

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



**“RIESGO DE DESARROLLAR LESIONES POR
PRESION EN PACIENTES NEUROLOGICOS DEL
SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL
NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN.
2018”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN EMERGENCIAS Y
DESASTRES

ORTIZ DE ORUÉ FLORES ERIKA ROCÍO
TORRES MANZANO JHAIR

Callao, 2018
PERÚ

**“RIESGO DE DESARROLLAR LESIONES POR
PRESION EN PACIENTES NEUROLOGICOS DEL
SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL
NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN.
2018”**

AUTORES:

**ORTIZ DE ORUÉ FLORES ERIKA ROCÍO
TORRES MANZANO JHAIR**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA BERTHA MILAGROS VILLALOBOS MENESES PRESIDENTA
- MG. HAYDEÉ BLANCA ROMAN ARAMBURU SECRETARIA
- MG. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO VOCAL
- DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ SUPLENTE

ASESORA: MG. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRÍGUEZ

Nº de Libro: 03

Nº de Folio:

Nº de Acta: 211

Fecha de Aprobación de la tesis: 17/12/2018

Resolución de Consejo de Facultad N° 1510-2018-CF/FCS de fecha 05 de diciembre del 2018, donde se designa jurado evaluador de tesis para la obtención de título de segunda especialidad profesional.

DEDICATORIA

*A mi familia, ejemplo a seguir de superación
y entereza a lo largo de mi vida*

*A mi hija Claudia, aquella niña que me enseña
a vivir el verdadero y único amor.*

DEDICATORIA

*A mi padres, un verdadero ejemplo a seguir,
y por motivarme día a día a lograr mis metas.*

*A mi esposa por empujarme a no rendirme y
seguir adelante.*

*A mis hijos, por llenar mi vida de felicidad
constante.*

AGRADECIMIENTO

A Dios, por concedernos serenidad y fortaleza en todo momento.

A nuestros amados padres, quiénes siempre nos han brindado apoyo y motivación en nuestra formación académica.

A nuestros estimados docentes, por impartirnos sus grandes conocimientos,

Finalmente, un profundo agradecimiento a la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

ÍNDICE

RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 Descripción de la realidad problemática	12
1.2 Formulación del Problema	14
1.2.1 Problema General	13
1.2.2 Problemas Específicos	14
1.3 Objetivos de la investigación	15
1.3.1 Objetivo General	15
1.3.2 Objetivos Específicos	15
1.4 Limitantes de la investigación	15
1.4.1 Limitante teórico	15
1.4.2 Limitante temporal	16
1.4.3 Limitante espacial	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes	17
2.1.1 Antecedentes Internacionales	17
2.1.2 Antecedentes Nacionales	19
2.2 Marco teórico conceptual	23
2.2.1 Teórico	23
2.2.2 Conceptual	24
2.3 Definición de términos básicos	48

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	50
3.1 Hipótesis	50
3.2 Operacionalización de variables	51
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	53
4.1 Tipo y diseño de la de Investigación	53
4.1.1 Tipo de la Investigación	53
4.1.2 Diseño de la Investigación	53
4.2 Población y muestra	53
4.2.1 Población	53
4.2.2 Muestra	53
4.2.3 Criterios de Inclusión	55
4.2.4 Criterios de Exclusión	55
4.3 Técnicas e Instrumentos para recolección de la información	55
4.3.1 Técnicas	55
4.3.2 Instrumentos	56
4.4 Análisis y procesamiento de datos	56
CAPÍTULO V: RESULTADOS	58
5.1 Resultados Descriptivos	58
5.2 Resultados Inferenciales	74
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	75
6.1 Contrastación de la hipótesis	75
6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares	75
6.3 Responsabilidad ética	79

CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS	88
Anexo 1: Instrumentos validados	89
Anexo 2: Consentimiento informado	92
Anexo 3: Base de datos y tabulación	93
Anexo 4: Matriz de consistencia	98
Anexo 5: Juicio de Expertos	101

ÍNDICE DE TABLAS DE CONTENIDO

TABLA 5.1: EDAD DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	58
TABLA 5.2: SEXO DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	59
TABLA 5.3: LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018.....	60
TABLA 5.4: ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018.....	61
TABLA 5.5: GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018.....	62
TABLA 5.6: LUGAR DE ESTANCIA EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018.....	63
TABLA 5.7: TIEMPO DE ESTANCIA DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018.....	64
TABLA 5.8: NIVEL DE RIESGO DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	65
TABLA 5.9: TOTAL DE PACIENTES NEUROLOGICOS QUE PRESENTAN LESION POR PRESION EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOPITAL SABOGAL 2018	66
TABLA 5.10: ESTADIOS DE LAS LESIONES POR PRESION DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	67
TABLA 5.11: LOCALIZACION ANATOMICA DE LAS LESIONES POR PRESION EN PACIENTES NEUROLOGICOS EN SALA DE	

OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	68
TABLA 5.12: CONDICION FISICA DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION EMERGENCIA HOSPTAL SABOGAL 2018	69
TABLA 5.13: ESTADO MENTAL DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA SABOGAL 2018	70
TABLA 5.14: NIVEL DE ACTIVIDAD DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	71
TABLA 5.15: MOVILIDAD DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA 2018	72
TABLA 5.16: INCONTINENCIA DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	73

ÍNDICE DE FIGURAS DE CONTENIDO

GRAFICO 5.1: EDAD DE LOS PACIENTES NEUROLÓGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	58
GRAFICO 5.2: SEXO DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION DEL SERVICIO DEEMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	59
GRAFICO 5.3: LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	60
GRAFICO 5.4: ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	61
GRAFICO 5.5: GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	62
GRAFICO 5.6: LUGAR DE ESTANCIA EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	63
GRAFICO 5.7: TIEMPO DE ESTANCIA DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	64
GRAFICO 5.8: NIVEL DE RIESGO DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	65
GRAFICO 5.9: TOTAL DE PACIENTES NEUROLOGICOS QUE PRESENTAN LESION POR PRESION EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOPITAL SABOGAL 2018	66
GRAFICO 5.10: ESTADIOS DE LAS LESIONES POR PRESION DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	67
GRAFICO 5.11: LOCALIZACION ANATOMICA DE LAS LESIONES POR PRESION EN PACIENTES NEUROLOGICOS EN SALA DE	

OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	68
GRAFICO 5.12: CONDICION FISICA DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	69
GRAFICO 5.13: ESTADO MENTAL DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA SABOGAL 2018	70
GRAFICO 5.14: NIVEL DE ACTIVIDAD DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	71
GRAFICO 5.15: MOVILIDAD DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA 2018	72
GRAFICO 5.16: INCONTINENCIA DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018	73

RESUMEN

La tesis “Riesgo de Desarrollar Lesiones por Presión en Pacientes Neurológicos del Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren” guarda relevancia por conocer la predisposición sociodemográfica y física de los pacientes con padecimientos neurológicos a formar lesiones por presión agravando su estado de salud. Esta investigación tuvo como objetivo determinar el riesgo de formación de lesiones por presión utilizando la escala de Norton modificada en pacientes neurológicos internados en el servicio de Emergencia. Se utilizó el tipo de investigación cuantitativa descriptiva tipo transversal. La población estuvo conformada por 98 pacientes neurológicos, considerando una muestra aleatoria de 44 pacientes conforme criterios de inclusión. Los datos se recolectaron mediante la técnica de observación utilizando una ficha de trabajo que incluía datos sociodemográficos, localización anatómica de la lesión y escala de Norton, que evalúa la única variable: Riesgo de lesiones por presión. Para analizar los datos se empleó la estadística descriptiva. Los datos obtenidos fueron procesados con el programa Excel. Los resultados indican que existe un alto riesgo de lesión por presión con un 60%, predominando ancianos de 60 años con un 70%, destacando el sexo masculino, la gran mayoría de lesiones llegó al estadio I con un 45%, la zona anatómica más perjudicada fue la sacrocoxigea con un 55%.

Conclusión: La mayoría de pacientes neurológicos presento un bajo riesgo de formación de lesiones pero con el pasar de los días y condiciones intrínsecas-extrínsecas los pacientes terminaron acrecentando hasta el nivel de riesgo alto.

Palabras clave: lesión por presión, paciente neurológico.

ABSTRACT

The thesis RISK OF DEVELOPING PRESSURE INJURIES IN NEUROLOGICAL PATIENTS OF THE EMERGENCY SERVICE OF THE NATIONAL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN "is relevant to know the sociodemographic and physical predisposition of patients with neurological disorders to form pressure injuries, aggravating their state of health. The objective of this investigation was to determine the risk of pressure injury formation using the modified Norton scale in neurological patients admitted to the emergency service. The type of transversal descriptive quantitative research was used. The population consisted of 98 neurological patients, considering a random sample of 44 patients according to inclusion criteria. The data were collected using the observation technique using a work sheet that included sociodemographic data, anatomical location of the lesion and the Norton scale, which evaluates the only variable: Risk of pressure injuries. To analyze the data, descriptive statistics were used. The data obtained were processed with the Excel program. The results indicate that there is a high risk of pressure injury with 60%, predominating 60 year olds with 70%, highlighting the male sex, the vast majority of injuries reached stage I with 45%, the anatomic area more injured was the sacrocoxigea with 55%. Conclusion: The majority of neurological patients presented a low risk of injury formation but with the passing of the days and intrinsic-extrinsic conditions the patients ended up increasing to the high risk level.

Key words: pressure injury, neurological patient

INTRODUCCIÓN

El tema de calidad y seguridad de los pacientes en los últimos 20 años ha tenido relevancia en la conformación de políticas de salud, estos pueden ser causa de muerte, invalidez, desajustes económicos o juicios contra profesionales de la salud, uno de los eventos adversos más frecuentes después de las neumonías nosocomiales y la infección de heridas quirúrgicas son las lesiones por presión en pacientes con grado de dependencia considerable como lo son los neurológicos.

Las lesiones por presión son lesiones cutáneas a consecuencia de una falta de irrigación sanguínea de origen isquémico, que produce daño tisular en las zonas expuestas a una presión prolongada. Los pacientes que presentan mayor riesgo son generalmente ancianos, pacientes neurológicos con afectación motora sensitiva o psíquica, que requieren de asistencia para satisfacer sus necesidades.

El presente trabajo de investigación titulado Riesgo de desarrollar lesiones por presión en pacientes neurológicos del servicio de emergencias del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, tiene por finalidad determinar y clasificar oportunamente el nivel de riesgo de adquirir lesiones por presión en aquellos pacientes con algún tipo de afección neurológica, asimismo ayuda a determinar la magnitud de problema adverso en la seguridad del paciente y establecer mejores planes de prevención.

Las lesiones por presión representan un problema de salud intrahospitalaria por su repercusión personal y socioeconómica. Diversos estudios evidencian que es un problema prevenible a través de escalas de valoraciones de riesgo, por ello se ha convertido en un indicador importante del cuidado de enfermería.

Se plantean que los pacientes con observación neurológica internados más de 48 horas en el servicio de emergencia, tienen el riesgo de desarrollar las

lesiones por presión, estos pacientes sumados a su grado de dependencia elevado, son sometidos a diversos tratamientos de sedación, asistencia ventilatoria, estado nutricional alterado, fármacos vasoactivos, estado inmunológico disminuido, otras patologías de base, exámenes rutinarios, etc. generando que su estadía sea más prolongada a diferencia de otras especialidades.

El presente informe final de investigación consta de siete apartados; **I**: planteamiento del problema, que incluye la descripción de la realidad problemática, formulación del problema, objetivos y limitantes de la investigación, **II**: incluye los Antecedentes, el Marco conceptual y la definición de términos, **III**: considera las Variables e Hipótesis, así como la Operacionalización de variables, **IV**: Metodología; **V**: Resultados , **VI**: Discusión de resultados **VII**: referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Las lesiones por presión en pacientes hospitalizados son un gran problema prevenible de salud que afecta la seguridad del paciente, prolonga el costo de internamiento, tratamientos, potencializa el riesgo de contraer sepsis dérmicas mortales, agravando situaciones legales en situaciones muchas veces evitables. La OMS instó a implementar iniciativas acerca de seguridad de los pacientes, para reducir los riesgos innecesarios para los pacientes.¹

Los problemas neurológicos de los pacientes comprenden una amplia variedad de trastornos: cefaleas, epilepsias, infarto cerebral, traumatismos craneales, etc. en las cuales comprometen funciones de todo el organismo humano, el nivel de conciencia y función motora, la escasa movilidad les condena a depender de otros. Según la OMS Más de 1000 millones de personas, o sea, un 15% de la población mundial, padece alguna forma de limitación física. Teniendo menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria y, por lo tanto, necesidades insatisfechas a este respecto.²

En Perú las atenciones de emergencia durante el 1er semestre con este tipo pacientes se incrementaron un 26% en lo que va del año.³

En la red asistencial almenara ESSALUD el accidente vascular cerebral ACV es una de las primeras causas de hospitalización con un 30%, llegando a costar 8000 soles mensuales por los cuidados requeridos: exámenes, medicación colchones especiales, etc.⁴

En el hospital Edgardo Rebagliati se atendieron a un total de 591 pacientes con lesiones por presión, cuyas edades fluctúan entre los 81 y 90 años y provienen de las unidades de emergencias, cuidados intensivos (UCI), entre otros.

“Los casos que se atienden con mayor frecuencia son los localizados en la sacro -coxígea con 417 casos, en los talones con 140 casos y el glúteo – interglúteo con 82 casos”.⁵

Además en el Hospital Sabogal Sologuren- EsSalud presentó hasta mayo del 2018: 58 972 atenciones en el servicio de emergencias. Del total de pacientes se ha observado que se ha presentado una incidencia de 53% de Lesiones por presión y una prevalencia de 47% de enero a abril del 2018, lo cual genera costos en curación, tratamiento y rehabilitación de estos pacientes, teniendo caso especial el de los pacientes neurológicos, y dadas sus características especiales y que por los cuidados, que incluyen la restricción de la movilidad, población adulta mayor predominante con factores de riesgos, estos grupos de pacientes de riesgo tienen en común que carecen de los mecanismos fisiológicos de defensa, ya que presentan hipoestesia-anestesia, acompañada o no de trastornos tróficos en la piel, como piel delgada y pérdida de grasa subcutánea; además puede existir falta de tono muscular o espasticidad, o presentar estasis venoso-linfático. Esto como consecuencia puede incrementar o no el efecto de la presión sobre la superficie corporal; que a su vez produciría complicaciones, mayor deterioro del tejido y curación es por esto que nos es importante el estudio del riesgo en los pacientes neurológicos. Es por todo lo anterior descrito que nos planteamos la siguiente interrogante de investigación:

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es el riesgo de desarrollar lesiones por presión en pacientes neurológicos del servicio de emergencias del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2018?

1.2.2 Problemas Específicos

- ¿Cuál es el riesgo de desarrollo de lesiones por presión según la dimensión Estado físico del paciente Neurológico en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren?
- ¿Cuál es el riesgo de desarrollo de lesiones por presión según la dimensión Estado Mental del paciente Neurológico en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren?
- ¿Cuál es el riesgo de desarrollo de lesiones por presión según la dimensión Actividad del paciente Neurológico en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren?
- ¿Cuál es el riesgo de desarrollo de lesiones por presión según la dimensión Movilidad en pacientes neurológicos del servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren?
- ¿Cuál es el riesgo de desarrollo de lesiones por presión según la dimensión Incontinencia en pacientes neurológicos del servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

- Determinar el riesgo de desarrollar lesiones por presión en pacientes neurológicos del servicio de emergencias del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2018

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar el riesgo de desarrollo de lesiones por presión según la dimensión Estado físico del paciente Neurológico en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren
- Identificar el riesgo de desarrollo de lesiones por presión según la dimensión Estado Mental del paciente Neurológico en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren
- Identificar el riesgo de desarrollo de lesiones por presión según la dimensión Actividad del paciente Neurológico en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren
- Identificar el riesgo de desarrollo de lesiones por presión según la dimensión Movilidad del paciente Neurológico en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren
- Identificar el riesgo de desarrollo de lesiones por presión según la dimensión Incontinencia en pacientes neurológicos del servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren

1.4 Limitantes de la investigación

1.4.1 Limitante teórica

La limitación al realizar el estudio fue que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a otras instituciones como MINSA, otra limitante es que se encontraron pocos estudios relacionados al uso de la escala de Norton y pacientes neurológicos.

1.4.2 Limitante temporal

El presente estudio se desarrolló en el periodo de mayo a setiembre 2018, el cual es a nuestro criterio un tiempo muy corto para la realización del mismo.

1.4.3 Limitante espacial

El presente estudio de investigación se realizó en las salas de observación del servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, una de las limitantes fue que el acceso al servicio no siempre se podía dar por la demanda de pacientes, otra limitante fue que no se podía realizar la ficha cuando se estaban realizando procedimientos tanto médicos como de enfermería.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Tomazini Borghard A , Nascimento do Prado T , Moura de Araújo T. (2015) en su estudio: **“Evaluación de las escalas de riesgo para úlcera por presión en pacientes críticos: una cohorte prospectiva”** nos dicen que pesar de todo el avance tecnológico y científico y del perfeccionamiento de los servicios y cuidados de la salud, la incidencia de úlcera por presión se ha mantenido alta y variando mucho, de 23,1% a 59,5%, principalmente en estudios brasileños. El desarrollo de las úlceras por presión es, en la mayoría de las veces, rápido y produce complicaciones al individuo hospitalizado; además de prolongar el tratamiento y la rehabilitación, disminuye la calidad de vida, causa dolor y aumenta la mortalidad. La presencia de lesiones por presión está asociada a la calidad del cuidado del enfermero; entonces se requiere el uso de instrumentos de previsión. Se utilizó como muestra a 55 pacientes, que cumplieron con los requisitos de validación teniendo como resultado 17 desarrollaron úlcera por presión, correspondiendo a una incidencia de 30,9 %. En este estudio, las dos escalas presentaron sensibilidad más alta y especificidades más bajas. La escala de Braden presentó una buena sensibilidad, sin embargo, la especificidad fue más baja, caracterizando un buen instrumento de detección; ya la escala de Waterlow presentó mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad, mostrándose mejor instrumento para predecir el riesgo. ⁶

Para González Méndez M., (2017) en su estudio de **Incidencia y factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario Virgen del Rocío**

(España), Las lesiones por presión representan un problema de salud con un impacto en la morbilidad y mortalidad de los pacientes y la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias. Los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCI) tienen un riesgo especialmente elevado de desarrollar lesiones por presión, con una incidencia que oscila entre el 3,3% y el 52,9%. Por ello desarrollaron un estudio con diseño observacional, longitudinal y prospectivo de cohortes en el ámbito de una UCI de 62 camas. Donde 335 pacientes fueron incluidos durante dos períodos de estudio de un mes de duración cada uno de ellos. Los resultados: La incidencia de pacientes que desarrollaron lesión por presión fue de un 8,1%. Conclusiones: Una mayor severidad de la enfermedad suele demandar una mayor duración de la estancia en UCI lo que supondría exponer la piel de los pacientes a condiciones que favorecen el desarrollo de lesiones por presión. ⁷

Sonia Carolina Mantilla, Olga Patricia Pérez, Leslie Patricia Sánchez en su estudio: **“IDENTIFICACION DEL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN Y CUIDADOS PREVENTIVOS DE SU OCURRENCIA, EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS DE NORTE DE SANTANDER”**, tomaron como población los adultos mayores que se encontraban en unos asilos, se tomó la muestra por conveniencia resultando en un total de 32 adultos mayores con una división de 50% para cada asilo, teniendo así un estudio descriptivo de corte transversal. Para este estudio utilizaron como instrumento la escala de Braden que mide 6 ítems, además diseñaron una encuesta para indagar los conocimientos y cuidados preventivos. De los 32 adultos mayores 15 eran varones y 17 mujeres cuya edad promedio fue de 81 años, posterior a la evaluación con la escala de Braden encuentran que los aspectos que favorecen la aparición y desarrollo de las úlceras por presión son poca capacidad para movilizarse y uso de las sillas de ruedas (78.1%), se encontró que existe un riesgo moderado para desarrollar UPP (13.78%), el nivel de exposición

de la piel a la humedad (46.9%). Por lo tanto, concluyeron que existe un riesgo moderado de desarrollar UPP, que la prevención del riesgo debe ser parte de la formación de los cuidadores. ⁸

Por otro lado se realizó un estudio en México en el en el 2013 por A. Tzuc – Guardia y colaboradores sobre **Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes críticos** obtuvieron como resultado que existe relación alta entre el tiempo de estancia hospitalaria, y la aparición de las úlceras por presión, siendo así que mientras más tiempo se encontraban hospitalizados (7 días), los que presentaron mayor riesgo al ingreso llegaron a presentar las úlceras, sugieren que las evaluaciones sean de manera diaria y de preferencia durante los 7 primeros días para elaborar los planes de cuidados adecuados así prevenir la aparición. ⁹

En lo que respecta teorías del cuidado enfermero RODRIGUES et al. (Brasil, 2015) publicó en su trabajo que la Teoría de Neuman se vincula con la prevención de las úlceras por presión utilizando la Escala de Braden demostrando su eficacia para reducir la incidencia de UPP en una paciente de 94 años con problemas respiratorios y diabetes descompensada. Durante los 64 días en que estuvo en la UCI, aunque tuviera muchos factores de riesgo no presentó ninguna UPP, mostrando cómo las medidas preventivas que fueron llevadas a cabo han sido eficaces para la prevención. ¹⁰

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Según Vanesa Platas Alvaro, en su estudio **“FACTORES DE RIESGO PARA ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN LA ESCALA DE BRADEN EN ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2017”** tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo de las úlceras por presión según la escala de Braden

en el servicio de medicina del hospital Sergio Bernales, estudiaron a 50 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión (mayores de 60 años, hospitalizados con mayor a 72 horas, no presentaron úlceras por presión), obtuvieron que 40% comprenden edades de 60 a 70 años, el 50% son del sexo masculino, las enfermedades neumonía 24%, cardiovasculares 22%, cerebrovasculares el 20% y metabólicas con un 20%, son las que más se presentaron en estos pacientes, los principales factores de riesgo son completamente limitada 16%, ocasionalmente húmeda 48%, estar en cama 58%, actividad limitada 28%, nutrición probablemente inadecuada 44% y fricción y deslizamiento un problema 32%, todos estos concluyen que presentan un riesgo alto de presentar la úlcera por presión. ¹¹

En otro estudio Soldevilla Velasquez, Nancy Nataly, en su estudio de **FACTORES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL HOSPITAL II DE CAÑETE 2016**, encontró que el porcentaje mayor de pacientes con úlcera por presión fue de 100% siendo estas mujeres, también que existe relación de la edad mayor con la prevalencia de presentar úlceras por presión, puesto que hay disminución de hidratación y de la capa de grasa, exponiendo más las prominencias óseas, la enfermedad que más porcentaje presenta 33.3% es la diabetes, lo que dificulta la curación y mejora del cuadro de lesión, los pacientes se encontraban en silla de ruedas y con un movimiento muy limitado, siendo este uno de los factores para la aparición de las úlceras por presión, además de que la zona de presión se encontraba ocasionalmente húmeda 66.7%, el estadio de la úlcera por presión fue el III 66.7%. ¹²

En su estudio Bustamante Usnayo Laura Evelyn Y Peña Caceres Jennifer de **Factores Relacionados Con El Riesgo De Úlceras Por Presión En Los Pacientes Hospitalizados En La Unidad De Cuidados Intensivos Del Hospital Antonio Lorena Cusco 2014**, estudio de tipo descriptivo, de

correlación, prospectivo y transversal. El objetivo general fue identificar los factores relacionados con el riesgo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en cuidados intensivos, estudio que se realizó a 30 pacientes de ellos el 63.3% fueron mujeres y el 36.7% varones, el 53.3% tenía grado de dependencia III y el 46.7% de IV grado de dependencia. El 50% (25) tiene riesgo elevado de desarrollar úlceras por presión. Los pacientes de grado de dependencia III tenían el riesgo de 68.8% de desarrollar úlceras por presión, mientras que los pacientes con grado de dependencia IV tenían un 85.7% de riesgo de desarrollar las úlceras por presión.¹³

En su estudio ELSA GABRIELA GONZALES TAPIA **sobre FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A ÚLCERAS POR PRESION, HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2016**, el tipo de estudio fue investigación aplicada, correlacional, retrospectiva, cuantitativa, se obtuvieron 180 historias clínicas del servicio de medicina de pacientes hospitalizados utilizándose como instrumento la ficha de recolección de datos, en los resultados obtienen que tanto los factores intrínsecos como los extrínsecos son los que aumentan el riesgo de presentar las úlceras por presión, estos factores fueron: Intrínsecos; edad, sexo, movilidad, incontinencia, nutrición, estado de conciencia, grado de dependencia, diagnóstico principal. Extrínsecos; estancia hospitalaria, disponibilidad de equipo materiales, cambios posturales, higiene corporal, masajes, localización de úlceras por presión y estadíos.¹⁴

Para Ayerbe: **Factores De Riesgo Asociados A La Presencia De Úlceras Por Presión En Pacientes Postrados En La Unidad De Cuidados Intensivos De La Clínica Good Hope. Universidad Peruana Unión, 2017**, Determinaron que existen factores fisiológicos: género edad, postración, nutrición y externos: estado de conciencia, cambio de posición, uso de pañal, humedad, movilidad, estancia, cuidados de la piel que

condicionan la formación de úlceras por presión en pacientes con grado de dependencia III y IV.¹⁵

En el año 2015 se realizó un estudio sobre **Nivel de riesgo de la escala de Norton y su relación con los casos incidentes en pacientes adultos mayores en el hospital Guillermo Almenara**, donde tuvieron como población a los pacientes adultos mayores de 60 años ingresados sin úlceras por presión en la sala de observación UCE1 UCE2 y que el tiempo de hospitalización fue mayor de 24 horas; encontraron que de la población en estudio el 60% presentó un alto riesgo de presentar úlceras por presión, el 87% de los casos se dio en sala de observación, con una tasa de incidencia 0.46%¹⁶.

En el trabajo de investigación de Gutiérrez (Perú 2015) se Efectuó estudio usando la escala de Norton en de adultos mayores del programa de atención domiciliaria (PADOMI), resultando que el 48% presenta un riesgo medio de Úlceras por Presión según Escala de Norton y el 20% obtuvo el Riesgo Muy Alto. Otros factores influyentes fueron edad avanzada, sexo femenino, asistencia de un cuidador informal. Las dimensiones de la escala de Norton más frecuentes fueron estado físico regular (53,9%), estado mental apático 55 %, actividad disminuida con un 50,7%, Camina con Ayuda con 51,3 %, y en cuanto a Incontinencia Ocasional de 57,9%.¹⁷

En el estudio de Zúñiga et al. (Perú 2014). Trabajó con 151 pacientes que tenían 24 horas de ingreso sin UPP, con déficit de movimiento, alteración de conciencia, esfínteres, nutrición, y con grado de dependencia III. Se utilizó la escala de Norton y la guía de observación para registrar los cambios físicos en las zonas de presión. Concluyéndose que un gran porcentaje tuvo Alto riesgo a desarrollar UPP, siendo en su mayoría población geriátrica con afecciones neurológicas metabólicas y otras cuya condición de salud incrementaban los riesgos a desarrollar UPP.¹⁸

2.2 Marco teórico -Conceptual

2.2.1 Teórico

La teoría de Betty Neuman es muy relacionada con la prevención de riesgo de lesión define un modelo de persona total para la Enfermería, empleando este concepto holístico del cuidado al paciente, admitiendo que la Enfermería está preocupada por la persona en general. De esta forma la prevención de UPP es posible desde el momento del ingreso en el hospital al utilizar la escala de valoración Norton permitiendo analizar al paciente proporcionando evidencias clínicas que dan soporte a las acciones de enfermería, lo que justifica la selección de problemas y direccionan las actividades de prevención.

La teoría de Neuman aborda fundamentalmente dos elementos: el estrés y la reacción a este estrés, analizando la intensidad de las condiciones ambientales estresantes, como los factores de riesgo y factores de reconstrucción o adaptación, siendo considerado un modelo tanto para la práctica de enfermería como para todas las profesiones de cuidado a la salud ¹⁹

Los pacientes con alteraciones metabólicas o hemodinámicas están propensos al desarrollo de UPP debido a la movilización, a veces perjudicada, asociada a sedación continuada, alteración del nivel de conciencia, soporte ventilatorio, el uso de fármacos vaso activos, inestabilidad hemodinámica, desarrollando en alguna etapa de su tratamiento, una lesión por presión.

Neuman en su modelo define precisamente esos factores como estresores que producen tensiones y tienen el potencial de causar inestabilidad del sistema, pudiendo lidiar con uno o más estresores al mismo tiempo, siendo importante identificación el tipo, la naturaleza y la intensidad del estresor, para potencializar la búsqueda por la reducción de estos factores que incrementan la incidencia de lesión por presión. ²⁰

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de UPP aumentan en personas con inmovilidad física acompañada con disminución de sensibilidad en algunas situaciones, por permanecer siempre en la misma posición, ocurriendo hipoxia del tejido por compresión llevando a la muerte del mismo. Estos factores son clasificados en intrínsecos (edad, movilidad, alteración de la sensibilidad, incontinencia urinaria y del ano, alteración del nivel de consciencia, desnutrición, deshidratación y algunas enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes) y extrínsecos, determinados por presión alargada, cizallamiento, fricción y la propia humedad que debilita la pared de la célula, aumentando la ocurrencia de lesiones por presión.

2.2.2 Conceptual

LESIÓN POR PRESIÓN.

Desde abril del 2016 según el Grupo Consultivo Nacional para las Úlceras por Presión de EE. UU. (National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP) se sustituyó el término “úlceras por presión” por “lesión por presión”. así como a las lesiones no clasificables y las lesiones por presión en los tejidos profundos “herida” y “herida crónica” se usan como sinónimos del término “lesión por presión” salvo que se indique lo contrario

NPUAP define las lesiones por presión como “un daño localizado en la piel y/o en el tejido blando subyacente, habitualmente sobre una prominencia ósea. La lesión puede presentarse como piel intacta o como úlcera abierta y ser dolorosa. Se produce como resultado de una presión intensa y/o prolongada o debido a una presión en combinación con cizallamiento. En la tolerancia de los tejidos blandos a la presión y el cizallamiento también pueden influir el microclima, la nutrición, la perfusión, las comorbilidades y el estado de dichos tejidos” ²¹

Las lesiones por presión tienen un importante impacto físico y psicosocial en el bienestar y la calidad de vida de la persona a causa de las limitaciones físicas que suponen y por los cambios en el estilo de vida y el entorno del paciente que se hacen necesarios para el manejo de las mismas. Socialmente los tratamientos y síntomas de las lesiones por presión (por ej., dolor, exudado copioso) pueden dar lugar a aislamiento social, impedir la interacción social de la persona afectada e interferir en sus relaciones personales. Psicológicamente, su presencia y manejo pueden influir negativamente en la sensación de control e independencia del individuo, así como en su concepto de sí mismo y su imagen corporal.

Estas lesiones por presión pueden presentarse como complicación de otra patología de base. Así, podemos decir que puede aparecer en pacientes neurológicos con afectación motora, enfermos geriátricos, con grave deterioro de su estado general y con escasa movilidad que les condena a permanecer durante mucho tiempo en la misma posición, pacientes con trastornos del aparato locomotor, con enfermedades crónicas que los incapacitan o con trastornos agudos que precisan extensas férulas o tracciones ²⁰

ETIOLOGÍA DE LA LESIÓN POR PRESIÓN

- **FACTOR EXTRÍNSECO.**

Se refiere a la presión que se realiza sobre un tejido concreto y que representa el motivo primordial para desarrollar la lesión

A. La Presión

“Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él”.

El aplastamiento tisular, ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los tejidos pudiendo producir necrosis si el fenómeno es persistente.

Usualmente la presión se hace mayor en las zonas próximas al hueso y disminuye gradualmente hacia la periferia, lo que genera necrosis de los tejidos de zonas más profundas, próximas al hueso y no en la superficie cutánea.

B. La fricción

Es una fuerza tangencial que actúa de forma paralela a la piel y que se origina como producto del roce con una superficie por movimiento, tracción o arrastre; como cuando, por ejemplo, se desplaza el paciente en la cama sin tener en cuenta separar el cuerpo del colchón o las arrugas de la ropa que en si contribuyen al aumento de presión en las zonas expuestas.

C. Cizallamiento

Se denomina cizallamiento a las fuerzas tangenciales que combinan los efectos de presión y fricción y que se ejercen en sentido contrario al desplazamiento del paciente sobre un plano duro. Esta situación tiene lugar con frecuencia cuando un paciente está sentado y resbala lentamente hacia abajo; la piel queda entonces adherida en cierto modo a la cama o al sillón. Estas fuerzas tangenciales originan una hipoperfusión e hipoxia porque angulan los vasos sanguíneos reduciendo su aporte y produciendo además importantes daños en la zona de la unión entre la epidermis y la dermis que está muy vascularizada.

D. Humedad

Si la piel está húmeda por sustancias como sudor, orina o cualquier otro líquido, aumenta el riesgo de desarrollar una úlcera ya que favorecen la maceración de la piel, con el consiguiente riesgo de erosión cutánea e infección.

E. Irritantes químicos.

Sustancias como la orina y las heces contribuyen además, por sus componentes tóxicos e irritantes para la piel, a la formación de lesión, ya que la úrea de la orina puede degradar y activar algunas enzimas fecales con gran capacidad de irritación para la piel en el caso de una incontinencia mixta. También los irritantes pueden ser jabones inadecuados, alcoholes, antisépticos, etc. Todos estos irritantes pueden alterar la flora bacteriana y, con ello, las defensas de la piel.

- **FACTOR INTRÍNSECO**

Son factores individuales es la respuesta biológica de cada organismo a la presión.

Incluye todos los factores inherentes al sujeto y que lo predisponen a presentar úlceras por presión. Son denominados también factores de riesgo. Se clasifican así en 4 grupos:

A. Factores fisiopatológicos: Surgen como consecuencia de diferentes problemas de salud.

- Lesiones cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
- Trastorno en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, éstasis venoso, trastornos cardiopulmonares.
- Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso): delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia especialmente hipoalbuminemia y deshidratación. Los estados de mala nutrición retardan en general la cicatrización de las heridas. El déficit de vitamina C produce alteraciones en la síntesis del colágeno. Los oligoelementos, como el hierro, el cobre, el cinc, son elementos necesarios para la correcta síntesis del colágeno además de favorecer el proceso de cicatrización y sistema inmunológico.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección, enfermedades autoinmunes.

- Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma inducido por fármacos o patológico que se asocian a disminución de la movilidad o pérdida de la sensibilidad.
- Deficiencias motoras: paresia, parálisis, hipoestesia, anestesia.
- Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa. este tipo de factores constituyen la más importante causa de la aparición de las UPP, pero se ven aún más exacerbados por la complejidad del estado de salud del paciente. En los estados de shock se produce un éstasis sanguíneo en las áreas espláncnicas e isquemia en la piel y en los músculos. La circulación hística superficial se ve muy reducida por la disminución del gasto cardiaco, por la reducción de la presión venosa periférica y por el descenso de la presión arterial.
- La fiebre, ocasiona una serie de alteraciones metabólicas, incrementando hasta el 50% el metabolismo normal de los tejidos y elevando así el requerimiento de nutrientes y oxígeno, por lo que los tejidos se hacen más vulnerables a la presión.
- Situaciones de déficits nutricionales como la hipoproteinemia o la anemia, colocan al enfermo en una situación de indefensión frente al factor extrínseco principal que es la presión. En todas las situaciones en que se establecen pérdidas importantes en el medio interno, se produce un desbalance nitrogenado, con una disminución de las proteínas séricas, anemia y déficits vitamínicos, que conducen a una reducción de la masa corporal total, estimulándose el proceso destructivo que puede llevar a la instauración de un círculo vicioso.

B. Factores derivados del tratamiento

Son el resultado de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos tales como:

- Inmovilidad impuesta. Resultado de determinadas alternativas terapéuticas: dispositivos/aparatos como tracciones, respiradores,

monitoreo de la presión intracraneana, sedación o relajación a nivel intraoperatorio o durante la estancia. Pacientes a quienes no se les pueden efectuar cambios posturales porque presentan gran inestabilidad hemodinámica o pacientes con fracturas vertebrales no fijas.

- Tratamientos o fármacos que tienen acción inmunopresora: Radioterapia, corticoides, citostáticos.
- Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos: Sondaje vesical, nasogástrico.

C. Factores situacionales

Resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos, etc.

- Inmovilidad: relacionada con dolor, fatiga, estrés.
- Arrugas en ropa de cama, camisón, pijama, objetos de roce, etc.
- Falta de higiene

D. Factores relacionados con el entorno :

- Falta o mala utilización del material de prevención.
- Desmotivación profesional por falta de formación y/o información específica.
- Sobrecarga de trabajo.
- Falta de criterios unificados en la planificación del cuidado.
- Falta de educación sanitaria de cuidadores y pacientes.
- Deterioro de la propia imagen de la enfermedad.²²

FISIOPATOLOGIA DE LAS LESIÓN POR PRESION

La presión capilar normal oscila entre 16 y 33mm Hg, lo que significa que presiones por encima de 33 mm Hg producen un colapso de la red capilar que genera isquemia. La isquemia local aumenta la permeabilidad capilar en miras de mejorar la irrigación sanguínea con la consiguiente

vasodilatación, extravasación de líquidos e infiltración celular, produciéndose un proceso inflamatorio que origina una hiperemia reactiva, manifestada por un eritema cutáneo. Es reversible si al retirar la presión se restablece la perfusión de los tejidos; si no sucede ello se produce una constante isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración.

El mantener largos periodos de tiempo un sujeto en una misma posición, implica la aparición de zonas isquemias en las prominencias óseas más expuestas a fuerzas tales como la presión, la fricción y el cizallamiento²³

SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN DEL NPUAP

El Grupo Consultivo Nacional para las Úlceras por Presión (National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP) redefinió qué son las lesiones por presión durante la Conferencia de Consenso sobre la categorización de la NPUAP de 2016 que tuvo lugar en abril de 2016 en Rosemont (Chicago), Illinois.

- **Lesión por presión de categoría 1:**

Eritema de piel intacta que no palidece Piel intacta con un área localizada de eritema que no palidece, que puede tener un aspecto distinto en pieles de pigmentación oscura. La presencia de eritema que sí palidece o que se acompaña de cambios de sensibilidad, temperatura o turgencia puede continuar con cambios de aspecto. Los cambios de color no se refieren a la decoloración de color granate o violáceo, que pueden ser indicativos de lesión por presión en los tejidos profundos.

- **Lesión por presión de categoría 2:**

Pérdida de espesor parcial de la piel con dermis expuesta Pérdida de espesor parcial de la piel con dermis expuesta. El lecho de la herida es

viable, de color rosado o rojizo, está húmedo y también puede presentarse intacto o como una ampolla estallada llena de fluido. Ni la adiposidad ni los tejidos más profundos son visibles. No hay presencia de tejido de granulación, esfacelo ni escara. Estas lesiones suelen aparecer en la zona pélvica cuando la piel se ha visto sometida a fuerzas de cizalla y un microclima adverso, y en los talones cuando ha habido cizalla. No se debe emplear esta categorización para describir lesiones cutáneas asociadas a la humedad como la dermatitis asociada a la incontinencia, la dermatitis intertriginosa o dermatitis por transpiración, las lesiones derivadas del uso de adhesivos médicos o las heridas traumáticas (laceraciones, quemaduras, abrasiones).

- **Lesión por presión de categoría 3:**

Pérdida de espesor total de la piel Pérdida de espesor total de la piel; la adiposidad es visible en la úlcera y es frecuente observar tejido de granulación y epibolia (bordes de la herida plegados). Es posible que presente esfacelo y/o escara. La profundidad del daño tisular varía en función de la localización anatómica; en las zonas con importante adiposidad se pueden desarrollar heridas más profundas. Puede producirse cavitación y tunelización. No quedan expuestos ni la fascia ni los músculos, los tendones, los ligamentos, el cartílago o el hueso. Si hay esfacelo o escara que ocultan la extensión de la pérdida de tejido, se tratará de una lesión por presión no clasificable.

- **Lesión por presión de categoría 4:**

Pérdida total de la piel y tejidos Piel de espesor total y pérdida de tejido con fascia, músculo, tendón, ligamento, cartílago o hueso expuestos o directamente palpables en la úlcera. Puede presentar esfacelo y/o escara. Suele presentar epibolia (bordes plegados), cavitación y/o tunelización. La profundidad varía en función de la localización anatómica. Si hay esfacelo

o escara que ocultan la extensión de la pérdida de tejido, se tratará de una lesión por presión no clasificable.

- **Lesión por presión en tejidos profundos:**

Decoloración persistente que no palidece de color rojizo, pardo o violáceo
Piel intacta o no intacta con una zona localizada de color rojizo, pardo o violáceo que no palidece o separación epidérmica que revela un lecho de la herida de color oscuro o una ampolla llena de sangre. Los cambios de temperatura e intensidad del dolor suelen preceder a los cambios de coloración de la piel. La decoloración puede tener un aspecto distinto en pieles de pigmentación oscura. Este tipo de heridas se produce por una presión intensa y/o prolongada y por fuerzas de cizalla en los puntos de contacto hueso-músculo. La herida puede evolucionar rápidamente para revelar la extensión real del daño tisular, o puede superarse sin pérdida de tejido. Si es visible el tejido necrótico, el tejido subcutáneo, el tejido de granulación, la fascia, el músculo u otras estructuras subyacentes, es indicativo de lesión por presión de espesor total (no clasificable, de categoría 3 o de categoría 4). No se debe utilizar la calificación de lesión por presión en los tejidos profundos para describir trastornos vasculares, traumáticos, neuropáticos o dermatológicos.²¹

LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN

Las úlceras por presión, normalmente, se producen en los puntos de apoyo de cuerpo que coinciden con las prominencias o rebordes óseos.

Los puntos más susceptibles de aparición de úlceras por orden de frecuencia son: sacro, talón, maléolos externos, glúteos, trocánteres, omóplatos, isquion, occipucio, codos, crestas ilíacas, orejas, apófisis espinosas, cara interna de rodillas, cara externa de rodillas, maléolos internos, bordes laterales de los pies

En la posición de decúbito supino las localizaciones más frecuentes de las úlceras por presión son: talones, sacro, codos, omoplatos y zona occipital.

En la posición de decúbito lateral: orejas, acromion, costillas, trocánter, cóndilos y maléolos.

En la posición de decúbito prono: dedos de los pies, rodillas, órganos genitales en hombres, mamas en mujeres, acromion, mejilla y oreja.

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES POR PRESION

El mejor tratamiento para las úlceras por presión es la prevención, pero una vez aparecida la lesión se debe encontrar el más apropiado manejo para tratarlas, pues de eso depende que se cure la lesión y evitar complicaciones mayores.

En primera instancia debemos conocer la fisiología del proceso de cicatrización de la piel para cualquier herida. Este proceso consta de cuatro etapas:

1. Hemostasia: consiste en una vasoconstricción local, luego se forma un tapón mediante agregación plaquetaria en los vasos dañados, desencadenándose la cascada de la coagulación, se inicia a la vez una respuesta inmune y hay liberación de interleucinas iniciándose a la vez la fase de la inflamación.
2. Fase Inflamatoria: ocurre desde el momento de producida la lesión hasta el 2do a 4to día, si la herida lleva su curso normal, en esta fase participa todos los glóbulos blancos principalmente los leucocitos terminadas en las primeras 12 a 24 horas empieza a aparecer la sintomatología clínica como lo es inflamación, enrojecimiento, edema, calor y dolor.
3. Fase Proliferativa: su comienzo es más o menos en el 5° día y va hasta 2 – 3 semanas, como su nombre lo indica ocurre la proliferación de vasos sanguíneos comenzando la Re epitelización con la formación de tejido de granulación.
4. Fase de Remodelación: Comienza a las 2 semanas y puede extenderse hasta el año, inicia con la formación de colágeno de forma ordenada para formar el tejido cicatrizal. Para que este proceso se pueda dar de forma adecuada requiere de una

combinación de elementos relacionados tanto con el individuo como con el ambiente.

se debe realizar una valoración de la lesión en el primer momento para un posible diagnóstico diferencial, luego valorar de acuerdo a la localización, estadios, características del tejido, secreción, dolor, tiempo de la lesión.

- **DESBRIDAMIENTO:**

En algunos estadios de la úlcera por presión se ve la necesidad de realizar desbridamiento, que es el conjunto de mecanismos (fisiológicos o externos), dirigido a la retirada de tejidos necróticos, exudados, colecciones serosas o purulentas y/o cuerpos extraños asociados, es decir, todos los tejidos y materiales no viables presentes en lecho de la herida.

Por tanto, el desbridamiento es imprescindible para:

- Eliminar el sustrato que permite el crecimiento de microorganismos que favorecen la infección local, a regional y sepsis, resultando desde amputación hasta muerte.
- Aliviar la carga metabólica en la lesión y el estrés psicológico en el paciente.
- Facilitar la curación, acelerando las fases proliferativas y de remodelado tisular.
- Mejorar la restauración estructural y funcional de la piel.
- Desenmascarar posibles acúmulos de exudados o abscesos.
- Permitir la evaluación de la profundidad de la úlcera.
- Detener la pérdida de proteínas a través del drenaje
- Controlar el olor de la herida.

Tipos de desbridamiento:

1. Desbridamiento quirúrgico: Es el retirado completo del tejido necrótico y desvitalizado. Normalmente son resecciones amplias que implican la retirada de tejido necrótico parte del tejido sano, pudiendo provocar

sangrado generalmente se realiza en una sola sesión por un cirujano, en quirófano o sala quirúrgica bajo alguna técnica anestésica o de sedación.

2. Desbridamiento cortante: Es el que normalmente realiza la enfermera a pie de cama, retirando de forma selectiva el tejido desvitalizado, en diferentes sesiones y hasta el nivel de tejido viable. Se realiza con instrumental estéril y también en este caso habrán de extremarse las medidas de asepsia, dado que es una fase de especial proliferación bacteriana.

3. Desbridamiento enzimático: Este sistema está basado en la aplicación local de enzimas exógenas (colagenasa, estreptoquinasa, papaina – urea, etc.) que funcionan de forma sinérgica con las enzimas endógenas, degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina. La destrucción de leucocitos dentro del proceso de cicatrización, produce una liberación natural de enzimas proteolíticas (proteasas), que ayuda a la separación del tejido necrótico.

4. Desbridamiento autolítico: ocurre de forma natural en todas las heridas. Los fagocitos presentes en el lecho de la lesión, junto a macrófagos y enzimas proteolíticas, licúan y separan los tejidos necróticos, estimulando la granulación del tejido. Esta autodigestión de los tejidos desvitalizados se propicia con la aplicación de cualquiera de los apósitos concebidos en el principio de la cura en ambiente húmedo. 24

COMPLICACIONES DE LAS LESIONES POR PRESIÓN

Las complicaciones de las úlceras por presión pueden presentar dolor, infección local o sistémica, si el paciente presenta infección dificulta la curación de la herida y conllevan a otras complicaciones que pueden llegar a ser graves como osteomielitis, bacteriemia y celulitis, como complicaciones secundarias puede presentarse el incremento de la morbimortalidad, una estancia larga de hospitalización, atraso en la pronta

recuperación y rehabilitación, infecciones intrahospitalarias, incremento del gasto hospitalario y una pérdida de calidad de vida.

a. Complicaciones primarias

Complicaciones locales: Originadas por la progresión de la necrosis llegando a afectar a las articulaciones y originar fístulas y hemorragias graves con enrojecimiento de la zona que rodea la úlcera o la supuración de la herida. Es común distinguir leucocitosis sin otra causa. Dentro de los patógenos más frecuentes se hallan gérmenes gramnegativos, anaerobios y staphilococo aureus meticilino resistente que pueden condicionar al paciente a estados sépticos muy comprometedores. La osteomielitis puede presentarse ante úlceras de evolución tórpida.

Otra de las complicaciones que puede condicionar el manejo y tratamiento es el dolor.

b. Complicaciones sistémicas

Este tipo de complicaciones son más graves ya que comprometen la vida del sujeto que las posee: la anemia, sépsis, amiloidosis secundaria, endocarditis, tétanos, carcinoma de células escamosas, fístulas son algunas de ellas.²⁵

ENFERMEDAD NEUROLÓGICA

Se engloba a todas aquellas enfermedades que afectan al sistema nervioso central (el cerebro y la médula espinal) y el sistema nervioso periférico (músculos y nervios). Las anomalías estructurales, bioquímicas o eléctricas en el cerebro, la médula espinal u otros nervios pueden dar lugar a una serie de síntomas como parálisis, debilidad muscular, falta de coordinación, pérdida de sensibilidad, convulsiones, confusión, dolor y niveles alterados de consciencia²⁶

Aunque las enfermedades más frecuentes son las demencias, el ictus, la epilepsia, la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple o la migraña;

también hay que desatacar otras enfermedades neurodegenerativas y neuromusculares como la lateral amiotrófica, las distrofias musculares o las disfonías.²⁷

Según un nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos neurológicos (desde la epilepsia y la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares hasta el dolor de cabeza) afectan en todo el mundo a unos mil millones de personas. Entre los trastornos neurológicos figuran también los traumatismos craneoencefálicos, las infecciones neurológicas, la esclerosis múltiple, y la enfermedad de Parkinson.

En el informe Neurological Disorders: Public health challenges, se pone de manifiesto que en todo el mundo están afectadas unos mil millones de personas, 50 millones sufren epilepsia, y 24 millones padecen Alzheimer y otras demencias. Los trastornos neurológicos afectan a personas de todos los países, sin distinción de sexos, niveles de educación ni de ingresos.

Se estima que cada año mueren 6,8 millones de personas como consecuencia de los trastornos neurológicos. En Europa, los costos provocados por las enfermedades neurológicas en 2004 se han cifrado en 139 000 millones de euros. Muchas personas afectadas por trastornos neurológicos, o quienes los atienden o sus familias, tienen dificultades para acceder a los cuidados apropiados. La OMS aboga por que la atención neurológica se integre en la atención primaria de salud.²⁸

Hay muchos trastornos neurológicos reconocidos, algunas relativamente comunes, pero también otros más infrecuentes. Pueden ser evaluados por el examen neurológico y estudiado y tratados dentro de la especialidad médica de neurología. Las intervenciones para los trastornos neurológicos incluyen medidas preventivas, cambios de estilo de vida, fisioterapia u otra terapia, neurorrehabilitación, manejo del dolor, la medicación u operaciones realizadas por los neurocirujanos.²⁶

Los problemas neurológicos pueden comprometer las funciones de todos los sistemas del organismo humano, los pacientes que cursan con un padecimiento de este tipo, requieren de un amplio conocimiento de la patología de la enfermedad, requiriéndose de una valoración previa específica de cada paciente de acuerdo a la patología, teniendo en cuenta la historia de salud del paciente, antecedentes familiares, antecedentes farmacológicos, el nivel de conciencia, y la función motora.

LOS TRASTORNOS NEUROLÓGICOS MÁS COMUNES

Estos son los desórdenes neurológicos que se dan con mayor frecuencia.²⁹

1. Accidentes cerebrovasculares

Si bien no se trata de un único trastorno ya que engloba un conjunto de posibles problemas, los accidentes cardiovasculares son en la actualidad una de las tres principales causas de muerte del mundo. Estos accidentes pueden tener una muy diversa causa, curso y efectos según la zona afectada.

Básicamente se pueden clasificar en hemorragia cerebral, es decir la ruptura de un vaso sanguíneo en el cerebro que produce una inundación en el encéfalo que mata a las neuronas circundantes por compresión, y la isquemia o ictus que son producidos ante el cese de suministro sanguíneo a una parte del cerebro, debido generalmente a un trombo o acceso que impide el riego en la zona.

En cualquiera de los casos, se provoca una muerte neuronal que producirá graves efectos en las funciones y dominios de la persona, pudiendo llevar a la muerte, a una demencia vascular, a trastornos adquiridos debido a lesión cerebral o incluso a una pérdida temporal de alguna función con completa recuperación en el caso de un accidente cerebrovascular transitorio.

2. Enfermedad de Alzheimer

Este trastorno va evolucionando a lo largo de tres fases, produciéndose un deterioro progresivo en todas las funciones intelectuales y la autonomía.

3. Enfermedad de Parkinson

El síntoma más conocido y característico de este trastorno son los temblores parkinsonianos o de reposo, los cuales se manifiestan con sacudidas espasmódicas de los miembros distales (especialmente las manos) que se producen en estado de reposo.

Con los años es posible que se desarrolle una demencia de tipo subcortical, si bien no se da en todos los casos. En caso de darse, destacan el enlentecimiento mental y físico, el fallo en la recuperación de la memoria y la presencia de dificultades en tareas ejecutivas y visuoespaciales.

4. Cefalea tensional

Se entiende por cefalea uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso en todo el mundo, el dolor de cabeza. Dentro del grupo de las cefaleas, entre el que encontramos subtipos como la cefalea tensional y la cefalea en racimo, destacan especialmente la migraña y la cefalea tensional

En lo que se refiere a la cefalea tensional, generalmente se relaciona su aparición con estrés o problemas musculares.

Hay dos subtipos básicos de cefalea, la episódica y la crónica. La primera aparece en ataques de una duración corta, siendo el tipo de cefalea más frecuente. La segunda provoca una discapacidad mucho mayor al persistir durante un periodo de tiempo mucho mayor. El dolor es leve o moderado.

5. Migraña

La migraña, en su mayoría con base genética, se provoca ante la liberación de sustancias inflamatorias alrededor de nervios y vasos sanguíneos de la cabeza. Suele tratarse de una condición recurrente a lo largo de la vida. Destacan el dolor de cabeza moderado o severo, la náusea e intolerancia a luz y sonido, agravándose el dolor con la actividad.

5. Epilepsia

Trastorno cerebral que se produce cuando las células cerebrales envían señales erróneas. Dentro de este trastorno existen las crisis de gran mal y las de pequeño mal. Las primeras son las más conocidas, caracterizadas por la presencia de pérdida de conciencia seguida de convulsiones, incontinencia, mordedura de lengua y alucinaciones. En las segundas no se presentan convulsiones, caracterizándose por una ausencia mental.

6. Esclerosis múltiple

Se produce una desmielinización progresiva de las neuronas con un empeoramiento progresivo. Síntomas frecuentes alteraciones visuales y sensitivas, debilidad motora, dolor y fatiga, espasticidad o tensión muscular percibida y hemiparesia, entre otros

7. Tumores cerebrales

Los tumores cerebrales también se incluyen entre los trastornos neurológicos más frecuentes. Se producen por el crecimiento descontrolado y anómalo de algún tipo de material cerebral, pudiendo aparecer en neuronas, glía o meninges.

Esto es debido a que el progresivo crecimiento de materia provoca una gran presión del resto del encéfalo contra el cráneo, desplazando estructuras, deformándolas y aplastándolas. Los síntomas específicos dependen, al

igual que en el caso de los accidentes cerebrovasculares, de la localización del tumor y las zonas a las que afecte directa o indirectamente.

9. Meningitis

Es una Infección bacteriana o viral que afecta a las meninges o que protegen el sistema nervioso, produciendo la inflamación afectando al sistema nervioso en conjunto. Es frecuente la aparición de síntomas febriles, náuseas, fotofobia, dolores de cabeza intensos, alteraciones de consciencia o del estado mental

10. Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)

Es un trastorno neurológico progresivo que ataca a las células motoras, degenerándolas hasta la muerte celular. Las neuronas dejan de enviar mensajes a los músculos voluntarios, los cuales terminan por atrofiarse, impidiendo el movimiento y el habla. Con el tiempo, esto afecta a los músculos torácicos y al diafragma, precisándose de respiración artificial y siendo la parada respiratoria una causa probable de deceso. Los daños afectan únicamente a las neuronas motoras, con lo que las capacidades cognitivas se mantienen conservadas.

Según el Instituto Nacional De Ciencias Neurológicas del MINSA durante 1er semestre del 2018 las causas más frecuentes de atención por emergencia fueron: cefaleas 10%, infarto cerebral no especificado 6.6%, traumatismo intracraneal 2.3%, tumor maligno del encéfalo 2.2%, epilepsia 9.2%, accidente cerebro vascular 1.6%, hemorragia subaracnoidea 1.1%, neuralgia del trigémino 1% donde la mayoría abarco edad adulta (30-59 años) seguido del público adulto mayor.³

ESCALA DE RIESGO DE LESIÓN POR PRESION NORTON

Una escala es un patrón convencional de medición, y básicamente consiste en un instrumento capaz de representar con gran fidelidad verbal, gráfica o

simbólicamente el estado de una variable entendiéndose ésta como la conceptualización de un hecho real..³⁰

López Alonso ³⁰, afirma que existen varias utilidades que se le confieren a las escalas de medición, dentro de las que se demarcan las siguientes:

a. Ayudan al diagnóstico: Se define la sensibilidad como aquella que responde a la proporción de casos (personas con un problema de salud) en los que la prueba (escala) da positivo, es decir, indica la capacidad de la escala para detectar casos. En cambio la especificidad es la proporción de no-casos en los que el resultado de la prueba (escala) es negativo, o lo que es lo mismo, indica la capacidad para detectar no-casos.

b. Comunicación: Permite comunicación interprofesional sintetizada y objetiva.

c. Referente poblacional: Al ser la escala un instrumento de medida cuyas propiedades clinimétricas son constituidas mediante un estudio con una población determinada, es lógico pensar que el valor de cada persona estudiada se sitúa respecto del valor del resto de la población.

d. Contribuyen a la investigación clínica: Es posible recolectar datos para investigaciones de tipo cuantitativo al encontrar valores objetivos y con un referente poblacional, para describir atributos poblacionales, compararlos con otras poblaciones o con una misma población mediada por un intervalo de tiempo, e incluso valorar la efectividad de una determinada intervención.

La escala de Norton permite determinar qué tan susceptible es el paciente para presentar lesiones en su piel como consecuencia de una permanencia prolongada en cama a causa de algún trastorno físico o incluso emocional; con base en unas variables predeterminadas que se han configurado dentro de instrumentos denominados “escalas”

MÉTODO DE LA VALORACIÓN DEL RIESGO

El uso de una escala de valoración del riesgo de lesiones por presión en las primeras horas tras el ingreso del paciente es uno de los factores claves en la prevención, porque permite determinar qué tan susceptible es el paciente de presentar lesiones en su piel por causas externas e internas, variables que debe estar predeterminadas y configuradas en ese instrumento.

- Considerar a todos los pacientes con riesgo potencial.
- Efectuar la valoración de riesgo en el momento del ingreso del paciente y periódicamente según se establezca o existan cambios en el estado general que así lo sugieran.

Todos los estudios ofrecen una disminución de la morbimortalidad a través de la valoración oportuna de los factores de riesgo, ²³

ESCALA DE NORTON

López Ortega ³¹ describe que, se trata del primer instrumento que se elaboró en el año de 1962, el hecho de ser tan antigua ha permitido a este instrumento ser el más conocido; además de posibilitar valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar UPP, es una escala de fácil aplicación, aunque no considera algunos factores de riesgo y tiene baja fiabilidad inter-observadores". Se trata de una escala ordinal que incluye cinco aspectos:

- A. Valoración del Estado Físico General.
- B. Valoración del Estado Mental
- C. Valoración de la Actividad.
- D. Valoración de la Movilidad
- E. Valoración de la Incontinencia.

Estado físico	Estado mental	Movilidad	Actividad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Completa	4. Deambula	4. No
3. Aceptable	3. Apático	3. Algo limitada	3. Con ayuda	3. Ocasional
2. Deficiente	2. Confuso	2. Muy limitada	2. Silla de ruedas	2. Habitual
1. Muy deficiente	1. Estupor	1. Inmóvil	1. Encamado	1. Doble incontinencia

Cada uno de los aspectos se valora en cuatro categorías con una puntuación que va desde 1 a 4, siendo “1” el que corresponde a un mayor deterioro y “4” el que corresponde a un menor deterioro. La puntuación que se puede obtener varía entre “5” (máximo riesgo) y “20” (mínimo riesgo). Se considera que una puntuación por debajo de “14” supone una situación de riesgo.

La clasificación de riesgo según la escala sería:

- Índice de 5 a 11, muy alto riesgo.
- Índice de 12 a 14, riesgo evidente.
- Índice > 14, riesgo mínimo/no riesgo.

A. VALORACIÓN DEL ESTADO FÍSICO GENERAL:

Aquí se valorará la nutrición, hidratación, temperatura corporal y la ingesta de líquidos.

Bueno: 4

- Nutrición: Persona que realiza 4 comidas diarias. tomando todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas 2.000 Kcal. Índice de masa corporal (I.M.C.) entre 20-25
- Líquidos: 1.500-2.000cc/día (8-10 vasos)
- Ta corp.: de 36-37o C
- Hidratación: Persona con el peso mantenido, mucosas húmedas rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo

Mediano: 3

- Nutrición: Persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones proteínas/día y 2.000 Kcal.

IMC >20 y <25

- Líquidos: 1.000-1.500 cc/día (5-7 vasos)
- T_{corp.}: de 37,0 a 37,5 °C
- Hidratación: Persona con relleno capilar lento y recuperación del pliegue cutáneo lento

Regular: 2

- Nutrición: Persona que realiza 2 comidas diarias. Toma la mitad del menú, una media de 2 raciones de proteínas al día y 1.000 Kcal IMC >50
- Líquidos: 500-1.000 cc/día (3-4 vasos)
- T_{corp.}: de 37,5 a 38,0 °C
- Hidratación: Ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa

Muy malo: 1

- Nutrición: Persona que realiza 1 comida al día. Toma un tercio del menú, una media de 1 ración de proteínas al día y menos de 1.000 Kcal IMC >50
- Líquidos: < 500 cc/día (<3 vasos)
- T_{corp.}: + de 38,5° ó - de 35,5° C
- Hidratación: Edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia del pliegue cutáneo

B. VALORACIÓN DEL ESTADO MENTAL: Comprenderá el estado de conciencia del paciente, así también el confusional.

Alerta: 4

- Paciente orientado en tiempo, espacio y lugar
- Responde adecuadamente a estímulos: visuales, auditivos y táctiles
- Comprende la información
- Valoración: Solicitar al paciente que diga nombre, fecha lugar y hora

Apático: 3

- Alertado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso
- Ante estímulos reacciona con dificultad y permanece orientado
- Obedece ordenes sencillas
- Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante (Valoración: Dar instrucciones al paciente como tocar con la mano la punta de la nariz)

Confuso: 2

- Inquieto, agresivo, irritable, dormido
- Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos
- Cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo
- Si no hay estímulos fuertes se vuelve a dormir
- Intermitentemente desorientado en tiempo, lugar y/o persona
Valoración: Pellizcar la piel, pinchar con una aguja

Estuporoso: 1

- Desorientado en tiempo, lugar y persona
- Despierta solo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal
- Nunca está totalmente despierto Valoración: Presionar el tendón de aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo

Comatoso: 1

- Desorientado en tiempo, lugar y persona
- Ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja Valoración: Igual que en paciente estuporoso

C. VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD: Se valora que tan dependiente o independiente está el paciente frente a realizar sus necesidades básicas.

Total: 4

- Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentara

Disminuida: 3

- Inicia movimientos con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener algunos de ellos

Muy limitada: 2

- Solo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar todos los movimientos

Inmóvil: 1

- Es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, mantener la posición corporal o sustentarla

D. VALORACIÓN DE LA MOVILIDAD: valoramos si el paciente es capaz de realizar por si solo sus cambios posturales.

Ambulante: 4

- Independiente total
- Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo, o lleve prótesis

Camina con ayuda: 3

- La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo

Sentado: 2

- La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede moverse en una silla o sillón. La persona precisa ayuda humana y/o mecánica

Encamado: 1

- Dependiente para todos sus movimientos
- Precisa ayuda humana para conseguir cualquier objeto (comer, asearse.)

E. VALORACIÓN DE LA INCONTINENCIA: valora tanto la eliminación vesical como la intestinal, porque estos también contribuyen en la aparición de alguna lesión por presión.

Ninguna: 4

- Control de ambos esfínteres
- Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal

Ocasional: 3

- No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 h.

Urinaria o fecal: 2

- No controla uno de los dos esfínteres permanentemente
- Colocación adecuada de un colector con atención a las fugas, pinzamientos y puntos de fijación

Urinaria y fecal: 1

- No controla ninguno de sus esfínteres

2.3 Definiciones de términos básicos

- **LESIONES POR PRESION**

Las lesiones de decúbito, también denominadas UPP (úlceras por presión) son lesiones causadas en la piel y los tejidos y órganos subyacentes, producidas por una presión prolongada sobre la piel.

- **ESCALA DE VALORACIÓN NORTON**

Es una Escala utilizada para valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión para determinar un plan de cuidados preventivos. Incluye 5 aspectos a valorar: Estado Físico General (Nutrición, Ingesta de líquidos, Temperatura corporal e Hidratación), Estado Mental, Actividad, Movilidad e Incontinencia. Presenta un rango total de 1 a 20 puntos.

- **PACIENTES NEUROLÓGICOS**

Los trastornos neurológicos son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa

neuromuscular, y los músculos. Entre esos trastornos se cuentan la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, enfermedades cerebrovasculares tales como los accidentes cerebrovasculares, la migraña y otras cefalalgias, la esclerosis múltiple, la enfermedad de Parkinson, las infecciones neurológicas, los tumores cerebrales, las afecciones traumáticas del sistema nervioso tales como los traumatismos craneoencefálicos, y los trastornos neurológicos causado por la desnutrición.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

Por ser un estudio monovariado y descriptivo no se cuenta con hipótesis

		ACTIVIDAD	Independencia total	Deambula	
			Capacidad de caminar sin ayuda	Deambula con ayuda	
			Capacidad de caminar con puntos de apoyo (bastón)	Cama-silla	
			No puede mantenerse en pie	Encamado	
		MOVILIDAD	Mantiene postura corporal voluntariamente.	Total	
			Movilidad sostenible	Disminuida	
				Muy limitada	
				Inmóvil	
		INCONTINENCIA	Control de esfínteres urinario y fecal	Control Incontinencia ocasional	
				Urinaria	
				Urinaria fecal	

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo y Diseño de la Investigación

4.1.1 Tipo de Investigación

El presente trabajo corresponde a la investigación aplicada; asimismo será de enfoque cuantitativo, porque permitirá examinar los datos de manera científica y son susceptibles de medición estadística. Según el tiempo de recogida de datos, será prospectivo. Y según la forma de recolección de datos será transversal.

4.1.2 Diseño de la Investigación

El diseño de investigación será de tipo No experimental descriptivo ya que se observa fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

4.2 Población y Muestra

4.2.1 Población

El presente estudio se desarrolló con los pacientes con afecciones neurológicas atendidos en las salas de observaciones del servicio de emergencias del hospital Alberto Sabogal Sologuren durante los meses de mayo a setiembre del 2018.

4.2.2 Muestra de Estudio

Para el presente estudio se realizó un promedio de pacientes neurológicos atendidos en sala de observación durante los meses de mayo a setiembre del presente año obteniéndose un total de 488 de los cuales el promedio en los 5 meses fue de $97.5 = 98$ pacientes, a los cuales se les realizó el cálculo de población finita para la muestra obteniéndose 78, pero por

Muestra ajustada --> incluyendo "N"

N = 98

n = 78

n - 1 = 77

$$n_0 = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$

n₀ = 43.68 44

4.2.3 Criterios de inclusión

- Pacientes que se encuentran dentro de las 48 horas de ingreso al servicio de emergencia
- Pacientes con afecciones neurológicas

4.2.4 Criterios de exclusión

- Pacientes que al momento del ingreso presentan lesiones por presión en cualquier región del cuerpo y en cualquier estadio
- Pacientes que no tengan afecciones neurológicas.
- Pacientes no tienen 48 horas de ingreso
- Pacientes que fallecieron o fueron dados de alta después de la evaluación.

4.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

4.3.1 Técnicas

- **Variable X:**, Para la recolección de información del riesgo de lesión por presión en paciente neurológico se utilizó con técnica la observación ya que permite determinar, como se está haciendo la valoración del riesgo, cuando se lleva a cabo, dónde se hace y por qué se hace.

M: → 0

Donde:

M: Representa la muestra en la que realizamos el estudio.

O: Variable riesgo de lesión por presión de pacientes neurológicos (monovariable)

4.3.2 Instrumentos

El instrumento que se utilizó fue la Guía de observación de Escala de Norton estructurado por los investigadores, el cual tuvo por objetivo proporcionar información sobre el riesgo de lesión por presión durante el internamiento de emergencia. Estuvo constituido por 10 preguntas abiertas el cual constó de las siguientes partes:

Parte I: incluye algunos datos personales y sociodemográficos del paciente.

Parte II: Comprendió la escala de valoración Norton. A cada respuesta de la escala de Norton se le asignó un puntaje de la siguiente forma:

Riesgo alto, 5-11 puntos

Riesgo Mediano o evidente 12-14 puntos

Riesgo bajo: > 14 puntos

Parte III: Preguntas abiertas sobre lesión.

4.4 Análisis y procesamiento de datos

El tratamiento estadístico de la información se realizó siguiendo el proceso siguiente:

Codificación: Se elaboró un libro de códigos, donde se asignó un código a cada ítem de respuesta, con ello se logró un mayor control del trabajo de tabulación.

Tabulación: Mediante la aplicación de la técnica simple de conteo, se realizó la tabulación extrayendo la información, ordenándola en cuadros simples y de doble entrada con indicadores de número y porcentaje.

Graficación: Una vez tabulada la encuesta, se procedió a graficar los resultados en gráficas de barra.

Todo lo que sirvió para llevar los resultados al análisis e interpretación de los mismos.

Una vez obtenidos los datos, se procedió a analizar cada uno de ellos, atendiendo a los objetivos y variable de investigación. Al final se formuló las conclusiones y recomendaciones para mejorar la problemática investigada.

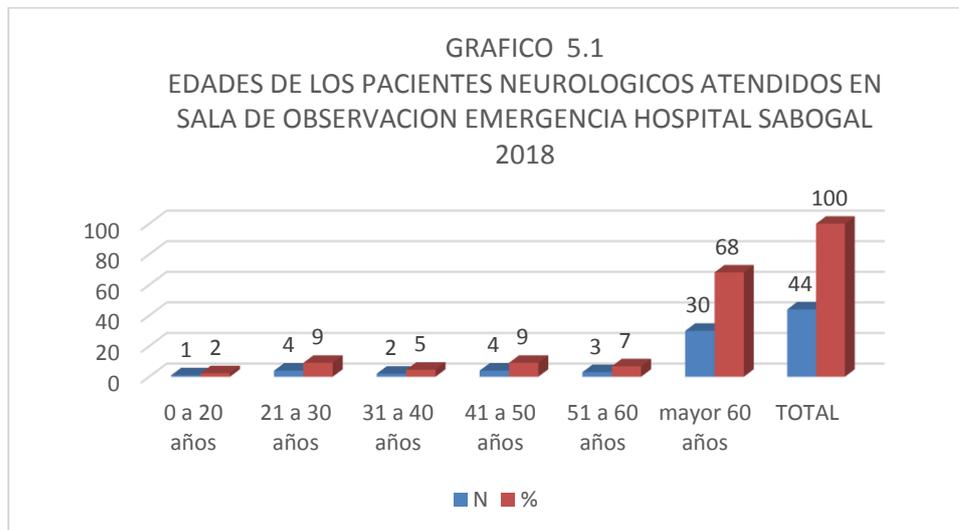
CAPÍTULO V RESULTADOS

5.0 Resultados Descriptivos

TABLA 5.1

EDAD DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018

EDAD PACIENTES	N°	%
0 a 20 años	1	2
21 a 30 años	4	9
31 a 40 años	2	5
41 a 50 años	4	9
51 a 60 años	3	7
mayor 60 años	30	68
TOTAL	44	100



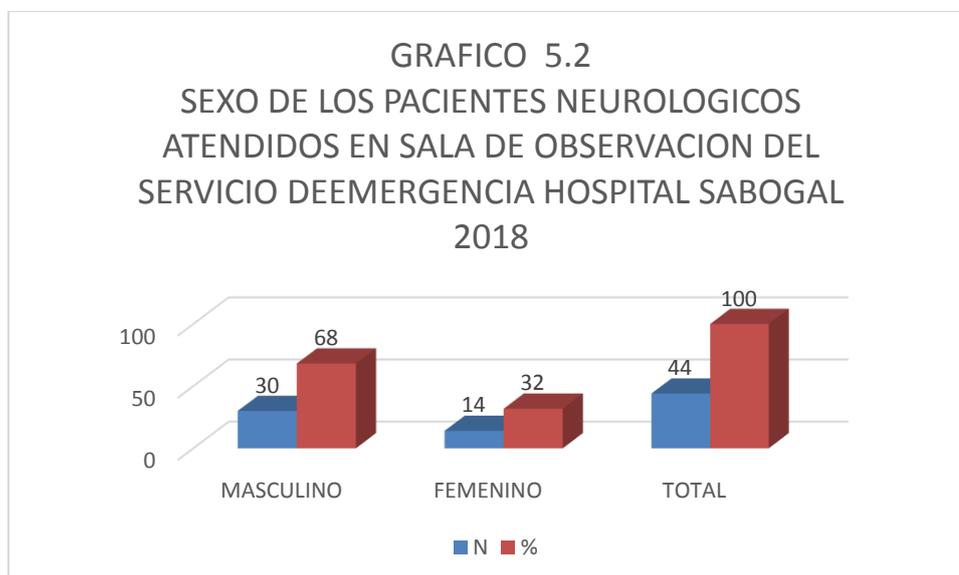
FUENTE: SERVICIO DE EMERGENCIA HNASS- SETIEMBRE 2018

En cuanto a la edad de los pacientes neurológicos se evidencia que la gran mayoría fueron 30 adultos mayores (68%) y los pacientes jóvenes menores de 20 años fueron representados con un paciente 2% siendo la menor cantidad.

TABLA 5.2

SEXO DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018

SEXO	N°	%
MASCULINO	30	68
FEMENINO	14	32
TOTAL	44	100



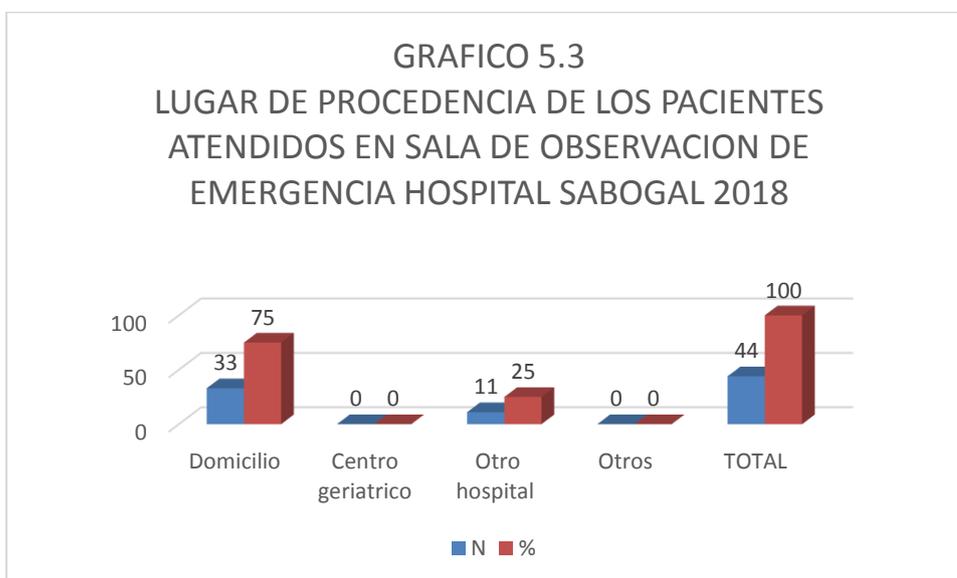
FUENTE: SERVICIO DE EMERGENCIA HNASS- SETIEMBRE 2018

En cuanto al sexo de los pacientes neurológicos atendidos en sala de observación del Servicio De Emergencia Hospital Sabogal se evidencia que los pacientes con riesgo de lesión por presión fueron de sexo masculino contando un 68%.

TABLA 5.3

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018

PROCEDENCIA	N°	%
Domicilio	33	75
Centro geriátrico	0	0
Otro hospital	11	25
Otros	0	0
TOTAL	44	100



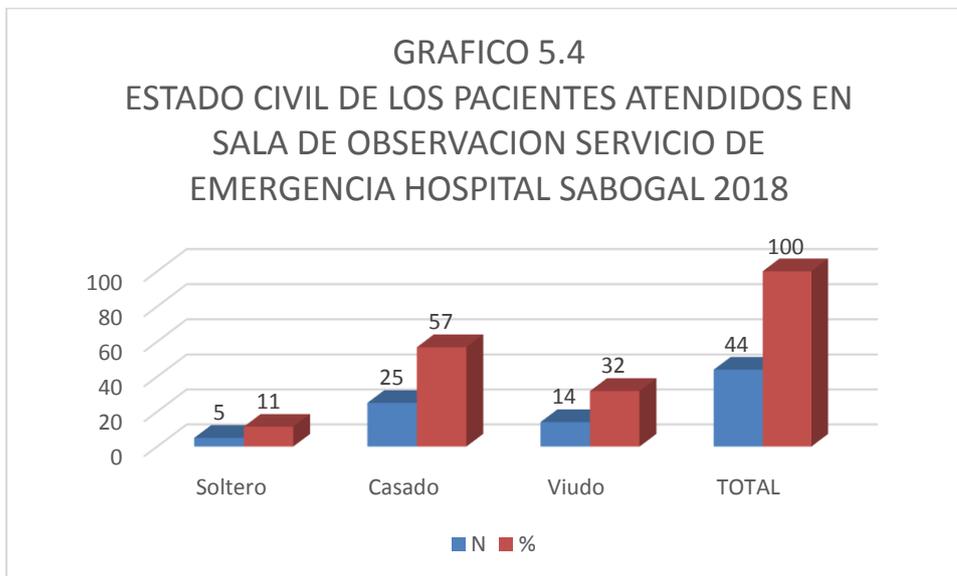
FUENTE: SERVICIO DE EMERGENCIA HNASS- SETIEMBRE 2018

En cuanto al lugar de procedencia de los pacientes atendidos como se puede observar el cuadro No 3 evidencia que provienen desde su domicilio 33 pacientes (75%), otros 11 pacientes (25%) provinieron referidos de otros centros de la Red Sabogal: Ventanilla, Callao, Comas, Huacho, Barranca (25%) y ninguno procedió de algún centro geriátrico y/o casa de reposo.

TABLA 5.4

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltero	5	11
Casado-conviviente	25	57
Viudo	14	32
TOTAL	44	100



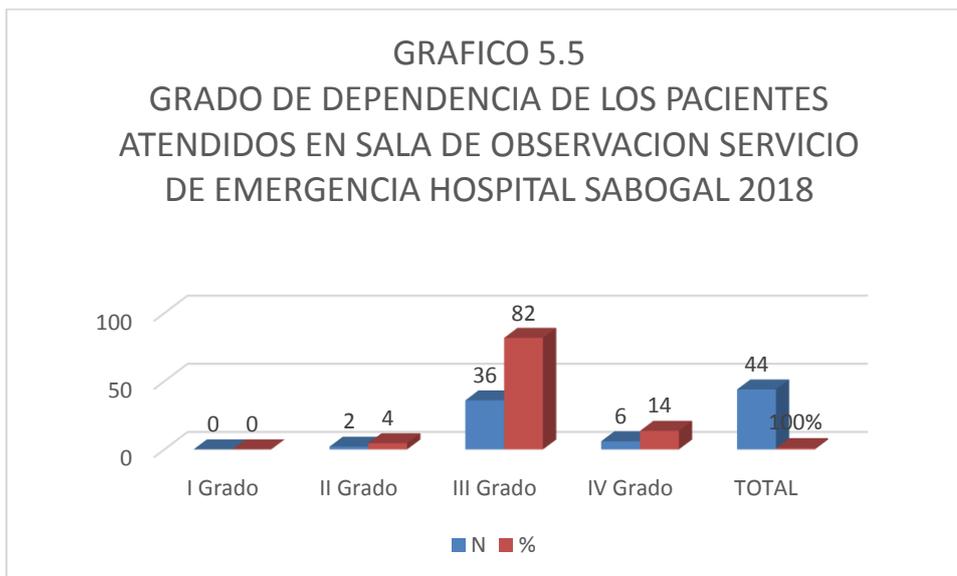
FUENTE: SERVICIO DE EMERGENCIA HNASS- SETIEMBRE 2018

En cuanto al estado civil de los pacientes atendidos la siguiente tabla refleja que gran parte de pacientes neurológicos 25 tienen estado civil casado o conviviente (57%), siguiendo 32 de estado civil viudo (32%) y 5 pacientes con un 11% solteros.

TABLA 5. 5

GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018

GRADO DE DEPENDENCIA	N	%
I Grado	0	0
II Grado	2	4
III Grado	36	82
IV Grado	6	14
TOTAL	44	100



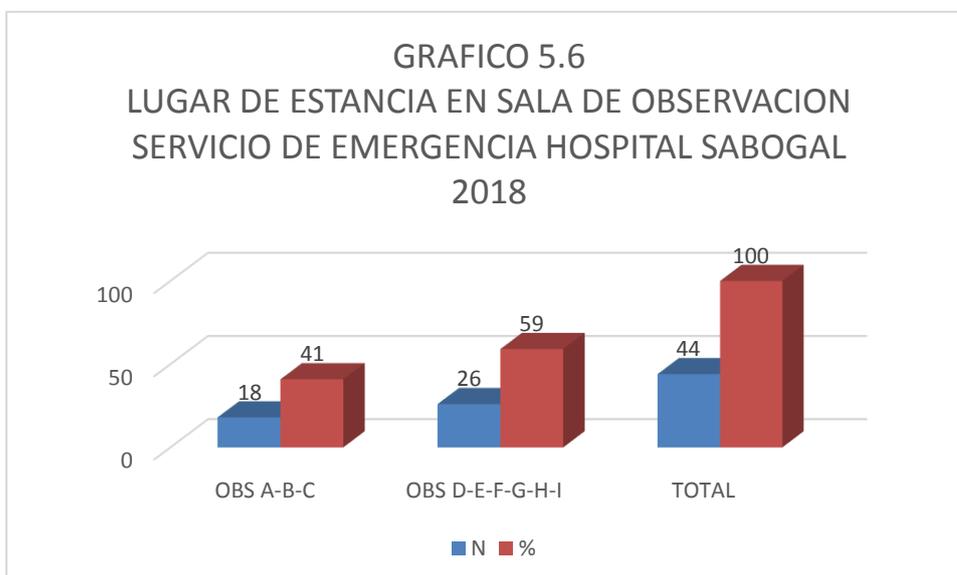
FUENTE: SERVICIO DE EMERGENCIA HNASS- SETIEMBRE 2018

Según el grado de dependencia de los pacientes neurológicos la mayoría 36 pacientes tienen grado de dependencia III (82%), seguido del grado de dependencia IV con 6 pacientes (14%), mientras que un 4% 2 pacientes tuvieron grado de dependencia II (requieren apoyo parcial en su cuidado). Ningún paciente fue considerado totalmente autónomo.

TABLA 5.6

LUGAR DE ESTANCIA EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018

SALA PROCEDENCIA	N	%
OBSERVACION A-B-C	18	41
OBSERVACION D-E-F-G-H-I	26	59
TOTAL	44	100



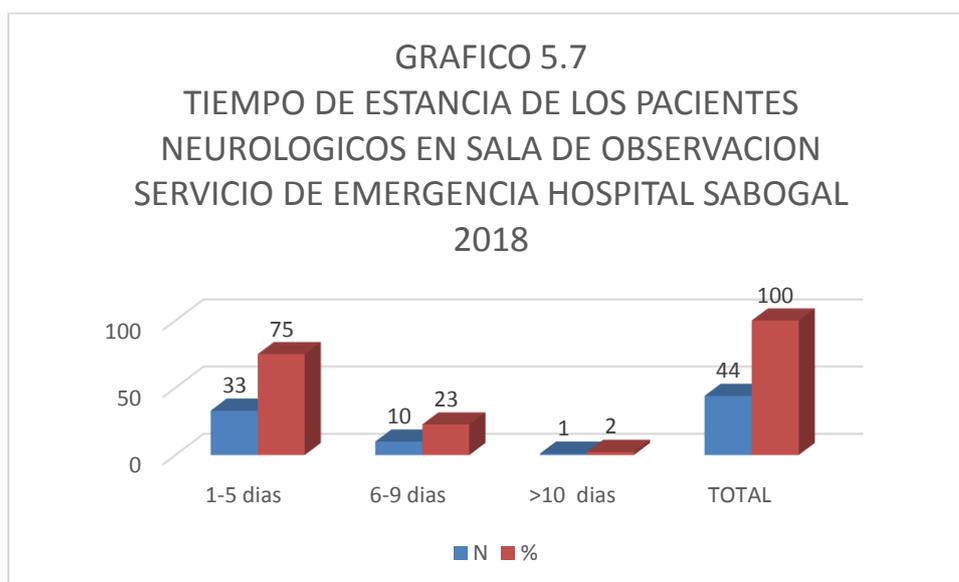
FUENTE: SERVICIO DE EMERGENCIA HNASS- SETIEMBRE 2018

Según lugar de estancia en sala de observación en el grafico se observa que 26 pacientes neurológicos (59%) estuvieron en salas de observación sin monitoreo (OBS D-E-F-G-H-I) mientras que el 41% si fue necesario la monitorización horaria puesto que su estado de salud fue más complicado y requerían continua reevaluación sanitaria.

TABLA 5.7

TIEMPO DE ESTANCIA DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018

ESTANCIA	N	%
1-5 días	33	75
6-9 días	10	23
>10 días	1	2
TOTAL	44	100



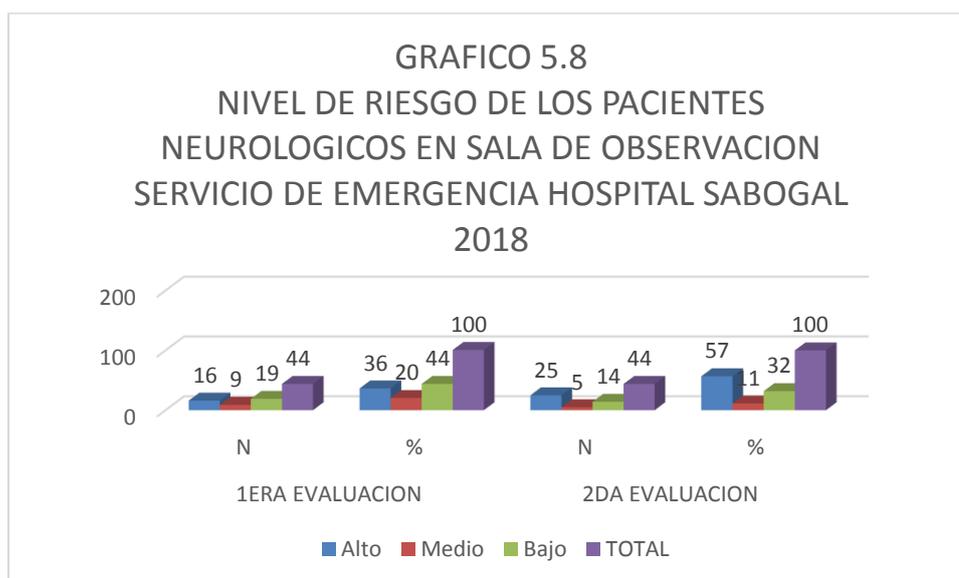
FUENTE: SERVICIO DE EMERGENCIA HNASS- SETIEMBRE 2018

Según el tiempo de estancia de los pacientes neurológicos demuestra que 33 pacientes estuvieron 1-5 días de estancia (75%). Luego le siguen 10 pacientes con un periodo de estancia de 6-9 días con un 23%. Solo un paciente permaneció más de 10 días con un 2%.

TABLA 5.8

NIVEL DE RIESGO DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018

NIVEL DE RIESGO	1ERA EVALUACION		2DA EVALUACION	
	N	%	N	%
Alto	16	36	25	57
Medio	9	20	5	11
Bajo	19	44	14	32
TOTAL	44	100	44	100



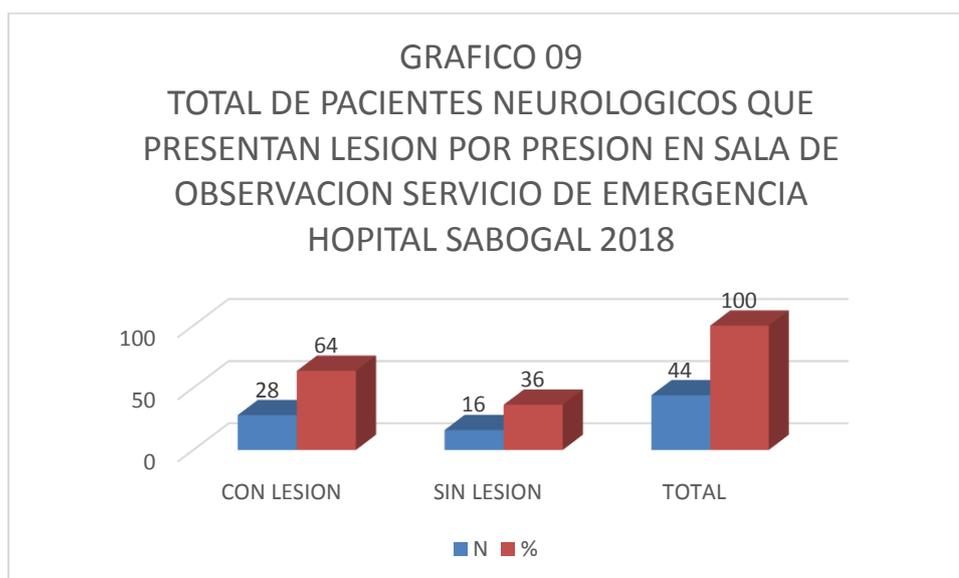
FUENTE: SERVICIO DE EMERGENCIA HNASS- SETIEMBRE 2018

Respecto al nivel de riesgo de los pacientes neurológicos observamos dos evaluaciones en tiempo diferentes de los pacientes neurológicos; en la primera del total de pacientes 44 (100%), 16 presentan un riesgo alto (36%), 9 presentan riesgo medio (20%), 19 presentan riesgo bajo (44%); pero al realizarle una segunda evaluación a los 7 días se observa que el riesgo alto aumenta a un 57% con 25 pacientes, el riesgo bajo disminuye en un 32% con 14 pacientes.

TABLA 5.9

TOTAL DE PACIENTES NEUROLOGICOS QUE PRESENTAN LESION POR PRESION EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOPITAL SABOGAL 2018

Presentaron lesion	N	%
Con lesion	28	64
Sin Lesion	16	36
TOTAL	44	100



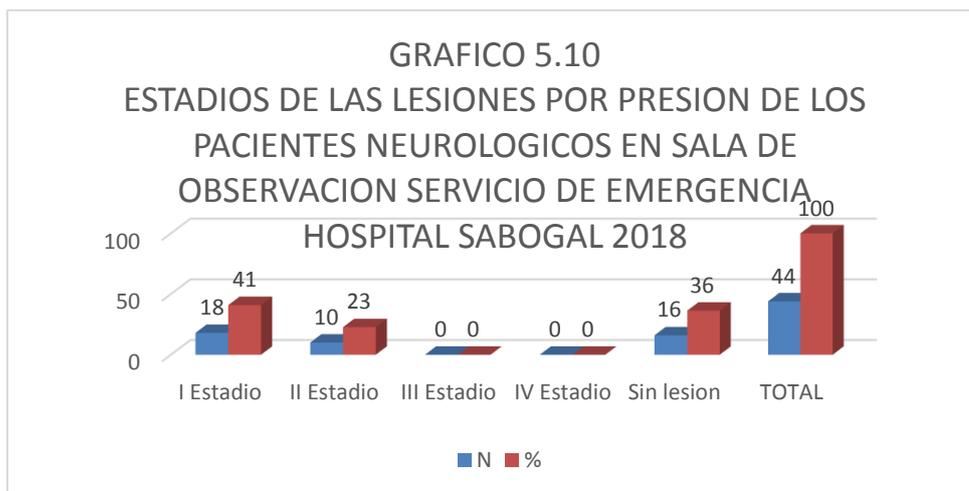
FUENTE: SERVICIO DE EMERGENCIA HNASS- SETIEMBRE 2018

Con respecto a pacientes neurológicos que presentan lesión por presión al hacer el análisis del cuadro N° 9 se puede observar que del total de la muestra obtenida de pacientes 44 (100%), 28(64%) presentó lesión por presión, mientras que 16(36%) no presentaron lesión por presión,

TABLA 5.10

ESTADIOS DE LAS LESIONES POR PRESION DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018

ESTADIO DE LESION	N	%
I Estadio	18	41
II Estadio	10	23
III Estadio	0	0
IV Estadio	0	0
Sin escaras	16	36
TOTAL	44	100



FUENTE: SERVICIO DE EMERGENCIA HNASS- SETIEMBRE 2018

Al observar el presente cuadro y gráfico se puede distinguir primero que 16(36%), no presento ningún tipo de lesión, segundo que de los que si presentaron lesión 18(41%), presentaron lesión por presión en estadio I, 10(23%) presentaron lesión por presión en estadio II; esto nos permite inferir que a mayor tiempo de estancia y reposo el riesgo y los grados de estadios de presentar lesión por presión van creciendo.

TABLA 5.11

**LOCALIZACION ANATOMICA DE LAS LESIONES POR PRESION EN
PACIENTES NEUROLOGICOS EN SALA DE OBSERVACION
SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018**

LOCALIZACION ANATOMICA	N	%
Sacro coxigea	22	50
talones	10	23
dorso lumbar	0	0
otros	2	4
no presentan	10	23
TOTAL	44	100



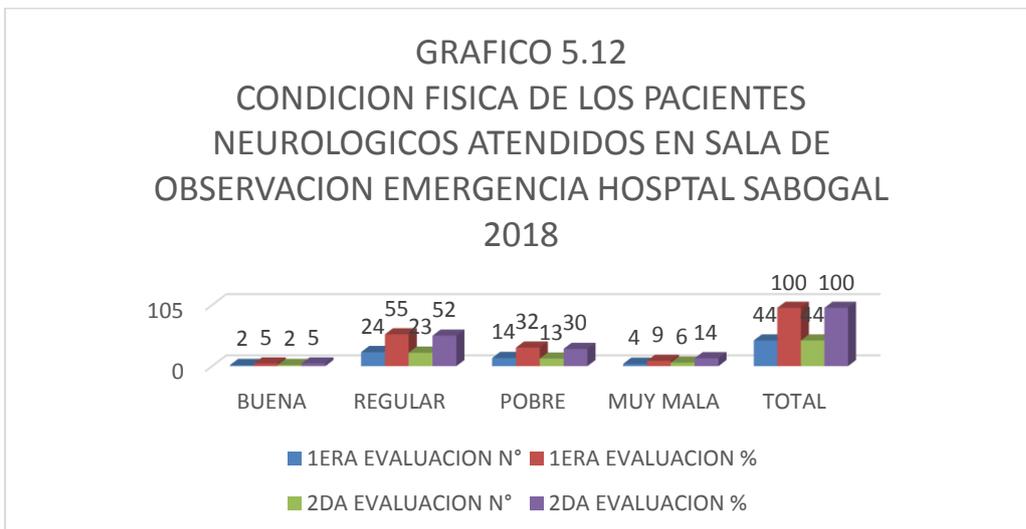
FUENTE: SERVICIO DE EMERGENCIA HNASS- SETIEMBRE 2018

Como podemos observar en el cuadro y gráfico presentados, del total 44(100%), en cuanto a la localización anatómica de los pacientes que presentaron lesión por presión la mayor cantidad presentaron lesión sacro cóxigea que representa un 45%, 8 presentaron lesión en talones que representa un 18% y en otras zonas (trocánter, escapula, lumbar o dorsal) se observaron 2 casos que represento el 1% del total. a mayor indicación de reposo sea absoluto o relativo en los pacientes neurológicos lo cual explica estos porcentajes de lesión y localización anatómica.

TABLA 5.12

CONDICION FISICA DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018

CONDICION FISICA	1ERA EVALUACION		2DA EVALUACION	
	N°	%	N°	%
BUENA	2	5	2	5
REGULAR	24	55	23	52
POBRE	14	32	13	30
MUY MALA	4	9	6	14
TOTAL	44	100	44	100



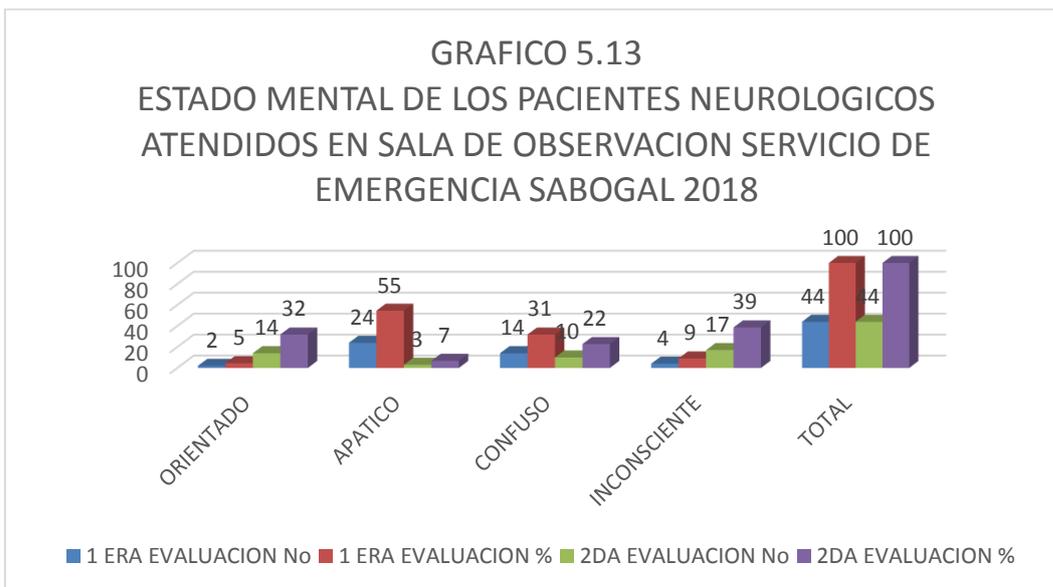
FUENTE: SERVICIO DE EMERGENCIA HNASS- SETIEMBRE 2018

Como observamos en la tabla y grafico N° 12, se observa que la condición física de los pacientes neurológicos atendidos en emergencia (nutrición, hidratación, temperatura corporal y la ingesta de líquidos) es regular tanto en la primera evaluación 55%, como en la segunda 52%, mientras que era pobre 32% en la segunda evaluación 30%, muy mala condición física de un 9% en la primera evaluación a un 14% en la segunda evaluación, mientras que los que poseían una buena condición física a pesar de la estancia mantuvieron la misma condición 5%. Todo ello contrasta que mientras más tiempo la estancia es mayor el deterioro.

TABLA 5.13

ESTADO MENTAL DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA SABOGAL 2018

ESTADO MENTAL	1 ERA EVALUACION		2DA EVALUACION	
	No	%	No	%
ORIENTADO	2	5	14	32
APATICO	24	55	3	7
CONFUSO	14	31	10	22
INCONSCIENTE	4	9	17	39
TOTAL	44	100	44	100



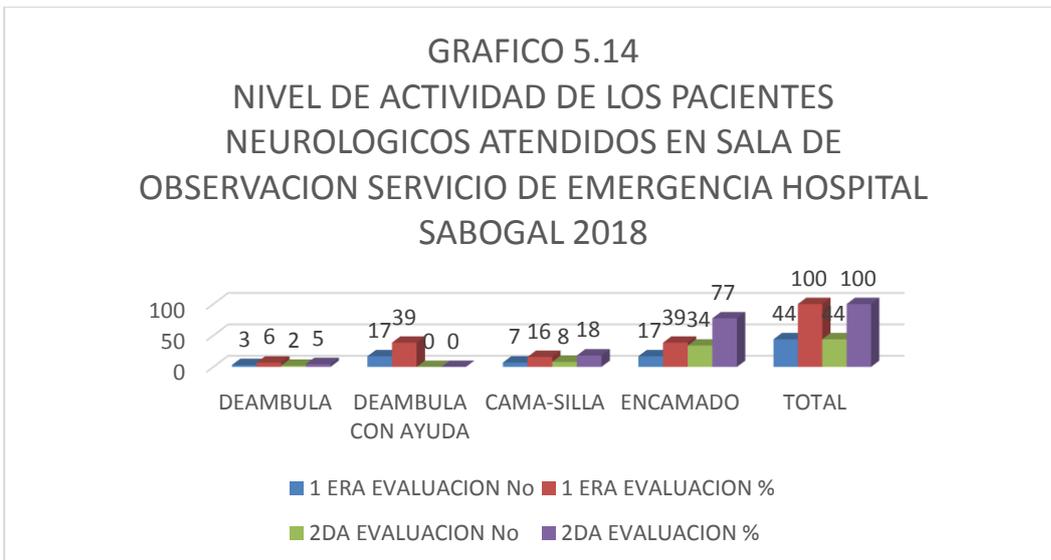
FUENTE: SERVICIO DE EMERGENCIA HNASS- SETIEMBRE 2018

Como se puede observar en el cuadro y grafico N° 13, sobre el estado mental de los pacientes neurológicos en sala de observación, en la primera evaluación 9%, aumentó a 39%, lo cual podría indicar que su estado neurológico se fue deteriorando de manera gradual; los que se encontraban confusos 31%, y los que se encontraban orientados subió de un 5% a un 32%. Los pacientes neurológicos reciben evaluación del estado de conciencia y como se ha podido observar estos se han ido deteriorando.

TABLA 5.14

NIVEL DE ACTIVIDAD DE LOS PACIENTES NEUROLÓGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018

ACTIVIDAD	1 ERA EVALUACION		2DA EVALUACION	
	No	%	No	%
DEAMBULA	3	6	2	5
DEAMBULA CON AYUDA	17	39	0	0
CAMA-SILLA	7	16	8	18
ENCAMADO	17	39	34	77
TOTAL	44	100	44	100



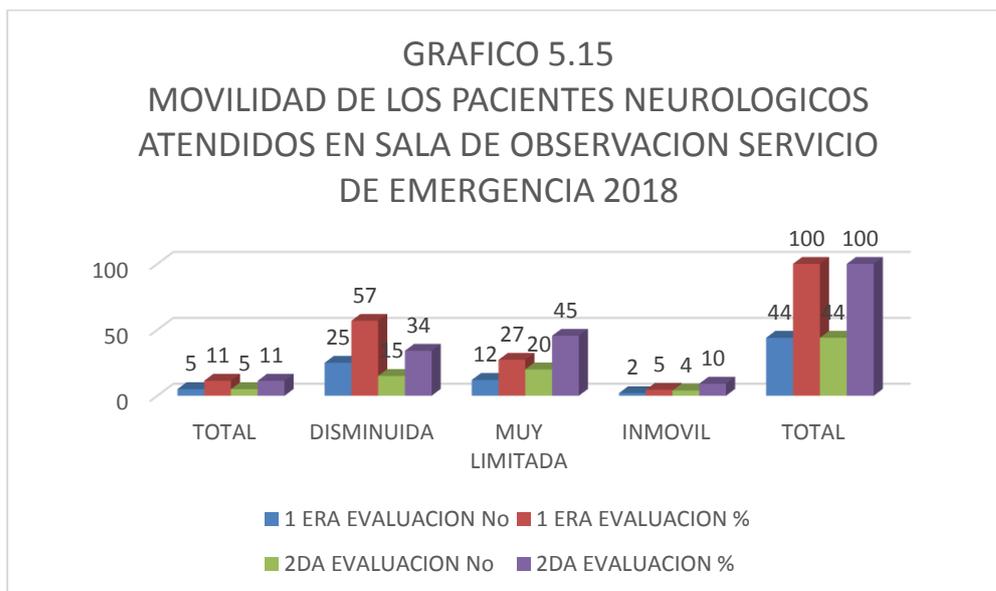
FUENTE: SERVICIO DE EMERGENCIA HNASS- SETIEMBRE 2018

Observamos en la tabla y grafico N° 14, la actividad de los pacientes neurológicos atendidos en sala de observación, en la primera evaluación los pacientes que deambulan disminuye de un 6% a un 5% en la segunda evaluación, los que deambulan con ayuda de un 39% a un 0%; mientras que aumentan los que están en cama-silla de un 16% a un 18% y los que están totalmente encamados de un 39% a un 77%. Lo cual hace notar el aumento del grado de dependencia al encontrarse más pacientes que permanecen en cama por estados prolongados de monitoreo.

TABLA 5.15

MOVILIDAD DE LOS PACIENTES NEUROLÓGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA 2018

MOVILIDAD	1 ERA EVALUACION		2DA EVALUACION	
	No	%	No	%
TOTAL	5	11	5	11
DISMINUIDA	25	57	15	34
MUY LIMITADA	12	27	20	45
INMOVIL	2	5	4	10
TOTAL	44	100	44	100



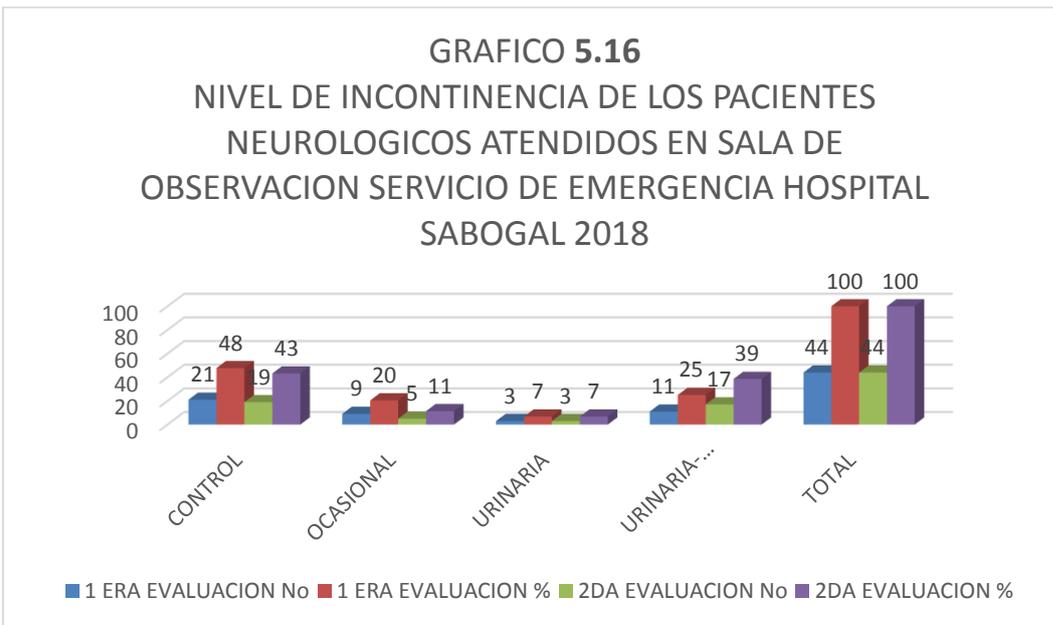
FUENTE: SERVICIO DE EMERGENCIA HNASS- SETIEMBRE 2018

Como podemos observar en la tabla y gráfico N° 15 sobre movilidad de los pacientes neurológicos en sala de observación, la movilidad se mantuvo conservada en un 11% tanto en la primera como segunda evaluación, los que tenían movilidad muy limitada aumento de un 27% en la primera evaluación a un 45% en la segunda evaluación, y los que estaban inmóviles subió de un 5% a un 10% de la primera a la segunda evaluación.

TABLA 5.16

INCONTINENCIA DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN SALA DE OBSERVACION SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SABOGAL 2018

INCONTINENCIA	1 ERA EVALUACION		2DA EVALUACION	
	No	%	No	%
CONTROL	21	48	19	43
OCASIONAL	9	20	5	11
URINARIA	3	7	3	7
URINARIA-FECAL	11	25	17	39
TOTAL	44	100	44	100



FUENTE: SERVICIO DE EMERGENCIA HNASS- SETIEMBRE 2018

Como podemos observar en la tabla y grafico N° 16 sobre la incontinencia de los pacientes atendidos disminuyo el control de incontinencia de un 48% a 43%, la incontinencia ocasional también disminuyo de un 20% a un 11%, el control de esfínteres urinarios se mantiene igual con un 7%, pero la incontinencia urinaria y fecal aumento de 25% a 39%.

5.2 Resultados Inferenciales

Este estudio por contener una sola variable y por ser descriptivo no requiere resultados inferenciales

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contratación de la hipótesis

Debido a que el presente trabajo de investigación es mono variable y al no tener hipótesis, no se puede realizar la contratación de la hipótesis.

6.2 Contratación de los resultados con estudios similares

En cuanto a la edad de los pacientes neurológicos se evidencia que la gran mayoría fueron adultos mayores (68%) y los pacientes jóvenes menores de 20 años fueron representados con un 2%. Este resultado hace recordar al estudio realizado por Ascarruz, en la valoración del riesgo de úlcera por presión según escala de Braden del paciente neurológico el 76% también fueron adultos mayores. Los cambios en el envejecimiento de la piel, la disminución del tejido adiposo, la probable limitación de la movilidad, horas de estancia en una misma posición hacen mayor el riesgo de lesiones por presión. De lo contrario en pacientes jóvenes hay menor probabilidad de lesiones por tener mayor turgencia y estado íntegro de la piel al ingreso.

En cuanto al sexo de los pacientes neurológicos atendidos se evidencia que los pacientes con riesgo de lesión por presión fueron de sexo masculino contando un 68%. Este resultado contrasta a los estudios realizados por otros investigadores entre ellos Ascarruz, Gutiérrez, Gallo; quienes tenían como resultado al sexo femenino. Esto se debe a que en la realidad del hospital nacional Alberto Sabogal Sologuren los pacientes de sexo masculino son los que más padecen afecciones neurológicas.

En cuanto al lugar de procedencia de los pacientes la gran mayoría provienen desde su domicilio 33 (75%), el resto 11 pacientes (25%)

provinieron referidos de otros centros de la Red Sabogal: Ventanilla, Callao, Comas, Huacho, Barranca (25%) y ninguno procedió de algún centro geriátrico y/o casa de reposo. Este dato llama la atención puesto que los casos de pacientes neurológicos más frecuentes como suelen ser: Cefaleas no especificadas, Lumbalgia, ACV Hemorrágico - Isquémicos, traumatismos craneales, etc. son considerados casos de urgencia y emergencia por lo que el asegurado confía una atención efectiva desde los lugares más cercanos.

El estado civil de los pacientes en su mayoría fue casado o conviviente (57%), siguiendo de estado civil viudo (32%) y un 11% solteros. Cabe resaltar la coincidencia con el estudio de Ascarruz, el mayor porcentaje de sus pacientes (56%) habita en una familia nuclear. Como sabemos la familia es el contexto social primario en el que se desarrolla la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La familia influye considerablemente en las conductas sanitarias de sus integrantes y a su vez cada individuo influye en la unidad familiar y en su capacidad para conseguir los objetivos.

Según el grado de dependencia de los pacientes neurológicos 36 pacientes fueron considerados con grado de dependencia III (82%), es decir necesitan ayuda para realizar diversas actividades básicas; cuando por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisa el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. implica que el paciente no participa en su autocuidado con valoración y monitoreo continuo, con funciones vitales alteradas y medicación parenteral constante. Luego le sigue el grado de dependencia IV (14%) el cual comprende paciente con asistencia ventilatoria artificial, sedoanalgesia, inotrópica, procedimientos invasivos, etc. el cual es de estado delicado.

Según el tiempo de estancia 33 pacientes estuvieron 1-5 días de estancia (75%). 10 pacientes con 6-9 días (23%). 1 paciente 2%. Observamos que a pesar de ser un área de emergencia donde debería ser permanencia

corta permanecen más días por diversos motivos: camas de derivación ocupadas, observación y monitoreo de la patología de base, exámenes de procedimientos diagnósticos, complicación del estado de conciencia, etc.

Respecto al NIVEL DE RIESGO DE LOS PACIENTES NEUROLÓGICOS se realizaron dos evaluaciones de los pacientes neurológicos; en la primera del total de pacientes 44 (100%), 16 presentan un riesgo alto (36%), 9 presentan riesgo medio (20%), 19 presentan riesgo bajo (44%); pero al realizarle una segunda evaluación a los 7 días se observa que el riesgo alto aumenta a un 57%, así como el riesgo bajo disminuye en un 32%, lo cual nos indica que a mayor tiempo de estancia, mayor riesgo de presentar lesión por presión de los pacientes neurológicos. En el estudio de Zúñiga el 67.5% de pacientes hospitalizados presento un nivel de riesgo alto, seguido de un nivel mediano de riesgo 11.26% coincidiendo con nuestro estudio.

Los pacientes neurológicos que presentaron lesión por presión fueron 28 (64%) mientras que 16(36%) no presentaron lesión por presión, guardando relación directa con el tiempo de estancia que aumenta el riesgo de presión ya que por su misma patología deben permanecer en reposo absoluto o relativo.

En los pacientes que si presentaron lesión 18 pacientes (41%) presentaron estadio I, 10(23%) presentaron estadio II; esto nos permite inferir que a mayor tiempo de estancia y reposo el riesgo y los grados de estadios de presentar lesión por presión van creciendo.

La localización anatómica de los pacientes que presentaron lesión por presión la zona sacro coxígea representa un 45%, talones que representa un 18% y en otras zonas (trocánter, escapula, lumbar o dorsal) se observaron 2 casos que represento el 1% del total. El mayor punto de presión es la zona sacrocoxigea porque adoptan posición decúbito supino y semifowler.

La condición física de los pacientes neurológicos (nutrición, hidratación, temperatura corporal y la ingesta de líquidos) es regular tanto en la primera evaluación 55%, como en la segunda 52%, mientras que era pobre 32% en la segunda evaluación 30%, muy mala condición física de un 9% en la primera evaluación a un 14% en la segunda evaluación, mientras que los que poseían una buena condición física a pesar de la estancia mantuvieron la misma condición 5%. Todo ello contrasta que mientras más tiempo la estancia es mayor el deterioro. Esta dimensión determina su respuesta adecuado o no frente a la injuria que representa la enfermedad neurológica de fondo y las lesiones de la piel. El estado nutricional también determina la situación general del paciente. La disminución del tejido adiposo predispone al deterioro de los tejidos superficiales.

Según la dimensión Movilidad en la primera evaluación resultó que 57% tiene disminuida y en la segunda evaluación decayó más con un 45 % de pacientes con movilidad muy limitada. La disminución de la actividad y la movilidad constituyen indicadores para la dependencia funcional teniendo repercusiones negativas sobre salud y por la exposición a postración (sentado o acostado). Según el estudio de Zúñiga el 67.5% de los pacientes tienen movilidad muy limitado coincidiendo con el presente estudio.

En la dimensión Estado Mental Durante la primera evaluación el estudio coincide con Zúñiga un estado mental apático (53.64%) caracterizándose por la pérdida de motivación, desinterés por las cosas y falta de respuesta afectiva. Luego en la segunda evaluación la mayoría presenta estado inconsciente 17 pacientes (39%). Se sustenta esta situación por el proceso de enfermedad neurológica complicada.

En la dimensión nivel de actividad nuestro estudio resultó en la primera evaluación con un 39% pacientes que deambulan con ayuda y encamados, pero en la segunda evaluación se mantuvieron encamados 34 pacientes (77%). Aumentando el grado de dependencia.

En la dimensión incontinencia la mayoría resulto controlaron esfínteres y no controlaron esfínteres 48% y 25% respectivamente y que es proporcionalmente con el pasar de los días. Traduciéndose que se va perdiendo el control de esfínteres a medida que transcurre los días de internamiento, aumentando el riesgo de desarrollar lesión por presión, por la humedad que producen en las áreas de puntos de apoyo y pacientes con compromiso mental.

6.3 Responsabilidad ética

Las hojas de observación fueron debidamente consultados por el responsable de cada servicio sin peligrar la individualidad, integridad de los pacientes bajo los principios éticos: Beneficencia, No maleficencia, Justicia, Equidad.

CONCLUSIONES

- a) La utilización de la escala de Norton nos ha servido como predictivo importante para la valoración de la aparición de las lesiones por presión así como para la aplicación de medidas preventivas.
- b) Se realizó un estudio descriptivo con una muestra ajustada obteniéndose un total de 44 pacientes neurológicos que ingresaron a las salas de observación del servicio de emergencia del hospital Alberto Sabogal de mayo a setiembre del 2018
- c) Del total de pacientes estudiados se encontró, que un 60% estuvo constituido por adultos mayores de 60 años, el 68% era de sexo masculino, el 75% provenían de su domicilio, el 82% presento dependencia de III Grado, el tiempo de estancia promedio fue de 1-5 días lo cual represento un 75%.
- d) Con respecto a la presencia de lesiones por presión se realizaron dos evaluaciones, en la primera evaluación el 36% presentaron riesgo alto y en la segunda evaluación aumentó a 57% la cual nos indica que a mayor tiempo de estancia mayor el riesgo.
- e) Del total de pacientes (44), un 64%, (28) llegaron a presentar lesiones por presión.
- f) El tipo de lesión de los casos fue de I estadio con un 41%, seguido de un 23% que presento lesión en estadio II.
- g) La región anatómica donde se presentó la lesión a mayor predominancia fue la sacro coxígea con un 45% del total de casos

RECOMENDACIONES

1. Como primera recomendación sería la evaluación de la escala de Norton en el servicio de emergencia a los pacientes que ingresan para prevenir la aparición de las lesiones por presión
2. Se recomienda que el personal de enfermería implemente un programa de educación permanente y continua, como los de mejora relacionado con lesiones por presión, que incluya el uso de los datos estadísticos obtenidos tanto de recolección directa como del presente estudio para así medir la disminución o aumento de los casos.
3. Se recomienda que se evalúe constantemente al personal de enfermería el nivel de actualización sobre la prevención de las lesiones por presión.
4. A la coordinación que se pueda colocar a simple vista la escala de valoración de Norton de lesión por presión como recordatorio, para que incorporen su uso en la valoración inicial y continua del paciente.
5. Que la coordinación de enfermería que promuevan la realización de investigaciones sobre lesiones por presión si como programas de acuerdo a las características propias de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vela-Anaya G, Magnitud del Evento Adverso. Úlceras por presión. Revista Enfermería Inst Mex Seguro Soc. 2013;21(01): 3-8
2. Discapacidad y salud. Organización Mundial de la Salud. (Internet). Citado el 15 de agosto 2018. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>.
3. Instituto Nacional De Ciencias Neurológicas (2018). Boletín Estadístico de Actividades de Salud I Semestre, Perú (versión electrónica). Recuperado el 3 de noviembre 2018 de <http://www.incn.gob.pe/index.php/component/content/article/30-epidemiolo/437-boletines>
4. Quevedo Saldaña, D. Cuidado de enfermería en pacientes con enfermedad vascular cerebral e incidencia de úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos de la Red asistencial Almenara. [tesis en Internet]. [Lima]:. Universidad Ricardo Palma, 2006. [citado 16 de setiembre de 2018]. Recuperado a partir de: cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/271/1/Quevedo_da.pdf .
Archivo PDF
5. Seguro social de salud EsSalud. EsSalud advierte que las Úlceras por Presión son lesiones simples, pero pueden causar la muerte. (Internet). Citado el 23 de Agosto 2018. Recuperado a partir de: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-advierete-que-las-ulceras-por-presionson-lesiones-simples-pero-pueden-causar-la-muerte/>
6. Tomazini Borghard A , Nascimento do Prado T , Moura de Araújo T. (2015) Evaluación de las escalas de riesgo para úlcera por presión en pacientes críticos: una cohorte prospectiva. (Versión electrónica) *Rev. Latino-Am. Enfermagem* ;23(1):28-35, recuperado el 3 noviembre de 2018 en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00028.pdf

7. González Méndez M., (2017) Incidencia y factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario Virgen del Rocío (España) (Versión electrónica) recuperado el 20 de noviembre de 2018 en <http://www.medulardigital.com/?act=dnews&s=9&n=10156>
8. Mantilla C., Pérez P., Sánchez L, . (2015); identificación del riesgo de desarrollar úlceras por presión y cuidados preventivos de su ocurrencia, en adultos mayores institucionalizados de norte de Santander Revista Movimiento Científico[versión electrónica] 9(1): 33-40 recuperado el 10 de noviembre del 2018 en file:///C:/Users/erika/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/854-1927-1-SM.pdf
9. Tzuc-Guardia E. , Vega-Morales, L. Collí-Novelo (2015) Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. Vol. 12. Núm.4.,171-242 <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-nivel-riesgo-aparicion-ulceras-por-S1665706315000792>
10. Rodrigues, J.; Freitas, G.; Barros, M.; Lima, M. (2015);. Concepciones teóricas de Neuman asociadas con la prevención de las úlceras por presión: un estudio de caso. [versión electrónica]. *Index Enferm* (vol.24, n.4) Recuperado 12 de noviembre de 2018, de <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-1296201500030000>
11. Platas Álvaro, V; Factores de riesgo para úlceras por presión según la escala de Braden en adultos mayores del servicio de Medicina del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Lima (2017). [tesis en Internet]. [Lima]:. Universidad Cesar Vallejo. Recuperado a partir de citado 20 de setiembre de 2018 en http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/6146/Platas_AV.pdf;sequence=1
12. Soldevilla Velásquez N; Factores de riesgo y tratamiento de la úlceras por presión en los adultos mayores en el Hospital II – Cañete,

- (2016) [tesis en Internet]. [ICA]:. Universidad autónoma de Ica. Recuperado a partir de 20 de setiembre de 2018 en <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/111/SOLDEVILLA%20VELASQUEZ%20NANCY%20NATALY%20-%20RIESGO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20ULCERAS%20POR%20PRESI%C3%93N.pdf>
13. Bustamante Usnayo, L; Peña Caceres, J. Factores relacionados con el riesgo de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en la unidad de Cuidados Intensivos Del Hospital Antonio Lorena CUSCO (2014) [tesis en Internet]. [Cusco] Universidad Nacional de San Agustín . Recuperado a partir de 10 de noviembre de 2018 en <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2253>
 14. Gonzales Tapia, E. Factores de riesgos asociados a úlceras por presión, hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016) [tesis en Internet]. [Ancash] Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo 2017. Recuperado a partir de 12 de noviembre de 2018 en <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/1980>
 15. Ayerbe Ccama K, Hancoccallo Pacco M, Yallerco Andia M. ;factores de riesgo asociados a la presencia de úlceras por presión en pacientes postrados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Good Hope. [tesis en Internet]. [Lima]:. Universidad Peruana Unión, 2017 . [citado 16 de setiembre de 2018]. Recuperado a partir de: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/797/Katherine_Trabajo_Investigaci%C3%B3n_2017.pdf?sequence=6&isAllowed=y
 16. Cisneros Alvarado, W., Dominguez Lindo V. Nivel de riesgo con escala de Norton y su relación con casos incidentes de úlceras por presión en pacientes adultos mayores del servicio de emergencia Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - octubre 2015. Universidad San Pedro. Facultad de Ciencias de la Salud. (Tesis en Internet). Citado el 23 de Agosto 2018. Recuperado a partir de: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/5027>

17. Gutierrez Azabache J., Riesgo a úlceras por presión según escala de Norton en una población adulto mayor de un programa de atención domiciliaria del callao. Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina. (Tesis en Internet). Citado el 21 de Agosto 2018. Recuperado a partir de: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/350/1/Gutierrez_ja.pdf
18. Zúñiga Castro C, Espinoza-Cáceres N, Fernández-Pacheco M, (2014). Nivel de riesgo y casos incidentes de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina de un Hospital Nacional [versión electrónica]. Revista Enfermería Herediana;(2):155-161. Recuperado 10 de setiembre del 2018, de <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2014/julio/Especial%207-7-2.pdf>
19. Rodrigues Barbosa J., Freitas Da Silva G., Barros Araújo H, Lima Pereira, L. (2015). Concepciones teóricas de Neuman asociadas con la prevención de las úlceras por presión: un estudio de caso. [versión electrónica] Index de Enfermería. Recuperado 10 de setiembre del 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132
20. Ascarruz Vargas, C., Tapia Estrada D., Tito Pacheco E. Riesgo a desarrollar úlcera por presión según Escala Braden en el paciente neurológico. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Ciencias de la Salud. (Internet). Citado el 20 de Agosto 2018. Recuperado a partir de: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1219>
21. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.(2016). Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales, Tercera edición. Toronto, [Versión electrónica]. Recuperado 1 de noviembre de 2018 www.rnao.ca/bpg
22. Ministerio de Sanidad y consumo, Madrid (1996) Guía de cuidados enfermeros: úlceras por presión Instituto nacional de salud.[versión

- electrónica] INSALUD, recuperado el 12 de setiembre 2018 en <https://studylib.es/doc/4733932/guía-de-cuidados-enfermeros>.
23. CAÑÓN ABUCHAR, H. (2005). Prevención de las úlceras por presión en personas adultas hospitalizadas Colombia . Guías Asociación Colombiana De Facultades De Enfermería "ACOFAEN". Biblioteca Las Casas, P: 35. A [versión electrónica] INSALUD, recuperado el 1 de setiembre 2018 en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0028.pdf>
24. . ARANGO C. Úlceras por Presión, en: I Tratado de Geriátría para Residentes. España. Ed. biomédica Pfizer, Capitulo 21, p 217. 2006
25. Saboya L. Aproximación a una escala de valoración de úlcera por presión en la unidad de cuidados intensivos complejo hospitalario de Navarra [internet]. España: Universidad pública de Navarra, 2013 [citado: 8 junio 2017]. Disponible en: <http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/8131/Grado%20Enfermeria%20Liz%20Amparo%20Saboya.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. ENFERMEDAD NEUROLÓGICA [Internet]. Wikipedia. 2018. Recuperado a partir de: https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_neurol%C3%B3gica
27. . Enfermedad NEUROLOGICA [Internet]. organización mundial de la salud. 2016 [citado 2 de setiembre de 2018]. Recuperado a partir de: www.who.int/features/qa/55/es/
28. Organización Mundial de la Salud.(2006) Trastornos neurológicos: desafíos para la salud pública.[versión electrónica] recuperado a partir de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Trastornos_Neurol%C3%B3gicos.pdf
29. INFOSALUD. Información de Salud para usted. (Internet). Citado el 24 de agosto 2018. Recuperado a partir de: <http://www.infosalud.com/enfermedades/neurologia/>

30. LOPEZ ALONSO, S. ¿Para qué se administran las escalas, cuestionarios, test e índices? Revista Index enfermería. Granada. Vol. 14. Nº48-49. 2005.
31. LOPEZ ORTEGA, J. Cuidados al paciente crítico adulto II. Madrid, Capítulo 19. Editorial DAE, 2007. P.793, 797.
32. Enclave RAE. Definición de úlcera por la Real academia de la lengua española. (Internet). Citado el 23 de Agosto 2018. Recuperado a partir de:
<http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=%C3%BAlcera>
33. Organización Mundial de la salud. Úlcera por presión: Guía de diagnóstico y manejo; 2010 [en línea]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia30.pdf>.

ANEXOS

ANEXO 01:
INSTRUMENTOS VALIDADOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE POSGRADO

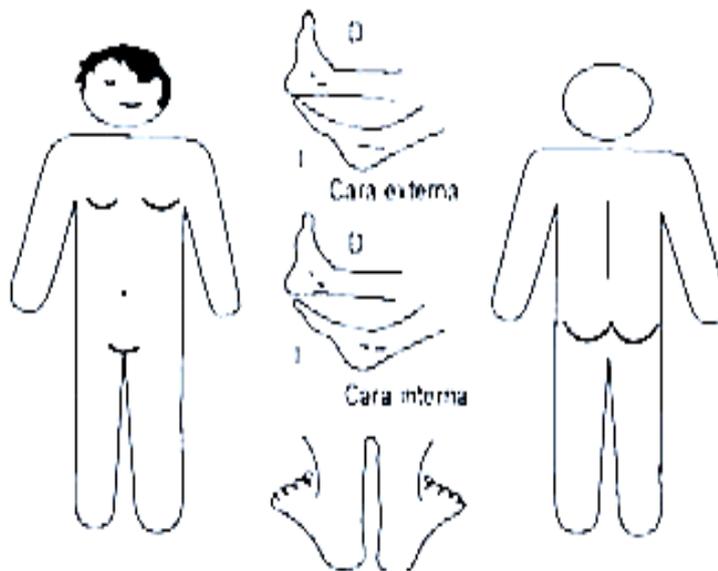
**TEST DE RIESGO DE DESARROLLAR LESIONES POR
PRESION EN PACIENTES NEUROLOGICOS DEL SERVICIO DE
EMERGENCIAS DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL
SOLOGUREN**

Estimado licenciado(a) somos alumnas de la especialidad de Enfermería en Emergencia y Desastres de la Universidad Nacional del Callao, los cuales nos encontramos desarrollando el estudio de investigación, titulado: **“RIESGO DE DESARROLLAR LESIONES POR PRESION EN PACIENTES NEUROLOGICOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN”**, cuyo objetivo es determinar el **RIESGO DE DESARROLLAR LESIONES POR PRESION EN PACIENTES NEUROLOGICOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN**, esta información es anónima por el cual se le pide la mayor sinceridad y veracidad posible. Muchas gracias.

Instrucciones: Deberá rellenar los datos y marcar un aspa (x) o check (✓) en la opción que usted crea conveniente. Agradecemos su participación.

- Localización de la lesión por presión: Sombree la región corporal donde aparece la lesión

Sacro: () Talón Derecho: () Talón Izquierdo: () Omóplato: ()
 Otros: () Cuáles: _____



- TIPO DE TEJIDO LESIONADO:
 NINGUNA____ PERFORACION CUTANEA____ NECROSIS____
- EN CASO DE PERFORACION CUTANEA INDIQUE EL ESTADIO DE LA LESION POR PRESIÓN:
 Estadio I : Zona enrojecida en piel intacta ()
 Estadio II: Pérdida parcial del espesor de la dermis ()
 Estadio III: Pérdida total del grosor de la piel ()
 Estadio IV: Ulceras profunda con exposición de hueso, tendón o músculo ()
- TAMAÑO EN CM_____

ANEXO 02:
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado “**RIESGO DE DESARROLLAR LESIONES POR PRESION EN PACIENTES NEUROLOGICOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN. 2018.**”, por esta razón es muy importante que conozca y entienda la información necesaria sobre el estudio de forma que permita tomar una decisión sobre su participación en el mismo. Cualquier duda o aclaración que surja respecto al estudio, le será aclarada por el investigador responsable.

El estudio pretende Determinar el riesgo de desarrollar lesiones por presión en pacientes neurológicos del servicio de emergencias del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren

Por medio de este documento se asegura y garantiza la total confidencialidad de la información suministrada por usted y el anonimato de su identidad. Queda explícito que los datos obtenidos serán de uso y análisis con fines netamente académicos.

DECLARACIÓN PERSONAL

He sido invitado a participar en el estudio titulado “**RIESGO DE DESARROLLAR LESIONES POR PRESION EN PACIENTES NEUROLOGICOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN. 2018.**”, Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente el propósito de la investigación y se me han aclarado dudas. Por lo tanto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio, aportando la información necesaria para el estudio y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento.

Firma del participante o cuidador

ANEXO 03:
BASES DE DATOS Y TABULACION
LIBRO DE CÓDIGOS

N° ITEM	PREGUNTA / VARIABLES	CATEGORÍAS	CÓDIGO
1	EDAD	0 a 20 años	1
		21 a 30 años	2
		31 a 40 años	3
		41 a 50 años	4
		51 a 60 años	5
		mayor 60 años	6
2	SEXO	Femenino	1
		Masculino	2
3	PROCEDENCIA	Domicilio	1
		Centro geriátrico	2
		Otro hospital	3
		Otros	4
4	ESTADO CIVIL	Soltero	1
		Casado	2
		Viudo	3
5	GRADO DE DEPENDENCIA	I Grado	1
		II Grado	2
		III Grado	3
		IV Grado	4
6	SALA DE PROCEDENCIA	A-B-C	1
		D-E-F-G-H-I	2
7	ESTANCIA	1-5 días	1
		6-9 días	2
		>10 días	3
8	NIVEL DE RIESGO	Alto	1
		Medio	2
		Bajo	3
9	ESTADIO DE LESION	I Estadio	1
		II Estadio	2
		III Estadio	3
		IV Estadio	4
		Sin lesiones	5
10	LOCALIZACION ANATOMICA	Sacro coxígea	1
		Talones	2
		dorso lumbar	3
		Otros	4
		no presentan	5

TABULACIÓN DE DATOS OBTENIDOS

	EDAD	SEXO	PROCEDENCIA	ESTADO CIVIL	GRADO DEPENDENCIA	SALA DE OBS	ESTANCIA	NIVEL DE RIESGO I	NIVEL DE RIESGO II	ESTADIO DE LESION	LOCALIZACION AUTOMATICA	PACIENTES PRESENTARON	CONDICION FISICA		ESTADO MENTAL		ACTIVIDAD		MOVILIDAD		INCONTINENCIA	
PCT E1	6	2	1	2	3	2	1	1	3	2	1	1	3	3	1	1	3	3	2	2	1	1
PCT E2	4	1	1	2	3	1	1	1	1	5	2	1	2	2	3	3	3	3	1	1	1	1
PCT E3	6	2	1	1	3	2	2	3	3	1	2	1	3	3	2	1	4	4	2	2	1	1
PCT E4	3	2	3	3	3	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	4	4	2	2	1	4
PCT E5	4	2	1	2	3	2	1	3	2	2	5	2	1	1	2	1	4	4	1	1	2	4
PCT E6	2	2	1	2	4	2	2	3	1	5	1	1	3	3	2	2	4	4	2	2	1	4
PCT E7	6	1	1	3	3	2	1	1	1	5	1	1	3	3	2	2	4	4	1	1	2	4
PCT E8	3	2	1	3	3	2	1	1	2	1	1	2	3	3	1	2	4	4	2	2	2	4
PCT E9	6	1	1	2	3	1	2	3	3	5	5	1	2	2	2	1	4	4	2	2	2	4
PCT E10	1	1	3	1	3	1	1	2	1	1	1	2	3	3	2	1	4	4	1	1	2	4
PCT E11	6	2	1	2	3	1	3	1	3	2	5	1	4	4	2	2	4	4	3	3	2	4

PCT E12	6	1	1	2	3	2	1	3	1	5	1	1	2	2	3	3	4	4	3	3	2	1
PCT E13	2	2	3	3	3	2	1	1	1	1	2	2	3	3	3	1	2	4	1	1	1	1
PCT E14	5	1	1	2	3	2	1	3	3	5	2	1	3	3	3	3	4	4	2	3	1	4
PCT E15	6	2	3	2	3	1	1	2	1	5	1	2	2	2	3	3	2	4	4	4	1	4
PCT E16	6	2	1	2	4	2	1	3	3	1	5	1	1	1	2	2	2	4	2	4	1	4
PCT E17	4	1	3	3	3	2	1	3	1	5	1	2	3	3	2	1	2	4	4	4	1	4
PCT E18	6	2	1	2	3	2	1	3	2	1	5	1	2	2	2	2	2	4	2	2	1	4
PCT E19	2	1	1	2	3	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	4	2	2	4	4
PCT E20	5	2	1	2	3	1	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	4	4
PCT E21	6	1	1	1	2	2	2	3	3	5	1	2	4	4	2	2	3	3	2	2	4	4
PCT E22	6	2	3	2	3	1	1	1	1	1	5	1	2	2	2	2	2	4	2	2	4	4
PCT E23	4	2	1	2	3	2	1	3	3	5	1	1	3	3	2	2	4	4	2	2	4	1
PCT E24	6	1	1	2	3	1	2	1	3	1	1	1	2	2	4	4	1	1	2	2	3	3
PCT E25	6	2	1	3	3	2	1	3	1	5	4	2	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1
PCT E26	6	2	1	2	3	2	1	3	3	1	5	2	3	3	3	3	2	4	3	4	1	1
PCT E27	2	1	3	2	2	1	2	2	1	5	1	1	3	3	3	3	2	4	3	4	3	3

PCT E28	6	2	1	2	3	2	1	3	1	1	2	2	3	3	4	4	4	4	3	2	1	1
PCT E29	6	2	1	2	3	1	1	2	1	2	5	1	2	2	3	3	1	1	3	3	3	2
PCT E30	5	1	1	2	4	2	1	3	3	1	1	1	2	2	3	4	4	4	2	3	1	2
PCT E31	6	2	1	1	3	2	1	2	1	5	5	1	2	2	3	3	4	4	2	3	1	2
PCT E32	6	2	3	2	3	1	1	3	2	1	2	1	2	2	3	3	4	4	2	3	1	1
PCT E33	6	1	1	2	4	1	1	1	1	5	1	1	2	2	3	3	4	4	2	3	1	3
PCT E34	6	2	1	3	3	2	2	3	3	1	5	1	4	4	4	4	1	4	2	3	4	1
PCT E35	6	2	1	3	3	2	1	1	1	2	4	1	2	2	2	2	3	3	2	3	4	1
PCT E36	6	2	1	3	3	1	1	3	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	2	3	4	1
PCT E37	6	2	3	3	4	2	2	1	1	5	1	1	2	4	2	2	2	4	3	3	2	2
PCT E38	6	2	1	1	3	1	1	1	2	1	1	2	4	4	4	4	2	3	3	3	2	2
PCT E39	6	2	3	3	3	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	4	3	3	1	1
PCT E40	6	2	1	3	3	2	1	3	3	2	1	1	2	2	2	2	2	4	2	3	4	1
PCT E41	6	2	1	3	4	1	2	1	1	1	2	1	2	4	3	3	2	4	3	3	4	1
PCT E42	6	2	3	3	3	1	1	3	1	5	1	1	2	2	2	2	2	4	2	3	4	1
PCT E43	6	1	1	2	3	2	1	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	4	3	3	1	1

PCT E44	6	2	1	2	3	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	1	1
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1	#	#	5	0	18	33	15	#	#	#	#	2	2	2	7	3	2	5	5	21	19
4	#	0	25	2	26	10	8	5	#	#	#	#	#	24	#	17	0	26	15	9	5
2	0	#	14	#	0	1	21	#	0	0	0	#	#	14	#	7	8	11	19	3	3
4	0	0	0	6	0	0	0	0	0	2	0	4	6	4	5	17	#	2	5	11	17
3	0	0	0	0	0	0	0	0	#	#	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
44	#	#	44	#	44	44	44	#	#	#	#	#	#	44	#	44	#	44	44	44	44

ANEXO 04: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “RIESGO DE DESARROLLAR LESIONES POR PRESION EN PACIENTES NEUROLOGICOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN. 2018”

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización de variables	Metodología	Población y Muestra	Técnicas e instrumentos
<p>Problema General ¿Cuál es el riesgo de desarrollar lesiones por presión en pacientes neurológicos del servicio de emergencias del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2018?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el riesgo de desarrollar lesiones por presión según la dimensión Estado físico del paciente Neurológico en el servicio de emergencia del Hospital 	<p>Objetivo General Determinar el riesgo de desarrollar lesiones por presión en pacientes neurológicos del servicio de emergencias del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2018</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el riesgo de desarrollar lesiones por presión según la dimensión Estado físico del paciente Neurológico en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 	<p>Hipótesis General</p> <p>Por ser un estudio Descriptivo monovariante no se cuenta con hipótesis</p>	<p>Estudio Monovariante:</p> <p>Riesgo de lesiones por presión en pacientes neurológicos.</p>	<p>Estudio cuantitativo, porque permitirá examinar los datos de manera científica y son susceptibles de medición estadística. Según el tiempo de recogida de datos, será prospectivo. Y según la forma de recolección de datos será transversal.</p> <p>El diseño de investigación será de tipo No experimental</p>	<p>Para el presente estudio se realizó un promedio de pacientes neurológicos durante los meses de mayo-setiembre 2018 obteniéndose un total de 488 de los cuales el promedio en los 5 meses fue de 97.5 = 98 pacientes, a los cuales se les realizó el cálculo de población finita para la muestra obteniéndose 78, pero por factibilidad de medición de la variable se consideró trabajar con la muestra</p>	<p>Se utilizó como técnica la Observación y como instrumento la Escala de Norton para la recolección de datos.</p>

<p>Nacional Alberto Sabogal Sologuren?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el riesgo de desarrollar lesiones por presión según la dimensión Estado Mental del paciente Neurológico en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren? • ¿Cuál es el riesgo de desarrollar lesiones por presión según la dimensión Actividad del paciente Neurológico en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren? • ¿Cuál es el riesgo de desarrollar lesiones por presión según la dimensión Movilidad en pacientes neurológicos del servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren? 	<ul style="list-style-type: none"> •Identificar el riesgo de desarrollar lesiones por presión según la dimensión Estado Mental del paciente Neurológico en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren •Identificar el riesgo de desarrollar lesiones por presión según la dimensión Actividad del paciente Neurológico en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren •Identificar el riesgo de desarrollar lesiones por presión según la dimensión Movilidad del paciente Neurológico en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 				<p>ajustada:</p> $n_o = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$ <p>Obteniéndose una muestra de 44 pacientes neurológicos.</p>	
--	---	--	--	--	--	--

<p>• ¿Cuál es el riesgo de desarrollar lesiones por presión según la dimensión Incontinencia en pacientes neurológicos del servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren?</p>	<p>•Identificar el riesgo de desarrollar lesiones por presión según la dimensión Incontinencia en pacientes neurológicos del servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren</p>					
--	---	--	--	--	--	--

ANEXO 05: VALIDACION DEL INSTRUMENTO PARA JUICIO DE EXPERTOS

Título: “RIESGO DE DESARROLLAR LESIONES POR PRESION EN PACIENTES NEUROLOGICOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN”

**AUTORES: ORTIZ DE ORUE FLORES ERIKA ROCIO
TORRES MANZANO JHAIR**

N°	PREGUNTA	APRECIACION		SUGERENCIA
		SI	NO	
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?			
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de investigación?			
3	¿Los instrumentos de recolección de datos facilitaran el logro de los objetivos de la investigación?			
4	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con la variable de estudio?			
5	¿Los instrumentos de recolección de datos presentan la cantidad de ítem apropiados?			
6	¿La redacción del instrumento de recolección es coherente?			
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamiento de datos?			
8	¿Del instrumento de recolección de datos, usted eliminaría algún ítem?			
9	¿Del instrumento de recolección de datos, usted agregaría algún ítem?			
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población de estudio?			
11	¿La redaccion del instrumento de recoleccion de datos es clara, sencilla y precisa para la investigacion?			

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:.....

.....

Apellidos y nombres del experto

Grado académico/ Titulo profesional del experto.....

