



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“VALORACIÓN DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN
SEGÚN ESCALA DE NORTON EN EL SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA, AREQUIPA 2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: LÍVANO REVILLA, MELISA

AREQUIPA - PERÚ

2016

**“VALORACIÓN DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN
SEGÚN ESCALA DE NORTON EN EL SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA, AREQUIPA 2014”**

A Dios todopoderoso por darnos la fe y la sabiduría, guiándonos en todo momento, ayudándonos a seguir adelante con perseverancia y optimismo para lograr unas de nuestras metas y otorgándonos paz y alegría.

Mi gratitud, muy especial a la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería Dra. Fernanda Gallegos de Bernaola, por haberme abierto las puertas y permitirme adquirir sabios conocimientos para mi formación académica.

Agradezco a mi madre, gracias ella y a su esfuerzo he estudiado para ser una gran profesional, a los docentes que día a día nos apoyan para ser buenos profesionales

Un agradecimiento muy especial a mis docentes, y asesor pues sin sus enseñanzas, orientación y apoyo incondicional no hubiese sido posible la realización de esta investigación

RESUMEN

La presente investigación cuyo título es “Valoración de riesgo de úlceras por presión según la Escala de Norton en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014. Es de enfoque epidemiológico de tipo cuantitativo, no experimental, de diseño descriptivo de corte transversal de nivel aplicativo. Tuvo como objetivo determinar la valoración de riesgo de úlceras por presión según la Escala de Norton en el servicio de medicina, La muestra estuvo conformada por las 33 enfermeras del servicio de Medicina. Se llegó a las siguientes conclusiones:

Se sugiere dar a conocer la utilidad de aplicar la escala de Norton durante la estancia hospitalaria de los pacientes, como instrumento para llevar a cabo las actividades de enfermería preventivas como humectación, cambios de posición, uso de protectores locales, como colchones de agua, de aire, para mantener la integridad de la piel y evitar el desarrollo de las úlceras por presión. Establecer un plan de atención integral, por medio de la aplicación de las escalas valorativas de riesgo de úlceras por presión (Norton) y plan de intervención preventivo en los grupos de riesgo. Establecer modelos de seguimiento que permitan tener una vigilancia cercana del nivel de riesgo e incidencia de úlceras por presión que facilite la atención de enfermería en el servicio. Realizar un estudio control sobre riesgo e incidencia de úlceras por presión después del uso de escala valorativa de riesgo y aplicación del plan de atención preventivo que permita validar la intervención de enfermería. Establecer un plan continuo de capacitación al personal de enfermería, paciente, familiares para dar a conocer la parte preventiva, forma de curación, cuidados a tener si ya tiene UPP y la nutrición adecuada.

Palabras claves: valoración de riesgo, úlceras por presión, escala de Norton.

ABSTRAC

This research titled "Assessment of risk of pressure ulcers as Norton Scale in health service hospital III Yanahuara, Arequipa 2014. It is quantitative epidemiological approach, not experimental, descriptive cross-sectional design applicative level. Aimed to determine the assessment of risk of pressure ulcers as Norton Scale medical service, The sample consisted of 33 nurses Medical Service. He reached the following conclusions:

It is suggested to publicize the usefulness of the Norton scale during the hospital stay of patients, as an instrument to carry out the activities of preventive nursing as wetting, changes in position, use of local protectors such as mattresses water, air, to maintain the integrity of the skin and prevent the development of pressure ulcers. Establish a comprehensive care plan, through the application of risk assessment scales pressure ulcers (Norton) and plan preventive intervention in risk groups. Establish monitoring models that enable a close monitoring of the risk level and incidence of pressure ulcers to facilitate nursing care service. Perform control study on risk and incidence of pressure ulcers after using risk rating scale and implementation of preventive care plan to validate the nursing intervention. Establish an ongoing training plan nurses, patient, family to publicize the preventive part, form of healing, care to have if you already have UPP and proper nutrition.

Keywords: risk assessment, bedsores, Norton scale

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	3
1.2.2. Problemas Específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	13
2.3. Definición de términos	33
2.4. Variables	33
2.4.1. Definición conceptual de la variable	34
2.4.2. Definición operacional de la variable	34
2.4.3. Operacionalización de la variable	34

CAPITULO III: METODOLOGIA	35
3.1. Tipo y nivel de investigación	36
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	36
3.3. Población y muestra	37
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	37
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	37
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	39
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	47
CAPÍTULO V: DISCUSION	50
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
Tabla 1	
Perfil de las enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014	40
Gráfico 1	
Valoración de riesgo de úlceras por presión según la Escala de Norton en el Servicio de Medicina del Hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014	42
Gráfico 2	
Valoración de riesgo de úlceras por presión referente a la condición física según la Escala de Norton en el Servicio de Medicina del Hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014	43
Gráfico 3	
Valoración de riesgo de úlceras por presión referente al estado mental según la Escala de Norton en el Servicio de Medicina del Hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014	44
Gráfico 4	
Valoración de riesgo de úlceras por presión referente a la actividad/inmovilidad según la Escala de Norton en el Servicio de Medicina del Hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014	45
Gráfico 5	
Valoración de riesgo de úlceras por presión referente a la incontinencia según la Escala de Norton en el Servicio de Medicina del Hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014	46

INTRODUCCIÓN

Las Úlceras por Presión o escaras, constituyen uno de los problemas más frecuentes en el área hospitalaria por la hospitalización de pacientes que han perdido su movilidad por distintos factores ya sean externos, genéticos, patológicos o geriátricos. Es la complicación clínica que afecta principalmente la zona más extensa del cuerpo como lo es la piel, se puede presentar a cualquier edad, en cualquier lugar y no distingue de raza o género.

Las úlceras no son consideradas una patología, éstas son lesiones de origen isquémico localizado en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea y producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. La mayoría de los pacientes con úlceras por presión tienen una lesión neurológica, son añosos o están hospitalizados. La incidencia intrahospitalaria es de 10% aproximadamente, su prevalencia del 29% y aumenta al 33% en unidades de cuidados intensivos, 23% en parapléjicos y hasta 66% en fracturas femorales. En USA se producen 200.000 lesionados medulares por año, de los cuales 50.000 tendrán una escara durante su evolución variando el costo de tratamiento entre 2 y 30 mil dólares. Se considera que un 95% esta entidad es prevenible.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la

recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una escala de valoración del riesgo de úlceras por presión (UPP) es una herramienta de cribaje diseñada para ayudar a identificar a los pacientes que pueden desarrollar una UPP. Las escalas de valoración del riesgo de presentar UPP constituyen un instrumento objetivo para valorar y poder tomar decisiones, estando por encima del propio juicio clínico. La identificación de los pacientes que potencialmente pueden padecer este problema a través de la valoración de los factores de riesgo de ulceración es el primer paso para la puesta en práctica de los cuidados de prevención.

La escala de Norton mide el riesgo de padecer úlceras por presión. Sirve como una medida para detectar a tiempo un riesgo de hacer una Ulcera por Presión.

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una

silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro.

Las úlceras por presión (UPP), es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. (1) Constituye un tipo especial de lesiones causadas por un trastorno de irrigación sanguínea y nutrición tisular como resultado de la presión prolongada sobre prominencias óseas o cartilaginosas.

Las lesiones no solo se producen en posición supina, sino también en los pacientes confinados a la silla de ruedas. Las UPP constituyen un importante problema de salud que afecta a todos los sistemas sanitarios desarrollados. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Pueden constituir un problema para las personas en los hospitales por lo que la prevención de las UPP es el eje fundamental en todos los niveles asistenciales.

Las UPP ocurren con mayor frecuencia en personas de edad avanzada, en pacientes confinados en cama o a silla de ruedas, desnutridos, comprometidos de conciencia y mal apoyo familiar, siendo los sitios más comprometidos en más del 80% de los casos el sacro, trocánteres, nalgas, maléolos externos y talones. La valoración del riesgo es un aspecto clave en la prevención.

La razón de la valoración del riesgo es la identificación de los individuos que necesitan medidas de prevención y la identificación de los factores específicos que los ponen en situación de riesgo. Para ello se utilizan las escalas de valoración del riesgo. Las escalas sirven para valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar UPP, con el objeto de poder determinar un plan de cuidados preventivos (2).

Durante las prácticas clínicas hospitalaria en el servicio de medicina del Hospital III de Yanahuara, se ha podido observar deficiencia de recurso humano repercutiendo en el trabajo del personal de enfermería ya que no existe tiempo para brindar una atención personalizada a cada paciente hospitalizado; en cada servicio se encuentran generalmente de 20 a 25 pacientes por día y muchos de ellos con riesgo de presentar úlceras por presión; el personal trabaja en constante presión debido a que debe cumplir con sus obligaciones sin contar con el tiempo necesario para hacerlo, esto genera constantemente estrés laboral e interfiere en el cumplimiento de su trabajo.

Al carecer de personal de enfermería el cuidado asistencial del paciente se ve afectado, las tareas no son posibles de cumplir en su totalidad ya que mucho de este personal se encuentra en la edad mayor a 35 años por lo que su fuerza ha disminuido con los años no permitiéndoles realizar cambios de posición a los pacientes que sufren obesidad como una patología adyacente por la que se encuentran hospitalizados; además el hospital no cuenta con el material y equipo necesario todo esto contribuye de manera directa a la aparición de úlceras por presión dentro de la estadía hospitalaria.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la valoración de riesgo de úlceras por presión según la Escala de Norton en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la valoración de riesgo de úlceras por presión referente al estado físico según la Escala de Norton en el

servicio de medicina del hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014?

- ¿Cuál es la valoración de riesgo de úlceras por presión referente al estado mental según la Escala de Norton en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014?
- ¿Cuál es la valoración de riesgo de úlceras por presión referente a la actividad e inmovilidad según la Escala de Norton en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014?
- ¿Cuál es la valoración de riesgo de úlceras por presión referente a la incontinencia según la Escala de Norton en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Determinar la valoración de riesgo de úlceras por presión según la Escala de Norton en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar la valoración de riesgo de úlceras por presión referente al estado físico según la Escala de Norton en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014

- identificar la valoración de riesgo de úlceras por presión referente al estado mental según la Escala de Norton en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014
- identificar la valoración de riesgo de úlceras por presión referente a la actividad e inmovilidad según la Escala de Norton en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014
- identificar la valoración de riesgo de úlceras por presión referente a la incontinencia según la Escala de Norton en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las úlceras por presión representan una importante problemática de salud a nivel mundial, evidenciando así según estudios la preocupación por este tema, especialmente porque las Úlceras por Presión son prevenibles en el paciente.

La pertinencia de este estudio radica en que la enfermera como integrante del equipo de salud su acción está orientada hacia la prevención en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad a partir de un enfoque Biopsicosocial.

Es trascendente y útil porque dicha investigación servirá de base para otras investigaciones con otros enfoques que coadyuven a proponer alternativas de solución a la problemática encontrada.

El aporte científico se basa en que el presente estudio posee una serie de características que ayudan al investigador a regirse de manera eficaz en

la misma. La investigación es fundamental para el estudiante y para el profesional, esta forma parte del camino profesional antes, durante y después de lograr la profesión; ella nos acompaña desde el principio de los estudios y la vida misma. La investigación ayuda a mejorar el estudio porque permite establecer contacto con la realidad a fin de que se la conozca mejor.

La finalidad de esta radica en formular nuevas teorías o modificar las existentes, en incrementar los conocimientos.

1.5. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La primera limitación, corresponde a la población de estudio, ya que la muestra que se obtendrá solo corresponde a los pacientes Hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Yanahuara de Arequipa.

La segunda limitación, corresponde a que los resultados sólo servirán para la institución donde se llevara a cabo la investigación

CAPÍTULO II MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes Internacionales

BERTY Tejada, Jannety en su estudio titulado "Índices de riesgo en las úlceras de presión (UPP)" España. 2010. Cuyo objetivo fue identificar y analizar trabajos publicados e indexados en los principales bancos electrónicos donde se analizan aspectos importantes de prevención de las úlceras por presión y comprobar de las diferentes escalas de riesgo o valoración que se utilizan en las mismas como instrumento predictor de resultados de rehabilitación. Se abordaron los aspectos de valoración y prevención de las UPP sobre todos en los pacientes hospitalizados, críticos e incluso de atención domiciliaria. Dentro de las conclusiones tenemos:

"La escala de Braden y el índice de Norton han sido empleados para la evaluación como instrumento predictivo de resultados de rehabilitación en diferentes situaciones médicas que involucran el riesgo de padecer o la presencia de UPP tales como: pacientes hospitalizados, crítico o no, situaciones ortopédicas quirúrgicas y otras de enfermería. Se destaca el papel de la enfermería de rehabilitación en la valoración de riesgo de

aparición y cuidados de las UPP. Es precisamente el enfermero quien considera a todos los pacientes potenciales de riesgo, elige y utiliza un método de valoración de riesgo, identifica los factores de riesgo y registra sus actividades y resultados y en muchos casos evalúa. Además desde el punto de vista práctico desarrolla en el paciente todos los cuidados específicos, generales y de educación sanitaria". (3)

CHIGNE Verástegui, Oscar; Varela Pinedo, Luis; Chávez Jimeno, Helver en su estudio titulado "Aplicación de escala de Norton para evaluar riesgo de úlceras por presión en pacientes adultos mayores hospitalizados". Brasil. 2008. Cuyo objetivo fue identificar el Alto riesgo de hacer una úlcera por Presión. *Estudio de tipo descriptivo, transversal, se seleccionaron 124 pacientes de 60 años de edad y más, admitidos a los servicios de Medicina e Infectología del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Llegando a la conclusión:*

"Las Úlceras por presión representan una frecuencia condición geriátrica, con alta morbimortalidad y costos. El 43% de adultos mayores presentaron riesgo de úlceras por presión a la admisión hospitalaria, encontrándose asociación significativa de nueve características y problemas geriátricos sobre la población identificada con dicho riesgo. El uso de la Escala de Norton debe ser considerado de uso rutinario para adultos mayores hospitalizados". (4)

CARRILLO González, Marcela Gemita en su estudio "Atención a pacientes con riesgo de úlceras por presión, en el servicio de Medicina Interna, Hospital Base Osorno, Octubre – Diciembre. Valdivia – Chile 2005. Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, experimental y prospectivo, cuyo objetivo fue prevenir las úlceras por presión. Este estudio tuvo una duración de dos meses, y se llegó a la conclusión:

"El 45% de los pacientes desarrollaron úlceras por presión el 14% del total desarrollo de úlceras por presión de grado III los cuales eran altamente dependientes. El 4% desarrolló UPP en grado I, en que sólo hubo enrojecimiento sacro, sin pérdida de indemnidad de piel y 12% de pacientes desarrollaron UPP en grado II, en que hubo pérdida del grosor de la piel que afectó la epidermis y dermis, potencialmente

curables con las medidas adoptadas para su tratamientos el restante de los pacientes presentaron UPP en grado IV".⁽⁵⁾

JORDAN Y CLARK; “incidencia de las úlceras por presión (UPP) en la unidad de Medicina Interna del Hospital Insular de Lanzarote” España 2005. Cuyo objetivo; fue Analizar la Incidencia de las úlceras por presión (UPP). El estudio fue descriptivo, de corte transversal, correlacional. Se llegó a las siguientes conclusiones:

“La edad media de la población en estudio fue de 81.25 años. En cuanto a la estancia media de dichos pacientes fue de 33,76 meses aunque un 15% de ellos llevaban más de 5 años. También se encontró que en un 12% de los casos se presentaban úlceras por presión, siendo esta prevalencia similar a la del ingreso en el hospital. En cuanto al grado observamos: grado I, un 25% eran grado II, grado III el 16.7% y grado IV un 33.3%. Es llamativo el hecho de que el 83.3% de los ancianos afectados de UPP presentaban deterioro cognitivo frente al 62.5% encontrado entre los que no padecían úlceras. En la Residencia de Asistidos el porcentaje de ancianos que padecían demencia fue un 36%. Un factor importante en la aparición de UPP, como es la incontinencia (urinaria y fecal) alcanza cifras no despreciables en nuestra población, así la prevalencia de incontinencia urinaria fue de 75%, y la fecal era en el momento del estudio padecida por el 67% de los que tenían UPP y el 46.6% de los que no presentaban dichas lesiones”.⁽⁶⁾

2.1.2. Antecedentes Nacionales

MAYTA Ramírez, Trinidad y CASTILLO Hurtado, Dina en su estudio titulado “La familia como agente de autocuidado en la prevención de úlceras por presión en pacientes inmovilizados de la tercera edad de los servicios de medicina, del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, en Lima, realizaron un estudio sobre, cuyo objetivo general fue evaluar la efectividad de la participación familiar como agente de autocuidado en la prevención de úlceras por presión en pacientes de la tercera edad. El método usado fue el cuasi experimental. La población estuvo constituida por 40 pacientes y sus respectivos familiares, distribuidos en dos grupos

de 20 cada uno. El instrumento fue un formulario tipo cuestionario que se aplicó antes y después a ambos grupos, y la técnica fue la encuesta. Llegando a las siguientes conclusiones:

"Que la participación familiar como agente de autocuidado ha demostrado ser efectiva, para la prevención de úlceras por presión en pacientes inmovilizados de la tercera edad (la incidencia de zonas en los pacientes inmovilizados de la tercera edad es menor cuando la familia participa como agente de autocuidado). La efectividad de la participación familiar como agente de autocuidado, en relación al grupo de comparación puede atribuirse a la capacitación de la familia a través de un programa autoinstruccional de prevención de las úlceras por presión." (7)

GALLO Woolcott, Karla Eleonora; PACHAS Fernández, Carol Gisela, n su estudio titulado "Riesgos a úlceras por presión según Escala Norton en una población de ancianos de un servicio domiciliario de Lima. 2008. Cuyo objetivo fue: *Determinar el riesgo de úlceras por presión según Escala Norton en ancianos y clasificar el nivel de riesgo según proveedor de cuidados. Material y Métodos: estudio cuantitativo descriptivo tipo transversal; realizado en el Programa de Prestaciones de Atención Domiciliaria/PADOMI, del Seguro Social de Salud/EsSalud de un distrito de Lima. La población estuvo conformada por 833 ancianos, considerando una muestra aleatoria de 152 conforme criterios de inclusión. Los datos se recolectaron mediante visita domiciliaria, entrevista y observación utilizando una ficha de trabajo que incluía datos sociodemográficos del adulto mayor/cuidador y escala Norton; para analizar los datos se uso la estadística descriptiva. Resultados: el 53,3% de ancianos se encontraba en un rango de 80-89 años de edad, 69,8% eran de sexo femenino, 54,0% viudos y 34,9% asistidos por un cuidador informal. Asimismo, el 43,4% presentó un riesgo medio para úlceras por presión, siendo que el 65,1% presentaba estado físico general regular, estado mental apático 45,4% actividad disminuida 65,1%, camina con ayuda 61,8% e incontinencia ocasional 55,5%.*

Con relación a clasificación de riesgo según cuidador, destacó el riesgo medio en todos los proveedores, sin embargo, el 26,4% asistido por cuidador informal presentó riesgo muy alto y el 25,9% asistido por otro familiar riesgo alto. Llegando a la conclusión:

“Gran proporción de ancianos tuvo riesgo medio para presentar úlceras por presión, siendo que las condiciones determinantes lo incrementan”.
(8)

MANCINI Bautista, Marilú; Lozada Rubio, Rosamaria, en su estudio “Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados.” en el 2014, en Arequipa. El objetivo del estudio es determinar los factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados. Estudio de Casos y Controles anidado en una cohorte realizado en adultos mayores hospitalizados en diferentes servicios del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) de Mayo a Setiembre 2012. Se realizó un muestreo probabilístico por densidad de incidencia, obteniéndose 61 casos y 122 controles. Se aplicó una ficha de recolección de datos inicial y se evaluó cada 48 horas. Se calcularon medidas de frecuencia y asociación y se aplicó la prueba de X² para variables cualitativas. Siendo las conclusiones:

“La población de adultos mayores generalmente presentan muchos problemas de salud a la vez; encontrándose sub reportadas las Úlceras Por Presión (UPP), por ello existen pocos estudios a nivel regional sobre esta patología. El número de adultos mayores hospitalizados en el período mayo – setiembre que componen la muestra recolectada es de 189 con una media de edad de 76.8 ± 9.97 años. La incidencia acumulada es 3% y la densidad de incidencia es 45 por 1000 personas/día. Conclusiones: Las variables asociadas al desarrollo de Úlceras por Presión son: edad, sujeción mecánica, escala de Norton alta y muy alta”. (9)

Peralta Vargas Carmen Eliana, Varela Pinedo Luis Fernando, Gálvez Cano Miguel en su estudio Frecuencia de úlceras de presión y factores asociados a su desarrollo en el adultos mayor

hospitalizado en el servicio de Medicina de Hospital Nacional Cayetano Heredia Objetivo: Determinar la frecuencia de casos de úlcera de presión y los factores asociados más importantes para su aparición en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina de un hospital general. Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional. Se estudiaron a todos los pacientes mayores de 60 años, hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre diciembre de 2006 y abril de 2007. Se evaluaron diferentes variables demográficas, clínicas, así como diversos síndromes geriátricos; en dos grupos de pacientes, quienes desarrollaron úlcera de presión y los que no desarrollaron úlcera de presión. Se utilizó chi cuadrado y el análisis multivariado para determinar asociación estadística. Resultados: Se incluyeron 463 adultos mayores, la frecuencia de casos de úlcera de presión fue 11,4%. Las variables que estuvieron asociadas con el desarrollo de úlcera de presión, con una significancia estadística en el análisis univariado fueron: edad mayor de 70 años, dependencia parcial o total, deterioro cognitivo moderado o severo, incontinencia urinaria, malnutrición, riesgo moderado y alto para desarrollar úlcera de presión según escala de Norton, neumonía y accidente cerebrovascular como diagnósticos de ingreso, uso de catéter vesical, sujeción mecánica, dispositivos externos locales en zonas de prominencias óseas, la presencia de cuidador y el desarrollo de infección pulmonar intrahospitalaria. Luego del análisis multivariado solo: malnutrición (OR =6,87; IC 95%, 1,38-34,06 p=0,01) y sujeción mecánica (OR=8,09; IC 95%, 2,47-26,41 p=0,001) fueron los factores de riesgo. Conclusiones:

“La úlcera de presión es una condición frecuente en el adulto mayor hospitalizado. Los factores asociados a su aparición fueron malnutrición y sujeción mecánica”.⁽¹⁰⁾

IZQUIERDO Morales, Felicitas Yola en su estudio titulado *Relación entre riesgo e incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia*. Lima – Perú. 2005. Es un estudio de tipo descriptivo prospectivo y correlacional, con una muestra de 100 pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina A y B durante octubre y noviembre 2005. Se aplicó una hoja de registro de datos donde se evaluó el nivel de riesgo de úlcera por presión con la escala de Norton a todos los pacientes mayores de 60 años en el momento del ingreso al servicio de Medicina, excluyéndose a aquellos que permanecieron menos de 24 horas o que presenten úlceras por presión al momento de la admisión. Se realizó el seguimiento de los pacientes en el servicio para establecer la presencia, el grado y zona de la lesión. La hoja de registro de datos fue aplicada por la investigadora. Los resultados establecen que el 47% de adultos mayores tiene alto riesgo de úlcera por presión. En cuanto a la incidencia se encontró que de 100 pacientes adultos mayores 16 pacientes hacen algún grado de UPP durante su permanencia en el servicio de Medicina, siendo las úlceras de II° de mayor incidencia y la zona afectada la región sacra y glútea. La relación entre el riesgo e incidencia de las úlceras de presión fue claramente establecido ($p < 0,05$); de 47 pacientes catalogados como alto riesgo 16 hicieron algún grado de UPP. Llegando a la conclusión:

“Existe una relación significativa entre el nivel de riesgo y la incidencia de úlceras. El uso de la escala de valoración de Norton permite a la enfermera priorizar la atención preventiva al grupo de mayor riesgo y disminuir la incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor”⁽¹¹⁾

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Escala de Norton

La escala de Norton mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión. Valora cinco aspectos importantes

con una escala de gravedad de 1 a 4, cuyos valores son sumados para obtener una puntuación total que estará comprendida entre 5 y 20. Se consideran pacientes de riesgo a aquellos con una valoración baja (a menor puntuación, mayor riesgo).

- Puntuación de 5 a 9: riesgo muy alto.
 - Puntuación de 10 a 12: riesgo alto.
 - Puntuación de 13 a 14: riesgo medio.
 - Puntuación >14: riesgo mínimo/sin riesgo
-
- **Condición física:** Es el estado nutricional e hídrico, entendido este como volumen y tolerancia de la dieta. Teniendo cubierta las necesidades mínimas diarias y su constitución física.

Considerado como una condición física **Bueno** tenemos que en la Nutrición la persona ingiere 4 comidas diarias, tomando todo el menú, haciendo un total de proteínas 2.000 Kcal y un índice de masa corporal (I.M.C.) entre 20-25 %, un total de líquidos 1.500 - 2.000cc/día (8-10 vasos de agua), manteniendo una temperatura corporal de 36 - 37° C. manteniendo así una hidratación adecuada con un peso adecuado, mucosas húmedas rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo.

Considerado como una condición física **Mediano** tenemos que en la Nutrición la persona ingiere 3 comidas diarias, tomando todo el menú, haciendo un total de proteínas 2.000 Kcal y un índice de masa corporal >20 y <25%, un total de líquidos 1,000 – 1,500cc/día (5 a 7 vasos de agua), manteniendo una temperatura corporal de 37 – 37.5° C. manteniendo así una hidratación con relleno capilar lento y recuperación del pliegue cutáneo lento.

Considerado como una condición física **Regular** tenemos que en la Nutrición la persona ingiere 2 comidas diarias, tomando todo el menú, haciendo un total de proteínas 1,000 Kcal y un índice de masa corporal $>50\%$, un total de líquidos 500 - 1.000cc/día (3 a 4 vasos de agua), manteniendo una temperatura corporal de $37.5 - 38^{\circ} \text{C}$. manteniendo así una hidratación con Ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.

Considerado como una condición física **Muy malo** tenemos que en la Nutrición la persona ingiere 1 comidas diarias, tomando todo el menú, haciendo un total de proteínas 1,000 Kcal y un índice de masa corporal $>50\%$, un total de líquidos 500cc/día (3 vasos de agua), manteniendo una temperatura corporal $+ \text{ de } 38.5^{\circ} \text{ ó } - \text{ de } 35.5^{\circ} \text{C}$, manteniendo Edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia del pliegue cutáneo.

- **Estado mental:** Estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.

En la condición de **Alerta** el paciente orientado en tiempo, espacio y lugar, responde adecuadamente a estímulos visuales, auditivos y táctiles, comprende la información, lo podemos confirmar solicitando al paciente que diga nombre, fecha lugar y hora.

En la condición de **Apático** el paciente se encuentra Alertado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso, ante estímulos reacciona con dificultad y permanece orientado,

obedece órdenes sencillas, posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante, lo podemos confirmar dando instrucciones al paciente como tocar con la mano la punta de la nariz

En la condición de **Confuso** el paciente se encuentra inquieto, agresivo, irritable, dormido, las respuesta que da son lenta a fuertes estímulos dolorosos, cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo, si no hay estímulos fuertes se vuelve a dormir, se le puede observar Intermitentemente desorientado en tiempo, lugar y/o persona, lo podemos confirmar al pellizcar la piel, pinchar con una aguja

En la condición de **Estuporoso** el paciente se encuentra desorientado en tiempo, lugar y persona, despierta solo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal, nunca está totalmente despierto, lo podemos confirmar al presionar el tendón de Aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.

En la condición de **Comatoso** el paciente se encuentra desorientado en tiempo, lugar y persona, muestra una ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja, lo podemos confirmar al presionar el tendón de Aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.

- **Actividad:** Aquella faceta de la persona en el cual se buscara su estado de actividad física relacionada a su postura corporal.

En la condición de **activo total** el paciente es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentara.

En la condición de **actividad disminuida** el paciente inicia movimientos con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener algunos de ellos.

En la condición de **actividad muy limitada** el paciente solo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar todos los movimientos.

En la condición de **inmóvil** el paciente es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, mantener la posición corporal o sustentarla.

- **Movilidad:** Capacidad de la persona de moverse relacionado a la ayuda externa que pueda o no recibir.

En la condición de activo **Ambulante** el paciente es independiente total. Es decir es capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo, o lleve prótesis.

Camina con Ayuda el paciente es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo.

En la condición de activo **Sentado** el paciente no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede moverse en una silla o sillón. La persona precisa ayuda humana y/o mecánica

En la condición de activo **Encamado** el paciente es totalmente dependiente para todos sus movimientos. Precisa ayuda humana para conseguir cualquier objeto (comer, asearse, etc.).

- **Incontinencia:** Alteración del organismo que consiste en expulsar involuntariamente o la falta de control sobre la orina o los excrementos.

En la condición de **Ninguna** el paciente tiene total control de ambos esfínteres.

En la condición de **Ocasional** el paciente no controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 h. Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal

En la condición de **Urinaria o Fecal** el paciente no controla uno de los dos esfínteres permanentemente. Necesita la colocación adecuada de un colector con atención a las fugas, pinzamientos y puntos de fijación.

En la condición de **Urinaria más Fecal** el paciente no controla ninguno de sus esfínteres

2.2.2. Úlceras por presión (UPP)

Según el “National Pressure Ulcer Advisory Panel”, define a las UPP como una lesión localizada en la piel y/o debajo de un tejido, usualmente sobre una prominencia ósea, como resultado de una presión o fricción.⁽¹²⁾

Definiremos a las UPP como toda lesión de la piel producida cuando se ejerce una presión, fricción o a la combinación de ambas sobre un plano o prominencia ósea, provocando un bloqueo del riego sanguíneo y como consecuencia de ello se produce una degeneración rápida de los tejidos.

Se clasifican según sus características y profundidad en grados I, II, III y IV. Su ubicación es preferentemente en zonas de prominencias óseas como el sacro, talones, maléolos externos, entre otras. Los principales factores de riesgo son la edad avanzada, déficit nutricional, inmovilidad, humedad y el deterioro del estado mental.⁽¹²⁾

Hoy existen muchas escalas diseñadas para su valoración según su evolución, pero ninguna de ellas es adoptada de manera universal. Como enfermeros contemplamos al paciente como un ser integral, haciendo énfasis en las medidas de prevención, integrando en el cuidado no solo al paciente si no también a la familia en la planificación y ejecución de los cuidados.

Podemos definir las úlceras por presión como zonas localizadas de necrosis que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, uno las prominencias óseas del propio paciente y otro una superficie externa. Afectan al 9% de los pacientes ingresados en un hospital y al 23 % de los ingresados en instituciones geriátricas. El tratamiento y la detección precoz aceleran la recuperación y disminuye las complicaciones. Las úlceras por presión son lesiones isquémicas, producidas por falta de riego sanguíneo, que provocan la muerte de tejidos y posterior necrosis, comenzando en la piel. En general se producen en sitios donde existen prominencias de los huesos, que al comprimir la zona de apoyo entre éste y el resto de cuerpo situado superficialmente provocan la disminución o la suspensión del flujo de sangre, con el consiguiente daño a los tejidos. Dichos sitios pueden ser sometidos a presión intensa durante un período corto o a presión menos intensa, durante un tiempo más prolongado, siendo ambas alternativas potencialmente dañinas para la piel.

Las úlceras por presión (UPP) se definen también como zonas localizadas de necrosis que aparecen principalmente en pacientes encamados o con movilidad disminuida en tejidos blandos sometidos a compresión entre las prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa.

Se producen por una presión externa prolongada y constante sobre una prominencia ósea y un plano duro, que origina una isquemia de la membrana vascular, lo que origina vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular. Si la presión no disminuye, se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración.

Etiología de la Úlcera por Presión UPP

Los cambios anátomo-fisiológicos propios del ser humano así como en el envejecimiento, tales como el adelgazamiento de las capas de la piel, disminución de las fibras elásticas y del colágeno, reducción de la cantidad de grasa subcutánea y disminución de los capilares de la piel, favorecen la aparición de una UPP, asociándose otros factores causales como la desnutrición y la inmovilidad.

Las UPP se originan por una isquemia localizada, por presión o fricción que al prolongarse impide el aporte de oxígeno y nutrientes a la zona afectada, produciendo una autólisis con acumulación de productos de desecho del metabolismo.

La presión actúa perpendicular a la piel y provoca un aplastamiento tisular entre dos planos. Los tejidos quedan atrapados entre dos superficies duras, una perteneciente al propio

paciente (prominencia ósea) y otra al lugar donde reposa (cama, camilla, silla).

La presión produce obstrucción de los vasos sanguíneos y linfáticos, provocando hipoxia y consecuentemente, infarto tisular y la fricción actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimientos o arrastre.

Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios. Las fuerzas responsables de su aparición son:

- **Presión:** Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 6 - 32 mm. de Hg. Una presión superior a 32 mm. de Hg; ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos.
- **Fricción:** Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.
- **Fuerza Externa de Pinzamiento Vascular:** Combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona).
- **Tipo de fuerza:** Esta se define como la cantidad de fuerza aplicada a una superficie dividida por la superficie en la que se aplica; una fuerza aplicada sobre un área pequeña producirá mayor presión que la misma fuerza aplicada sobre un área mayor. Pueden distinguirse dos tipos de fuerza. La fricción de

deslizamiento puede contribuir a que el cizallamiento sea más intenso.

La piel que ha sido sometida a niveles perjudiciales de presión aparece inicialmente pálida por la reducción del flujo sanguíneo y la inadecuada oxigenación (isquemia). Cuando la presión se alivia, la piel se vuelve rápidamente de color rojo debido a una respuesta fisiológica llamada hiperemia reactiva. Si la isquemia ha sido de corta duración, el flujo sanguíneo y el color de la piel, finalmente volverán a la normalidad.

Cuando la presión cutánea es superior a la presión capilar se produce una isquemia local en la que pueden observarse signos como edema, eritema, erosión, úlcera. A su vez, también pueden estar presentes dos signos intermedios: el flictena o la escara.

Factores de riesgo

Existen factores que van a predisponer al paciente, a que desarrollar úlceras por presión o no, ellos son.

Fisiopatológicos: Resultan como consecuencia de diferentes problemas de salud.

- Lesiones Cutáneas: Como el edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
- Trastorno en el Transporte de Oxígeno: Entre ellos tenemos los trastornos vasculares periféricos, estasis venoso, trastornos cardiopulmonares
- Deficiencias Nutricionales (por defecto o por exceso): El déficit nutricional ocasiona pérdida de peso, atrofia muscular y pérdida de tejido subcutáneo. La ingesta inadecuada de proteínas, carbohidratos, líquidos y vitamina C contribuye a la

formación de UPP, entre ellos tenemos la delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación

- Trastornos Inmunológicos: Cáncer, infección.
- Alteración del Estado de Conciencia: Los pacientes con niveles de conciencia disminuidos son menos capaces de reconocer y responder al dolor asociado con la presión prologada. Estupor, confusión, coma.
- Deficiencias Motoras: Se define como la alteración en el control y cantidad de movimiento. La persona se mueve cuando siente molestias a causa de la presión. Situaciones como parálisis, debilidad y tracciones ortopédicas, entre otras, pueden alterar la capacidad para cambiar de posición de manera involuntaria e independiente. Paresia, parálisis.
- Deficiencias Sensoriales: Pérdida de la sensación dolorosa.
- Alteración de la Eliminación (urinaria/intestinal): Incontinencia urinaria e intestinal.

Derivados del Tratamiento: Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos

- Inmovilidad Impuesta, o como resultado de determinadas alternativas terapéuticas: Dispositivos/aparatos como escayolas, tracciones, respiradores.
- Tratamientos o Fármacos que tienen acción inmunopresora: Radioterapia, corticoides, citostáticos.
- Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos: Sondaje vesical, nasogástrico.

Situacionales: Son el resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos, etc.

- Inmovilidad: relacionada con dolor, fatiga, estrés.
- Arrugas en ropa de cama, camisón, pijama, y otros objetos.

Del Desarrollo: El envejecimiento produce cambios en la piel y en las estructuras de soporte, pérdida de masa muscular, disminución de la resistencia y elasticidad de la piel, disminución de la vascularización de la dermis, reducción de la turgencia de la piel por pérdida de fibras elásticas, disminución de la producción de las glándulas sebáceas y disminución en la percepción del dolor por disminución de las terminaciones nerviosas.

- Niños Lactantes: rash por el pañal.
- Ancianos: Pérdida de la elasticidad de la piel, piel seca, movilidad restringida.

Del Entorno: En ella están agrupadas todas aquellos factores externos que conllevan a cambios en el paciente como.

- Deterioro de la propia imagen del individuo en la enfermedad.
- La falta de educación sanitaria a los pacientes.
- La falta de criterios unificados en la planificación de las curaciones por parte del equipo asistencial de salud.
- La falta o mala utilización del material de prevención, tanto del básico como del complementario.
- La desmotivación profesional por la falta de formación y/o información específica.

Localización de las úlceras por presión

Normalmente se producen en los puntos de apoyo del cuerpo coincidentes con las prominencias óseas

- Decúbito supino: Occipucio, Omóplatos, Codos, Sacro, Talón
- Decúbito prono: Mejilla y oreja, Hombro, Senos (mujeres), Genitales (Hombres), Rodillas, Dedos del pie

- Decúbito lateral: Oreja, Acromion (Codo), Hombro, Costillas, Cadera, Rodillas, Maleolo (Tobillo)
- Sedestación: Sacro

Clasificación de las úlceras por presión ⁽¹³⁾

Se clasifican en 4 grados, de acuerdo a las características que presentan y a la profundidad:

Grado I. Aparición de una úlcera que afecta sólo a la epidermis. La piel permanece intacta. Es una mácula eritematosa, que no palidece, delimitada y de color rojo brillante, acompañada de dolor intenso. En pacientes de piel oscura, se observa edema, induración, decoloración de la piel o calor local.

Grado II. La lesión que afecta tanto a la epidermis como a la dermis, se observa pérdida del grosor de la piel. La úlcera se caracteriza porque la zona eritematosa se acompaña de edema, vesículas y flictenas. La base de la úlcera es de color rosado y la base se encuentra húmeda.

Grado III. El daño tisular llega hasta el tejido subcutáneo y se presenta en forma de escara necrótica, con presencia de exudado pudiendo afectar la fascia muscular. La base normalmente no es dolorosa.

Grado IV. La destrucción del espesor de la piel es total y la úlcera se extiende hasta la fascia, músculo, el hueso, etc. Presenta lesiones que asemejan cavernas o adoptan trayectos sinuosos. El dolor es nulo y la zona puede, incluso, estar insensible. Abundante exudado y tejido necrótico.

Tratamiento de las úlceras por presión

Antes de iniciar el tratamiento de la UPP, debemos valorar el estado de la misma, para proceder a su tratamiento y control de su evolución.

- Se debe valorar por medio de la observación en que estadio o grado se encuentra, su localización, su dimensión (tamaño), presencia de tejido necrótico, signos de infección como inflamación, exudado purulento, calor, dolor, mal olor, decoloración del tejido de granulación.
- Como segundo paso reduciremos la presión sobre la úlcera y estimular la cicatrización
- Desbridamiento de la herida: Es un método que se utilizara teniendo en cuenta la condición general del paciente ello favorecerá a la formación de tejido de granulación y por ende la cicatrización. Estos pueden ser **Quirúrgico**. Se realiza con el objetivo de eliminar todo los tejidos necróticos hasta llegar al tejido sano.

Enzimático o químico. En la zona de la lesión se aplican enzimas tóxicas (generalmente colagenasa), para conseguir la hidrólisis del tejido necrótico y reblandecer la escara.

Autólítico. Está basado en la cura húmeda. Que consiste en aplicar geles o apósitos que aportan humedad para favorecer que los macrófagos, neutrófilos y enzimas orgánicas destruyan el material necrótico. En los casos de exceso de exudado se puede utilizar un Alginato.

- Se debe tener en cuenta que todas las úlceras están contaminadas por bacterias, lo cual no significa que están infectadas. Pero se debe de evitar contacto con sustancias de

desecho corporal (orina, heces). Mantener un correcto lavado de manos antes y después de cada curación, también debemos de curar en último lugar la más contaminada

- En la selección del apósito adecuado se debe de tener en cuenta: Localización, extensión, exudado, grado si hay infección. Ya que el apósito tiene la propiedad de absorber el exudado, favorecer el desbridamiento, combatir la infección y combatir el dolor, protección de agresiones: física, química y bacterianas. Además de mantener el lecho de la úlcera continuamente húmedo, eliminar y controlar exudados y tejido necrótico mediante su absorción. Favorecer la cicatrización.

Complicaciones ⁽¹⁴⁾

- Infección. Se debe tener siempre en cuenta que una correcta limpieza de la úlcera minimiza los riesgos de colonización. En el caso de la presencia de signos de infección local deberá de intensificarse el desbridamiento de los tejidos necróticos y la limpieza, que se realizarán cada 24 horas o antes si existe deterioro del apósito. Si hay mal olor o exudado abundante. En caso de existir signos de infección se coordinara con el médico y según el protocolo iniciaremos antibióticoterapia el cual debe ser efectivo frente a gram-negativos, gram-positivos y anaerobios. En caso de bacteriemia, sepsis, celulitis u osteomielitis se debe usar antibioterapia sistémica.
- Malignización: Es un proceso muy poco frecuente.
- Dermatitis. Se caracteriza por la presencia de eritema y descamación, con frecuencia se diagnostica erróneamente como infección. Cuya causa principal son los apósitos y los agentes químicos aplicados.
- Criterios de derivación. Los pacientes con la presencia de alguno de los siguientes diagnósticos deben ser enviados al especialista de segundo nivel: Enfermedad sistémica asociada

a la úlcera. Sospecha de malignidad. Distribución atípica de las úlceras. Dermatitis de contacto o dermatitis que no mejora con corticoides tópicos. Pacientes susceptibles de reparación quirúrgica de la lesión como son aquellos que presentan lesión de tejidos profundos.

- Las complicaciones secundarias son: pérdida de calidad de vida y aumento de morbi-mortalidad derivada de una mayor estancia hospitalaria, retraso en la recuperación y rehabilitación, infecciones nosocomiales o iatrogenia

Prevención de las úlceras por presión ⁽¹⁴⁾

Conociendo los factores que inciden en la aparición de las úlceras por presión y sus complicaciones, prevenir su aparición es nuestro principal objetivo. Al momento de enfrentarnos a la atención de un paciente, independiente de la patología, se debe realizar una valoración integral e individualizada, que considere las características que le son propias, tales como enfermedades asociadas y factores de riesgo.

Un bajo índice de aparición de úlceras por presión es sinónimo de buen trabajo del equipo de salud, en la cual están implicados tanto el personal de salud, como el propio paciente y sus familiares, a los cuales se deberá prestar todo nuestro apoyo y enseñanza adecuada de las técnicas a aplicar.

Existen distintas maneras de prevenir los efectos de la presión sobre la superficie corporal; la más importante son los cambios posturales programados, así como los colchones de presión variable o de flotación seca, pero en ningún caso sustituyen los cambios posturales del paciente. Además se deben administrar dietas equilibradas y ricas en líquidos, mantener una correcta higiene corporal y un adecuado estado ambiental de la habitación.

La aparición de una UPP es considerada un indicador de la calidad de atención, por lo cual la gestión del cuidado del paciente debe centrarse en su prevención.

Pasos básicos en la prevención de las UPP:

- **Evaluación al ingreso de todo paciente:** En esta evaluación inicial se debe de estimar el riesgo de desarrollar una UPP, así como valorar el estado de la piel (para detectar la presencia de UPP previas).
- **Reevaluar periódicamente el riesgo:** La complejidad y gravedad de los pacientes ingresados precisa de la evaluación periódica del grado de riesgo potencial de desarrollo de las UPP. La evaluación periódica da, la oportunidad de ajustar, y adaptar, las acciones de prevención en base a las necesidades del paciente.
- **Inspeccionar la piel diariamente:** En los pacientes pertenecientes a grupos de riesgo, tras la evaluación inicial y con una puntuación elevada, es imprescindible realizar una inspección diaria de toda la piel, desde la cabeza hasta los pies. Con especial cuidado en las áreas de máximo riesgo para el desarrollo de UPP tales como sacro, isquion, trocánteres, talones, maléolos.
- **Control de la humedad:** La piel húmeda es propicia para la aparición de rash, es más frágil, y con tendencia a erosionarse más fácilmente. Hay que limpiarla de forma regular y siempre que esté sucia con un producto que no irrite la piel. En los pacientes con incontinencia se utilizarán pañales de un material que absorba la humedad y mantenga seca la piel.
- **Optimización de la nutrición e hidratación:** La evaluación de los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión se debe de incluir una revisión y evaluación de su situación nutricional y del balance hídrico diariamente.

- **Minimizar la presión según el grado de estratificación del riesgo:** Una de las preocupaciones y ocupaciones más importantes es la de reducir la presión, especialmente sobre los relieves óseos. Los pacientes con movilidad limitada son los que están en mayor riesgo para el desarrollo de estas lesiones. Los cambios posturales de los pacientes disminuye el riesgo de UPP.

2.2.3. Intervenciones de enfermería en la UPP

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo
- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva de la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- Aplicar barreras de protección para eliminar el exceso de humedad según protocolo.
- Cambios posturales
- Inspeccionar la piel y prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición.
- Evitar masajes en punto de presión enrojecidos.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas y sin pliegues.
- Utilizar colchones especiales según protocolo
- Higiene de la piel
- Aplicar protectores para los codos y los talones.
- Controlar la movilidad y la actividad del individuo.
- Asegurar una nutrición adecuada, alimentos ricos en proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos si es preciso.
- Enseñar a los miembros de la familia a vigilar si hay signos de falta de integridad de la piel.

- En el caso de pacientes con yeso colocar almohadillas en los borde de los yesos y en las conexiones de tracción.
- Observar si hay zonas de enrojecimiento
- Colocar pañal si fuese necesario por incontinencia.
- Enseñar a la familia conceptos y técnicas en relación con la higiene del paciente, nutrición, cambio postural y movilización.

Virginia Henderson crea un modelo influenciado por la jerarquización de las necesidades de “MASLOW”, en el cual define a Enfermería como la persona capaz de dar cuidados a la persona sana o enferma, asistirlo en la realización de intervenciones que contribuyen a su recuperación.

Henderson considera a la persona como un ser biopsicosocial cuya mente y cuerpo son inseparables y donde la persona y su familia son considerados como una unidad. Considera que tiene 14 necesidades básicas interrelacionadas entre sí. Cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos.

Henderson se interrelaciona con cada paciente para saber lo que necesita, desea, es el apoyo constante en la que se pueden deducir tres niveles de relación clasificados desde una relación muy dependiente a una completamente independiente.

La enfermera ayuda al paciente a seguir el tratamiento indicado por el médico y colabora con los miembros del equipo multidisciplinario y de igual manera ellos colaboran con ella en la planificación y ejecución de sus intervenciones, así como sus funciones propias.

El trabajo en equipo permite observar las necesidades de los pacientes en diferentes situaciones y momentos, practicando la

filosofía de Enfermería y de lo que son los cuidados enfermeros. No cabe duda, que la aceptación y puesta en práctica del modelo de Henderson por los profesionales de Enfermería, mejoraría notablemente la parte asistencial y por ende la profesión.

Según **Callista Roy**, la importancia de los cuidados de enfermería al paciente, adaptándolo al problema que presenta. Este modelo parte del concepto del hombre y su interacción constante con el medio ambiente, utilizando los mecanismos innatos y adquiridos para afrontar estos cambios. Ayuda a profundizar los cuidados de enfermería en cualquier etapa de la vida del individuo enfermo siendo necesario señalar el rol de la enfermera en la promoción de la adaptación del paciente y familiares a los cambios en su vida diaria producto de la enfermedad, a través de esta teoría se logra reconocer, evaluar la situación del paciente y determinar un diagnóstico de enfermería según las necesidades fisiológicas identificadas.

Según **Dorothea Orem** su modelo de enfermería se relaciona con ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por si mismo acciones de auto cuidado, por lo que dependen de la enfermera o de otras personas para satisfacer sus necesidades básicas en este caso D. Orem propone la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de auto cuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el auto cuidado, y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS

- **Úlceras por presión:** Es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos, subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.
- **Permanencia Prolongada en Cama:** Es aquel paciente hospitalizado y debido a su compromiso biológico debe permanecer en cama por un periodo prolongado mayor de 7 días. Sin ningún tipo de movimiento que pueda realizar el paciente.
- **Presión:** Es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel; debido a la gravedad, provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los tejidos y necrosis si continúa.
- **Fricción:** Fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel; produciendo roces por movimiento o arrastre. La humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel.
- **Rozamiento:** Es la fuerza combinada de Presión y Fricción.
- **Cuidados de Enfermería.-** Se define como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de estas.

2.4. VARIABLES

Univariable = valoración de riesgo de úlceras por presión según la Escala de Norton

2.4.1. Definición conceptual de la variable

La escala de Norton mide el riesgo de padecer úlceras por presión. Valora aspectos importantes con una escala de gravedad. Se consideran pacientes de riesgo a aquellos con una valoración baja (a menor puntuación, mayor riesgo).

2.4.2. Definición operacional de la variable

Cuidados de las Enfermeras dirigidos a la valoración de riesgo de padecer úlceras por presión, cuidados de la piel, movilización, nutrición y eliminación que se miden a través de la observación al paciente.

2.4.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Valoración de riesgo de úlceras por presión según la Escala de Norton	<ul style="list-style-type: none">▪ Condición Física▪ Estado Mental▪ Actividad/Movilidad▪ Incontinencia	<ul style="list-style-type: none">▪ Nutrición▪ Desnutrido▪ Bajo peso▪ Obesidad ▪ Alerta▪ Apático▪ Confuso▪ Estuporoso▪ Comatoso ▪ Deambula solo▪ Camina con Ayuda▪ Movilidad disminuida▪ Movilidad limitada▪ Inmóvil▪ Sentado▪ Encamado ▪ Ocasional▪ Urinaria▪ Fecal

CAPÍTULO III METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene un enfoque epidemiológico de tipo cuantitativo, no experimental, de diseño descriptivo de corte transversal de nivel aplicativo.

Hernández (2008) es cuantitativo cuando utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población

Kerlinger (1983) es un tipo de investigación sistemática en la que el investigador no tiene control sobre las variables independientes porque ya ocurrieron los hechos o porque son intrínsecamente manipulables.

Sampieri (1990) Buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. En un estudio

descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación se realizó en el Servicio de Medicina del Hospital III Yanahuara de Arequipa. La cual es una Institución de tercer nivel.

Esta institución cuenta con servicios en donde se brinda atención integral de enfermería, con un promedio de una enfermera asistencial y una jefatura por turno en cada servicio. Para fines de la investigación se tomara el servicio de Medicina de varones y mujeres, el servicio cuenta con 22 enfermeros asistenciales, los cuales están distribuidas en 2 turnos diurnos y nocturnos (12 horas) excepto la jefe de enfermería que tiene turno diurno de 6 horas en las mañanas permanente (lunes a sábado). Cada servicio de Medicina cuenta con 15 camas y 02 camas para aislados, el profesional de enfermería brinda atención directa durante las 24 horas del día. Los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina presentan grado de dependencia I y II.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por las 33 enfermeras que laboran en el servicio de medicina del Hospital III de Yanahuara.

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por las 33 enfermeras que laboran en el servicio de Medicina del Hospital III Yanahuara. Se tomó como diseño muestral no probabilístico por conveniencia o intensión.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La presente investigación utilizó como técnica la encuesta y la observación y como instrumento de recolección de datos un cuestionario y una lista de cotejo. El instrumento estuvo conformado por las dimensiones de la variable en estudio que permitieran recoger información.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del instrumento se realizó mediante el juicio de 7 expertos, el cual estuvo conformado por profesionales que laboran en el área de Metodología y Enfermería.

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto a 5 enfermeras.

Con respecto a la validez, Rodríguez (2001), expresa “la validez de un instrumento consiste en captar de manera significativa y en un grado de exactitud suficiente y satisfactorio, aquello que es objeto de la investigación”.

Hernández y otros, (1998), refieren que los instrumentos son más confiables en la medida en la cual el coeficiente de confiabilidad se aproxime al valor de 1, en ésta medida los datos recolectados su valor deberán estar aproximados a la realidad de la situación investigada.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección de los datos se realizó diversos trámites administrativos, entre ellos se envió una carta de presentación al Director del Hospital III Yanahuara, para la aprobación y autorización respectiva. Posterior a ello se realizó las coordinaciones con la enfermera Jefe del

servicio de medicina para la aplicación del instrumento, considerando 45 minutos aproximadamente, para su aplicación.

Luego de la recolección de datos, se procederá a elaborar la tabla de códigos para procesar los datos. Los resultados serán presentados en tablas y gráficos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico se usó el programa Excell.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

Después de recolectado los datos, fueron procesados en forma manual y con el programa Excel agrupados de tal forma, que se presenta en la tabla y gráficos estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.

Se presenta una tabla de perfil de las enfermeras del servicio de medicina del hospital III de Yanahuara y luego los gráficos, ambos relacionados con los objetivos de la investigación. En el análisis de los resultados solo se realiza en base a las 33 enfermeras

Tabla 1

Perfil de las enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital III de Yanahuara,
Arequipa 2014

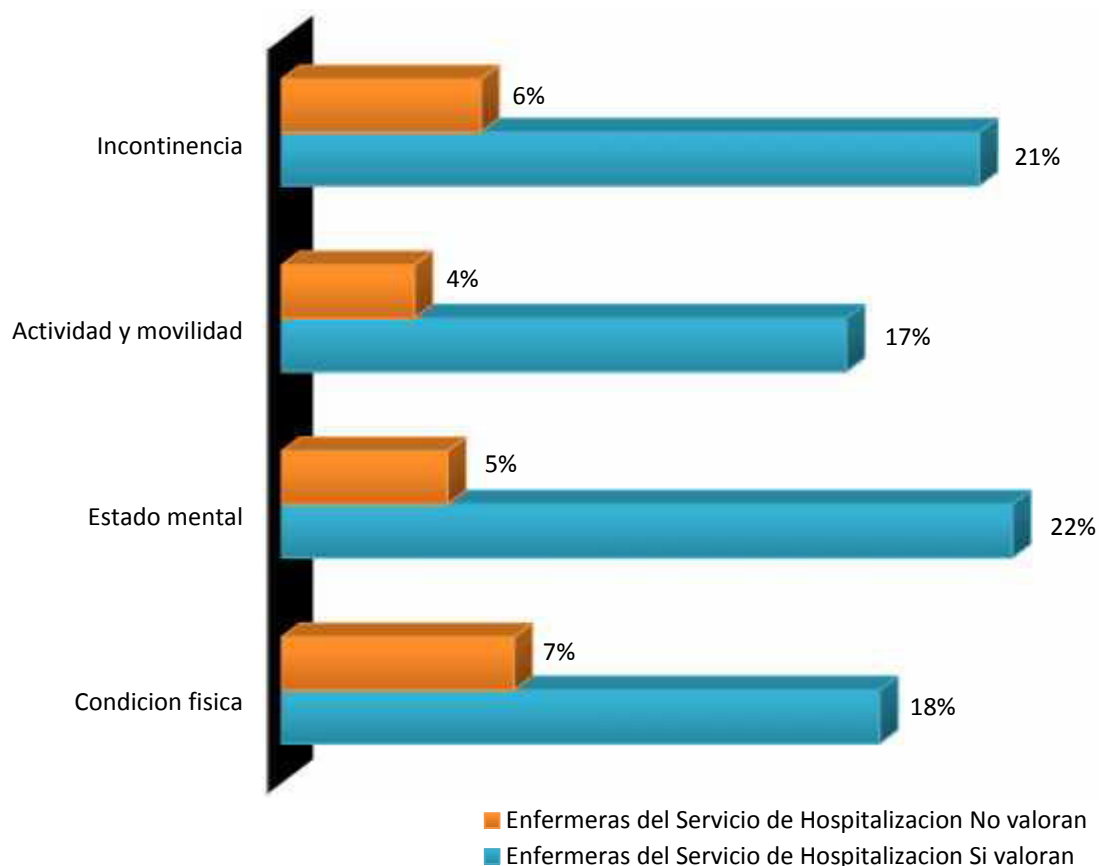
Perfil	Profesionales de Enfermería	
	f	%
Edad		
30 a 40	12	36%
41 a 50	17	51%
51 a 60	3	8%
61 a 70	1	5%
Total	33	100%
Genero		
Femenino	28	85%
Masculino	5	15%
Total	33	100%
Tiempo de servicio		
1 a 5 años	8	25%
6 a 10 años	7	22%
11 a 15 años	8	25%
más de 15 años	10	28%
Total	33	100%
Estado Civil		
Soltero	8	25%
Casado	5	15%
separada	9	27%
Conviviente	11	33%
Total	33	100%
Condición Laboral		
Contratado	25	76%
Nombrada	8	24%
Total	33	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicada en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara,
Arequipa 2014

Del total de las enfermeras del servicio de Medicina el 51% fluctúan entre las edades de 41 a 50 años, predomina el género femenino con el 85%, el 28% más de 15 años de tiempo de servicio, el 33% son convivientes, el 76% con contratadas. Además el 40% del total de los pacientes atendidos en el servicio de medicina han presentado UPP, desarrolladas entre los 12 primeros días de hospitalización, el 66% tuvieron un Dx. de Fractura de cuello de Fémur, el 23% presentan UPP de 2do grado, el 12% de 3er grado, 5% de 1er grado.

Gráfico 1

Valoración de riesgo de úlceras por presión según la Escala de Norton en el Servicio de Medicina del Hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014

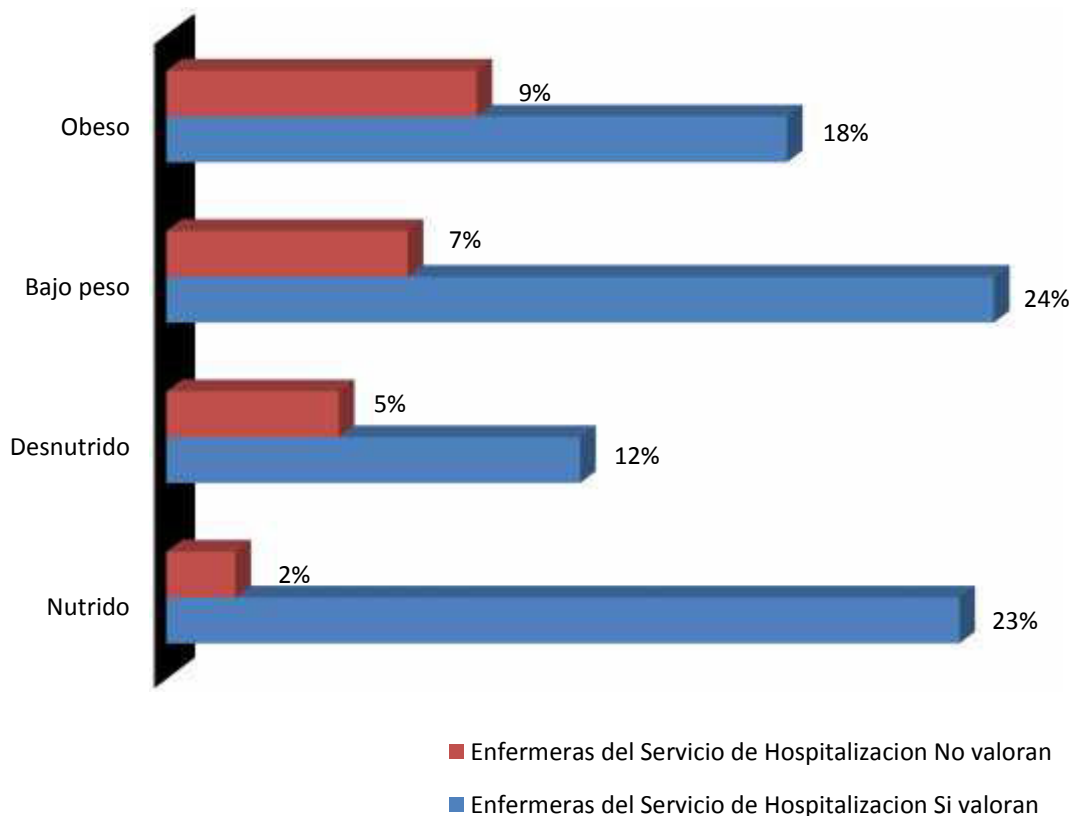


Fuente: Lista de cotejo aplicada en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014

En la valoración de riesgo de úlceras por presión según la Escala de Norton, el 18% de las enfermeras valora la condición física, el 22% valora el estado mental, el 17% valora la actividad/movilidad, el 21% valora la incontinencia urinaria en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara,

Gráfico 2

Valoración de riesgo de úlceras por presión referente a la condición física según la Escala de Norton en el Servicio de Medicina del Hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014

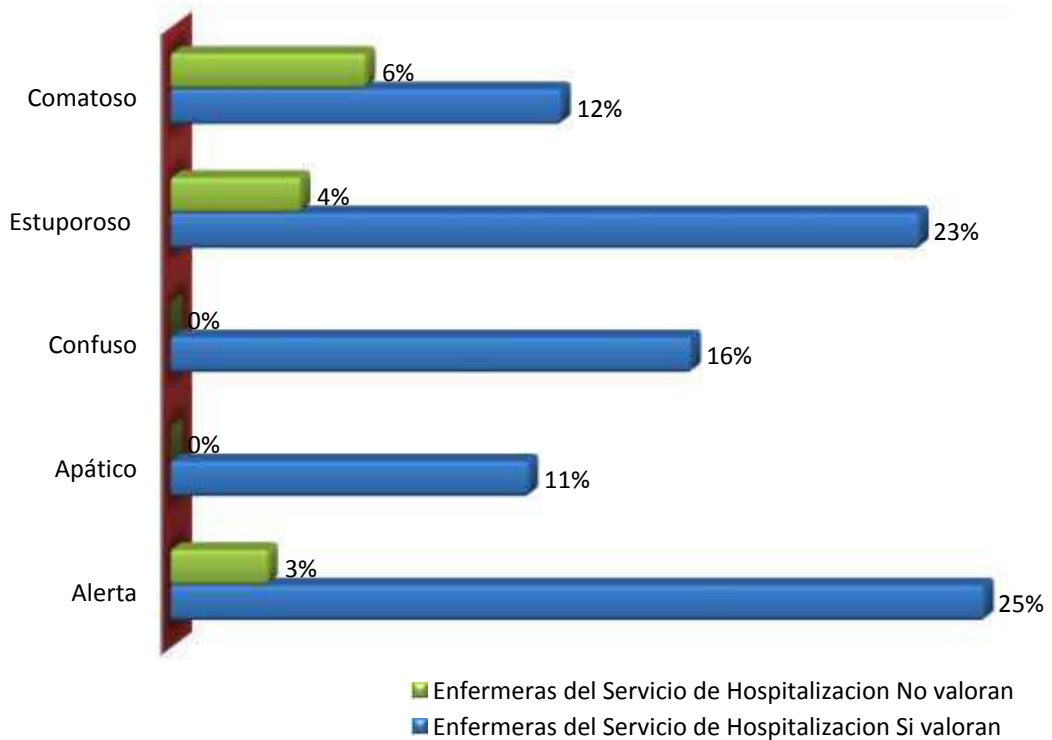


Fuente: Lista de cotejo aplicada en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014

En la valoración del riesgo de úlceras por presión referente a la condición física según la Escala de Norton, el 23% de las enfermeras valora el estado nutricional, el 12% de las enfermeras valora si esta desnutrido, el 24% de enfermeras valora el bajo peso del paciente, el 18% de enfermeras valora la obesidad del paciente en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara,

Gráfico 3

Valoración de riesgo de úlceras por presión referente al estado mental según la Escala de Norton en el Servicio de Medicina del Hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014

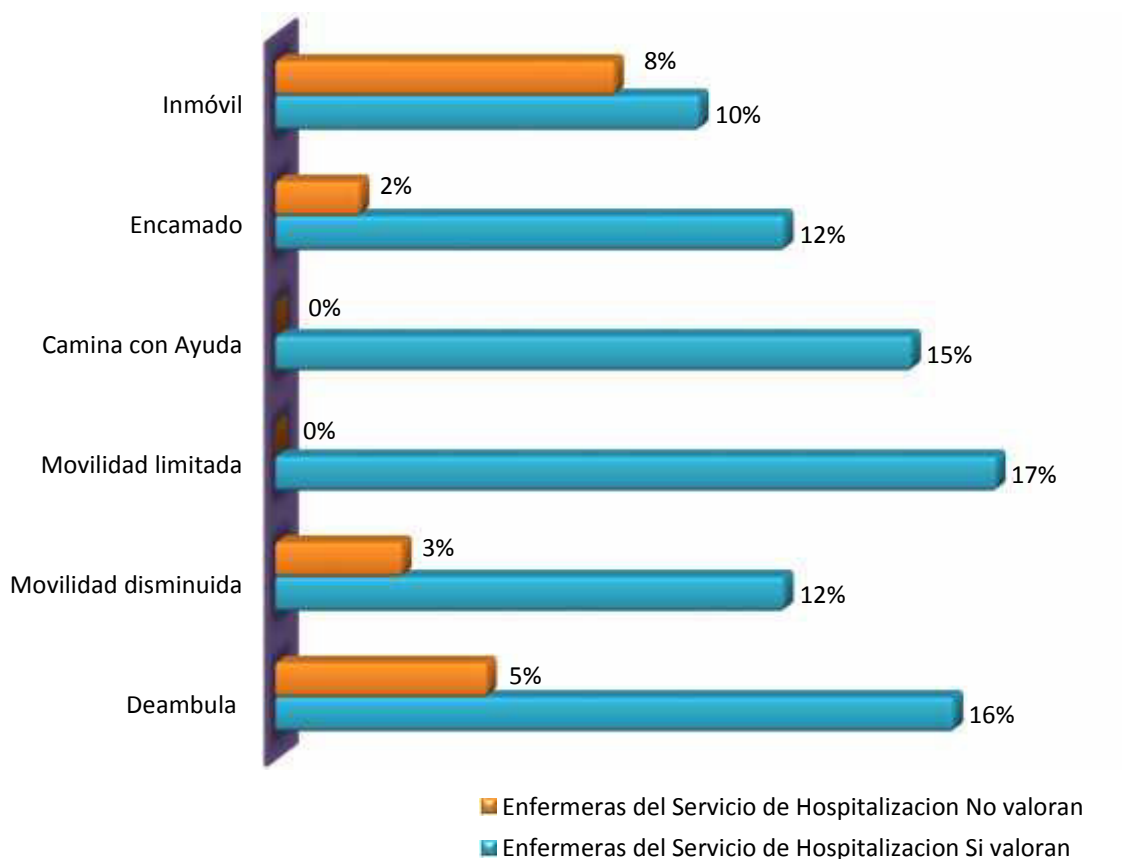


Fuente: Lista de cotejo aplicada en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014

En la valoración de riesgo de úlceras por presión referente al estado mental según la Escala de Norton, el 25% de las enfermeras valora el estado de alerta del paciente, el 11% de las enfermeras valora el estado apático del paciente, el 16% de enfermeras valora el estado de confusión del paciente, el 23% de las enfermeras valora el estado estuporoso del paciente, el 12% de las enfermeras valora el estado comatoso del paciente del servicio de medicina del hospital III de Yanahuara.

Gráfico 4

Valoración de riesgo de úlceras por presión referente a la actividad/inmovilidad según la Escala de Norton en el Servicio de Medicina del Hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014

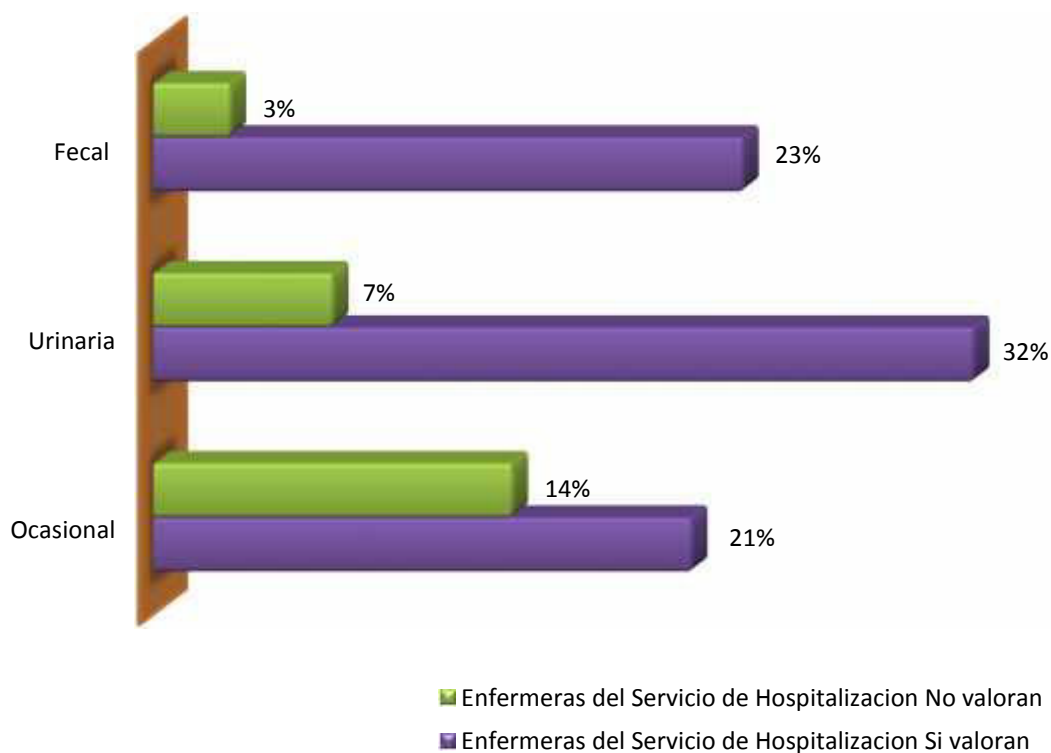


Fuente: Lista de cotejo aplicada en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014

En la valoración de riesgo de úlceras por presión referente a la actividad/inmovilidad según la Escala de Norton, el 16% de las enfermeras valora la deambulación del paciente, el 12% de las enfermeras valora la movilidad disminuida, el 17% de las enfermeras valora la movilidad limitada, el 15% de las enfermeras valora si el paciente camina con ayuda, el 12% de las enfermeras valora si el paciente está permanentemente encamado, el 10% de las enfermeras valora la inmovilidad del paciente del servicio de medicina del hospital III de Yanahuara.

Gráfico 5

Valoración de riesgo de úlceras por presión referente a la incontinencia según la Escala de Norton en el Servicio de Medicina del Hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014



Fuente: Lista de cotejo aplicada en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014

En la valoración de riesgo de úlceras por presión referente a la incontinencia según la Escala de Norton, el 21% de las enfermeras valora la incontinencia ocasional en el paciente, el 32% de las enfermeras valora la incontinencia urinaria, el 23% de las enfermeras valora la incontinencia fecal del paciente en el servicio de medicina del hospital III de Yanahuara, Arequipa 2014

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

La úlcera por presión es la consecuencia de la necrosis isquémica al nivel de la piel y los tejidos subcutáneos, generalmente se produce por la presión ejercida sobre una prominencia ósea. Se presenta en pacientes adultos mayores inmovilizados por cualquier causa. Su presencia aumenta hasta cuatro veces la mortalidad y, cuando son de grado III – IV, la probabilidad de morir dentro de los siguientes 6 meses es cercana al 50%. Se puede considerar que las úlceras por presión son un indicador importante de una enfermedad grave de base.

Las úlceras por presión, habitualmente son detectadas en revisiones de rutina o bien las personas encargadas del cuidado del paciente llaman la atención sobre ellas. Es frecuente que pasen desapercibidas debido al temor de mover al paciente por la idea errónea de que al movilizarlo puede provocar problemas de salud.

Las Úlceras por Presión (UPP) constituyen en un gran problema de salud: deterioran la calidad de vida de los pacientes y su familia, aumentando el costo social, incrementan el consumo de recursos en salud y en la actualidad tienen una connotación legal importante para el equipo de salud, pues representan una complicación del cuidado de la salud que no debe ser atribuible exclusivamente al cuidado de enfermería. Si bien la ausencia de Úlceras por Presión es considerada un indicador del cuidado de enfermería, que los

profesionales de enfermería asumen de manera más integral los pacientes, el abordaje en la prevención y manejo debe ser multidisciplinario.

Las Úlceras por Presión (UPP) son de rápida aparición y cursan con un proceso de larga curación debido al gran compromiso que se puede generar en las estructuras musculares y tendinosas de un área corporal. La prevalencia de estas oscila entre el 3% y el 50% en los servicios de Cuidados Intensivos (UCI), Medicina Interna y Neurología. La prevalencia de las UPP, a nivel internacional, se evidencia en los siguientes porcentajes: Canadá 23-29%, Australia, 6-15%, Estados Unidos 8-15%, Bélgica/Suiza/Inglaterra 21–23%, Italia 8%, Portugal 13%, en España. Úlceras por presión se desarrollan en pacientes con enfermedades severas, neurológicamente comprometidos, con alteraciones de movilidad, edad avanzada, la más frecuentemente desarrollada ocurre en ancianos, y es grado 2, usualmente localizada en sacro. En neonatos, hasta en el 23% de los casos con más del 50% están asociados a dispositivos y equipos. La gran mayoría de Úlceras por Presión son prevenibles

El factor causal más importante es la presión, sin embargo la humedad, el escoriamiento de la piel y el desgarramiento de los vasos capilares que la nutren contribuyen para aumentar el riesgo. El tiempo de inmovilidad no necesita ser demasiado largo, inclusive el tiempo que se pasa sobre la mesa de cirugía puede ser causa de la aparición de estas úlceras. Se ha calculado que el tiempo mínimo para la aparición es de 2 horas. Sin embargo, no todos los adultos mayores inmovilizados desarrollan úlceras por presión. Habitualmente las úlceras aparecen en adultos mayores debilitados por una enfermedad intercurrente. Sin embargo, se debe reconocer que la presión sobre las prominencias óseas, es la condición sin la cual no se producirían estas úlceras. Por lo tanto, se puede considerar que la inmovilidad, es la causa última de su formación. En todo paciente que presente factores de riesgo para la aparición de las úlceras, se debe realizar una búsqueda sistemática de las mismas. El papel del médico, de la enfermera y de la familia es muy importante para prevenir el problema y también para su tratamiento. Es importante evaluar la

salud física del paciente, las complicaciones, el estado nutricional, el grado de dolor y su tratamiento, así como los aspectos psicosociales.

La principal falla en el diagnóstico de este problema, es el no revisar totalmente al paciente de manera intencionada. El diagnóstico de una úlcera por presión, no presenta problemas si se recuerda que un área de eritema que no blanquea con la presión constituye ya una úlcera por presión. Así mismo, las ampollas sobre prominencias óseas, también deben ser consideradas como úlceras por presión. Existe un número importante de clasificaciones para esta patología sin embargo, no se debe olvidar que esta clasificación no es evolutiva, es decir, para que un paciente tenga una úlcera grado IV, no es necesario que pase previamente por las etapas I, II y III, así mismo, la curación no sigue de manera estricta el sentido contrario.

CONCLUSIONES

1. Del total de las enfermeras del servicio de Medicina más de la mitad fluctúan entre las edades de 41 a 50 años, predomina el género femenino, el tiempo de servicio es de más de 15 años de, son convivientes y contratadas. Un poco menos de la mitad de los pacientes del servicio de medicina han presentado UPP, desarrolladas entre los 12 primeros días de hospitalización, oscilan entre el 1er y 3er grado.
2. En la valoración de riesgo de úlceras por presión según la Escala de Norton para las enfermeras tienen mayor importancia el estado mental seguido por la incontinencia urinaria en el Servicio de Medicina del Hospital III de Yanahuara, Arequipa.
3. En la valoración del riesgo de úlceras por presión referente a la condición física según la Escala de Norton, tuvo mayor predominio el estado nutricional, el bajo peso y la obesidad del paciente en el Servicio de Medicina del Hospital III de Yanahuara, Arequipa.
4. En la valoración de riesgo de úlceras por presión referente al estado mental según la Escala de Norton, tuvo mayor predominio la valoración del estado de alerta, el estado estuporoso y por último el estado comatoso del paciente del Servicio de Medicina del Hospital III de Yanahuara, Arequipa.
5. En la valoración de riesgo de úlceras por presión referente a la actividad/inmovilidad según la Escala de Norton, predominó la valoración de la deambulación del paciente, la movilidad disminuida, limitada, si camina con ayuda o si está permanentemente en cama el paciente del Servicio de Medicina del Hospital III de Yanahuara, Arequipa.

6. En la valoración de riesgo de úlceras por presión referente a la incontinencia según la Escala de Norton, predomina la valoración de la incontinencia urinaria, seguido por la incontinencia fecal del paciente en el Servicio de Medicina del Hospital III de Yanahuara, Arequipa.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere dar a conocer la utilidad de aplicar la escala de Norton durante la estancia hospitalaria de los pacientes, como instrumento para llevar a cabo las actividades de enfermería preventivas como humectación, cambios de posición, uso de protectores locales, como colchones de agua, de aire, para mantener la integridad de la piel y evitar el desarrollo de las úlceras por presión.
2. Realizar un estudio control sobre riesgo e incidencia de úlceras por presión después del uso de escala valorativa de riesgo y aplicación del plan de atención preventivo que permita validar la intervención de enfermería.
3. Establecer un plan continuo de capacitación al personal de enfermería, paciente, familiares para dar a conocer la parte preventiva, forma de curación, cuidados a tener si ya tiene UPP y la nutrición adecuada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zabala J. Prevención de las úlceras por presión como derecho universal. Revista Enfermería 2013; 36 (2): 33
2. García Fernández F. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Pressure ulcer risk assessment scales. 2008; 19 (3). Disponible en: [http:// dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2008000300005](http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2008000300005)
3. BERTY Tejada, Jannety en su estudio titulado “Índices de riesgo en las úlceras de presión (UPP)” España. 2010.
4. CHIGNE Verástegui, Oscar; Varela Pinedo, Luis; Chávez Jimeno, Helver en su estudio titulado “Aplicación de escala de Norton para evaluar riesgo de úlceras por presión en pacientes adultos mayores hospitalizados”. Brasil. 2008
5. Carrillo González, Marcela Gemita en su estudio “Atención a pacientes con riesgo de úlceras por presión, en el servicio de Medicina Interna, Hospital Base Osorno, Octubre – Diciembre. Valdivia – Chile 2005
6. JORDAN Y CLARK; “incidencia de las úlceras por presión (UPP) en la unidad de Medicina Interna del Hospital Insular de Lanzarote” España 2005.
7. MAYTA Ramírez, Trinidad y CASTILLO Hurtado, Dina en su estudio titulado “La familia como agente de autocuidado en la prevención de úlceras por presión en pacientes inmovilizados de la tercera edad de los servicios de medicina, del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”,
8. GALLO Woolcott, Karla Eleonora; PACHAS Fernández, Carol Gisela, n su estudio titulado “Riesgos a úlceras por presión según Escala Norton en una población de ancianos de un servicio domiciliario de Lima. 2008
9. MANCINI Bautista, Marilú; Lozada Rubio, Rosamaria, en su estudio “Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados.” en el 2014
10. Peralta Vargas Carmen Eliana, Varela Pinedo Luis Fernando, Gálvez Cano Miguel en su estudio Frecuencia de úlceras de presión y factores

asociados a su desarrollo en el adultos mayor hospitalizado en el servicio de Medicina de Hospital Nacional Cayetano Heredia

11. Izquierdo Morales, Felicitas Yola en su estudio titulado Relación entre riesgo e incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima – Perú. 2005
12. Varela F., Verónica. Las Úlceras por Presión. Disponible en: <http://www.inheridas.cl/wp-content/uploads/Revista-Hetidas.pdf>
13. Tu cuidas. Disponible en: http://www.laenfermeria.es/revista/num5/tu_cuidas_5_alta.pdf
14. Jiménez de León, María del R; González Hernández, Evangelina; Largo Gallegos, Marcia B; Úlceras por decúbito valoración por escala de Norton. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/3DC33824-F65D-4630-93A9-110FB7847811/0/2002_8991.pdf citado el 12 de abril 2011
15. Úlceras por Presión y Escala de Norton <http://www.ulceras.net/monograficos/norton.pdf>
16. Aplicación de la Escala de Norton <http://www.ua.es/personal/pepe.verdu/protocolo/NORTON.html>
17. Manejo de las Úlceras por Presión <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/EscarasÚlceras.pdf>
18. Úlceras por Presión http://www.cruzroja.es/centros_sanitarios/Palma/img/pdf/UIIPC.pdf