

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL, TITULADA:**  
**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ULCERAS POR**  
**PRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, SERVICIO DE**  
**MEDICINA INTERNA 6C, HOSPITAL NACIONAL EDGARDO**  
**REBAGLIATI MARTINS FEBRERO-ABRIL 2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA**  
**ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN**  
**GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

**MARILU ROSARIO RAMIREZ CHALCO**

**Callao, 2017**

**PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. ANGÉLICA DIAZ TINOCO : PRESIDENTA
- Dra. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO : SECRETARIA
- Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA : VOCAL

ASESOR : DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI

Nº de Libro : 01

Nº de Acta : 159 - 2017

Resolución de Decanato Nº 1074 -2017-D/FCS de fecha 24 de Mayo de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional

## INDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>02</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>03</b>
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	03
1.2 OBJETIVO	05
1.3 JUSTIFICACIÓN	05
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>07</b>
2.1 ANTECEDENTES	07
2.2 MARCO TEÓRICO	09
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	18
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	<b>20</b>
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS:	20
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	20
3.3 PROCESOS REALIZADOS	23
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>25</b>
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>27</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	<b>29</b>
<b>VII. REFERENCIALES</b>	<b>30</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>31</b>

## INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional, titulado Factores asociados a la presencia de ulcera por presión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna 6to C del Hospital Edgardo Rebagliati Martins tiene por objetivo describir la intervención del profesional de enfermería en la prevención y atención de UPP al paciente hospitalizado.

Las úlceras por presión (UPP) representan un importante problema de salud que afecta a millones de personas en el mundo.

A nivel internacional, la presencia o ausencia de una ulcera por presión es considerado un indicador de la calidad de la asistencia del personal de salud

Nos enfrentamos al desafío de asistir a una población, que por su perfil sociodemográfico, representa una población de riesgo de desarrollar estas lesiones y ello implica una gran demanda de cuidados vinculados a la prevención y tratamiento de las mismas.

Al presentarse una úlcera por presión (UPP) se altera esta integridad del individuo, el cual se ve afectado en su salud con repercusiones sanitarias, demostradas por la incidencia en la morbilidad y en el aumento de las infecciones y además las repercusiones sociales por la influencia en la calidad de vida.

## I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Las úlceras por presión (UPP) es un problema constante en los hospitales o centros de atención de largo plazo, y son una causa importante de morbilidad. En el entorno hospitalario estas contribuyen a una mayor duración de la estancia y de esta manera "bloquean" camas que pueden ser utilizadas por otros pacientes.

De acuerdo al perfil epidemiológico del siglo XXI y a los estudios en salud presentados actualmente, se demuestra que gran parte de la población la envejece cada vez más, aumentando significativamente la población de adultos mayores, situación que se traduce en la inversión de la pirámide poblacional, derivando a una población más vulnerable a padecer diversas complicaciones, específicamente las Úlceras por presión (UPP).

Lo que nos lleva a reflexionar como abordar la problemática actual de acuerdo al perfil epidemiológico y demográfico, y a su vez exponer a través de instrumentos estadísticas y estudios realizados la importancia del manejo de esta complicación y el cuidado que se debe tener como profesional a la hora de actuar.

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.

A la pérdida de continuidad de ciertas superficies epiteliales del organismo causadas habitualmente por mecanismos de presión y/o roce derivados del uso de dispositivos empleados en el tratamiento de un proceso distinto o primario se le denomina Ulcera Por Presión (UPP).

Considerándose que la piel constituye la primera defensa del organismo contra agentes causantes de enfermedades y que en el servicio de Medicina Interna existe aumento de la morbilidad de los hospitalizados debido a una serie de factores que ponen en riesgo la vida como: la gravedad del paciente, drogas utilizadas, deterioro del nivel de conciencia, estado hemodinámico, sedoanalgesia, sedación, inmovilidad, enfermedades crónicas degenerativas y edad.

En el Servicio de Medicina Interna las enfermeras se enfrentan día a día a patologías severas, pacientes con alteraciones fisiológicas agudas que ponen en riesgo sus vidas y que necesitan de una atención inmediata, humana y tecnológica que brinde la posibilidad de recuperación; la cual requiere de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, monitoreo invasivo y no invasivo empleándose materiales de ayuda terapéutica inevitable que en contacto prolongado con el cuerpo del paciente podrían originar la presencia de úlceras por presión (UPP).

Durante la labor hospitalaria, se observa que el profesional de enfermería se preocupa principalmente en estabilizar las funciones

fisiológicas los pacientes que tienen a su cargo; a través de procedimientos de urgencia, aplicación de medicinas, monitoreo invasivo y no invasivo; una vez estable el paciente se realiza cambios posturales, cuidados de la piel de rutina pero aun así en nuestro medio se observa laceraciones, considerándose que el cuidado de la piel es una actividad inherente del quehacer de la enfermera y es un indicador de calidad en la atención.

## 1.2 OBJETIVO

Describir la experiencia profesional sobre los factores asociados al desarrollo de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

## 1.3 JUSTIFICACIÓN

Los cuidados de enfermería que se ofrecen a la persona hospitalizada deben estar dirigidos hacia la integración de la prevención, curación y rehabilitación, por ello el profesional de enfermería debe brindar una atención eficaz, con calidad y libre de riesgos a fin de evitar el deterioro de la integridad de la piel en estos pacientes. En tal sentido, debe mantener la piel seca, bien hidratada, programar los cambios de posición y proporcionar los suplementos alimentarios en aquellos que lo requieran; por consiguiente, el

profesional de enfermería debe cumplir con sus funciones independientes.

La incidencia de úlceras por presión (UPP) es uno de los indicadores de calidad de los cuidados que presta la enfermera; el papel de la enfermera no solo se centra en el aspecto curativo, sino también preventivo.

Se documentaría los factores de riesgo para el desarrollo de las úlceras por presión (UPP); lo cual favorecerían en la mejora de la atención de calidad de la enfermera del servicio de Medicina Interna.

## II. MARCO TEÓRICO

El tema de las úlceras por presión (UPP) cada día se convierte en un tema de salud pública de alto interés y aún más en los sistemas de salud de todo el mundo, puesto que hace parte de los indicadores de calidad del cuidado de enfermería, tema que nos compete a todos los profesionales de salud.

### 2.1 ANTECEDENTES

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

PEREZ, T.; RIVAS, D. y SANDOVAL I. (2000) titulado: “Acciones de enfermería en pacientes que presentan úlceras por decúbito” en el primer trimestre el año 2000.

El objetivo de esta investigación fue determinar las acciones de enfermería que se cumplen en ancianos que presentan úlceras por decúbito. Se describe como un estudio de campo bajo un enfoque descriptivo. El instrumento utilizado fue el cuestionario con alternativa de una sola respuesta, el cual fue aplicado a la totalidad de la población (once enfermeras) por ser finita.

Al analizar los datos encontrados, los investigadores señalan que el personal de enfermería tiene los suficientes conocimientos acerca de la patología, pero no cumple a cabalidad con la valoración del paciente, ya que no aplica el proceso de atención de enfermería, por

lo que recomiendan la implementación de un programa de educación en servicio con el propósito de mejorar la práctica de enfermería.

TROY, J.; BOFFELI, DPM; Fachas (2002) en el Regions Hospital, St Paul titulado: “Nuevo informe de investigación en journal of foot and ankle surgery”. Las anomalías de la estructura ósea y los trastornos de la biomecánica del pie y el tobillo en los enfermos diabéticos constituyen factores de riesgo de desarrollo de úlceras serias en la región del dedo gordo, detectando ciertos problemas biomecánicos, tales como escasa movilidad del tobillo en los pacientes diabéticos con neuropatía, complicación común de esa enfermedad que causa pérdida de las sensaciones en los pies.

GALLART, E. y FUENTELESAB, C (2000) realizaron en el Hospital General Vall D’Hebron, Barcelona–España un estudio experimental para comprobar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión en paciente ingresados. Su objetivo fue identificar las diferencias en la incidencia de úlceras por presión en los enfermos a los que se realiza prevención con aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados y a los que no se les aplica. Estudiaron 192 pacientes que ingresaron al centro sin úlceras por presión y que tenían la movilidad y actividad alterada. Al grupo control le realizaron la prevención habitual por las úlceras. Al grupo experimental le aplicaron ácidos grasos hiperoxigenados. La incidencia de úlceras por presión en el grupo control fue del 35%, y

en el grupo experimental del 19% siendo esta diferencia estadísticamente significativamente.

La incidencia de úlceras por presión es menor en el grupo experimental, lo que significa que los ácidos grasos hiperoxigenados son útiles para prevenir el desarrollo de este tipo de úlceras.

## 2.2 MARCO CONCEPTUAL

Úlceras por Presión: Pérdida de tejido producida por necrosis isquémica causada por compresión ya sea por un objeto externo o por el propio peso del paciente. Los sitios más comprometidos en más del 80% de los casos son: el sacro, los trocánteres mayores, las tuberosidades isquiáticas, el maléolo externo y los talones, pero, en función de la postura del paciente, se pueden ver afectadas otras zonas.

Factores de Riesgo: Son factores que contribuyen a la formación de las úlceras por presión y pueden ser intrínsecos o extrínsecos. Los más importantes son la inmovilidad, la incontinencia (urinaria y fecal), el déficit nutricional y el deterioro cognitivo. Siendo la intensidad y duración de estos factores, directamente proporcional a la intensidad de la lesión.

## Factores intrínsecos

### Inherentes al paciente:

- Edad.
- Pérdida de la sensibilidad al dolor y a la presión,
- Escaso pánículo adiposo y muscular protector entre las prominencias óseas.
- Malnutrición, hipoproteinemia, déficits de cinc, hierro, cobre y ácido ascórbico, anemia.
- Pérdida del control vasomotor en pacientes con parálisis de origen central a la que se suele unir la espasticidad, que genera fuerzas de cizallamiento o formación de pliegues sobre los vasos sanguíneos que disminuyen la irrigación, muchas veces ya comprometida por la patología anteriormente descrita, más una insuficiencia vascular.
- Deterioro cognitivo.

## Factores extrínsecos

### No dependientes del paciente

- Los efectos mecánicos como la presión mantenida, debida a los cambios de postura poco frecuentes, la fricción, la irritación, la presencia de arrugas en la ropa de vestir o de cama.

- La humedad derivada del sudor o la incontinencia esfinteriana que agravará la acción de estos agentes mecánicos.

Clasificación de las úlceras por presión según su profundidad

#### ESTADIO GRADO I

Eritema cutáneo que no palidece en piel intacta; La lesión precursora de una ulceración en la piel. En individuos de piel oscura también pueden ser indicadoras la decoloración de la piel, calor, edema, o insensibilidad.

#### ESTADIO GRADO II

Pérdida parcial del grosor de la piel que puede afectar a epidermis y/o dermis. La úlcera es una lesión superficial que puede tener aspecto de abrasión, flictena, o pequeño cráter superficial.

#### ESTADIO GRADO III

Pérdida total del grosor de la piel, con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiéndose extender más hacia dentro pero sin afectar la fascia subyacente. La lesión presenta el aspecto de un cráter que puede socavar o no al tejido subyacente.

#### ESTADIO GRADO IV

Plena lesión de todo el grosor de la piel con destrucción masiva, necrosis tisular o daño en el músculo, hueso o elementos de sostén. Las lesiones de estadio IV pueden presentar trayectos sinuosos y socavados.

Durante mi labor como enfermera asistencial las teorías que han facilitado mi labor en la atención del paciente han sido la teoría de Dorothea Orem y la teoría de Callista Roy.

A continuación se detallará las características de este cuidado.

**a) LAS TEORÍAS DE DOROTEA OREM:**

La teoría Orem está conformada por tres teorías que se relacionan entre sí, la teoría del auto-cuidado, teoría del déficit del auto-cuidado, teoría de sistema de enfermería. Pero la que tiene relación con nuestro estudio es la teoría del auto-cuidado, ya que el paciente con pie diabético tiene muchas necesidades y la capacidad de auto conocerse, valerse por sí mismo y cuidar su propia salud. El personal enfermería debemos educar al paciente y familia en cuanto a los cuidados fundamentales que debe de seguir para mejorar la calidad de vida y prevenir posibles complicaciones a corto y largo plazo que conlleva la Diabetes

Orem define la enfermería como:

Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

- Teoría del Autocuidado:

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo.

Define además tres requisitos de autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal
- Requisitos de autocuidado del desarrollo
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud.

- Teoría del déficit de autocuidado:

- Describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit.
- Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

- Teoría de los sistemas de enfermería

Explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación.

## **b) LA TEORÍA DE CALLISTA ROY**

Roy define el metaparadigma enfermero de esta forma:

Persona: Ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

Entorno: Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos.

Salud: Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.

Enfermería: Es requerida cuando una persona gasta más energía en el afrontamiento, dejando muy poca energía disponible para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos, ya sea en la salud o en la enfermedad. Los modos adaptativos son categorías de conductas para adaptarse a los estímulos:

Función fisiológica: Implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación. Incluye los patrones de

oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos y la función neurológica y endocrina.

**Autoconcepto:** Se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física (incluye la sensación y la imagen corporal), la identidad personal (incluye la autocoherencia y la autoideal) y la identidad moral y ética (incluye la autoobservación y la autoevaluación).

**Función de Rol:** Implica conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad; depende de cómo una persona interactúa con otras en una situación concreta. Puede clasificarse como primario (edad, sexo), secundario (marido, mujer) y terciario (rol temporal de un particular).

**Interdependencia:** Implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo). Satisface las necesidades de la persona de amor, educación y afecto. Dentro de los modos adaptativos están los mecanismos de afrontamiento, que son dos:

**Regulador:** controla los procesos internos relacionados con las necesidades fisiológicas.

Cognitivo: regula el autoconcepto, la función del rol y la interdependencia.

El modelo de Callista Roy es determinado como una teoría de sistema con un análisis significativo de las interacciones.

Contiene cinco elementos esenciales:

- Paciente: persona que recibe los cuidados enfermeros.
- Meta de la enfermería (que se adapte el cambio).
- Salud.
- Entorno.
- Dirección de las actividades enfermeras (que facilitan la adaptación).

Todos los elementos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos.

Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo; son más que la suma de sus partes, reacciona como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno. El paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

Entrada: Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los

demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad).

Procesamiento: Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el autoconcepto y la función de rol incluidos en la adaptación).

Salida: Se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema.

De este modo, el nivel de adaptación es un punto en continua modificación, constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representan la entrada al sistema propio de cada persona con respecto a las respuestas adaptativas del sistema (que son las salidas).

Por último, Callista Roy define seis pasos en el proceso de enfermería:

- Valoración de las conductas.
- Estímulos que afectan a esas conductas.

- Elaboración de un diagnóstico de enfermería sobre la situación adaptativa de la persona.
- Establecimiento de objetivos que favorezcan la adaptación.
- Intervenciones de enfermería (intentar manipular los estímulos para lograr la adaptación).
- Evaluación (mediante la manipulación de los estímulos del paciente, la enferma incrementa la interacción de la persona con el entorno, promoviendo con ello la salud).

### 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**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

**Úlceras por presión:-** Es una lesión de la piel, producida secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulación y hueso.

**Epidermis.-** Es la capa más superficial de la piel. Se trata de un epitelio escamoso estratificado que contiene cuatro tipo de células: queratinocitos, melanocitos, células de Merkel y células de Langerhans.

**Dermis** .- Es la capa de tejido conectivo que separa la epidermis de la capa de grasa subcutánea . Sirve de sostén de la epidermis. Tiene dos capas: papilar y reticular, compuestas a su vez por células, fibras, nervios, vasos sanguíneos.

**Hipodermis:** Es la capa de tejido subcutáneo en sí, formada por Adipocitos, que producen y almacenan a su vez grasa. Su función principal es la reserva de energía.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se realizó mediante los registros de indicadores relacionados con la prevención de UPP trimestral Febrero-Abril 2016 del servicio de Medicina Interna 6to C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins .Tomando todos los casos presentados en dicho trimestre. Los datos obtenidos se presentaran en tablas y gráficos.

#### **3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL**

##### **3.2.1 Recuento de la Experiencia Profesional**

Me forme en la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica 1987-1993.

Ingrese a trabajar en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año de 1997, laborando en el servicio de hospitalización de Medicina Interna 6to C hasta la actualidad.

Durante estos 19 años de labor asistencial participe en el programa de PADOMI (Programa Atención Domiciliaria) hoy COPHOES que es la unidad que brinda control post hospitalario especializado al paciente que requiere continuidad en la atención de salud (completar tratamiento, cuidados por enfermedad crónica) posterior a hospitalización

Durante los años de mi experiencia he tenido la oportunidad de ver el avance en cuanto a tecnología y productos en la curación de UPP. El rol de la enfermera es detectar y evaluar oportunamente a los pacientes la predisposición a desarrollar UPP con tablas de valoración.

Se evidencia en ello con los registro de enfermería, que va escrito en la hoja de valoración e UPP en cada historia clínica de cada paciente haciendo el seguimiento oportuno

### 3.2.2 Funciones Desarrollas en la actualidad

#### a) Área Asistencial

- Destreza para aplicar el proceso de enfermería en el paciente de Medicina.
- Actualización técnico científica para tomar decisiones oportunas y otorgar atención de enfermería eficiente y eficaz.
- Conocimiento y habilidad para la preparación y el manejo de equipos biomédicos de primera eficiente y eficaz.
- Conocimiento y aplicación del proceso de reanimación cardiopulmonar avanzada y prolongada.
- Brinda atención de enfermería especializada, según los requerimientos del paciente.

- Maneja equipos especializados de Diagnóstico y Tratamiento
- Administra el tratamiento médico y farmacológico prescrito integrado el conocimiento científico y su juicio crítico a las situaciones presentadas.
- Orienta el autocuidado y brinda apoyo psicológico al paciente y familia según lo requiera durante la atención en hospitalización
- Participa en la identificación y atención de los problemas de nutrición
- Realiza actividades de rehabilitación físico- social en coordinación con el equipo multidisciplinario y/o especializado brinda atención de enfermería al paciente en fase terminal y apoyo emocional a los familiares
- Planea, organiza, conduce, ejecuta y evalúa acciones preventivas promocionales que contribuyen de manera efectiva a disminuir los riesgos de enfermar y morir.
- Participa en el desarrollo de la prevención y control de infecciones intrahospitalarias en sus diversas fases: Vigilancia Epidemiológica, normas Universales.

### 3.3 PROCESOS REALIZADOS

El rol de la enfermera es detectar y evaluar oportunamente los factores asociados a la presencia de úlceras para lo cual se utilizaron instrumentos de valoración como la escala de Norton y también la identificación de posiciones para desarrollar las UPP. Se evidencia en los registros de enfermería la identificación de riesgo a UPP basada en la valoración de los factores intrínsecos y extrínsecos del paciente. Protocolo, curación de UPP según estadios.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistémico y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que una persona o grupo de ellas responde de formas distintas ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problema, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma. El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuesta humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo

El proceso de enfermería le da al profesional la categoría de ciencia. Favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados. Estimula la participación de quien recibe los cuidados. Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución del resultado.

El proceso de enfermería es un proceso cíclico y continuo que puede terminar en cualquier etapa si se resuelve el problema. Existe un solo proceso para todos los problemas de los pacientes y para todos los elementos su cuidado. La evaluación de los cuidados de enfermería llevara posibilidades a cambios en la realización de los mismos; es probable que la necesidades del paciente cambien durante su estancia en el hospital ya sea por mejora o deterioro de su estado de salud. El proceso de enfermería está enfocado, además de en las necesidades fisiológicas del paciente, en las de seguridad y protección, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización.

#### IV. RESULTADOS

Cuadro Nro. 4.1

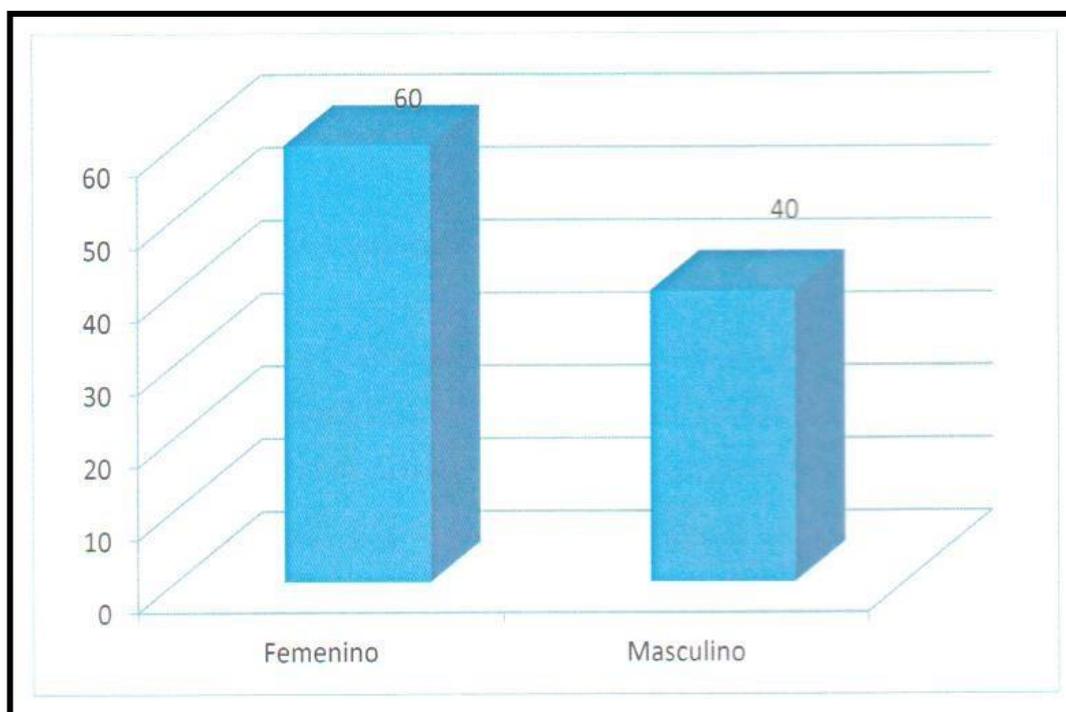
Ingresos de pacientes de UPP en el Servicio de Medicina Interna según sexo años 2016

Años	SEXO			
	Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%
2016	984	60	656	40

Fuente: Libro de Registro del Servicio del Hospital Medicina Interna 2016

Gráfico Nro. 4.1

Ingresos de pacientes de UPP en el Servicio de Medicina Interna según sexo años 2016



**Cuadro Nro. 4.2**

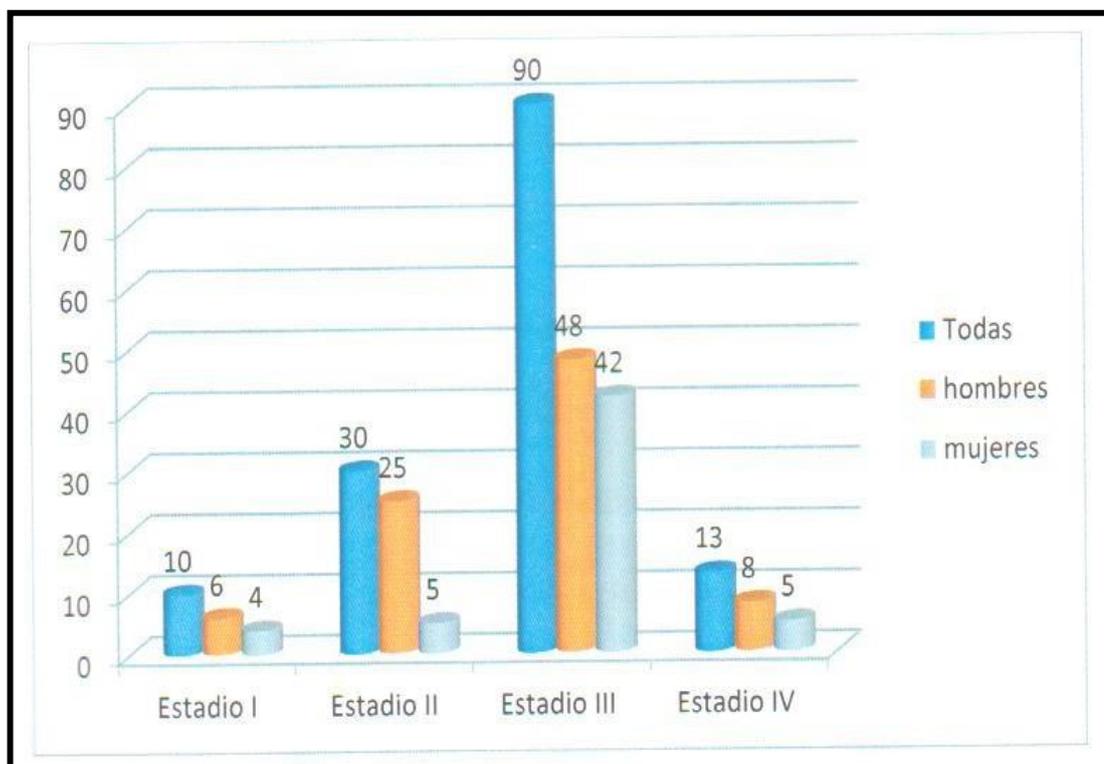
**Severidad de las lesiones (UPP) según sexo – Mayores de 65 años más 2016**

	<b>TODAS</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
<b>ESTADIO I</b>	10	6	4
<b>ESTADIO II</b>	30	25	5
<b>ESTADIO III</b>	90	48	42
<b>ESTADIO IV</b>	13	8	5
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>		

**Fuente:** Libro de Registro de Pacientes del Servicio de Hospitalización de Medicina 2016

**Grafico Nro. 4.2**

**Severidad de las lesiones (UPP) según sexo – Mayores de 65 años más 2016**



## V. CONCLUSIONES

1. El porcentaje más alto de riesgo de Úlceras por presión del trimestre de Febrero-Abril 2016 se da en el mes de Abril con un 62% y del menor riesgo se da en el mes de Marzo con un 43%.
2. El mayor porcentajes de casos nuevos de Úlceras por presión del trimestre Febrero-Abril 2016 se da en el mes de Marzo con un 46.5%.
3. Las características que inciden para la aparición de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados encontramos la inmovilización prolongada, sea esta por indicación médica o como resultados de procesos patológicos, la condición física del paciente (estado nutricional), su estado mental (orientado, apático, confuso, inconsciente o comatoso), la actividad (paciente que deambula, en cama / silla, paciente encamado), la movilidad (paciente con movilidad total, con movilidad muy limitada o paciente inmóvil) y la incontinencia urinaria son los factores de mayor influencia, reconocido por los profesionales de enfermería.
4. La etapa de valoración del proceso de atención de enfermería, encontramos que los profesionales utilizan la escala de Norton, que es la más conocida en las instituciones del ministerio de salud

pública ya que se incluye en muchos protocolos de atención para pacientes con riesgos de UPP.

5. En la implementación del proceso de atención de enfermería en el quehacer diario de los profesionales encontramos con mayor frecuencia los siguientes diagnósticos de enfermería enumerado a continuación de acuerdo a su prioridad de aplicación: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección, deterioro de la integridad cutánea.

Entre los resultados de enfermería más sobresalientes están:

Control de riesgos proceso infeccioso, integridad tisular piel y membranas mucosas, curación de herida por segunda intención.

Finalmente las intervenciones de enfermería más destacadas por los profesionales son: Cambios de posición, prevención de úlceras por presión, protección contra las infecciones, Cuidados de las úlceras por presión.

## VI. RECOMENDACIONES

1. Es importante recomendar a las autoridades del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, y en especial a los profesionales de enfermería encargado de coordinar y liderar, que inicien procesos de elaboración de protocolos de atención fortalecidos con las herramientas actuales que contamos en enfermería para enfrentar estos problemas muy frecuentes en las instituciones de salud como lo son las úlceras por presión.
2. Plantearse estrategias para incrementar el cumplimiento de las acciones de los profesionales de enfermería y personal de apoyo como son los auxiliares de enfermería para contrarrestar estos factores de riesgos como son las inmobilizaciones prolongadas de los pacientes hospitalizados.
3. Difundir el estudio con las profesionales de enfermería para identificar situaciones en cada una de ellas y redefinir líneas de acción, teniendo en cuenta que el potencial humano es el gran recurso con el cual cuenta el establecimiento de salud para lograr dar salud con cuidados de calidad.
4. Sugerir la elaboración de registros que permitan documentar y monitorizar la aplicación del proceso de atención de enfermería en el cuidado de pacientes con o en riesgos de presentar úlceras por presión.

## VII. REFERENCIALES

1. Moorhead S, Johson M, Mass M. (2005). Clasificación de resultados de enfermería. 3. ed. Madrid: Elsevier.
2. Nanda I. (2007). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2010-2011. Madrid: Elsevier.
3. Sabino, C. (2000) El proceso de investigación. Editorial Panapo de Venezuela, C.A. Nueva edición actualizada. Caracas - Venezuela.
4. Soldevilla Agreda JJ.(2007). Las úlceras por presión en gerontología: dimensión epidemiológica, económica, ética y legal.
5. [Tesis Doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago.
6. Soldevilla JJ. (2002). Cambios propios del envejecimiento a nivel cutáneo. 4. ed. Madrid: Grupo Masson.
7. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, López
8. Casanova P. (2009). Tercer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España.
9. Dugas, Beverly (2000). Tratado de enfermería práctica. Cuarta edición. Editorial Interamericana McGraw-Hill. México, D.F.

# *Anexos*

## ANEXO 1

### INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN (ESCALA DE NORTON)

SERVICIO: .....

CAMA: .....

APELLIDOS Y NOMBRES DE PACIENTE:

.....

Nº AUTOGENERADO Y/O HISTORIA CLÍNICA:

.....

Variables		FECHA DE EVALUACIONES				
		Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje
a) Condición Física	Buena	4	4	4	4	4
	Regular	3	3	3	3	3
	Pobre	2	2	2	2	2
	Muy Mala	1	1	1	1	1
b) Estado Mental	Orientado	4	4	4	4	4
	Apático	3	3	3	3	3
	Confuso	2	2	2	2	2
	Inconsciente	1	1	1	1	1

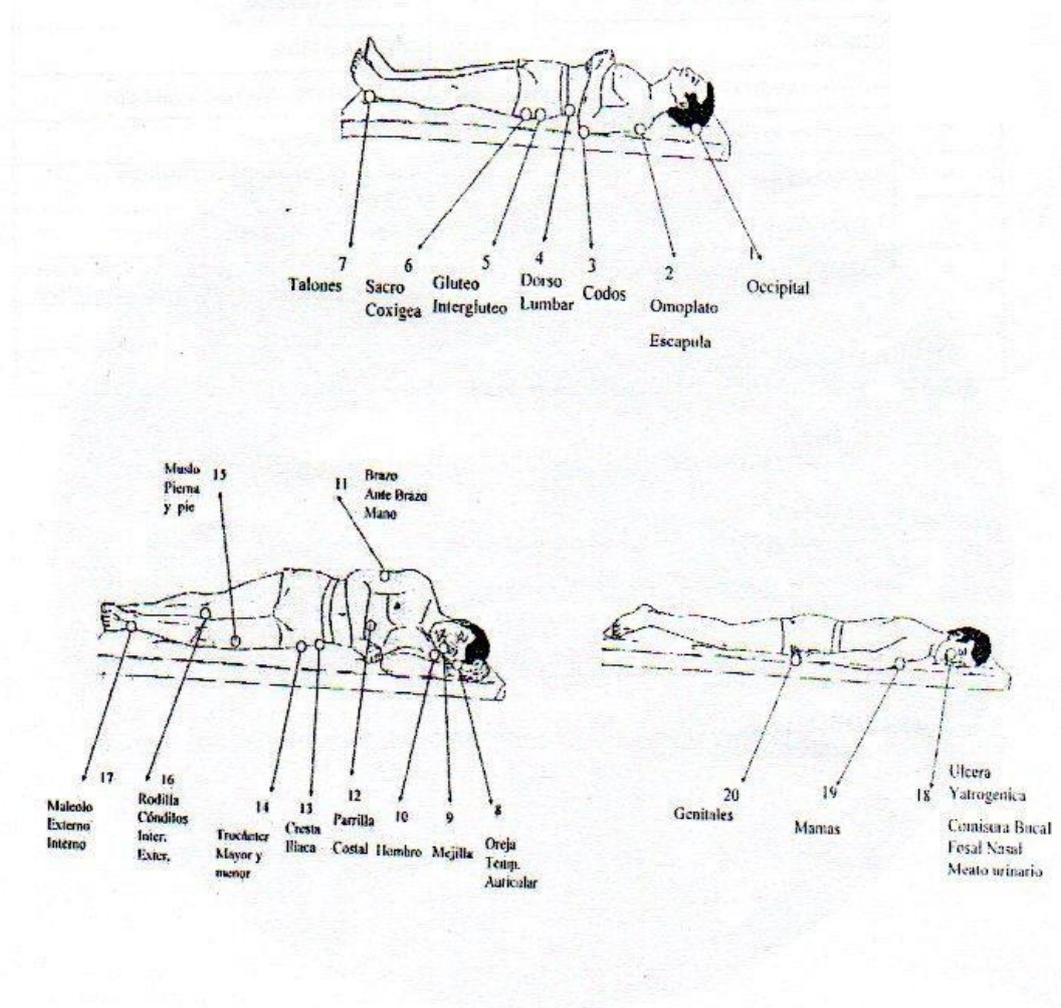
c) Actividad	Deambula	4	4	4	4	4
	Deambula con ayuda	3	3	3	3	3
	Cama / Silla	2	2	2	2	2
	Encamado	1	1	1	1	1
d) Movilidad	Total	4	4	4	4	4
	Disminuida	3	3	3	3	3
	Muy limitada	2	2	2	2	2
	Inmóvil	1	1	1	1	1
e) Incontinencia	Control	4	4	4	4	4
	Incontinencia ocasional	3	3	3	3	3
	Urinaria	2	2	2	2	2
	Urinaria – Fecal	1	1	1	1	1
Puntaje Obtenido						
Firma y sello enfermera						

## INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE DEL NIVEL DE RIESGO DE UPP

1	Alto	5 -11
2	Evidente Riesgo de Úlceras en posible formación	12 - 14
3	Bajo	15-20

## ANEXO 2

### IDENTIFICACIÓN DE POSICIONES PARA DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN



Fuente: Guía de Prevención y Curación de UPP. Departamento de Enfermería Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2011 - 2012.

### ANEXO Nº 3

#### LOCALIZACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

N.º	ZONA	Nº	ZONA
1	OCCIPITAL	11	BRAZO- ANTEBRAZO- MANO
2	OMOPLATO – ESCÁPULA	12	PARRILLA COSTAL
3	CODOS	13	CRESTA ILIACA
4	DORSO LUMBAR	14	TROCÁNTER - MAYOR Y MENOR
5	GLÚTEO - INTERGLÚTEO	15	MUSLO-PIERNA-PIE
6	SACRO-COXIGEA	16	RODILLA-CÓNDILOS INTERNO Y EXTERNO
7	TALONES	17	MALÉOLO INTERNO Y EXTERNO
8	OREJA TEMPOROAURICULAR	18	ÚLCERA IATROGÉNICA: COMISURA BUCAL, FOSA NASAL, MEATO URINARIO
9	MEJILLA	19	MAMAS
10	HOMBROS	20	GENITALES

## ANEXO Nº 4

### ESTADIOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

ESTADIO I	ENROJECIMIENTO DE PIEL Y ERITEMA
ESTADIO II	LESIÓN DÉRMICA - PIEL AGRIETADA
ESTADIO III	ULCERACIÓN
ESTADIO IV	PÉRDIDA DE SUSTANCIA Y EXCAVACIÓN

**Fuente:** Guía de Prevención y Curación de UPP, Departamento de Enfermería Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2011 – 2012.

## ANEXO 5

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE  DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO	
	PREVENCIÓN Y CONTROL DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	Versión 01 Mes-Año : 05-2013 Página : 01 de 02
<b>DEFINICIÓN:</b>  Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a "él". (M. J. Armendáriz 1999)		
<b>OBJETIVO:</b>  Unificar criterios en la aplicación de medidas de prevención de úlceras por presión.  Contribuir en el cuidado de la piel y control del riesgo de formación de úlceras por presión.		
<b>INDICACIONES:</b>  En todo paciente adulto / pediátrico postrado en cama		
<b>MATERIALES:</b>  - Guantes.  - Crema hidratante con vitaminas.  - Almohadas.  - Suero fisiológico salino en baño maría.		

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apósitos hidrocoloides o hidrocoloide en gel.</li> <li>- Colchón anti escaras (si fuera posible).</li> </ul>		
<p><b>ALCANCE:</b></p> <p>Todos los Centros Asistenciales de EsSalud.</p>		
<b>Paso N.º</b>	<b>Descripción de acciones</b>	<b>Responsable</b>
1	Realizar lavado de manos correctamente y aplicar las medidas de bioseguridad.	Profesional responsable del cuidado del paciente / Técnico de Enfermería
2	Preparar psicológicamente al paciente.	Profesional responsable del cuidado del paciente
3	Evaluar el estado de la piel: sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura e induración, sensación de picor o dolor y prominencias óseas (sacro, talones, tobillos, codos y occipucio) para identificar precozmente signos de lesión.	Profesional responsable del cuidado del paciente
4	Identificar los factores de riesgo como incontinencia urinaria, deposiciones líquidas, etc.; para actuar	Profesional responsable del

	disminuyendo o evitando el contacto con la piel.	cuidado del paciente
5	Para el baño del paciente, utilizar agua tibia y jabón de glicerina en la higiene diaria y realizar el secado meticuloso sin fricción.	Profesional responsable del cuidado del paciente / Técnico de Enfermería
6	Usar cremas hidratantes si el paciente tiene la piel muy seca (no utilizar: colonias, alcohol, talco). No se aconseja hacer masaje sobre las prominencias óseas.	Profesional responsable del cuidado del paciente/ Técnico de Enfermería
7	Realizar ejercicios pasivos, teniendo en cuenta la condición hemodinámica del usuario.	Profesional responsable del cuidado del paciente
8	Realizar cambios posturales cada dos horas y si está sentado reubicarlo cada hora, reajustando la programación a las necesidades individuales de cada usuario. Utilizar RELOJ DE CAMBIOS POSTURALES PARA PREVENCIÓN DE UPP.	Profesional responsable del cuidado del paciente/ Técnico de Enfermería
9	Mantener la ropa del usuario limpia, seca; y las sábanas, soleras, lisas sin dobleces, ni objetos, que produzcan presión sobre la piel del usuario.	Profesional responsable del cuidado del paciente / Técnico de

		Enfermería
10	Utilizar almohadas, cojines y otros para proporcionar efecto de puente por encima y por debajo de la zona de riesgo y/o zonas de presión, de modo que el área afectada no toque la superficie de la cama.	Profesional responsable del cuidado del paciente / Técnico de Enfermería
11	Utilizar colchón anti escaras (si fuera posible) para disminuir la presión en sitios susceptibles, extendiendo la superficie de apoyo, distribuyendo el peso del paciente.	Profesional responsable del cuidado del paciente
12	En caso se presente la úlcera por presión, identificar el grado y realizar la curación de acuerdo a guía de procedimiento.	Profesional responsable del cuidado del paciente
13	Asegurar la ingesta de líquidos y dieta hiperproteica. La dieta del paciente con úlcera por presión deberá garantizar el aporte mínimo de: líquidos, calorías, proteínas, minerales, vitaminas: A, B, C, ácido fólico y zinc.	Profesional responsable del cuidado del paciente
14	Educar a paciente y familia reforzando medidas preventivas.	Profesional responsable del cuidado del paciente
15	Realizar el registro en las anotaciones de enfermería y en caso se detecte una úlcera por	Profesional responsable del

presión debe aperturar la tarjeta de control correspondiente.	cuidado del paciente
---------------------------------------------------------------	----------------------

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE  DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO	Versión 01
	NOTIFICACIÓN DEL EVENTO ADVERSO: ULCERAS POR PRESIÓN	Mes-Año : 05-2013 Página : 01 de 01

**DEFINICIÓN:**

Estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes.

**OBJETIVO:**

Implementar una cultura de reporte a través de la notificación y registro del evento adversos: úlceras por presión, que permita realizar el seguimiento y mejora del indicador.

**ALCANCE:**

Todos los Centros Asistenciales de EsSalud, PADOMI, COPHOES.

aso N	Descripción de acciones	Responsable
1	Valoración y curación de úlcera por presión de acuerdo a estadio.	Enfermera o profesional de la salud responsables del cuidado del paciente.

2	Comunicar al jefe de Servicio, registrar y aperturar tarjeta de Control.	Enfermera o profesional de la salud responsables del cuidado del paciente.
3	Aplica cuidados de prevención para mitigación del daño y valoración continua del personal profesional.	Enfermera o profesional de la salud responsables del cuidado del paciente.
4	De acuerdo a estadio se elabora interconsulta a la unidad de prevención de úlceras por presión.	Enfermera o profesional de la salud responsables del cuidado del paciente.
5	Informa evento adverso úlcera por presión a la Jefatura de Departamento y Servicio Asistencial.	Profesional a cargo de la jefatura del Servicio Asistencial
6	Comunica la úlcera por presión al comité de investigación y análisis del evento adverso, dentro de las primeras 24 horas.	Profesional a cargo de la jefatura del Servicio Asistencial
7	Consolida y envía mensualmente al Departamento y/o Servicio Asistencial del Centro Asistencial la incidencia de úlceras por presión de pacientes. Anexo 8 y 9.	Profesional a cargo de la jefatura del Servicio Asistencial
8	Consolida, evalúa e informa mensualmente la incidencia de úlceras por presión a la Oficina de Gestión de Calidad y/o Unidad de Planeamiento y Calidad o similar de cada CAS.	Profesional a cargo de la jefatura del Servicio Asistencial

9	Envía la información a la Oficina de Gestión de Calidad o similar de la Red Asistencial y a la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente de la Red.	Profesional a cargo de la Gerencia y Dirección de los centros asistenciales
10	Evalúa y consolida la información enviada por los Gerentes de Red Asistencial y/o Director del Centro Asistencial e informa a la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente del Nivel Central a través de la Gerencia de Red Asistencial.	Oficina de Gestión de Calidad o Unidad de Planeamiento y Calidad

## ANEXO 6

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO	
	CURACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN ESTADÍOS	Versión 01 Mes-Año : 05-2013 Página : 01 de 03
<b>DEFINICIÓN:</b> Son las intervenciones destinadas a la curación de una úlcera por presión para favorecer la formación y crecimiento del tejido de cicatrización en cualquier herida hasta conseguir su remisión.		
<b>OBJETIVO:</b> Reducir, mitigar y/o eliminar la UPP mediante la aplicación de la técnica correcta, así como la unificación de insumos para la curación según estadios.		
<b>INDICACIONES:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- En todo paciente adulto - pediátrico con úlcera por presión.</li></ul>		
<b>MATERIALES:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Medios de barrera. Mandilón, mascarilla, guantes quirúrgicos</li><li>- Cloruro de sodio al 0.9%</li><li>- Guantes estériles</li><li>- Paquete de gasas estériles</li></ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apósitos hidrofibra c/s plata</li> <li>- Hidrocoloide en gel</li> <li>- Alginato de calcio</li> <li>- Protectores cutáneos: Solución polimérica en spray</li> <li>- Película de poliuretano con adhesivo acrílico</li> </ul>		
<p><b>EQUIPO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipo de tres piezas (pinza koher, tijera, pinza de disección).</li> <li>- Bisturí.</li> </ul>		
<p><b>ALCANCE:</b></p> <p>Todos los Centros Asistenciales de EsSalud, PADOMI, COPHOES.</p>		
Paso N.º	Descripción de acciones	Responsable
1	Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar y el tiempo que va a durar la curación dando el apoyo emocional correspondiente a su estado de conciencia	Profesional responsable del cuidado del paciente
2	Realizar lavado de manos correctamente y aplicar las medidas de bioseguridad.	Profesional responsable del cuidado del paciente
3	Realizar la valoración de la UPP considerando: localización, grado y/o estadio, dimensiones antes de iniciar la curación.	Profesional responsable del cuidado del paciente

4	<p><b>ESTADIO I:</b></p> <p>Eritema que no palidece con la digito presión, piel intacta, en pacientes de color oscura, observar edemas, induración, decoloración de la piel o calor local.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpie la zona afectada con cloruro de sodio al 0.9% tibio.</li> <li>• Seque la piel suavemente con gasas. NO FROTAR.</li> <li>• Aplique el apósito hidrocoloide extrafino en la superficie enrojecida.</li> <li>• Refuerce con esparadrapo antialérgico los bordes para su mayor duración.</li> <li>• Rotular fecha de cambio del apósito y el grado de la úlcera.</li> <li>• Utiliza dispositivos que eviten la presión en las zonas de riesgo (almohadas, cojines, colchón neumático).</li> </ul>	<p>Profesional responsable del cuidado del paciente</p>
5	<p><b>ESTADIO II:</b></p> <p>Pérdida parcial del grosor de la piel que implica la epidermis, la dermis o ambas. La úlcera es superficial y presenta como una abrasión, ampolla o cráter.</p>	<p>Profesional responsable del cuidado del paciente</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpie la zona afectada con Cloruro de sodio al 0.9 %, con mínima fuerza mecánica y eficaz.</li> <li>• Seque la piel afectada suavemente con gasas estériles secas. No frotar.</li> <li>• Si hay presencia de flictenas, evacuar el líquido sin retirar la piel que lo cubre.</li> <li>• Aplique apósito hidrocoloide extrafino, sobrepasando 3cm de la herida, proteger la piel periulceral con película de protección cutánea. Reforzar los bordes si es necesario.</li> <li>• Rotular fecha del cambio de apósito y estadio de UPP</li> <li>• Utilice dispositivos que eviten la presión y fricción de la zona afectada y de riesgo.</li> </ul>	
6	<p>ESTADIO III:</p> <p>Pérdida completa del grosor de la piel que implica daño o necrosis del tejido subcutáneo y presencia de exudado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Irrigue la zona afectada con Cloruro de sodio al 0.9%</li> <li>• Utilice jeringa de 20cc para conseguir la</li> </ul>	<p>Profesional responsable del cuidado del paciente</p>

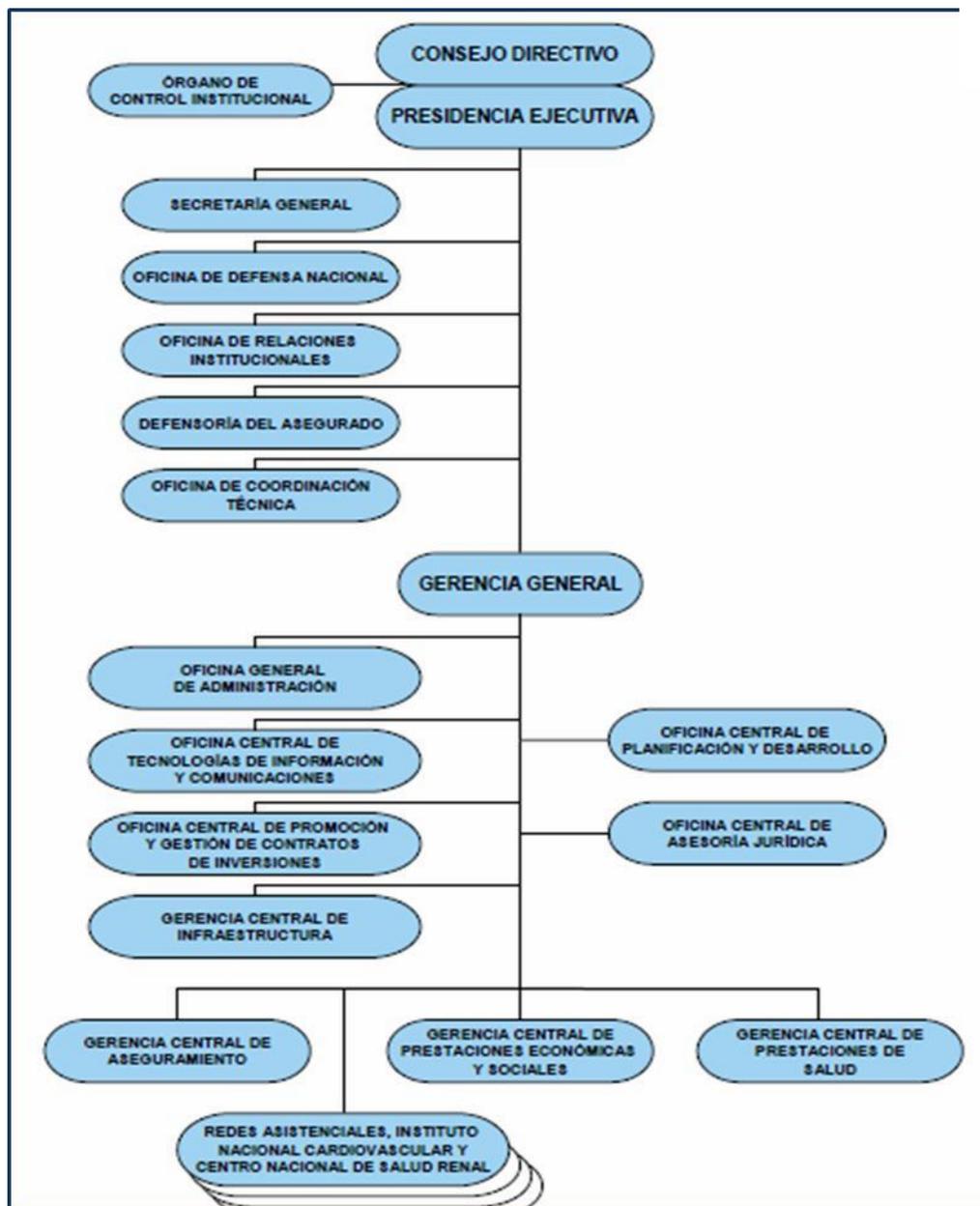
	<p>presión necesaria y eliminar los restos de curas anteriores, exudado, detritus y/o bacterias sin dañar los tejidos sanos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si la UPP contiene grandes exudados: irrigue el suero en espiral, del centro de la lesión hacia los bordes.</li><li>• Seque dando toques con una gasa estéril. No frotar.</li><li>• En caso de presencia de tejido necrótico: Realice desbridamiento autolítico, enzimático y/o cortante, o combinación de éstos ya que uno no excluye al otro. Realizar cura en ambiente húmedo. Utilizando hidrogel, alginato de calcio o hidrofibra cubriendo con apósito que retenga humedad como el hidrocoloide en lámina y/o película de poliuretano (si no hay signos de Infección) dejándolas actuar de 3 a 4 días; y en caso que tenga signos de infección cubrir solo con gasas, cuyos cambios son diarios.</li><li>• Ante la presencia de signos de infección: Intensifique las medidas de limpieza y desbridamiento.</li></ul>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si después de intensificar las medidas de limpieza y desbridamiento, la úlcera no evoluciona favorablemente, y continúa los signos locales de infección: Se puede implantar un régimen de tratamiento con apósitos con plata cuyos cambios son de 1 a 3 días según saturación del apósito más gases (cambio diario).</li> <li>• Si la UPP se encuentra limpia y tiene heridas profundas con presencia de cavitaciones y/o tunelizaciones rellenar de 50-80% estas, para evitar que se formen abscesos o cierres en falso usando productos basados en el principio de cura en ambiente húmedo.</li> <li>• Cuando el tejido ya granuló se puede usar sustancias que ayuden a la epitelización, cubriéndolo con apósito hidrocoloide extrafino.</li> <li>• La frecuencia del cambio de los apósitos estará en función del o los productos seleccionados y del criterio profesional.</li> <li>• Apósitos transparentes o en láminas que</li> </ul>	49
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

	<p>permite despegar y pegar, mantener de 4 a 7 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En geles e hidrogeles cambiar cada 3-4 días.</li> <li>• En heridas muy exudativas el cambio se efectuara según la demanda generalmente 1 a 2 días.</li> </ul>	
7	<p><b>ESTADIO IV:</b></p> <p>Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión del músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, capsula articular, etc.). En este estadio como en el III pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones; deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.</p> <p>El procedimiento será igual al estadio III, manteniendo el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.</p>	<p>Profesional responsable del cuidado del paciente</p>
8	<p>Registrar la curación en las notas de enfermería, kárdex y evolución de la UPP.</p>	<p>Profesional responsable del cuidado del paciente</p>

## ANEXO 7

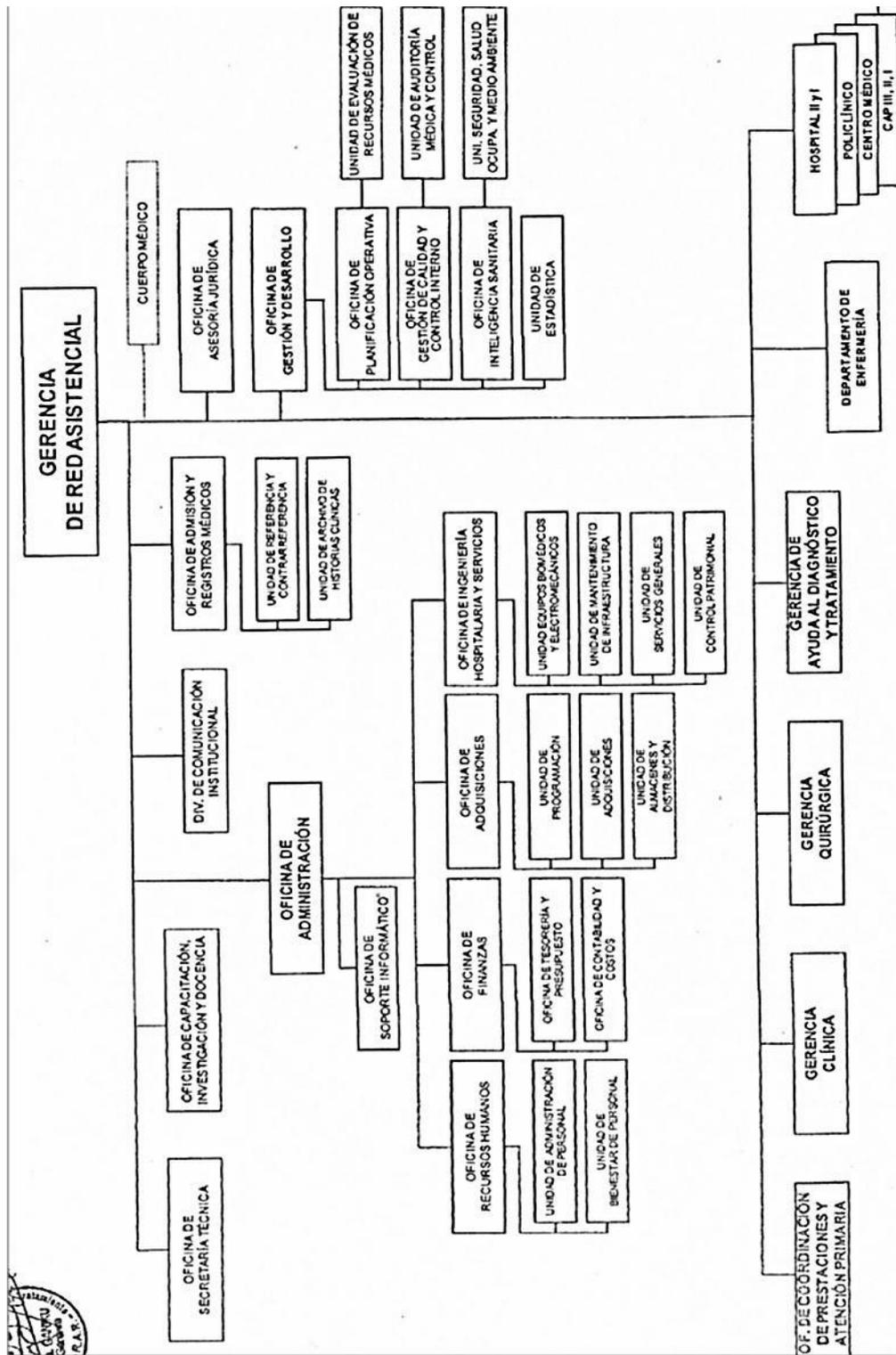
51



**ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL  
SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD**  
**Aprobado por Resolución N° 656-PE-ESSALUD-2014**  
**Y Modificado por:**  
**Resolución N° 767-PE-ESSALUD-2015**  
**Resolución N° 141-PE-ESSALUD-2016**  
**Resolución N° 310-PE-ESSALUD-2016**

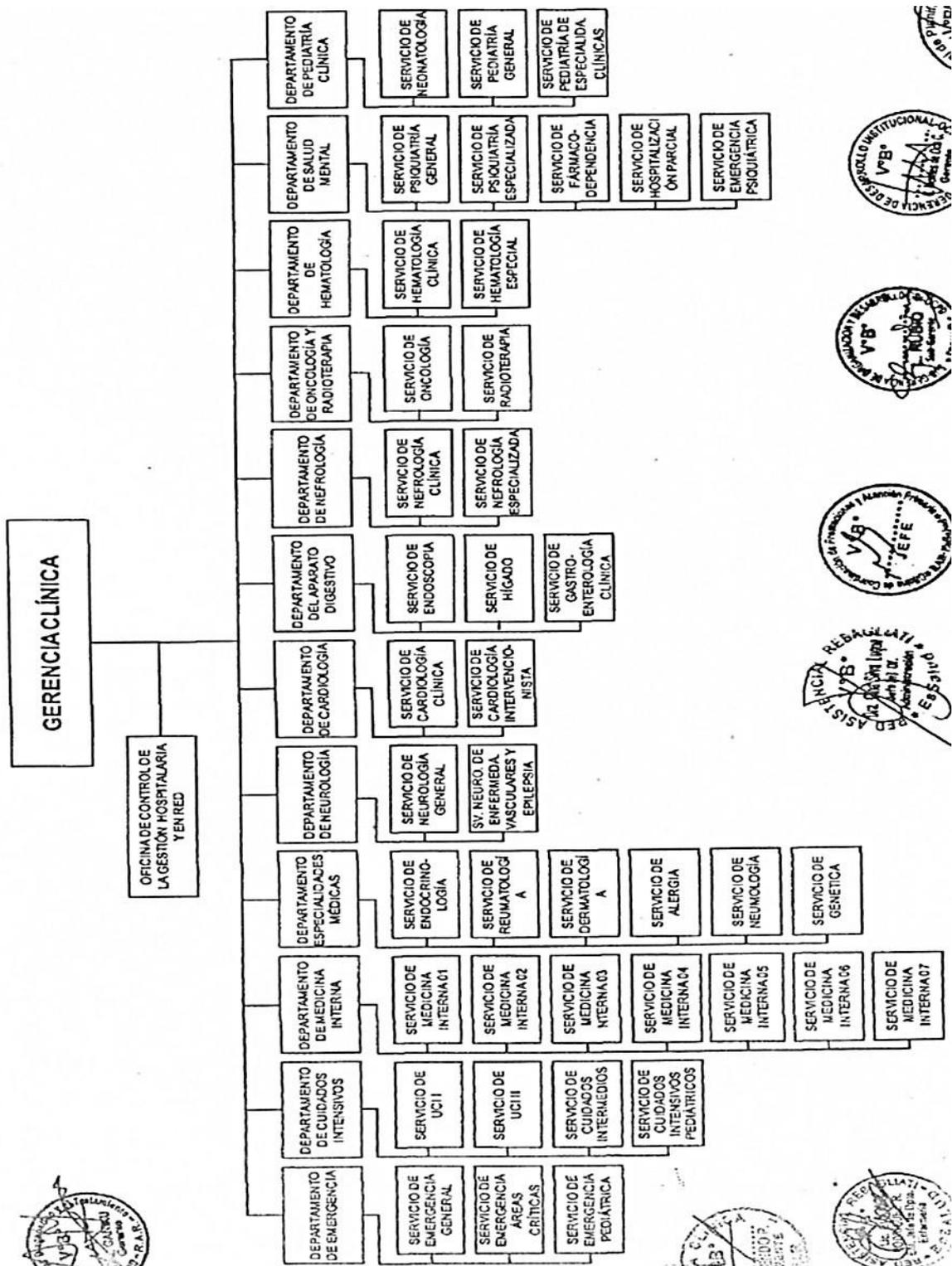
**Fuente:** [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

## **ANEXO 8**



Fuente: [www.essalud.gov.pe](http://www.essalud.gov.pe)

**ANEXO 9**



Fuente: [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)



## ANEXO 11

### GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

1. Administración de medicamentos por vía subcutánea.
2. Administración de medicamentos por vía intradérmica.
3. Administración de medicamentos por vía intramuscular.
4. Administración de medicamentos por vía endovenosa.
5. Administración de nutrición parenteral por catéter venoso central catéter venoso central periférico.
6. Administración de productos sanguíneos.
7. Administración de soluciones endovenosas.
8. Apoyo emocional.
9. Aspiración de secreciones de las vías aéreas.
10. Cambio de posición.
11. Canalización de vía periférica.
12. Cateterismo vesical, sonda vesical permeable.
13. Colocación de sonda nasogástrica y orogástrica.
14. Control de la presión venosa central.
15. Cuidados de la ostoma.
16. Cuidados de la tracción, inmovilización.
17. Cuidados de la úlcera por presión.
18. Cuidados del drenaje torácico.
19. Cuidados post mortem.

20. Curación de la zona de inserción del catéter.
21. Enema evacuante.
22. Enseñanza individual.
23. Enseñanza pre-quirúrgica
24. Escucha activa.
25. Fisioterapia respiratoria.
26. Inventario de pertenencias del paciente.
27. Manejo de historias clínicas.
28. Manejo de Kárdex.
29. Manejo de líquidos y electrolitos.
30. Manejo de vías aéreas artificiales.
31. Monitoreo de signos vitales.
32. Nebulizaciones.
33. Oxigenoterapia.
34. Preparación quirúrgica.
35. Prevención de úlceras por presión.
36. Registro y valoración hemodinámica.
37. Resucitación.
38. Transferencia del paciente.
39. Uso de la chata y urinario.
40. Vendaje de miembros inferiores.
41. Venoclisis.
42. Cuidado del paciente el cama.

43. Prevención de caídas.
44. Identificación del paciente.
45. Reporte de enfermería.
46. Alta del paciente.
47. Administración de dieta por sonda nasogástrica.
48. Administración de nutrición enteral.
49. Administración de nutrición parenteral total.
50. Balance hídrico.
51. Aspirados gástricos.
52. Control de diuresis y heces.
53. Recogida de muestras: orina, esputo, heces.
54. Recogida de muestras de exudado de heridas.
55. Recogida de muestras sanguíneas.

## ANEXO 12

### DIAGNÓSTICOS NANDA DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES

CÓDIGO	NOMBRE	DEFINICIÓN
00101	Deterioro generalizado del adulto	Deterioro funcional progresivo de naturaleza física y cognitiva. Notable disminución de la capacidad de la persona para vivir con una enfermedad multisistémica, afrontar los problemas subsiguientes y manejar sus propios cuidados
00002	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.
00004	Riesgo de infección	Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos
00024	Perfusión tisular inefectiva (cardiopulmonar y periférica)	Reducción del aporte de oxígeno que provoca la incapacidad para nutrir los tejidos a nivel capilar.

00026	Exceso de volumen de líquidos	Aumento de la retención de líquidos isotónicos
00046	Deterioro de la integridad cutánea	Alteración de la epidermis y/o dermis
00032	Patrón respiratorio ineficaz	La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.
00061	Cansancio del rol del cuidador	Dificultad para el rol de cuidador de las familia
00074	Afrontamiento familiar comprometido	La persona principal (familiar o amigo) que habitualmente brinda el soporte necesario para que el paciente maneje las tareas adaptativas relacionadas con su salud, se ha hecho insuficiente, ineficaz o está comprometido.
00085	Deterioro de la movilidad física	Limitación del movimiento físico independiente
00132	Dolor agudo	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial.... Con un inicio, intensidad variable y una duración y final previsiblemente inferior a seis meses.

00147	Ansiedad ante la muerte	Sensación vaga e intranquilizante de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginaria a la propia existencia
00154	Vagabundeo	Caminar errabundo, repetitivo o sin propósito definido que hace a la persona susceptible de sufrir lesiones; frecuentemente es incongruente con las fronteras, los límites a los obstáculos.
00179	Riesgo de nivel de glucemia inestable	Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar en sangre.
00193	Descuido personal	Constelación de conductas culturalmente enmarcadas que amplían una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándar de salud
00195	Riesgo de desequilibrio electrolítico	Riesgo de cambio en el nivel de electrolitos séricos que pueden comprometer la salud.

00200	Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca	Riesgo de disminución de la circulación cardiaca (coronaria)
00204	Perfusión tisular periférica ineficaz	Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud
00210	Deterioro de la capacidad de recuperación personal	Reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis
00213	Riesgo de traumatismo vascular	Riesgo de lesión en una vena o tejidos circundantes relacionado con la presencia de un catéter y/o con la perfusión de soluciones

**Fuente:** NANDA

**ANEXO Nº 13**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE UPP EN  
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA  
INTERNA 6TO. C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI  
MARTINS**

<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<p><b>Momento 1</b> Recepción del paciente e ingreso al servicio de hospitalización</p>	<p>1. Realizar la valoración inicial de ingreso, según la Escala de Norton, de acuerdo a los cinco aspectos considerados.</p> <p>2. Registrar el resultado de la valoración y firma.</p>
<p><b>Momento 2</b> Educación al paciente y/o familia</p>	<p>3. Informar al paciente y/o familia de las situaciones de riesgo que pueden desencadenar una UPP</p> <p>4. Determinar el nivel de conocimiento del cuidador.</p>
<p><b>Momento 3</b> Reevaluación diaria y/o periódica según el estado del paciente</p>	<p>5. Evaluar al paciente durante los cambios posturales y/o baño la integridad de la piel.</p> <p>6. Aplicar cuidados en función del resultado obtenido, si el riesgo es alto aplicar acciones de prevención.</p>

## ANEXO N° 14

### EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C



Fuente: Elaboración propia, 2016