente de 0,82. Los resultados del estudio permitieron Concluir que los profesionales de Enfermería no aplican en un 100% los cuidados de prevención de las úlceras por presión a los pacientes hospitalizados en la UCI. Recomendación: Actualizar los protocolos existentes sobre la prevención de Úlceras de Por Presión y realizar los cuidados pertinentes a los pacientes que los ameritan, a fin de mantener actualizadas a las enfermeras (os) que laboran en la UCI, en los avances tecnológicos, ya que el rol de estos profesionales es fundamental para el éxito o recuperación de la persona críticamente enfermo

Palabras claves: Acciones de Cuidado.

INTRODUCCION

Las úlceras por presión (UPP) son un importante reto al que se enfrentan los profesionales en su práctica asistencial. Constituye un desafío para la Salud Pública, tanto por la morbilidad que supone como por sus graves repercusiones médicas y económicas. Las úlceras por presión son el resultado de una compleja interacción entre innumerables factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, como carga mecánica excesiva, inmovilidad, incontinencia, y edad avanzada, entre muchos otros. Aunque generalmente la inmovilidad se considera el factor predisponentes principal para la inducción del desarrollo de una úlcera por presión, también se asume a menudo que existe una relación de causalidad directa entre la nutrición y el desarrollo de úlcera por presión.

La aparición de úlceras por presión es un proceso que se halla íntimamente relacionado con los cuidados de enfermería proporcionados al paciente. No hay duda de que cuanto mayor sea la calidad y extensión de dichos cuidados, tanto menor será la incidencia de las úlceras por presión. En este contexto, cuidar a un paciente con úlceras por presión comporta no sólo un incremento del tiempo requerido en la atención sanitaria, sino un consiguiente aumento de la carga de trabajo. Por otra parte, cabe remarcar que cuando un paciente desarrolla una úlcera por presión, se incrementa su predisposición a padecer diversos trastornos derivados de ella, como dolor, infecciones y deterioro físico. Todo ello repercute a su vez en una serie de factores de índole diversa (personal, familiar, sanitario, entre otros), de los cuales no hay que olvidar el coste socioeconómico, ya que en general la aparición de úlceras por presión supone un aumento del tiempo de hospitalización, así como un mayor gasto de recursos materiales.

Teniendo presente la progresiva importancia del problema, junto con el empeoramiento de la calidad de vida del paciente, el incremento económico que conlleva el tratamiento hospitalario y la influencia decisiva de Enfermería, es necesario resaltar que la prevención es sin duda alguna, la mejor opción posible de tratamiento. Debe seguirse de cerca el cumplimiento de la aplicación de medidas

preventivas y de tratamiento, como medida de evaluación y control de la calidad de los cuidados de Enfermería.

Esta investigación se orienta a la Determinación de los cuidados de enfermería para la prevención de las úlceras por presión a los pacientes hospitalizados en el centro de especialidades Anzoátegui de Barcelona en el mes de Enero de 2010.

El presente trabajo se ha dividido en un total de cinco capítulos, los cuáles se describen a continuación:

EL Capítulo I: Esta integrado de la siguiente manera: 1.- Planteamiento del Problema, 2.- Los Objetivos de Desarrollo Fueron: Objetivo General y Objetivos 3.- Específicos. Justificación.

El Capítulo II: Este capítulo consta de las siguientes partes: Antecedentes. Bases Teórica. Sistema de variable, Operacionalización de la variable, y Definición de términos.

EL Capítulo III: Este capítulo está conformado de la siguiente manera: Marco Metodológico que abarca. Tipo de estudio. Población y Muestra. Técnicas e instrumento de recolección de datos. Validez y Confiabilidad. Procedimiento de recolección de información. Y Plan de tabulación y análisis.

El Capítulo IV: En este capítulo se desarrolló el análisis de interpretación de datos. En el mismo se incluyen los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento de recolección de datos formulado y los objetivos

EL Capítulo V: se planten conclusión y recomendaciones derivadas de la investigación. Finalmente se incluyen las referencias bibliográficas y anexos que sirvieron de soporte al estudio.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La población enferma con una u otra patología que genera la capacidad o limite al paciente al cumplimiento de las actividades son vulnerable al proceso de enfermedades asociadas con las úlceras por presión, que ameriten cuidados especiales a través de las acciones de enfermería para la prevención de las misma.

Según Dueñas, A (2004) dice que “las úlceras por presión son lesiones isquémicas, es decir por falta de riego sanguíneo, que provocan la muerte de los tejidos y posterior necrosis en la piel”. (En general se producen en sitios donde existen prominencias de los huesos, que al comprimir la zona de apoyo entre este y el resto de cuerpo situado superficialmente provocan la disminución y la suspensión del flujo de la sangre, con el consiguiente daño de dichos sitios. Pueden ser sometidos a presión intensa durante un periodo corto a presión menos intensa, durante un tiempo más prolongado siendo ambas alternativas potencialmente dañinas para la piel. (p.12)

El propósito del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud es contribuir a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria con el objetivo de fomentar la excelencia clínica. Los profesionales de Enfermería deben adquirir el compromiso de una actualización continua de conocimientos que les permita afrontar el reto de diferenciar aquellos aspectos que, a la luz de las evidencias científicas disponibles, deben ser incorporados a la práctica clínica.

Una de las estrategias que recoge el citado Plan de Calidad es implantar proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en ocho áreas específicas, entre las que se incluyen la prevención de úlceras por presión (UPP) en pacientes de riesgo. La aparición de estas lesiones es, por tanto, un suceso que está ligado a la seguridad clínica del paciente, lo que obliga a realizar una prevención eficaz en términos de beneficio del paciente, reducción de costes y disminución de cargas de trabajo del personal sanitario.

La aparición de una úlcera depende fundamentalmente de un déficit de movilidad, de déficits nutricionales o de la presencia de incontinencia en la persona que las padece; desencadenados por la edad, estado de conciencia, procesos terminales, intervención quirúrgica. Las úlceras por presión constituyen un reto para los profesionales de la salud en todos los niveles de la atención sanitaria, debido a que las situaciones de déficit capaces de desencadenar la aparición de una úlcera son susceptibles de prevención, aun cuando la experiencia muestra que no se pueden prevenir siempre.

La prevalencia y la tasa de incidencia de los pacientes con úlcera en los hospitales son indicadores de la calidad de los cuidados de enfermería. Para prevenir las úlceras por presión deben ser identificadas las personas con riesgo de padecerlas. Para determinar la magnitud de ese riesgo se pueden cuantificar, mediante escalas de valoración, el grado de movilidad, el estado nutricional, la incontinencia, el estado de conciencia, la sensibilidad cutánea o incluso un número más elevado de variables.

Según un estudio nacional llevado a cabo en EE.UU. en 2001, la prevalencia de UPP en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) fue del 22-28,7%. En Alemania, ésta se situó en el 27,8% en 2002, mientras que en el año 2006 en Australia la cifra de prevalencia en estas Unidades fue del 14,9%. A nivel internacional, la prevalencia general de UPP en Unidades Críticas pediátricas es desconocida por el momento, aunque un estudio llevado a cabo en tres UCI pediátricas americanas encontró una incidencia del 27%.

En tal sentido las úlceras por presión representan una situación que, si bien es habitual, puede ser potencialmente prevenible. Se observa con más frecuencia en poblaciones de altos riesgo como las integradas por personas mayores y aquellas con impedimentos físicos.

En Venezuela la epidemiología de estas úlceras varía de manera considerable según el cuadro clínico, con una incidencia que varía entre 0.4% y 38% en pacientes que cursan cuadros agudos, entre 22% y 23.9% en cuadros crónicos y entre 0% y 17% en poblaciones atendidas en domicilios. La presencia de estas úlceras puede interferir con la recuperación funcional, puede complicarse con dolor e infección y contribuir a prolongar las hospitalizaciones. Se consideran indicadores de pronóstico global adverso y, en algunos casos, contribuyen a la mortalidad prematura.

En el Estado Anzoátegui específicamente en el Centro de Especialidades Anzoátegui, funciona una UCI, la cual cuenta con cuatro camas, que permanecen ocupadas con pacientes que lo ameritan y que en sus defectos pasan muchos días encamados dependiendo de los cuidados del equipo de salud que labora a diario en la misma. Durante la práctica diaria del profesional de Enfermería se ha observado si existen pacientes con UPP y cuáles han sido las acciones preventivas en la aparición de las úlceras por presión, que realiza este personal.

Por tal motivo las autoras de esta investigación se formulan las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las acciones de higiene corporal, que realiza el personal de enfermería para prevenir la UPP en los pacientes hospitalizados en la UCI?

¿Cuáles son las acciones de movilización del enfermo, que realiza el personal de enfermería para prevenir la UPP en los pacientes hospitalizados en la UCI?

¿Cuáles son las acciones de Valoración del estado de la piel, que realiza el personal de enfermería para prevenir la UPP en los pacientes hospitalizados en la UCI?

¿Cuáles son las acciones de masajes de estimulación para la circulación cutánea, que realiza el personal de enfermería para prevenir la UPP en los pacientes hospitalizados en la UCI?

¿Cuáles son las acciones de proteger de presión, a la superficie cutánea, que realiza el personal de enfermería para prevenir la UPP de los pacientes hospitalizados en la UCI?

¿Cuáles son las acciones de cambio de ropa de cama, que realiza el personal de enfermería para prevenir la UPP de los pacientes hospitalizados en la UCI?

Para dar respuesta a estas interrogantes se formula el siguiente problema:

¿Cuáles son los cuidados que realiza el profesional de Enfermería en la prevención de las úlceras por presión de los pacientes hospitalizados en la UCI, del Centro de Especialidades Anzoátegui de Barcelona, Estado Anzoátegui, en primer semestre del 2010?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general.

Determinar los cuidados que proporciona la enfermera(o) para la prevención de las úlceras por presión a los pacientes hospitalizados en la UCI, del Centro de Especialidades Anzoátegui de Barcelona, Estado Anzoátegui, en primer semestre del 2010.

Objetivos específicos.

- Identificar las acciones de higiene corporal, que realiza el personal de enfermería para prevenir la UPP en los pacientes hospitalizados en la UCI
- Identificar las acciones de movilización del enfermo, que realiza el personal de enfermería para prevenir la UPP en los pacientes hospitalizados en la UCI
- Identificar las acciones de Valoración del estado de la piel, que realiza el personal de enfermería para prevenir la UPP en los pacientes hospitalizados en la UCI
- Identificar las acciones de masajes de estimulación para la circulación cutánea, que realiza el personal de enfermería para prevenir la UPP en los pacientes hospitalizados en la UCI
- Identificar las acciones de proteger de presión, a la superficie cutánea, que realiza el personal de enfermería para prevenir la UPP de los pacientes hospitalizados en la UCI
- Identificar las acciones de cambio de ropa de cama, que realiza el personal de enfermería para prevenir la UPP de los pacientes hospitalizados en la UCI

JUSTIFICACION.

A menudo la estancia prolongada de un paciente en el ámbito hospitalario hace que este se encuentre expuesto a riesgos de diferente tipo, en especial los de tipo infeccioso, sin embargo, entre los riesgos más importantes también encontramos la formación de las úlceras por presión (UPP); ya que el reposo prolongado en cama sin movilidad, como uno de los principales factores hace que la circulación periférica disminuya y la falta de oxígeno que es llevado por la sangre, lleve a la piel aun estado de resequedad, que por presión, fricción o cizallamiento, destruye poco a poco cada una de las capas de la piel lo que constituye una alteración en el estado de bienestar integral del paciente como daño inmediato, pero según su gravedad se convierte también en un grave problema de salud no solo por el malestar que produce si no por convertirse en foco de múltiples infecciones, además de hacer la estancia intrahospitalaria de los pacientes más prolongada lo que ocasiona incomodidad tanto para el paciente como para la familia disminuyendo su calidad de vida.

En este sentido esta investigación se fundamenta en el principio de la enfermería basada en la evidencia, y para ello se ha considerado la información más relevante y actualizada. A falta de guías clínicas de UPP específicas para pacientes hospitalizados en la UCI, pretende ofrecer recomendaciones para un adecuado abordaje del problema de las UPP.

Porque la mayor parte de las UPP pueden ser evitadas, las cuales son un indicador de la calidad de los cuidados prestados, estas deben ser prevenidas desde el primer día de estancia en la unidad, por lo que los profesionales de Enfermería deben de enfocar su empeño en evitar su aparición.

El estudio se justifica por la relevancia que el mismo presenta desde el punto de vista social, práctico, metodológico y teórico.

La relevancia social viene dada por el aporte de la información recolectada a la solución de un problema de carácter social como lo es la atención prestada a los pacientes que se encuentra hospitalizados en la UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui de Barcelona.

Por su parte la relevancia práctica se encuentra estrechamente relacionada con la anterior al proporcionar la oportunidad de promocionar los cuidados destinados a prevenir las UPP y a mejorar la calidad de vida de estos usuarios.

En cuanto a la relevancia metodológica la realización de este proyecto constituye un aporte a los profesionales de Enfermería que prestan servicios de salud en la UCI, mediante la adquisición de conocimientos sobre los cuidados utilizados por el profesional de Enfermería, para prevenir las úlceras por presión en los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos,

Teóricamente la investigación busca a través de la aplicación de marcos conceptuales relacionados con las técnicas terapéuticas utilizadas por la enfermera (o), indagar y mejorar la intervención del profesional de Enfermería.

Así mismo este estudio será de gran ayuda para los profesionales de la salud, en investigaciones futuras relacionadas con el tema.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación.

En este capítulo se hace referencia y se señalarán algunos antecedentes sobre el tema y las bases teóricas que sustentan la variable en estudio, Sistema de Variable, y la Operacionalización de la Variable

Carrillo, M (2004) realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, experimental y prospectivo, el cual nace del problema de que existen adultos mayores en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno (H.B.O.), que desarrollan úlceras por presión o escaras, durante su hospitalización, las cuales pueden llegar a ser disminuidas en cuanto a número y gravedad. Para llevar a cabo esta investigación, se utilizó un protocolo de atención para pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión ya validado en otros países basado en la evidencia científica; adaptándolo a la realidad y los recursos tanto económicos como humanos existentes en el Servicio de Medicina Interna del H.B.O. Además de considerar los fundamentos científicos, el protocolo debe considerar los fundamentos de la teoría es por esto que además en el protocolo que se propone para prevenir las úlceras por presión se aplica la teoría del déficit de autocuidado de Orem, debido al carácter integral que ésta posee. Para desarrollar este estudio se formaron dos grupos, los cuales a su vez se dividieron en tres subgrupos iguales, con variables ya establecidas como sexo: femenino; patología: limitación crónica del flujo aéreo y grado de autovalencia, esta última variable, de acuerdo a la escala Nova 5 de valoración de riesgo de úlceras por presión, que se encuentra en el protocolo. Al primer grupo de control no se le aplicó el protocolo de atención, sólo las medidas que normalmente se llevan cabo en el servicio y, el segundo grupo de estudio a quienes –previo consentimiento informado- se les aplicó el protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión.

En este estudio se concluyó que la mayoría de los pacientes del estudio tenían alto riesgo de desarrollar UPP, todos los pacientes que presentaron úlcera tenían riesgo de desarrollarla, y la baja incidencia de úlceras obtenida permite considerar apropiado el protocolo de cuidados.

Por otro lado Quesada R y García, R (2007) realizaron una investigación sobre; Evaluación del grado de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y el cuidado de úlceras por presión en unidades críticas. El objetivo del estudio fue determinar el grado de conocimiento de las enfermeras de estas Unidades sobre las recomendaciones basadas en evidencias de prevención y tratamiento de UPP. Metodología. Estudio descriptivo transversal realizado en 8 Unidades Críticas de 3 hospitales. La muestra fue de 171 enfermeras. El instrumento utilizado fue un cuestionario ad hoc auto administrado sobre recomendaciones basadas en evidencias respecto a 11 intervenciones preventivas y 11 de tratamiento de UPP. Las preguntas tienen 5 opciones de respuesta, 1 de ellas válida; se recogieron además datos socio demográficos y de opinión. Resultados. Se recogieron 120 cuestionarios válidos. En materia de prevención, la media de recomendaciones conocidas fue de 6,53. Respecto al tratamiento ésta fue de 5,60.

Cuyas conclusiones fueron: El grado de conocimiento de las enfermeras del estudio sobre las recomendaciones de prevención de UPP disminuye con los años de profesión. Se conocen mejor éstas que las de tratamiento, pero el conocimiento general de las recomendaciones dista de ser el ideal.

Las investigaciones anteriormente nombradas se toman como antecedentes por la relación que tienen con la variable en estudio. Cabe destacar que determinaron la importancia que tiene la aplicación de cuidados de enfermería como medidas preventivas para las UPP, en pacientes hospitalizados en un tiempo prolongado, lo que influye en la satisfacción de la atención prestada, objeto de estudio de la investigación

BASES TEÓRICAS

Ulceras por Presión

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

En tal sentido Gneapp, J (2003) dice que las úlceras por presión. Constituyen hoy en días un importante problema de salud por sus repercusiones en diferentes ámbitos, tales como el nivel de salud de quienes lo padecen, la calidad de vida de los pacientes y los trastornos de sus cuidadores

Aparición de las úlceras.

Baptista, A (1999) refiere que hay cambios en la piel del paciente asociados al envejecimiento que favorecen la aparición de las úlceras. Los cuales se describen de la siguiente manera.

-La piel de los ancianos tiene una regeneración más lenta.

-Existe una disminución de la fuerza de unión de la célula de la epidermis, con un retardo en la regeneración y una disminución del riego sanguíneo en la dermis.

-A esto se debe agregar que disminuye o se pierde la sensibilidad al dolor, se adelgazan todas las capas de la piel y se alteran los tejidos elásticos y colágeno que la componen.

-La falta de la Vitamina C puede aumentar la fragilidad de los vasos sanguíneos y del tejido graso que de alguna manera sirve como colchón de nuestro cuerpo, reduciendo de esta forma su protección y facilitando la producción de lesiones por presión.

-Si lo anterior se agrega la individualidad o postración del enfermo, las constantes abrasiones, la humedad producto de las incontinencias tanto urinaria como fecal, los factores ambientales como los colchones y sillas de ruedas y los factores iatrogénicos como una excesiva prescripción de reposo o de medicamentos sedantes e hipnóticos a dosis inconvenientes para nuestro ancianos, entonces existe una elevada probabilidad de producir una escara.

-De los factores físicos directamente involucrados en la formación de una ulcera por presión, sin duda el más importante es la presión física.

-La presión de la pequeña circulación de los tejidos como la piel no es tan elevada de manera que si estos se hallan sometidos a una compresión externa, éste puede equiparse o superar a la presión del capilar sanguíneo, generando la citada isquemia al suspenderse el riego de la zona afectada, una persona puede recibir presiones superiores en los vasos a la presión de su circulación.

-La fricción, producto del roce con la ropa de cama y sus pliegues, así como el cizallamiento entre dos capas de la piel y la maceración por la humedad de los tejidos, el efecto de la presión sobre los lugares expuestos.

-El padecer de los vasos sanguíneos que de algún modo faciliten su lesión.

-La desnutrición e incluso la obesidad, juegan un rol negativo y favoreciendo de las escaras.

En tal sentido las zonas donde se producirá la lesión dependerán de la posición y el tipo de reposo que efectúe el enfermo, así, los que están recostados más tiempo de lado sufrirán más daño en los hombros, cadera, cara inferior de las rodillas y tobillos. Los que toman una posición boca arriba, tendrán problemas en la espalda, glúteos y talones. En todo caso la úlceras por presión pueden aparecer en la piel de cualquier sitio del cuerpo. Por lo que es importante que se le preste cuidados para evitar el deterioro de la misma y evitar la aparición de las úlceras.

Etapas del desarrollo de las úlceras

Las etapas en la formación de úlceras por presión según Baptista, A (1999) dependen del compromiso de las distintas capas de tejidos:

1º Etapa: Enrojecimiento de la piel que desaparece con la presión.

2º Etapa: Enrojecimiento, edema e induración de la piel y los tejidos subyacentes. En ocasiones vesículas epidérmicas y/o descamación.

3º Etapa: Necrosis de la piel con exposición de tejido graso.

4º Etapa: Necrosis de, la piel y grasa.

5º Etapa: La necrosis se extiende hasta el músculo.

6º Etapa: Destrucción ósea desde incipiente hasta avanzada. Posibilidad de osteomielitis, artritis séptica, fractura patológica y septicemia.

En tal sentido la UPP aparece en pacientes que soportan presión continua de las prominencias óseas (sacro, isquion, trocánteres mayores, maléolos, talones, etc. dependiendo de la posición del enfermo) sobre planos duros. La intensidad y duración de la presión ejercida son los factores desencadenantes principales, pero existe además otra serie de factores que favorecen la aparición de la UPP y que es útil conocer desde el punto de vista de la prevención, los cuidados del paciente mientras está inmovilizado y el tratamiento cuando el problema se ha presentado.

Causas de las Úlceras por Presión.

Las personas que no pueden moverse tienen mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión. Este grupo comprende a las personas paralizadas, muy debilitadas o recluidas, también susceptibles las que no son capaces de sentir malestar o dolor, señalen que esto induce al movimiento. La lesión de un nervio (por una herida, un golpe, diabetes u otras causas) disminuye la capacidad de sentir dolor. Un coma también puede disminuir esta capacidad de percepción. Las personas con desnutrición carecen de las capas de

grasas protectora y su piel privada de nutrientes esenciales, no cura correctamente en estas personas además se ven aumentando el riesgo de desarrollar úlceras de presión.

Coiffman F, (2000) refiere que existen factores que causan las UPP, los cuales son factores del paciente y factores externos.

Factores del Paciente

Movilidad del paciente: Puesto que la causa de las úlceras por presión es el trauma prolongado sobre una misma zona, cuanto menor capacidad tenga el paciente para cambiar su posición, mayor probabilidad existe de que aparezca el problema. La atrofia muscular derivada de la inmovilidad reduce el almohadillado y predispone a la úlcera.

Percepción de los estímulos dolorosos: Por la misma razón, la insensibilidad al dolor favorece la aparición de úlceras por no provocar una respuesta de cambio postural. Los enfermos con lesión en las vías nerviosas conductoras de la sensibilidad, o con características psicológicas particulares (ensimismadas, deprimidas) tienen un mayor riesgo de presentar úlceras por presión.

Obesidad: En principio, los tejidos del obeso dispersan el peso sobre una superficie mayor. Sin embargo, el riego sanguíneo de los tejidos y, en consecuencia, su nutrición y oxigenación son deficientes, lo que a su vez favorece la aparición del problema.

Delgadez: Cuando el almohadillado de grasa y músculo entre las prominencias óseas y la piel es escaso, el peso del cuerpo se concentra sobre ellas provocando el problema. Además, una delgadez extrema suele denotar un déficit nutritivo importante; con los déficits proteicos el organismo pierde la materia prima para regenerar los tejidos dañados y el problema se acelera. Los déficits de vitaminas C y B y zinc también pueden ocasionar este tipo de problemas. Edemas: La acumulación de líquido en los tejidos intersticiales, tanto si es de origen nutricional (déficit proteico) como por otro

tipo de patología, reduce la oxigenación y nutrición de los tejidos, favoreciendo la lesión.

Elasticidad y Compresibilidad de los tejidos: Los tejidos de los ancianos son poco elásticos y se comprimen con facilidad, suspendiendo el riego sanguíneo de la zona afectada por la presión. La deshidratación contribuye por este mecanismo a la aparición de úlceras.

Riego Sanguíneo: Durante la ancianidad, los vasos capilares sufren unos cambios normales que reducen la irrigación sanguínea en la piel. El problema se agrava si existe patología vascular sobreañadida o procesos con alteraciones vasculares y de la microcirculación (diabetes por ejemplo), favorecen la aparición de úlceras por presión.

Los trastornos sistémicos: Estos en general, y las infecciones en particular predisponen al trauma por presión al aumentar las necesidades nutritivas de las células y las pérdidas de líquidos, lesionar la circulación y, en ocasiones, reducir el ingreso nutricional.

Factores Externos

Duración de la presión: La microcirculación se obstruye con facilidad con presiones leves. Por ello, a la hora de producir lesión, tiene más importancia la duración de la presión que su intensidad: es menos perjudicial una presión importante de corta duración, que presiones leves mantenidas en el tiempo.

Posición o postura inadecuada: El grado de presión sobre las prominencias óseas se modifica fácilmente con la posición. La presión sobre las tuberosidades del isquion es mayor al permanecer sentado con los pies sostenidos que cuando estos cuelgan libres, pues en esta última el peso se distribuye a lo largo de toda la cara posterior de los muslos. La presión sobre la zona sacra y las fuerzas de desgarramiento sobre los tejidos de esta zona son mayor cuanto mayor es la elevación de la cabecera de la cama.

Vestidos y ropas de cama: Las ropas rasposas y arrugadas contribuyen a concentrar la presión en ciertas zonas. La posibilidad de que las ropas se arruguen es mayor a mayor número de capas. Los cuerpos extraños y partículas entre la ropa son igualmente perjudiciales.

Humedad: La humedad contribuye a la maceración de la piel, más cuando proviene de líquidos irritantes como el sudor, la orina o las heces. Es primordial una adecuada higiene para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

Acciones de Enfermería

Las acciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

Con respecto a las acciones, Iyer, P (2000) señala:

Las acciones dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica. En cuanto a las interdependientes refiere que son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud, estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, y otros. Las independientes son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico. (p. 16)

En tal sentido estas acciones deben ser coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo. Deben de estar basadas en principios científicos, se emplearán para

proporcionar un medio seguro y terapéutico, van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje, comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Acciones de Cuidados de Enfermería para la prevención de las UPP

Sánchez G. (2007) define los cuidados de enfermería para la prevención de las úlceras por presión como todas aquellas acciones que se llevan a cabo de forma sistemática y organizada siguiendo un orden específico de procedimientos que se adecuen a las necesidades del paciente.

De acuerdo con el autor los profesionales de enfermería deben de realizar un serie de acciones de manera organizada, para lo cual debe de tomarse en consideración las condiciones del paciente crítico; ya que el estudio está dirigido a pacientes que se encuentra hospitalizados en la UCI del Centro Especialidades Anzoátegui.

Un paciente en estado crítico es aquel que presenta alteraciones vitales de uno o más sistemas que ponen en peligro su vida y que requiere de intervenciones inmediatas para corregir la condición que desencadenó el cuadro y dar así un manejo adecuado, ya que de lo contrario se perpetuaría su estado crítico y podría causarle la muerte.

Sánchez G. (2007) “El paciente crítico se refiere al que tiene un riesgo vital importante. Un paciente puede llegar a un estado crítico por situaciones urgentes inesperadas: accidentes, atentados...No se prevén o situaciones programadas: un trasplante, una operación”.

En referencia para dar esta atención fueron creadas las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) las que define Castillo Valery, A .(2002) como áreas hospitalarias especialmente diseñadas y programadas para la atención de estos pacientes graves con posibilidad de recuperarse, que son los llamados pacientes críticos o críticamente enfermos; sin embargo no siempre se debe correlacionar el paciente crítico con la hospitalización en la UCI, ya que dichos pacientes pueden estar en cualquier área hospitalaria y ser potencialmente candidatos de traslado a dicha unidad.

Es evidente, que un paciente de estas características, representa un reto de enormes proporciones para el profesional de enfermería, ya que para llevar a cabo su cuidado, debe reunir los conocimientos y destrezas que le permitan valorar y corregir alteraciones en el funcionamiento de los sistemas y propender a su recuperación.

Por tal razón, la enfermera (o) debe dar un cuidado integral al paciente crítico, utilizando la metodología del proceso de atención en enfermería, los principios éticos y legales en la toma de decisiones y desenvolverse en un ambiente interdisciplinario como miembro de un equipo de salud. Una de las mayores complicaciones que presentan estos pacientes es la Aparición de las UPP, por lo que los profesionales de Enfermería que realizan sus jornadas de trabajo dentro de estas unidades deben de cumplir un rol de actividades preventivas que le garanticen al paciente el restablecimiento de la salud sin tener complicaciones.

Acciones de higiene corporal

Estas acciones están dirigidas a mantener al paciente con un óptimo estado de higiene, para ello deben de proporcionar los cuidados como lo son: el baño en cama, champú en cama, higiene bucal, limpieza de desechos biológicos. (heces, Vómito y otros).

De acuerdo con Herald, B (2000) La higiene debe ser diaria con agua y jabón neutro (PH5) para eliminar todo el resto de sudor y secreciones, que favorecen la proliferación microbiana. El jabón neutro realiza una acción defensiva eliminando por arrastre mecánico los restos de sudor y secreciones, así como la flora cutánea transitoria, mantiene el equilibrio de sus factores hídricos y restituye a la epidermis su manto ácido. El objetivo es limpiar sin alterar el PH ácido superficial de la piel sin privarla de su emulsión natural (ácidos grasos) para mantener íntegra su función de defensa frente al ambiente exterior.

Acciones dirigida a la movilización del enfermo

Los pacientes en estado crítico no pueden movilizarse por sus propios medio, de tal manera que el profesional de enfermería debe realizare constantemente cambios de posición de acuerdo a la que corresponda, y proporcionarle ejercicios pasivos; ya que el grado de presión sobre las prominencias óseas se modifica fácilmente con la posición.

Al respecto Herald, B (2000) refiere que se debe procurar posiciones adecuadas, que eviten las presiones prolongadas en una misma zona sobre la piel. Cambiar frecuentemente la posición. En paciente encamados como máximo cada dos horas, y en silla de ruedas cada 10-15 minutos. Instruir a los pacientes sobre su necesidad y el método para hacerlo por sí mismos.

Hernández T. (2002) resalta las técnicas e importancia del cumplimiento de las medidas de prevención a pacientes con discapacidad específicamente ya que los cuidados generales se le aplican a todos los pacientes, mas sin embargo, los cuidados especiales solo son aplicados a los que realmente dependen del personal de salud y dice que el cuidado de la piel, evitar la sequedad, evitar lesiones, la humedad, manejo de la presión y movilización son elementales en la buena salud de los pacientes.

Acciones de valoración del estado de la piel

La valoración es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes. En este caso los profesionales de enfermería deben de realizar vigilancia constante en las zonas donde la piel sufre mayor presión y están en riesgo de sufrir UPP.

Kozier, B y Col (2000) Observar sistemáticamente implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse, diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo

es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados. De tal manera que los conocimientos profesionales deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del paciente encamado como lo son la observación de la humedad en las zonas de riesgo, enrojecimiento en las prominencias óseas, y el estado de hidratación de la piel, esto abarca también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

Acciones de estimulación de la circulación cutánea

Dueñas, A (2004) El flujo de sangre es inversamente proporcional a la resistencia; el incremento de la resistencia como ocurre en la vasoconstricción, disminuye el flujo y la disminución de la resistencia como ocurre en la vasodilatación, aumenta del flujo. (p.13)

Por tal motivo es recomendada la actividad física en los pacientes sometidos a reposo prolongado; los beneficios que provee el ejercicio físico son muy variados; los masajes tienen la finalidad de la activación de la circulación en los tejidos, favorecer la relajación y lograr el bienestar. En tal sentido se realizarán con movimientos circulares, lentos de manera delicada pero firme; cada sesión ha de durar un mínimo de 10 minutos usando para ello una pomada grasa o alcohol, se emplea la mano moviendo la piel y tejido celular subcutáneo sobre la prominencia ósea que está debajo. Cuando se cambie de posición el masaje se debe realizar sobre las zonas que el enfermo ha estado apoyado y donde la presión ha causado estancamiento sanguíneo.

Acciones para proteger de presión, la superficie cutánea

Se realiza en enfermos inconscientes o paralizados para ayudar al mantenimiento de una buena irrigación de los tejidos. Soriano, V. (2002) sustenta en que el uso de materiales especiales es fundamental para la buena evolución de los pacientes.

Espuma adhesiva (Reston): De células abiertas de poliuretano, se emplea para proteger áreas que soportan una mayor presión. De la pieza se recortan los trozos a la medida a la zona a proteger y se adhiere a la piel, colocándola de forma piramidal. Se utiliza en maléolos, talones y codos. Deben cambiarse a diario. No las usaremos en zonas erosionadas o necrosadas.

Funda Tubular (Precortada o guarnecida con espuma): Para proteger los talones o codos, de textura de punto tubular de algodón. Evita la compresión prolongada: favoreciendo la libre circulación sanguínea, previniendo la ulceración y evitando la progresión de las úlceras preexistentes. Reduce el tiempo de presión: facilitando la labor del personal sanitario a la hora de efectuar cambios posturales frecuentes. Redistribuye la presión: que no se ejerce en un solo punto sino que se reparte por una mayor superficie. Acelera el proceso de cicatrización.

Mullipel (piel de cordero o felpa): Forrada de poliéster, puede cubrir toda la superficie de la cama. La parte de lana debe colocarse hacia arriba pues es más eficaz en contacto con la piel. El vello denso proporciona una superficie elástica y adaptable que produce una dispersión del peso; permite la circulación de aire y la evaporación, evita la fricción, absorbe la humedad y se mantiene limpia. La piel artificial también proporciona buenos resultados. Su funcionamiento es similar al natural.

Colchón antiescaras: Existen multitud de tipos; su función es disminuir la presión de las zonas de apoyo, estando indicado en enfermos inmovilizados que además pueden presentar: Hipertermia (sudoración). Incontinencia Vesical (y/o fecal). Alteraciones del Riego Sanguíneo. Alteraciones del Aparato Locomotor (fracturas). Problemas Neurológicos.

Camas especiales: Se utilizan para conseguir una redistribución automática frecuente y regular, mediante presión corporal alternante. Mediante un motor la cama gira desde la posición horizontal hacia un lado u otro en un ángulo de 45°, y así el peso del paciente se inclina primero hacia un lateral y después hacia el otro, durante un período determinado y de modo continuo. Algunas camas están dotadas de pórtico de

suspensión, con empuñadura de tracción y poleas. Otro tipo es la cama giratoria que consta de dos superficies, de descanso suspendida en un fuerte bastidor. Una de estas superficies está prevista para la posición en decúbito supino y la otra para la posición inversa, mediante un giro de 180°.

En tal sentido este tipo de materiales son eficaces porque cada uno cumple con funciones que facilitan la adecuada circulación sanguínea oxigenación y eviten la presión continua de una zona determinada por la cual se previene la aparición de las úlceras por presión. También existen otros tipos de materiales y métodos como lo son sacos de alpistes, san Antonio etc.

Acciones dirigidas al cambio de cama

Normalmente durante el arreglo de cama se debe aplicar o colocar un soporte para la movilización posterior y cumplimiento de cambios posturales cada 2 horas, la lencería debe quedar totalmente lisa, sin arrugas ni grumos que no eviten la circulación sanguínea constantemente y posterior a cada cambio postural se debe estirar la lencería. la lencería de pacientes que requieren cuidados especialmente a que permanezcan en reposo ameritan del uso de las lencerías especial, considerando que cuando está en sintética agudiza o coopera a la aparición de estas lesiones.

Al respecto Pérez, G. (2002) dice que la lencería adecuada para estos pacientes es la que es fabricada con tejidos naturales y se deben evitar cojines con romero y colonias por otra parte la lencerías utilizadas por pacientes discapacitado debe tener un peso minúsculo, considerando que los pacientes que utilizan lencerías aumentan el riesgo de sufrir lesiones cutáneas.

Cabe destacar que Korzier, y Erbi (1999) dicen que el profesional de enfermería en el cumplimiento de las funciones asistenciales deben emplear técnicas durante el arreglo de la cama que garantiza el confort comodidad y evite que la circulación sanguínea se interrumpa y produzcan trastorno cutáneas

En tal sentido el arreglo de cama es una de las funciones de los profesionales de Enfermería, cuya finalidad es proporcionar confort y a la vez evitar que los pacientes encamados sufran de UPP.

TEORÍA DEL “AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM”

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo" (Marriner,1999).

Dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Dueñas, A (2004) define tres tipos de requisitos de autocuidado:

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los

efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez. (Marriner, 1999).

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están Vinculados a los estados de salud. (Marriner, 1999)

BASES LEGALES

Esta investigación está sustentada por las leyes que protegen la salud de los individuos en Venezuela tales como:

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y la Ley Orgánica de la Salud.

CONSTITUCION DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

Capítulo V

DE LOS DERECHOS SOCIALES Y DE LA FAMILIA

Artículo 83

Del estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollara políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 84

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los

principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería
LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA

Capítulo I
Disposiciones Generales

Artículo 2.

A los efectos de esta Ley, se entiende por ejercicio de la enfermería, cualquier actividad que propenda a:

1. El cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, tomando en cuenta la promoción de la salud y calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, debiendo mantener al máximo, el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano.

2. La práctica de sus funciones en el cuidado del individuo, donde ésta se sustenta en una relación de interacción humana y social entre el o la profesional de la enfermería y el o la paciente, la familia y la comunidad. La esencia del cuidado de enfermería está en cuidar, rehabilitar, promover la salud, prevenir y contribuir a una vida digna de la persona.

3. Ejercer sus funciones en los ámbitos de planificación y ejecución de los cuidados directos de enfermería que le ofrece a las familias y a las comunidades.

4. Ejercer las prácticas dentro de la dinámica de la docencia e investigación, basándose en los principios científicos, conocimientos y habilidades adquiridas de su formación profesional, actualizándose mediante la experiencia y educación continua.

Sistemas de Variables.

Variable. Cuidados de enfermería en la prevención de la ulcera por presión.

Definición conceptual: Sánchez G. (2002) define los cuidados de enfermería para la prevención de las úlceras por presión como todas aquellas acciones que se llevan a cabo de forma sistemática y organizada siguiendo un orden específico de procedimientos que se adecuen a las necesidades del paciente.

Definición operacional: Son todas aquellas acciones que son llevadas a cabo por el profesional de Enfermería con el fin de evitar la aparición de posibles complicaciones en los pacientes encamados.

Operacionalización de Variables.

Variable: Cuidados que proporciona el profesional de enfermería para la prevención de las úlceras por presión a los pacientes hospitalizados en la UCI.

Definición Operacional: Son Las acciones independientes realizadas por la enfermera para prevenir la aparición de Úlceras Por Presión en la piel de los enfermos, hospitalizados en uci con dependencia total del cuidado de enfermería.

Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores.	ÍTEMS
<p>Acciones independientes de prevención. Se refiere a las acciones autónomas que realiza la Enfermera, para prevenir aparición de las úlceras por presión en los enfermos hospitalizados de la uci. (Movilización, higiene corporal, Valoración de la piel, Masajes, evitación de la presión cutánea, cambio de la cama).</p>	<p>Acciones dirigidas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Higiene corporal ▪ Movilización del enfermo ▪ Valoración del estado de la piel ▪ Masajes de estimulación para la circulación cutánea ▪ Proteger de presión, a la superficie cutánea ▪ Cambio de ropa de cama 	<ul style="list-style-type: none"> • Baño completo en cama • Higiene bucal • Limpieza de desechos biológicos. (Heces, orina, vómitos y otros) • Cambios posturales • Ejercicios Pasivos • Observación de signos de alteración cutánea en zonas de riesgo. • Masajes en áreas de riesgo • Colocar elementos de alivio de presión. (Ejemplo. Colchones anti escaras, medias anti embolicas, sacos de alpiste, san Antonio, otros) • Colocación adecuada de sabanas 	<p>1,2,3 4,5 6,7,8</p> <p>9,10,11 12,13</p> <p>14,15,16</p> <p>17,18,19</p> <p>20,21,22</p> <p>23,24,25</p>

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

ASEO DEL ENFERMO - Aseo en Ducha y en Baño: El aseo en Bañera tiene un efecto RELAJANTE y el aseo en Ducha tiene un efecto ESTIMULANTE.

ATENCIÓN PERMANENTE: Atención activa a lo largo de las 24 horas del día, todos los días del año, durante todo el ciclo biológico.

CAMA OCUPADA: Con enfermo encamado.

CAMBIOS POSTURALES: ROTACIÓN: Decúbito lateral izquierdo -> Decúbito supino -> Decúbito lateral derecho -> Decúbito lateral izquierdo. / **REALIZACIÓN:** Cambio cada 2-3 horas.

COLCHONES: Es el más usado. Duro, rígido, para mantener la postura anatómica correcta. Evita la presión de las prominencias óseas, para evitar las úlceras por decúbito, se coloca sobre el colchón de muelles. Conectado a un motor, eleva o disminuye la presión que hay en el interior del colchón, para evitar las úlceras por decúbito.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

ÚLCERA: Lesión secundaria de la piel. Pérdida de sustancia, muy profunda, ocupa la Dermis, Epidermis e Hipodermis. / Solución de continuidad de la piel y mucosas, con pérdida de tejido superficial.

ÚLCERAS POR DECÚBITO: Lesiones producidas por una presión sobre un plano o prominencia ósea, provoca un bloqueo del riego sanguíneo a este nivel, apareciendo en consecuencia una degeneración rápida de los tejidos como consecuencia de la disminución de oxígeno en la zona.

ÚLCERAS POR DECÚBITO – Prevención: Piel en buenas condiciones (higiene); Activar la circulación (masajes); Eliminar la presión (cambios posturales cada 2 ó 3 horas); Utilizar cremas de protección con vitamina A; Colchón Alternating y Cama Rototest; En el caso del enfermo encamado es importante dar masajes en todo el cuerpo, no solo en los puntos de apoyo; **ALIMENTACIÓN:** dieta hiperproteica, rica en vitamina C y beber abundantes líquidos.

UNIDAD DE ENFERMERÍA: La Unidad de Enfermería de un hospital está compuesta por: Salas de enfermos o habitaciones, Control de enfermería, Office (oficio), Cuarto de sucio, Lencería, Farmacia, Sala de curas o exploración, Fichero, Sala para visitas, Pasillos, Aula.

UNIDAD DEL PACIENTE: Sinónimo de habitación (Continente + Contenido), es decir, habitación, mobiliario y material que utiliza cada paciente. Existen unidades de pacientes con una, dos, tres o más camas.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

El presente estudio está enmarcado dentro de una investigación descriptiva con diseño de campo.

Según Hurtado, J. (2002) refiere “La investigación descriptiva tiene como objetivo central lograr la descripción o caracterización del evento de estudio dentro de un contexto particular” (p. 223). El diseño es de campo, la investigación se centra en hacer el estudio donde el fenómeno se da de manera natural, de este modo se busca conseguir la situación lo más real posible.

Población y muestra

Es definida por Morlés, V (2001) como “el conjunto para el cual serán validos las conclusiones que se obtengan para los elementos o unidades involucradas en la investigación” (p. 17). Al inferir sobre lo expuesto por el autor se puede decir que la población es el conjunto de sujetos determinados, estudiados para obtener información correspondiente al caso. En esta investigación, la población estuvo constituida por once (12) Profesionales de Enfermería que laboran en los diferentes turnos en la unidad de cuidados intensivos del Centro de Especialidades Anzoátegui, y cuatro pacientes los cuales se encuentran hospitalizados esta unidad.

Método e instrumento de recolección de datos

La recolección de los datos de esta investigación se realizó a través de la técnica de la observación utilizando como instrumento un guía de observación estructurada con preguntas cerradas dicotómicas con alternativas de Si-NO, conformado por veinte y cinco (25) Ítems. Acevedo, R. y Rivas J. (2.003) dicen: “que la observación

es planificada y controlada, está sujeta a controles de validez y fiabilidad, utiliza medios e instrumentos propios, según los medios utilizados: observación no estructurada, observación estructurada” (Pág. 66).

Procedimientos para la Recolección de Información

Se solicitó permiso por medio de una comunicación dirigida a la oficina de dirección con atención a la coordinación de Enfermería del Centro de Especialidades Anzoátegui, para obtener los datos requeridos por el estudio y a la vez participar el desarrollo de la investigación y así aplicar los instrumentos, encuestas tipo cuestionario

Se aplicó el instrumento de recolección de datos a los profesionales de enfermería seleccionados para la muestra de la investigación.

Una vez aplicado el instrumento se procederá a la tabulación y categorización de los datos para su posterior análisis

Confiabilidad

Para obtener la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto de 8 enfermeras que laboran en el Centro de Especialidades Anzoátegui, que poseían las mismas características de la población en estudio. Según Hernández y otros (2003), la confiabilidad se refiere “Al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados” (p. 212).

Validez

Según Pineda y Otros (2000) se refiere a “la validez como otras características importantes que deben poseer los instrumentos de medición, entendida como el grado en que un instrumento logra medir lo que se pretende medir” (p. 172). La validez fue dada por expertos especialistas en el área, los cuales aportaron sugerencias en los referente al contenido, redacción y claridad de las preguntas, las cuales fueron tomadas en cuenta por las autoras para diseño final de los instrumentos.

Plan de tabulación y análisis

La técnica de análisis se refiere al proceso de tabulación de datos que debe especificarse de una manera lógica, secuencial y sistemática. Se procesaron los datos en forma manual a una matriz de doble entrada, para luego proceder al análisis estadístico cuantitativo y los resultados se representan en cuadros estadísticos y gráficos.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

En el presente capítulo se hace referencia a la presentación y análisis de los resultados de la investigación obtenidos de datos, recolectados a través del instrumento realizado para tal fin.

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

A continuación se dan a conocer los resultados de esta investigación. Para ello se realizó el procesamiento de la información a través de la estadística descriptiva (frecuencia y porcentaje).

La información se complementa con los gráficos estadísticos correspondientes

CUADRO N° 1

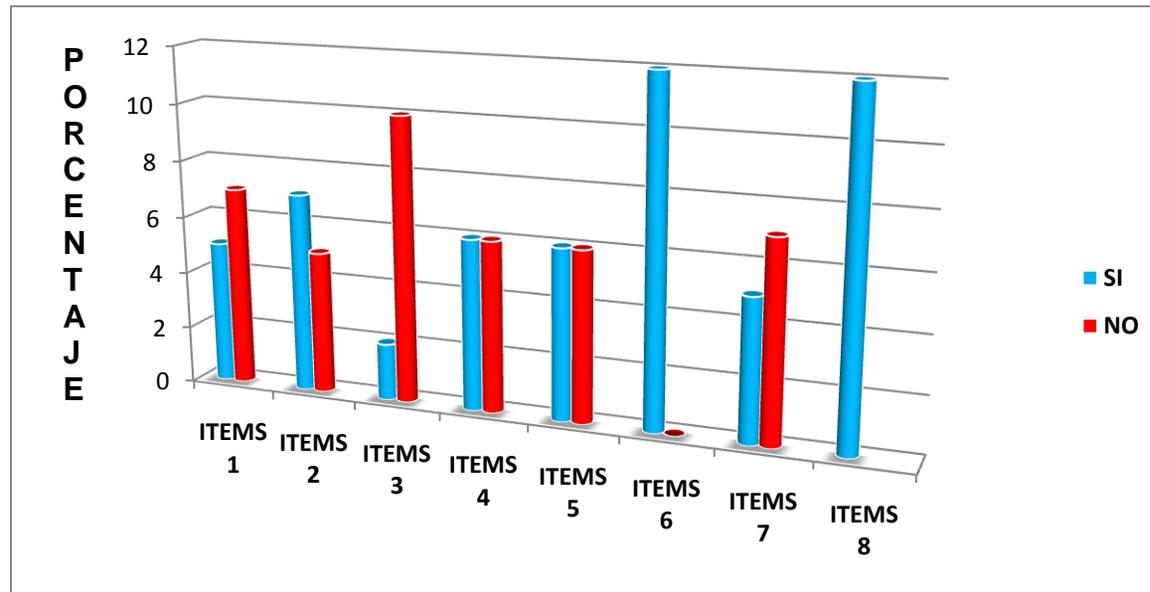
**Distribución absoluta y porcentual de las enfermeras (os) observados (as).
Indicador: ACCIONES DE HIGIENE CORPORAL. UCI del Centro de
Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.**

HIGIENE CORPORAL	SI		NO		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
1. Realiza baño parcial al paciente	5	42	7	58	12	100
2. Realiza baño completo en cama al paciente	7	58	5	42	12	100
3. Realiza champú en cama al paciente	2	17	10	83	12	100
4. Realiza limpieza bucal una vez en el día al paciente	6	50	6	50	12	100
5. Realiza limpieza bucal tres veces al día al paciente	6	50	6	50	12	100
6. Realiza limpieza cada vez que evacua el paciente	12	100	0	0	12	100
7. Realiza limpieza después de cada micción al paciente	5	42	7	58	12	100
8. Realiza limpieza si presenta emésis (vómitos) al paciente	12	100	0	0	12	100

Fuente: Datos recopilados por las autoras (2010). Resultados obtenidos del instrumento aplicado.

GRÁFICO N° 1

Distribución porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador: ACCIONES DE HIGIENE CORPORAL. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.



Fuente: CUADRO N° 1

ANÁLISIS DEL CUADRO Y GRÁFICO N°1

Las acciones que realizan el Profesional de Enfermería en cuanto a la higiene corporal, a los pacientes hospitalizados en la UCI, del Centro de Especialidades Anzoátegui de Barcelona Estado Anzoátegui. Según los resultados obtenidos en el instrumento aplicado es el siguiente: se observó que el 58% de la población estudiada no “realiza baño parcial al paciente”, el 58% se observó que si “Realiza baño completo en cama al paciente”, el 83% se observó que no “Realiza champú en cama al paciente”, un 50% se observa que si “Realiza limpieza bucal una vez en el día al paciente”, mientras que se observa que un 50% si “Realiza limpieza bucal tres veces al día al paciente”, otro resultado el 100% se observó que si “Realiza limpieza cada vez que evacua el paciente”, se observa que el 58% no “Realiza limpieza después de cada micción al paciente”, se observó que el 100% si “Realiza limpieza si presenta emésis (vómito) al paciente”. (Ver cuadro y gráfico N°1)

Los profesionales de enfermería de la UCI, del Centro de Especialidades Anzoátegui de Barcelona Estado Anzoátegui de acuerdo a los resultados expuestos no realizan en un 100% las acciones de higiene corporal, a los pacientes encamados, por lo cual estos pacientes se encuentran en riesgo de sufrir la aparición de úlceras; ya que la higiene corporal es primordial para la prevención de las UPP.

Piedrola Gil y otros (2000) La higiene es una parte de la medicina que se preocupa por aspectos tanto personales como ambientales que afectan a la salud. La higiene se refiere al aseo y la limpieza de las personas, las viviendas y los hogares públicos, pero en un sentido más amplio también incluye un extenso conjunto de prácticas, muchas de ellas promovidas y reguladas por las autoridades con el objetivo de conservar la salud. En este sentido las acciones de enfermería dirigidas al paciente encamado en cuanto a la higiene corporal como lo son: el baño en cama, champú en cama, higiene bucal, son de vital importancia en este tipo de pacientes que presentan un déficit de autocuidado, pues es donde el paciente necesita de una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ya que sobre ella cae el peso de muchas consecuencias tanto positivas como negativas.

CUADRO N° 2

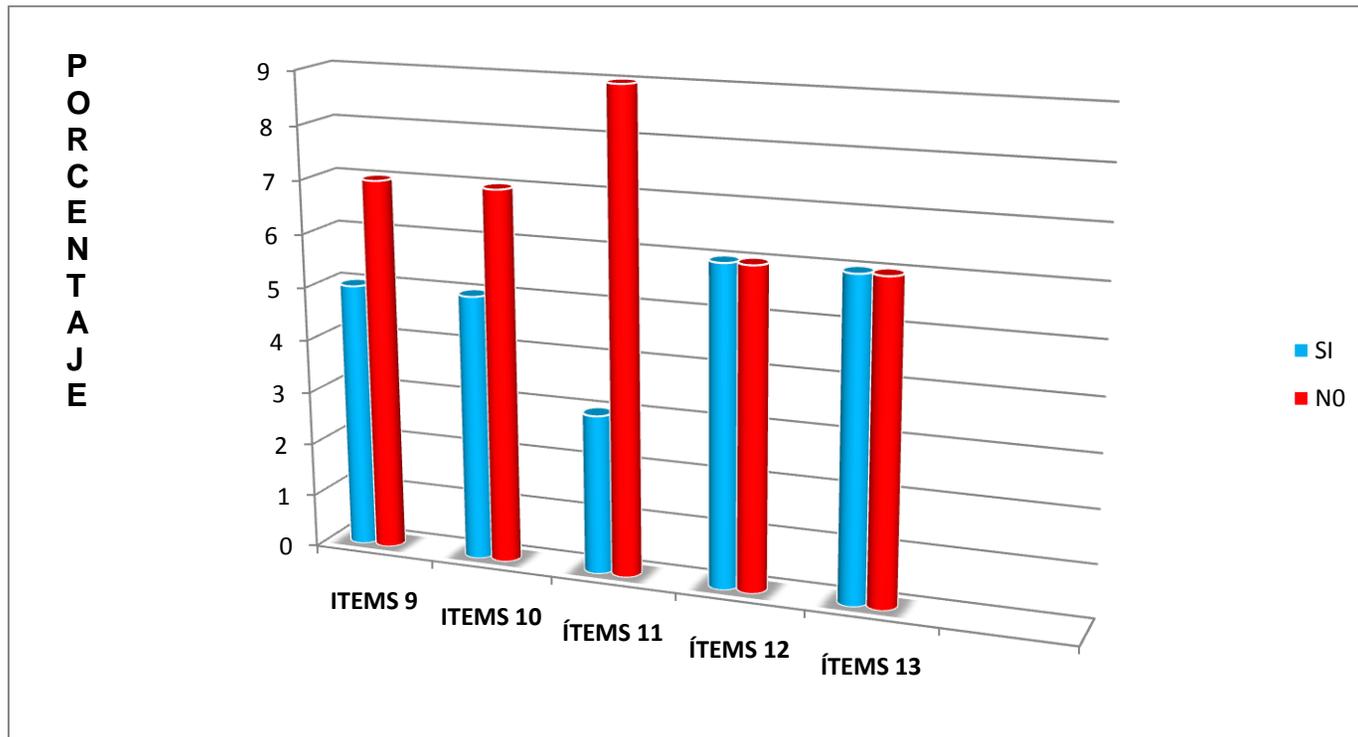
**Distribución porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador:
ACCIONES DIRIGIDAS A LA MOVILIZACIÓN DEL ENFERMO. UCI del
Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.**

MOVILIZACIÓN	SI		N0		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
9. Realiza cambio de posición cada dos o tres horas durante el día al paciente	5	42	7	58	12	100
10. Realiza cambio de posición de acuerdo a la que corresponda: decúbito supino, decúbito prono, decúbito lateral, al paciente	5	42	7	58	12	100
11. Realiza cambio de posición cada cuatro horas durante la noche al paciente	3	25	9	75	12	100
12. Realiza ejercicios pasivos en los miembros superiores al paciente	6	50	6	50	12	100
13. Realiza ejercicios pasivos en los miembros inferiores al paciente	6	50	6	50	12	100

Fuente: Datos recopilados por las autoras (2010). Resultados obtenidos del instrumento aplicado.

GRÁFICO N° 2

Distribución porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador: ACCIONES DIRIGIDAS A LA MOVILIZACIÓN DEL ENFERMO. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.



Fuente: CUADRO N° 2

ANÁLISIS DEL CUADRO Y GRÁFICO N°2

Las acciones que realizan el Profesional de Enfermería en cuanto a las acciones dirigidas a la movilización del enfermo, hospitalizado en la UCI, del Centro de Especialidades Anzoátegui de Barcelona Estado Anzoátegui. Según los resultados obtenidos en el instrumento aplicado es el siguiente: se observó que el 58% de la población estudiada no “realiza cambio de posición cada dos horas durante el día al paciente”, el 58% se observó que no “Realiza cambio de posición de acuerdo a la que corresponda: decúbito supino, decúbito prono, decúbito lateral, al paciente”, el 75% se observó que no “Realiza cambio de posición cada cuatro horas durante la noche al paciente”, un 50% se observa que no “Realiza ejercicios pasivos en los miembros superiores al paciente”, mientras que se observa otro 50% no “Realiza ejercicios pasivos en los miembros inferiores al paciente”,. (Ver cuadro y gráfico N°2)

De acuerdo con estos resultados se observó la falta de cumplimiento de las acciones dirigida a la movilización del enfermo por parte de los profesionales de enfermería de la UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.

Hernández T. (2002) refiere que los Cambios posturales son la movilización continua de los pacientes, la cual debe ser en su mayoría ejecutados según la patología del paciente a cargo del personal de salud y de forma continua para evitar que existan una presión prolongada en un área determinada. En relación a esto los pacientes que se encuentran en las UCI necesitan continuamente que se les realicen cambios de posición, así como también de los ejercicios pasivos en los miembros inferiores y superiores, para evitar la presión prolongada y la aparición de las UPP.

CUADRO N° 3

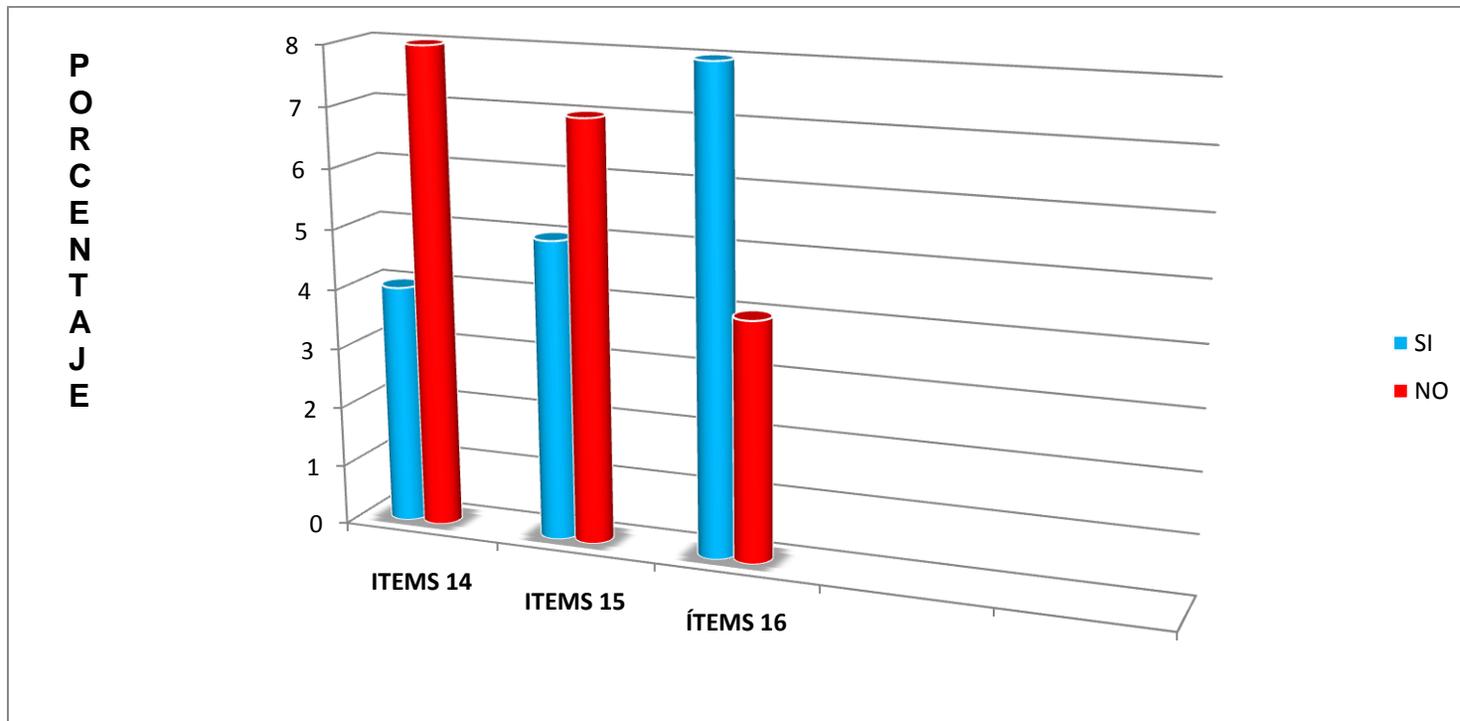
Distribución absoluta y porcentual de las enfermeras (os) observados (as).
Indicador: ACCIONES DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA PIEL. UCI del
Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.

VALORACIÓN	SI		NO		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
1. Realiza observación de presencia de humedad en las zonas de riesgo	4	33	8	67	12	100
2. Realiza observación de enrojecimiento en las prominencias óseas	5	42	7	58	12	100
3. Revisa que la piel del paciente permanezca hidratada	8	67	4	33	12	100

Fuente: Datos recopilados por las autoras (2010). Resultados obtenidos del instrumento aplicado.

GRÁFICO N° 3

Distribución porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador: ACCIONES DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA PIEL. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.



Fuente: CUADRO N° 3

ANÁLISIS DEL CUADRO Y GRÁFICO N°3

Las acciones que realizan el Profesional de Enfermería en cuanto a las acciones de valoración del estado de la piel, al paciente hospitalizado en la UCI, del Centro de Especialidades Anzoátegui de Barcelona Estado Anzoátegui. Según los resultados obtenidos en el instrumento aplicado se observó que el 67% de la población estudiada no “Realiza observación de presencia de humedad en las zonas de riesgo al paciente”, el 58% se observó que no “Realiza observación de enrojecimiento en las prominencias óseas, al paciente”, mientras que el 67% se observa que si “Revisa que la piel del paciente permanezca hidratada”. (Ver cuadro y gráfico N°3)

Se observa que los profesionales de enfermería no realizan las acciones de valoración del estado de la piel, adecuadamente evidenciándose que solo un 67% revisa al paciente para ver si la piel de este permanece hidratada.

Soto, 2001, refiere que se debe observar la integridad de la piel (especialmente en las prominencias óseas) durante cada sesión de higiene o cambio postural, protegiéndolas en caso necesario. Refiriéndose en este sentido como medida de prevención de las UPP.

CUADRO N° 4

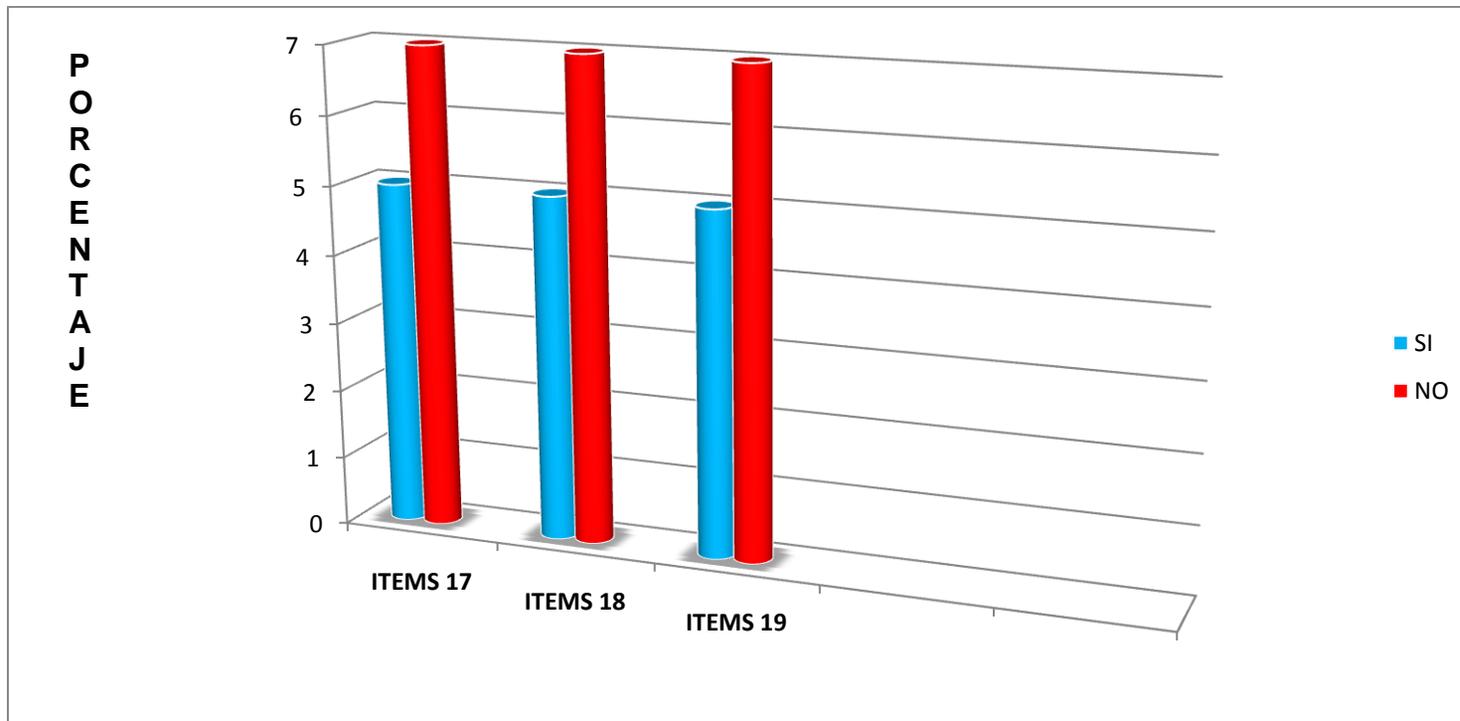
Distribución absoluta y porcentual de las enfermeras (os) observados (as).
Indicador: ACCIONES DE ESTIMULACIÓN DE LA CIRCULACIÓN CUTÁNEA. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.

ESTIMULACIÓN	SI		NO		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
17. Realiza masajes con movimientos suaves y circulares al paciente	5	42	7	58	12	100
18. Realiza masaje con crema grasa o alcohol al paciente	5	42	7	58	12	100
19. Realiza masajes al paciente en las zonas donde la presión ha causado estancamiento sanguíneo	5	42	7	58	12	100

Fuente: Datos recopilados por las autoras (2010). Resultados obtenidos del instrumento aplicado.

GRÁFICO N° 4

Distribución porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador: ACCIONES DE ESTIMULACIÓN DE LA CIRCULACIÓN CUTÁNEA. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.



Fuente: CUADRO N° 4

ANÁLISIS DEL CUADRO Y GRÁFICO N°4

Las acciones que realizan el Profesional de Enfermería en cuanto a las acciones de estimulación de la circulación cutánea, al paciente hospitalizado en la UCI, del Centro de Especialidades Anzoátegui de Barcelona Estado Anzoátegui. Según los resultados obtenidos en el instrumento aplicado se observó que el 58% de la población estudiada no “Realiza masajes con movimientos suaves y circulares al paciente”, el 58% se observó que no “Realiza masaje con crema grasa o alcohol al paciente”, en otro resultado el 58% se observa que no “Realiza masajes al paciente en las zonas donde la presión ha causado estancamiento sanguíneo”. (Ver cuadro y gráfico N°4)

Se observa que los profesionales de enfermería un 58% no realizan las acciones de estimulación cutánea, siendo estas muy importantes; ya que a través de los masajes se estimula la circulación, permita la mejor irrigación sanguínea y el bienestar del paciente.

Dueñas, A (2004) El flujo de sangre es inversamente proporcional a la resistencia; el incremento de la resistencia como ocurre en la vasoconstricción, disminuye el flujo y la disminución de la resistencia como ocurre en la vasodilatación, aumenta del flujo. (p.13)

CUADRO N° 5

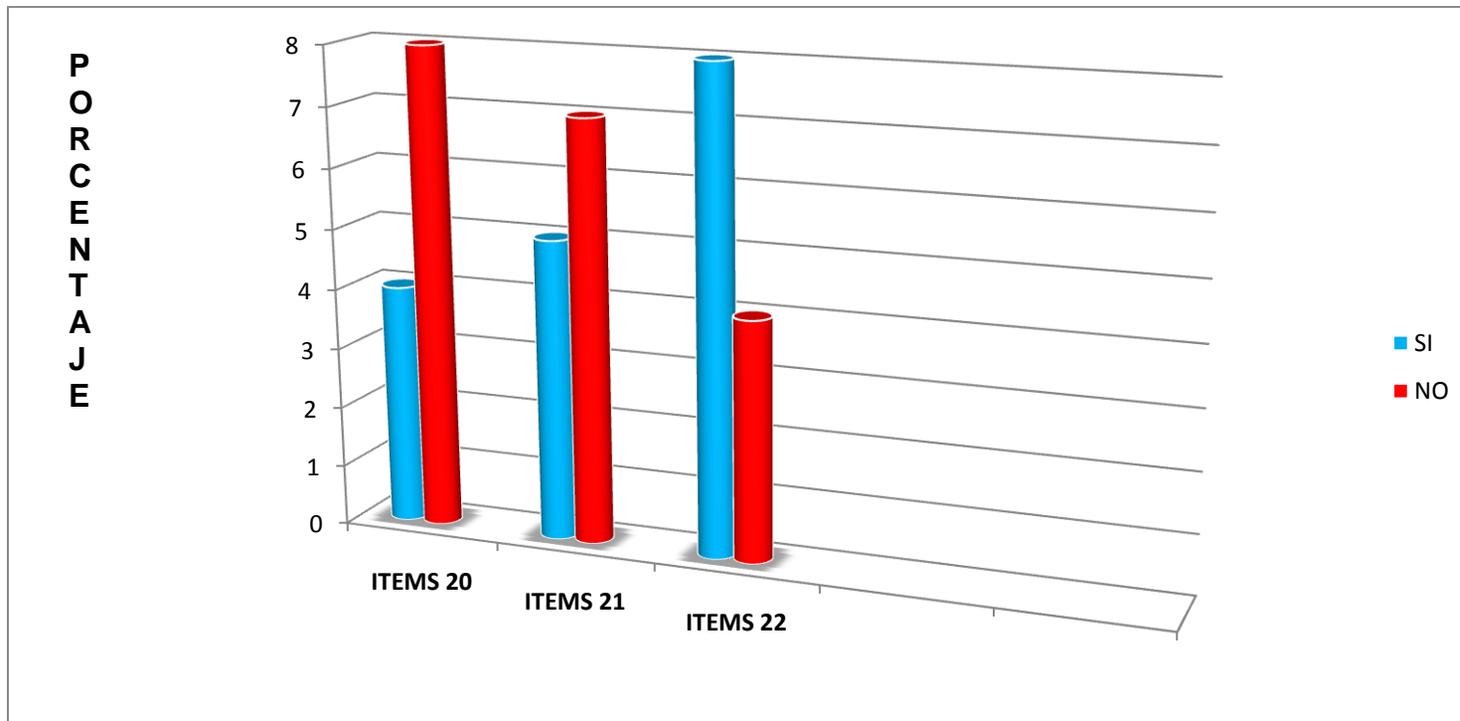
**Distribución absoluta y porcentual de las enfermeras (os) observados (as).
Indicador: ACCIONES PARA PROTEGER DE PRESIÓN. UCI del Centro de
Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.**

PROTEGER DE PRESIÓN	SI		NO		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
20. Coloca colchón anti escaras al paciente	4	33	8	67	12	100
21. Coloca almohadas al paciente	5	42	7	58	12	100
22. Coloca cojines de alpistes al paciente	8	67	4	33	12	100

Fuente: Datos recopilados por las autoras (2010). Resultados obtenidos del instrumento aplicado.

GRÁFICO N° 5

Distribución absoluta y porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador: ACCIONES PARA PROTEGER DE PRESIÓN. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.



Fuente: CUADRO N° 5

ANÁLISIS DEL CUADRO Y GRÁFICO N°5

Las acciones que realizan el Profesional de Enfermería en cuanto a las acciones de valoración del estado de la piel, al paciente hospitalizado en la UCI, del Centro de Especialidades Anzoátegui de Barcelona Estado Anzoátegui. Según los resultados obtenidos en el instrumento aplicado se observó que el 67% de la población estudiada no “Coloca colchón anti escaras al paciente”, el 58% se observó que no “Coloca almohadas al paciente”, mientras que el 67% se observa que si “Coloca cojines de alpistes al paciente”. (Ver cuadro y gráfico N°5)

Se observa que el mayor porcentaje de los profesionales no realizan las acciones de protección de presión cutánea, es importante tomar en cuenta este resultado que, pues la utilización de los materiales especiales forman parte de la disminución de las úlceras por presión.

Soriano, V. (2002) sustenta en que el uso de materiales especiales es fundamental para la buena evolución de los pacientes

CUADRO N° 6

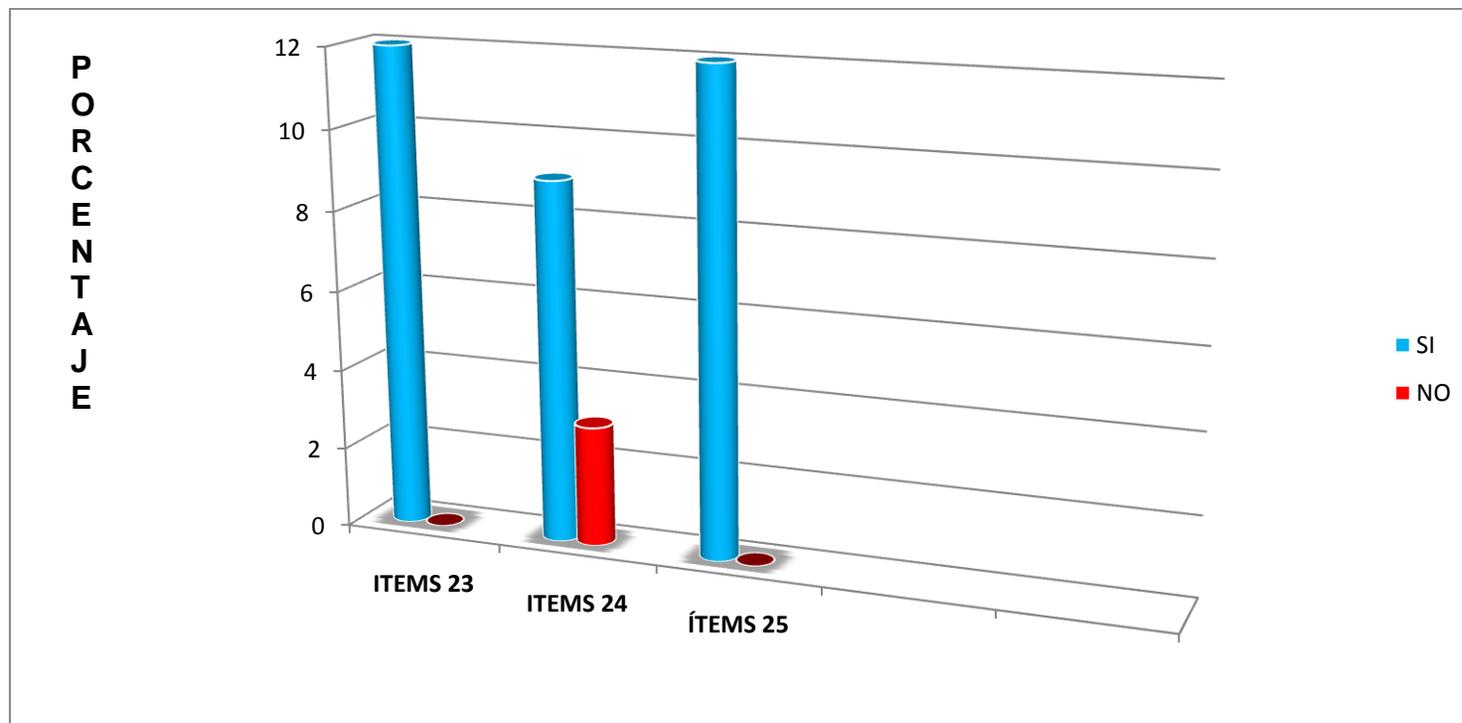
Distribución absoluta y porcentual de las enfermeras (os) observados (as).
Indicador: ACCIONES DIRIGIDAS AL CAMBIO DE CAMA. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.

CAMBIO DE CAMA	SI		NO		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
23. Realiza cambio de sabanas diario al paciente	12	100	0	60	12	100
24. Coloca sabanas limpias y sin arrugas en la cama del paciente	9	75	3	25	12	100
25. Proporciona sabanas secas, sin humedad al paciente	12	100	0	0	12	100

Fuente: Datos recopilados por las autoras (2010). Resultados obtenidos del instrumento aplicado.

GRÁFICO N° 6

Distribución absoluta y porcentual de las enfermeras (os) observados (as). Indicador: ACCIONES DIRIGIDAS AL CAMBIO DE CAMA. UCI del Centro de Especialidades Anzoátegui. Estado Anzoátegui.



Fuente: CUADRO N° 6

ANÁLISIS DEL CUADRO Y GRÁFICO N°6

Las acciones que realizan el Profesional de Enfermería en cuanto a las acciones de valoración del estado de la piel, al paciente hospitalizado en la UCI, del Centro de Especialidades Anzoátegui de Barcelona Estado Anzoátegui. Según los resultados obtenidos en el instrumento aplicado se observó que el 100% de la población estudiada si “Realiza cambio de sábanas diario al paciente”, el 75% se observó que si “Coloca sábanas limpias y sin arrugas en la cama del paciente”, mientras que el 100% se observa que si “Proporciona sábanas secas, sin humedad al paciente”. (Ver cuadro y gráfico N°6)

Se observa que los profesionales realizan en un 100% las acciones de cambio de ropa de cama, el arreglo de cama es una de las funciones de los profesionales de Enfermería, cuya finalidad es proporcionar confort y a la vez evitar que los pacientes encamados sufran de UPP.

Al respecto Pérez, G. (2002) dice que la lencería adecuada para estos pacientes es la que es fabricada con tejidos naturales y se deben evitar cojines con romero y colonias por otra parte la lencerías utilizadas por pacientes discapacitado debe tener un peso minúsculo, considerando que los pacientes que utilizan lencerías aumentan el riesgo de sufrir lesiones cutáneas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIÓN

El paciente que se encuentra críticamente enfermo, frecuentemente está sometido a un grado importante de inmovilización, el cual conlleva al síndrome de descondicionamiento físico. De allí la importancia de la actividad física como parte de un programa de rehabilitación temprana en el paciente críticamente enfermo sometido a reposo prolongado, para lograr su recuperación y su independencia funcional. Es en este punto, donde enfermería debe estar en la capacidad de diseñar planes y estrategias de cuidado que le permitan al paciente disminuir o prevenir el impacto negativo que la inmovilidad genera en los individuos como lo son las UPP, partiendo del reconocimiento de la importancia de la actividad física en la recuperación de los pacientes.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio Cuidados de Enfermería en la Prevención de las Ulceras por Presión a los pacientes hospitalizados en la UCI, del Centro de Especialidades Anzoátegui de Barcelona Estado Anzoátegui, en el primer semestre del 2010, es posible concluir que en la utilización de los cuidados de atención para pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión, los profesionales de Enfermería que laboran en la atención de estos pacientes no cumplen en un 100% estos cuidados, evidenciándose resultados de relevancia en el cuadro N°1 que en cuanto al champú en cama un 83% no lo realizan, así como también cabe destacar que un 100% si realizan los cuidados de limpieza en el paciente que presenta emésis. Otro resultado relevante en el cuadro N°2, en la movilización del paciente es que un 58% no realiza cambio de posición al paciente cada dos y tres horas durante el día, el cuadro N°3 se obtuvo que entre un 67% y un 58% no realizan ejercicios a los pacientes, en el cuadro N°4 solo un 42% realiza masaje a los pacientes mientras que un 58% no los realiza, en el cuadro N°5 es opcional la utilización de métodos o materiales especiales, ya que las camas tienen colchones especiales, en el cuadro N°6 cabe destacar que el 100% de los profesionales realizan los cuidados dirigidos a el cambio de cama.

Con relación a estos resultados se hace notorio que los profesionales de enfermería que cumplen sus funciones en la atención de estos pacientes deben de ser preparados y capacitado para actuar adecuadamente proporcionando al paciente cuidados de calidad y oportuna atención para evitar complicaciones como las UPP. Estar hospitalizado es una experiencia trascendental para la vida de cualquier ser humano; cuando una persona ingresa en un hospital, deposita toda su confianza en el personal que lo atiende, en estas condiciones el paciente puede verse sometido a la pérdida de su intimidad y en cierta medida alejado de sus seres queridos, de sus costumbres y de su entorno. Sumado a ello se encuentra en un estado de temor, confusión, estrés, enfermedad y desconocimiento del medio, lo que hace a la persona más vulnerable a los riesgos del entorno, ya sean físicos o psicológicos.

"El éxito en los cuidados intensivos no debe por lo tanto, ser medido únicamente por las estadísticas de sobrevivencia como si cada muerte fuese un fracaso médico. Debe ser medido mejor, por la calidad de las vidas preservadas o recuperadas, y por la calidad del morir de aquellos cuyo resultado fue la muerte, y por la calidad de las interacciones humanas que se dieron en cada muerte"

RECOMENDACIONES

A la Institución que mejore la calidad de atención de los pacientes encamados, en la realización de supervisiones y evaluaciones de los profesionales de enfermería en el cumplimiento de los cuidados a estos pacientes, así como también proporcionar el material médico quirúrgico e implementos necesario para poder brindar cuidados de calidad.

Al departamento de Enfermería para que coordine con los profesionales de Enfermería que labora en la UCI, para elaborar protocolos de medidas preventivas para el desarrollo de las úlceras por presión (UPP)

A los profesionales de Enfermería que se actualicen y reflexionen en cuanto al cuidado que están brindando al paciente hospitalizado, evidenciado por los resultados obtenidos en este estudio sobre las acciones de cuidados de prevención de UPP, a través de la toma de conciencia e implementación de estrategias para brindar una atención de integral, humana y de calidad.

A las estudiantes de enfermería que continúen con estos estudios para dar respuesta a los problemas encontrados, realizando propuestas de protocolos de atención a pacientes que se encuentra en las UCI.

Al equipo de salud a que implemente programas estándares según los resultados de todas las investigaciones sobre prevalencia y/o incidencia de UPP, para el manejo del paciente en las instituciones de salud, con factores de riesgos asociados y disminuir así las úlceras por presión en los pacientes, contribuyendo a mejorar su calidad de vida, la calidad de cuidado por parte del personal de enfermería y generando menos costos a las instituciones de salud, por complicaciones de los pacientes por estas situaciones específicamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

Acevedo R, y Rivas, J (2003) *metodología de la Investigación*. Editorial Episteme. Caracas, Venezuela.

Baptista Fernández, AM. Boleo-Tome J, Duarte Cardoza A. (1999) *Úlceras de presión* Edición Revolucionaria

Castillo Valery A. (2002) *Aspectos éticos de la limitación de tratamiento en pacientes en estado grave*. Boletín de la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (FEPIMCTI) 1988:1:8-11.

Carrillo, M (2004) estudio sobre *problema de que existen adultos mayores en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno (H.B.O.), que desarrollan úlceras por presión o escaras, durante su hospitalización*. La Habana

Coiffman F. (2000) *Texto de Cirugía Plástica, Reconstrucción y Estética*. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica.

Dueñas, A (2004). *Intoxicación con levotiroxina: manifestaciones clínicas y manejo terapéutico*. An Medicina Interna.

Enciclopedia de la Salud (2000)

Gneaupp, J (2003) *Técnicas generales en Cirugía Plástica*. T 1 Madrid: Fontalva

Hurtado, L. (2006) *Metodología de la Investigación Holística*. Fundación Sypal-. Instituto Universitario de Tecnología Caripito, Caracas Venezuela

Herald Griffith B. (2000) *Úlceras pre compresión En: Grabb WC, Smith JW. Cirugía Plástica*. T 2 Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica,

Hernández, T (2002) *Úlcera por presión y estado nutricional en el paciente grave* Editor S.A. Argentina, 2000.

Iyer, A (2000) *Diagnostico De La Enfermería*. Material para la educación Continuada Facultad de **Enfermería, Universidad Nacional, Bogotá**

Kozier, B y Col (1999) *Fundamentos de Enfermería, Conceptos, Proceso y Práctica*” 5ª Edición. Editorial McGraw Hill Interamericana España.

Marriner, Tome Ann (1999) *Modelos y Teorías de Enfermería*. Quinta Edición. Editorial Harcourt Brace España

Morles V (2001) *Planteamiento y análisis de la investigación*, 9na edición, editorial el dorado Caracas. Venezuela.

Pineda E., Alvarado, E., Canales, F, *Metodología de la Investigación. Manual Para el desarrollo del personal de salud*. Tercera Edición organización Panamericana de la Salud.

Piedrola Gil, Louis, P (2002). *Educación psicomotriz*. Científico-Médica. Barcelona España.

Pineda, E.; de Alvarado, E.; de Canales, F. (1994) *“Metodología de la investigación”* Editorial LIMUSA. México (pág.27)

Pérez, G. (2002) *atención de cuidados de enfermería*. Barcelona España

Quesada R y García, R (2007) investigación sobre; *Evaluación del grado de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y el cuidado de úlceras por presión en unidades críticas*

Sánchez G. (2007) *servicios integrales*, quinta edición Londres.

Soriano, V. (2002) **pacientes encamados en la unidad de cuidados intensivos** editorial Alcora, Castellón España.

Soto, Rosamary. (2001) *Manual de Geriatria, Dermatología Geriátrica*

Tamayo, M., *El proceso de Investigación Científica*. Tercera Edición Editorial Grupo Noriega. México

Wallace H. *Fundamentos de la Cirugía Plástica y Reconstructiva*. T 1, EE.UU: Williams-Wilkins

ANEXOS

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERIA



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR
PRESIÓN A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI, DEL CENTRO
DE ESPECIALIDADES ANZOÁTEGUI DE BARCELONA ESTADO
ANZOÁTEGUI, EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2010.**

(Trabajo Presentado como Requisito Parcial para Optar al Título de Licenciado en Enfermería)

Tutor: Reinaldo Zambrano

INTEGRANTES:

Cova, Adriana

C.I: 12.271.718

Garcia, Carla

C.I: 17.050.061

Sanchez, Yraida

C.I: 18.475.438

PUERTO LA CRUZ, MAYO 2010

PRESENTACIÓN

El presente instrumento forma parte de un estudio que se está realizando acerca de cuidados de Enfermería en la prevención de las úlceras por presión, a los pacientes hospitalizados en la UCI, del Centro de Especialidades Anzoátegui de Barcelona Estado Anzoátegui, en el primer semestre del 2010.

CERTIFICADO DE VALIDEZ

Yo Rondón Gloria C.I: 5.141.085, en mi carácter de experto en Magister en Gerencia, hago constar que he leído y revisado el instrumento de recolección de información elaborado por las T.S.U Cova, Adriana C.I. No.12.271.718, Garcia, Carla C.I. No.17.050.061, y Sanchez, Yraida C.I. No.18.475.438, del T.E.G. titulado: **CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI, DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES ANZOÁTEGUI DE BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2010**, y que cumple con los requisitos de ley para ser administrado a la muestra seleccionada para tal fin.

En Caracas a los 15 días del mes de Noviembre del 2010

Firma: _____

Cédula: _____

CERTIFICADO DE CONFIABILIDAD

Yo Cesolina Casteya, portador (a) de la Cédula de Identidad N° 10.543.427, en mí carácter de experto en Lcda. En enfermería, he revisado y analizado el Instrumento elaborado por las T.S.U. Cova, Adriana C.I. No.12.271.718, Garcia, Carla C.I. No.17.050.061, y Sanchez, Yraida C.I. No.18.475.438,, Que corresponde al Trabajo de Grado titulado: **“CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI, DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES ANZOÁTEGUI DE BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2010”**. Que será presentado ante el jurado evaluador para optar el titulo de Licenciada (o) en Enfermería en la Universidad Central de Venezuela.

En consecuencia, manifiesto que una vez aplicada la técnica de confiabilidad interna, se encontró que el instrumento aplicado para la recolección de la información es considerado confiable.

En Caracas a los 15 días del mes de Noviembre del 2010

Firma

CI. _____

TABLA MATRIZ DE DATOS
(Prueba piloto guía de observación aplicada a los Profesionales de Enfermería)

Sujetos	Ítems																									Puntaje Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
#1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	15
#2	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	15
#3	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	11
#4	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	14
#5	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	13
#6	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	12
#7	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	10
#8	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	10
SI :	3	5	1	4	4	8	3	8	3	3	2	4	4	2	3	5	3	3	3	2	3	2	8	6	8	
NO :	5	3	7	4	4	0	5	0	5	5	6	4	4	6	5	3	5	5	5	6	5	6	0	2	0	
Total	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
INTEGRANTES																										
Cova, Adriana																										
Garcia, Carla																										
Sanchez, Yraida																										

