



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

**“CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA RELACIONADO
A LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES
DE MEDICINA GENERAL DEL HOSPITAL III YANAHUARA DE
ESSALUD, AREQUIPA, PERU- 2015”**

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

BACHILLER: BLANCA ROSA HUAMANI HUAMAN

AREQUIPA – PERÚ

2017

**“CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA RELACIONADO
A LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES
DE MEDICINA GENERAL DEL HOSPITAL III YANAHUARA DE
ESSALUD, AREQUIPA, PERU- 2016”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la calidad de los cuidados de enfermería relacionada a la prevención de úlceras por presión en pacientes del Área de Medicina General del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, 2015. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 94 pacientes, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario tipo Likert de 28 ítems, organizado por las dimensiones: movilidad, nutrición, incontinencia. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,871); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,913). La prueba de Hipótesis se realizó mediante el estadístico Chi Cuadrado con un valor de 17,01 y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

El nivel de calidad de los cuidados de enfermería relacionada a la prevención de úlceras por presión en pacientes del área de medicina general del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, es Medio. Este nivel se presenta según las actividades observadas. En los cuidados de la piel, no examina el estado de la piel diario, tampoco utiliza un metodo de valoracion de riesgo, asimismo no aplica crema hidratante procurando su propia absorcion. En la Movilización, no realiza cambios posturales C/2horas siguiendo una rotacion programada a los pacientes de mayor riesgo, tampoco evita el arrastre, realiza las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales. En la Nutrición, no Identifica y sugiere la correccion de diferentes deficit nutricional, no Verifica la administracion de la dieta indicada. En la Incontinencia, no toma medidas para mantener la zona perineal seca, no observa los patrones de evacuacion del paciente y los episodios de incontinencia.

PALABRAS CLAVES: *Calidad de los cuidados de enfermería, prevención de úlceras por presión en pacientes, movilidad, nutrición, incontinencia.*

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the quality of nursing care related to the prevention of pressure ulcers in patients from the General Medicine Area of the Hospital ESSALUD Yanahuara, Arequipa, 2015. It is a cross-sectional descriptive research. Sample of 94 patients, a 28-item Likert Questionnaire was used to collect the information, organized by the dimensions: mobility, nutrition, incontinence. The validity of the instrument was performed by the test of concordance of the expert judgment obtaining a value of (0.871); Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.913). The Hypothesis test was performed using the Chi Square statistic with a value of 17.01 and a significance level of $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

The level of quality of nursing care related to the prevention of pressure ulcers in patients from the general medical area of Hospital ESSALUD Yanahuara, Arequipa, is Medium. This level is presented according to the observed activities. In skin care, it does not examine the daily condition of the skin, nor does it use a method of risk assessment, nor does it apply moisturizing cream seeking its own absorption. In Mobilization, it does not perform postural changes C / 2 hours following a programmed rotation to the patients of greater risk, nor does it avoid dragging, it performs the mobilizations by reducing the tangential forces. In Nutrition, it does not identify and suggests the correction of different nutritional deficits, it does not verify the administration of the indicated diet. In the Incontinence, he does not take measures to keep the perineal area dry, he does not observe the evacuation patterns of the patient and the episodes of incontinence.

KEY WORDS: *Quality of nursing care, prevention of pressure ulcers in patients, mobility, nutrition, incontinence.*

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESÚMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.2.1. Problema General	2
1.2.2. Problemas Específicos	2
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio	3
1.5. Delimitaciones de la investigación	3
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Base teórica	8
2.3. Definición de términos	37
2.4. Hipótesis	38
2.5. Variables	38
2.5.1. Definición conceptual de la variable	39
2.5.2. Definición operacional de la variable	40
2.5.3. Operacionalizacion de la variable	42

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	44
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	45
3.3. Población y muestra	45
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	46
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	48
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	48
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	49
CAPÍTULO V: DISCUSION	53
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La permanencia prolongada en cama genera problema y/o complicaciones a nivel respiratorio, dermatológico y musculo esquelético, entre otros, siendo este último las úlceras por presión una de las complicaciones más frecuentes que produce en la persona una pérdida de resistencia y elasticidad tisular provocando isquemia tisular por una disminución en la irrigación sanguínea, en las zonas de presión a nivel de las prominencias óseas, lo cual resulta desfavorable para la recuperación del paciente.

El agente de cuidado o proveedor de cuidados tiene que aprender a participar en el autocuidado de su paciente y hacerlo de modo continuo, lo que constituye una característica humana fundamentalmente. Los requisitos infaltables, para realizar dicho cuidado son el aprendizaje y el uso de conocimientos para llevar a cabo las acciones que faciliten la prevención eficaz y oportuna de las úlceras por presión. Para lo que se necesita de la intervención del personal de enfermería como educadora y orientadora, a fin de que, los familiares adquieran los conocimientos necesarios y actúen de manera correcta y oportuna en la prevención de úlceras por presión de sus pacientes. ⁽⁶⁾

De lo expuesto se deduce la importancia de preparar a la familia en los cuidados que va a proporcionar a sus pacientes convirtiéndose de esta manera en “Agentes de cuidado”.

Ahora bien, desde el punto de vista filosófico, siempre han existido personas con dificultades físicas y mentales que les impide valerse por si mismas y siempre se ha visto la necesidad de cuidar de ellas. En la medida en que la población envejece, habrá la necesidad de cuidar o de vigilar por el cuidado del otro, por lo que el entorno, la salud y el cuidado, han sido conceptos esenciales de interés de la enfermería y que contribuye su razón de ser.

La filosofía comprende el sistema de existencia de cualquier área del saber e incluye una búsqueda constante de conocimientos, lo que sería las bases epistemológicas del conocimiento. Su existencia y la comprensión determinan su forma de pensar sobre un fenómeno o situación, es decir, de esto depende su manera de actuar. Es por esto, que en las funciones propias de enfermería en la atención de primer nivel, se incluyen el fenómeno y la recuperación de la salud, pero también la restitución de la misma, así como el sistema de creencias y valores de la profesión y la determinación de la forma de pensar de los fenómenos sociales.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una úlcera por presión es una lesión que se desarrolla en la piel y en los tejidos subyacentes debido a la presión, por lo general, sobre una prominencia de hueso. La piel y los tejidos dependen de un suplemento sanguíneo adecuado para recibir oxígeno y nutrientes. Cuando los tejidos se comprimen por un período prolongado (desde horas hasta días), la circulación sanguínea se puede interrumpir, lo que provoca una úlcera.

Si una persona se desliza en la cama o en una silla, los vasos sanguíneos se estiran y esto puede causar llagas por contacto. Incluso una breve fricción puede causar leves úlceras.

Las personas que deben guardar cama presentan escaras en la parte baja de la espalda debajo de la cintura (el sacro), en el hueso de la cadera (trocánter), y en los talones. Las personas en sillas o sillas de ruedas presentan llagas dependiendo de la posición en que se sientan. Las escaras por contacto también se pueden presentar en las rodillas, los tobillos, los

omóplatos (parte de atrás del hombro), la parte de atrás de la cabeza y la columna vertebral.

Cuando los cuidados de enfermería no se realizan adecuadamente trae consigo que el paciente presente úlceras por presión, es el resultado de una inadecuada atención profesional. Este es el problema de fondo, por tanto, el abordaje en el marco de la investigación y los aportes que de ella se logren incentivará a los profesionales en salud y a todas las personas a mejorar el cuidado personal y profesional, de manera que, los beneficiarios estén satisfechos con la atención prestada.

Por otro lado, la previsión tiene mucho que ver con este problema, es preciso asumir actitudes favorables a la recuperación del paciente para la tranquilidad de los familiares y muchas personas que esperan mejorar su salud.

El problema se observa en la higiene del paciente (aseo, uso de jabones y cremas, cambio de pañal); la nutrición (necesidad de una dieta rica en proteínas, vitaminas B y C, hierro con adecuado aporte calórico y líquidos) y el conocimiento de técnicas de cambio postural y movilización; así mismo, el apoyo emocional al paciente por parte de la profesional de Enfermería.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

- ¿Cómo es la calidad de los cuidados de enfermería relacionada a la prevención de úlceras por presión en pacientes de Medicina General del Hospital III ESSALUD de Yanahuara, Arequipa, 2015?

1.3.2 Problemas Específicos

- ¿Cuáles son las características centrales de la calidad de los cuidados de enfermería por úlceras por presión en pacientes del

Área de Medicina General del Hospital III ESSALUD de Yanahuara, Arequipa, 2015?

- ¿Cuáles son los aspectos centrales de la prevención de úlceras por presión en pacientes del Área de Medicina General del Hospital III ESSALUD de Yanahuara, Arequipa, 2015?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la calidad de los cuidados de enfermería relacionada a la prevención de úlceras por presión en pacientes del Área de Medicina General del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, 2015.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar las características centrales de la calidad de los cuidados de enfermería por úlceras por presión en pacientes del Área de Medicina General del Hospital III ESSALUD de Yanahuara, Arequipa, 2015.
- Determinar los aspectos centrales de la prevención de úlceras por presión en pacientes del Área de Medicina General del Hospital III ESSALUD de Yanahuara, Arequipa, 2015.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La presente investigación sobre las úlceras por presión guarda pertinencia, dado que, corresponde al campo de las Ciencias de la Salud en el área de Enfermería; además, las variables cobra actualidad por su presencia continua.

La trascendencia del estudio radica en que los aportes servirán como base a otras investigaciones. Estamos seguros de contribuir en forma útil en la prestación de un servicio de calidad en las profesionales de enfermería,

específicamente en el área de cirugía a los pacientes con úlceras por presión, aportando de esta manera elementos fundamentales para el trabajo diario a todos los profesionales vinculados con Enfermería.

Así mismo, con el ejercicio teórico que supone la investigación, se enriquecerán los conocimientos relacionados con el cuidado y la prevención de las úlceras por presión, producto del contacto directo con los pacientes producto de un conjunto de procedimientos que nos permitirá verificar una adecuada atención al paciente para una buena calidad de vida.

Por último, el tema de calidad de los cuidados de enfermería en relación a la prevención de úlceras por presión en los pacientes pretende ser original en la medida que el campo de acción es exclusivo, a partir de ella, pretende establecer un nuevo enfoque para el tratamiento cada vez más eficiente de la problemática. Todo profesional de la salud debe procurar mantener altas expectativas en los pacientes, ello debe traducirse en resultados satisfactorios, siempre que exista la voluntad de cambio e innovación.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

2.1.1. Nivel internacional

MÉNDEZ, Doris, BARRIOS, Heidy, GONZÁLEZ, Isaura y MACUARE, Laura, realizan la investigación: “Participación de la enfermera en la prevención de úlceras por decúbito en pacientes diabéticos mayores de 60 años hospitalizados en la unidad de medicina i del hospital “Dr. Raúl Leoni”. San Félix, Estado Bolívar”. Ciudad Guayana, Abril 2005.

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la participación de la enfermera(o) en la prevención de las úlceras por decúbito en pacientes diabéticos mayores de 60 años de edad hospitalizados en la unidad de medicina I del Hospital “Dr. Raúl Leoni”, San Félix, Estado Bolívar, en su dimensión: cuidados de enfermería. La investigación se adapta al diseño no experimental de campo, de tipo descriptivo, transversal. La población estuvo conformada por doce (12) enfermeras(os) de atención directa que laboran en la unidad objeto de estudio. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos; una matriz de análisis adaptada de la

escala de Norton, y una guía de observación, la cual constó de treinta (30) ítems relacionados con la variable en estudio en escala Lickert: siempre, algunas veces y nunca.

La validez se realizó mediante el juicio de expertos. Para el análisis de los datos se aplicó la estadística descriptiva. Los resultados evidenciaron que la participación de la enfermera(o) en la prevención de úlceras por decúbito, en la valoración del enfermo diabético, indaga factores de riesgo en un 67% y registra los datos de valoración en un 33%. En cuanto a la ejecución de las actividades de enfermería al enfermo diabético se evidenció que se cumple en un 50% siempre, en un 42% algunas veces y en un 8% nunca; a tal efecto, se considera necesario potenciar la práctica de enfermería en relación a la atención del enfermo diabético.

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

ROCA Biosca y ANGUERA Saperas, pusieron en marcha programa educativos sobre: “Prevención de úlceras por presión” y demostraron cómo la incidencia en una unidad de cuidados intensivos disminuía (2009-2010) España; Se estudiaron 236 pacientes. Se encontró asociación significativa con $IMC \geq 30$ (RR: 2,51), puntuación EMINA > 10 (RR: 2,96), dieta hiperproteica (RR: 0,94), cambios posturales (RR: 0,88), sedación (RR: 0,95, $p = 0,045$), sonda nasogástrica poliuretano (RR: 0,94), apoyo superficie dinámica (RR: 0,88). Asociación significativa ($p < 0,01$) para noradrenalina (RR: 2,34). $IMC \geq 30$, puntuación EMINA y noradrenalina aparecieron

como factores predictores de riesgo. Días de sedación, superficies dinámicas, dieta hiperprotéica, cambios posturales y sonda nasogástrica de poliuretano se establecieron como factores protectores para la aparición de UPP.

2.1.2. Nivel nacional

ESPINOZA HERRERA, Magali Sujeli desarrolló la tesis: “Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión iatrogénicas, en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Angloamericana. Lima-Perú 2010.

Se halló una presencia del 20% de UPPI, de las cuales el 60% fue de I grado, el 40% se halló en mucosa oral. Estuvieron presentes en varones en el 60% de los casos y en pacientes que tuvieron entre 40 y 60 años en el 60% de los casos.

Se determinó la presencia de IRA como principal motivo de ingreso a UCI, además se halló 68% de pacientes postrados, la presencia de UPPI se encontró en pacientes con sedo analgesia (2 casos de 5), con TET, SNG y Dren torácico. Enfermería valoró y actuó en el 92% de los casos asertivamente ante una UPPI.

Se concluye en la importancia de conocer la presencia de este indicador en cada servicio con la finalidad de realizar las mejoras permitentes para el bienestar de cada paciente.

2.1.3. Antecedentes Nacionales

DÍAZ JIMÉNEZ, Carolina y HUANCA ESCALANTE, Lizbeth realizaron la tesis: “Factores asociados a la presencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados del Servicio de Emergencia” Arequipa 2013, Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo Essalud. Según su investigación uno de los

principales problemas con que se encuentra el personal de enfermería en el desarrollo de sus funciones, es la aparición de las úlceras por presión (UPP), tal es así que un bajo índice de UPP es sinónimo de buen trabajo de enfermería y la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la presencia de UPP es uno de los indicadores más importantes para determinar la calidad asistencial de la red hospitalaria de un país (Peralta-2009). Los pacientes hospitalizados en Emergencia son propensos a la UPP debido a la sedación, alteración del nivel de conciencia, soporte de respiración, uso de drogas vaso activas, restricción de movimientos por un período prolongado de tiempo e inestabilidad hemodinámica (Soto-2011).

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. TEORÍAS DE ENFERMERÍA

VIRGINIA HENDERSON.

Asume los siguientes aspectos como Meta paradigmas: Persona, individuo que necesita de la asistencia para alcanzar una salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad. Influyente por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana. Entorno, sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

La salud puede verse afectada por factores físicos como el aire, temperatura, sol; factores personales como la edad, entorno cultural,

capacidad física e inteligencia; define a la salud como la capacidad del individuo para funcionar con independencia relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura). Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales). Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias). Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

Define a la Enfermería como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o a tener una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda.

El profesional requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades básicas.

El profesional de enfermería requiere trabajar de manera independiente con otros miembros del equipo de salud. Las funciones de la enfermera son independientes de las del médico, pero utiliza el plan de cuidados de este para proporcionar el cuidado al paciente.

De acuerdo a lo planteado, la teoría de **Henderson** es congruente con la realidad profesional de enfermería, dado que, busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación

en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.

DOROTHEA OREM: “TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA”

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Orem define a la persona como un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, con potencial para aprender y desarrollarse; con capacidad para auto conocerse, puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado, si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados. El entorno es entendido como todos aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona. Salud se define como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

El concepto de **cuidado** surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto metaparadigmático, el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.

La práctica la teoría de Orem debe seguir los siguientes pasos: Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado; realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente; analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería; diseñar y la planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud; poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente.

2.2.2. EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La evaluación de los cuidados de Enfermería se entiende como el nivel de eficacia alcanzado e identificar deficiencias que permitan introducir medidas correctoras para optimizar la calidad de los mismos

La calidad en los cuidados de enfermería

La calidad de los cuidados de enfermería se define como el conjunto de propiedades y características que abarca e identifica un alto nivel de excelencia profesional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye dentro de su constitución, la calidad de la atención como un objetivo del macro proyecto de salud para todos y define como requisitos de la calidad en salud los siguientes: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del usuario y el impacto final en la población (OMS)

Dona bedian define la calidad de la atención en Salud como un “tipo de atención que se espera va a maximizar el bienestar del paciente, una vez se tiene en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención” (Dona bedian, 1984)

A. Recursos humanos

La enfermera ejerce el cuidado del paciente con úlceras por presión que comparten conocimientos, experiencias, habilidades y percepciones acerca de su significado y se generan compromisos para mantener la salud y la calidad de vida, asegurando la satisfacción recíproca del conjunto de las necesidades de éstos en la vida diaria.

El cuidado de enfermería abarca desde el nacimiento hasta la muerte, incluyendo periodos de la enfermedad y la salud, esta actividad se basa en un compromiso moral entre la persona cuidada y quienes ejercen el cuidado, para ello, la enfermera debe tener dominio del conocimiento científico, la aplicación de técnicas con un alto valor moral para lograr el bienestar integral de las personas.

La función de la enfermera es conservar, promover, recuperar y rehabilitar el estado de salud del paciente, así como apoyarlos a integrarse a una vida útil, este cuidado se da en una acción psicodinámica que se desarrolla en estadios de dependencia y que finaliza cuando el usuario goza de total independencia.

B. Habilidades y actitudes de la enfermera

La calidad: Es un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, que involucra a toda la organización. Para diversos profesionales de la salud, la calidad de atención se fundamenta en la relación de un diagnóstico adecuado para cada paciente, en la administración de un tratamiento idóneo para restablecer la salud. “Si la calidad tiene que ver con el conjunto de propiedades que tiene que tener el servicio a las personas mayores y sus familias para identificar y satisfacer correctamente las necesidades de los destinatarios y las de los que los prestan, para que sea auténtica calidad, ha de tener –entre otras- la propiedad de la calidez” (Bermejo, J. C.)

Ser buen profesional de enfermería no es poseer muchos conocimientos teóricos sobre las funciones de nuestra competencia; sino, es conocer la esencia de la profesión, el fenómeno de comunicación, el impacto de la enfermería en la vida de la persona, tanto a nivel cognitivo como conductual, que debe ser consciente de las implicaciones psicológicas, de las relaciones más frecuentes y específicas de cada enfermedad, de los problemas éticos asociados a muchas situaciones y de sus consecuencias legales, sociales y morales durante los cuidados al paciente.

El profesional de enfermería competente debe poseer actitud de empatía, amabilidad, respeto por la persona (atención de sus necesidades afectivas), paciencia y buena comunicación de acuerdo a la capacidad de comprensión del paciente quien tiene muchas necesidades psicológicas.

Humanización de la enfermera

En la sociedad contemporánea se siente cada día más la necesidad de humanizar el cuidado al paciente con la finalidad de sensibilizar al profesional de la salud ante los problemas psicosociales que el paciente trae cuando uno está enfermo; además, es preciso reflexionar sobre el continuo avance de la ciencia y la tecnología, sin embargo, se viene dejando de lado la actitud humanitaria en los profesionales de salud. La enfermera debe comprender que su labor principal es diagnosticar las reacciones humanas, esto incluye brindar una atención en forma cálida, respetando los valores éticos del paciente.

Retornando lo que constituye el gran reto de la ética en el mundo de la salud, cabe recordar las palabras del profesor español Laín Entralgo quien decía “que la relación enfermera/o paciente se genera una singular amistad, que requiere de ejercicio de: El respeto por la persona humana, actitud de amabilidad, empatía, interés por sus necesidades afectivas, paciencia y comunicación adecuada durante la relación la enfermera-paciente”. (Laín Entralgo 1964:219)

La amistad y la confianza en enfermería

La amistad entre el profesional de enfermería y el enfermo puede entenderse como una relación cooperativa, es una relación de amistad social. El profesional de enfermería y el paciente recorre un mismo camino, con una misma meta que es la recuperación del enfermo, se trata de una ayudar mutua, al servicio de la realización de un mismo objetivo. “Es imposible imaginar la consecución de unos objetivos asistenciales sin al mismo tiempo asumir que la relación no se efectúe en una condiciones de veracidad y mutuo respeto. La confianza es recíproca, la dos partes de la relación necesitan sentirse seguras, pero cuando una de las partes es un profesional, entonces

el otro necesita experimentar que será respetado. Esto dependerá en gran medida del grado de honestidad del profesional” (Gasull Vilella, María 2005:24)

C. Acciones de enfermería

Dentro de las acciones de enfermería se puede distinguir seis fases, todas ellas importantes:

1ª Fase. Definición institucional del Modelo de Enfermería: El nivel de aplicación vendrá marcado por el análisis de los recursos humanos, asistenciales, materiales, la presión asistencial.

2ª Fase. Identificación de problemas de Enfermería: Los protocolos se pueden elaborar en función de necesidades físicas u otras patologías más frecuentes u otros.

3ª Fase. Elaboración de Protocolos de Atención: Los planes de cuidados de los que extraeremos los indicadores útiles para medir la calidad del proceso y los resultados.

4ª Fase. Diseño de Registros Unificados: Que se adapten a las necesidades de información entre todos los profesionales

5ª Fase. Definición de criterios de evaluación y normas de aplicación de los mismos.

6ª Fase. Evaluación del proceso de atención: Establecer la relación existente entre los resultados obtenidos y los objetivos de salud marcados y la pertinencia de la acción descrita con éstos y los problemas de salud detectados.

D. Material de acuerdo al estadio de las úlceras por presión

- **Guantes estériles.** Los guantes son un equipo de protección individual. Su función es proteger las manos de la exposición a

contaminantes actuando de barrera física. En el medio sanitario estos contaminantes son principalmente: Material de origen biológico. Citostáticos y otros fármacos peligrosos. Productos químicos en general. Radiaciones ionizantes. Además, el uso de guantes evita la contaminación cruzada: transmisión de infecciones o de flora entre el trabajador y el paciente y, entre pacientes, a través de las manos del trabajador. Cada tipo de guante actúa de barrera frente a un tipo de contaminante, por lo que se debe utilizar el tipo de guante adecuado para cada situación. Hay que tener en cuenta que guantes diseñados para una función concreta pueden no ser adecuados y, por tanto, no proteger en otra situación parecida pero no exactamente igual.

- **Cojines y almohadas:** Se emplean para facilitar la exploración del paciente, su tratamiento, la prevención de lesiones debidas a la inmovilidad y para su comodidad cuando esté encamado. Las posiciones más usadas en un plan de cambios posturales son: Decúbito supino o dorsal, decúbito prono o ventral, decúbito lateral (derecha e izquierda), posición de Fowler, posición de SIMS o semiprona. Otras posiciones empleadas son: Posición Trendelenburg, posición Antitrendelenburg o Moretín, posición de Roser, posición ginecológica o de litotomía, posición genupectoral o mahometana, posición de punción lumbar.
- **Cremas hidratantes nutritivas:** Pomadas enzimáticas, pomadas antibióticas (bacteriostáticas-bactericidas). Aplicar directamente en la herida o, extendida sobre gasa con suero fisiológico cuando la herida está limpia; pomadas cicatrizantes, pomadas de corticoides, pomadas de óxido de zinc, para proteger la piel periostomal, entre otras.
- **Crema anti escaras:** Las cremas son emulsiones entre una sustancia o fase externa en la que se dispersa otra interna. Si se dispersa la grasa dentro del agua, obtenemos una emulsión óleo/ acuosa (O/W), y si es el agua en la grasa será una emulsión

acu/oleosa (W/O). Las emulsiones W/O son muy adecuadas para añadirles medicamentos liposolubles. Son cremas emolientes y lubricantes. Se comportan como aceites, no mezclándose con los exudados de la piel. Poseen las ventajas de las pomadas y algunos de sus inconvenientes. Pueden absorber sudor y secreciones cutáneas, y al evaporarse el agua que contienen son refrescantes.

- **Colchones anti escaras:** Los colchones anti escaras tienen las siguientes características: El diseño de almohadilla con burbujas provee tratamiento terapéutico superior. Las burbujas se inflan y desinflan en ciclos alternos variando los puntos presión del paciente. El colchón está fabricado de vinilo premium de gran espesor. La bomba de presión produce un flujo de aire de 4 LPM. Se puede colgar fácilmente del pie de la cama. Puntas redondeadas diseñadas para seguridad.

Úlceras por presión

a. Generalidades de la piel

La piel es un órgano formado por distintos tipos de tejidos unidos con una finalidad específica. Su grosor oscila entre 0,5 y 4 mm, según su localización (es más gruesa en las palmas de las manos y en las plantas de los pies). Sus funciones fundamentales son servir de barrera entre el medio interno y el ambiente exterior y proteger al organismo de posibles agresiones químicas, físicas y biológicas.

b. Estructura

En cuanto a su anatomía, consta de tres capas principales:

- **Epidermis:** Es la capa más superficial de la piel.

- **Dermis:** Es la parte de la piel formada por tejido conectivo, es decir, por colágeno y fibras elásticas.
- **Hipodermis:** Está formada por adipocitos, células que producen y almacenan grasa.

c. Funciones de la piel

Dar forma al cuerpo, proteger los músculos y órganos internos, equilibrar la temperatura corporal, proteger al organismo de infecciones externas (causadas por hongos, bacterias y virus), evitando la penetración de los rayos ultravioletas, establecer relaciones sensoriales con el medio ambiente y ser el reflejo de enfermedades sistémicas.

d. Úlceras por presión

Una úlcera por presión es una lesión de la piel y de los tejidos adyacentes producidos cuando se ejerce una presión sobre un plano o prominencia ósea, lo que provoca un colapso sanguíneo en esta zona que, si se mantiene, puede producir una isquemia y, por tanto, la muerte de los tejidos afectados

Etiopatogenia: 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, extravasación de los líquidos e infiltración celular. Si la presión no disminuye, se produce una isquemia intensa local en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración.

Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios. Las úlceras por presión (UPP) precisan la existencia de trastornos del micro circulación en zonas de apoyo situadas sobre una superficie dura. La presión hidrostática de los capilares cutáneos oscila entre 16 y 32 mmHg. Toda presión que supere estas cifras disminuye el flujo sanguíneo y puede producir daño isquémico, incluso en menos de 2 horas.

Fisiopatología: Son pacientes hipercatabólicos con balance energético nitrogenado negativo que contribuye a la pérdida de calor a través de las lesiones lo que obliga a aumentar el metabolismo para mantener la homeostasis térmica. Esta forma catabólica genera un cuadro de desnutrición: Hipoproteinemia, hiperalbuminemia, anemia, caquexia.

Alteraciones inmunológicas: Descienden las inmunoglobulinas, hay depresión de la capacidad de respuesta a los antígenos cutáneos.

Etiología: La mayoría de las lesiones se producen por la acción combinada de factores extrínsecos entre los que destacan: las fuerzas de presión, tracción y fricción.

Presión: Se considera que la presión directa sobre la piel y fundamentalmente sobre las prominencias óseas, es el determinante primario para la formación de las úlceras por presión.

Las fuerzas de fricción: Se generan cuando la superficie roza con otra, dañando la unión dermo-epidérmica.

Las fuerzas de tracción: Lesionan los tejidos profundos y se producen cuando el esqueleto y la fascia profunda se deslizan sobre una superficie, mientras la piel y la fascia superficial se mantienen fijas.

e. Clasificación de las úlceras de acuerdo gneaupp

Estadio I: Eritema cutáneo que no palidece, en piel intacta. En pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local.

Estadio II: Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

Estadio III: Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo.

Estadio IV: Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tuberizaciones o trayectos sinuosos.

g. Signos y síntomas

Disminución del nivel de conciencia, inmovilidad y parálisis, incontinencia, alteraciones en la nutrición, malestar general. Molesto, preocupado, ansioso. Hipertermia (infección), dolor, sobre todo en los primeros estadios, secreción que puede ser purulenta, fétida. Se toma muestra para cultivo del germen, pérdida de tejido, piel y llega hasta hueso.

h. Factores de riesgo

Inmovilidad física, nivel de conciencia disminuido, factores mecánicos (fuerzas de cizallamiento, fricción, presión y catéteres), humedad, exceso o defecto de higiene o uso de jabones inadecuados, alcoholes y/o antisépticos que alteran la flora saprofita de la piel, alteraciones de la sensibilidad, alteraciones metabólicas, alteraciones nutricionales, alteraciones circulatorias, déficits inmunológicos, fármacos

i. Valoración de la lesión

La valoración inicial del estado de la piel debería tener en cuenta una escala de valoración del riesgo de úlceras por presión; es una herramienta diseñada para ayudar a identificar a los pacientes que pueden desarrollar unas úlceras por presión.

Para la valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea optamos por la escala de Braden, propuestas también en la NIC y por el GNEAUPP.

La valoración se realizará al ingreso del paciente en la unidad y se hará una revisión cada 7 días. En los pacientes de alto riesgo o en pacientes ingresados en servicios de cuidados críticos se medirá diariamente.

Prevención de las úlceras por presión

Es el conjunto de cuidados que planifica la enfermera/o para la no formación de úlceras por presión en pacientes con riesgo a desarrollarla. “La prevención de la enfermedad es una estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención integral de

las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema Nacional de Salud” (Universidad de Costa Rica, 2004:7)

Los objetivos son mantener la integridad cutánea, disminuir o eliminar los factores de riesgo, educar al paciente, familia y a la administración.

Prevención de la formación de úlceras por presión en un paciente con alto riesgo de desarrollarlas. Para ello se plantean actividades como: Utilizar la escala de Braden para valorar el riesgo; valorar el estado de la piel al ingreso y coincidiendo con el aseo diario, haciendo especial hincapié en las prominencias óseas; vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida; eliminar la humedad excesiva en 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 si procede; cambios posturales cada 2 o 3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche; registro del programa de cambios posturales en la historia del paciente; fomentar los ejercicios pasivos si procede; evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos; colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón; mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas; hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies; utilizar camas y colchones especiales si procede; evitar mecanismos de tipo flotadores para la zona sacra; hidratar la piel seca intacta; usar agua templada y jabón suave para el baño, aclarar y secar especialmente, sin frotar las zonas de riesgo; vigilar las fuentes de presión y fricción; aplicar protectores para zonas de riesgo; asegurar

una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos si es preciso.

ESCALA DE VALORACIÓN DE BRADEN

Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	No existe problema aparente

Rango de puntuación: 6 a 23 puntos

Puntos de corte: < 16 riesgo bajo < 14 riesgo moderado < 12 riesgo alto

El resultado de la suma de las puntuaciones obtenidas en las distintas categorías puede oscilar entre 6 y 23 puntos. Según la puntuación se identifican los siguientes grupos de riesgo:

- < 12 = riesgo alto
- 13 – 15 = riesgo medio
- 16 – 18 = riesgo bajo
- > 19 = sin riesgo.22

Medidas preventivas

Van dirigidas a lograr calidad en los cuidados de enfermería, velar por los factores de riesgo y examen de piel una vez al día. Seguirde cerca el cumplimiento de la aplicación de medidas preventivas y la calidad de los cuidados de enfermería.

Las actividades preventivas deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:

a. Movilidad:

- Mantener al paciente encamado el menor tiempo posible.
- Animar a la de ambulación
- Realizar cambios posturales cada 2-4 horas en pacientes encamado y cada hora en pacientes con silla de ruedas.
- Evitar el roce de prominencias entre sí.
- Aliviar la presión con: almohadas, cojines colchón anti escaras.
- Evitar levantar la cabeza de la cama más de 30°.
- Intentar mantener en todo momento la alineación corporal.

Decúbito supino. Se protegerá, Occipital Omóplatos, Codos, Sacro coxis y Talones:

- Almohada en cabeza
- Almohada en gemelos, para facilitar el retorno venoso.
- Almohada en pie cero para evitar el pie equino.
- Almohada en trocánter, para evitar la rotación.

Decúbito Lateral.En decúbito lateral derecho o izquierdo se prestará especial atención a: orejas, escápulas, costillas, crestas ilíacas, trocánteres, gemelos, tibias, maléolos:

- Almohada debajo de la cabeza.

- Almohada a lo largo de la espalda.
- Almohada entre las rodillas para evitar roces.
- Almohada debajo del brazo.

Decúbito Prono: Se protegerá la frente, los ojos, orejas, pómulos, pectorales, genitales masculinos, rodillas y dedos:

- Almohada debajo de la cabeza.
- Almohada del abdomen para evitar tensión muscular.
- Almohada debajo de las piernas para favorecer circulación de retorno.
- Almohada debajo de los hombros para bajar tensión muscular.

Posición sentada: vigilar y proteger los omóplatos, el sacro, las tuberosidades isquiáticas:

- Almohada detrás de la cabeza
- Almohada debajo del brazo.
- Almohada debajo de los pies.

b. Higiene

Realizar correcta higiene corporal mediante lavado con agua y jabón, perfecto secado (especial atención a los pliegues cutáneos):

- No dar jabón en la úlcera.
- Hidratación corporal con crema.
- No masajear prominencias óseas.
- No utilizar ningún tipo de alcoholes.
- Si se hidrata con vaselina líquida.
- No dar masajes intensos.

c. Incontinencia

Ante pérdidas involuntarias de orina es importante la valoración de la implantación de sonda o colector urinarios:

- Con cada cambio de pañal lavar e hidratar la zona.
- Reeduación de esfínteres.

d. Nutrición

- Valoración dietética: alimentación adecuada a su edad y patología.
- Aporte de líquidos mínimo 2 litros/día, si no existe contraindicación médica.
- Administrar suplementos hiperprotéicos si no toma una dieta completa.
- Dar suplementos minerales (zinc, hierro, cobre) y vitaminas (A, B, C).
- Si presenta problemas en la deglución, emplear espesantes y gelatinas.

e. Latrogenia

Son úlceras que se producen por el roce continuo de un recurso instrumental imprescindible para el tratamiento y/o diagnóstico.

Se debe tener especial cuidado con:

- Nariz: cambiar diariamente apósito de fijación de SNG y mover apoyo en la mucosa gástrica.
- Boca: por fijación de tubos endotraqueales realizar igualmente movilización.
- Meato urinario: lesiones por sondaje vesical (hombres en prepucio y mujeres en labios vaginales), cambiar puntos de apoyo.
- Muñecas, codos y talones: por sujeciones mecánicas. Proteger la piel.
- Orejas: por gomillas de mascarilla de oxígeno, proteger del contacto directo utilizando gasas.
- Talones, piernas y tronco: por yesos, proteger previamente la piel y vigilar.
- Glúteos: debido a las cuñas, intentar mantenerlas el menor tiempo posible, no realizar arrastre.

f. Cuidados generales

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

- Alteraciones respiratorias.
- Alteraciones circulatorias.
- Alteraciones metabólicas.
- Alteraciones por tratamiento farmacológico:
- Sedantes, pueden interferir en la movilidad.
- Corticoides, que pueden actuar sobre los tejidos disminuyendo la resistencia e inhibiendo por lo tanto la cicatrización.
- Citostáticos, debido al riesgo de necrosis asociado a la quimioterapia endovenosa:
- Identificar y corregir déficit nutricional.
- Asegurar un estado de hidratación adecuado.

Prevención de las úlceras por presión: referencia NIC

La prevención de la formación de úlceras por presión en un paciente con alto riesgo de desarrollarlas, además debe cumplir las siguientes actividades:

- Utilizar la escala de Braden para valorar el riesgo
- Valorar el estado de la piel al ingreso y coincidiendo con el aseo diario, haciendo especial hincapié en las prominencias óseas
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida
- Eliminar la humedad excesiva en 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 si procede.
- Cambios posturales cada 2 o 3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche

- Registro del programa de cambios posturales en la historia del paciente
- Fomentar los ejercicios pasivos si procede
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies.
- Utilizar camas y colchones especiales si procede.
- Evitar mecanismos de tipo flotadores para la zona sacra.
- Hidratar la piel seca intacta.
- Usar agua templada y jabón suave para el baño, aclarar y secar especialmente, sin frotar las zonas de riesgo.
- Vigilar las fuentes de presión y fricción.
- Aplicar protectores para zonas de riesgo.
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos si es preciso.

El cuidado de la piel de acuerdo al tratamiento tópico supone la aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.

Actividades:

- Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera.
- Aplicar lubricante para hidratar fosas nasales si presencia de catéter.
- Aplicar los pañales sin comprimir.
- Hidratar la piel seca intacta.

Para el cuidado de úlceras por presión se sugieren las siguientes actividades:

- Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (anchura, longitud, y profundidad), estadio (I al IV), recidiva, antigüedad, localización, dolor, tejido necrótico, exudación, granulación y epitelización.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la úlcera Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel perilesional.
- Mantener la úlcera en un medio húmedo para favorecer la curación
- Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua
- Desbridar la úlcera si es necesario
- Limpiar la úlcera con suero salino fisiológico con movimientos circulares desde el centro
- Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera según corresponda
- Aplicar vendajes si está indicado
- Evitar en los cambios posturales la presión sobre zonas ulceradas
- Controlar el estado nutricional (escala de evaluación del estado nutricional)

Por ello, el cuidado de los pacientes es la base de nuestra profesión. Repasaremos algunas definiciones y veremos que nuestra profesión no solamente es técnica, sino mucho más profunda en su significado, pues una mala praxis de nuestra labor “el cuidado” puede llevar al paciente a una situación lamentable comprometiendo su vida.

Intentamos no enseñar a curar sino evitar el curar ya que cuando nos encontramos con estas lesiones, no es todo tan sencillo como parece sino que tenemos a nuestro cargo una gran responsabilidad.

Escala de Braden

La Escala de Braden fue desarrollada en 1985 en EE.UU., en el contexto de un proyecto de investigación en centros socio sanitarios, como intento de dar respuesta a algunas de las limitaciones de la Escala de Norton. Bárbara Braden y Nancy Bergstrom desarrollaron su escala a través de un esquema conceptual en el que reseñaron, ordenaron y relacionaron los conocimientos existentes sobre UPP, lo que les permitió definir las bases de una EVRUPP (Escala de valoración de riesgo de úlceras por presión)

Material y método en prevención de UPP

- Valoración riesgo UPP
- Posible etiología UPP
- Diagnósticos de enfermería

La aparición de una úlcera, no depende solamente de uno de los factores citados, generalmente han de converger varios de ellos durante un tiempo determinado de exposición. Junto con “la valoración” por enfermería sobre el estado del paciente y con la ayuda de los diagnósticos de enfermería (NANDA), podremos prevenir el deterioro de la integridad cutánea (UPP) y aplicar los cuidados necesarios.

1. Poliuretano

- Apósito hidrocoloide extra delgado 10x10cm
- Apósito hidrocoloide extra delgado 15x15cm
- Apósito hidrocoloide extra delgado 5x20cm

Descripción y características. Láminas transparentes con adhesivo acrílico. La película de poliuretano crea un medio húmedo al retener

el exudado. La película es permeable al vapor de la humedad, lo que permite que el exceso de exudado se evapore, evitando la maceración de la piel. Es impermeable y esto ayuda en la prevención de la contaminación bacteriana de la herida. La película es altamente extensible y confortable y se adapta fácilmente sobre áreas difíciles.

Indicaciones. Heridas en riesgo de contaminación, para la protección de piel intacta de irritantes y/o fricción, como apósito secundario, heridas superficiales con piel lesionada con el mínimo daño, favorece el desbridamiento autolítico.

Consideraciones:

- Deben cambiarse cada 7 días como máximo
- Disminuye el dolor
- Resisten la exposición al baño
- Usar como precaución en pieles peri lesionales frágiles
- No usar si la piel tiene signos de infección
- Pueden macerar la piel perilesional

2. Alginatos

- Apósito de alginato de calcio 7.5x12cm
- Apósito de alginato de calcio mecha ó rope
- Apósito de alginato de calcio 10x20cm

Descripción y características. Productos a base de sales de calcio y sodio del ácido algínico, un polímero extraído de un tipo de algas marinas llamadas algas pardas y compuestos de residuos de ácido glucorónico y manurónico.

Indicaciones. Heridas de moderada-alta exudación, lesiones contaminadas e infectadas, lesiones cavitadas y con trayectos

fistulosos, heridas exudativas durante el desbridamiento autolítico, tras el desbridamiento cortante, heridas sangrantes.

Consideraciones: Recortar el alginato a medida de la lesión para evitar la maceración de la piel circundante; La frecuencia del cambio del apósito variará en base al nivel de exudado cambiando cuando el fluido absorbido ha humedecido completamente el apósito. Inicialmente puede precisar cambios diarios. Cambiar cada 2-3 días, no dejando más de 4 días; El producto absorbe el olor y color del drenaje existente; Precisa de un apósito secundario, que retenga humedad; El uso de apósito oclusivo puede aumentar su capacidad de absorción; Contraindicado en lesiones secas, con presencia de tejido necrótico y que no son exudativas ya que se adhieren y producen irritación.

3. Hidrocoloides

- Apósito hidrocoloide grueso 10x10cm
- Apósito hidrocoloide grueso 15x15cm
- Apósito hidrocoloide grueso 20x20cm

Descripción y características. Existen gran variedad de apósitos hidrocoloides con diferentes composiciones, basada en carboximetilcelulosa u otros polisacáridos y proteínas (pectina, gelatina, polisobutileno). Pueden ser más o menos semipermeables (impermeable a los gases) dependiendo de la lámina de poliuretano que lo recubre. Con capacidad de absorción mínima a moderada; con diversidad de tamaños, transparencias, formas y capacidad de absorción.

Indicaciones. Heridas con drenaje mínimo a moderado, heridas que requieren desbridamiento, para promover la granulación y

epitelización, protege frente a la contaminación, protección de la piel en zonas de fricción y roce.

Consideraciones: Aplicar el apósito que sobresalga 2-2.5 cm de la lesión para garantizarla adherencia; colocar el apósito sobre la lesión y ejercer una ligera presión que facilitará su fijación; precaución en pieles perilesionales frágiles; usar esparadrapo adicional o película de poliuretano para proporcionar mayor fijación en zonas de difícil adhesión; pueden sustituirse cada 3- 7 días. La frecuencia del cambio será determinado por la cantidad de drenaje, deterioro del apósito, fuga del exudado; puede usarse con alginato o hidrofibra de hidrocoloide, para controlar exudado, cambiando de 3 a 4 días; no utilizar en: Heridas con alta exudación, heridas infectadas, úlceras isquémicas, heridas con afectación de músculos, tendones o huesos, en piel perilesional deteriorada; puede favorecer la presencia de tejido de hipergranulación, puede ocasionar maceración perilesional; algunos apósitos generan olor desagradable que no debe ser confundido con infección.

4. Hidrofibra

Descripción y características. Apósito blando, estéril no tejido, en forma de almohadilla o cinta, compuesto por carboximetilcelulosa sódica, que tiende a gelificarse una vez que absorbe el exudado; las fibras se mantienen integra, lo cual facilita su retirada; proporciona un ambiente húmedo, reduce el riesgo de maceración de la piel perilesional por su capacidad de absorción vertical; no se adhiere a la lesión y es fácil de usar.

Indicaciones. Lesiones con exudación de moderada a intensa, lesiones cavitadas, lesiones con trayectos fistulosos, facilita el

desbridamiento autolítico de heridas exudativas, evita el trauma de los tejidos frágiles de la herida, promueve el confort.

Consideraciones: Compatible con otros apósitos, preferentemente oclusivos y transparentes; no compatible con crema o pomada; dependiendo del volumen de exudado, la frecuencia de cambio oscila entre 1 – 4 días; en lesiones planas aplicar el apósito que sobresalga 2-3 cm de la lesión; en lesiones cavitadas no rellenar en su totalidad, contraindicada en lesiones secas o con tejido necrótico y no exudativas; precaución en heridas tunelizadas a la hora de extraer el apósito.

5. Hidrogeles

- Apósito hidrocoloide en forma de gel 30grs
- Apósito Interactivo en forma de gel 85grs

Descripción y características. Polímero compuesto principalmente de agua (75-90%) y diferentes sustancias (polímeros de almidón, pectina, propilenglicol, alginatos). Presentación en lámina o gel de estructura amorfa. Posee alta capacidad hidratante y promueve un ambiente húmedo.

Indicaciones: Exudación moderada o escasa, herida necrótica con escara, lesión infectada, heridas en fase de granulación, evita la adherencia del apósito, el sangrado y el dolor, heridas que requieren desbridamiento autolítico, puede asociarse con medicación secundaria.

Consideraciones: En UPP necróticas, puede cuadrícularse con bisturí para favorecer la penetración del gel; requieren de un apósito secundario para fijarlos a la herida, puede usarse en combinación

con película de poliuretano, hidrocoloide y otros apósitos no adherentes; el apósito secundario debe retener la humedad, absolver el exceso de exudado y estabilizar el gel sobre la herida; la frecuencia del cambio varía entre 1 a 3 días según la cantidad de exudado; evitar la contaminación, una vez abierto se desecha a los 7 días; contraindicado en lesiones altamente exudativas; verificar la piel perilesional por maceración eventual o signos de contaminación derivados de un uso incorrecto del producto: usar menor cantidad y cambiar más frecuentemente; se secan fácilmente y dan mal aspecto y olor al exudado.

6.Productos con plata

- Apósito con Plata iónica 10x10cm
- Apósito con Plata iónica 15x15cm
- Apósito con Plata iónica 20x30cm
- Apósito con Plata iónica 2x45cm

Descripción y características. La principal función de la plata es como agente tópico antibacteriano tanto profiláctico como en el tratamiento de heridas infectadas o en el control de infecciones. La plata es activa contra una gran variedad de patógenos bacterianos gran positivos, gran negativos, pseudomonas, fungales y virales.

Existen diversas presentaciones: Apósito o malla de tela con carbón activado; apósito de hidrofibra de hidrocoloide y plata; crema de sulfadiazina argénica.

La presentación en apósitos permite la liberación gradual de pequeñas cantidades de plata iónica durante un periodo de tiempo, eliminando así la necesidad de cambios frecuentes de apósito. Esta liberación sostenida reduce el riesgo de toxicidad de plata y ayuda a

garantizar un nivel más bajo de bacterias. Así se consigue una acción profiláctica y terapéutica.

La presentación en pomada, en excipiente liposoluble, también es eficaz contra una amplia de microorganismos. Ideada inicialmente para tratar quemaduras, se ha usado con éxito en lesiones infectadas. Tiene actividad bacteriostática, su aplicación es indolora, no es citotóxica, ni mancha la piel.

Indicaciones. Heridas infectadas y contaminadas.

Consideraciones: Antes de la aplicación debe retirarse el tejido necrótico seco mediante desbridamiento; En el uso de apósitos con plata deben estar en contacto directo con la úlcera; la frecuencia del cambio de estos apósitos pueden oscilar entre 1-4 días, según el exudado y cambiando el apósito secundario según necesidades; la sulfadiazina argénica en crema ha de aplicarse sobre la lesión formando una capa de 2-3 mm de grosor que ha de cambiarse cada 12 -24 horas.

7. Protectores cutáneos (Solución polimérica)

Descripción y características

La función principal de estos productos es proteger la piel de la acción de agentes irritante externos. Existen diversas presentaciones, entre las que destacan películas cutáneas. Las películas cutáneas de barrera no irritantes forman una película protectora libre de alcohol sobre la piel produciendo un engrosamiento de la capa córnea y están compuestas por copolímeros acrílicos, polifenilmetilsiloxano y hexametildisiloxano. No

contienen ningún principio activo que actúe sobre la piel. No penetra ni se absorbe. Es transparente hipoalergénico, estéril, no es citotóxica y crea una película transpirable al oxígeno y permeable al vapor húmedo.

Indicaciones. Prevención de maceración e irritación de la piel en úlceras por presión, protección de la piel perilesional de cualquier tipo de herida, tubos de drenaje, etc.

Consideraciones: Se puede aplicar en piel intacta incluso en piel lesionada; no es necesario retirar la película entre aplicaciones, permaneciendo hasta 72 horas; protección frente al trauma en la retirada de adhesivos; protege la piel frente a la acción de fluidos corporales; aplicar en la zona deseada y espera 30 segundos a que se seque antes de colocar el apósito; no aplicar con signos de infección en la piel.

2.3. DEFINICION DE TERMINOS

a. **Potencial humanos**

Es el campo de la dirección que se ocupa de planear, organizar y controlar las diversas actividades operativas que consisten en obtener, desarrollar, mantener y utilizar la fuerza de trabajo con la finalidad de que los objetivos e intereses a los cuales el organismo está establecido, se obtengan tan efectiva y económicamente como sea posibles y a la vez los objetivos e intereses de la fuerza de trabajo sean servidos al más alto

b. Recursos materiales

Asegurar un uso eficaz, eficiente y racional de los recursos materiales de enfermería, a fin de mantener los niveles óptimos de calidad para favorecer el cuidado de los pacientes.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis general

La calidad de los cuidados de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes en el Área de Cirugía del Hospital General Honorio Delgado, es Media.

2.4.2. Hipótesis específicas

- a. Dado que existe un creciente deterioro del sistema de salud, es probable el cuidado de enfermería por úlceras por presión en pacientes se relacione con el déficit de personal del Área de Medicina General del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, 2015.
- b. Dado el creciente descuido por la atención, es probable que el aspecto central de la prevención de úlceras por presión sea la falta de cuidado oportuno en pacientes del Área de Medicina General del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, 2015.

2.5. VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Calidad de los cuidados de enfermería

INDICADORES

- Conocimiento

- Habilidades
- Actitud
- Horario
- Experiencia

VARIABLE DEPENDIENTE:

Prevención por úlceras de presión

INDICADORES

- Percepción sensorial
- Exposición de la piel a la humedad
- Actividad física
- Movilidad
- Nutrición
- Riesgos de lesiones cutáneas

2.5.1. Definición conceptual

a. Calidad de los cuidados de enfermería

La calidad de los cuidados de enfermería se define como el conjunto de propiedades y características que abarca e identifica un alto nivel de excelencia profesional. La enfermera ejerce el cuidado del paciente con úlceras por presión que comparten conocimientos, experiencias, habilidades y percepciones acerca de su significado y se generan compromisos para mantener la salud y la calidad de vida, asegurando la satisfacción recíproca del conjunto de las necesidades de éstos en la vida diaria.

b. Úlceras por presión

Las úlceras por presión (úlceras por decúbito, úlceras de piel) son lesiones cutáneas que se producen como consecuencia de una falta de irrigación sanguínea y de una irritación de la piel que recubre una prominencia ósea, en las zonas en las que ésta ha estado

presionada por una cama, silla de ruedas, molde, férula u otro objeto rígido durante un período prolongado. (Manual Merck de Información Médica, 1998).

2.5.2. Definición operacional

a. Conocimiento

Conocer es un proceso a través de cual un individuo se hace consciente de su realidad y en éste se presenta un conjunto de representaciones sobre las cuales no existe duda de su veracidad. Además, el conocimiento puede ser entendido de diversas formas: como una contemplación porque conocer es ver; como una asimilación porque es nutrirse y como una creación porque conocer es engendrar. (Andrés Martínez Marín; Francys Ríos Rosas, 2006:3)

b. Habilidades

Se puede entender una habilidad como un conjunto de procedimientos aprendidos que los estudiantes competentes realizan automáticamente y que, por lo tanto, son aplicadas inconscientemente. En este sentido, la habilidad es el grado de competencias que un sujeto concreto frente a un objetivo determinado, es su potencial para adquirir y manejar nuevos conocimientos y destrezas. Las habilidades son rutinas cognitivas existentes y empleadas para facilitar la adquisición y producción del conocimiento. Las habilidades presentan una diferencia de otras destrezas por ejemplo: “fluidez, rapidez, automaticidad, simultaneidad y conocimiento” (Sloboda; 1987).

c. Actitudes

F. H. Allport: “Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden”.

d. Horario

La jornada laboral es el tiempo diario, semanal o anual que un trabajador dedica a la ejecución de su actividad laboral. El trabajador tendrá derecho a adaptar la duración y distribución de la jornada de trabajo para hacer efectivo su derecho a la conciliación de la vida personal, familiar y laboral.

2.5.3. OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES
Calidad de los cuidados de enfermería	<p>Se define como el conjunto de propiedades y características que abarca e identifica un alto nivel de excelencia profesional.</p> <p>La enfermera en el cuidado al Paciente con úlceras por presión que comparten conocimientos, experiencias, habilidades, percepciones acerca del significado del cuidado y se generan compromisos para mantener la salud y la calidad de vida, asegurando la satisfacción recíproca del conjunto de las necesidades de éstos en la vida diaria.</p>	Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocimiento ➤ Habilidades ➤ Actitud ➤ Horario ➤ Experiencia
		Recursos materiales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipo para el manejo úlceras por presión ➤ Guantes estériles ➤ Cojines y almohadas ➤ Cremas hidratantes nutritivas, ➤ Crema anti escaras, ➤ Colchones anti escaras ➤ Material de acuerdo al estadio de las úlceras por presión

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES
Prevención por úlceras de presión	Es el conjunto de cuidados que planifica la enfermera/o para la no formación de úlceras por presión en pacientes con riesgo a desarrollarla.	Actividades preventivas	Movilidad. Higiene. Incontinencia. Nutrición. Iatrogénica. Protección de las zonas de riesgo. Cuidados generales.
		Riesgo de úlceras	Percepción sensorial Exposición de la piel a la humedad Actividad física Movilidad Nutrición Riesgos de lesiones cutáneas

CAPITULO III: METODOLOGÍA

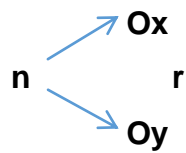
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo

Según el enfoque cuantitativo.	Correlacional
Según el número de variables.	Bivariado
Según el número de mediciones.	Transversal
Según la temporalidad	Prospectivo

Diseño

No experimental, transversal, correlacional



Donde:

n = muestra de estudio.

Ox = medición de la variable independiente.

Oy = medición de la variable dependiente.

R = relación entre variables.

3.2. DESCRIPCION DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

A. Ubicación espacial

Hospital III ESSALUD Yanahura, Arequipa.

B. Ubicación temporal

2014

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población estará conformado por los pacientes del área de medicina del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa.

Áreas	F
Medicina general	44
Medicina varones	25
Medicina mujeres	25
Total	94

Muestra

El tipo de muestra que corresponde es probabilístico al azar, es decir, todos los pacientes del área de cirugía tienen las mismas posibilidades de ser elegidos.

Fórmula para población finita

$$n = \frac{E \cdot N \cdot P \cdot Q}{E^2 (n-1) - EPQ}$$

n = muestra
E = margen de error 5(de 1 a 10)
P = posibilidad de acierto 50
Q = posibilidad de error 50
N = población
Z = Nivel de confianza

Criterios de inclusión:

- Pacientes de todas las edades.
- Pacientes que asisten al área de medicina.
- Pacientes de toda condición social.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que acuden a los controles de cirugía en forma esporádica.
- Pacientes que se atienden en otras áreas.
- Pacientes que tienen otras dolencias.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

3.4.1. Técnicas

Observación, encuesta y técnica documental.

3.4.2. Instrumentos

Para la observación corresponderá la ficha de observación

Para la encuesta, una guía de entrevista.

Para la técnica documental, guía de observación documental.

3.4.3. Matriz de instrumentos

Variables	Indicadores	Instrumentos	Ítems	Escala	Valoración
Calidad de cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocimiento ➤ Habilidades ➤ Actitud ➤ Horario ➤ Experiencia ➤ Equipo para el manejo úlceras por presión ➤ Guantes estériles ➤ Cojines y almohadas ➤ Cremas hidratantes nutritivas, ➤ Crema anti escaras, ➤ Colchones anti escaras ➤ Material de acuerdo al estadio de las úlceras por presión 	Observación, Encuesta Técnica documental.	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Ordinal	Numérica
Prevención de úlceras por presión	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Movilidad. ➤ Higiene. ➤ Incontinencia. ➤ Nutrición. ➤ Iatrogénica. ➤ Protección de las zonas de riesgo. ➤ Cuidados generales. ➤ Percepción sensorial ➤ Exposición de la piel a la humedad ➤ Actividad física ➤ Movilidad ➤ Nutrición ➤ Riesgos de lesiones cutáneas. 	Observación, Encuesta Técnica documental.	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Ordinal	Numérica

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Validez. La validez interna del contenido se determinó mediante la opinión de expertos en la que participaron profesionales de ciencias de la salud áreas afines.

Confiabilidad. Determinada en una muestra piloto mediante una prueba piloto.

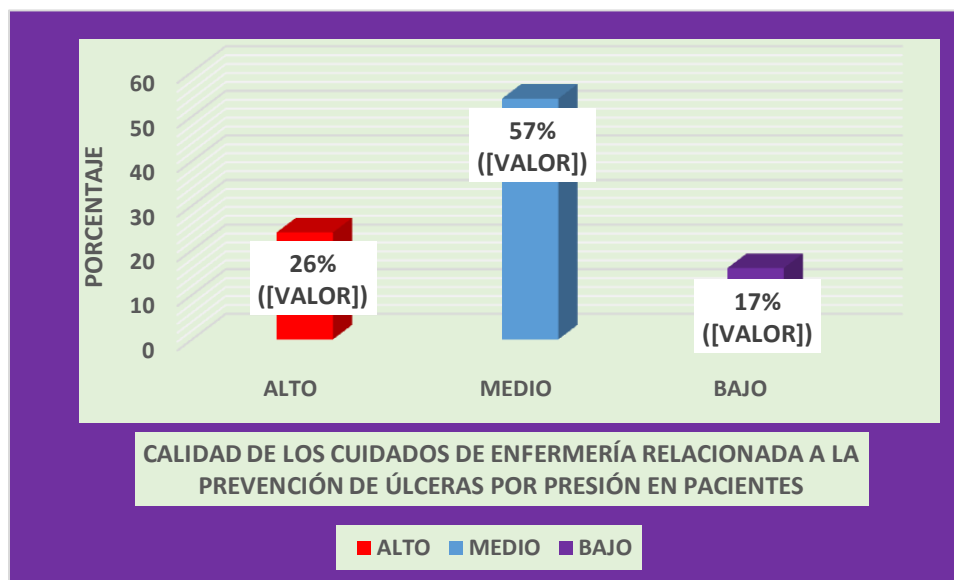
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS:

Luego de la obtención de los datos estos serán procesados utilizando el programa estadístico SPSS, dónde se representan los datos mediante gráfico de barras con sus respectivos análisis.

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICA 1

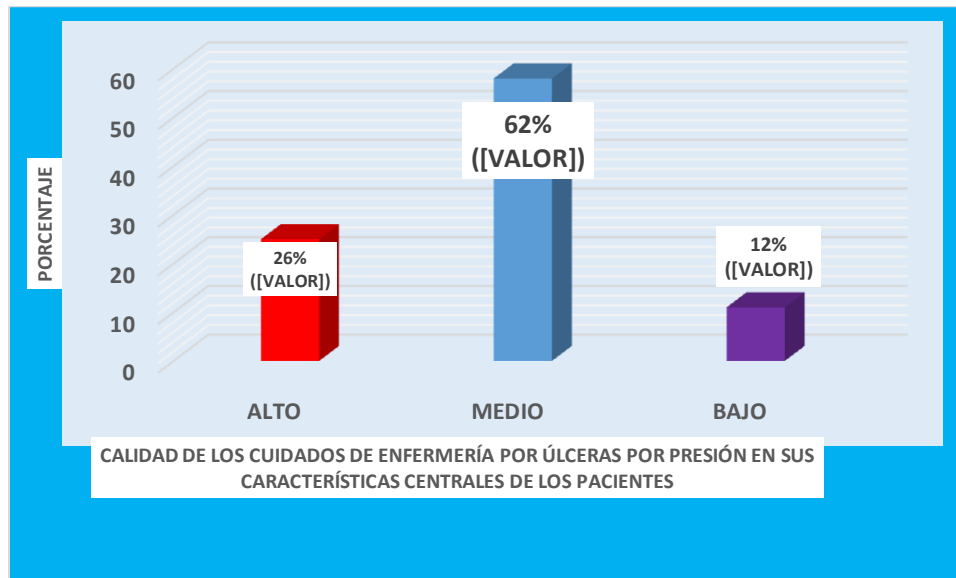
CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA RELACIONADA A LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL ÁREA DE MEDICINA GENERAL DEL HOSPITAL III ESSALUD YANAHUARA, AREQUIPA, 2015.



Según los resultados presentados en la Grafica 1, el nivel de calidad de los cuidados de enfermería relacionada a la prevención de úlceras por presión en pacientes del área de medicina general del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, es Medio en un 57%(54), nivel Alto en un 26%(24) y nivel Bajo en un 17%(16). Estos niveles se presentan según las actividades observadas. En los cuidados de la piel, no examina el estado de la piel diario, tampoco utiliza un metodo de valoracion de riesgo, asimismo no aplica crema hidratante procurando su propia absorcion. En la Movilización, no realiza cambios posturales C/2horas siguiendo una rotacion programada a los pacientes de mayor riesgo, tampoco evita el arrastre, realiza las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales. En la Nutrición, no Identifica y sugiere la correccion de diferentes deficit nutricional, no Verifica la administracion de la dieta indicada. Rn la oncontinencia, no toma medidas para mantener la zona perineal seca, no observa los patrones de evacuacion del paciente y los episodios de incontinencia.

GRAFICA 2

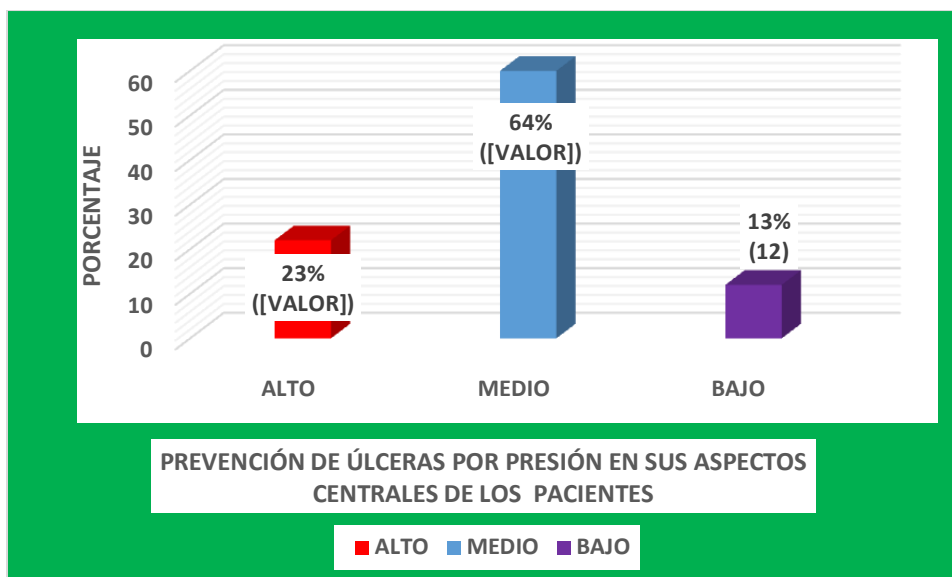
CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA POR ÚLCERAS POR PRESIÓN EN SUS CARACTERÍSTICAS CENTRALES DE LOS PACIENTES DEL ÁREA DE MEDICINA GENERAL DEL HOSPITAL III ESSALUD DE YANAHUARA, AREQUIPA, 2015



Según los resultados presentados en la Grafica 2, el nivel de calidad de los cuidados de enfermería por úlceras por presión en sus características centrales en pacientes del área de medicina general del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, es Medio en un 62%(58), nivel Alto en un 26%(25) y nivel Bajo en un 12%(11).

GRAFICA 3

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN SUS ASPECTOS CENTRALES DE LOS PACIENTES DEL ÁREA DE MEDICINA GENERAL DEL HOSPITAL III ESSALUD DE YANAHUARA, AREQUIPA, 2015



Según los resultados presentados en la Grafica 3, el nivel de prevención de enfermería por úlceras por presión en sus aspectos centrales en pacientes del área de medicina general del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, es Medio en un 64%(60), nivel Alto en un 23%(22) y nivel Bajo en un 13%(12).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Ha: La calidad de los cuidados de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes en el Área de Cirugía del Hospital General Honorio Delgado, es Media.

Ho: La calidad de los cuidados de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes en el Área de Cirugía del Hospital General Honorio Delgado, no es Media.

Ha \neq Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 1: Prueba de la Hipótesis General mediante el Chi Cuadrado (X^2)

	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
Observadas	24	54	16	94
Esperadas	31	31	32	
$(O-E)^2$	49	529	256	
$(O-E)^2/E$	1,6	17,1	8	

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_C^2) es de 26,7; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla (X_T^2) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ($X_T^2 < X_C^2$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alterna (Ha).

Siendo cierto que: La calidad de los cuidados de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes en el Área de Cirugía del Hospital General Honorio Delgado, es Media.

DISCUSION DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

El nivel de calidad de los cuidados de enfermería relacionada a la prevención de úlceras por presión en pacientes del área de medicina general del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, es Medio en un 57%(54), nivel Alto en un 26%(24) y nivel Bajo en un 17%(16). Estos niveles se presentan según las actividades observadas. En los cuidados de la piel, no examina el estado de la piel diario, tampoco utiliza un metodo de valoracion de riesgo, asimismo no aplica crema hidratante procurando su propia absorcion. En la Movilización, no realiza cambios posturales C/2horas siguiendo una rotacion programada a los pacientes de mayor riesgo, tampoco evita el arrastre, realiza las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales. En la Nutrición, no Identifica y sugiere la correccion de diferentes deficit nutricional, no Verifica la administracion de la dieta indicada. Rn la oncontinencia, no toma medidas para mantener la zona perineal seca, no observa los patrones de evacuacion del paciente y los episodios de incontinencia. Coincidfiendo con ROCA y ANGUERA (2010) Se encontró asociación significativa con $IMC \geq 30$ (RR: 2,51), puntuación EMINA > 10 (RR: 2,96), dieta hiperproteica (RR: 0,94), cambios posturales (RR: 0,88), sedación (RR: 0,95, $p = 0,045$), sonda nasogástrica poliuretano (RR: 0,94), apoyo superficie dinámica (RR: 0,88). Asociación significativa ($p < 0,01$) para noradrenalina (RR: 2,34). $IMC \geq 30$, puntuación EMINA y noradrenalina aparecieron como factores predictores de riesgo. Días de sedación, superficies dinámicas, dieta hiperprotéica, cambios posturales y sonda nasogástrica de poliuretano se establecieron como factores protectores para la aparición de UPP.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

El nivel de calidad de los cuidados de enfermería por úlceras por presión en sus características centrales en pacientes del área de medicina general del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, es Medio en un 62%(58), nivel Alto en un 26%(25) y nivel Bajo en un 12%(11). Coincidiendo con ESPINOZA (2010) halló

una presencia del 20% de UPPI, de las cuales el 60% fue de I grado, el 40% se halló en mucosa oral. Estuvieron presentes en varones en el 60% de los casos y en pacientes que tuvieron entre 40 y 60 años en el 60% de los casos. Se determinó la presencia de IRA como principal motivo de ingreso a UCI, además se halló 68% de pacientes postrados, la presencia de UPPI se encontró en pacientes con sedo analgesia (2 casos de 5), con TET, SNG y Dren torácico. Enfermería valoró y actuó en el 92% de los casos asertivamente ante una UPPI. Se concluye en la importancia de conocer la presencia de este indicador en cada servicio con la finalidad de realizar las mejoras permitientes para el bienestar de cada paciente.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

El nivel de prevención de enfermería por úlceras por presión en sus aspectos centrales en pacientes del área de medicina general del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, es Medio en un 64%(60), nivel Alto en un 23%(22) y nivel Bajo en un 13%(12). Coincidiendo con DÍAZ y HUANCA (2013) Según su investigación uno de los principales problemas con que se encuentra el personal de enfermería en el desarrollo de sus funciones, es la aparición de las úlceras por presión (UPP), tal es así que un bajo índice de UPP es sinónimo de buen trabajo de enfermería y la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la presencia de UPP es uno de los indicadores más importantes para determinar la calidad asistencial de la red hospitalaria de un país (Peralta-2009). Los pacientes hospitalizados en Emergencia son propensos a la UPP debido a la sedación, alteración del nivel de conciencia, soporte de respiración, uso de drogas vaso activas, restricción de movimientos por un período prolongado de tiempo e inestabilidad hemodinámica (Soto- 2011).

CONCLUSIONES

PRIMERO

El nivel de calidad de los cuidados de enfermería relacionada a la prevención de úlceras por presión en pacientes del área de medicina general del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, es Medio. Este nivel se presenta según las actividades observadas. En los cuidados de la piel, no examina el estado de la piel diario, tampoco utiliza un método de valoración de riesgo, asimismo no aplica crema hidratante procurando su propia absorción. En la Movilización, no realiza cambios posturales C/2horas siguiendo una rotación programada a los pacientes de mayor riesgo, tampoco evita el arrastre, realiza las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales. En la Nutrición, no identifica y sugiere la corrección de diferentes déficit nutricional, no verifica la administración de la dieta indicada. En la Incontinencia, no toma medidas para mantener la zona perineal seca, no observa los patrones de evacuación del paciente y los episodios de incontinencia. Se comprobó estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 17,01 y un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

El nivel de calidad de los cuidados de enfermería por úlceras por presión en sus características centrales en pacientes del área de medicina general del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, es Medio.

TERCERO

El nivel de prevención de enfermería por úlceras por presión en sus aspectos centrales en pacientes del área de medicina general del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, es Medio.

RECOMENDACIONES

Realizar investigaciones que reflejen la calidad de atención que brindan los profesionales de enfermería en los diversos centros de la salud de atención pública y privada, sobre pacientes con Ulceras por Presión (UPP).

Establecer capacitaciones periódicas en el área de medicina general del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, basadas en temas que enriquezcan la práctica profesional de enfermería en la prevención de UPP.

Establecer una adecuada cobertura de profesionales de enfermería en relación al número de pacientes internados en el área de medicina general del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa.

Elaborar protocolos de atención sobre las distintas intervenciones de pacientes con UPP en el área de medicina general del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, en los aspectos nutricionales, movilidad, incontinencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Beauchamp, T.L. & Childress, J. F. (1999) Principios de Ética Médica. Barcelona: Masson
2. Benner P. (1987) Práctica progresiva en Enfermería. Barcelona: Grijalbo
3. Bishop, A. Scudder, J. (1985) Caring, Curing, Coping. Nurse, Physician, Patients relationships.
4. Alabama: The University press.
5. Bouchard, C. & Kean Dutil, B. (1991) Le "caring": Verbs une conception interactionniste.
6. Canadian Journal of Nursing Research. (25)2:69-83
7. Brykzyska. G. (1992) Caring. Some philosophical and spiritual reflections. En Moya J &
8. Brykzyska (ed) Nursing Care. Londres: Edward Arnold.
9. Coates, C.J. (1997) The caring Efficacy Scale: nurses' self-reports of caring in practice settings.
10. Adv Pract Nurs Q. (1): 53-9
11. Conde Gutiérrez del Alamo, F. (2003) Análisis de la información en investigación cualitativa.
12. Casulla Vilella, Maria (2005). La ética del cuidar y la atención de enfermería.
13. Martínez Marín, Andrés; Ríos Rosas, Francy (2006). Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. Cinta de Moebio, núm. 25, marzo, 2006, p. 0, Universidad de Chile
14. Zagasti, J. Ética y legislación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana
15. Crigger, N. (2001) Antecedents to engrossment in Noddings' theory of care. Journal of Advanced Nursing, 35(4):616-623

16. Crongvist, A. Theorell, T. Burns, T. (2003) Caring about-Caring for: moral obligations and work responsibilities in Intensive Care Nursing. *Nursing Ethics*. 2:63-76
17. Davis, A J (1999) Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. *Enfermería Clínica Vol 9 nº1*:21-28
18. OMS. (1998). Glosario de promoción de la salud, Ginebra.
19. Zurro, M. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Harcourt Brace de España S.A. España, 1999.
20. HEIDEGGER, M. 1997. El Ser y el Tiempo. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
21. HESSEN, J. 1997. Teoría del Conocimiento. Buenos Aires: Editorial Panamericana.
22. HUME, D. 1998. Tratado de la Naturaleza Humana. Madrid: Editorial Tecnos.

Anexos

Anexo: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA RELACIONADO A LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL III ESSALUD YANAHUARA, AREQUIPA, 2015.

BACHILLER: BLANCA ROSA HUAMANI HUAMAN

PROBLEMA	OBJETIVOS	APOORTE CIENTIFICO
<p>1 Problema General</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cómo es la calidad de los cuidados de enfermería relacionada a la prevención de úlceras por presión en pacientes de Medicina General del Hospital III ESSALUD de Yanahuara, Arequipa, 2015? <p>1.3.2 Problemas Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cuáles son las características centrales de la calidad de los cuidados de enfermería por úlceras por presión en pacientes del Área de Medicina General del Hospital III ESSALUD de Yanahuara, Arequipa, 2015? ➤ ¿Cuáles son los aspectos centrales de la prevención de úlceras por presión en pacientes del Área de Medicina General del Hospital III ESSALUD de Yanahuara, Arequipa, 2015? ➤ Yanahuara, Arequipa, 2015. 	<p>1.5. Objetivos</p> <p>Objetivo general</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar la calidad de los cuidados de enfermería relacionada a la prevención de úlceras por presión en pacientes del Área de Medicina General del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, 2015. <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar las características centrales de la calidad de los cuidados de enfermería por úlceras por presión en pacientes del Área de Medicina General del Hospital III ESSALUD de Yanahuara, Arequipa, 2015. <p>Determinar los aspectos centrales de la prevención de úlceras por presión en pacientes del Área de Medicina General del Hospital</p>	<p>Enfoques anteriores:</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>Enfoque propuesto</p>

VARIABLES E INDICADORES	BASE TEÓRICA(Títulos y subtítulos)	HIPÓTESIS
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE: Calidad de los cuidados de enfermería</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimensión técnicocientífica ▪ Dimensión humana ▪ Dimensión del entorno <p>VARIABLE DEPENDIENTE: Prevención por úlceras de presión</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Percepción sensorial ▪ Exposición de la piel a la humedad ▪ Actividad física ▪ Movilidad ▪ Nutrición ▪ Riesgos de lesiones cutáneas. 	<p>1. Evaluación de los cuidados de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calidad en los cuidados de enfermería • Calidez en el cuidado de enfermería • Humanización de la enfermera • La amistad en enfermería • Conocimientos de la enfermera • Habilidades de la profesional de enfermería • Actitud del profesional de enfermería • Horario o jornada laboral de la enfermera • Experiencia en la profesión de enfermería <p>2. Prevención por úlceras de presión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepción sensorial • Exposición de la piel a la humedad • Actividad física • Movilidad • Nutrición • Riesgos de lesiones cutáneas. 	<p>Hipótesis general</p> <p>Dado que se ejerce una evaluación eventual de la calidad de los cuidados de enfermería con frecuencia es probable que la prevención de úlceras por presión en pacientes en el Área de Cirugía del Hospital General Honorio Delgado sea limitada.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Dado que existe un creciente deterioro del sistema de salud, es probable el cuidado de enfermería por úlceras por presión en pacientes se relacione con el déficit de personal del Área de Medicina General del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, 2015.</p> <p>Dado el creciente descuido por la</p>

		atención, es probable que el aspecto central de la prevención de úlceras por presión sea la falta de cuidado oportuno en pacientes del Área de Medicina General del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa, 2015.
--	--	---

METODO DE INVESTIGACIÓN	METODO DE MEDICIÓN DE LA VARIABLE(S)	MÉTODO OPERACIONAL
<p>Tipo y diseño de Investigación: El presente estudio de investigación es de tipo no experimental (campo)</p> <p>Diseño de Investigación: La investigación es transversal ya que la recolección de datos es un solo corte en el tiempo.</p> <p>Nivel de Investigación: Es descriptivo porque se describe las variables y se establece relación entre ellos.</p>	<p>TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS Observación</p> <p>INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS Ficha de observación</p>	<p>ÁMBITO DE ESTUDIO: - Ubicación espacial: HOSPITAL III DE ESSALUD YANAHUARA - Ubicación temporal: El presente proyecto se realizara de setiembre del 2014 a abril del 2015.</p> <p>UNIDADES DE ESTUDIO 94 pacientes del área de medicina del Hospital III ESSALUD Yanahuara</p> <p>Criterios de inclusión: Pacientes de todas las edades. Pacientes que asisten al área de medicina. Pacientes que no corresponden al servicio de medicina.</p> <p>Criterios de exclusión: Pacientes que acuden a los controles en forma esporádica. Pacientes que se atienden en otras áreas. Pacientes que tienen otras dolencias.</p> <p>POBLACIÓN: Pacientes del área de medicina del Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa.</p> <p>MUESTRA: $n = \frac{Y^2 (p \times q) N}{E^2(N-1) + Y^2 (p \times q)}$ Dónde: n = tamaño de la muestra. γ = constante cuyo valor es 2 para población menor de 10000. N = población total. p = probabilidad de ocurrencia de los hechos. q = probabilidad de no ocurrencia de los hechos. E = probabilidad de error: 5%.</p> <p>MUESTREO Probabilístico al azar</p>

GUÍA DE OBSERVACION A LA ENFERMERA

Servicio de:

Tiempo de servicio:.....turno:.....

ficha N°:

ASPECTOS A OBSERVAR	OBS1		OBS2	
	SI	NO	SI	NO
I. APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS				
A) CUIDADOS DE LA PIEL				
<ul style="list-style-type: none"> • Examina el estado de la piel diario • Utiliza un metodo de valoracion de riesgo • Mantiene la piel del paciente en todo momento limpiay seca • Realiza baño diario con agua tibia y seca la piel sin friccion • Aplica crema hidratante procurando su propia absorcion 				
B) MOVILIZACION:				
<ul style="list-style-type: none"> • Realiza cambios posturales C/2horas siguiendo una rotacion programada a los pacientes de mayor riesgo • Realiza cambios posturales C/4horas a los de mediano y bajo riesgo • Realiza masajes sobre prominencias oseas a los pacientes de alto riesgo • Evita el arrastre, realiza las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales. • Usa dispositivos que disminuyen al 				

<p>maximo la presion como: colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, etc.</p>				
<p>C) NUTRICION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica y sugiere la correccion de diferentes deficit nutricional (coordina con nutricion). • Mantiene la cabecera de la cama elevada durante sus comidas • Verifica la administracion de la dieta indicada. • Valora la tolerancia de la ingesta de la dieta. • Supervisa la ingesta de liquido del paciente. 				
<p>D) INCONTINENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermera toma medidas para mantener la zona perineal seca (uso de pañal, sonda vesical etc.) • Observa los patrones de evacuacion del paciente y los episodios de incontinencia • Cambia la ropa 				

GUIA DE OBSERVACION AL PACIENTE

Edad:.....

Sexo: (M) (F)

Tiempo de hospitalización:.....

Dx Medico.....

ESCALA DE NORTON DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESION

Estado físico	Estado mental	Movilidad	Actividad	Incontinencia vesical o rectal
4. bueno	4. Alerta	4. Completa	4. Deambula	4. no
3. aceptable	3. apático	3. Algo ilimitada	3. con ayuda	3. ocasional
2. deficiente	2. confuso	2. muy limitada	2. silla de rueda	2. habitual
1 Muy deficiente	1 estupor	1 inmóvil	1 Encamada	1 Doble incontinencia

5- 11 Alto riesgo de presion.

12-14 Riesgo evidente de ulceras por presion.

15 a mas sin riesgo de ulceras por presion.

	Si	No	si	no	si	No	Si	No	Si	no	si	no	si	no	Si	no	si	no	si	no
1		X		x		X	x			x	x		X			x	x		x	
2		X	x			X	x		x		x		x			x		x	x	
3	x			X		X		X		x		X		X	x			x		x
4		X		X		X		X		x		X		X		x	x			x
5		X		X		X		X		x		x		X		x		x	x	
6		X		X		X		X		x	X			x	x		x			X
7	X			X	x			X	X			X	x			x		x	x	
8	X		X			X	x		X			X		x		x		x	x	
9	X		X		x		x		x			x	X		x		x		x	
10	X		X		x		x		x		x			x	x		x		x	
	5	5	4	6	3	7	5	5	5	5	4	6	4	6	4	6	5	5	7	3

Instrumento N° 1

Evaluación de los pacientes con úlceras por presión en el Hospital Yanahuara de acuerdo a la lectura de Vancouver

Pacien te/ edad/s exo	Lesión cutánea por percepció n sensorial	Etiologí a	Exposició n de la piel a la humedad	Activida d física	Movilidad	Nutrició n	Comp licaci ones
1- 36/f	Visible	Lesión leve	Profunda	Nula	Limitada	Normal	Si
2- 45/m	Alejada	Secuela de úlcera	Poca	Nula	Limitada	Normal	No
3- 46/m	Visible	Lesión leve	Poca	Nula	Poca	Normal	Si
4- 55/m	Alejada	Secuela de úlcera	Poca	Nula	Limitada	Normal	No
5- 65/f	Visible	Lesión leve	Profunda	Nula	Limitada	Normal	No
6- 60/m	Alejada	Secuela de úlcera	Poca	Nula	Limitada	Normal	No
7- 56/f	Visible	Lesión profunda	Profunda	Nula	Poca	Normal	Sí
8- 50/m	Alejada	Secuela de úlcera	Poca	Nula	Limitada	Normal	No
9- 46/f	Visible	Lesión profunda	Profunda	Nula	Limitada	Normal	Sí
10- 56/m	Alejada		Poca	Nula	Limitada	Normal	No
11- 36/f	Visible	Lesión leve	Profunda	Nula	Limitada	Normal	Si
12- 45/m	Alejada	Secuela de úlcera	Poca	Nula	Limitada	Normal	No
13- 46/m	Visible	Lesión leve	Poca	Nula	Poca	Normal	Si
14- 55/m	Alejada	Secuela de úlcera	Poca	Nula	Limitada	Normal	No
15- 65/f	Visible	Lesión leve	Profunda	Nula	Limitada	Normal	No
16- 60/m	Alejada	Secuela de úlcera	Poca	Nula	Limitada	Normal	No
17- 56/f	Visible	Lesión profunda	Profunda	Nula	Poca	Normal	Sí
18- 50/m	Alejada	Secuela de úlcera	Poca	Nula	Limitada	Normal	No
19- 46/f	Visible	Lesión profunda	Profunda	Nula	Limitada	Normal	Sí
20- 56/m	Alejada		Poca	Nula	Limitada	Normal	No

