

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**INFORMACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR
PRESIÓN QUE POSEEN LOS FAMILIARES DE PACIENTES
ENCAMADOS CON DIAGNOSTICO DE LESIONES
NEUROLÓGICAS, HOSPITALIZADOS EN LA CLINICA
RESCARVEN CHUAO. SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2010**

Tutor
M.Sc Sergio Campos

Autoras:
Yaneidy Cartagena
CI 17.976.795
María Montilla
CI 11.165.195

Caracas, Enero 2011

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión constituyen un problema de salud con graves e importantes consecuencias tanto para los pacientes hospitalizados, su entorno familiar y el establecimiento de salud.

Las úlceras por presión causan graves problemas físicos, psíquicos y sociales al provocar una alteración en la calidad de vida de los pacientes hospitalizados y de aquellos que ingresan a su domicilio después de haber sufrido una enfermedad incapacitante como es la diversidad de lesiones neurológicas, que dejan entre sus secuelas escasa o nula movilidad física.

Por consiguiente, se hace necesario que enfermería proporcione apoyo educativo a los familiares de los pacientes con déficit de la movilidad, que necesitan asistencia a largo plazo en sus hogares, con la finalidad de contribuir en la prevención de úlceras por presión y mejorar los estilos de vida del paciente y de su familia.

El presente estudio tiene como propósito determinar la información sobre la prevención de Úlceras por presión que poseen los familiares de pacientes encamados con diagnóstico de lesiones neurológicas, hospitalizados en la Clínica Rescarven Chuao.

La estructura general de la presente investigación está conformada en cinco capítulos. El Capítulo I, referido al Problema; expone Planteamiento del Problema, Objetivos del Estudio y su Justificación.

El Capítulo II incluye el Marco Teórico basado en los Antecedentes del Estudio, Bases Teóricas, el Sistema de Variable y la Definición de Términos Básicos utilizados en el estudio.

En el capítulo III se explica lo concerniente a cómo se realizó el estudio, es decir, el Diseño Metodológico: Tipo de estudio, Población y Muestra, Método e Instrumento de Recolección de Datos, Confiabilidad y Validez del Instrumento, Procedimiento seguido de la Recolección de los Datos y Técnicas de Análisis de los mismos

En el Capítulo IV se presentan los resultados obtenidos a través de la investigación, además que se analizan e Interpretan.

En el Capítulo V se exponen las conclusiones y recomendaciones inherentes al estudio.

Finalmente, se incluyen las Referencias Bibliograficas y los anexos correspondientes.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

Aunque las úlceras por presión constituyen un problema antiguo a nivel mundial y guarda relación con el proceso de enfermar y sus consecuencias, se tiene, que a las puertas del nuevo milenio, continúan siendo un importante problema de salud que puede afectar a los pacientes hospitalizados, inmovilizados en cama por mucho tiempo y en especial aquellos que no pueden moverse libremente o que pasan varias horas sentados en sillas de ruedas.

Desde el punto de vista epidemiológico las úlceras por presión se han convertido en un problema para los centros hospitalarios, los propios pacientes y la familia en este sentido Pasquier, R (2007) explica que solamente en los Estados Unidos de América están afectados actualmente más de un millón de pacientes, lo que representa más de cinco Billones de dólares en costos para su atención anual, además del inconmensurable sufrimiento de pacientes y familiares, así como del personal que lo atiende. Así mismo se estima que cerca de un 60% de todas las úlceras por presión se presentan en el ámbito clínico – hospitalario y aproximadamente un 36% en pacientes que son atendidos en instituciones como ancianatos, hogares de cuidado y hasta en el propio hogar del paciente.

En América Latina, por ejemplo, y según el autor antes mencionado un 47% de los enfermos hospitalizados con patología que comprometen el sistema locomotor sufren de úlceras por presión y esta cifra aumenta cuando el paciente es dado de alta a su hogar.

En relación a la úlceras por presión Dugas, B (2003) expone que: "Las úlceras por presión (úlceras por decúbito) son alteraciones cutáneas que se debe a la presión prolongada en una parte del cuerpo, con la consiguiente pérdida de la circulación en el área del cuerpo y destrucción tisular". (p. 564).

La mayoría de los pacientes que han sufrido problemas neurológicos, sufren deterioro de su movilidad física que persisten por periodos prolongados, por ende es esencial que enfermería contribuya a prevenir, entre otras complicaciones funcionales, la aparición de úlceras por presión, tanto en los pacientes inmovilizados hospitalizados como en aquellos que posteriormente ingresarán a su domicilio para recibir una asistencia a largo plazo por parte de sus familiares.

La actuación de las enfermeras va más allá de los cuidados propios de atención directa proporcionada a estos enfermos durante la permanencia hospitalaria, por ello es necesario que enfermería realice actividades educativas dirigidas a la familia, sobre la aplicación de medida preventivas tendientes a mantener la integridad de la piel de los pacientes que previa indicación del alta médica egresan con tratamiento ambulatorio a su respectivo hogar.

En la clínica Rescarven Chuao, los reportes estadísticos observados (2010), señalan un incremento significativo de pacientes hospitalizados con diagnóstico de lesiones neurológicas: (Traumatismo Cráneo-encefálico por accidentes y armas de fuego, Lesión ocupante de espacio (tumores), Accidente cerebro vascular hemorrágico, Aneurismas, Lesión medular, Hidrocefalias con derivaciones) entre otras, los cuidados de enfermería durante la fase asistencial aguda de estos enfermos se han centrado en mantener o reestablecer la perfusión cerebral para preservar el tejido cerebral viable y parcialmente dañado; además de mantener las vías respiratorias permeables, el equilibrio hidroelectrolítico, evitar el elevado riesgo de lesión como consecuencia de la menor movilidad y el riesgo de convulsiones, además de encargarse de preservar la función manteniendo la movilidad articular y previniendo las complicaciones secundarias por ejemplo las úlceras por presión.

Sin embargo las enfermeras deben realizar acciones educativas dirigidas a los familiares de estos pacientes con problemas neurológicos, que sufren un deterioro de su movilidad física, haciéndolos más vulnerables a sufrir pérdida del tejido tegumentario relacionado con úlceras por presión, lo que incrementa en éstos la predisposición a padecer trastornos infecciosos, deterioro físico y repercusiones generales en el estado de salud.

A pesar de lo planteado, los familiares de los pacientes hospitalizados con déficit de la movilidad física, cómo consecuencia de haber sufrido una lesión neurológica han manifestado temor relacionado con los cuidados de la piel que

deben aplicarle a estos enfermos durante su estadía en el hogar, específicamente en los aspectos relacionados con el color; temperatura; humedad; integridad y turgencia; así como también en lo que se refiere a las medidas de protección específicas para evitar la aparición de úlceras por presión.

Por otro lado, se ha conocido que algunos enfermos que han sido egresados a sus hogares, so reingresado presentados lesiones en la piel relacionadas a su inmovilidad física que trae como consecuencia larga estancia, aumento de gastos para el entorno familiar e incomodidad para el propio enfermo.

La situación descrita conlleva a realizar un estudio investigativo dirigido a dar respuesta a las siguientes interrogantes:

¿Qué orientación poseen los familiares de los pacientes encamados con diagnóstico de lesiones neurológicas, en relación con la valoración del estado de la piel?

¿Qué orientación poseen los familiares de los pacientes encamados con diagnóstico de lesiones neurológicas, en relación a la protección de la piel?.

El dar respuesta a estas interrogantes planteadas conducirá a las investigadoras a conocer ¿Qué información sobre la prevención de Úlceras por presión que poseen los familiares de pacientes encamados con diagnóstico de lesiones neurológicas, hospitalizados en la Clínica Rescarven Chuao. Segundo Semestre del año 2010?

Objetivos del Estudio

Objetivo General

Determinar la información sobre la prevención de Ulceras por presión que poseen los familiares de pacientes encamados con diagnóstico de lesiones neurológicas, hospitalizados en la Clínica Rescarven Chuao.

Objetivos Específicos

1. Identificar la información que poseen los familiares de pacientes encamados con diagnóstico de lesiones neurológicas, en relación con la valoración del estado de la piel.
2. Identificar la información que poseen los familiares de los pacientes encamados con diagnóstico de lesiones neurológicas, en relación a la protección de la piel.

Justificación

En enfermería es esencial que el producto de los trabajos de investigación, contribuyan de una u otra forma a solucionar los múltiples problemas que afectan la salud del paciente y la familia en la comunidad e instituciones de salud.

Los resultados de este estudio contribuirán a proporcionar información referida al cuidado de los pacientes encamados por

parte de sus familiares, especialmente en aquellos dirigidos a la prevención de úlceras por presión.

En este sentido los pacientes que ingresarán a su domicilio para proseguir la fase de rehabilitación ambulatoria, se beneficiarán ya que conociendo la información que manejan los familiares con respecto a la prevención de úlceras por presión se podrá proponer alternativas educativas que permitan orientarlos sobre su cuidado en pro de la prevención de este tipo de complicaciones.

Para la institución constituirá un beneficio relevante, ya que de esta manera se podrá poner en práctica programas educativos dirigidos a la familia, que contribuyan con el restablecimiento de la salud de los pacientes que egresan a sus casas, evitando así su reingresos por situaciones que pueden ser prevenibles.

A nivel metodológico se pretende contribuir como antecedentes para el fortalecimiento de otras investigaciones que pretendan profundizar sobre el tema tratado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes del Estudio

García, J., Malvacias, Y., y Peña, M. (2006), realizaron un estudio titulado “incidencias de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos y el rol del Profesional de Enfermería” en el hospital Central “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua-Araure enero-julio, este estudio fue de tipo descriptivo prospectivo y cuyo objetivo fue determinar la incidencia de úlceras por presión. La población y muestra estuvo conformada por cinco (5) pacientes y treinta (30) Profesionales de Enfermería, los resultados obtenidos señalan la presencia de úlceras por presión a predominio en la región sacro en pacientes inmovilizados. La enfermera conoce, ejecuta y evalúa las medidas profilácticas en pacientes con úlceras por presión, corroboraron un 3,5% de incidencias en cuanto a las úlceras por presión.

Se evidencia en el estudio que a través de la atención oportuna de enfermería se disminuye la incidencia de úlceras por presión y otras complicaciones que pudieran presentarse en los pacientes inmovilizados y que los Profesionales de Enfermería están debidamente preparados para prestar una atención eficiente y de gran calidad.

Bonano, T. Muñoz, E., y Sánchez, L. (2006) realizaron una investigación de tipo descriptiva, transversal y de campo titulada “Función asistencial de la enfermera (o) en la atención a pacientes con fractura de fémur en tracción músculo-esquelética” en la Unidad Clínica de Traumatología y Ortopedia del Hospital Universitario de Caracas, cuyo objetivo principal fue determinar el cumplimiento de la función asistencia de la enfermera (o) en la atención a pacientes con fractura de fémur. Los resultados obtenidos en el estudio demostraron que las enfermeras (os) población objeto de estudio, no cumplen las funciones asistenciales a cabalidad, tanto las independientes como las interdependientes en la atención directa, evidenciándose por el bajo porcentaje (41,66) obtenido de las observaciones realizadas.

Este estudio se relaciona con la presente investigación, porque se indagó acerca de las funciones asistenciales en la atención al paciente con fractura de fémur entre las cuales las investigadoras abordaron la prevención de úlceras por presión, ya que estos enfermos tienen poca movilidad lo cual los predispone a las úlceras por presión.

Espinoza, A., y Márquez, A. (2007) realizaron un estudio de campo de tipo descriptivo titulado “Actividades educativas del Profesional de Enfermería para la promoción del autocuidado dirigido a la prevención de úlceras por presión en los pacientes con lesión medular”, el objeto principal del estudio fue determinar las actividades educativas dirigidas a la promoción del autocuidado que desarrollan los Profesionales de Enfermería para prevenir la aparición de las úlceras por presión en pacientes

con lesión medular que asisten al Centro Nacional de Rehabilitación “Dr. Alejandro Rhode de Caracas”. Los resultados indicaron que la participación de los Profesionales de Enfermería en las actividades educativas dirigidas a la prevención de úlceras por presión en los pacientes con lesión medular puede considerarse de manera general como baja, situación que incrementa la posibilidad de aparición de estas lesiones. Recomendando las investigadoras, el desarrollo de un Programa de Capacitación dirigido a los Profesionales de Enfermería que laboran en el Centro Nacional de Rehabilitación “Dr. Alejandro Rhode” de Caracas, así como el establecimiento de un Programa Educativo Institucional dirigido a la prevención de úlceras por presión en pacientes con lesión medular.

Los resultados de los estudio anteriores tiene relación con la presente investigación, porque permite detectar los aspectos que están deficientes en el ejercicio de la práctica profesional, para posteriormente estudiar en el concepto general de las funciones asistenciales y educativas los correctivos pertinentes.

Orfilia, U (2007) realizó un estudio titulado: “factores que influyen en la atención de enfermería y la prevención de Úlceras por Decúbito en el Anciano hospitalizado en la unidad de Gerontología de Caricuao”. Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en Enfermería. Universidad Central de Venezuela. El mencionado estudio tuvo como propósito establecer la relación entre la atención de enfermería y la prevención de úlceras por decúbito en los ancianos hospitalizados en la Unidad de Gerontología de Caricuao. El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo y de campo.

Entre los hallazgos evidenciados se tuvo que la mayoría de los ancianos recluidos en esta unidad son minusválidos y por ende entre los principales problemas que se presentan se encuentran la formación de úlceras por decúbito, se evidenció que la atención de enfermería se centra en la satisfacción de necesidades terapéuticas tales como: cumplimiento del tratamiento más no se ejecutan acciones preventivas para tratar pacientes inmovilizados. Es importante resaltar que el centro carece de soporte tales como colchones antiescaras.

La investigación concluyó, que existen factores como la inmovilidad, la edad y la incontinencia, factores que determinan la presencia de úlceras por decúbito. Al mismo tiempo que se demostró que la atención de enfermería dirigida a estos pacientes es deficiente, al no utilizar alternativas como cambio de posición, valoración de la piel, masajes para prevenir la aparición de úlceras por decúbito.

Este estudio guarda relación con la investigación propuesta ya que en su conclusión realza el efecto positivo que tiene el cuidado general de la piel de los pacientes con limitaciones musculoesqueléticas para prevenir las úlceras por presión.

Por otra parte Costela, E (2007) llevó a cabo una investigación titulada “Participación de enfermería en la prevención primaria de las úlceras por presión”. Trabajo de Grado para optar por el título de Licenciado de Enfermería, Universidad Central de Venezuela. El objetivo de esta investigación se basó en determinar la participación de

enfermería en la prevención primaria de las úlceras por presión. La investigación consistió en conocer la prevalencia, características y medidas de valoración que permitieran a través de la educación para la salud proporcionar conocimiento en los pacientes y familiares y así prevenir las úlceras por presión, utilizando una escala de medición que facilitará identificar en un primer estado alguna alteración del tejido tegumentario. El estudio fue de tipo descriptivo y el mismo evidenció que existe una gran necesidad de ampliar las acciones educativas de enfermería a través de Programas Educativos, como parte integral de la calidad de vida y los mismos deben ser dirigidos hacia pacientes, familiares, cuidadores y profesionales de la salud.

Este estudio fue considerado como un antecedente para la investigación, ya que el mismo a través de sus conclusiones le da importancia a la educación de los familiares sobre temas relacionados con el cuidado de los enfermos.

Hernández, A (2007) realizó un estudio titulado “Intervención de enfermería en la valoración de riesgos a padecer úlceras por presión en pacientes inmovilizados”. Trabajo de Grado para optar por el título de Licenciado de Enfermería, Universidad de Carabobo. En esta investigación se trazó como objetivo identificar la intervención de enfermería en la valoración de riesgo a padecer úlceras por presión en pacientes inmovilizados, la misma fue de carácter descriptiva, prospectiva y transversal.

La investigación concluyó que el personal de enfermería debe desarrollar mayores habilidades para realizar la valoración, ya que ésta debe basarse en datos, objetivos estructurados por la enfermera que puedan medir los riesgos a padecer úlceras por presión en pacientes inmovilizados.

Esta investigación se consideró un antecedente para el estudio propuesto, en vista de la importancia que tiene la valoración de los enfermos encamados como forma para conocer los riesgos de sufrir úlceras de presión.

Fernández, M (2008) realizó una investigación titulada "Perfil de riesgos de formación por úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Clínico Pontificia". Trabajo de Grado para optar por el título de Licenciado de Enfermería, Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile. La investigación tuvo como finalidad formular un diagnóstico de riesgo de formación de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Clínico de Pontificia.

En la misma se evidenció, que la población objeto de estudio se encontraba clasificada en pacientes de alto, moderado y bajo riesgo de presentar úlceras por presión. Concluyéndose que un 25% de la muestra objeto de estudio que presenta alto riesgo estaba conformada por adultos mayores de bajo peso, piel agrietada, con movilidad muy limitada y permanencia en cama las veinticuatro (24) horas del día, que el personal de enfermería debe planificar mayores actividades dirigidas a prevención y tratamiento de las úlceras por presión, puesto que esta es una

complicación evitables y pertenece a los cuidados básicos de la enfermera.

Este estudio fue considerado como un antecedente, en vista de que muestra las características de una piel que está en riesgo a sufrir de ulcera por presión, siendo este un aspecto importante que debe ser conocido por los familiares a fin de evitar que aparezca en sus enfermo una vez egresados a sus casas.

Bases Teóricas

Dentro de este marco operacional, la variable información tienen como propósito enmarcar a los familiares de los enfermos con lesiones neurológicas que se encuentran encamados y que son egresaos a sus hogares dentro de este elemento dinamizador de un práctica segura en cuanto a la prevención de las Ulceras por Presión, así pues, se presenta los elementos teóricos que la sustentan.

Andrejev citado por Africa, B. (2008) refiere que la información son “conocimientos formalizados que permiten aplicar ordenadores para la realización de distintas operaciones” (p.23). En concordancia con el autor es importante que la información que posean los familiares de pacientes encamados en relación con la prevención de úlceras por presión, deben estar fundamentadas en teorías que permita promover el más alto standard de cuidados, permitiendo así que la familia actúe de una manera ordenada, eficaz y segura.

África, B (2008) explica que “el poseer información respecto a un tema específico es de mucha importancia, ya que permite una práctica segura” (p.24). En referencia a lo antes expuesto la información que posee los miembros de la familia puede generar en los mismos, confianza y su práctica en el cuidado del paciente encamado con lesiones neurológicas será más responsable y participativa disminuyendo así, las complicaciones, siendo una de ellas las úlceras por presión.

Refiere el autor antes mencionado que “toda acción a realizar debe estar precedida por un conocimiento adquirido bajo una información” (p.24), en referencia a ello es importante que los familiares de los enfermos encamados con lesiones neurológicas estén informados en relación a la prevención de las úlceras por presión que incluye la valoración de las características de la piel y la protección específica de la misma.

En referencia a lo antes expuesto la información que poseen los familiares sobre la prevención de úlceras por presión representa la base para comprender la dinámica de los cuidados dirigidos a quienes se les practica.

Valoración del Estado de la Piel

La piel es el órgano encargado de la protección, regulación, la interrelación dinámica entre la piel y el medio externo, constituyéndose en el vehículo más importante para comunicar el estado de salud del paciente. Los cambios en la piel se relacionan con enfermedades específicas, estas pueden ser el reflejo de enfermedades sistémicas subyacentes, la

vigilancia de las alteraciones reales o potenciales en la integridad del tejido tegumentario deben ser parte de los cuidados de enfermería.

En este sentido Roma, A (2006) expresan:

La valoración de la piel es un proceso organizado y sistemático que comienza con la inspección y la palpación, la cual recoge información sobre el estado general de la piel a través de los datos objetivos y el examen físico para proporcionar un diagnóstico en cuanto a las condiciones del tejido tegumentario. (p.1220)

En atención lo expuesto se tiene que los familiares del enfermo deben aprender a realizar la valoración de la piel de manera sistemática incluyendo el cráneo, el cabello, las uñas, las membranas y mucosas dando mayor atención a las áreas con pliegues, callos y humedad que puedan ofrecer abrigo a microorganismos oportunistas. Las enfermeras les enseñaran a revisar la piel para prevenir las úlceras por presión, a la vez que las mantiene alerta ante la presencia de síntomas primarios de alteración de la integridad cutánea. Ignatavicius, A (2008) señala: “la valoración de la piel promueve cuidados oportunos para lograr la comodidad y prevenir las alteraciones en los mecanismos de protección de la piel”. (p.1249)

En este mismo orden de ideas se tiene que por medio de la valoración de la piel se identifican alteraciones actuales y/o potenciales de algunos componentes estructurales de la piel, los familiares de los pacientes a través de la valoración vigilan y determinan el riesgo tegumentario antes de que este ocurra,

observando el color de la piel, identificando los cambios de temperatura, examinando la humedad, la integridad y palpando la turgencia de la piel.

Al respecto Díaz, L (2008) expresa:

El color de la piel se afecta por diversos factores tales como son el flujo sanguíneo, la oxigenación, la temperatura corporal y la producción de pigmentos, se valora el color de la piel en todo el cuerpo especialmente en aquellos que coinciden con prominencias óseas tales como la zona sacra coccígea, trocantes mayores, tuberosidad isquiática, cóndilo interno de la tibia, cabeza del peroné, tobillos, codos y talón. (p.35)

En atención lo descrito se tiene que el color de la piel aporta datos significativos para planear acciones encaminadas a prevenir anóxias o isquemias en los tejidos de la piel, lo que genera la formación de úlceras, la enfermera proporcionará apoyo educativo y continuo en relación a como deben los familiares de los enfermos inmovilizados realizar la inspección y la palpación para obtener información adicional sobre las condiciones de la piel.

Ruiz, E (2007) señala:

La temperatura de la piel normalmente es uniforme en todo el cuerpo, cuando esta se aumenta en una zona localizada se eleva el metabolismo corporal lo que aumenta la necesidad de oxígeno a nivel celular, esta mayor necesidad de oxígeno se puede observar en zonas que soportan presión. (p.908)

Reflexionado sobre lo citado se tiene que cuando la salud está alterada la temperatura de la piel puede afectarse por una disminución de los controles termo regulares, la valoración de la temperatura de la piel proporciona a las enfermeras y a los familiares referencias para prevenir las necesidades de oxigenación a nivel celular y de esta manera prevenir úlceras por presión.

En este mismo orden de ideas se tiene, que la enfermera debe enseñar a examinar la piel de los enfermos en busca del contenido de humedad, un aumento de la humedad en forma de transpiración en los pacientes encamados e inmovilizados puede contribuir a la maceración y posible deterioro de la piel.

Al respecto Kozier, B (2008) expresa: “la humedad debida a la existencia de orina, heces y transpiración reduce la resistencia de la piel a la presencia de humedad es un indicador de la futura aparición de la úlcera por presión”. (p.908)

En el contexto de lo citado, se tiene que la transpiración excesiva puede ocasionar un incremento del crecimiento bacteriano alteración en la integridad de la piel, los cuidados proporcionados por los familiares de los pacientes trasladados a su hogar, evitará la irritación cutánea en estos individuos encamados o inmovilizados por tiempo prolongado.

La enfermera enseñará a valorar cuidadosamente las áreas donde hay rotura de la integridad de la piel. Ignatavicius, A (2008) señala: “la integridad de la piel se pierde debido a un aplanamiento en la unión dermis-epidermis, la piel delgada y

frágil se rompe con facilidad por la aplicación o fuerza de corte”.
(1234)

Los familiares aprenderán a valorar la superficie de la piel en busca e integridad ya que la misma puede ser un indicador no identificado de alteración de la movilidad física o de la percepción sensorial y deben palpar la superficie de la piel para valorar la turgencia.

Kozier, B (2008) expresa: “la turgencia de la piel guarda relación con la elasticidad y se refiere a la capacidad de la piel y del tejido subyacente de volver a su estado previo después de ser levantado”. (p.401)

En este mismo orden de ideas, se tiene que la turgencia de la piel es un indicador del grado de elasticidad, el cual puede alterarse por diversos factores como el contenido de agua, la edad, la deshidratación, la deficiencia de turgencia en la piel se pone de manifiesto con la edad, la piel se vuelve laxa y arrugada.

La valoración de la piel tiene sus complicaciones importantes en el bienestar físico y psicológico de los pacientes. El reconocimiento temprano de los cambios en la piel representa un reto para los familiares de estos. Los datos de la piel alertan sobre posibles problemas que puedan anunciar el principio de una enfermedad sistemática, por tal se requiere de una valoración continua para que la intervención se haga a tiempo y sea terapéutica.

En otro orden de ideas, una serie de factores intrínsecos y extrínsecos predisponentes para la aparición de las úlceras por presión, por tal se considera que es un proceso ligado a los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería y por los familiares que cuidan en el hogar al enfermo. La mejor intervención en las úlceras por presión es la prevención para evitar la formación, valorando los riesgos para desarrollar úlceras por presión en los pacientes confinados en cama o en silla de ruedas por largo tiempo, quienes pueden presentar deficiencias nutricionales (delgadez, obesidad o deshidratación), deficiencias sensoriales, alteración del estado de conciencia, humedad excesiva, incontinencia urinaria o fecal son potencialmente susceptibles a padecer úlceras por presión.

Al respecto Díaz, L (2008) expresa:

La incontinencia urinaria es un problema frecuente en los pacientes inmobilizados. El bajo tono muscular de la vejiga urinaria inhibe la capacidad para vaciarse totalmente, los pacientes inmobilizados no pueden relajar los músculos perineales, produciendo un goteo involuntario. Entre las causas se tienen los organismos o funcionales. (p.185)

En atención lo descrito se considera que la enfermera enseñará a los familiares a valorar los factores o elementos que tienden a modificar las alteraciones del tejido tegumentario, esta identificación ayudará a la aplicación de acciones preventivas dirigidas a la búsqueda del mantenimiento de la integridad cutánea. Kozier, B (2008) expresa: “la orina estancada constituye un excelente medio para el crecimiento bacteriano, la piel puede irritarse, macerarse o atrofiarse. (p.908)

En atención lo descrito se tiene que cuando la piel está húmeda se macera, la orina que se acumula sobre la piel se convierte en amoniaco que resulta muy irritante, predisponiendo a la aparición de lesiones y úlceras por presión; los familiares deben aprender a proporcionarle a su enfermo una meticulosa higiene cutánea que reduzca el número de microorganismos en la piel.

En este sentido Roma, A (2007) señalan: “la incontinencia fecal se refiere a la pérdida de la capacidad voluntaria para controlar las descargas fecales a través del esfínter anal”. (p.1244)

La incontinencia fecal se asocia con el deterioro del esfínter anal o con enfermedades discapacitantes, es un problema que altera la integridad de la piel causando irritación por la presencia de enzimas digestivas, la enfermera enseñará a valorar la frecuencia fecal y los patrones individuales para determinar los elementos de reentrenamiento intestinal.

La incontinencia fecal provoca irritación anal que se extiende al perineo y las nalgas, la piel debe mantenerse limpia y seca para prevenir la destrucción del tejido tegumentario.

En otro orden de ideas, se tiene que entre otro de los factores predisponentes para padecer alteraciones en la piel, se tiene el estado nutricional; es un factor crucial en la formación de úlceras por presión, la mala nutrición durante un período prolongado provoca pérdida de peso, atrofia muscular y pérdida del tejido subcutáneo, aumentando los riesgos a que aparezcan

las úlceras por presión, las dietas ricas en proteínas y vitamina c representan una importante medida preventiva.

Kozier, B (2008) señala: “El asesoramiento dietético es una función muy amplia que no puede limitarse a proporcionar información, la enfermera ayuda al paciente a efectuar los cambios necesarios y evalúa las respuestas”. (p.1085)

Así mismo, se hace necesario tomar en cuenta aspectos como lo es mantener una adecuada hidratación en la piel del enfermo, a través de la ingesta adecuada de líquidos, ya que el agua es necesaria para cubrir las pérdidas insensibles de líquidos por evaporación cutánea y exhalación de aire húmedo de los pulmones.

Knoll, H (2008) expresa: “la cantidad mínima de líquido necesaria en el adulto es aproximadamente de 2000 a 3000 ml por día para mantener el buen funcionamiento del organismo”. (p.1320)

La valoración del estado de conciencia del enfermo por parte de la enfermera y de sus familiares permitirá identificar el estado normal del individuo; el sistema nervioso es la base de todas las funciones en el ser humano por ser el centro del pensamiento, memoria, juicio, movimiento, cognición, comunicación, comportamiento y personalidad. Al respecto Kozier, B (2008) expresa: “el nivel de conciencia puede ir desde el estado de alerta, hasta el coma, la disminución en la respuesta es un indicativo de complicación o efecto de tratamiento y son el resultado de trastornos físicos”. (p.460)

Protección Específica de la Piel

La protección específica de la piel está dada por las medidas terapéuticas empleadas para prevenir alteraciones en el tejido tegumentario. Al respecto Álvarez, A (2007) expresa: “la protección específica es una actividad preventiva donde se aplican medidas tendientes a evitar enfermedades”. (p.50)

La planeación de los cuidados del enfermo que egresará al hogar para proteger su integridad tisular constituye un reto para sus familiares, el uso de alternativas preventivas permitirá evitar cambios iniciales en la piel, el iniciar a tiempo la intervención cuando se ha identificado un alteración real o potencial es de suma importancia y ayudará a proporcionar los cuidados especiales específicos para disminuir el riesgo a la formación de úlceras por presión.

En este mismo orden de ideas, se tiene que las estrategias preventivas forman parte integral del total de los cuidados proporcionados, por tal es responsabilidad de la enfermera esforzarse para aumentar el conocimiento y comprensión de las necesidades del ser humano y de la forma de relacionarse con la conservación, el equilibrio psicosocial y fisiológico de la persona. Para ello enseñará a los familiares de los enfermos que prontamente ingresarán a su domicilio las diversas alternativas para prevenir las úlceras por presión en pacientes inmovilizados tales como higiene del paciente, ejercicios pasivos, cambios posturales, los masajes y el uso de dispositivos mecánicos.

Como se puede apreciar la prevención es un componente integral de la planeación y ejecución de las alternativas terapéuticas en los pacientes egresados del hospital con tratamiento ambulatorio que sufren inmovilidad prolongada causada por algunas enfermedades discapacitantes.

En este sentido se tiene que los ejercicios aumentan la eficacia del funcionamiento de todos los procesos corporales, tales como incremento en el tono y fuerza muscular. Al respecto Dugas, B (2008) expresa: “las personas cuya movilidad está limitada de alguna forma requieren ejercitar las partes del cuerpo que no están inmovilizadas”. (p.495)

En atención lo expuestos se tiene que la enfermera es responsable de educar a los familiares de los enfermos en relación con un programa de ejercicios activos y pasivos que debe ser proporcionado de acuerdo a las limitaciones y contraindicaciones que existan, los pacientes que permanecen por largos períodos en cama y sillas de ruedas tienden a desarrollar complicaciones por inactividad, el ejercicio aumenta la circulación, evitando el éxtasis venoso que es un factor predisponente para la formación de úlceras por presión.

Al respecto Kozier, B (2008) señala: “en los ejercicios pasivos la región del cuerpo es movida por otra persona, los músculos se contraen activamente, aumenta la circulación y mejora el tono muscular”. (p.506)

Entre otras de las estrategias para proteger la piel se hace referencia a otra medida indispensable que debe tenerse en

cuenta en los enfermos con inmovilidad física que permanecen en cama por largos períodos de tiempo, es el cambio de posición.

En este sentido Brunner, L (2008) señala: “los cambios posturales en los enfermos encamados son medidas de soporte utilizados por las enfermeras para prevenir presiones indebidas que se traducen en úlceras por presión”. (p.967)

Lo expuesto induce a inferir la necesidad de que las enfermeras incluyan entre sus actividades las educativas, enseñando a los familiares de los enfermos los cambios posturales. Al respecto Brunner, L (2008) señala: “la falta de riego sanguíneo para satisfacer las necesidades tisulares ocasiona isquemia, 48 horas son suficientes para iniciar una úlcera por presión. (p.968)

En este sentido se tiene que se hace necesario mantener un buen alineamiento corporal a través de los cambios posturales cada dos (2) horas dependiendo del grado de inmovilidad.

Al respecto Kozier, B (2008) señala:

La posición de Fowler es la más aconsejable para personas con problemas respiratorios. La posición ortopneica facilita la respiración y permite un máximo de expansión torácica. La posición de decúbito supina permite la extensión completa de las articulaciones de la cadera y rodilla. La posición lateral permite el buen alineamiento de la espalda, alinea la presión sobre el sacro y los talones. La posición Sims se utiliza en pacientes inconscientes, parapléjicos porque reduce la presión ejercida en el trocánter mayor de la cadera.

(p.974)

En el contexto de lo antes planteado se tiene que los cambios posturales incrementan la circulación de la sangre y la flexibilidad de los músculos.

Otra de las medidas preventivas en la aparición de las úlceras por presión se refiere a la aplicación de masajes. Al respecto Ignatavicius, B (2008) define: “el masaje como la técnica de fricción de una parte del cuerpo con fines terapéuticos que ayuda a mantener la irrigación de los músculos y piel, aumenta la elasticidad muscular”: (p.386)

Al respecto se tiene que los masajes conllevan a múltiples ventajas al enfermo cuando se proporcionan con el debido conocimiento, ya que aparte de contribuir al cuidado fundamental en la prevención de úlceras por presión en los enfermos con limitaciones de movimientos, produce relajamiento psíquico que van a contribuir a su bienestar, de allí la necesidad de que los familiares aprendan a proporcionar estos masajes al enfermo, que lo ayuden a mantener una actitud positiva de aceptación a su enfermedad y que contribuyan en la aplicación de las medidas de prevención, los cuales se deben complementar con otras medidas para lograr el objetivo primordial “prevenir úlceras por presión” entre la que cuenta las practicas higiénicas.

Al respecto Ignatavicius, B (2008) expresa:

La higiene reduce el número de microorganismos presentes en la piel, las bacterias tienden a localizarse en los tejidos isquémicos que constituyen un medio para su

desarrollo, la existencia de bacteria aumentan la gravedad de las úlceras por presión y acelera la evolución. (p.908)

En este orden de ideas se tiene que la higiene meticulosa del paciente es otra estrategia para prevenir las úlceras por presión, la piel debe mantenerse limpia y seca e hidratada evitando maceraciones a consecuencia de la humedad producida por la presencia de orina, sudor u otra secreción que ponga en peligro la integridad de la misma, es necesario proporcionar la debida higiene complementado con el baño diario.

Kozier, B (2008) señala: “la enfermera durante el baño evalúa las condiciones de la piel, estimula la circulación y permite evaluar el estado mental y emocional”. (p.545)

De lo anteriormente expuesto se puede inferir que el baño es una oportunidad excelente para que los familiares establezcan una relación de confianza con el enfermo y se facilite la comunicación entre ambos. Al respecto Kozier, B (2008) expresa: “el baño tiene una serie de funciones provoca sentido de bienestar, relaja, refresca, mejora la apariencia personal, estimula la circulación y es eficaz para facilitar el flujo venoso”. (p.545)

En relación lo expuesto se tiene que los familiares a través del baño promueven la higiene y la comodidad al enfermo, evalúan el estado de la piel, estimulan la circulación sistemática local, mejoran la autoestima y el aspecto personal.

En atención lo descrito se tiene que las personas enfermas suelen disminuir la resistencia a infecciones, la presencia de

bacterias patógenas en el ambiente implican una amenaza constante de infección, por tal la higiene de la habitación del paciente se convierte en un elemento importante en la vida de los enfermos.

Kozier, B (2008) refiere:

Un ambiente seguro, limpio, cómodo contribuye al reposo y bienestar del usuario. La limpieza del mobiliario a través de la asepsia quirúrgica mantiene las áreas libres de todo microorganismo, la enfermera se asegura de tomar las medidas preventivas para proteger a los usuarios. (p. 516)

En este sentido se tiene que en las personas con largos períodos encamados convierten la habitación en un elemento importante para la vida del enfermo. Kozier, B (2008) expresa: “una habitación que es limpia, segura y cómoda contribuye a la capacidad de reposo y sueño del cliente y proporciona sensación de bienestar”. (p.582)

De acuerdo lo expuesto se tiene que la cama es especialmente importante para la mayoría de los enfermos encamados, puede ser lo único que sienten completamente suyo, por tal para lograr la comodidad se necesita un cama limpia, pulcra y sin arrugas en las sábanas que cubren la cama para prevenir la fricción que pueda lesionar la piel o disminuir la circulación.

Ignatavicius, A (2008) expresa: “Es fundamental mantener las camas limpias y confortables, el cambio de lencería previene las alteraciones e infecciones en la piel”. (p.1300)

En atención lo expuesto se tiene que las sábanas debe cambiarse diariamente para eliminar los microorganismos, las secreciones y excreciones corporales, la atención meticulosa por parte de la enfermera y los familiares en la higiene de la habitación del enfermo es una estrategia para prevenir el crecimiento de microorganismos.

En este mismo orden de ideas se tiene que la enfermera manipula el ambiente cuando hace la cama del usuario, proporcionando una base libre de arrugas que puedan lesionar la piel por fricción, al respecto Kozier, B (2008) señala: “la fricción es una fuerza que actúa en dirección paralela al cuerpo, el roce de las sábanas crea fricción y esta ejerce efectos abrasivos en la piel”. (p.907)

En atención lo expuesto se tiene que es responsabilidad de la enfermera enseñar a los familiares la importancia de mantener al enfermo en un ambiente limpio y seguro en su hogar, especialmente la cama donde reposa y el mobiliario que lo rodea, así como las sábanas que cubren la cama del usuario deben estén libres de arrugas para minimizar la fricción que destruya las capas superficiales de la piel haciéndola más propensa a sufrir lesiones.

En otro orden de ideas se hace referencia de otra medida indispensable que debe tenerse en cuenta para prevenir las lucras por presión en usuarios encamados e inmovilizados. El uso de dispositivos mecánicos tales como el uso de colchones antiescaras que ayudan a prevenir las úlceras por presión al

distribuir de manera uniforme el peso de un cuerpo en toda la superficie de apoyo y estimulan la circulación.

Al respecto Ignatavicius, A (2008) señala:

Los medios para aliviar la presión incluyen camas de agua, colchones de esponja, colchones de presión alterna. Los dispositivos para aliviar la presión son eficaces para eliminar la cantidad de presión en las prominencias óseas y reducen el riesgo de alteraciones en la piel. (p.550)

En atención lo expuesto se tiene que el uso de colchones antiescaras proporciona una liberación eficaz de la presión en las prominencias óseas recomendadas en usuarios confinados en cama por largos períodos.

Otra estrategia preventiva que puede ser utilizada por los familiares de los pacientes es la colocación de una pequeña toalla colocada debajo de un hombro o cadera, esta disminuye la presión y aumenta el riego sanguíneo. Al respecto Dugas (2008) expresa: “los rollitos son dispositivos que sirven para apoyar a los pacientes inmovilizados cuando se necesita conservar la alineación”. (p.444)

En atención lo expuesto se tiene que la enfermera durante el desempeño de su rol educativo enseñará a los familiares de los enfermos todas las estrategias para prevenir alteraciones del tejido tegumentario como son las úlceras por presión, las cuales guardan relación con los cuidados proporcionados en forma continua y oportuna.

Por consiguiente, las acciones preventivas par prevenir úlceras por presión en los enfermos hospitalizados e inmovilizados por tiempo prolongado, deben ser proporcionadas desde su ingreso hasta el egreso del paciente a su domicilio y es responsabilidad de la enfermera involucrar a los familiares de estos en las actividades de prevención, mediante la aplicación de estrategias educativas que promueven la enseñanza-aprendizaje de actividades positivas hacia la conservación de la salud y la calidad de vida.

SISTEMA DE VARIABLE

Variable: Información sobre la prevención de Úlceras por presión que poseen los familiares de pacientes encamados con diagnóstico de lesiones neurológicas

Definición Conceptual: Greene y Simons (2008) definen información como: “el estar en cuenta sobre algo en particular bien por la experiencia o el aprendizaje formal” (p.89).

Definición Operacional: Se refiere a la Orientación que poseen los familiares de los pacientes con diagnósticos de lesiones neurológicas hospitalizados en la Clínica Rescarven Chuao, en cuanto a la valoración del estado de la piel y su protección específica para prevenir las úlceras por presión.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable: Información sobre la prevención de Úlceras por presión que poseen los familiares de pacientes encamados con diagnóstico de lesiones neurológicas

Definición Operacional: Se refiere a la Orientación que poseen los familiares de los pacientes con diagnósticos de lesiones neurológicas hospitalizados en la Clínica Rescarven Chuao, en cuanto a la valoración del estado de la piel y su protección específica para prevenir las úlceras por presión.

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	IT EMS
<p>Valoración del Estado de la Piel: Se refiere al dominio cognitivo que poseen los familiares de los pacientes con diagnósticos de lesiones neurológicas en cuanto a las características externas presentes en la piel y factores predisponentes a la aparición de úlceras por presión.</p>	<p>Características externas presentes en la piel: Esta referida a los datos relacionados con el estado de la piel que incluye: color, temperatura, humedad, integridad y turgencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Color ➤ Temperatura de la superficie cutánea ➤ Humedad ➤ Integridad de la piel ➤ Turgencia ➤ Incontinencia urinaria 	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p>

	<p>Factores Predisponentes a Lesiones en la piel: Esta referida a los datos relacionados con el la incontinencia urinaria, fecal y estado nutricional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incontinencia fecal ➤ Estado nutricional 	<p>7</p> <p>8</p>
DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES	IT EMS
<p>Protección específica de la piel:</p> <p>Se refiere la información que poseen los</p>	<p>Estrategias preventivas: Esta referida a los datos relacionados con los ejercicios pasivos,</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ejercicios pasivos ➤ Cambios posturales ➤ Masajes 	<p>9</p> <p>10</p> <p>11</p>

familiares de los pacientes con diagnósticos de lesiones neurológicas en cuanto a estrategias preventivas para prevenir las úlceras por presión	cambios posturales, masajes, higiene del paciente, higiene de la habitación, dispositivos mecánicos.	➤ Higiene del paciente	12
		➤ Higiene de la habitación	13
		➤ Dispositivos Mecánicos	
		1.-Colchón antiescara	14
		2.- Rollitos	15
		3.- Sacos de arena o alpiste	16

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLOGICO

Diseño de la Investigación

La investigación que se presenta se encuentra enmarcada dentro de lo que se conoce como diseño de investigación no experimental y de campo, porque el investigador sólo observa los hechos sin intervenir en su desarrollo. Con el objetivo de conocer la información que poseen los familiares de los pacientes encamados con lesiones neurológicas acerca de cómo prevenir las úlceras por presión.

En relación a ello Polit y Hungler (2000) señalan que los “estudios no experimentales (..) comprenden la investigación descriptiva, cuyo objetivo es observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural y algunas veces proporciona el punto de partida para la generación de (...) el desarrollo de la teoría” (p.190)

Así mismo, se puede decir que la investigación es de campo, porque los datos para la investigación se tomaron directamente del Servicio de Hospitalización de la Clínica Rescarven Chuao, con los familiares de los pacientes encamados con diagnóstico de lesiones neurológicas. Al respecto Ramírez, T (2007) define: “La investigación de campo como el estudio de los fenómenos en las situaciones naturales donde se producen”. (p.25)

Tipo de Estudio

En consideración a las características del problema y los objetivos formulados. La investigación que se presenta es de tipo Descriptivo- Prospectivo.

Se considera de tipo descriptivo porque detalla la variable Información que poseen los familiares de pacientes encamados con diagnóstico de lesiones neurológicas sobre prevención de úlceras por presión en su dimensión valoración del estado de la piel y protección específica de la piel.

Al respecto Pineda, Canales, Alvarado y Pineda (1998)..refieren que:

Los estudios descriptivos son la base y punto inicial de otros tipos y son aquellos que están dirigidos a determinar “cómo es” o “cómo está” la situación de las variables que deberán estudiarse en una población, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia (prevalencia o incidencia) y en quienes se está presentando determinado fenómeno. (p.138)

En cuanto al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es prospectivo ya que se obtuvo la información según ocurrieron los hechos, durante el segundo semestre del año 2010 en el Servicio de Hospitalización de la Clínica Rescarven Chuao.

Los estudios prospectivos son caracterizados por Canales, Alvarado y Pineda (1998), “como aquellos en los cuales se registra la información según van ocurriendo los fenómenos”. (p.135)

En lo referente al período y secuencia del estudio es de corte transversal, ya que se realizó la recopilación de los datos en un momento determinado y no en más de un momento. En el segundo semestre del año 2010 en el servicio de Hospitalización de la Clínica Rescarven Chuao.

Los estudios de tipo transversal son descritos por Canales, Alvarado y Pineda (1998) como “Aquellos estudios en los cuales el investigador estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo; en este el tiempo no es importante en relación a la forma como se dan los fenómenos” (p.81)

Población – Muestra

La población es definida por Canales, Alvarado y Pineda (1998) como: “Es el conjunto de individuos y objetos de lo que se desea conocer algo de una investigación”. (p.145)

En este sentido, la presente investigación contó como población a la totalidad de los familiares de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de lesiones neurológicas en el servicio de Hospitalización de la Clínica Rescarven Chuao durante el segundo semestre del año 2010, que para el momento de la recolección y registro de los datos fueron 30 personas. La cual se considera que es una población censal o finita, debido a que se conoce la cantidad de individuos de la cual se obtuvo la información requerida por la variable.

En relación a la población censal Namakforoosh, M (2008) señala “El tamaño de la población influye en la selección del muestreo: si el tamaño de la población es pequeño (manejable)... se considera un censo”. (p.200)

Método e Instrumento de Recolección de los Datos

De acuerdo al propósito del presente estudio se utilizó como método, la encuesta. Este método es explicado por Pineda, Alvarado y Canales (1998) como aquel que: “consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos...” (p.163). Para este método se utilizó el cuestionario que es definido por Tamayo (1999) como: “Instrumento formado por una serie de preguntas que se contestan por escrito a fin de obtener la información necesaria para la realización de una investigación” (p.72).

Se diseñó un cuestionario para ser aplicado a la muestra seleccionada. El cuestionario cuenta con dieciséis items (16) que midió la información sobre Valoración y Protección específica de la piel para la prevención de Ulceras por Presión: el Mismo fue elaborado por preguntas con respuestas de selección simple. (Anexo A).

Confiabilidad y Validez

Un instrumento de recolección de datos debe tener como característica ser confiable y válido. Para Pineda, Alvarado y Canales (1998) “un instrumento es confiable si se obtienen medidas o datos que representen el valor real de la variable que

se está midiendo...sí, al administrarla a una persona en condiciones similares...se obtiene resultados semejantes (p.139).

La confiabilidad se hizo aplicando una prueba piloto, a cinco (05) familiares de pacientes con déficit neurológico, que se encontraban recluidos en el Hospital Militar de Caracas "Dr. Carlos Arvelo", quienes poseen características similares a la muestra estudiada. Una vez realizada la prueba piloto se procedió a realizar su estudio por medio del criterio de confiabilidad de test- retest, arrojando como resultado un 73% de confiabilidad.

Con respecto a la validez Polit y Hungler (2000) señalan "que es el grado en que el instrumento mide lo que se supone que debe medir" (p.399). para ello se debe tener en cuenta la valoración del contenido, del criterio y del constructo. Además de "Juicio de Experto" presentando el instrumento a expertos, tanto en el área de Enfermería y Estadística.

Técnica de Análisis de los Datos

El tratamiento estadístico de los datos fue el siguiente:

- Aplicación de una estadística descriptiva – porcentual
- Presentación en cuadros de tres columnas (opciones, frecuencia absoluta y porcentaje)
- Cada cuadros contendrá su respectivo análisis cuantitativo.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presentan en primer lugar los resultados obtenidos en la investigación; en segundo lugar se describe el análisis e interpretación de tales resultados siguiendo los procedimientos adecuados para este estudio.

Presentación de los Resultados

A continuación se presentan los resultados, los cuales se procesaron en relación con los elementos que contiene el estudio. Para lo cual se presentan en primer término, las tablas estadísticas correspondientes a cada indicador de la variable en estudio; en segundo término, se analiza los datos y finalmente se presentan los gráficos a fin de ilustrar los datos obtenidos.

TABLA N° 1 Frecuencia Absoluta y Porcentual de las respuestas dadas por los familiares en relación a la Prevención de Ulceras por Presión en su indicador: Características del Estado de la Piel en sus subindicadores: color, temperatura, humedad, integridad y turgencia.

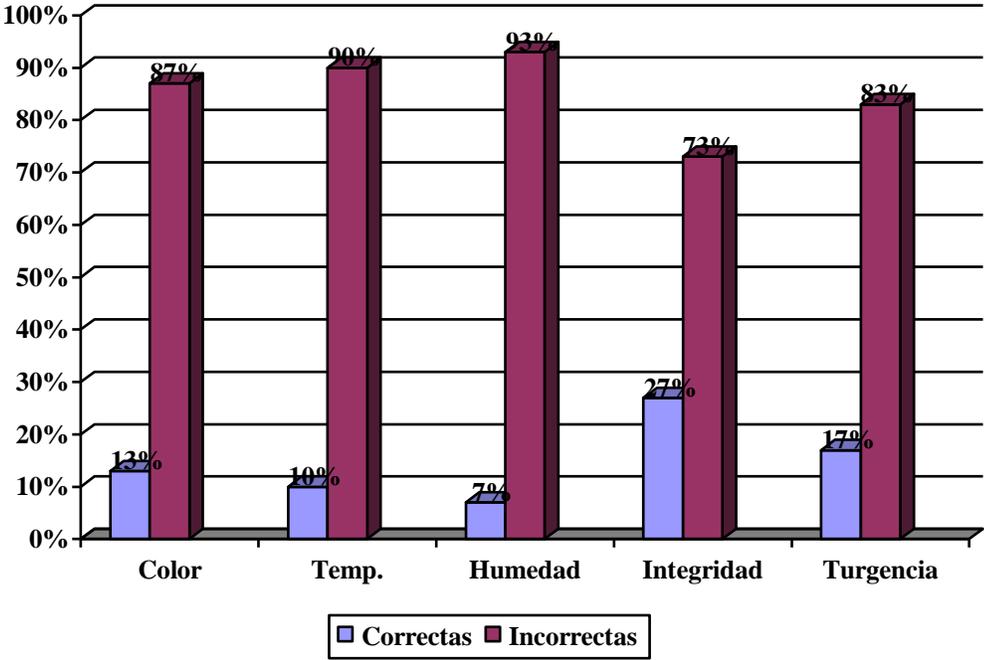
Aspecto	CORRECTAS		INCORRECTAS		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Color	04	13	26	87	30	100
Temperatura	03	10	27	90	30	100
Humedad	02	7	28	93	30	100
Integridad	08	27	22	73	30	100
Turgencia	05	17	25	83	30	100
Total Agrupado	4	13	26	87	30	100

Fuente: Cuestionario Aplicado a la Muestra sujeto de estudio

La Tabla numero uno demuestra que un porcentaje importante de la muestra representada por el 87% no tienen información referida a la valoración de la característica de la piel especialmente en lo relacionado a el color, temperatura, humedad, integridad y turgencia. Cabe destacar que solo el 13% de la muestra posee información al respecto.

Estos resultados son de mucha importancia, ya que como lo sostienen los diferentes autores, es necesario mantener una observación permanente en busca de signos y síntomas que den aviso sobre posibles complicaciones en este caso referidas a la aparición de las úlceras por presión. Así pues características como el color, la temperatura, la humedad, la integridad y la turgencia son datos de importancia a la hora de prevenir las úlceras por presión.

Grafico N° 1 Representación Gráfica de las respuestas dadas por los familiares en relación a la Prevención de Ulceras por Presión en su indicador: Características del Estado de la Piel en sus subindicadores: color, temperatura, humedad, integridad y turgencia.



Fuente: Tabla 1.

TABLA N° 2 Frecuencia Absoluta y Porcentual de las respuestas dadas por los familiares en relación a la Prevención de Ulceras por Presión en su indicador: Factores predisponentes a lesiones en la piel en sus subindicadores: Incontinencia Urinaria – Fecal y Estado Nutricional.

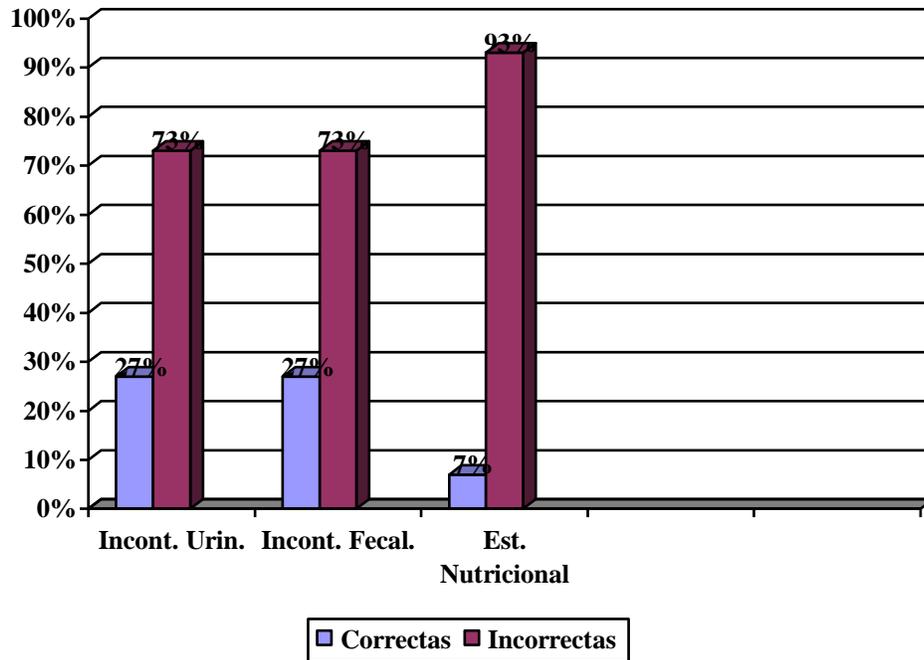
Items	CORRECTAS		INCORRECTAS		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Incontinencia Urinaria	08	27	22	73	30	100
Incontinencia Fecal	02	7	28	93	30	100
Estado Nutricional						
Total Agrupado	06	20	24	80	30	100

Fuente: Cuestionario Aplicado a la Muestra sujeto de estudio

La Tabla numero dos demuestra que un porcentaje significativo de la muestra representada por el 80% no tiene información inherente a la prevención de las ulcera por presión de los pacientes encamados que incluye la Valoración de la incontinencia Urinaria e Intestinal y el Estado Nutricional. Es importante mencionar que solo el 20% de la muestra respondió correctamente los ítems correspondientes lo que permite afirmar que tienen información al respecto.

Es importante señalar que en la medida que los familiares estén informados de cómo se valoran estos aspectos, estarán en capacidad de poder reconocer señales de alarma referido al riesgo de sufrir de ulceras por presión, ya que la incontinencia urinaria – fecal y el estado nutricional dan indicios rápidos de situaciones a ser prevenidas.

Grafico N° 2 Representación Gráfica de las respuestas dadas por los familiares en relación a la Prevención de Ulceras por Presión en su indicador: Factores predisponentes a lesiones en la piel en sus subindicadores: Incontinencia Urinaria – Fecal y Estado Nutricional.



Fuente: Tabla 2.

TABLA N° 3 Frecuencia Absoluta y Porcentual de las respuestas dadas por los familiares en relación a la Prevención de Úlceras por Presión en su indicador: Estrategias Preventivas en sus subindicadores: Higiene del Paciente e Higiene de la Habitación.

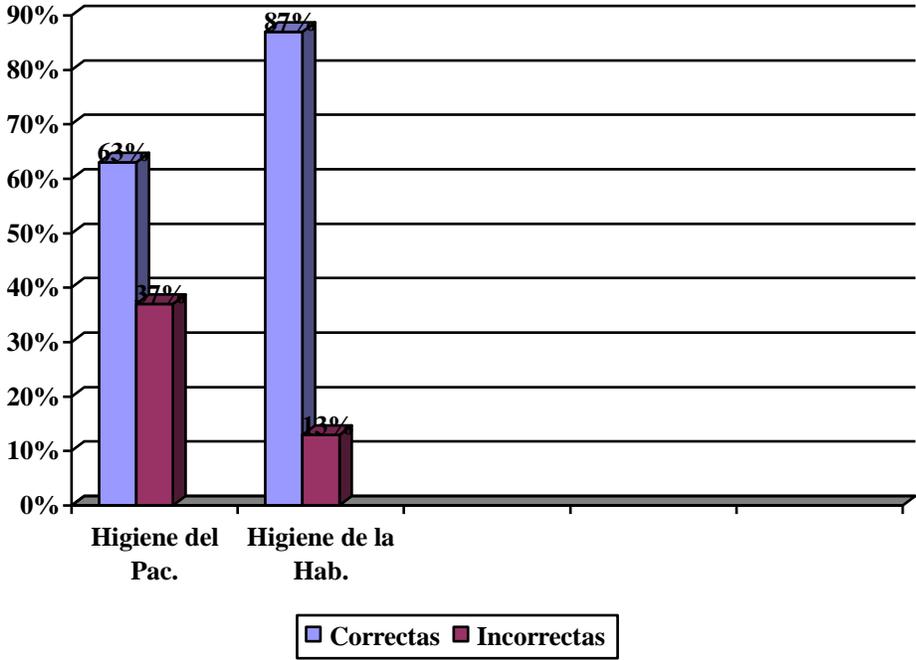
Items	CORRECTAS		INCORRECTAS		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Higiene del Paciente	19	63	11	37	30	100
Higiene de la Habitación	26	87	04	13		
Total Agrupado	23	77	07	23	30	100

Fuente: Cuestionario Aplicado a la Muestra sujeto de estudio

La Tabla numero tres demuestra que el 77% de los familiares respondieron de forma correctas los ítems referidos a las estrategias dirigidas para la prevención de las úlceras por presión especialmente las relativas a la higiene del paciente y la habitación. Sin embargo existe un 23% de la muestra que lo hizo de forma incorrecta.

La higiene del enfermo y del ambiente físico en donde este permanezca, son elementos de importancia para la prevención de las úlceras por presión, ya que ambas condiciones favorecen el mantenimiento y recuperación de la salud del enfermo, evitando la aparición de gérmenes que pueden posibilitar la pérdida de la integridad de la piel.

Grafico N° 3 Representación Gráfica de las respuestas dadas por los familiares en relación a la Prevención de Ulceras por Presión en su indicador: Estrategias Preventivas en sus subindicadores: Higiene del Paciente e Higiene de la Habitación.



Fuente: Tabla 3.

TABLA N° 4 Frecuencia Absoluta y Porcentual de las respuestas dadas por los familiares en relación a la Prevención de Ulceras por Presión en su indicador: Estrategias Preventivas en sus subindicadores: Masajes, Ejercicios y Cambios Posturales.

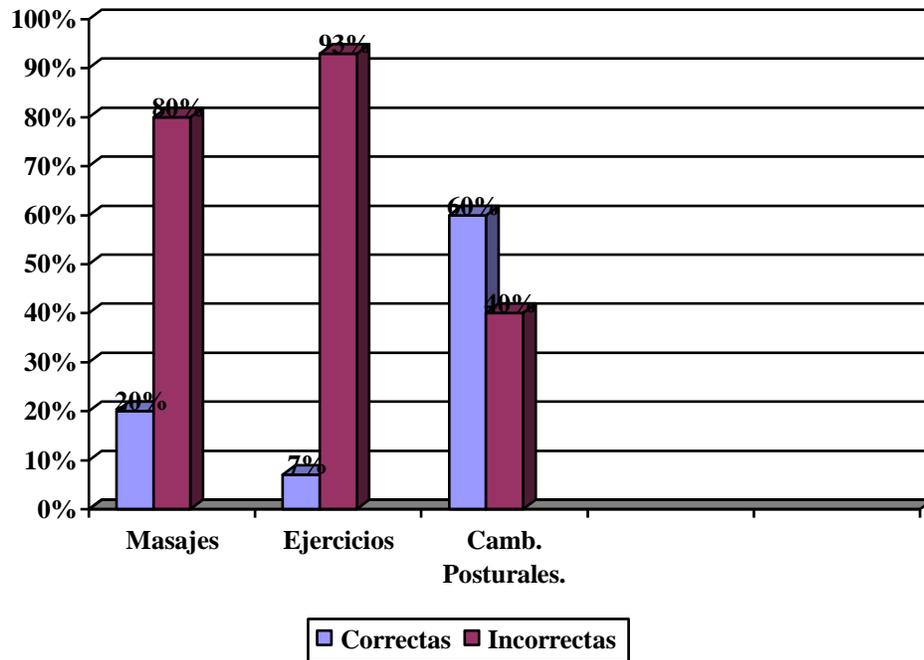
Items	CORRECTAS		INCORRECTAS		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Masajes	06	20	24	80	30	100
Ejercicios	02	7	28	93	30	100
Cambios Posturales	18	60	12	40	30	100
Total Agrupado	09	30	21	70	30	100

Fuente: Cuestionario Aplicado a la Muestra sujeto de estudio

La Tabla numero cuatro demuestra que en relación a las estrategias preventivas en sus subindicadores Masajes, Ejercicios y Cambios Posturales un porcentaje importante de la muestra representada por el 70% de los familiares no poseen información al respecto. Solo el 30% de la muestra si demostró tener dicha información.

La prevención de úlceras por presión necesita de acciones practicas directas con el enfermo, tal y como lo explican los autores mencionados en las bases teóricas de la investigación, así pues, el masaje corporal, los ejercicios y los cambios de postura son estrategias que permiten aumentar la perfusión sanguíneo a nivel de la piel y como consecuencia su nivel de oxigenación, evitándose el éxtasis venoso y la isquemia de las zonas de presión del cuerpo.

Grafico N° 4 Representación Gráfica de las respuestas dadas por los familiares en relación a la Prevención de Ulceras por Presión en su indicador: Estrategias Preventivas en sus subindicadores: Masajes, Ejercicios y Cambios Posturales.



Fuente: Tabla 4.

TABLA N° 5 Frecuencia Absoluta y Porcentual de las respuestas dadas por los familiares en relación a la Prevención de Úlceras por Presión en su indicador: Estrategias Preventivas en sus subindicadores: Dispositivos Mecánicos, Colchón Antiescaras, Almohadillas y Sacos de arena o alpiste.

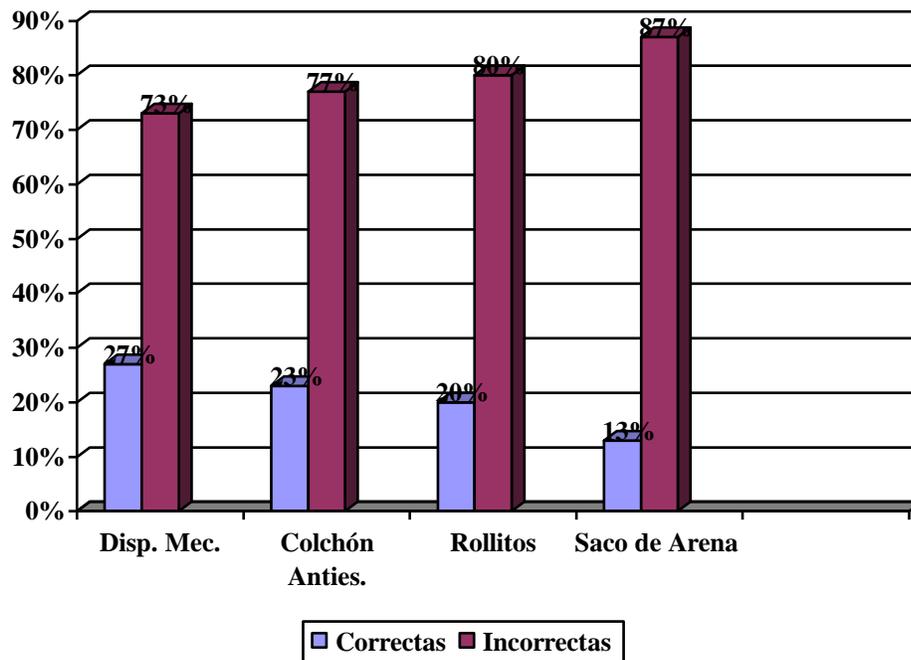
Items	CORRECTAS		INCORRECTAS		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Dispositivos Mecánicos	08	27	22	73	30	100
Colchón Antiescaras	07	23	23	77	30	100
Rollitos	06	20	24	80	30	100
Sacos de Arena o Alpiste	04	13	26	87	30	100
Total Agrupado	06	20	24	80	30	100

Fuente: Cuestionario Aplicado a la Muestra sujeto de estudio

La Tabla demuestra que el 80% de la muestra no posee información referida a la prevención de las úlceras por presión especialmente aquellas que incluye el uso de sillas de ruedas, colchón antiescaras, almohadillas y sacos de arena o alpiste. Solo el 20% de la muestra encuestada respondió correctamente.

Es importante resaltar estos resultados pues existe una desinformación de los familiares de medidas prácticas para la prevención de las úlceras por presión, como lo son los dispositivos mecánicos, el colchón anti escara, el uso de rollitos, entre otros de igual importancia, que no necesariamente son de alto costo, sino que por el contrario son de fácil utilización y disposición dentro del hogar.

Grafico N° 5 Representación Gráfica de las respuestas dadas por los familiares en relación a la Prevención de Ulceras por Presión en su indicador: Estrategias Preventivas en sus subindicadores: Dispositivos Mecánicos, Colchón Antiescaras, Almohadillas y Sacos de arena o alpiste.



Fuente: Tabla 5.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

El análisis e interpretación de los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento de recolección de datos permite exponer las siguientes conclusiones:

Los familiares posee un nivel de información bajo en relación a la Valoración del Estado de piel del paciente encamado, ya que los resultados demostraron que están desinformados sobre aspectos específicos de dicha valoración que incluye: Color, temperatura, humedad, integridad y turgencia de la piel, así como también los factores predisponentes a lesiones de piel en los pacientes encamados.

Los familiares demostraron poca información sobre las estrategias preventivas dirigidas a la úlceras por presión en los paciente encamados, en donde aspectos como los ejercicios, los cambios posturales, los masajes de la piel, la higiene personal y del ambiente físico, además del uso de los dispositivos mecánico, son de importancia dentro de dichas estrategias.

Recomendaciones

A la luz de los resultados de la presente investigación, se recomienda:

Presentar los resultados de la investigación realizada a las autoridades tanto médicas como de Enfermería de la Clínica Rescarven Chuao, con la finalidad que se conozca la situación y se brinde el apoyo necesario para la implementación de acciones educativas para los familiares de pacientes encamados, dirigidas a ofrecer orientación y/o información sobre la prevención de úlceras por presión.

El personal de Enfermería de la institución de salud objeto de estudio debe diseñar y aplicar Programas de Educación sobre la Prevención de Úlceras por Presión dirigidos a los familiares de los pacientes encamados, con el propósito de disminuir las complicaciones de dichos enfermos por esta situación dentro y fuera del centro de salud.

El personal de supervisión de Enfermería debe ejercer un rol de guía y orientador de los familiares de pacientes encamados bajo su responsabilidad, con el objetivo de lograr un entrenamiento constante del mismo en las labores de autocuidado a dichos enfermos que garantice el cuidado integral y la reducción de riesgos para las úlceras de presión una vez egresados a sus hogares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFRICA, B (2008) **Información que posee la Enfermera sobre la Higiene Broncopulmonar y su relación con la Calidad de atención en el Paciente Critico en la Unidad de Cuidados Post – Operatorios del Hospital Vargas de Caracas.** Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela.
- ÁLVAREZ, A (2007) **Enciclopedia de la Enfermería.** España editorial Océano / Centrum.
- BONANO, T. MUÑOZ, E. Y SÁNCHEZ, L. (2006). **Función asistencial de la enfermera (o) en la atención a pacientes con fractura de fémur en tracción músculo – esquelética.** Trabajo Especial de Grado U.C.V.
- BRUNNER, L (2008) **Manual de la Enfermería.** México. Nueva Editorial Interamericana. S.A. de C.U.
- COSTELA, E (2007) **Participación de enfermería en la prevención primaria de las úlceras por presión.** Trabajo de Grado para optar por el título de Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería Universidad Central de Venezuela. Caracas Venezuela.
- DÍAZ , L (2008) **Enfermería Clínica. España.** Editorial Océano / Centrum
- DUGAS, B (2003) **Tratado de Enfermería Práctica.** 4^{ta} edición. México. Nueva Editorial Interamericana.
- DUGAS, B (2008) **Tratado de Enfermería Práctica.** 6^{ta} edición. México. Nueva Editorial Interamericana.
- ESPINOZA, A. Y MÁRQUEZ, A. (2007). **Actividades educativas del Profesionales de Enfermería para la promoción del autocuidado dirigido a la prevención de úlceras por presión en los pacientes con lesión medular.** Trabajo Especial de Grado, U.C.V.

- FERNÁNDEZ, M (2008) **Perfil de riesgos de formación de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.** Trabajo de Grado para optar por el título de Licenciado en Enfermería. Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.
- GARCÍA, J. MALVACIAS, Y., y PEÑA, M. (2006). **Incidencias de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos y el rol del Profesionales de Enfermería en el Hospital Central “Dr. Jesús María Casal Ramos”,** Acarigua – Araure. TEG. UCV. Caracas – Venezuela.
- GREENE, y SIMONS (2008) **Modelos de Enfermería Práctica.** México Nueva Editorial Interamericana.
- HERNÁNDEZ, A (2007) **Intervención de enfermería en la valoración de riesgos a padecer úlceras por presión en pacientes inmovilizados.** Trabajo de Grado para optar por el título de Licenciado en Enfermería. Universidad de Carabobo. Venezuela.
- IGNATAVICIUS, A (2008) **Planificación de los Cuidados Enfermeros.** México Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
- KNOLL, H (2008) **Introducción a la enfermería Médico – Quirúrgica.** 4ta edición México editorial Harla.
- KOZIER, B (2008) **Tratado de Enfermería Práctica.** 3^{ERA} edición México. Nueva editorial Interamericana Práctica.
- NAMAKFOROOSH, N (2008) **Metodología de la Investigación.** México. Editorial Lumisa
- ORFILA, U (2007) **Factores que influyen en la atención de enfermería y la prevención de úlcera por decúbito en el anciano hospitalizado.** Trabajo de Grado para optar por el título de Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Universidad Central de Venezuela.
- PASQUIER, R (2007) **Manual de la enfermera.** 5^a edición. Editorial Interamericana Mc. Graw – Hill. México.

PINEDA, E; ALVARADO, E Y CANALES, F (1998) **Metodología de la investigación**. Segunda edición. Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud.

POLIT Y HUNGLER (2000) **Metodología de la Investigación**. Editorial Interamericana.

RAMIREZ, T (2007) **Metodología de la investigación**. Segunda edición. Washington, D. C. Editorial Panamericana.

ROMA, A (2006) **Enfermería básica y clínica**. México Editorial El Manual Moderno.

RUIZ, E (2007) **Enfermería Clínica**. 1ª edición Editorial Harla. México.

**ANEXO A
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE
DATOS**

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**CUESTIONARIO SOBRE PREVENCIÓN DE ULCERAS
POR PRESIÓN, DIRIGIDO A LOS FAMILIARES DE
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE LESIONES
NEUROLOGICAS**

Tutor
M.Sc Sergio Campos

Autoras:
Yaneidy Cartagena
CI 17.976.795
María Montilla
CI 11.165.195

Caracas, Agosto del 2010
PRESENTACIÓN

El presente cuestionario está dirigido a los familiares responsables del cuidado de los pacientes encamados con diagnóstico de Lesiones Neurológicas. Con la finalidad de recabar datos sobre la información que estos tienen sobre la Valoración del estado de la piel y su protección específica para prevenir las Ulceras por Presión:

Los datos obtenidos en el presente cuestionario serán de gran utilidad para el diseño del Programa Educativo sobre el tema mencionado.

La información es completamente confidencial, por lo que se agradece ser lo más preciso que usted pueda.

El cuestionario que se presenta forma parte de un Trabajo Especial de Grado. Requisito para optar al Título de Licenciado en Enfermería.

Gracias por su colaboración.

INSTRUCCIONES

- Lea el cuestionario antes de responder.

- El cuestionario es anónimo, por favor no se identifique.
- Revise el cuestionario antes de entregarlo.
- Encierre en un círculo la respuesta (una sola) que usted considere la adecuada.
- No deje ninguna pregunta sin contestar.
- Tómese el tiempo que crea necesario.

CUESTIONARIO

PARTE I. VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA PIEL

1. Para prevenir escaras en la piel de los pacientes encamados se debe:
 - a) Observar el color de la piel.
 - b) Observar el cambio de color en la piel.
2. Para prevenir escaras en la piel de los pacientes encamados se debe.
 - a) Conocer cambios en la temperatura de la superficie de la piel.
 - b) Conocer cambios en la temperatura del cuerpo.
3. Para evitar escaras en la piel de los pacientes encamados se debe observar:
 - a) Piel suave
 - b) Piel reseca.
4. Para prevenir escaras en la piel de los pacientes encamados se debe dar importancia a:
 - a) Una piel sin lesiones.
 - b) Una piel lesionada
5. Para prevenir escaras en la piel de los pacientes encamados se debe observar:
 - a) Una piel elástica
 - b) Una piel sin elasticidad.
6. Para prevenir escaras en la piel de los pacientes encamados se debe observar:
 - a) Incontinencia urinaria.
 - b) Apetito.
7. Para prevenir escaras en la piel de los pacientes encamados, es importante evaluar:
 - a) Falta de apetito
 - b) Incontinencia fecal.

8. Para prevenir escaras en la piel de los pacientes encamados se debe conocer:

- a) Estado Nutricional del enfermo
- b) La forma de comunicación del enfermo

PARTE II. PROTECCIÓN ESPECÍFICA DE LA PIEL

9. Para evitar escaras en la piel de los pacientes con Lesiones neurológicas es necesario:

- a) Ejercitar las diferentes partes del cuerpo.
- b) Evitar movimientos del cuerpo.

10.- Para prevenir escaras en la piel de los pacientes con Lesiones Neurológicas se debe:

- a) Realizar cambios de postura cada dos horas.
- b) Realizar cambio de postura cada dos días.

11.- Para prevenir escaras en la piel de los pacientes con Lesiones Neurológicas es importante:

- a) Realizar masajes en el cuerpo.
- b) Limpiar las uñas de las manos con cepillo.

12.- Para evitar escaras en la piel de los pacientes con Lesiones Neurológicas se debe:

- a) Realizar baño diario.
- c) Realizar baño cada dos días.

13.- Para prevenir escaras en la piel de los pacientes con Lesiones Neurológicas es importante:

- a) Cambiar las sábanas diariamente.
- b) Cambiar las sábanas cada tres días.

14. Para prevenir escaras en la piel de los pacientes con Lesiones Neurológicas se puede:

- a) Utilizar colchones antiescaras.

- b) Utilizar sábanas calurosas.
15. Para prevenir escaras en la piel de los pacientes con Lesiones Neurológicas es necesario:
- a) Usar camas pequeñas.
 - b) Utilizar toallas enrolladas debajo de los hombros y caderas
16. Para prevenir escaras en la piel de los pacientes con Lesiones Neurológicas se debe:
- a) Utilizar sacos pequeños de arena en la búsqueda de una buena postura
 - b) Utilizar jabón de olor durante el baño.